

Comunicación Breve

Enfermedad de Kawasaki en un lactante pequeño

Dres. FERNANDO AVELLANEDA*, MAXIMO A. DIOSQUE* y PABLO R. YEDLIN*

RESUMEN

La enfermedad de Kawasaki en menores de 60 días de vida representa el 0,23% en las series internacionales más grandes. Reportamos un lactante de 54 días de vida con clínica típica. El niño se presentó con síndrome febril prolongado, adenopatía cervical y eritema polimorfo, a lo que se agregaron los demás signos de la enfermedad. Fue medicado con gammaglobulina E.V. con buena evolución. Se relata el seguimiento a un año del diagnóstico.

Palabras clave: lactante, síndrome febril prolongado, enfermedad de Kawasaki.

SUMMARY

The incidence of Kawasaki disease presenting in children less than 60 days of age is less than 0,23%, in the largest international series. Here we report a 54 days old infant with the typical findings. He was admitted with fever, an enlarged cervical lymph node and a generalized polymorphic and erythematous rash; later on the other classical signs of the disease appeared. He was treated with I.V. immunoglobulin. We describe the outcome after a one year follow up.

Key words: Infant, prolonged fever syndrome, Kawasaki disease.

Arch. argent. pediatr 2000; 98(1): 41

INTRODUCCION

La enfermedad de Kawasaki es una afección multisistémica, febril, exantemática, con una fase aguda autolimitada asociada con vasculitis de las coronarias y una amplia variedad de síntomas acompañantes.

Ocurre predominantemente en niños menores de cinco años de edad, con un pico de incidencia entre los 18 y los 24 meses, excepcionalmente en mayores de 8 años. Se presenta en forma esporádica o epidémica.

La base de datos japonesa (1970-1995) que cuenta con 105.755 registros¹ muestra una incidencia de esta enfermedad en niños menores de 90 días inferior al 1,7%, siendo por debajo de los 60 días del 0,23%, con sólo 6 casos en menores de 30 días, y un neonato de 20 días (el menor de los descriptos a la fecha).

Reportamos un niño de 54 días de vida con enfermedad de Kawasaki típica y su seguimiento durante un año. Se trata de la edad más temprana descripta en la literatura local.

HISTORIA CLINICA

Paciente de sexo masculino de 54 días de vida

que se internó en nuestro servicio por síndrome febril de cuatro días de evolución, tumoración cervical y exantema polimorfo. Previamente sano sin antecedentes personales ni familiares a destacar, único hijo de una familia de clase media-baja, madre enfermera.

El cuadro actual había comenzado 4 días antes de la internación con fiebre (38,5°C-39°C), tumoración en región cervical lateral derecha con buen estado general y buena actitud alimentaria. Consultaron con su pediatra, quien lo medicó con cefaclina por faringitis con adenomegalia reactiva. No presentó mejoría clínica, manteniéndose febril, sin cambios en la adenopatía. A las 48 hs. agregó un brote exantemático, máculo-papuloso polimorfo; se suspendieron los antibióticos y se medicó con difenilhidramina. En ese momento se realizó un hemograma que no mostró hallazgos patológicos.

A las 24 hs. el niño permanecía con fiebre alta (39°C) por lo que se decidió la internación en este servicio para estudio y eventual tratamiento.

Al ingreso observamos un niño eutrófico, decaído, febril, con exantema polimorfo en tronco que se extendía a miembros, irritación conjuntival, fauces congestivas; adenomegalia cervical de 1,5 cm de diámetro, renitente, dolorosa, móvil, no adherida, con piel suprayacente no eritematosa; taquicardia de 150/min, taquipnea de 56/min con buena entrada de aire y hemodinámicamente compensado.

* Coordinadores de Internación Pediátrica. Servicio de Neonatología y Pediatría (SENYP).

Correspondencia: Balcarce 480. (4000) San Miguel de Tucumán.

Hemograma:

Hto:	23%
GB:	15.800/mm ³
Fórmula:	75 segmentados, 4 eosinófilos, 21 linfocitos, 1 monocito
Plaquetas:	466.000/mm ³
VSG:	150 mm

Orina completa:

Densidad:	1010
pH:	6
Sedimento:	Leucocitos 10-12/cpo
Piocytes:	1-2/cpo
Hematies:	20-25/cpo
Mucus:	Regular

LCR:

Aspecto:	Límpido incoloro
Proteinorraquia:	65 mg/dl
Glucorraquia:	0,45 mg/dl (glucemia 100 mg/dl)
Elementos:	30 linfocitos
Gram:	(-)

Se realizó laboratorio de ingreso:

Se realizaron policultivos (urocultivo, cultivo de LCR y hemocultivo) y se medicó con Ceftriaxone a 50 mg/kg/día, endovenoso.

