

MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE ENFERMEDAD DE KAWASAKI: A PROPÓSITO DE UN CASO

Arauzo Otero T; Martín Martín C; González Amor L; María Angulo Chacón A; Alonso López P; Ruiz González S.
 Servicio de Pediatría. H.U. Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La **colecistitis alitiásica** supone el 30% de las colecistitis agudas en la infancia. Su etiología es multifactorial y debe sospecharse ante clínica de **fiebre inexplicada, ictericia, dolor abdominal difuso** o datos analíticos de **colestasis y/o hipertransaminasemia**. La ecografía abdominal es la prueba diagnóstica de elección. El tratamiento consiste en fluidoterapia, analgesia y antibioterapia.

CASO CLÍNICO

Niña de 6 años con **febrícula** (18 horas), junto con **bultoma laterocervical, odinofagia y vómitos**. Hemodinámicamente estable.

EF: bultoma laterocervical derecho (3x3cm) sin alteraciones cutáneas y ganglios bilaterales. Ofaringe normal. Resto normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN URGENCIAS	
Test rápido estreptococo grupo A	Negativo
Analítica sanguínea	<ul style="list-style-type: none"> Leucocitosis (30.550 mcL) con neutrofilia (90%) Elevación RFA (PCR 224 mg/L, PCT 7 ng/mL) Coagulopatía leve (I.Quick 53%, TTPA 35 seg)
Hemocultivo	Negativo
TC cervical	Sialoadenitis infecciosa/inflamatoria y ganglios reactivos

EVOLUCIÓN

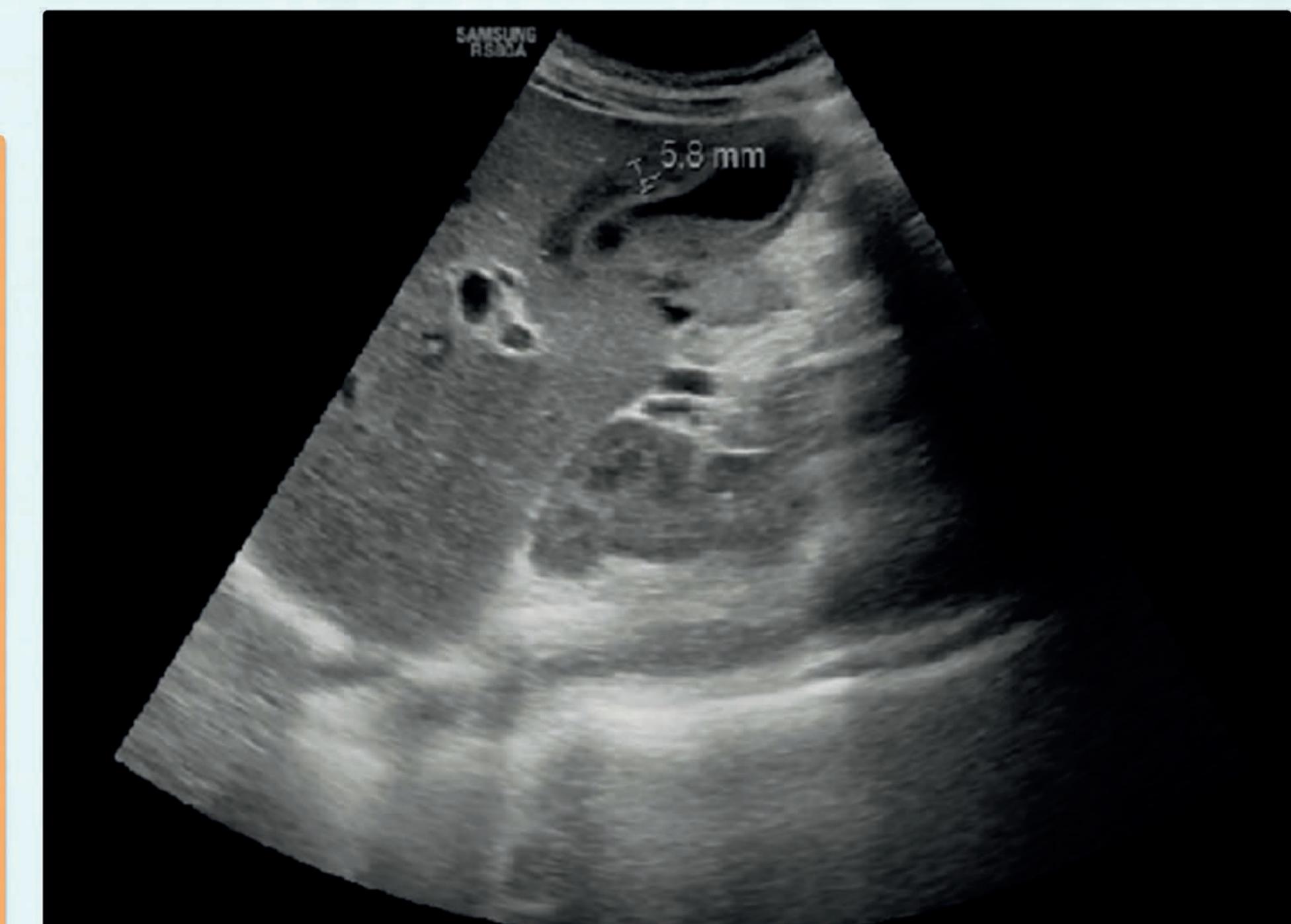
Ingresa con el diagnóstico de sialadenitis infecciosa/inflamatoria. Se pauta tratamiento con **Cefotaxima, Clindamicina y Metilprednisolona IV**.

