



UNIVERSIDAD  
CIENCIAS MÉDICAS  
DE LA HABANA

Facultad de Ciencias Médicas  
«Salvador Allende»

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA  
**HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL CERRO**



**“Enfermedad de Kawasaki en una paciente perteneciente al Hospital  
Pediátrico del Cerro”**

**Autoras:**

Flavia M. Liriano Reyes\*

Lía Leyva Bruzat\*

Gabriela Grovas Herrera\*

*\*estudiante de 5to año de medicina, alumna ayudante de pediatría*

**Tutores:**

**Dra. Ketty Silva García.**

Especialista en 1er Grado de MGI y Pediatría. Profesora Asistente

**Dr. Asney Díaz Sánchez.**

Especialista en segundo grado en Pediatría y Endocrinología. Master en atención integral al niño. Profesor Auxiliar.

*La Habana, 2023*

## **RESUMEN**

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica, aguda y autolimitada, con complicaciones potencialmente peligrosas, que afecta principalmente a lactantes y niños pequeños, aunque puede afectar a adolescentes y adultos. Se presentó un caso clínico de la Enfermedad de Kawasaki en una paciente perteneciente al Hospital Pediátrico del Cerro, mediante la recopilación de información procedente de la historia clínica individual de la paciente, en el periodo de finales de diciembre 2022 a inicio de enero 2023. En el caso se manifestó como datos más significativos: fiebre de 8 días de evolución con pobre respuesta al antibiótico, la inyección conjuntival, el enrojecimiento de la mucosa oral y alteraciones en el ecocardiograma. La sospecha de la enfermedad, ayuda al diagnóstico oportuno y a iniciar la forma más precoz del tratamiento, para evitar la aparición de complicaciones. El tratamiento utilizado mostró resultados favorables en la paciente.

*Palabras claves: Enfermedad de Kawasaki, Vasculitis sistémica, Vasculitis aguda autolimitada, Enfermedad Sistémica aguda, Fiebre*

## INTRODUCCION

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica, aguda y autolimitada, con complicaciones potencialmente peligrosas, que afecta principalmente a lactantes y niños pequeños, aunque puede afectar a adolescentes y adultos.<sup>1</sup>

Históricamente, cuando Kawasaki observó los primeros casos, pensó que se trataba de la escarlatina, sin respuesta a la Penicilina, que no tuviera efecto. Sin embargo, en 1967 llegó a la conclusión de que había descubierto una nueva entidad clínica.<sup>2</sup>

En un principio se pensó que el síndrome era el resultado de un agente infeccioso, con cultivos siempre negativos. El hecho de que se presente en temporadas como primavera y finales del invierno con más frecuencia, hizo pensar que pudiera actuar como transmisor algún vector con una gran movilidad. Se ha asociado la EK con múltiples microorganismos, pero no se ha podido demostrar que ninguno de ellos sea el agente causal de la enfermedad.

El 85% de los casos a nivel mundial, sucede en menores de 5 años, con máxima incidencia entre los 18 y 24 meses de vida. La EK es menos frecuente en menores de 3 meses o mayores de 5 años, siendo en ambos grupos mayor el riesgo de desarrollo de aneurismas de arterias coronarias.

Se ha observado una mayor incidencia en los meses de invierno y primavera.

En Japón se comunican unos 5.000 a 6.000 casos de EK por año, con una incidencia anual de 90 casos por 100.000 niños menores de 5 años. En EE.UU. es de 6 a 9 casos por 100.000 niños menores de 5 años, lo cual supone aproximadamente unos 2.000 casos nuevos por año, y es curioso destacar que esta incidencia es significativamente más frecuente en niños de familias asiática.<sup>3 y 4</sup>

La EK no se diagnostica con frecuencia en Cuba y solo se han reportado casos aislados.

La EK se caracteriza por:

- fiebre de más de 5 días de evolución, junto a:
- inyección conjuntival bilateral, no exudativa,
- lesiones orofaríngeas con eritema oral y/o fisuras de labios y/o lengua "aframbuesada",
- edema o eritema de manos y pies,
- exantema polimorfo,
- adenopatía cervical de  $\geq 1,5$  cm de diámetro, a menudo unilateral.<sup>5</sup>

Existen también formas "incompletas" o "atípicas" de EK en la que no están presentes todas las manifestaciones, pero que deben ser reconocidas y tratadas.

En la EK se pueden observar otras manifestaciones tales como: irritabilidad (muy característica y frecuente), cambios de humor, artralgias, artritis, meningitis aséptica, neumonitis, uveítis, disuria, piuria estéril, otitis, hepatitis, aumento de las transaminasas, hidrocele, miositis, exantema petequial, afectación cardíaca y del SNC.

En los exámenes complementarios no hay un dato biológico patognomónico de EK.

