

KAWASAKI: EL GRAN SIMULADOR

Elena Ocampo, María Cabrerizo, Cristina Muñoz, Eva Sanavia, Ruth Solana, Lourdes Romero

INTRODUCCIÓN

La etiología desconocida de la Enfermedad de Kawasaki hace depender su diagnóstico de criterios clínicos y analíticos, frecuentemente no simultáneos en el tiempo. Sumado a la variabilidad en su presentación, puede conllevar un retraso diagnóstico aumentando el riesgo de complicaciones, especialmente el aneurisma de arteria coronaria. Presentamos una serie de 4 casos con sospecha de Enfermedad de Kawasaki, que acudieron al servicio de urgencias de un hospital de 2do nivel durante 2017.

9a: TEP estable

EF

- Fiebre 6 días
- Exantema
- Inyección conjuntival
- Afectación oral
- Descamación periungueal

PPCC

- PCR: 99,6mg/dl
- Hb: 10,4g/dl
- Alb: 2,7g/dl



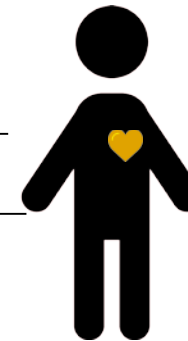
8a: TEP estable

EF

- Fiebre 7 días
- Inyección conjuntival
- Adenopatía

PPCC

- PCR: 206mg/dl
- Alb: 2,5g/dl
- GPT: 92U/L
- Hb: 10,9g/dl



Miocarditis leve
asintomática

Dolor abdominal:
pancreatitis

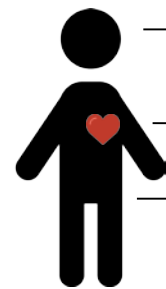
4a: TEP estable

EF

- Fiebre 5 días
- Exantema
- Afectación oral
- Adenopatía

PPCC

- PCR: 213 mg/dl
- Hb: 10,1g/dl
- Alb: 2,9g/dl



Parotiditis

Miocarditis, IC,
AACI:UCI_p

Artritis:
requiere Qx

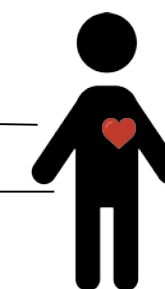
2a: TEP Disfunción SNC

EF

- Fiebre 4 días
- Exantema
- Inyección conjuntival
- Afectación oral
- Lesiones palmares

PPCC

- PCR: 351mg/dl
- Hb: 10,9g/dl
- Alb: 2,3g/dl



Hidropesía biliar

CONCLUSIONES

1. Es fundamental la anamnesis minuciosa para detectar manifestaciones no presentes en el momento de la exploración.
2. Ante la sospecha de presentación incompleta se deberán realizar controles analíticos y ecocardiográficos de manera sistemática.
3. Se deben tener en cuenta las afectaciones menos frecuentes que pueden explicar síntomas acompañantes y apoyar el diagnóstico.