

# Caracterización clínica de la enfermedad de Kawasaki en la Fundación Clínica Infantil Club Noel

Clinical Characterization Kawasaki Disease Diagnosed Clinic Foundation Club Noel - Cali, Colombia, During January from 2010 in October 2012

Caracterização clínica da doença de Kawasaki Diagnosticado Clinic Foundation Club Noel - Cali, na Colômbia, durante janeiro de 2010 em outubro de 2012

COLCIENCIAS TIPO 1. ARTÍCULO ORIGINAL

RECIBIDO: SEPTIEMBRE 14, 2013; ACEPTADO: NOVIEMBRE 27, 2013

Gastón Castillo<sup>1</sup>  
gastonemd@hotmail.es  
Víctor M. Botero<sup>2</sup>  
victorbotero@hotmail.com

Luz Dary González<sup>2</sup>  
luzdary59@yahoo.es  
Cristian Muñoz<sup>2</sup>  
cristiancmg10@hotmail.com

Héctor A. León<sup>2</sup>  
halmedic@gmail.com  
Mónica Chávez<sup>2</sup>  
monikchavez@gmail.com

Universidad Libre, Cali-Colombia (1)  
Universidad Santiago de Cali, Colombia (2)

## Resumen

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de diseño no experimental para determinar las características clínicas de la enfermedad de Kawasaki, diagnosticada en la Fundación Clínica Infantil Club Noel entre enero de 2010 y octubre de 2012. Se revisaron las historias clínicas de los niños diagnosticados con esta enfermedad. Los resultados evidencian una prevalencia de 10/100.000 (7 casos en 64.490 pacientes atendidos). El principal motivo de consulta fue la sospecha clínica de enfermedad de Kawasaki. Seis casos procedían de la zona urbana, uno de la zona rural; 57.14% eran hombres; en todos los casos la edad fue inferior a 5 años; la fiebre fue la manifestación clínica prevalente (85.71%); el PCR fue el principal parámetro de laboratorio que se alteró (con aumento sobre 5mg/dl en 71.43% de los casos); entre los hallazgos eco cardiográficos, las valvulopatías y la serositis fueron las alteraciones prevalentes (66.67%). Los resultados observados concuerdan con los resultados de otros estudios.

## Palabras Clave

Kawasaki; vasculitis; enfermedad coronaria; prevalencia.

## Abstract

There was realized a descriptive retrospective study of not experimental design to determine the clinical characteristics of the disease of Kawasaki diagnosed in the Clinical Infantile Foundation Club Noel between January, 2010 and October, 2012. The history checked clinics of the children diagnosed with this disease. The results demonstrate a prevalence of 10/100.000 (7 cases in 64.490 attended patients). The principal motive of consultation was the clinical suspicion of disease of Kawasaki. Six cases were coming from the urban zone, one of the rural zone; 57.14 % was men; in all the cases the age was lower than 5 years; the fever was the clinical manifestation prevalent (85.71 %); PCR, the main parameter of laboratory altered (increased on 5mg/dl in 71.43 % of the cases). Valvulopathies and Serositis were the more prevalent alterations (66.67%). These outputs agree with the results of other researches

## Keywords

Kawasaki; vasculitis; coronary heart disease; prevalence.

## Resumo

Ele foi levado fora um estudo retrospectivo descritivo de não desígnio experimental para determinar as características clínicas da doença de Kawasaki diagnosticadas na Fundação Clube Clínico Infantil o Noel entre janeiro de 2010 e outubro de 2012. A história clínica das crianças era revisada diagnosticado com esta doença. Os resultados comprovam uma prevalência de 10/100.000 (sete casos em 64.490 pacientes ajudados). A razão de consulta principal era a suspeita clínica de doença de Kawasaki. Seis casos vieram da área urbana, um da área rural; 57.14% eram os homens; em todos os casos a idade foi inferior para cinco anos; a febre era a manifestação prevalente clínico (85.71%); PCR o parâmetro de laboratório principal que perdeu paciência (com isto aumentou em 5mg/dl dentro 71.43% dos casos). Valvopatias e Serosite foram às alterações mais prevalentes (66,67%). Estas saídas de acordo com os resultados de outras pesquisas

## Palavras chave

Kawasaki; vasculites; doenças coronárias; a prevalência.