El diagnóstico se basa en criterios clínicos. Se requiere el síndrome febril y 4 de los 5 criterios referidos en la clínica, o 4 criterios con aneurisma coronario por ecocardiografía bidimensional.

Luego del ingreso del paciente con sospecha de EK debe clasificarse para un correcto tratamiento, en paciente de alto riesgo o paciente de bajo riesgo.<sup>6</sup>

Es de vital importancia el estudio de la EK, a pesar de que en nuestro país la incidencia es muy baja y diversos estudios han demostrado una evolución favorable para el paciente, no se debe olvidar que el mayor riesgo de esta enfermedad es que se puede producir complicaciones cardiovasculares graves, lo que se podría evitar si el médico es capaz de dar un diagnóstico precoz y un tratamiento correcto de la EK a fin de evitar secuelas cardíacas.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

- ❖ Presentar un caso clínico de la Enfermedad de Kawasaki en una paciente perteneciente al Hospital Pediátrico del Cerro.

### **ESPECIFICOS**

- ♦ Identificar los principales datos generales de la paciente.
- ♦ Describir las características de la clínica y de los resultados obtenidos en los complementarios.

## DESARROLLO

METODOLOGIA: Se realizó la presentación del caso clínico, mediante la recopilación de información procedente de la historia clínica individual de la paciente y entrevistas realizadas en el periodo de finales de diciembre 2022 a inicio de enero 2023. Siempre se tuvo en cuenta los principios de la ética médica.

### ❖ PRESENTACION DEL CASO

**Sexo:** Femenino

**Edad:** 10 años

**Lugar de residencia:** Guines

**Raza:** Blanca

**APP:** Salud

**APF:** Salud

**Hábitos tóxicos:** no refiere

**Motivo de ingreso:** Fiebre

**Historia de la Enfermedad Actual:** Paciente adolescente, femenina, blanca, de 10 años de edad con antecedentes de salud aparente que refiere su mamá que el 15/12/22 comienza con fiebre de hasta 39° en 2-3 picos diarios de difícil control acompañada de tos ocasional y secreción nasal acuosa frecuente, además de lengua muy enrojecida. El día 16 comienza con enrojecimiento conjuntival bilateral sin exudado (es valorada ese día por oftalmología que ante el antecedente de baño en piscina le diagnostica una conjuntivitis química y se inicia tratamiento con prednisona en colirio). La fiebre se mantuvo hasta el día 19/12/22, con 4 días de evolución por lo que es llevada a Cuerpo de Guardia del Hospital Materno Infantil Manuel Piti Fajardo de Gúines, Mayabeque donde es valorada.

**Examen Físico Positivo:**

se aprecia inyección conjuntival bilateral (Figura 1), no supurativa, con aumento del grosor de los vasos conjuntivales.

**Complementarios de urgencia:**

✓ EXÁMENES DE LABORATORIO

- Leucograma con diferencial: CGL:  $11.6 \times 10^9/L$  P: 0.89 L: 0.11
- Conteo de Plaquetas:  $235 \times 10^9/L$

✓ IMAGENLOGÍA

- Rx de Tórax: discreto engrosamiento parahiliar izquierdo. (Figura 2)
- US abdominal: Vesículas de paredes 5.2 mm. Paredes del estómago engrosadas. Restos de órganos de hemiabdomen superior sin alteraciones. No líquido libre en cavidad.

Se decide su ingreso en Sala de Respiratorio con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad. Se inicia tratamiento con Penicilina Cristalina según protocolo, se mantiene el tratamiento con prednisona ocular.

Durante su estadía en sala se repiten **complementarios:**

✓ EXAMENES DE LABORATORIO (20/12)

- Leucograma: CGL-  $11.5 \times 10^9/L$  P: 0.89 L: 0.11
- Hto: 0.38
- VSG: 102 mm/h

En su 4to día de estadía en sala con antibioticoterapia y 8vo de evolución de su enfermedad, persiste fiebre en 1-2 picos diarios y la inyección conjuntival.

Además, mantiene ligera inapetencia, aunque con estado general aceptable. ✓

IMAGENOLOGIA (23/12)

- Se realizan ultrasonido y Rx de Tórax evolutivos con resultados negativos.

- Se indica Ecocardiograma donde se observa Insuficiencia Mitral ligera. No prolapso. Válvulas de características normales. No alteración de las coronarias.

Teniendo en cuenta la fiebre de 8 días de evolución con pobre respuesta al antibiótico, la inyección conjuntival (Figura 3), el enrojecimiento de la mucosa oral (Figura 4) y las alteraciones en el ecocardiograma, se establece el diagnóstico de Enfermedad de Kawasaki y se traslada a UTIP el día 23/12/22 para continuar estudio y tratamiento.

