

REPORTE DE CASO

Enfermedad de Kawasaki: caso clínico

Kawasaki disease: case presentation

Gabriela Liliana Santafé Troncoso¹, César Fernando Vaca Salazar², Paúl Roberto Villares Paredes¹.

¹ Médico Residente del Postgrado de Pediatría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador

² Jefe del Servicio de Pediatra, Hospital General Enrique Garcés, ¹ Médico Pediatra, Hospital General Enrique Garcés.

RESUMEN

Este artículo describe el proceso de diagnóstico de la no muy común enfermedad de Kawasaki en un paciente preescolar en el Hospital Enrique Garcés de Quito. Aunque esta enfermedad ha sido descrita clínicamente desde hace más de 50 años, su prevalencia y conocimiento médico científico es mayor en el continente asiático y otros países desarrollados. **Introducción.** Se presenta una definición y descripción de la enfermedad de Kawasaki, considerando sus criterios clínicos. Además se reconoce las contribuciones de estudios previos realizados en Latinoamérica y Ecuador. **Caso clínico.** Paciente preescolar, que presentó cuadro de fiebre de 5 días de evolución, que se acompaña de exantema maculopapular, conjuntivitis no supurativa, lengua en frambuesa, eritema en labios, edema de manos y pies. Resaltando los signos que llevaron a diagnósticos diferenciales y al diagnóstico definitivo de la enfermedad de Kawasaki. **Resultados.** El paciente cumplió con criterios clínicos para enfermedad de Kawasaki. Se inició tratamiento con inmunoglobulina humana y ácido acetilsalicílico, además se solicitó ecocardiograma reporta una ligera afectación de la arteria coronaria izquierda. A las 24 horas de iniciado el tratamiento, el niño presenta mejoría clínica marcada. En cuanto al manejo posterior se mantiene solo el ácido acetilsalicílico a dosis antiagregante plaquetaria, se indica continuar durante 6 semanas, y control ecocardiográfico en 6 semanas. **Discusión.** Los signos clínicos que llevaron al diagnóstico definitivo de la enfermedad de Kawasaki en el paciente reportado son similares a los descritos en la literatura médica. **Conclusión.** La EK desde su descripción se estableció criterios clínicos, para ayudar a su diagnóstico. No existen hallazgos clínicos patognomónicos ni pruebas diagnósticas específicas hasta el momento.

Palabras clave: Exantema polimorfo; Síndrome Mucocutáneo Linfonodular; Exantema; diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

This article describes the diagnostic process of the not very common Kawasaki disease in a pre-school patient at the Enrique Garcés Hospital in Quito. Although this disease has been clinically described for more than 50 years, its prevalence and medical knowledge is greater in the Asian continent. **Introduction.** A definition and description of Kawasaki disease is presented, considering its clinical criteria. It also recognized the contributions of previous studies carried out in Latin America and Ecuador. **Case presentation.** Preschool patient, who presented fever of 5 days evolution, accompanied by maculopapular rash, nonsuppurative conjunctivitis, raspberry tongue, erythema on lips, hands and feet edema. The goal was highlight the main signs to reach the definitive diagnosis of Kawasaki Disease. **Results.** The patient met the clinical criteria for Kawasaki disease. A treatment with human immunoglobulin and acetylsalicylic acid was initiated, in addition to requesting an echocardiogram that reports a slight affection of the left coronary artery. At 24 hours after starting the treatment, the child showed marked clinical improvement. In the subsequent management, acetylsalicylic acid alone is maintained at antiplatelet dose, indicated to continue for 6 weeks, and echocardiographic monitoring in 6 weeks. **Discussion.** The clinical signs that led to the definitive diagnosis of Kawasaki Disease in our reported patient were similar to those described in the medical literature. **Conclusion.** The EK from its description was established clinical criteria, to assist in its diagnosis. There are no pathognomonic clinical findings or specific diagnostic tests so far.

Keywords: Polymorphous rash; Mucocutaneous Lymph Node Syndrome; Exanthema; Diagnosis, differential.



OPEN ACCESS

Cómo citar este artículo:

Vaca-Salazar CF, Villares-Paredes PR, Santafé-Troncoso GL. Enfermedad de Kawasaki: caso clínico. Cambios rev. méd. 2018; 17(1):57-60.