## I. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Kawasaki [EK] fue descrita por primera vez en 1967 por Tomisaki Kawasaki en Japón<sup>1</sup>. Es un padecimiento agudo, auto limitado que se caracteriza por la presencia de fiebre y manifestaciones clínicas asociadas a vasculitis generalizada; es también conocida como Síndrome Mucocutáneo Ganglionar<sup>2-5</sup>. Adicionalmente a estos síntomas, se han descrito complicaciones cardíacas como aneurismas en arterias coronarias<sup>6-11</sup>. Ocurre durante la infancia, con predominio en niños menores de 5 años<sup>12-16</sup>.

Es una enfermedad de origen desconocido, pero se ha sugerido la participación de agentes infecciosos con toxinas bacterianas, virus y hongos<sup>17-20</sup>.

Aunque la frecuencia de la enfermedad es mayor en las poblaciones asiáticas, se presenta en niños de todos los grupos étnicos<sup>6,21-22</sup>. La incidencia de la Enfermedad es muy variable de acuerdo con la distribución geográfica<sup>23-26</sup>: en Japón es de 90 casos por cada 100.000 niños menores de 5 años<sup>21</sup>; en Estados Unidos oscila entre 6 y 15 casos por 100.000 niños. En Chile 3/100,000; en Jamaica 2.7/100,000 de 0 a 5 años de edad<sup>24</sup>, y Australia con 3.7/100,000<sup>25</sup>. Se reportan series pequeñas y/o aisladas en México<sup>7</sup>, y Costa Rica<sup>29</sup>.

Presenta un claro predominio en la raza asiática, sobre la caucásica y la afroamericana, y mayor número de casos en varones. Según la edad, 80% de los casos se presenta en niños menores de 8 años y más de la mitad en menores de 5 años<sup>22,23</sup>.

Las secuelas producidas por la Enfermedad de Kawasaki están relacionadas con el sistema cardiovascular del paciente<sup>27</sup>. Se han encontrado: insuficiencia mitral en el 1.1% de los casos, insuficiencia aórtica en el 0.2%, pericarditis en el 16%, y miocarditis en el 38%<sup>28</sup>. En la fase aguda el paciente puede entrar en shock cardiogénico, ya sea por infarto de miocardio o por miocarditis aguda<sup>10,11,28</sup>.

Aunque la Enfermedad de Kawasaki es auto limitada, causa morbilidad significativa y ocasiona complicaciones cardíacas como aneurismas de las arterias coronarias –que se presentan entre el 20% y 25% de los pacientes no tratados<sup>28</sup>-. En Estados Unidos y en los países en vías de desarrollo, la Enfermedad de Kawasaki constituye una de las causas más importante de enfermedad cardiovascular adquirida y se considera un factor de riesgo potencial para muerte súbita, en jóvenes, y para infarto agudo del miocardio o enfermedad isquémica, en adultos<sup>23-26</sup>.

Existen pocos estudios publicados que evalúen las particularidades de la Enfermedad de Kawasaki en Latinoamérica y los posibles factores de riesgo en esta población<sup>25</sup>. En la fase aguda de la enfermedad, el tratamiento puede reducir el proceso inflamatorio en la pared de las arterias coronarias y prevenir la trombosis coronaria, mientras que, en aquellos pacientes que ya desarrollaron aneurisma de la arteria coronaria, puede prevenir la enfermedad isquémica o el infarto del miocardio<sup>7,8,9,11</sup>. De ahí la importancia de establecer un diagnóstico y un tratamiento oportuno en pacientes con Enfermedad de Kawasaki<sup>6-8</sup>.