Una vez en UTIP se realizan nuevos **complementarios**:

✓ EXAMENES DE LABORATORIO (23/12)

➤ VALORES HEMATOLOGICO

- Leucograma: CGL-  $9.3 \times 10^9/L$  P: 0.75 L:0.22 M: 000
- Hto: 0.32
- Hb: 98 g/L
- Plaquetas:  $420 \times 10^9/L$
- Lámina periférica: Presencia de granulaciones tóxicas
- VSG: 110 mm/h

➤ SECCION BIOQUIMICA

- Glucemia: 4.8 mmol/L
- Creatinina: 49.3 mmol/L
- TGP: 15.7 mmol/L
- TGO: 19.2 mmol/L
- GGT: 39 mmol/L
- Proteínas totales: 60.4 g/l
- Albúmina: 42 g/l
- Bilirrubina total: 20.2
- D: 3.1

- TAG: 1.5 mmol/L

➤ GASOMETRÍA Y IONOGRAMA:

□ Ph: 7.45/ PO<sub>2</sub>: 60.9 / PCO<sub>2</sub>: 40.9 / HCO<sub>3</sub>: 27.9 / Na: 41 / K: 4 / Ca: 1 / Cl: 100. Donde se observa ligera alcalosis metabólica

✓ ELECTROCARDIOGRAMA: sin alteraciones

**Diagnóstico presuntivo y confirmado:** Enfermedad de Kawasaki

**Tratamiento:** Se decide iniciar tratamiento con Intacglobin a 2g/kg/día en dosis única y Aspirina a 30mgKg/día.

Ante la presencia de neutrofilia con granulaciones tóxica y eritrosedimentación acelerada se decide mantener con antibioticoterapia, aunque con Ceftriaxona EV a dosis máxima.

En el décimo día de evolución se observa al examen físico descamación periungueal. (Figura 5)

A las 24 h de iniciar el tratamiento con Intacglobin desaparece la fiebre, la paciente comienza a alimentarse mejor y mejora su estado general. Se traslada a Sala de Pediatría.

A las 72 h se repite Ultrasonido, Rx de Tórax y Ecocardiograma evolutivos sin alteraciones. Por su evolución favorable, se decide alta médica con posterior seguimiento por Pediatría a los 15 días. Se mantiene al egreso con tratamiento con ASA (80 mg) diario por 6 semanas.

## DISCUSION DEL CASO:

Debido al polimorfismo de las manifestaciones clínicas de la EK muchas veces es confundida con otras enfermedades retardando el diagnóstico y tratamiento tempranos de la misma y, precisamente, su importancia se debe a que el 15-25 % de los niños no tratados desarrollan anomalías coronarias que pueden conducir a infarto del miocardio, miocarditis, valvulitis, muerte súbita o enfermedad isquémica cardíaca.<sup>7</sup>

El comienzo de la enfermedad es abrupto; el primer signo es la fiebre elevada recurrente, no hay pródromo evidente. La fiebre persiste en una media de 6,5 días en los niños no tratados.

Los criterios clínicos corresponden a la presencia de fiebre al menos de 5 días y, al menos, cuatro de los siguientes signos: inyección conjuntival bilateral (no exudativa); cambios en la mucosa de la orofaringe (incluyendo faringitis, labios fisurados, eritematosos o secos y lengua en «fresa»); alteraciones en las extremidades, como edema o eritema de manos y/o pies, así como descamación usualmente de predominio periungueal; eritema polimorfo (pero no vesicular) y linfadenopatía cervical mayor de 1,5 cm y habitualmente única.

El término enfermedad Kawasaki atípico (KA) se utilizaba en los niños que tenían tres o cuatro, de los cinco criterios, más arteritis de las coronarias, lo que para algunos autores es una definición restrictiva, ya que se han encontrado pacientes con anomalías coronarias sin reunir los criterios clínicos, en los que el inicio temprano de un tratamiento apropiado evita o interrumpe el daño de las coronarias. Sin embargo, en Congreso Interdisciplinario de Cardiología en Argentina se plantea que, con más de 5 días de fiebre inexplicable, dos características de la enfermedad y la afectación coronaria es suficiente para plantear una forma atípica.<sup>8</sup>

Es por esto que la Asociación Americana del Corazón (AHA, por sus siglas en inglés) determina que el diagnóstico de KA debe considerarse en cualquier niño con fiebre prolongada inexplicable, menos de cuatro criterios clínicos y hallazgos ecocardiográficos o de laboratorio compatibles.<sup>9</sup>

El caso presentado tiene similitud clínico-epidemiológica, al examen físico e imagelógico 1,6,7,8 y 9, con los revisados en la literatura , no obstante, es una experiencia nueva, porque a pesar de estar bien descrita cada manifestación clínica, en un inicio el caso no fue diagnosticado como EK, debido a que durante la infancia muchas enfermedades pueden tener características similares a la EK lo que contribuye al retardo del correcto diagnóstico y tratamiento.

