



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), noviembre-diciembre 2024,
Volumen 8, Número 6.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6

SÍNDROME DE KAWASAKI EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

**KAWASAKI SYNDROME IN PRIMARY CARE:
A CASE ANALYSIS AND REVIEW OF THE LITERATURE**

Carol Odemaris García Calderón

IMSS UMF 22 Teziutlán, México

Noel Tlila Hernandez

IMSS UMF 22 Teziutlán, Mexico

Areli Damián Morales

IMSS UMF 22 Teziutlán, Mexico

Sergio Carlos Fernández Martínez

IMSS UMF 22 Teziutlán, Mexico

Dulce Michelle Cantoran Mora

IMSS UMF 22 Teziutlán, Mexico

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15198

Síndrome de Kawasaki en Atención Primaria: Análisis de un Caso y Revisión de la Literatura

Carol Odemaris García Calderón¹carolodemaris.g@gmail.comIMSS UMF 22 Teziutlán, Puebla
Mexico**Noel Tlila Hernandez**Noeltlila5@gmail.com<https://orcid.org/0000-0001-9127-9163>IMSS UMF 22 Teziutlán, Puebla
Mexico**Areli Damián Morales**areli.damian.92@gmail.com<https://orcid.org/0000-0003-3825-4535>IMSS UMF 22 Teziutlán, Puebla
México**Sergio Carlos Fernández Martínez**sergio.fernandezm@imss.gob.mx<https://orcid.org/0000-0001-5651-8026>IMSS UMF 22 Teziutlán, Puebla
México**Dulce Michelle Cantoran Mora**michelle_dmcm@hotmail.com<https://orcid.org/0000-0003-0938-9756>IMSS UMF 22 Teziutlán, Puebla
México

RESUMEN

La enfermedad de Kawasaki es una afección febril aguda y autolimitada de causa desconocida que afecta principalmente a niños menores de cinco años. Se trata de una vasculitis sistémica que afecta vasos sanguíneos de pequeño y mediano tamaño en todo el cuerpo. El objetivo del presente estudio es presentar un caso clínico y revisar la literatura, para establecer los criterios para la referencia oportuna, para confirmar el diagnóstico y prevenir complicaciones cardíacas. El seguimiento posterior es crucial para monitorizar la evolución y las posibles secuelas. Dentro de este estudio al realizar una revisión exhaustiva permite aprender de los errores o complicaciones presentadas en casos anteriores, lo que puede llevar a una mejor prevención de complicaciones en futuros pacientes. Se trata de preescolar femenino de 3 años 6 meses, traída por sus padres de manera espontánea por fiebre de 39 grados, dolor abdominal, cólico intermitente de elevada intensidad 10/10 en escala de EVA con irradiación a hipocondrio izquierdo y presencia de eritema en labios, manos y piernas. La pronta identificación y el tratamiento oportuno son esenciales para reducir el riesgo de complicaciones, particularmente el aneurisma de arterias coronarias

Palabras clave: enfermedad de kawasaki, inmunoglobulina iv, aneurisma, oclusión trombótica

¹ Autor principal

Correspondencia: carolodemaris.g@gmail.com

Kawasaki Syndrome in Primary Care: A case Analysis and Review of the Literature

ABSTRACT

Kawasaki disease is an acute, self-limiting febrile condition of unknown cause that primarily affects children under five years of age. It is a systemic vasculitis that affects small and medium-sized blood vessels throughout the body. The aim of this study is to present a clinical case and review the literature, to establish the criteria for timely referral, to confirm the diagnosis and prevent cardiac complications. Subsequent follow-up is crucial to monitor the evolution and possible sequelae. Within this study, by carrying out an exhaustive review, it is possible to learn from the errors or complications presented in previous cases, which can lead to better prevention of complications in future patients. This is a 3-year-6-month-old female preschooler, brought by her parents spontaneously due to a fever of 39 degrees, abdominal pain, intermittent colic of high intensity 10/10 on the VAS scale with irradiation to the left hypochondrium and the presence of erythema on the lips, hands and legs. Early identification and timely treatment are essential to reduce the risk of complications, particularly coronary artery aneurysms.

