

**PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI
HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. AGUSTÍN ZUBILLAGA**

*Velicza Franco **Maylí Carnevale

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva transversal retrospectiva con el fin de determinar el perfil clínico y epidemiológico de la enfermedad de Kawasaki (EK) en 95 niños egresados del Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga durante el período 2014-2017. El promedio de edad de los pacientes se ubicó en $3,9 \pm 3,3$ años, siendo 69,5% del sexo masculino. El tiempo de evolución de la enfermedad fue menor de 10 días en el 68,4% de los casos. Las manifestaciones clínicas predominantes fueron fiebre (100%), edema y/o descamación de palmas y plantas (85,3%), alteración de la mucosa oral (65,3%), inyección conjuntival (59%) y eritema polimorfo (55,8%). El tratamiento recibido consistió en aspirina (100%) e inmunoglobulina (96,8%). La respuesta al tratamiento fue satisfactoria en el 95,8% de los pacientes. Los hallazgos de laboratorio evidenciaron una PCR elevada (51,6%) y trombocitosis (97,9%) con hemoglobina normal en 62,1% de los casos. 41% de los pacientes presentaron ecocardiograma anormal y 97,9% presentaron ultrasonido abdominal normal. El diagnóstico de ingreso de la EK fue incompleto en 53,7% de los pacientes y el diagnóstico de egreso de la EK fue completo en 51,6%. Los resultados de este estudio brindan datos epidemiológicos recientes sobre la enfermedad de Kawasaki en nuestra institución prestadora de salud.

Palabras clave: enfermedad de Kawasaki, niño, fiebre, edema, eritema

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF KAWASAKI DISEASE
PEDIATRIC HOSPITAL DR. AGUSTÍN ZUBILLAGA**

ABSTRACT

A descriptive cross-sectional retrospective investigation was carried out to evaluate the clinical and epidemiological profile of Kawasaki disease (KD) in 95 children discharged from the Pediatric Hospital Dr. Agustín Zubillaga during the period 2014-2017. Mean age of children was 3.9 ± 3.3 years and 69.5% were male. Time of symptom onset was less than ten days in 68.4% patients. Predominant clinical manifestations were fever (100%), edema and/or desquamation of palms and soles (85.3%), alteration of the oral mucosa (65.3%), conjunctival injection (59%) and polymorphic erythema (55.8%). Treatment received included aspirin (100%) and immunoglobulin (96.8%). Response to treatment was satisfactory in 95.8% of cases. Laboratory findings showed elevated CRP (51.6%), thrombocytosis (97.9%) and normal hemoglobin in 62.1% patients. 41% had an abnormal echocardiogram and 97.9% showed a normal abdominal ultrasound. The diagnosis of CHD admission was incomplete in 53.7% of cases and the diagnosis of EK was complete in 51.6%. Results of this study show recent epidemiological data about Kawasaki disease in our healthcare institution.

Key words: mucocutaneous lymph node syndrome, child, fever, edema, erythema

*Universidad Centrocidental Lisandro Alvarado, Decanato de Ciencias de la Salud, Barquisimeto, Venezuela.
correo electrónico: velysfg@gmail.com

**Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga, Decanato de Ciencias de la Salud, Barquisimeto, Venezuela.

Recibido: 17/07/2019
Aceptado: 05/11/2019



Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK) es considerada como una patología multisistémica que afecta principalmente a niños menores de cinco años y se caracteriza por vasculitis aguda con predilección por las arterias coronarias de pequeño y mediano calibre. Aunque su etiología es desconocida, se le atribuye a un posible origen infeccioso; entre los agentes causales se identifican toxinas bacterianas, hongos o virus⁽¹⁾.

Esta patología se comporta como algunas enfermedades contagiosas, tales como el sarampión y la escarlatina, presentándose fiebre elevada acompañado de linfadenopatía y mucositis. Aunque es más frecuente en países asiáticos, actualmente tiene una distribución universal y está presente en todas las razas y etnias. La EK es una enfermedad pediátrica; en la mayoría de las series el 85% de los pacientes son menores de cinco años. Su presentación en menores de seis meses o en edades más tardías es rara, pero hay descritos casos en adolescentes y adultos, así como en el periodo neonatal. Afecta predominantemente a niños, siendo la proporción hombre: mujer de 1,5-2,1:1⁽²⁾.