La afectación cardiovascular es la manifestación clínica más importante de la enfermedad. La miocarditis ocurre en la mayoría de los pacientes con EK demostrando que la exploración ecocardiográfica es un elemento fundamental para el diagnóstico.

La paciente tuvo una evolución satisfactoria al tratamiento empleado, sin desarrollar secuelas de la enfermedad.

## **CONCLUSIONES**

La sospecha de la enfermedad, ayuda al diagnóstico oportuno y a iniciar la forma más precoz del tratamiento para evitar la aparición de complicaciones.

Entre los datos generales más significativo que presentó la paciente fue la edad (10 año), pues variados artículos refieren que rara vez la enfermedad se manifiesta clínicamente por encima de los 8 año.

El signo principal que presentó la paciente fue la fiebre de varios días de evolución y de los complementarios los resultados más significativos fueron obtenidos en el ecocardiograma. El tratamiento utilizado mostró resultados favorables.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Barrios Tascón A, Centeno Malfaz F, Rojo Sombrero H, Fernández-Cooke E, SánchezManubens J, Pérez-Lescure Picarzo J. Consenso nacional sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento cardiológico de la enfermedad de Kawasaki. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2018; Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.04.003>
2. Rife E, Gedalia A. Kawasaki disease: An update. Curr Rheumatol Rep [Internet]. 2020;22(10):75. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11926-020009414>
3. Kumrah R, Vignesh P, Rawat A, Singh S. Immunogenetics of Kawasaki disease. Clin Rev Allergy Immunol [Internet]. 2020;59(1):122-39. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12016-020-087839>
4. Zhu F, Ang JY. 2021 update on the clinical management and diagnosis of Kawasaki disease. Curr Infect Dis Rep [Internet]. 2021;23(3):3. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11908-021-00746-1>
5. Medeiros R de Magalhães C, Coutinho de Almeida F, Gandolfi L, Pratesi R, Ribeiro de M Alves N, Selleski N, et al. Clinical manifestations of Kawasaki disease at different age spectrum: A ten-year study. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2020;56(4):145. Doi: <http://dx.doi.org/10.3390/medicina56040145>
6. Bonilla Chaves GA, Gutiérrez Campos G, Rodríguez Umaña D, Vargas Ocampo Y. La enfermedad de Kawasaki: actualidad. CS [Internet]. 08 de abril, 2022 [citado el 01 de mayo, 2022];6(2):7-20. Disponible a partir de: <http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/322>
7. Beth Son M, Newburger JW. Enfermedad de Kawasaki. Kliegman R, Geme III J, Blum N, Shah S, Tasker R, et al. Nelson Tratado de Pediatría. 19ed. España: S.A Elsevier; 2013. v.1. p:901-6.

8. Bluro I. Enfermedad de Kawasaki: Consenso Interdisciplinario e Intersociedades. Guía Práctica Clínica. Rev Arg Card [Internet]. 2018 Nov [citado 20/05/2021]; 85(5):[aproximadamente 9 p.]. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/enfermedad-de-kawasakiconsenso-interdisciplinario-e-intersociedades-gu-iacutea-pr-aacutecticacl-iacutenica.pdf>
  
9. Cortés N, Maza F de la, Díaz J, Domínguez A, Bruna S, Velázquez A. Actualización de la Enfermedad de Kawasaki: Diagnóstico, estudio y tratamiento. Rev Ped Elec [Internet]. 2020 [citado 20/05/2021]; 17(1):[aproximadamente 10 p.]. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2020/vol17num1/pdf/ACTUALIZACION%20EN%20ENFERMEDAD%20DE%20KAWASAKI%20DIAGNOSTICO%20ESTUDIO%20TRATAMIENTO.pdf>

## ANEXOS



**FIGURA 1:** Se observa inyección conjuntival bilateral sin exudado.

*Fuente: se le tomó la foto a la paciente con el consentimiento de la madre, siempre respetando los principios de la ética médica.*



**Figura 2:** Rx de Tórax Posteroanterior : discreto engrosamiento parahiliar izquierdo.

*Fuente: Historia Clínica de la paciente.*



**FIGURA 3:** Se observa inyección conjuntival bilateral sin exudado.

*Fuente: se le tomó la foto a la paciente con el consentimiento de la madre, siempre respetando los principios de la ética médica.*



**Figura 4:** se observa enrojecimiento de la mucosa oral.

*Fuente: se le tomó la foto a la paciente con el consentimiento de la madre, siempre respetando los principios de la ética médica.*



**Figura 5:** Se observa descamación de las manos.

*Fuente: se le tomó la foto a la paciente con el consentimiento de la madre, siempre respetando los principios de la ética médica.*