Keywords: kawasaki disease, intravenous immunoglobulin, aneurysm, thrombotic occlusion

Artículo recibido 12 octubre 2024

Aceptado para publicación: 15 noviembre 2024



INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki fue descrita por primera vez en un informe de 1967 por el pediatra japonés Tomisaku Kawasaki. El primer caso observado por él fue en 1961, pero no sospechó que se trataba de una nueva enfermedad hasta un año después, cuando diagnosticó a otro paciente con las mismas características. Sin embargo, la enfermedad no fue reconocida mundialmente hasta que se publicó en inglés en 1974. El Dr Kawasaki consideraba que era una enfermedad sin complicaciones. No obstante, durante la autopsia de uno de los primeros casos graves, se encontraron alteraciones cardíacas revelando graves secuelas coronarias. A finales de los años setenta, la enfermedad quedó claramente definida como un cuadro clínico y anatomopatológico único (1).

La enfermedad de Kawasaki es una afección febril aguda y autolimitada de causa desconocida que afecta principalmente a niños menores de cinco años. Se trata de una vasculitis sistémica que afecta vasos sanguíneos de pequeño y mediano tamaño en todo el cuerpo, siendo las arterias coronarias las más frecuentemente comprometidas. Clínicamente, se presenta con fiebre, conjuntivitis, afectación mucocutánea y adenopatías cervicales (2).

El diagnóstico de la enfermedad de Kawasaki es clínico debido a la falta de pruebas específicas, basándose en la identificación de los hallazgos clínicos principales y en la exclusión de otras enfermedades de etiologías conocidas. La complicación más grave de la enfermedad de Kawasaki es el aneurisma de las arterias coronarias, cuya incidencia puede reducirse significativamente con un diagnóstico preciso y tratamiento oportuno con inmunoglobulina intravenosa y aspirina. Por esto, el método diagnóstico sigue siendo clínico. La variante incompleta o atípica de la enfermedad de Kawasaki presenta un desafío diagnóstico, ya que no cumple con todos los criterios diagnósticos clásicos (2).

En esta enfermedad es fundamental considerar los criterios diagnósticos establecidos por la Asociación Americana del Corazón (AHA) o las guías japonesas, hasta el momento, no existe una prueba complementaria que confirme su diagnóstico. (3)

El objetivo del presente estudio es presentar un caso clínico y revisar la literatura, para establecer los criterios para la referencia oportuna, para confirmar el diagnóstico y prevenir complicaciones cardíacas. El seguimiento posterior es crucial para monitorizar la evolución y las posibles secuelas.

Dentro de este estudio al realizar una revisión exhaustiva permite aprender de los errores o complicaciones presentadas en casos anteriores, lo que puede llevar a una mejor prevención de complicaciones en futuros pacientes. El estudio no presenta conflicto de intereses y está clasificado como de Riesgo Mínimo, según la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Los padres firmaron un Consentimiento Informado. Se garantiza la confidencialidad de sus datos.

METODOLOGÍA

Descripción del Caso Clínico

Se reporta caso en el servicio de atención médica continua de un paciente femenino preescolar de 3 años 6 meses de edad, que acude acompañada de sus padres por presentar fiebre de alto grado, cuenta con los siguientes antecedentes de importancia:

AHF: madre de 31 años, escolaridad secundaria, ama de casa, con enfermedad de insuficiencia renal crónica de 6 meses de evolución con tratamiento diálisis peritoneal, padre de 34 años de edad, escolaridad bachillerato, obrero sin enfermedades de importancia. Hermanos de 12 y 10 años vivos y aparentemente sanos.

APNP: Habita casa propia, cuenta con todos los servicios básicos de urbanización, convive con animales dentro del hogar 2 perros, habitan 5 personas en 2 recámaras, baño cada tercer día.

Antecedentes perinatales: Es producto de la gesta 3, Partos 3, Madre de 29 años, control prenatal regular desde el primer mes de gestación, nace por parto vaginal sin complicaciones a las 38 semanas de gestación, peso al nacer 2800 gr, egreso conjunto del hospital, tamiz auditivo y metabólico sin alteraciones, alimentado al seno materno a la edad de 6 meses, ablactación a los 6 meses, e integración a la dieta familiar al año 1 mes.