Correspondencia:

Dra. Gabriela Liliana Santafé Troncoso,

Correo: lili_santafe_@hotmail.com

Teléfono: (593) 995110918

Recibido: 2017-07-31

Aprobado: 2018-07-31

Publicado: 2018-11-08

Copyright: ©HCAM



Atribución/Reconocimiento 4.0 Internacional

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK) es conocida formalmente como “síndrome linfático mucocutáneo y poliarteritis nudosa infantil; es una enfermedad febril aguda de la infancia que provoca una vasculitis que afecta principalmente a las arterias coronarias”.¹ De acuerdo con Moro, Malaga y Madero,² la EK es la principal causa de cardiopatía adquirida en la infancia en países desarrollados.

El diagnóstico de EK se da principalmente basándose en los siguientes criterios clínicos: fiebre por más de cinco días, eritema en palmas y plantas, edema de manos y pies, exantema polimorfo, infiltración conjuntival bulbar bilateral, sin exudado, cambios en labios y en la cavidad oral, linfadenopatía cervical, generalmente unilateral.³ La EK es prevalente en niños menores de 5 años de origen étnico asiático, aunque hoy en día ha sido reportado a nivel mundial en diversos grupos étnicos.⁴ La epide-

mología de la enfermedad ha sido bien descrita en países del Asia, Norteamérica y Europa. Sin embargo, en América Latina existen mínimos estudios sobre su incidencia, prevalencia, morbimortalidad y etiología.⁵ En Ecuador los reportes de casos clínicos se limitan al estudio de Herrera y Mendieta,⁶ que hicieron un seguimiento de los pacientes con síndrome de Kawasaki atendidos en el hospital de niños “Roberto Gilbert Elizalde” durante el periodo de 2003-2008. El presente caso atendido en el Hospital Enrique Garcés de Quito representa una contribución a la incidencia de nuevos casos en la ciudad de Quito.



Figura 1. Exantema polimorfo



Figura 2. Lengua de fresa



Figura 3. Exantema polimorfo en miembros inferiores resuelto.



Figura 4. Exantema polimorfo en proceso de resolución posterior a la perfusión de inmunoglobulina



Figura 5. Descamación de tórax.



Figura 6. Descamación de muslos y manos

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 2 años, 5 meses de edad sin antecedentes patológicos previos de importancia, que 72 horas previo al ingreso presentó de manera súbita lesiones en piel tipo maculopapulares acompañado de prurito intenso, se maneja inicialmente como un cuadro de intoxicación alimentaria, con antihistamínico, sin mejoría. 24 horas después se acompañó de alza térmica cuantificada en 38°C, para lo cual la madre le administró paracetamol, pero la fiebre persistió. Acudió una segunda ocasión por emergencia, se diagnosticó una reacción alérgica por intoxicación alimentaria por lo que se continuó con medicación

instaurada de manera ambulatoria (antihistamínico y paracetamol) y se lo envió a casa. La madre acude nuevamente al servicio de emergencia por persistencia de la fiebre, aumento de lesiones en la piel y decaimiento.

El paciente se evaluó en el servicio de emergencia; al examen físico los hallazgos relevantes son: en la piel un exantema maculopapular en tórax y abdomen, se realizaron exámenes complementarios: una biometría hemática con neutrofilia y biomarcadores de fase aguda elevados. Se decidió el ingreso del paciente por sospecha de bacteriemia, se inicia antibioticoterapia de amplio espectro con una cefalosporina de tercera generación. A las 72 horas de ingresado se lo revaluó debido a que no presenta mejoría clínica, persisten alzas térmicas acompañado de dolor abdominal de moderada intensidad, el exantema maculopapular se encuentra generalizado, se mostró en palmas y plantas, además al examen físico los nuevos hallazgos fueron inyección conjuntival bilateral leve, en la boca queilitis angular, labios eritematosos y la lengua presenta un aspecto de fresa (figura 1), en cuello no adenopatías. Se realizaron nuevos exámenes paraclínicos donde los hallazgos fueron neutrofilia aislada, PCR (26,5 mg/dL) y velocidad de eritrosedimentación (40 mm/h) que para la edad del paciente eran elevados, hipoalbuminemia (2,4 g/dL) hiponatremia (133 mEq/L). Tomando en cuenta los signos clínicos y revisando la bibliografía posteriormente se determinó que el paciente cumple con los criterios de la enfermedad de Kawasaki.⁷