El objetivo de esta investigación es la caracterización clínica de la Enfermedad de Kawasaki, diagnosticada en la Fundación Clínica Infantil Club Noel, durante el periodo Enero de 2010 - Octubre de 2012; de esta manera, se podrán describir las manifestaciones clínicas, las pruebas de laboratorio, los hallazgos ecocardiográficos, la prevalencia según el género, la edad frecuente y las complicaciones y secuelas de esta enfermedad. Este estudio permitirá mejorar el diagnóstico, identificar los factores que intervienen en esta patología, establecer la prevalencia y sugerir algunas recomendaciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

## II. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a partir de la revisión de historias clínicas durante el periodo comprendido entre Enero 1 de 2010 y Octubre 20 de 2012, que cumplieran con los criterios de inclusión, los cuales son: población infantil, menor de cinco años, diagnosticada con enfermedad de Kawasaki, esto es con fiebre de cinco días o más, que presente cuatro o más de las siguientes condiciones:

- eritema polimorfo y/o eritema de la zona del pañal;
- cambios en extremidades: agudo (eritema y/o edema de palmas y plantas de los pies) o sub-agudo (descamación periungueal y, en dos a tres semanas de manos y pies);
- conjuntivitis bilateral sin exudados;
- cambios en labios y cavidad oral: eritema, labios fisurados, lengua en frambuesa, eritema difuso de faringe; o
- adenopatía cervical, usualmente unilateral >1.5cms de diámetro.

Las variables consideradas para el análisis fueron:

- condiciones sociodemográficas: edad, sexo, origen, seguridad social;
- signo y/o síntoma: fiebre, conjuntivitis, rash, cambios en labios y boca, cambios en extremidades, adenopatía cervical;
- pruebas de laboratorio: recuento de leucocitos, proteína C reactiva [PCR], velocidad de eritrosedimentación [VES], recuento plaquetario; y
- hallazgos eco cardiográficos: valvulopatía, aneurisma, fracción de eyección, serositis, fracción de acortamiento.

### III. RESULTADOS

Para la recolección de los datos, se visitó el área de Estadística y Sistemas de la Fundación Clínica Infantil Club, con previa autorización de la Dirección Médica y del Comité de Ética de la Universidad Santiago de Cali. Se encontró, durante el periodo evaluado, doce pacientes con la enfermedad de Kawasaki de un total de 64.490 pacientes atendidos en la Fundación Clínica Infantil Club Noel.

Para 2010 se encontró tres pacientes con el diagnóstico de Kawasaki; sin embargo, al verificar contra el número de registro, dos pacientes no se encontraron en la base de datos, por lo que fueron excluidos del estudio; por lo tanto, para 2010, solo se cuenta con un paciente. Al revisar su historia clínica se encuentra que la patología que realmente presentó fue hipoglicemia, por lo que no cumple con los criterios de inclusión para el estudio.

Para 2011 los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud [RIP] reportan tres pacientes, con los cuales se procede a diligenciar el instrumento de acuerdo con la historia clínica obtenida en el área de archivo. Se encuentra que dos de ellos presentaban la enfermedad; el otro, aunque fue diagnosticado con la enfermedad a su ingreso, esta patología fue descartada durante la hospitalización y egresó con un diagnóstico de eczema atópico.

En 2012, la investigación encontró seis pacientes con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki; sin embargo, el diagnóstico de uno de ellos se modificó por síndrome de reacción a súper antígeno estafilocócico, por lo cual no cumplió con los criterios de inclusión.

