

## Síndrome de kawasaki en paciente lactante de 1 año, 8 meses. Reporte de caso

**Md. Carlos Andrés Tierra Ramírez<sup>1</sup>**

[ctierraramirez97@gmail.com](mailto:ctierraramirez97@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0008-7685-8253>

Puesto de Salud Cañi,  
Ecuador

**Md. Janina Margarita Ríos Moreira**

[janny\\_nj@hotmail.es](mailto:janny_nj@hotmail.es)

<https://orcid.org/0000-0002-6076-0584>

Hospital General Manuel Ygnacio Monteros,  
Ecuador

**Santiago Israel Bravo Loaiza**

[santibl96@gmail.com](mailto:santibl96@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0006-1542-6727>

Centro de Salud Tipo B de Palanda

**Md. Sandra Marianela Encalada Ortiz**

[sandraencalada96@gmail.com](mailto:sandraencalada96@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0003-6659-9773>

Centro Médico de Especialidades AURA,  
Ecuador

**Md. Steven Vicente Chávez Narváez**

[svchaveznarvaez@gmail.com](mailto:svchaveznarvaez@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0006-9873-2825>

Omni Hospital - Guayaquil,  
Ecuador

### RESUMEN

La enfermedad de Kawasaki presenta una incidencia baja, pero la cual tiene complicaciones vasculares sumamente graves. En Latinoamérica se logra diagnosticar aproximadamente 3 casos por cada 100.000 habitantes. El conocimiento clínico en base a los criterios diagnósticos de la patología es fundamental para su rápida detección y manejo durante los 10 diez primeros días de inicio de la fiebre, con inmunoglobulina y luego adicionando ácido acetilsalicílico para su manejo; no sin antes tener un respaldo tanto de laboratorio y de imagen en base a un ecocardiograma para confirmar nuestra sospecha. Se Reporta un caso de un paciente masculino de 1 año, 8 meses que presenta tos con expectoración, fiebre, rinorrea y decaimiento, irritabilidad y exantema polimórfico de 2 semanas de evolución.

**Palabras clave:** *enfermedad Kawasaki; síndrome linfomucocutáneo; ecocardiograma; ácido acetilsalicílico*

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [ctierraramirez97@gmail.com](mailto:ctierraramirez97@gmail.com)

## **Kawasaki syndrome in a 1 year, 8 month old infant. case report**

### **ABSTRACT**

Kawasaki disease has a low incidence, but it has extremely serious vascular complications. In Latin America it is possible to diagnose approximately 3 cases per 100,000 inhabitants. Clinical knowledge based on the diagnostic criteria of the pathology is essential for its rapid detection and management during the first ten days of the onset of fever, with immunoglobulin and then adding acetylsalicylic acid for its management; but not before having both laboratory and imaging support based on an echocardiogram to confirm our suspicion. A case of a male patient aged 1 year and 8 months is reported presenting cough with expectoration, fever, runny nose and weakness, irritability and polymorphic rash of 2 weeks' evolution.

**Keywords:** *kawasaki disease; lymphomucocutaneous syndrome; echocardiogram; aspirin*

*Artículo recibido 27 junio 2023*

*Aceptado para publicación: 27 julio 2023*

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK) o síndrome mucocutáneo linfonodular se considera como una vasculitis aguda febril que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre. La primera vez en ser estudiada fue en el año 1967 por el Pediatra Tomisaku Kawasaki.<sup>1</sup> Este proceso se presenta a tempranas edades de la vida, generando afectaciones cardíacas, convirtiéndose en la predominante causa de cardiopatías adquiridas en los niños en los países de primer mundo.<sup>2-3</sup>

Considerando a Latinoamérica la incidencia de esta enfermedad es baja. Un aproximado es de 3 casos por 100,000 niños aunque este valor puede variar debido a los pocos estudios en esta área. Con respecto a Japón con 264.8 casos por cada 100,000 niños menores de cinco años, y en Estados Unidos su incidencia es de 17.5-20.8/100000.<sup>4-5</sup>