Presentando **fiebre, distensión abdominal y dolor abdominal en hipocondrio derecho**. Ante la sintomatología, se realiza ecografía abdominal visualizándose **colecistitis aguda alitiásica**. Se modifica el tratamiento con **Piperacilina-Tazobactam y Clindamicina**.

Al 4º día de ingreso, continúa con fiebre y presenta **hiperemia conjuntival bilateral no supurativa, labios fisurados y edema en dorso de pies**.

Ante la sospecha de **Enfermedad de Kawasaki (EK)** se inicia **inmunoglobulina y AAS**, manteniéndose Metilprednisolona IV.

Buena evolución clínica, analítica y radiológica de la patología, por lo que se da de alta con corticoides orales y AAS (dosis antiagregantes).



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DURANTE EL INGRESO

Analítica sanguínea de control (2º día)	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de leucocitosis (22.600 mcL) Disminución RFA (PCR 120 mg/L, PCT 1,49 ng/mL) Hipertransaminasemia (GPT 302 UI/L, GOT 239 UI/L, GGT 259 UI/L) Hiperbilirrubinemia (3,19 mg/dL) Persistencia coagulopatía (I.Quick 53%, TTPA 31 seg)
Serologías VEB, CMV, virus hepatotropos (2º día)	Negativas
Ecografía abdominal (2º día)	Colecistitis aguda alitiásica
Analítica sanguínea de control (4º día)	<ul style="list-style-type: none"> Elevación RFA (PCR 198 mg/L) Albúmina 3,1 g/dl Disminución hipretransaminasemia e hiperbilirrubinemia (GPT 156 UI/L, GOT 53 UI/L, GGT 260 UI/L, Bilirrubina 2,3 mg/dl)
Ecocardiografía (4º día)	Estructura cardíaca y arterias coronarias normales

COMENTARIOS

La **EK** es una **vasculitis sistémica aguda autolimitada** de pequeño y mediano calibre. Su etiología es desconocida. El diagnóstico se basa en criterios clínicos, pero requiere alta sospecha ya que se puede manifestar de forma atípica. La **colecistitis alitiásica** se ha descrito en un 10 % de los pacientes con EK, siendo la **causa más frecuente de hidropesía vesicular febril**.