Ahora bien, esta enfermedad produce confusión a nivel de su diagnóstico diferencial por su forma de presentación la cual es similar a las enfermedades exantemáticas, sin embargo cuando se presentan complicaciones en la EK se requiere una vigilancia estrecha y mayor número de consultas de seguimiento⁽³⁾. El pronóstico de esta enfermedad en general es benigno, sin embargo en aquellos casos en que, los pacientes no son diagnosticados y atendidos de manera adecuada y oportuna, 20% desarrollarán manifestaciones cardiovasculares como aneurismas en las arterias coronarias, infartos, arritmias, entre otras.

De allí que aproximadamente 1 de cada 100 niños muere por problemas cardíacos causados por la enfermedad; es por ello que los niños que han sufrido esta enfermedad se les debe realizar

un ecocardiograma al momento de sospechar la enfermedad y al egresar del hospital cada uno o dos años para buscar trastornos cardíacos⁽¹⁾.

En este orden de ideas, Morales *et al*⁽⁴⁾ realizaron un estudio descriptivo de aspectos clínicos y epidemiológicos de los pacientes con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki. Entre los resultados reportaron un predominio del sexo masculino; 100% de los pacientes presentó fiebre de más de 5 días de evolución, lesiones orofaríngeas y eritema palmar y plantar; en el 85,7% de los pacientes se halló exantema polimorfo y en 57,1% adenopatía única cervical. El tratamiento de todos los pacientes fue inmunoglobulina endovenosa y aspirina.

En las instituciones hospitalarias de Venezuela se ha observado cierta limitación en el diagnóstico clínico de esta patología particularmente en el primer nivel de atención de salud; posiblemente se debe a desconocimiento de esta patología ya que el diagnóstico es sobre bases clínicas y no de laboratorio. A nivel nacional entre 1985 y 2011 se presentaron 232 casos en 10 centros hospitalarios de 9 diferentes regiones de Venezuela, de los cuales correspondieron al estado Lara 115 casos⁽⁵⁾.

En este orden de ideas, en el Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga durante el lapso noviembre 2013 - febrero 2014 se reportaron 11 casos, de los cuales la mayor frecuencia se registró en el mes de febrero 2014 (36%) y 27,2% en diciembre 2013; 81,82% eran menores de 5 años, con predominio del sexo masculino (54,5%) en una relación 1,2:1. Se presentaron complicaciones en 54,55% de casos las cuales incluyeron dilatación de las arterias coronarias (50%), comunicación interventricular restrictiva (16,6%), ectopia coronaria bilateral (16,6%), diarrea y neumonía intersticial (33,3%), las cuales a la larga pueden tener repercusión en la calidad de vida del paciente⁽⁶⁾.

En la práctica diaria en nuestro hospital pediátrico se observa el ingreso de un número no precisado de pacientes con sospecha de EK, por lo que ante esta realidad se decide la realización del presente estudio con el objetivo de determinar el perfil clínico-epidemiológico de la enfermedad de Kawasaki en niños egresados del Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga a fin de actualizar el conocimiento acumulado en relación al tema para profundizar el mismo y así brindar un aporte y un registro regional del problema.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva transversal de revisión retrospectiva de 95 historias médicas de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Infectología del Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki desde el 1 de enero del 2014 al 31 de Octubre del 2017. Los datos obtenidos se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 18.0 para Windows. Para el análisis se utilizaron medidas de frecuencia relativas (porcentajes) y medidas de tendencia central (promedio y desviación estándar) según los objetivos planteados; para la construcción del perfil se emplearon medidas de frecuencia relativa (frecuencia) y una medida de tendencia central (promedio). Finalmente, los resultados se presentaron en cuadros.

RESULTADOS

En el cuadro 1 se presenta la distribución de los pacientes por edad donde se observa un predominio del grupo de edad preescolar > 2 a 6 años (46,32%) seguido de los lactantes de 0 a 24 meses (28,42%). Hubo un predominio de pacientes del sexo masculino (69,47%). Con respecto al tiempo de evolución de los síntomas en la mayoría de los niños fue menor a diez días (68,4%).