El EK es una enfermedad prevalente en niños, afectando a menores de 5 años, produciendo una inflamación de los vasos sanguíneos, y al momento el origen es de causa desconocida.<sup>6</sup> Esta patología se caracteriza por fiebre, exantema, linfadenopatía y afección mucocutánea, su causa de muerte se debe a la generación de aneurismas coronarios y todas las complicaciones que genera esta.<sup>7</sup> Adicionalmente a la clínica previamente descrita presenta edema de manos y pies, infiltración conjuntival bulbar bilateral, cambios en labios y en la cavidad oral la cual se reporta activamente en grupos étnicos.<sup>8</sup>

Dentro de esta patología se deben algunas complicaciones severas como la presencia de anomalías de las arterias coronarias, activación de macrófagos, alteración vascular diferente a la afectación de las arterias coronarias, alteraciones urinarias y daño renal. Por último afectaciones gastrointestinales, del sistema nervioso central, la pérdida de la audición.<sup>9</sup>

Es sumamente importante el manejo correcto de un paciente pediátrico, ya que todo estado febril en este grupo etario, debe tener un amplio abanico de diagnósticos diferenciales, esto es independiente de la presencia de virus respiratorios. Una vez determinado el diagnóstico es fundamental los primeros 10 días desde el inicio de la fiebre, con el fin de poder reducir a cero las posibles afectaciones coronarias y las consecuencias futuras.<sup>10-11</sup>

El manejo con inmunoglobulina (IG) se considera el tratamiento de elección, se inicia durante los primeros 10 días de inicio de la fiebre (2 gr/kg dosis única), posteriormente se usa la aspirina (80-100

mg/kg por día VO) administrada junto con IG como tratamiento inicial durante 4 a 6 semanas.<sup>12-13</sup>

### **Caso Clínico**

Paciente de 1 año 8 meses de edad sin antecedentes patológicos personales, presencia desde hace aproximadamente dos semanas tos con expectoración, fiebre, rinorrea y decaimiento, irritabilidad y afectación dérmica motivo por el cual acude a hospital general para valoración por el servicio de emergencia pediátrica donde es internado con el fin de llevar a cabo un examen físico y complementar con exámenes de laboratorio e imagen si amerita.

Se realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardíaca 127 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 32, temperatura de 38.7°C, peso: 11 kg, talla: 84 cm. Lactante febril, decaído, irritable. Faneras: Presencia de exantema polimorfo extremidades, tórax y espalda. Cabeza normocéfala. Ojos pupilas isocóricas fotorreactivas, con inyección conjuntival y hemorragia subconjuntivales. Fosas nasales permeables. Boca mucosas orales secas y queilitis, orofaringe congestiva, amígdalas no hiperémicas y lengua en fresa. Cuello móvil, con adenopatías, se palpa ganglios aumentados en la cadena cervical. Tórax: Disminución de la entrada de aire y uso musculatura accesoria. Corazón R1-R2 rítmico normo-fonético. Pulmones: murmullo alveolar ligeramente disminuido de aire y presencia sibilancias. Abdomen suave depresible no doloroso a la palpación RHA presentes. Extremidades tono y fuerza muscular conservado.

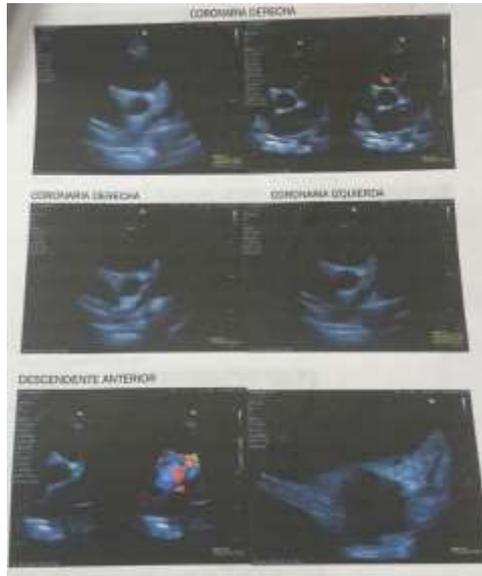
Se realizan exámenes complementarios: como Biometría Hemática y como estudio de imagen un ecocardiograma.

