

Hipertensión intracraneal benigna asociada a síndrome de Kawasaki.

Autores: Núñez Cuadros E, Gómez Robles C, Tejero Hernández MA, Moreno Pérez D, García Martín FJ, Jurado Ortiz A.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Kawasaki (SK) es una vasculitis multisistémica de etiopatogenia aun no totalmente aclarada. Habitualmente afecta a niños menores de 5 años, siendo excepcional su aparición en mayores de 10 años. La hipertensión intracraneal (HTIC) “benigna” puede estar originada por múltiples causas entre las que se encuentran diversas enfermedades de origen autoinmune e infeccioso.

CASO CLINICO: Niño de 11 años que ingresa por presentar un cuadro de 3 días de evolución de fiebre (máx 40° C), decaimiento intenso, cefalea, vómitos, adenopatía cervical de 2 cm, labios fisurados y exantema maculopapular generalizado que afecta a palmas y plantas. La punción lumbar demostró pleocitosis leve (250 leucocitos; PMN: 80 %) con bioquímica normal; no se observaron gérmenes en el gram. El diagnóstico inicial de presunción fue de infección meningocócica. Ante la persistencia de fiebre alta, descamación periungueal, cultivos negativos y PCR elevada (175 mg/l) a pesar de tratamiento antibiótico i.v, se sospecha SK iniciándose IGEV (2 gr/kg) y AAS oral (80 mg/kg), cesando progresivamente la fiebre y el resto de síntomas asociados; en la ecocardiografía no se observan anomalías. Previo a esto, al sexto día del inicio del cuadro comienza con diplopia secundaria a parálisis del VI par izquierdo. Se realiza fondo de ojo observándose papiledema bilateral, así como TC y RNM craneales, ambas sin alteraciones. Se confirma la presencia de HTIC benigna tras objetivar una presión del LCR de 35 cm de H₂O, con discreta pleocitosis (80 leucocitos, 95% mononucleares) y bioquímica normal. Se inicia tratamiento con dexametasona i.v y manitol mejorando progresivamente las alteraciones visuales. Se realizan serología y PCR a diversos virus prevalentes en sangre y LCR, siendo negativas. Durante su seguimiento se ha descartado la presencia de secuelas visuales y coronarias.

COMENTARIOS:

- Dada la excepcional aparición de SK en niños mayores de 10 años, el diagnóstico de presunción y el inicio del tratamiento con IGEV y AAS pueden ser tardíos.
- La parálisis del VI par se asocia en ocasiones tanto al SK como a la HTIC benigna.
- Tras una extensa búsqueda bibliográfica, no hemos encontrado asociación entre SK e HTIC benigna en la literatura.