

## Enfermedad de Kawasaki en un infante

### Kawasaki disease in a child

**MsC. José Luis Lobaina Lafita,<sup>1</sup> MsC. Heriberto Arencibia Sosa,<sup>1</sup> MsC. Margarita Menéndez Rodríguez,<sup>1</sup> MsC. Inaudy Ramos Sánchez<sup>1</sup> y Dr. Carlos Angulo Elers<sup>11</sup>**

<sup>1</sup> Hospital Infantil Norte Docente "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira, Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>11</sup> Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba.

## RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un infante de 4 años de edad, con antecedente de amigdalitis a repetición, ingresado en el Hospital Infantil Norte Docente "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira" de Santiago de Cuba por presentar, desde hacía 9 días, fiebre de 38 y 39 °C, odinofagia, aumento de volumen del cuello y erupción cutánea generalizada. Teniendo en cuenta el examen físico y los resultados de los estudios complementarios efectuados se diagnosticó la enfermedad de Kawasaki, por lo cual se indicó tratamiento con Intacglobin®, Aspirina® y vitaminoterapia. El paciente evolucionó favorablemente y egresó de la institución hospitalaria sin complicaciones.

**Palabras clave:** infante, enfermedad de Kawasaki, tratamiento farmacológico, vitaminoterapia, atención secundaria de salud.

## ABSTRACT

The case of a 4 year-old child with history of recurrent tonsillitis, who was admitted to "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira" Northern Teaching Children Hospital of Santiago de Cuba is reported for presenting with temperature of 38 and 39°C, odynophagia, enlargement of the neck and generalized rash in the past nine days. Based on physical examination and the results of complementary tests the Kawasaki disease was diagnosed, for which a treatment with Intacglobin®, Aspirin®, and vitamin therapy was indicated. The patient made good progress and was discharged from the hospital without complications.

**Key words:** child, Kawasaki disease, medical treatment, vitamine therapy, secondary health care.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica, aguda, febril y de curso autolimitado, que puede lesionar los vasos coronarios. Es de causa desconocida, aunque aspectos clínicos y epidemiológicos de esta afección hacen sospechar el origen infeccioso, asociado a predisposición genética.<sup>1</sup>

Suele aparecer a cualquier edad, aunque 80 % de los pacientes afectados son menores de 5 años. Se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino (con una proporción de 1,5:1) y en los países asiáticos, como Japón, donde se descubrió por primera vez.<sup>1,2</sup>

En las naciones desarrolladas es la causa más frecuente de cardiopatía adquirida en la infancia.

Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes figuran: fiebre, anorexia, hiperemia, erosión conjuntival, uveitis, labios eritematosos, secos y agrietados, erupción cutánea eritematosa, maculopapulosa, polimorfa, más marcada en el área del pañal, edema y eritema en dorso de manos y pies, eritema e induración en el sitio de inoculación de la BCG (en el lactante), faringe enrojecida, neumonía, otitis media, lesión coronaria, dilatación o aneurisma, miocarditis (taquicardia), infarto cerebral, adenopatía cervical, artralgias y artritis, por citar algunas.<sup>3</sup>

El curso de la EK puede ser dividido en 3 fases clínicas: aguda, subaguda y de convalecencia.

La primera fase dura entre 1 y 2 semanas, se caracteriza por fiebre, inyección conjuntival, lesiones orofaríngeas, eritema indurado de las manos y los pies, exantema, adenopatía cervical, irritabilidad, marcada anorexia, afectación general, diarrea, disfunción hepática, miocarditis, derrame pericárdico y arteritis coronaria; la segunda dura de 2-3 semanas y comienza cuando desaparece la fiebre, el exantema y la adenopatía, pero puede persistir irritabilidad, anorexia e inyección conjuntival, con descamación de las manos, los pies y la región perianal. Los aneurismas de las arterias coronarias se desarrollan en esta fase y el riesgo de muerte súbita es elevado; la tercera, dura de 6-8 semanas de iniciado el cuadro, comienza cuando desaparecen las manifestaciones clínicas y se mantiene hasta que disminuyen los valores de la eritrosedimentación.<sup>3</sup>

El diagnóstico de esta afección es clínico y se realiza teniendo en cuenta la presencia de determinadas manifestaciones clínicas, sin evidencia de otra enfermedad que pueda explicarlas.

Por otra parte, la fiebre, las alteraciones coronarias y la ausencia de algunas manifestaciones típicas podrían ayudar a establecer el diagnóstico, lo cual resulta difícil en los estadios iniciales cuando no coinciden todos los criterios, de manera que exige un alto índice de sospecha y la valoración de un personal calificado, con ayuda de los resultados de los exámenes complementarios, que mostrarán las alteraciones descritas en la forma clásica de la enfermedad.<sup>4</sup>

Si no hay afectación coronaria, el pronóstico es excelente. Esta se presenta entre 30 y 50 % de los casos y 20 % progresa hacia verdaderos aneurismas que pueden reducirse a menos de 5% con tratamiento adecuado. En los restantes, la dilatación puede ser transitoria y regresar a las 6-8 semanas de iniciado el cuadro; sin