Biometría Hemática con los siguientes hallazgos Basófilos % : 0.6, Globulos Rojos: 5.1, Hemoglobina: 13.0 g/dl, Hematocrito 40.1%, MCV 78.3 fl, MCH: 25.4pg, Plaquetas: 455000

### **Ecocardiograma Pediátrico:**

1. Estadio I de enfermedad de Kawasaki.
  - Sin lesión de coronarias.
  - Remisión de ectasia de la coronaria derecha proximal.
2. Presión sistólica de la arteria pulmonar estimado el por gradiente de IT en 20 mmHg.
3. Función sistólica y diastólica del ventrículo derecho conservado.
4. Función sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo conservado.
5. Estudio limitado por irritabilidad de paciente. (figura 1-2)

**Figura 1:** *Imágenes ecocardiográficas de coronaria derecha, izquierda y descendente anterior.*



**Figura 2:** *Imágenes ecocardiográficas de la concordancia , coronaria izquierda, descendente anterior, circunfleja y coronaria derecha proximal.*



## DISCUSIÓN

Considerando al Síndrome de Kawasaki su prevalencia se presenta en niños pequeños, un 80% menores de cuatro años, siendo rara en lactantes menores de tres años.<sup>14</sup> Por tal motivo este reporte de caso es interesante debido a que la patología se encuentra presente en un paciente de 1 año , 8 meses.

El diagnóstico está basado en la presencia de 5 o más días de fiebre, exclusión de otras enfermedades con hallazgos similares y 4 de los 5 criterios siguientes :

- Inyección conjuntival bilateral no supurada
- 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.<sup>15-16</sup>

En nuestro paciente lactante , considerando las todas las características clínicas que son criterios diagnosticos en un paciente de Kawasaki , pudimos observar 4 de las 5 las cuales fueron inyección conjuntival bilateral , lengua frambuesada con un semihumedad de las mucosas orales , exantema polimorfo y por ultimo la presencia de adenopatias cervicales de manera bilateral y fiebre. Motivo por el cual se lo ingreso al servicio de pediatria para poder llevar a cabo los estudio de laboratorio e imagen correspondiente con la patologia.

Dentro de los estudios que se debe llevar a cabo como inicio debe ser la Biometria Hematica de los cuales a hemogloblina y las plaquetas fueron las que se encontraron alteradas en nuestro paciente lactante.

Posteriormente como estudio de imagen se debe llevar a cabo un ecocardiograma porque en estudios se demostro la presencia de miocarditis en 29 casos (8.6%) y derrame pericárdico en 26 (7.7%). Adicionalmente lesiones coronarias enen 135 casos (39.9%). (11)

En nuestro paciente posterior al estudio de exámenes de laboratorio se llevo a cabo e estudio ecocardiografico que demostro : Estadio I de enfermedad de Kawasaki, sin lesión de coronarias y remisión de ectasia de la coronaria derecha proximal.

En base al tratamiento se debe utilizar un producto biologico como es la inmunoglobulina G, durante los primero 10 días de la enfermedad como dosis de infusión unica 2 g/kg de IGIV. Se debe iniciar tratamiento conjunto con ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis moderadas (30-50 mg/kg/día cada 6 h, VO) hasta que el paciente esté 48-72 h afebril, momento en que

se cambia el AAS a dosis antiagregante (3-5 mg/kg/día en una dosis, VO) manteniéndose esta dosis hasta 6-8 semanas del inicio de la enfermedad y hasta normalización de plaquetas, reactantes de fase aguda y ecocardiograma normal. (12)

En nuestro paciente se administro como tratamiento 50mg de acido acetilsalicilico por 30 días en la mañana , con un control dentro de 30 días por consulta externa, con un nuevo ecocardiograma probablemente no se admistro inmunoglobulina debido a que pasaron ya los 10 primeros dias de la enfermedad.

