

UNA SOSPECHA CLÍNICA ES FUNDAMENTAL EN MANIFESTACIONES ATÍPICAS

C. Martín Martín, T. Arauzo Otero, P.G. Tena García, I. Barragán Cirne, L. García Martín, L. González Amor, S. Ruiz González, P. Alonso López, M. Arroyas Sánchez.
Servicio de Pediatría. H. U. Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

INTRODUCCIÓN

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

CASO CLÍNICO

Niña de 6 años sin antecedentes de interés con febrícula de 18 horas de evolución asociada a **bultoma laterocervical doloroso, odinofagia y vómitos**. Constantes estables. Bultoma laterocervical derecho (3x3cm) sin alteraciones cutáneas y ganglios milimétricos bilaterales. Orofaringe normal. Resto de la exploración normal

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN URGENCIAS

Test rápido para <i>S. pyogenes</i> →	Negativo
Analítica sanguínea →	• Leucocitosis 30.550/mcl neutrofilia 90% • Elevación de reactantes de fase aguda (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



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DURANTE EL INGRESO

Analítica sanguínea (2º día de ingreso)→	• Disminución de reactantes de fase aguda (leucocitosis 22.600/mcl, PCR 120 mg/L, PCT 1.49 ng/ml) • Hipertransaminasemia (GPT 302 UI/L, GOT 239 UI/L, GGT 259 UI/L) • Hiperbilirrubinemia (bilirrubina 3.19 mg/dL) • Persistencia de coagulopatía (I. Quick 53%, TTPA 31 seg)
Serologías VEB, CMV y virus hepatotrópos→	Negativas
Ecografía abdominal (imagen) →	Colecistitis aguda alitiásica
Analítica sanguínea de control (4º día) →	• Elevación de nuevo de reactantes de fase aguda (PCR 198 mg/L). • Albúmina 3,1 g/dl • Descenso de hipertransaminemia e hiperbilirrubinemia (GPT 156 UI/L, GOT 53 UI/L, GGT 260 UI/L, bilirrubina 2.3 mg/dl)
Ecocardiografía →	Corazón y arterias coronarias normales

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Ingresa con diagnóstico de sialoadenitis infecciosa/inflamatoria con cefotaxima, clindamicina y metilprednisolona intravenosos. Durante el ingreso presenta fiebre, distensión abdominal y dolor en hipocondrio derecho. Se realiza ecografía que objetiva **colecistitis alitiásica** cambiándose tratamiento a piperacilina-tazobactam y clindamicina.

Permanece febril, apareciendo al 4º día de ingreso **hiperemia conjuntival bilateral no supurativa, labios fisurados y edema del dorso de los pies**. Ante la sospecha de **Enfermedad de Kawasaki** (EK) se añade inmunoglobulina, ácido acetilsalicílico (dosis antiinflamatoria) y se mantiene metilprednisolona intravenosa a 2 mg/kg/día.

Buena evolución clínica, con mejoría de los reactantes de fase aguda y la colestasis.

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 y requiere de una alta sospecha, ya que se puede manifestar de forma atípica. La colecistitis alitiásica se ha descrito en un 10% de los pacientes con EK, constituyendo la **causa más frecuente de hidropesía vesicular febril**.