Se observa que entre las manifestaciones clínicas la fiebre estuvo presente en la totalidad de los

niños (100%), 85,3% presentaron edema y/o descamación de palmas y plantas, 65,3% alteración de la mucosa oral y 59% inyección conjuntival (cuadro 2).

Grupo de edad	Nº	%
Lactantes 0 a 24 meses	27	28,42
Preescolar > 2 a 6 años	44	46,32
Escolar > 6 a 12 años	24	25,27
Total	95	100

Cuadro 1. Distribución de los pacientes con según edad. Servicio de Infectología. Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga.

Manifestaciones Clínicas	Nº	%
Fiebre	95	100
Edema y/o descamación de palmas y plantas	81	85,3
Alteración de la mucosa oral	62	65,3
Inyección conjuntival	56	59,0
Eritema polimorfo	53	55,8
Otras	40	42,1
Adenopatía cervical	25	26,3
Descamación genital	24	25,3

Cuadro 2. Distribución de los pacientes de acuerdo a las manifestaciones clínicas. Servicio de Infectología. Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga.

En cuanto al tratamiento recibido la totalidad de los pacientes recibieron aspirina y 96,8% recibieron inmunoglobulina. El tiempo de inicio del tratamiento con aspirina después de iniciada la sintomatología fue menor a diez días en 68,4%

de los pacientes. Por otro lado, la mitad de los niños a quienes se les administró inmunoglobulina la recibieron menos de diez días de iniciado los síntomas.

En relación a los resultados de la proteína C reactiva (PCR), se evidenció que fue normal en 51,6% de pacientes. Se consideró elevada una $PCR \geq 10$ mg/l. Con respecto a la cuantificación plaquetaria, el 97,9% de los pacientes presentaron trombocitosis > 400.000 células \times mm^3 .

En relación a los hallazgos ecocardiográficos, se encontró que el 59% de los pacientes no presentaron alteraciones, mientras que 39,9% presentaron ectasia coronaria y 1,1% leve derrame pericárdico.

El diagnóstico de egreso de la enfermedad de Kawasaki en los niños fue completo en el 51,6% de los pacientes.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK) es la causa más común de vasculitis (pequeños y medianos vasos). Es un proceso febril agudo multisistémico autolimitado y de isquemia cardíaca en niños, de etiología compleja y heterogénea (predisposición genética autoinmune), cuyo diagnóstico es clínico de exclusión⁽⁵⁾. Es trascendental el estudio de la EK debido que se considera un problema de salud latente lo cual amerita darle la debida importancia, tomando en cuenta que la población tiene un comportamiento vulnerable frente al cuidado de la salud.

En la presente investigación predominó el sexo masculino (69,4%). Estos resultados se corresponden con la mayoría de estudios revisados, tal es el caso de Monroy *et al*⁽⁷⁾ quien encontró que 62% de pacientes en su estudio eran del sexo masculino. Charry y Maitín⁽⁶⁾ encontraron predominio del sexo masculino (54,5%). Los resultados encontrados en esta

investigación en relación al sexo coinciden con lo expresado en la literatura.

Por otra parte, la edad de los niños en la que se presentó la enfermedad de Kawasaki con mayor frecuencia fue el grupo de preescolares comprendido entre > 2 años a 6 años. Un estudio encontró que 81% de los pacientes se encontraban en el grupo etario de 12 meses a 5 años de edad⁽⁷⁾. De igual modo, Osornio⁽¹¹⁾ encontró que 54.6% de los pacientes tenían un promedio de edad de 3.7 ± 3.1 años. Asimismo, Grazioso⁽⁸⁾ encontró un predominio de la enfermedad en pacientes menores de 5 años.

En relación al tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la realización del diagnóstico de la EK, en la presente investigación este tiempo fue menor de diez días en la mayoría de los niños (68,4%). Este lapso se corresponde con la fase aguda febril, que por lo general dura 10 días⁽³⁾; el tratamiento de la fase aguda va dirigido a reducir los procesos inflamatorios del miocardio y las arterias coronarias y es así como el retraso en el diagnóstico de la enfermedad por encima de los 10 días incrementa el riesgo de afectación coronaria, sobre todo en los lactantes⁽⁹⁾.