## **CONCLUSIONES**

El síndrome mucocutáneo linfonodular es conocido mundialmente como Síndrome de Kawasaki es una patología que afecta a la población pediátrica y que posee un alto riesgo de complicaciones , debido a ello los médico deben tenerla presente en pacientes con fiebre de larga data como uno de sus primeros diagnosticos diferenciales. La razón, se debe a que un manejo y diagnostico temprano puede reducir el riesgo de presentar afetaciones en las arterias coronarias, la cual podria generar complicaciones en la supervivencia del paciente.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Baleado Gómez B, Gonzáles Ávila C, Souto Cainzos B, Iglesias González B, Gonzáles Menchén C, Ramos Amador JT. Revisión clínica y diagnóstica de la enfermedad de Kawasaki: estudio descriptivo, retrospectivo y analítico. *Pediatría Atención Primaria*. 2018 enero ; 20 (77).
- Quimís-Cantos YY, Delgado Figueroa KS, Pardo Figueroa MJ. Revisión sistemática de la enfermedad de Kawasaki: epidemiología, diagnóstico y tratamiento en América Latina. *Revista Científica Dominio de las Ciencia*. 2021 Octubre; 7(6).
- Minchala Urgilés RE, Ramírez Coronel A, Encalada Parapi BJ, Caceres SG, Estrella González MdlÁ, Minchala Urgilés E, et al. Enfermedad de Kawasaki asociada a COVID-19: Revisión Sistemática. *Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica*. 2020 Diciembre ; 39(8).
- López Pérez GP, Manzano Quisimalin DE, Sailema Ronquillo MB, Toapanta Quishpe SG. Síndrome de kawasaki en la población pediátrica por covid -19. *Ciencia Latina.Revista Multidisciplinaria*. 2022 Mayo; 6(3).

- Santafé Troncoso G, Vaca Salaza C, Villares Paredes PR. Enfermedad de Kawasaki: caso clínico. CAMBIOS. 2018 Julio; 17(1).
- Salcedo Libreros LF, Ponce Ramírez MA, Velásquez Palomino A, Calero Valencia M. Enfermedad de Kawasaki en pediatría: caso clínico. rcslibre [Internet]. 21 de diciembre de 2021 [citado 2 de agosto de 2023];16(2):e617897. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rcslibre/article/view/7897>
- Litardo Fernández , Baños León , Baños Gamarra , Ponce Marcillo E. Tratamiento del síndrome de Kawasaki en pediatría. Revista científica de investigación actualización del mundo de las ciencias. 2019 Abril; 3(2).
- Medina Carías R, Mejía Machado M, Araujo L, Prado López L. Enfermedad de Kawasaki. Acta Pediátrica Hondureña. 2018 Enero; 8(2).
- Sánchez Molina A, Soria Lara R, Aparicio Miñana , Borque Almajano M, Villar Moreno P. ENFERMEDAD DE KAWASAKI: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. Ocronos. 2020 Julio; 3(3:307).
- Flores Cháve AMdP. Enfermedad de Kawasaki en un lactante de dos meses. Scielo Perú. 2017 Octubre; 78(4).
- Garrido-García L, Soto Blanquel J, Espinosa-Rosales F. Enfermedad de Kawasaki: cuadro clínica, exámenes de laboratorio y lesiones coronarias. Acta Pediátrica de México. 2015 Julio; 36(4).
- Barrios Tascón A, Centeno Malfaz F, Rojo Sombrero H, Fernández-Cooke E, Sánchez Manubens J, Sánchez-Manubens J. Consenso. Anales de Pediatría. 2018 Septiembre; 89(3).
- kabeerdoss, J., Pilania, R. K., Karkhele, R., Kumar, T. S., Danda, D., & Singh, S. (2021). Severe COVID-19, multisystem inflammatory syndrome in children, and Kawasaki disease: immunological mechanisms, clinical manifestations and management. Rheumatology international, 41(1), 19-32. Available in: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00296-020-04749-4>
- Nijman RG, De Guchteneere A, Koletzko B, Ross Russell R, Copley S, Titomanlio L, et al. Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome: Statement by the Pediatric Section of the European

Society for Emergency Medicine and European Academy of Pediatrics. *Front Pediatr.* 2020;8(August):1–10. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00490>

Kobayashi T, Saji T, Otani T, Takeuchi K, Nakamura T, Arakawa H, et al. Efficacy of immunoglobulin plus prednisolone for prevention of coronary artery abnormalities in severe Kawasaki disease (RAISE study): a randomised, open-label, blinded endpoints trial. *Lancet.* 2012;379:1613-20.

Jindal AK, Pilania RK, Prithvi A, Guleria S, Singh S. Kawasaki disease: characteristics, diagnosis and usual presentations. *Expert Review of Clinical Immunology.* 2019; 15(10):1089-1104. <https://doi.org/10.1080/1744666X.2019.1659726>