

CASOS CLÍNICOS

KAWASAKI COMPLETO: REPORTE DE CASO

COMPLETE KAWASAKI: CASE REPORT

Mariel Hernandez-Cautter¹, Katheryne Tejada-Hidalgo², Luis Morales-Cornejo², Stefany Chacaltana-Chavez²

RESUMEN

La enfermedad de Kawasaki cumplirá pronto 50 años desde su primera descripción y aún muchos aspectos de esta patología siguen sin comprenderse bien. Un temprano reconocimiento y tratamiento resulta crucial para evitar secuelas cardiológicas irreversibles.

Los casos reportados de la enfermedad de Kawasaki completo en nuestro país son escasos, por lo que nuestro objetivo fue comunicar el primer caso ocurrido en la ciudad de Ica. Es un paciente de sexo masculino de 1 año y 9 meses, que ingresa al Hospital Santa María del Socorro por presentar fiebre persistente de 5 días, labios rojos y agrietados, inyección conjuntival, exantema micropapular en tórax y miembros inferiores, edema y eritema palmo plantar y adenopatía cervical bilateral. Cumplía los criterios de un caso típico de Enfermedad de Kawasaki, fue diagnosticado oportunamente, inició tratamiento con Inmunoglobulina y ácido acetilsalicílico, con evolución favorable.

Palabras Clave: Enfermedad de Kawasaki; Aneurisma Coronario; Infección; Inmunoglobulina intravenosa; Tratamiento farmacológico. (fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

Kawasaki disease will soon be 50 years since it was first described and many aspects of this pathology remain unknown. Early recognition and treatment are crucial to prevent or reduce future irreversible cardiological sequelae.

The reported cases of complete Kawasaki disease in our country are scarce, so our objective was to report the first case in Ica city. He is a 1-year and 9-months-old male patient, who was admitted to the Santa María del Socorro Hospital, presenting persistent fever of 5 days, red and cracked lips, conjunctival injection, micropapular rash on the torax and lower limbs, palmar-plantar erythema and edema, and bilateral cervical lymphadenopathy. Met the criteria of a typical case of Kawasaki disease, was diagnosed promptly, started treatment with Immunoglobulin and acetylsalicylic acid, with favorable evolution.

Key Words: Kawasaki disease; Coronary aneurysm; Infection; Immunoglobulins intravenous; Pharmacotherapy. (Source: MeSH NLM)

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki, a pesar de haber sido descrita por primera vez en 1967, sigue carente de una etiología específica; planteándose como desencadenantes los estímulos infecciosos, superantígenos y la susceptibilidad genética por su prevalencia en algunas poblaciones¹.

Es una vasculitis aguda de los vasos de pequeño y mediano calibre, afectando más a las arterias coronarias. Se observa sobretodo en los meses de invierno y primavera, 85% en menores de 5 años con máxima incidencia entre los 18 y 24 meses de edad, en proporción 1.5:1 entre varones y mujeres². En Perú, su incidencia es

1. Médica Pediatra, Hospital Santa María del Socorro-Ica

2. Médico Residente de Pediatría del Hospital Santa María del Socorro-Ica

de 1.6 casos por año con tendencia a aumentar, siendo de mayor mortalidad entre el día 15 y 45 desde el inicio de la fiebre³.

La incidencia de enfermedad de Kawasaki clásica frente a la atípica resulta ser mucho más frecuente. Un estudio retrospectivo de todas las hospitalizaciones en 30 años, realizado en Australia demuestra que, de los 353 casos de Kawasaki, el 84% cumplió los criterios clínicos la enfermedad típica (fiebre ≥ 4 días y ≥ 4 características principales)⁴. Otro estudio tipo cohorte retrospectivo de 17 años, realizado en Canadá, encontró que, de 955 pacientes, el 77% cumplía criterios clínicos de enfermedad clásicas de Kawasaki (fiebre ≥ 5 días y < 4 signos clínicos)⁵. Sin embargo, esto resulta diferente en los pacientes menores de 6 meses, pues son más propensos a desarrollar la forma incompleta y tener mayor afectación coronaria⁶.

