



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LIC. EN MEDICINA HUMANA**

**SÉPTIMO SEMESTRE
CLINICA DE PEDIATRÍA**

**CASO CLINICO
KAWASAKI
ENSAYO**

DOCENTE: Dr. Marco Antonio Samayoa Mijangos

ALUMNA: Angélica Montserrat Mendoza Santos

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 2 años, 5 meses de edad sin antecedentes patológicos previos de importancia, que 72 horas previo al ingreso presentó de manera súbita lesiones en piel tipo maculo papulares acompañado de prurito intenso, se maneja inicialmente como un cuadro de intoxicación alimentaria, con antihistamínico, sin mejoría. 24 horas después se acompañó de fiebre en 38°C, para lo cual la madre le administró paracetamol, pero la fiebre persistió.

La madre acude nuevamente y se le sigue dando tratamiento por supuesta intoxicación alimentaria. Acude por tercera vez a emergencias porque la fiebre no cedió con el tratamiento. La fiebre continua, hay aumento de lesiones en la piel y descamación de la piel.

A la exploración física los datos relevantes son que en la piel hay exantema maculo papular en tórax y abdomen. Se le ingresa al paciente para que pueda estar en observación. Se le mandan a hacer laboratorios y hay biomarcadores de fase aguda elevados por lo que se sospecha de una bacteriemia. A las 72 horas de su ingreso se le reevalúa ya que no presenta mejoría clínica, hay picos de fiebre acompañado de dolor abdominal de moderada intensidad, exantema maculo papular ahora ya generalizado en palmas y plantas. Al realizarle el examen físico se encuentran nuevos hallazgos que fueron inyección conjuntival bilateral, labios eritematosos y lengua con aspecto de fresa y en cuello adenopatías.

Tomando en cuenta los signos clínicos se determina que es la enfermedad de Kawasaki. Se le inicio tratamiento con inmunoglobulina humana de 2 g/kg en dosis única con una duración de perfusión de 10 horas y ácido acetilsalicílico 50 mg/kg/día dividido en 3 dosis. El paciente después de iniciar tratamiento presento mejoría clínica, la fiebre cedió, el exantema disminuye significativamente. A los 11 días de evolución de la enfermedad se observa descamación generalizada, el exantema ha desaparecido totalmente y de le da de alta a los 14 días de evolución de la enfermedad.

ENSAYO

Enfermedad de Kawasaki

Es una vasculitis multisistémica febril y exantemática. Pues del 20 al 25% de los niños que no se les da tratamiento están propensos a desarrollar anomalías en las arterias coronarias durante los primeros 10 días de la enfermedad. Esta enfermedad normalmente se da en niños de 1 a 8 años de edad, el pico de incidencia es de 18 a 24 meses, el 50% son de pacientes menores de 2 años y el 80% en menores de 5 años.

La etiología aún se desconoce, pero hay sospechas de que se puede dar por una respuesta post infecciosa, así como el periodo de incubación también se desconoce.

La fiebre es uno de los criterios más importantes para poder dar con el diagnóstico, pero esta debe ser acompañada de al menos 4 de los siguientes puntos que son:

Inyección conjuntival bulbar bilateral sin exudado

Boca y faringe eritematosas, la lengua tiene característica de frambuesa y labios rojos y agrietados

Exantema eritematoso polimorfo y generalizado, este tipo de exantema puede ser maculopapular o escarlatiforme

Induración en las manos y los pies, palmas y plantas eritematosos o con descamación periunglear

Linfadenopatías cervicales no supuradas con por lo menos un ganglio de 1.5 cm de diámetro o más

Si el niño presenta 4 o todos los puntos ya antes mencionados y están acompañados de fiebre el diagnóstico es Kawasaki.

Otra de las manifestaciones clínicas que puede presentar el paciente son:

Irritabilidad, dolor abdominal, diarrea, vomitos, uretritis con piuria esteril, artritis o artralgias, meningitis aséptica, derrame pericárdico, entre otras.

Las pruebas diagnósticas son;

Ecocardiografía

No hay pruebas sugestivas, el diagnóstico es clínico

Aumento de VSG y PCR en las dos primeras semanas de la enfermedad

Aumento de plaquetas más de 450 mil la primera semana de la enfermedad

Tratamiento:

Se debe iniciar en cuanto el diagnóstico ya este establecido. El tratamiento de sostén es inmunoglobulina IV, y este tendrá una mejor respuesta si se inicia en los primeros 10 días de fiebre, se da dosis única de 2g/kg durante 10 a 12 horas.

Posterior a la fase aguda se le indica aspirina de 80 a 100 mg/kg/día dividido en 4 dosis durante la fase aguda

Ya que la fiebre se controló durante 4 a 5 días aproximadamente se disminuye la dosis de aspirina de 3 a 5 mg/kg/día y se suspende cuando ya no se detectan anomalías coronarias a las 6 u 8 semanas de haber iniciado con la enfermedad si

el paciente aun presenta anomalías coronarias se le deja el tratamiento de forma indefinida.

CONCLUSIÓN:

La enfermedad de Kawasaki es multisistémica, afecta a mucosas, piel y ganglios, se deben de cumplir 4 o todos los criterios, pero estos deben ser acompañados con la fiebre. Se le deben de aplicar las vacunas y no interrumpir esquema de vacunación. La vacuna anual de influenza, y niños que recibieron la dosis de ig IV la vacunación contra sarampión o varicela se deben diferir al menos a los 11 meses.

Es una enfermedad que se puede tratar con el medicamento adecuado, pero de no ser así pueden tener complicaciones en las arterias coronarias y si la fiebre de igual manera no se trata les puede provocar convulsiones y si son los primeros días se puede llevar a otro diagnóstico antes de la aparición del exantema en la piel.