Durante el periodo que va de enero 1 de 2010 a octubre 20 de 2012, doce pacientes fueron diagnosticados con la Enfermedad de Kawasaki, código CIE-10 (E303); sin embargo, dos de ellos no presentaban datos de

identificación, por lo que no fue posible la revisión de sus historias clínicas; esto, por tanto, deja como resultado un total de diez pacientes, de los que es posible obtener información proveniente de sus historias clínicas. De ellos, tres pacientes no cumplen con los criterios de inclusión – durante la hospitalización se registró otra entidad patológica– por lo que finalmente solo siete pacientes son diagnosticados con la enfermedad, para una prevalencia de 10/100.000 habitantes.

El rango de edad prevalente de los siete pacientes incluidos en el estudio fue de 7 a 12 meses (lactante mayor), con el 42.86%, lo que corresponde a un total de tres pacientes; y en los semestres, 19-24; 25-32; 33-38; 39-44; 45-50; 51-56; y 57-60 meses, se presentó en el 14.29%, para un total de un paciente, respectivamente. En los sesenta meses restantes no se presentaron casos. Cuatro pacientes fueron hombres y tres mujeres.

La residencia prevalente en el estudio es la zona urbana de la ciudad de Cali con el 85.71% (seis pacientes); 14.29% (un paciente) registraba como residencia el corregimiento de Montebello, en la zona rural de Cali.

La comuna 13 presentó el mayor aporte de pacientes al estudio, con un 28.57% (dos pacientes); Las comunas 3, 10, 14 y 18, aportaron, cada una un paciente, lo que corresponde al 14,29%, respectivamente. El otro 14.29%, corresponde al paciente procedente de la zona rural.

Al revisar las historias clínicas se encontró que cuatro pacientes pertenecen al régimen subsidiado y dos al régimen contributivo, mientras que un paciente consultó de forma particular.

La mayoría de los pacientes (57,14%) fue remitida a su ingreso a la institución con diagnóstico de Enfermedad de Kawasaki; los demás, ingresaron refiriendo un síntoma diferente: edema, descamación de pulpejos y fiebre, respectivamente.

Las manifestaciones clínicas, que se evaluaron fueron aquellas que cumplen como criterio diagnóstico para enfermedad de Kawasaki, los resultados obtenidos fueron los siguientes: el síntoma principal y de mayor prevalencia fue fiebre, representada en 85.7%, que corresponde a seis pacientes; le sigue la descamación de manos y pies, representada en 71.43%, que corresponde a cinco pacientes; el *rash* cutáneo y el eritema en boca y faringe representó el 57.14%, para un total de cuatro pacientes en cada manifestación clínica; la adenopatía cervical representó el 42.86%, lo que corresponde a tres pacientes;

los labios rojos, secos y fisurados, así como la conjuntivitis bilateral, representó el 28.57%, para un total de dos pacientes respectivamente; el eritema de manos y pies y edema de manos y pies representaron, respectivamente, el 14.29%, que corresponde a un paciente.

Los resultados del análisis citológico del laboratorio muestran que cuatro pacientes presentaron leucocitosis y uno leucopenia, mientras que en dos pacientes el leucograma fue normal. Los niveles de la PCR se encontraron elevados en cinco pacientes, mientras que en los dos restantes se encontraron valores normales. En cuanto a las VES, en tres pacientes se encontró elevada, mientras que dos su resultado fue normal (en los otros dos pacientes, su historia clínica no documentó estos valores). Las plaquetas se encontraron aumentadas (trombocitosis) en un paciente, mientras que en los restantes su resultado fue normal. En cuanto a la hemoglobina, esta se encontró disminuida (anemia) en dos pacientes, mientras que en los cinco restantes su valor fue normal.

En el resultado de ecocardiograma, los hallazgos más comunes fueron valvulopatías y serositis (derrame pericárdico) con cuatro casos respectivamente; se describe que la valvulopatía más prevalente fue la insuficiencia mitral leve, con dos casos, seguida por la insuficiencia aortica leve, con un 1 caso; un paciente presentó, simultáneamente, insuficiencia mitral y tricúspidea leve; las características del aneurisma reportado eran: fusiforme, pequeño, en arteria coronaria izquierda. En un paciente no se reportan hallazgos eco cardiográficos en su historia clínica.

