

## Enfermedad de Kawasaki: importancia del diagnóstico precoz

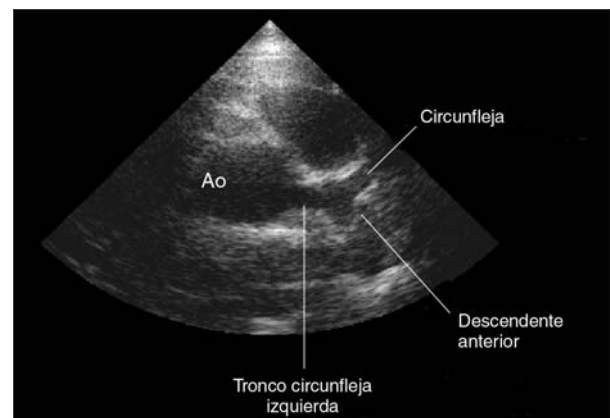
*Sr. Editor:*

La enfermedad de Kawasaki es la principal causa de enfermedad cardíaca adquirida entre niños que viven en el mundo desarrollado, y se producen aneurismas coronarios hasta en el 25% de los casos que no reciben tratamiento.

Presentamos el caso clínico de una niña de 2 años que ingresó en nuestro servicio por fiebre alta de 5 días de evolución, acompañada de irritabilidad y debilidad generalizada. Había recibido tratamiento con claritromicina oral los 4 días previos. Como antecedentes personales destacaba varicela materna en primer trimestre del embarazo. En la exploración física se encontraron los siguientes hallazgos: temperatura, 38,5 °C; FC, 120 lat./min; FR, 30 resp./min; sensación de enfermedad; hiperemia conjuntival bilateral no secretora; labios secos rojos y agrietados. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Palpación abdominal normal. Signos meníngeos negativos.

Se realizaron los siguientes exámenes complementarios: VSG, 101; hematocrito, 30%; plaquetas, 438.000/ml; leucocitosis (18.430/ml); neutrófilos, 82%; linfocitos, 8%; albúmina baja; PCR; transaminasas, iones, función renal y estudio de coagulación con valores normales.

A los 3 días de su ingreso se realizó eco-Doppler (fig. 1) que mostró dilatación de coronaria izquierda importante con las siguientes



**Figura 1.** Eco-Doppler que muestra dilatación de coronaria izquierda.

dimensiones: 5 mm en tronco (normal hasta 2,5), 4,5 mm en descendente anterior y circunfleja (normal hasta 2) sin imagen de aneurismas, siendo la coronaria derecha de tamaño y morfología normal.

Se inició tratamiento con gammaglobulina a 2 g/kg y ácido acetilsalicílico en dosis antiinflamatoria hasta 48 h después de ceder la fiebre y se continuó con ácido acetilsalicílico a dosis antiagregantes. Actualmente tras 4 meses de evolución existe una dilatación muy leve de tronco y ramas, sin haberse detectado aneurismas coronarios. La niña se encuentra asintomática con ECG repetidos normales. Sigue con tratamiento antiagregante.

La enfermedad de Kawasaki es una enfermedad febril aguda observada fundamentalmente entre niños menores de 4 años. No existe una prueba diagnóstica única para esta enfermedad, y su diagnóstico se basa en los aspectos clínicos (fiebre de más de 5 días, exantema polimorfo, conjuntivitis no purulenta, eritema faríngeo, lengua en fresa, enrojecimiento y fisuras de los labios, linfadenitis cervical, eritema y edema indurado de manos y pies). A los pacientes con fiebre y menos de cuatro de estas manifestaciones se les puede diagnosticar de enfermedad de Kawasaki atípica cuando se detecta enfermedad coronaria. Es importante el diagnóstico precoz de enfermedad de Kawasaki atípica pues el tratamiento antes de los 10 días de evolución disminuye notablemente la prevalencia de aneurismas coronarios (del 25 al 4-6%)<sup>1</sup>.

Recientemente Takahashi et al<sup>2</sup> propusieron criterios diagnósticos modificados para el diagnóstico precoz de enfermedad de Kawasaki atípica, observando que además de la fiebre y al menos tres de las cinco características clínicas los exámenes de laboratorio con más de dos criterios entre: albúmina baja, hematocrito bajo, ALT elevada y VSG elevada mostraron una sensibilidad diagnóstica del 93% en pacientes que mostraban aneurismas coronarios. Nuestro paciente mostraba fiebre más dos criterios clínicos clásicos con tres de los cuatro datos de alta sensibilidad para la afectación coronaria<sup>3,4</sup>.

Las claves para el diagnóstico en nuestro paciente fueron fiebre persistente más congestión conjuntival no purulenta. Ante cualquier niño con fiebre inexplicable que perdura más de 5 días, especialmente si hay otros signos de enfermedad de Kawasaki, aunque no se encuentren los criterios clásicos, se debe sospechar enfermedad de Kawasaki atípica. El hecho de realizar estudio ecocardiográfico precoz pensamos que resultó clave para evitar la aparición de aneurismas coronarios y, por tanto, que la niña haya tenido una evolución favorable.

**J.F. Expósito Montes, R.M.<sup>a</sup> González García,  
A. Ávila Casas y F. Alados Arboledas**  
Hospital Materno-Infantil. Servicio de Pediatría.  
Complejo Hospitalario de Jaén. España.

**Correspondencia:** Dr. J.F. Expósito Montes.  
Avda. de Muñoz Grandes, 10, 2.º I. 23007 Jaén. España.  
Correo electrónico: juanfexpo@telefonica.net

## BIBLIOGRAFÍA

1. Han BK, Sinclair B, Newman A, Silverman ED, Taylor GW, Mahindle BW. Recognition and management of Kawasaki disease. *Can Med Assoc J* 2000;162:807-12.
2. Takahashi M, Ostrow A, Mason W. Features of atypical Kawasaki disease: A retrospective analysis. *Cardiol Young* 2000;10(Suppl 2): 25.
3. Nomura Y, Masuda K, Yoshinaga M, Sameshina K, Miyata K. Patients diagnosed with Kawasaki disease before fifth day of illness have a higher risk of coronary artery aneurysm. En: Taylor GW, Mahindle BW, editors. *Pediatr Int* 2002;44:353-7.
4. Genizi J, Miron D, Spiegel R, Fink D, Horowitz Y. Kawasaki disease in very young infants: High prevalence of atypical presentation and coronary arteritis. *Clin Pediatr (Phila)* 2003;42:263-7.