El diagnóstico de esta enfermedad se basa en criterios clínicos y además se pueden agregar datos laboratoriales, siendo poco probable si el recuento de plaquetas, la velocidad de sedimentación globular y la proteína C reactiva son normales después del séptimo día de enfermedad. Además, se debe realizar examen de ecocardiograma en todos los pacientes con enfermedad de Kawasaki típica o atípica para buscar afectación coronaria, siendo recomendable monitorizar ello a las 2 semanas y a las 6-8 semanas luego del tratamiento².

El tratamiento inicial es la administración de Inmunoglobulina intravenosa y ácido acetilsalicílico. Se puede considerar agregar corticoides como terapia preventiva en los casos graves de Kawasaki y como terapia de rescate en quienes no hay una clara respuesta inicial². La evidencia nos muestra que mayoría de los niños se recupera completamente instaurando el tratamiento oportunamente, sin embargo en nuestro país se tiene como gran limitación que la Inmunoglobulina G es carente en muchos hospitales de provincias, siendo el principal motivo de referencia a centros de mayor complejidad, por lo que deberían hacerse más gestiones para que esta pueda ser usada de manera descentralizada.

Describimos aquí el caso de un paciente que cumplía los criterios clínicos de Enfermedad de Kawasaki completa diagnosticado en la ciudad de Ica.

REPORTE DE CASO

Lactante menor de 1 año y 9 meses, sexo masculino, sin antecedentes de importancia. Tiempo de enfermedad de 5 días con cuadro febril cuantificado hasta 39.5°C y deposiciones líquidas sin moco ni sangre (5 cámaras al día), habiendo recibido Ceftriaxona por 02 días (ambulatorio) y sin notar mejoría; ingresa al servicio de urgencias del Hospital Santa María del Socorro de Ica con: fiebre 38°C, astenia, hiporexia, náuseas y vómitos, tos seca esporádica y persistencia de deposiciones líquidas. Al examen físico: tendencia al sueño e irritabilidad, sin mayor alteración.

Se sospecha de infección urinaria y enfermedad diarreica bacteriana, asociado a hemograma con leucocitosis, desviación izquierda y elevación de reactantes de fase aguda PCR (+) y VSG:28mm/L; se decide colocar doble cobertura antibiótica. Un día después del ingreso se evidencia edema bpalpebral con inyección conjuntival, edema y eritema palmo-plantar y labios rojos agrietados. Al tercer día del ingreso, aparece el exantema micropapular en tórax y miembros inferiores, piel descamativa en región inguinal y adenopatía cervical de 2 cm bilateral; se solicita una radiografía de tórax y se evidencia aumento de la silueta cardíaca (ICT: 0.65). El paciente persistía febril y cumplía los 5 criterios clínicos de la Enfermedad de Kawasaki, catalogándose como un caso típico, se suspende antibióticos e inicia ácido acetilsalicílico 30mg/kg/día y se realiza referencia (siendo el 8vo día de enfermedad) a centro asistencial para manejo y colocación de inmunoglobulina, la cual es carente en nuestra región. Un día después es aceptado en la ciudad de Lima, solicitan análisis donde se evidencia leucocitosis, anemia moderada, elevación de transaminasas, VSG:57 mm/L y en ecografía: hepatomegalia y nefromegalia bilateral. Confirman el diagnóstico y teniendo en cuenta el alto riesgo de compromiso cardiológico inician Inmunoglobulina G a dosis de 2 gr/kg infusión continua en 10 horas, y se incrementa dosis de ácido acetilsalicílico a 80mg/kg/día cada 6 horas; el paciente presentó taquicardia sinusal las primeras 3 horas y luego descendió lentamente, la fiebre e irritabilidad remitió al finalizar la infusión de Inmunoglobulina.

El ecocardiograma mostró dilatación aneurismática leve en arteria coronaria derecha 2.7 mm (Z score +2.79) y arteria coronaria izquierda normal 2.3 mm (Z score +0.07). A las

72 horas se disminuyó la dosis de aspirina y se da el alta hospitalaria por evolución clínica favorable con indicaciones de ácido acetilsalicílico 30mg/

Kg/Día cada 6 horas por 15 días y luego 8 mg/kg/día cada 24 horas, hasta su siguiente control por cardiología y respectivo ecocardiograma.

