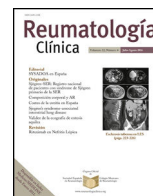




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Caso clínico

Daño renal agudo y colestasis asociados a la enfermedad de Kawasaki en una paciente de 9 años; reporte de caso

José Allan Martínez Vázquez*, Carlos Sánchez García, Lorena Rodríguez Muñoz y Rogelio Osvaldo Martínez Ramírez

Servicio de Pediatría, Hospital del Niño «Dr. Federico Gómez Santos», Saltillo, Coahuila, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de septiembre de 2017

Aceptado el 16 de noviembre de 2017

On-line el 15 de diciembre de 2017

Palabras clave:

Daño renal agudo

Colestasis

Enfermedad de Kawasaki

Ictericia

Nefritis intersticial

R E S U M E N

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica frecuente en niños menores de 5 años, involucra arterias coronarias y otros vasos de mediano calibre, además existe evidencia de lesión inflamatoria y proliferativa de la vía biliar e infiltración linfocitaria en el intersticio renal. Se presenta el caso de una niña de 9 años con fiebre de alto grado; desarrollando inyección conjuntival bilateral no purulenta, lengua «aframbuesada», eritema y descamación en dedos de manos y pies, síndrome colestásico, así como edema e incremento de azoados. La EK continúa siendo un reto diagnóstico para el pediatra. En todo paciente con síndrome febril, colestasis y daño renal agudo la EK debe considerarse como diagnóstico diferencial, aunque es necesario realizar más estudios para evaluar esta atípica asociación.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y

Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Acute kidney injury and cholestasis associated with Kawasaki disease in a 9-year-old: Case report

A B S T R A C T

Kawasaki disease (KD) is a systemic vasculitis frequent in children younger than 5 years of age. It involves coronary arteries and other medium-sized vessels. There also exists evidence of inflammatory and proliferative changes affecting the biliary tract and lymphocyte infiltration of the renal interstitial. We describe the case of a 9-year-old girl who developed high-grade fever, bilateral non-purulent conjunctivitis, «strawberry» tongue, desquamation of the fingers and toes, cholestatic syndrome, edema and elevated serum creatinine. KD is a diagnostic challenge for the pediatrician. In every patient with high-grade fever, cholestasis and acute kidney injury, KD should be included in the differential diagnosis, even though more research is necessary to evaluate this atypical association.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Keywords:

Acute kidney injury

Cholestasis

Kawasaki disease

Jaundice

Interstitial nephritis

Introducción

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica frecuente en niños menores de 5 años que afecta a vasos de mediano calibre, en específico las arterias coronarias^{1,2}. Algunos factores tales como la edad; particularmente en menores de 6 meses y

mayores de 9 años, el género masculino y la etnia hispana se han asociado a presentaciones más severas de la enfermedad². La lesión inflamatoria también involucra arterias a nivel abdominal y existe evidencia de lesión inflamatoria y proliferativa de la vía biliar por lo que la disfunción hepática y la colestasis también han sido descritas³. Existe infiltración linfocitaria en el intersticio renal y se ha descrito elevación de azoados, aunque el involucro renal generalmente es silente⁴.

Se presenta el caso de una niña de 9 años la cual desarrolló daño renal agudo y colestasis asociados a EK.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: allanmtzv@hotmail.com (J.A. Martínez Vázquez).

Tabla 1
Exámenes de laboratorio

	BT	BD	Crea	Urea	AST	ALT
	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)	(U/l)	(U/l)
Ingreso	7,1	5,4	1,4	126	80	60
24 h	10,4	8,2	3,0	194	64	49
48 h	4,5	2,2	1,1	169,1	77	49
Egreso	1,8	0,3	0,4	51,4	41	55

ALT: alanina aminotransferasa; AST: aspartato aminotransferasa; BD: bilirrubina directa; BT: bilirrubina total; Crea: creatinina sérica.

Observación clínica

Femenina de 9 años la cual es admitida al servicio de urgencias por presentar 5 días de evolución con fiebre de alto grado y ataque al estado general, desarrollando ictericia 24 h previas a su ingreso. Se encontró febril, con ictericia generalizada, inyección conjuntival bilateral no purulenta, adenomegalia cervical izquierda, lengua «aframbuesada», eritema y descamación en dedos de manos y pies, no se detectó hepatomegalia, su estado neurológico y cardiorrespiratorio sin alteraciones, frecuencia cardíaca de 85 lpm y presión arterial de 90/60 mmHg. Los datos de laboratorio mostraron leucocitos 27.330 cél/ μ l, con neutrófilos 26.000 cél/ μ l y linfocitos 400 cél/ μ l, plaquetas 364.000 cél/ μ l, velocidad de sedimentación globular 57 mm/h y proteína C reactiva 65 mg/l; creatinina 1,4 mg/dl, urea 126 mg/dl, aspartato-aminotransferasa 80 U/l, alanino-aminotransferasa 60 U/l, bilirrubina total 7,1 mg/dl (directa 5,4 mg/dl) y examen general de orina con leucocituria.

