

# ENFERMEDAD DE KAWASAKI, cada vez más frecuente

Manuel López Alvarez U.G.C. Tarifa SAS  
 Angélica Pereda Herrera U.G.C. Tarifa SAS  
 Beatriz Perez Galán U.G.C. Tarifa SAS

## INTRODUCCIÓN:

Enfermedad multisistémica, de etiología desconocida con vasculitis de pequeños y medianos vasos, propia de lactantes y niños pequeños. Muy frecuente en Japón y Corea del Sur, aunque el número de casos ha aumentado en Occidente en últimos años.

Su diagnóstico está basado en criterios clínicos Mayores y menores.

Su principal complicación son los IAM y Aneurismas coronarios, siendo la causa más frecuente de Cardiopatía adquirida en los países desarrollados, una vez superada la F. Reumática.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Lactante de 18 meses con fiebre alta. Al 2º día de la fiebre se sospecha ITU, instaurándose tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Al 3º día aparece un exantema polimorfo que se atribuye al antibiótico, por lo que se cambia a Cotrimoxazol, desapareciendo en 2 días el exantema, con persistencia de fiebre. Al cuarto día inyección conjuntival bilateral. Y al sexto día persistencia de cuadro febril sin foco, con labios enrojecidos y discretamente fisurados.

En la analítica destaca PLT 636000, PCR 12,6, VSG 111mm/h y albúmina 3,3 g/l

El resto de exploración fue anodina, solo una adenopatía cervical izquierda de 1 cm

## ESTRATEGIA

Diagnóstico Clínico de la enfermedad

Los hallazgos de laboratorio que presenta esta enfermedad son variables

Tratamiento antiagregante a dosis de 80-100 mg/kg/día en 3-4 dosis. A las 48-72 horas de estar afebril pasar a 5 mg/kg/día en una dosis y mantener durante 6-8 semanas

Tratamiento precoz antes de los 10 días de enfermedad, para obtener mayor eficacia, con Inmunoglobulina iv a dosis de 2 g/kg en perfusión lenta continua durante 24 h.

## CONCLUSIÓN:

Esta enfermedad hace pocos años era prácticamente desconocida, y en últimos años ha aumentado el número de casos diagnosticados.

Es fundamental pensar en ella dada su dificultad diagnóstica

El diagnóstico precoz y el tratamiento urgente y correcto disminuyen el riesgo de lesiones cardíacas (Causa más frecuente de cardiopatía adquirida)

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Delgado A. Enfermedad de Kawasaki. En: Pediatría Clínica. Vol 7. Bilbao. Ed.UPV. 1996.
- 2 Raman V, Kim J, Sharkey A, et al. Responso of refractory Kawasaki disease to pulse steroid and cyclosporin a therapy. *Pediatr Infect Dis J* 2001; 20:635-637.
3. Martín Ibañez M, Sotto D, Urgellés E, Del Castillo F. Revisión de 161 casos de enfermedad de Kawasaki publicados en España. XIX Congreso Nacional de la Asociación Española de Pediatría. *An Esp Pediatr* 1995;43:466. (Libro de Abstracts).
4. Blatt AN, Vogler L, Tyhsen L. Incomplete presentations in a series of 37 children with Kawasaki disease: The role of the pediatric ophthalmologist. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1996;33:114-119.
- 5 Kato H, Sugimura T, Akagi T, Sato N, Hashino K, Maeno Y, Kazue T, Esto G, Yamakawa R. Long-term consequences of Kawasaki disease. A 10- to 21 year follow-up study of 594 patients. *Circulation* 1996; 94:1379-85.

Criterios Diagnósticos	
FIEBRE (100%)	Duración $\geq$ 5 días
INYECCIÓN CONJUNTIVAL (85%)	Bilateral no supurativa
ADENOPATIA (70%)	Cervical, aguda no purulenta $>$ 1,5 cm
EXANTEMA (80%)	Polimorfo, no vesiculocostroso
ALT. LABIOS –MUCOSA ORAL (90%)	Labios secos, enrojecidos, fisurados Eritema difuso orofaríngeo Lengua aframbuesada
<b>Diagnóstico:</b> síndrome febril + 4 criterios o Aneurisma coronario por ecografía + 4 criterios En las dos últimas alteraciones es suficiente uno cualquiera de los tres hallazgos	



Fig 1. Conjuntivitis bilateral no supurativa



Fig 2 Labios secos, enrojecidos y fisurados



Fig 3. Exantema polimorfo no vesiculocostroso