Padecimiento actual: Inicia hace 2 días antes de su ingreso al servicio de urgencias pediátricas con fiebre cuantificada de 39 grados, papás automedican paracetamol sin mejoría, motivo por el cual acuden a esta estancia hospitalaria, a su ingreso presenta dolor abdominal, localizado en mesogastrio con irradiación a hipocondrio izquierdo, tipo cólico intermitente, intensidad 10/10 en escala de EVA, aumenta de dolor a la movilización. Presenta eritema en labios, manos y piernas

A la exploración física se encuentra despierta, irritable, reactiva, cavidad oral con eritema labial y queilitis comisural, lengua en fresa, eritema bucofaríngeo, mucosa oral semihidratada, cuello con

presencia de ganglios cervicales bilaterales de 1 centímetro, campos pulmonares con murmullo vesicular presente sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos buen tono e intensidad, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen blando, peristalsis aumentada, depresible, doloroso a la palpación profunda en todo marco cólico, sin datos de irritación peritoneal, extremidades íntegras con presencia de edema en manos y pies, eritema en palmas, plantas y exantema polimorfo en muslos. (Ilustraciones: 1,2,3).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El cuadro clínico sugiere fuertemente la enfermedad de Kawasaki, una vasculitis sistémica que afecta principalmente a niños pequeños. Otros diagnósticos diferenciales a considerar podrían incluir infecciones virales o bacterianas, otras vasculitis, o condiciones inflamatorias sistémicas. Sin embargo, la combinación de fiebre alta prolongada, manifestaciones mucocutáneas y adenopatías cervicales orienta más hacia Kawasaki.

En Latinoamérica, la incidencia de esta enfermedad es baja, estimándose en aproximadamente 3 casos por cada 100,000 niños, aunque esta cifra puede variar debido a la escasez de estudios en la región. En contraste, Japón presenta una incidencia de 264.8 casos por cada 100,000 niños menores de cinco años, mientras que en Estados Unidos la incidencia oscila entre 17.5 y 20.8 casos por cada 100,000 niños (4).

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad de Kawasaki, que incluyen fiebre alta, erupción cutánea y descamación, conjuntivitis y una liberación intensa de citocinas proinflamatorias, son similares a las observadas en otras enfermedades infecciosas como los síndromes de shock tóxico estafilocócico y estreptocócico. Diversos estudios han mostrado que, en comparación con individuos sanos, los pacientes con enfermedad de Kawasaki presentan un repertorio asimétrico de células T $V\beta$ y una mayor frecuencia de células T $V\beta 2+$ y $V\beta 8.1+$ circulantes (5). Esto ha llevado a la temprana sugerencia de que una toxina superantígeno podría desempeñar un papel en el desencadenamiento de la enfermedad de Kawasaki(6).

El diagnóstico se basa en la presencia de fiebre durante 5 días o más, la exclusión de otras enfermedades con síntomas similares, y la presencia de 4 de los 5 criterios siguientes:

- Inyección conjuntival bilateral no supurativa

- Cambios en la mucosa oral: eritema y sequedad de labios, lengua aframbuesada, eritema orofaríngeo
- Cambios en las extremidades: eritema palmoplantar, edema indurado o descamación periungueal de manos y/o pies
- Exantema polimorfo
- Adenopatía cervical $\geq 1,5$ cm, usualmente unilateral (7,8).

En nuestro paciente, considerando todas las características clínicas que son criterios diagnósticos de la enfermedad de Kawasaki, observamos 4 de los 5 criterios.

La paciente en este caso ingresó al servicio de pediatría el cual indican tratamiento a base de corticosteroide calculado por peso y refieren a un hospital de tercer nivel para iniciar manejo con inmunoglobulina IV, y por riesgo de complicaciones como aneurisma, lesiones valvulares, derrame pericárdico, IAM por oclusión trombótica. Sin embargo no se dispuso de inmunoglobulina intravenosa (IGIV), si no está disponible, el manejo adecuado de esta condición supera las capacidades del primer nivel de atención, por lo que es esencial derivar al paciente a un tercer nivel donde puedan administrarse terapias alternativas, como corticosteroides y realizadas evaluaciones cardiovasculares inmediatas mediante ecocardiografía, al remitir el síndrome de Kawasaki, la paciente continuó en vigilancia estrecha para minimizar el riesgo se egresó a los servicios de consulta externa de cardiología e infectología.