Respecto a las manifestaciones clínicas, en esta investigación la totalidad de los niños presentaron fiebre como primera manifestación clínica, seguido de edema y/o descamación de palmas y plantas, (85,3%) y alteración de la mucosa oral, (59%). Estas manifestaciones son coincidentes con estudios similares entre ellos el de Grazioso⁽⁸⁾ quien encontró que todos los pacientes tenían historia de fiebre y más del 75% de los pacientes tuvo rash, inyección conjuntival, cambios en orofaringe y cambios en extremidades. Osornio⁽¹¹⁾ reporta que la adenopatía cervical fue más frecuente entre los niños. Charry y Maitín⁽⁶⁾ reportaron fiebre de más de 5 días (90,9%), exantema (90,9%), afectación de la cavidad bucal (90,9%),

conjuntivitis bilateral (72,7%), afectación de extremidades (45,4%) y linfadenopatías cervicales (45,4%). Los resultados encontrados en cuanto a las manifestaciones clínicas coinciden con lo descrito en la literatura.

Al respecto, es importante mencionar que el diagnóstico de la EK es clínico y no hay un examen de laboratorio específico para su diagnóstico definitivo. Se basa principalmente en la exclusión de otras enfermedades y en la presencia de criterios clínicos establecidos. El diagnóstico se realiza si el paciente tiene fiebre de al menos 5 días de duración y al menos 4 de los siguientes síntomas: (a) inyección conjuntival bilateral no exudativa; (b) alteraciones de la mucosa oral: labios fisurados, enantema, lengua aframbuesada; (c) exantema polimorfo; (d) lesión palmoplantar tipo eritema, descamación y (e) adenopatía cervical $> 1,5$ cm⁽¹⁰⁾.

Respecto al diagnóstico de la enfermedad, 53,7% de los niños presentaron un diagnóstico inicial de enfermedad de Kawasaki incompleto. En tanto que al egreso, 51,6% tuvieron un diagnóstico de EK completo. Esto coincide con los hallazgos de Grazioso⁽⁸⁾ quien encontró que 54,5% de los casos de EK en su estudio eran completos.

En relación a tratamiento, en este estudio se evidenció que 100% de los niños recibieron aspirina y 96,8% recibió inmunoglobulina. El objetivo principal del tratamiento es reducir la inflamación y prevenir la formación de aneurismas coronarios⁽¹¹⁾. Los pacientes con EK deben recibir tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (IGIV). Charry y Maitín⁽⁶⁾ encontraron que 100% de los pacientes recibieron tratamiento con inmunoglobulina y aspirina. En este sentido Monroy⁽⁷⁾ reporta que en su casuística el uso de inmunoglobulina favoreció la remisión de la dilatación coronaria.

Ahora bien, en cuanto los resultados de laboratorio, en el presente estudio la PCR

elevada se observó en 51,6% de los casos. Monroy⁽⁷⁾ reporta resultados similares, al igual que Charry y Maitín⁽⁶⁾ quienes reportan una proteína C reactiva positiva en 54,5% de los casos. En relación a las plaquetas, se observó trombocitosis en el 97,9% de los casos. De igual manera, Charry y Maitín⁽⁶⁾ encontraron trombocitosis en 81,8% de los casos por ellos estudiados. La hemoglobina fue normal en 62,1% de pacientes en este estudio. En contraposición a este resultado, Monroy⁽⁷⁾ encontró anemia microcítica normocrómica en la mayoría de sus pacientes.

El ecocardiograma es un estudio a realizar de carácter obligatorio en todos los pacientes con EK a fin de precisar cualquier anomalía a nivel cardíaco. En esta investigación, se encontró dilatación coronaria en 39,9% de los casos y derrame pericárdico en 1,1%. El resto de los casos tuvieron un ecocardiograma normal. A este tenor, Monroy⁽⁷⁾ y Osornio⁽¹¹⁾ encontraron dilatación coronaria en los pacientes que estudiaron. Por su parte, Charry y Maitín⁽⁶⁾ encontraron en su casuística dilatación de las arterias coronarias (50%), comunicación interventricular restrictiva (16,6%) y ectopia coronaria bilateral (16,6%).

