



Caso clínico. Enfermedades infecciosas

Síndrome inflamatorio multisistémico vinculado a COVID-19 y apendicitis: ¿casualidad o causalidad?

Alicia Amaya Lautz^a, Juan Carlos Camacho Giraldo^b,
Isidora Frontaura Fernández^c, Isabel María Carrillo Abadía^c

^aPediatra Atención Primaria. CS Paterna del Campo. Huelva. España.

^bDirector. Unidad de Gestión Clínica. La Palma del Condado. Huelva. España

^cMédica de familia. CS La Palma del Condado. Huelva. España.

^dMédica de familia. CS La Palma del Condado. Huelva. España.

Publicado en Internet:
24-marzo-2022

Alicia Amaya Lautz:
alicia.amaya.lautz@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a COVID-19 (SIMPedS) es un nuevo síndrome descrito en niños con antecedentes de exposición a SARS-CoV-2. Presenta rasgos similares al síndrome de Kawasaki, el síndrome de *shock* tóxico o síndromes de activación macrofágica. Los síntomas iniciales suelen ser fiebre, decaimiento, dolor abdominal, vómitos y diarrea.

CASO CLÍNICO

Varón de 13 años, sano, diagnosticado en julio de 2021 de COVID-19, con sintomatología leve.

Tres semanas después, tras estar asintomático, comienza con fiebre y odinofagia. Se diagnostica de farinogamigdalitis y se trata con amoxicilina. A las 48 horas, se asocia ácido clavulánico al tratamiento por mala evolución y elevación de PCR.

Tras 2 días, comienza con dolor abdominal, vómito y cervicalgia, por lo que acude a Urgencias con peor estado general y empeoramiento de las pruebas complementarias: PCR 259 mg/l, elevación de transaminasas y plaquetopenia. Exploración: orofaringe hiperémica sin exudado, adenopatías laterocervicales bilaterales, abdomen doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho y dudoso reborde hepático. Resto sin hallazgos.

Se ingresa en planta de Pediatría, donde comienza con signos de afectación circulatoria y se sospecha SIMPedS. En la ecocardiografía se detecta pancarditis, y en la analítica, elevación de troponina T, proBNP y biomarcadores inflamatorios.

Se traslada a UCIP, con empeoramiento inicial, por lo que se inicia tratamiento con inmunoglobulinas, corticoides, AAS, heparina, milrinona y furosemida. Tras 5 días con buena evolución y descenso de medicación, pasa a planta. Allí permanece 7 días más, con normalización progresiva de las alteraciones analíticas.

A los 15 días del alta (finalizando corticoterapia oral), comienza con dolor abdominal y malestar. En la exploración solo destaca dolor abdominal en la fosa ilíaca derecha, con Blumberg negativo. Analítica sin datos relevantes. Se decide ingreso hospitalario, se reinician corticoides IV y se solicita ecografía abdominal, con hallazgo de apendicitis aguda flemosa.

Dado su riesgo anestésico y quirúrgico, se decide observación con corticoterapia y antibioterapia IV. A las 24 horas presenta mejoría, por lo que se decide realizar tratamiento conservador con antibioterapia.

En las revisiones posteriores por Cardiología y Cirugía se confirma la normalización de todos los parámetros.

CONCLUSIONES

Dada la situación actual, es importante dar a conocer este síndrome para poder realizar una identificación precoz, puesto que los primeros síntomas se consultarán probablemente en Atención Primaria.

Este caso presenta la particularidad de la aparición de una apendicitis posterior, cuya evolución y momento de instauración nos plantean una posible forma de reactivación inflamatoria tras suspender corticoides.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AAS: ácido acetilsalicílico • **BNP:** péptido natriurético tipo B • **IV:** por vía intravenosa • **PCR:** reacción en cadena de la polimerasa • **SIMPedS:** síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a COVID-19 • **UCIP:** Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Cómo citar este artículo: Alicia Amaya Lautz, Juan Carlos Camacho Giraldo, Isidora Frontaura Fernández, Isabel María Carrillo Abadía. Síndrome inflamatorio multisistémico vinculado a COVID-19 y apendicitis: ¿casualidad o causalidad? Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;(31):e91.