

CASO
CLÍNICO

Dra. Amaya Pérez Ocón¹
Dra. Sonia Pérez Valle¹
Dra. M^a Carmen Millán Olmo¹
Dra. Amparo Pérez Tamarit²
Dra. M^a Carmen Otero Raigada²
Dr. Francesc Asensi Botet³
Dra. Beatriz Insa Albert⁴

- 1 Médico residente de Pediatría. Hospital Infantil Universitario La Fe. Valencia, España.
- 2 Médico adjunto de Enfermedades Infecciosas. Hospital Infantil Universitario La Fe. Valencia, España.
- 3 Jefe de la Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Infantil Universitario La Fe. Valencia, España.
- 4 Médico adjunto de la Sección de Cardiología. Hospital Infantil Universitario La Fe. Valencia, España.

SOLICITUD DE SOBRETIROS:

Dr. Francesc Asensi Bolet
Hospital Infantil Universitario La Fe,

Avenida Campanar, 21-46009,
Valencia, España

Nódulos pulmonares en la enfermedad de Kawasaki: evolución espontánea hacia su resolución

RESUMEN

Los hallazgos radiológicos en la enfermedad de Kawasaki (EK) son infrecuentes. Se presenta el caso de un lactante de cinco meses en el que, además de afectación coronaria, se observó una intensa afectación radiológica a nivel pulmonar sin clínica asociada. La respuesta al tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (GGIV) y ácido acetilsalicílico (AAS) fue favorable, disminuyendo progresivamente de tamaño, hasta desaparecer cuatro meses después. Ha sido descrita la persistencia de cierto grado de afectación coronaria tras la resolución de los aneurismas. Del mismo modo, podría persistir una disfunción arterial a nivel pulmonar, aún no descrita.

Palabras clave: enfermedad de Kawasaki, nódulos pulmonares.

ABSTRACT

A case of Kawasaki disease (KD) with coronary implication and radiologic pulmonary nodules is presented. In lung CT, many disseminated nodules most likely due to vasculitis were evident. The treatment with intravenous immunoglobulin and salicylate had a positive response, four months later the nodules had disappeared. A certain degree of coronary impairment has been described. In the same way pulmonary arterial dysfunction could exist, although not yet described.

Key words: Kawasaki disease, pulmonary nodules.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica y autolimitada de etiología desconocida, que afecta fundamentalmente a niños menores de cinco años.¹ En los últimos años se ha convertido en la principal causa de cardiopatía adquirida en la infancia. El diagnóstico es clínico, basado en la existencia de fiebre asociada a conjuntivitis, eritema y fisuras labiales, lengua aframbuesada, edema y/o eritema palmo-plantar, exantema y/o linfadenopatía cervical. Sin embargo, algunas de las manifestaciones asociadas a la fiebre pueden estar ausentes, dando lugar a la variedad atípica de la enfermedad, más frecuente en menores de dos años.^{2,3}

Suele presentar un curso benigno, pero en ocasiones pueden presentarse complicaciones a distintos niveles, destacando por su frecuencia y potencial gravedad la afectación de las arterias coronarias. Mucho menos frecuente es la afectación pulmonar, con o sin clínica respiratoria acompañante.⁸ Sin embargo, recientemente han sido descritos dos casos de EK con nódulos pulmonares,⁷ casuística que se amplía con el presente.

CASO CLÍNICO

Lactante de cinco meses previamente sano que inicia un cuadro de fiebre sin foco aparente, acompañado de anorexia, diarrea, labios eritematosos y fisurados, lengua aframbuesada y exantema perianal inespecífico. Ante la sospecha de cuadro infeccioso, se administraron varios antibióticos, sin observarse mejoría. Dada la persistencia de la clínica, trece días después del inicio de la fiebre, se sospechó EK, confirmandose mediante la detección por ecocardiografía de dilatación en ambas arterias coronarias y aneurisma en el origen de la coronaria izquierda, acompañados de un mínimo derrame pericárdico. La radiografía de tórax mostraba imágenes sugerentes de infiltrados en el parénquima pulmonar. La TAC de tórax permitió constatar la

presencia de múltiples nódulos diseminados por ambos campos pulmonares, tanto en el seno del parénquima como subpleurales. Ante estos hallazgos, el paciente fue remitido al Hospital Infantil Universitario La Fe para valoración cardiológica y neumológica.

A su llegada presentaba fiebre, inyección conjuntival bilateral sin exudado, eritema labial, exantema maculopapular de predominio en tronco y genitales, y edema de manos y pies. En el hemograma destacaba una anemia normocítica, leucocitosis con eosinofilia del 16%. A partir de la semana de evolución, apareció trombocitosis de más de 1 000 000 de plaquetas/mm³. Los reactantes de fase aguda también se encontraban elevados de forma significativa.