Se estableció el diagnóstico de EK en función de los criterios de la American Heart Association. La paciente presentó en las primeras 24 h oliguria, edema e incremento de azoados (creatinina 3 mg/dl, urea 194 mg/dl), el ecocardiograma demostró aneurisma en la arteria coronaria derecha de 5,8 mm y de 8,3 mm en la coronaria izquierda, así como signos de isquemia en pared lateral izquierda del miocardio. Se inició inmunoglobulina intravenosa a 2 g/kg/dosis y pulsos de metilprednisolona por 3 dosis. Evolucionó favorablemente, a los 2 días de tratamiento con creatinina de 1,1 mg/dl, bilirrubinas totales 4,5 mg/dl (directa 2,2 mg/dl) y proteína C reactiva 65 mg/l. Se egresó asintomática a los 7 días de hospitalización sin alteraciones en los parámetros de laboratorio (tabla 1).

Discusión

La EK continúa siendo un reto para el pediatra ya que solo se cuenta con criterios clínicos sin tener una prueba específica para el diagnóstico^{5,6}. Las formas atípicas e incompletas de la enfermedad se presentan en aproximadamente el 20% de los pacientes, asociándose a un mayor riesgo para desarrollar aneurismas coronarios

y un peor pronóstico⁷. Los síntomas gastrointestinales no pertenecen a los criterios clásicos, siendo la colestasis y la elevación de transaminasas, ocasionalmente reportadas⁸. La manifestación urinaria más frecuente es la piuria estéril, aunque se ha reportado daño renal agudo tanto de etiología pre-renal como intrínseca⁹, en el caso de nuestro paciente consideramos la etiología como una nefritis intersticial, aunque no contamos con biopsia renal.

Hasta el momento actual no se encuentran en la literatura casos reportados que asocien colestasis y lesión renal aguda en un mismo paciente con EK. Aunque existe una relación significativa entre la lesión renal aguda, la edad y los niveles de transaminasas¹⁰.

Conclusiones

En todo paciente con síndrome febril, colestasis y daño renal agudo, la EK debe considerarse como diagnóstico diferencial. Es necesario realizar más estudios para conocer las implicaciones clínicas de esta asociación como la falta de respuesta a la inmunoglobulina y un peor pronóstico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

None

Bibliografía

- García Rodríguez F, Flores Pineda AJ, Villarreal Treviño AV, Salinas Encinas DR, Lara Herrera PB, Maldonado Velázquez MR, et al. Enfermedad de Kawasaki en un hospital pediátrico en México. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2016;73:166–73.
- Son MB, Newburger JW. Kawasaki disease. *Pediatr Rev*. 2013;34:151–62.
- Eladawy M, Domínguez SR, Anderson MS, Glodé MP. Abnormal liver panel in acute Kawasaki disease. *Pediatr Infect Dis J*. 2011;30:141–4.
- Wang JN, Chiou YY, Chiu NT, Chen MJ, Lee BF, Wu JM. Renal scarring sequelae in childhood Kawasaki disease. *Pediatr Nephrol*. 2007;22:684–9.
- McCordle BW, Rowley AH, Newburger JW, Burns JC, Bolger AF, Gewitz M, et al. Diagnosis Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135:e927–99.
- Garrido-García LM, Soto-Blanquel JL, Espinosa-Rosales FJ. Enfermedad de Kawasaki: cuadro clínico, exámenes de laboratorio y lesiones coronarias. *Acta Pediatr Mex*. 2015;36:314–21.
- Perera PJ, Samarasinghe D, Pathirana D, Randeni S, Samdamal LYS. An atypical case of Kawasaki disease presenting with cholestatic jaundice. *Sri Lanka Journal of Child Health*. 2015;44:58–60.
- Taddio A, Pellegrin MC, Centenari C, Filippeschi IP, Ventura A, Maggiore G. Acute febrile cholestatic jaundice in children: Keep in mind Kawasaki disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2012;55:380–3.
- Watanabe T. Kidney and urinary tract involvement in Kawasaki disease. *Int J Pediatr*. 2013;2013:831834.
- Chuang GT, Tsai IJ, Lin MT, Chang LY. Acute kidney injury in patients with Kawasaki disease. *Pediatr Res*. 2016;80:224–7.