Otros hallazgos en el ecocardiograma que determinan una alteración estructural del corazón, secundaria a la enfermedad bajo estudio, son la fracción de eyección y la fracción de acortamiento. Al respecto cinco pacientes presentaban información en sus respectivas historias clínicas. De ellos, la fracción de eyección se encontró alterada en dos pacientes (40%), mientras en tres se encontró normal; en cuanto a la fracción de acortamiento, en los cinco pacientes ella se encontró en el rango normal.

Los pacientes que presentaban alteraciones ecocardiográficas al momento del diagnóstico de Kawasaki, a su egreso en el ecocardiograma de control, presentaban resolución de los hallazgos previamente manifiestos.

Las historias clínicas revisadas no documentan complicaciones. Aunque el plan terapéutico de egreso

solicita la realización de ecocardiogramas de control y seguimiento por cardiología, no se evidencian en el sistema evoluciones clínicas posteriores al egreso.

En cuanto al tratamiento, los resultados obtenidos fueron los siguientes: la gammaglobulina humana fue utilizada en seis pacientes (para el paciente restante se comprobó que en el plan terapéutico de su hospitalización no hay registro de gammaglobulina) justificando en la hoja de remisión su administración en la institución remitente; en cuanto al ácido acetilsalicílico, se halló que este le fue administrado a seis de los siete pacientes (no se encuentra justificación en la historia clínica por su no administración en el paciente restante).

#### IV. DISCUSIÓN

Se efectuó la revisión de historias clínicas con pacientes diagnosticados con Enfermedad de Kawasaki, en la base de datos la Fundación Clínica Infantil Club Noel, durante el periodo comprendido entre enero 1 de 2010 y octubre 20 de 2012, determinando así las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad de Kawasaki en niños menores de 5 años.

Los casos descritos en este trabajo investigativo se presentan en diferentes periodos de tiempo. El primer grupo de casos se presentó en 2011 (2/7) y el segundo en 2012 (5/7), con una prevalencia de 10/100.000 dado por 7 casos en 64.490 pacientes atendidos en el periodo indicado en la Fundación Clínica Infantil Club Noel.

Uno de los factores de riesgo asociados a la Enfermedad de Kawasaki es el sexo; es 1.5 veces más frecuente en varones que en mujeres. La mortalidad es también más frecuente en estos en una proporción 4.5 a 1 con respecto a mujeres<sup>17</sup>. En el presente estudio se evidencio que la EK es mucho más frecuente en hombres que en mujeres; 57.14% correspondió al género masculino y el 42.86% al género femenino, por lo cual el estudio confirma lo mencionado en los referentes bibliográficos analizados.

La Enfermedad de Kawasaki es una patología casi exclusiva de la infancia<sup>1,7,14,15</sup>. El 50% de los casos tiene lugar antes de los 2 años, 80% antes de los 4 y es excepcional por encima de los 12 años<sup>14</sup>. El pico se encuentra entre los 18 meses. La Mortalidad es igualmente más frecuente en edades más tempranas siendo del 4% en la lactancia y menos del 1% a partir del primer año de vida<sup>15</sup>. El estudio confirma que esta patología es casi

exclusiva de la infancia ya que de los siete casos evidenciados todos presentaban edad inferior a 5 años, con una mayor prevalencia en el rango de edad entre 6-12 meses, que corresponde al 42.86% de los casos encontrados, lo cual concuerda con los referentes bibliográficos investigados<sup>14-16</sup>.