Tabla 01
Resultados de laboratorio

EXAMENES LABORATORIO			
FECHA	5° día	9° día	11° día
HEMOGRAMA			
Hb	11.2g/dl	8.9g/dl	10.1 g/dl
Hto	34%		30.80%
Leucocitos	18000	23940	11520
Abastionados	2%	3%	8%
Segmentados	88%	65%	35%
Linfocitos	10%	18%	
Plaquetas	288000	210000	256000
REACTANTE DE FASE AGUDA			
PCR	Positivo	19.22mg/dl	5.28mg/dl
VSG	28	57	
Ferritina		234ng/dl	

EXAMENES LABORATORIO			
FECHA	5° día	9° día	11° día
BIOQUIMICA			
Glucosa	90mg/dl		
Urea	44mg/dl	9mg/dl	
Creatinina	0.50mg/dl		
Dimero D		2.81	
DHL		601 U/L	
CK-MB		22	
CPC CK		38	
HMC		Negativo	
FA		1024U/L	879U/L
TGO		139	68
TGP		218	138
Proteína		5.7	
Albumina		3.2	
Globulinas		2.5	

EXAMENES LABORATORIO			
FECHA	5° día	9° día	11° día
ELECTROLITOS			
Na		134	
k		4.8	
Cl		100	
UROANALISIS			
Cel epiteliales	3-5 x c		
Leucocitos	>100/c		
Hematies	1-3 x c		
Piocitos	2-4 x c		
REACCION INFLAMATORIA EN HECES			
Leucocitos	>100/c		
PERFIL DE COAGULACION			
TP			11.43 seg
INR			1.02
TTPA			29.77 seg
TT			19.7 seg
FIBRINOGENO			506.99 mg/dl

Imagen 01

Edema bupalpebral y labios rojos agrietados



Imagen 02

Exantema en tórax



Imagen 03
Exantema en muslos



Imagen 04
Descamación región inguinal



Imagen 05
Cardiomegalia: Índice cardiotorácico 0.65

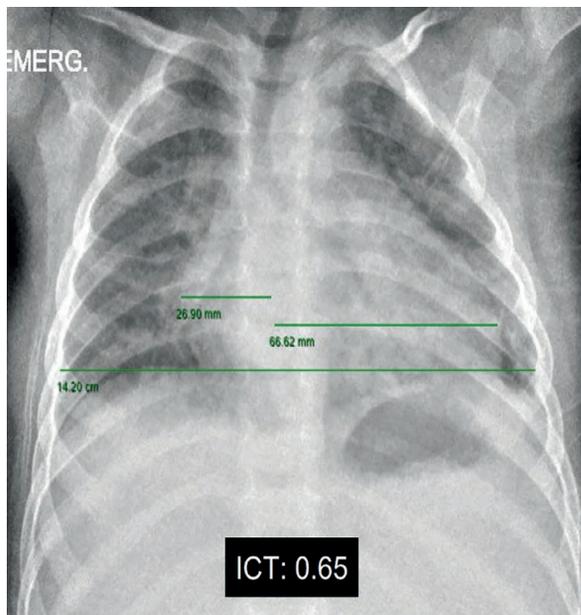


Imagen 06
Hepatomegalia y nefromegalia



COMENTARIO

El diagnóstico de esta patología es clínico, mediante los criterios planteados por la Asociación Americana de Cardiología (AHA)². En nuestro paciente llamó la atención la presencia de dos infecciones concomitantes, confirmadas microbiológicamente; lo cual no descartó el diagnóstico de Enfermedad de Kawasaki porque se ha demostrado que esta puede solaparse por infecciones como faringoamigdalitis (61%), gastroenteritis (11%), otitis media aguda (6%) e infecciones de piel y partes blandas (3%)⁷.