RECOMENDACIONES

Con base a los resultados y conclusiones obtenidas se realizan las siguientes recomendaciones, dirigidas al personal médico especialista y residentes:

1. Realizar diagnóstico diferencial, eficaz y oportuno en los primeros 10 días de inicio de la sintomatología, considerando las manifestaciones clínicas de la enfermedad de Kawasaki, con el fin de que estos pacientes no desarrollen complicaciones a nivel cardiovascular. Esta enfermedad debe catalogarse como enfermedad de notificación obligatoria.

2. Considerar el manejo multidisciplinario de la Enfermedad de Kawasaki en el momento que ingresa el paciente pediátrico, desde su llegada a la emergencia del hospital o consulta externa, de la valoración inicial por el pediatra de guardia, la valoración del cardiólogo pediatra, oftalmólogo, foniatra y demás especialidades que requieran ser consultadas.

3. Tomar en cuenta las nuevas recomendaciones en base a un algoritmo diagnóstico para ayudar a los clínicos a decidir qué niños con fiebre durante al menos cinco días y menos de cuatro criterios clásicos deben ser explorados con un ecocardiograma y recibir tratamiento contra la enfermedad.

4. Las instituciones prestadoras de servicio de salud deben disponer de la inmunoglobulina intravenosa para el suministro al momento de prescribirla a un paciente con EK.

5. Evitar la automedicación y consultar al pediatra en caso de fiebre durante al menos 5 días o lesiones exantemáticas, para descartar la presencia de esta enfermedad ya que los pacientes afectados podrían no acudir tempranamente al servicio de salud para su respectiva valoración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez D, González N, Torales A. Infectología clínica pediátrica. 2011. Octava edición (8 ed.). México: Mc Graw-Hill.
2. Takahasi M. Diagnosis, treatment and long-term management of Kawasaki disease. American Heart Association Pediatrics 2014; 185 - 190.
3. Molina V, Umaña B. Enfermedad de Kawasaki Med Leg Costa Rica 2015; 32(1).
4. Morales M, Álvarez M, Díaz F, Pereda O. Comportamiento clínico-epidemiológico de

la enfermedad de Kawasaki Rev Cub Ped 2011; 83(1): 158-165.

5. González A, Maitín M, Galicia J, Carnevale M, Santana M, Moukhallalele K, *et al.* Enfermedad de Kawasaki (232 casos) variabilidad estacional en Venezuela 1985 a abril 2011. Bol Méd Post 2011; 27(3 - 4): 104-108.
6. Charry S, Maitín M. Características clínicas, complicaciones y tratamiento en pacientes con enfermedad de Kawasaki. Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga. 2014. Trabajo de Grado para obtener el título de Especialista en Puericultura y Pediatría. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Venezuela.
7. Monroy O. Enfermedad de Kawasaki. Análisis Clínicos en 16 Pacientes de Veracruz". 2013. Trabajo de grado para obtener el grado de Especialista en Pediatría Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.
8. Grazioso P. Caracterización de la enfermedad de Kawasaki en 4 Hospitales Privados de Guatemala. Septiembre 2014. Trabajo de grado presentado para optar al título de Licenciatura en Medicina. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
9. Schroh A, Domínguez P, Laghezza L, Melonari P, Olguín M, Miatello R. Enfermedad de Kawasaki: afección cardíaca durante la infancia. Rev Esp Cardiol 2006; 59: 387-90.
10. Rabadán A, Recio A, Cabello I, Crespo E. Detección precoz y manejo de la enfermedad de Kawasaki: la inadvertida enfermedad de Kawasaki incompleta. Rev Clin Med Fam 2012; 5: 212-215.

11. Osornio S. Enfermedad de Kawasaki:
Curso Clínico en Pacientes Pediátricos
Tratados en el Hospital Materno Infantil de
ISSEMYM en el Periodo de 1 de Enero de
2004 a 30 de Octubre de 2012. 2013. Tesis
para obtener el Grado de la especialidad de
Pediatria. Universidad Autónoma del
Estado de México. México.