Previo a su traslado, había recibido una dosis de GGIV a 2 gr/kg y se había iniciado tratamiento con aspirina a 100 mg/kg/día. La fiebre cedió temporalmente, reapareciendo al tercer día, por lo que se administró una segunda dosis de GGIV y se mantuvo el AAS a dosis antiinflamatoria. La fiebre desapareció definitivamente 24 horas después.

Los controles practicados durante su ingreso mostraron la aparición de una nueva dilatación coronaria, así como la persistencia de los nódulos pulmonares. Al alta y durante los meses siguientes, se mantuvo el tratamiento con aspirina a 5 mg/kg/día. Los controles ecocardiográficos realizados hasta la fecha no muestran regresión de los aneurismas presentes en la arteria coronaria izquierda. Por otra parte, en la tomografía axial computarizada (TAC) realizada cuatro meses después, la mayoría de los nódulos descritos habían desaparecido; aquellos que persistían se encontraban mal delimitados, sugiriendo encontrarse en proceso de resolución (foto 1).

DISCUSIÓN

La forma atípica de la EK, más frecuente en lactantes, se caracteriza por una clínica menos florida que la clásica, dificultando su diagnóstico. La demora

en el mismo se relaciona con el desarrollo de complicaciones, que derivan de la afectación vascular a distintos niveles.

Mientras que el desarrollo de aneurismas coronarios es una complicación ampliamente conocida de la EK, los hallazgos pulmonares han sido siempre considerados mucho menos frecuentes, pudiendo tratarse de neumonía⁴ o infiltrados intersticiales¹ con o sin clínica respiratoria asociada.⁸ Sin embargo, ha sido descrita una asociación epidemiológica entre la EK y los síntomas respiratorios previos a la aparición de la sintomatología clásica⁵ y se observan hallazgos radiológicos en el 15% de las radiografías realizadas durante la fase aguda. Las imágenes radiológicas pueden ser diversas: patrón reticu-

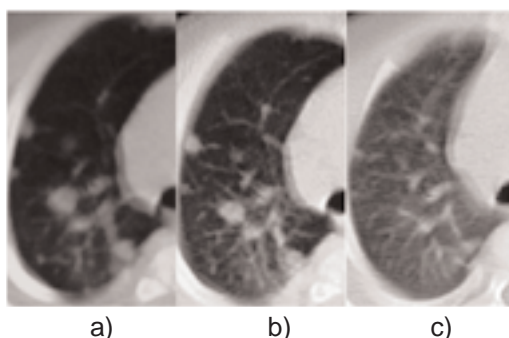


Foto 1. TAC pulmonar realizado: (a) 10 días, (b) dos semanas y (c) cuatro meses después del inicio de la fiebre. Se observan múltiples nódulos diseminados por el parénquima pulmonar (a), que pierden definición de forma progresiva (b), encontrándose prácticamente resueltos en la actualidad (c).

lonodular (89.5%), engrosamiento peribronquial (21.1%), derrame pleural (15.8%), atelectasias (10.5%) o atrapamiento aéreo (5.3%).⁶

Recientemente han sido descritos dos casos de lactantes con la variedad atípica de la enfermedad y afectación coronaria, que desarrollaron nódulos pulmonares de demostrada naturaleza inflamatoria.^{7,8} En este caso, dada la evolución favorable del cuadro no se consideró necesaria la punción para toma de biopsia: los nódulos disminuyeron de tamaño progresivamente, mostrando hasta la fecha una clara evolución hacia la resolución.

La afectación vascular a nivel pulmonar podría ser constante, aunque de intensidad variable: desde radiológicamente indetectable hasta nódulos evidentes, pasando por distintos grados de afectación intersticial, que desaparecerían con la resolución de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Chang RK. Hospitalizations for Kawasaki Disease among Children in the United States, 1988-1997. *Pediatrics* 2002 Jun; 109(6): e87.
2. Rowley AH, Shulman ST. Kawasaki Syndrome. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(2): 313-29.
3. Melish ME. Kawasaki Syndrome. *Pediatr Rev* 1996; 17(5): 153-62.
4. González PE, et al. Enfermedad de Kawasaki. Presentación de cincuenta casos. *An Esp Pediatr* 1999; 50(1): 39-43.
5. Tracee A, et al. Investigation of Kawasaki Syndrome Risk Factors in Colorado. *Ped Infect Dis* 2002; 21(10): 976-978.
6. Umezawa T, et al. Chest X-ray Findings in the Acute Phase of Kawasaki Disease. *Pediatr Radiol* 1989; 20(1-2): 48-51.
7. Freeman A, et al. Inflammatory Pulmonary Nodules in Kawasaki Disease. *Pediatr Pulmonology* 2003; 36: 1-5.
8. Sengler C, et al. Pulmonary Symptoms in Kawasaki Disease. *Pediatr Infect Dis J* 2004; 23(8): 782-784.