El paciente cumplió con los criterios necesarios para ser diagnosticado de Kawasaki típico o clásico al 8° día de enfermedad, los cuales se fueron agregando sucesivamente: Fiebre más de 5 días, inyección conjuntival bilateral sin secreción, labios rojos y agrietados, eritema palmo plantar y edema de manos y pies, exantema micropapular y adenopatía cervical mayor 1.5 cm. La literatura menciona que los casos típicos evolucionan rápidamente entre 1-2 semanas, en comparación con los atípicos para llegar a su diagnóstico^{2,8}.

Asimismo, este paciente pudo recibir el tratamiento de Inmunoglobulina dentro de los primeros 10 días de enfermedad, por su alta sospecha clínica, demostrando una respuesta inmediata con remisión de cuadro febril, por

lo que solo se necesitó una dosis y se agregó ácido acetilsalicílico a dosis antiinflamatoria. Los pacientes con Kawasaki tienen un 25% de riesgo de presentar aneurismas de arteria coronaria si no se tratan oportunamente, disminuyendo entre 3-5% si reciben la inmunoglobulina⁸. El compromiso cardiológico de este paciente fue mínimo, sin embargo, se requiere seguimiento y controles periódicos por riesgo de recurrencia.

CONCLUSIONES

- No se debe descartar esta patología así se presente una infección concomitante, ni tampoco retrasar su diagnóstico, porque se está demostrando que la teoría del sobrediagnóstico de la enfermedad de Kawasaki quedaría en el pasado.
- Se debe tener en claro el riesgo de afectación cardíaca que supone no tratar oportuna y adecuadamente esta patología, debiendo ser cautos para desaconsejar su terapéutica con Inmunoglobulina, sobretodo en los lactantes y cuadros graves, grupos de mayor riesgo.
- La importancia de este reporte radica en que puede servir para futuros estudios de casos similares y seguimiento de los casos diagnosticados en los diferentes centros hospitalarios, permitiendo conocer su comportamiento clínico y epidemiológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nakamura A, Ikeda K y Hamaoka K. Aetiological Significance of Infectious Stimuli in Kawasaki Disease. *Front. Pediatr.* 7:244. 2019. doi: 10.3389/fped.2019.00244
2. Barrios TA, Centeno F, Rojo H. et al. Consenso nacional sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento cardiológico de la enfermedad de Kawasaki, *Anales de Pediatría.* 2018; 89(3),188.e1-188.e22,https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.04.003
3. Flores Chávez A. Enfermedad de Kawasaki en un lactante de dos meses. *An Fac med.* 2017;78(4):435-8.DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14267>
4. Saundankar J, Yim D, Itotoh B, Payne R, Maslin K, Jape G, Ramsay J, Kothari D, Cheng A, Burgner D. The epidemiology and clinical features of Kawasaki disease in Australia. *Pediatrics.* 2014 Apr;133(4):e1009-14. DOI: 10.1542/peds.2013-2936.
5. Manlhiot C, Christie E, McCrindle BW. Et al. Complete and incomplete Kawasaki disease: two sides of the same coin. *Eur J Pediatr.* 2012 Apr; 171 (4): 657-62. DOI: 10.1007/s00431-011-1631-2. Epub 2011 Dec 3.
6. Chang FY, Hwang B, Chen SJ. Et al. Characteristics of Kawasaki disease in infants younger than six months of age. *Pediatr Infect Dis J.* 2006 Mar; 25(3):241-4. DOI: 10.1097/01. Inf.0000202067.50975.90.
7. Fernández CE, Barrios TA, Antón LJ, Grasa LCD, Sánchez MJ y Calvo C. Infecciones previas o coincidentes con la sospecha de enfermedad de Kawasaki ¿debemos cambiar nuestra actitud? *An Pediatr (Barc).* 2019;90(4):213-218. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.06.017>
8. Cortés N. De La Maza F. Díaz J. et al. Actualización en Enfermedad de Kawasaki: Diagnóstico, Estudio y Tratamiento. *Revista Pediatría Electrónica. Rev. Ped. Elec.*2020.17(1). ISSN 0718-0918.2020