Se mantuvo febril por 48 hs, al segundo día de internación comenzó con edema en dorso de ambos pies. El brote polimorfo comenzó a atenuarse al tercer día de internación. Se recibieron cultivos negativos, se suspendieron los antibióticos y se asumió el cuadro como enfermedad de Kawasaki en noveno día de evolución.

Se medicó con gammaglobulina endovenosa 1g/kg/día en dos días y AAS a 50 mg/kg/día.^{7,8} Se realizó ecocardiograma que se informó como normal. Se otorgó alta sanatorial al decimoprimer día de internación en control clínico y cardiológico.

Durante el seguimiento clínico se realizaron ecocardiogramas mensuales que fueron normales, hemogramas que mostraron lenta mejoría de la anemia, hiperplaquetosis (450.000/mm³) y eritrosedimentación elevada durante los tres primeros meses de seguimiento. Se mantuvo con AAS a dosis antiinflamatorias mientras la eritrosedimentación se mantuvo elevada y luego a dosis antiagregante hasta el año de edad. Se realizó profilaxis contra Influenza en el grupo familiar. Actualmente el niño tiene un año de edad con

crecimiento y desarrollo normal, se encuentra con controles cardiológicos semestrales y clínicos habituales.

DISCUSION

El diagnóstico de la enfermedad de Kawasaki se basa en la presencia de signos clínicos característicos:⁷

- A. Fiebre de por lo menos 5 días de evolución.
- B. Presencia de cuatro de los siguientes 5 signos:
 1. Inyección conjuntival bilateral no purulenta.
 2. Cambios en la mucosa de la orofaringe, incluye faringitis, fisura de labios, lengua aframbuesada.
 3. Cambios en las extremidades periféricas, como edema y/o eritema de las manos y el pie, descamación que comienza en la zona periungueal.
 4. Exantema de comienzo en tronco; polimorfo no vesicular.
 5. Linfadenopatía cervical.
- C. Cuadro no explicado por otra enfermedad.

El paciente presentó hallazgos típicos de la enfermedad: fiebre prolongada, adenopatía cervical, exantema polimorfo, edema en pies, conjuntivitis, fauces congestivas y además, datos de laboratorio compatibles: anemia, leucocitosis con neutrofilia, eritrosedimentación elevada, piuria estéril, meningitis aséptica y posteriormente trombocitosis.

Sin embargo, la edad de presentación tan inusual, con factores de riesgo para bacteriemia oculta sumada a la medicación antibiótica antes de la internación, hizo que el cuadro fuera asumido como séptico en su inicio, para recién diagnosticarlo como enfermedad de Kawasaki a los 9 días de evolución, a tiempo de iniciar tratamiento específico.

La enfermedad de Kawasaki es poco frecuente en menores de un año, siendo la presentación en menores de 60 días anecdótica.

Los lactantes pequeños tienen secuelas cardíacas más frecuentemente y mayor morbilidad que los mayores.²⁻⁴ El diagnóstico en ellos es más difícil, en parte porque algunos signos clásicos se presentan sutilmente o faltan y, sobre todo, porque no es una afección que se tenga en mente como diagnóstico diferencial en este grupo etario. La importancia del tratamiento precoz en la morbimortalidad hace de esta patología una emergencia diagnóstica.

Consideramos importante reportar el paciente, para que se recuerde la posibilidad de encontrar la afección en estos extremos de edad ante un lactante con síndrome febril. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Tsuchida S, Yamanaka T, Tsuchida R et al. Epidemiology of infant Kawasaki disease with a report of the youngest neonatal case ever reported in Japan. *Acta Paediatr* 1996; 85: 997-7.
2. Rosenfeld EA, Corydon K et al. Kawasaki disease in infants less than one year of age. *J Pediatr* 1995; 126: 524-9.
3. Burns J, Wiggins J Jr, et al. Clinical spectrum of Kawasaki disease in infants younger than 6 months of age. *J Pediatr* 1986; 109: 759-63.
4. Nakamura Y, Fujita Y, Nagai M et al. Cardiac sequelae of Kawasaki disease in Japan: Statistical analysis. *Pediatrics* 1991; 88: 1144.
5. Levy M, Koren G. Atypical Kawasaki disease: Analysis of clinical presentation and diagnostic clues. *Pediatr Infect Dis J* 1990; 9: 122-126.
6. Loh M, Janner D. Your diagnosis please: Fever, aseptic meningitis and rash in a twenty-one-month-old male. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15: 97,100-101.
7. Report of the Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. 24th Edition Red Book 1997; 316-319.
8. Schaller J, Nelson W, Berhman R, Kliegman R, Arvin A. Enfermedad de Kawasaki. *Textbook of Pediatrics* 15th edition 1996; 152: 678-680.

*“Las enfermedades son
de lo más antiguo
y nada acerca de ellas ha cambiado.
Somos nosotros los que cambiamos
al aprender a reconocer en
ellas lo que antes no percibíamos...”*

CHARCOT