Ilustraciones, Tablas, Figuras

Ilustraciones 1,2 3. Lesiones cutáneas caracterizadas por múltiples máculas hiperpigmentadas y decoloración difusa de la piel. Se aprecian marcas de resolución parcial de lesiones previas.



CONCLUSIONES

En el caso presentado, el caso clínico de la preescolar que ingresó al servicio de urgencias por fiebre alta y síntomas adicionales como dolor abdominal severo, eritema en labios, manos y piernas, así como características clínicas que incluyen lengua en fresa, eritema bucofaríngeo y adenopatías cervicales, sugiere una posible enfermedad de Kawasaki. La historia clínica, los antecedentes familiares, los antecedentes perinatales y los detalles del padecimiento actual, junto con los hallazgos de la exploración física, apoyan esta sospecha diagnóstica. Los médicos de atención primaria son generalmente el primer punto de contacto para los niños con síntomas iniciales, que pueden ser inespecíficos y confundirse con infecciones virales comunes. Reconocer los signos característicos es clave para referir al paciente a atención especializada, es esencial mantener un alto índice de sospecha, especialmente en formas incompletas del SK. Una detección temprana permite la derivación oportuna para tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (IGIV) y ácido acetilsalicílico (ASA), previniendo complicaciones severas. Además, es fundamental educar a las familias sobre la enfermedad y coordinar el seguimiento con cardiología pediátrica para vigilar posibles secuelas a largo plazo, fortaleciendo la respuesta integral.

Este caso destaca la importancia de la vigilancia clínica y la intervención oportuna en niños con presentaciones sugestivas de la enfermedad de Kawasaki. La evaluación detallada de los antecedentes, síntomas y signos físicos es esencial para un diagnóstico precoz y un tratamiento efectivo, minimizando así el riesgo de complicaciones graves, particularmente el aneurisma de arterias coronarias, este apartado se expondrán todas las fuentes consultadas y citadas en el artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ayala, Z. M., & A, J. G. (2014). Enfermedad de Kawasaki: Revisión de la literatura. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4893337>
2. Gómez Chaves, G., & Rojas Jimenez, S. (2022). Actualización de la Enfermedad de Kawasaki. Revista Medica Sinergia, 7(7), e840. <https://doi.org/10.31434/rms.v7i7.840>
3. Mejía Arens, C., Sandí Ovares, N., & Salazar Campos, N. (2020). Actualización en enfermedad Kawasaki en población pediátrica. Revista Medica Sinergia, 5(6), e389. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i6.389>



4. Noval Rivas, M., & Arditi, M. (2020). Kawasaki disease: Pathophysiology and insights from mouse models. *Nature Reviews Rheumatology*, 16(7), 391-405. <https://doi.org/10.1038/s41584-020-0426-0>
5. Tierra Ramírez, C. A., Ríos Moreira, J. M., Bravo Loaiza, S. I., Encalada Ortiz, S. M., & Chávez Narváez, S. V. (2023). Síndrome de kawasaki en paciente lactante de 1 año, 8 meses. Reporte de caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 3892-3900. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7235
6. Bermudez Jaimes, K, Grimaldos Corzo, E, Serrano Sanmiguel, I y Villamizar Florez, S. (2021). Efectos en la Calidad de Vida en la Primera Infancia con Diagnóstico de Enfermedad de Kawasaki. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud, Enfermería, Bucaramanga. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12494/36187>
7. García-Domínguez M, Anaya-Enríquez N, Luque-Vega L, Canizales-Muñoz S, Flores R, Tostado-Morales E, Torres CG, Melchor V, Quibrera J, Velázquez-Ríos C, León-Ramírez ÁR, Carreón-Guerrero JM, Llausás-Magaña E. Enfermedad de Kawasaki y síndrome inflamatorio multisistémico en niños. Diferencias y similitudes en un centro pediátrico de México [Kawasaki disease and multisystem inflammatory syndrome in children. Differences, and similarities in a pediatric center in Mexico]. *Rev Alerg Mex*. 2023 Jun 28;70(2):80-88. Spanish. doi: 10.29262/ram.v70i3.1237. PMID: 37566771.
8. Gorrita Pérez, R., Duran Álvarez, S., & Hernández Martínez, Y. (2004). Enfermedad de Kawasaki: en relación a un paciente de la atención primaria de salud. *Medimay*, 10(2), 27–33. Recuperado a partir de <https://medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/140>