Se inició tratamiento con inmunoglobulina humana a razón de 2 g/kg, en dosis única (duración de la perfusión: 10 horas) y ácido acetilsalicílico (50 mg/kg/día dividido en 3 dosis), además se solicitó ecocardiograma en el cual reportan una ligera dilatación de la arteria coronaria izquierda. El paciente a partir de las 24 horas de terminada la perfusión de inmunoglobulina presentó mejoría clínica marcada, cede la fiebre, el exantema disminuye significativamente (figura 2). Se realizó exámenes paraclínicos de control a las 48 horas de finalizada la administración de inmunoglobulina en los cuales se encontró trombocitosis (689 000 k/µL). En cuanto al manejo posterior al

permanecer 48 horas afebril se disminuye el ácido acetilsalicílico a dosis antiagregante plaquetaria a 5 mg/kg/día. A los 11 días de evolución de la enfermedad, se observa descamación generalizada en la piel (figura 3); el exantema ha desaparecido totalmente. Es dado de alta a los 14 días de evolución de la enfermedad y se realizará seguimiento de manera ambulatoria; se indica continuar con ácido acetilsalicílico durante 6 semanas, y control ecocardiográfico en 6 semanas.^{8,9}

DISCUSIÓN

A más de 50 años de su primera descripción, la enfermedad de Kawasaki ha sido prevalente en el continente Asiático.¹⁰ En el caso de Latinoamérica los casos reportados son mínimos por lo que su estudio científico para este contexto también es limitado.^{11,12} Este poco conocimiento hace que su diagnóstico sea un desafío entre los clínicos como ejemplifica el caso descrito en este artículo. Aunque la enfermedad de Kawasaki ha sido bien descrita clínicamente, sus criterios clínicos no son patognomónicos de la misma. Esta situación hace que en países como Ecuador, donde la enfermedad no es prevalente, su diagnóstico no sea acertado y a tiempo.¹³ Por ejemplo, en la evolución clínica del caso reportado se observa como el cuadro clínico del caso reportado direccionó el diagnóstico hacia bacteriemia e intoxicación alimentaria.

Los signos clínicos que direccionaron hacia el diagnóstico de la enfermedad de Kawasaki en este caso reportado fueron el aspecto de la lengua conocido como lengua en fresa, la persistencia de la fiebre por más de cinco días, y la inyección conjuntival.^{14,15,16} Estos signos clínicos más prevalentes coinciden con los criterios que se deben tomar en cuenta para el diagnóstico. Wang et al¹⁷ realizaron un estudio de casos de esta enfermedad en Taiwán e identificaron que los tres signos clínicos más recurrentes en la enfermedad de Kawasaki son justamente la fiebre, lengua en fresa y la conjuntivitis. En cuanto a su tratamiento la inmunoglobulina humana sigue siendo el pilar en el tratamiento de la enfermedad.^{18,19}

No se ha reportado ningún caso de este tipo en el Hospital Enrique Garcés, es una contribución al proceso del diagnós-

tico de la enfermedad de Kawasaki en el Ecuador y Latinoamérica.

CONCLUSIONES

La EK desde su descripción se estableció criterios clínicos, para ayudar a su diagnóstico. No existen hallazgos clínicos patognomónicos ni pruebas diagnósticas específicas hasta el momento.

El mayor riesgo de la EK es que puede producir complicaciones cardiovasculares graves, por lo que es necesario un diagnóstico precoz. Considerando dentro de los diagnósticos presuntivos a esta patología, cuando el niño presenta alguno de los criterios clínicos de la EK.

Con un tratamiento correcto y temprano se disminuye las secuelas cardíacas.

ABREVIATURAS

EK: Enfermedad de Kawasaki; PCR: Proteína C Reactiva.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

GS: concepción y diseño del trabajo. Recolección y obtención de resultados. Redacción del manuscrito. GS y CV: identificación del caso de paciente. Todos los autores realizaron la revisión crítica del manuscrito y la aprobación de su versión final.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

César Fernando Vaca Salazar, Médico Pediatra, Jefe del Servicio de Pediatra del Hospital Enrique Garcés. ORCID  : <https://orcid.org/0000-0002-5921-1721>.

Paúl Roberto Villares Paredes, Médico Pediatra del Hospital Enrique Garcés, Tutor del Internado Rotativo de la Universidad Central del Ecuador. ORCID  : 0000-0002-3747-7940.

Gabriela Liliana Santafé Troncoso, Médico de la Universidad Central del Ecuador. Médico Residente del Postgrado de Pediatra de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. ORCID  : <https://orcid.org/0000-0001-5506-5731>.

DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Se utilizaron recursos bibliográficos de uso libre y limitado. La información recolectada está disponible bajo requisición al autor principal.

APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA Y CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN

El artículo científico fue aprobado por pares y por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos -CEISH/HECAM.

CONSENTIMIENTO PARA PUBLICACIÓN

La publicación fue aprobada por el Consejo Editorial del HECAM.

FINANCIAMIENTO

Se trabajó con recursos propios de los autores.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés.