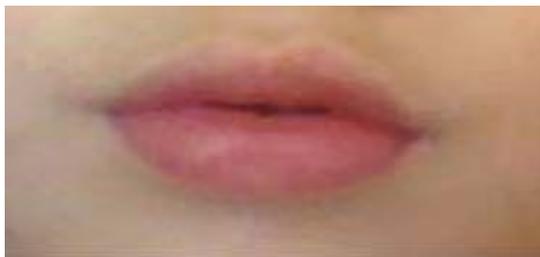
tratamiento, la mortalidad podría acercarse a 1 % y en más de 50 % de los casos puede ocurrir en las primeras 6 semanas.<sup>5</sup>

### CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de un infante de 4 años de edad, con antecedente de amigdalitis a repetición, que desde hacía 9 días, presentaba fiebre de 38 y 39°C, odinofagia, aumento de volumen del cuello y erupción cutánea generalizada, de tipo escarlatiniforme, por lo cual fue ingresado en el Hospital Infantil Norte Docente "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira" de Santiago de Cuba.

- Examen físico

- Cuello con adenopatías laterales y submaxilares de 2 cm
- Tejido celular subcutáneo: edema y eritema en dorso de manos y pies
- Piel: lesiones generalizadas de tipo escarlatiniforme
- Boca: labios agrietados (figura 1), lengua rojo fresa



**Fig 1.** Labios agrietados

- Conjuntivas: inyección conjuntival, con hemorragia conjuntival (figura 2)
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular normal, sin estertores y frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto
- Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos audibles y rítmicos, ausencia de soplo, frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, pulso presente, normal y buen llene capilar



**Fig 2.** Hemorragia conjuntival

• Exámenes complementarios

- Hemograma completo: hemoglobina: 108 g/L; hematocrito: 035L/L; leucocitos:  $12,1 \times 10^9$  L; polimorfonucleares: 0,70 %; linfocitos: 0,28 %; eosinófilos: 0,02 %
- Plaquetas:  $479 \times 10^9$
- Eritrosedimentación: 129 mm/h
- Cultivos: negativos
- Coagulograma: parámetros normales
- Citoria: valores normales
- Urea: 2,6 mmol/L
- Creatinina: 113mm/L
- Transaminasa glutámico pirúvica: 60 U/L,
- Transaminasa glutámico oxalacética: 19 U/L
- Bilirrubina: valor normal
- Electrocardiograma: sin alteraciones
- Radiografía de tórax a distancia de tele: ausencia de cardiomegalia y de alteraciones pleuropulmonares
- Ecografía cardiovascular: sin alteraciones valvulares ni dilatación de cavidades de la contractilidad

El diagnóstico definitivo fue el de enfermedad de Kawasaki, para lo cual se indicó un plan terapéutico con Intacglobin® (2g/kg), Aspirina® (80 mg/kg) y vitaminas.

### COMENTARIOS

En el caso presentado el diagnóstico se hizo durante la primera semana de inicio de la enfermedad, teniendo en cuenta el cuadro clínico, el examen físico y los resultados de los exámenes complementarios realizados, lo cual permitió indicar un tratamiento inmediato que impidió el desarrollo de la enfermedad, pues no aparecieron las manifestaciones cardiovasculares que son las más graves y temibles.<sup>6,7</sup>

El paciente evolucionó favorablemente y egresó de la institución hospitalaria sin complicaciones, pero fue seguido por consulta externa durante un año y se le realizaron los estudios humorales y ecocardiográficos pertinentes.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coria Lorenzo JJ, Gómez Barreto D, Juárez Escobar M, Castillo Machado MR. Síndrome (enfermedad de Kawasaki. En: Gómez Barreto D, Coria Lorenzo JJ. Infectología práctica en el paciente pediátrico. México, DF: Editorial Corinter; 2003.p. 78-83.
2. Frías Madrid BI, Eguiza Salomón LA. Síndrome de Kawasaki. En: González Saldaña N. El paciente pediátrico infectado. Guía para su diagnóstico y tratamiento. México, DF: Editorial Prado; 2007.p. 385-91.
3. González Pascual E, Ros JB. Enfermedad de Kawasaki: En Cruz M. Tratado de Pediatría. 9 ed. Madrid: Ergon; 2006.p.446-77.
4. Hamden A, Takahashi M, Burgner D. Kawasaki disease. BMJ. 2009; 338:1514.
5. Howard CR. Enfermedad de Kawasaki. En: El manual Merck de diagnóstico y tratamiento.11 ed. Barcelona: Elsevier; 2007.

6. Prego Petit J. Enfermedad de Kawasaki. Arch Pediatr Urug. 2003; 74 (2):99-113.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Normas de pediatría. La Habana: MINSAP; 2010.

Recibido: 6 de junio de 2012.

Aprobado: 20 de septiembre de 2012.

José Luis Lobaina Lafita. Hospital Infantil Norte Docente "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira", calle 8, entre 9 y 11, reparto Fomento, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: [heriberto.sosa@medired.scu.sld.cu](mailto:heriberto.sosa@medired.scu.sld.cu)