AGRADECIMIENTO

A la colaboración, trabajo en conjunto que se realizó con los co autores, para la redacción y publicación del caso clínico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Son MB, Newburger JW. Enfermedad de Kawasaki. En: Kliegman R, Stanton, St. Geme & Schor, editores. Nelson: Tratado de pediatría. 20a ed. ELSEVIER; 2016. p1262.
2. Castro FJ. Enfermedad de Kawasaki. En: AEP Asociación Española de Pediatría. Tratado de Pediatría Tomo 2.11ª ed. Panamericana; 2014.
3. Son MB, Newburger JW. Enfermedad de Kawasaki. En: Kliegman R, Stanton, St. Geme & Schor, Editores. Nelson: Tratado de Pediatría. 20^{ma} ed. Elsevier; 2016. p1264.
4. Fátima F. Pinto, Sérgio Laranjo, Miguel Mota Carmo, Maria João Brito and Rui Cruz Ferreira, Twelve Years of Kawasaki Disease in Portugal, *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 36, 4, (364), (2017)
5. González-Mata Antonio, Ulloa-Gutiérrez Rolando, Brea José, Soza Guillermo, Tremoulet Adriana H. Origin and importance of the Latin American Kawasaki Disease Network (REKAMLATINA). *Rev. Chil. Infectol. [Internet]*. 2014 Jun 6. Herrera C, Mendieta P. Seguimiento de los pacientes con síndrome de Kawasaki atendidos en el Hospital de Niños “Roberto Gilbert Elizalde”, periodo 2003-2008. *Rev. Med. FCM-UCSG*, Año 2011, Vol.17 N°3. Págs. 177-185
7. Son MB, Newburger JW. Enfermedad de Kawasaki. En: Kliegman R, Stanton, St. Geme & Schor, editores. Nelson: Tratado de pediatría. 20a ed. Elsevier; 2016. p1265.
8. Mendiola K, Osorio J, Maldonado M, Fauquier E. Kawasaki's disease in remission with cardiac involvement: Intracardiac thrombus in a Giant Aneurism of both coronary arteries. Case report. *Rev. Reumatología Clínica*. Volume 7, Issue 5, September–October 2011, Pages 329-332
9. McCrindle 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;135:927-99.
10. Kawasaki T. Acute febrile mucocutaneous syndrome with lymphoid involvement with specific desquamation of the fingers and toes in children. *Arerugi* 1967;16(3):178-222.
11. Mora M, Burbano A, Domínguez T. Enfermedad de Kawasaki. Reporte de un caso clínico. *Rev. Med. FCM-UCSG*, Año XX, Vol.18 N°3 (2014). Págs. 186-190.
12. Singh S, Vignesh P, Burgner D. The epidemiology of Kawasaki disease: a global update. *Arch Dis Child* 2015; 100: 1048-8.
13. Alomia C, Gordillo, L. (2014). Prevalencia de enfermedad de Kawasaki en el Hospital Metropolitano de Quito en un periodo de 7 años. *Revista Ecuatoriana De Pediatría*, 15(1), 13-16.
14. Melonari P, Abate H, Llano López L, Cuttica R. Estudio multicéntrico de enfermedad de Kawasaki en Argentina [abstract]. En Sociedad Argentina de Pediatría. 37º Congreso Argentino de Pediatría; 29 de septiembre al 2 de octubre de 2015; Mendoza, Argentina.
15. Ulloa-Gutiérrez R, Salgado A, Estriapeaut D, et al. Multicenter Retrospective Study of the Clinical Course of Kawasaki Disease in Latin American Children. 11th International Kawasaki Disease Symposium. Honolulu, Hawaii, USA. February 3rd, 2015.
16. Council on Cardiovascular Disease in the Young; Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease; American Heart Association. Diagnostic guidelines for Kawasaki disease. *Circulation*. 2001;103:335–336.
17. Wang CL, Wu YT, Liu CA, Kuo HC, Yang KD. Kawasaki disease: Infection, immunity and genetics. *The Pediatric infectious disease journal*. 2005 Nov 1;24(11):998-1004.
18. Singh S, Newburger J, Kuijpers T, Burgner D. Management of Kawasaki Disease in Resource-limited Settings. *The Pediatric Infectious Disease Journal* • Volume 19, Number 1, January 2015.
19. Sundel R. Kawasaki disease: initial treatment and prognosis. *UpToDate*. Disponible en www.uptodate.com/contents/kawasaki-disease-initial-treatment-and-prognosis
20. Ulloa Gutierrez R, Salgado AP, Tremoulet AH. Kawasaki disease in Latin American children: past, current and future challenges. *J Pediatric Infect Dis Soc* 2014; 3:280-1.