La EK es un padecimiento agudo, auto limitado que se caracteriza por la presencia de fiebre y manifestaciones clínicas asociadas a vasculitis generalizada<sup>4</sup>. Ocurre en la infancia con predominio en niños menores de 5 años de edad<sup>17</sup>. Aunque la frecuencia de la enfermedad es mayor en las poblaciones asiáticas, se presenta en niños de todos los grupos étnicos<sup>6,22,23</sup>. Según la ubicación geográfica de los pacientes con EK se evidenció que seis de los casos procedían de la zona urbana de la Ciudad de Cali en el Departamento del Valle; las comunas de donde procedieron los pacientes fueron 3, 10, 13, 14 y 18, y solo 1 caso era procedente de la zona rural. En el estudio no fue posible hacer un análisis étnico de los pacientes que presentaron la enfermedad ya que las historias clínicas no incluían dicha variable.

Respecto de la seguridad social, en el estudio se observó que cuatro pacientes pertenecían al régimen subsidiado, dos al contributivo; uno, fue a consulta particular. Hay que destacar que dentro de los referentes bibliográficos investigados no se encontró información con respecto a la forma de seguridad social utilizada por los pacientes.

El principal motivo de consulta fue la remisión por sospecha clínica de EK, que corresponde al 57.14% de los pacientes; el 28.57% consultó por fiebre y en menor proporción, 14.29%, por edema. Es importante mencionar que dentro de los referentes bibliográficos investigados tampoco se encontró información respecto del motivo de la consulta.

El diagnóstico de la EK es clínico, no existe ningún examen ni prueba de laboratorio específica para determinar esta patología. Según la Asociación Americana de Pediatría<sup>27</sup>, para diagnosticar la EK se deben tener en cuenta cinco criterios básicos: fiebre de más de cinco días de duración acompañada de la presencia de cuatro de los cinco siguientes hallazgos físicos: conjuntivitis bilateral; rash cutáneo; cambios en labios y boca (labios rojos, secos fisurados, eritema en boca y faringe); cambios en extremidades (eritema de palmas y plantas, edema de manos y pies, descamación de manos, pies y periné); o

adenopatía cervical mayor de 15 mm, unilateral, única, dolorosa, no supurativa<sup>27</sup>. En general muchos de los casos que se presentan no desarrollan la totalidad de estos síntomas, y por eso a veces se realiza un diagnóstico tardío o errado de la enfermedad. El estado febril se desarrolla en la fase aguda de la enfermedad con una evolución de hasta trece días de duración<sup>4</sup>. En este estudio se evidenció que el 85.71% (seis de los siete pacientes diagnosticados con EK) presentaron fiebre.

La conjuntivitis bilateral se desarrolló en el 85% de los pacientes; exantemas en el 80% de los casos; cambios en la cavidad oral en el 90%; y eritema y edema en extremidades —observados en la fase aguda de la enfermedad— en el 90% de los casos<sup>30</sup>. En el estudio se observó que la principal sintomatología que se presentó en los pacientes, fue la descamación de manos y pies —que se evidenció en el 71.46% de los casos— seguida de rash cutáneo y eritema en boca y faringe —presentes en el 57.14% de los casos—; además se presentaron: adenopatía cervical (42.86% de los casos), conjuntivitis bilateral (28.57% de los casos) y labios rojos, secos y fisurados (28.57% de los casos); la sintomatología que se presentó en menor proporción fue el eritema de palmas y plantas, al igual que el edema de manos y pies (14.29% de los casos).

Se debe tener en cuenta que para el diagnóstico de EK el paciente, en la mayoría de casos, presenta fiebre. En el estudio se encontró que un número elevado de pacientes ingresó a la institución remitido con el diagnóstico de estudio, recibiendo manejo sintomático, no presentando el síntoma en mención.

La presencia de plaquetopenia en la fase aguda se asocia con la mayor incidencia de lesiones coronarias e infarto de miocardio. Es una manifestación poco frecuente, invocándose un mecanismo autoinmune ya que responde al tratamiento con Inmunoglobulina IV<sup>31</sup>. La VES y la proteína c reactiva [PCR] están elevadas en la fase aguda y pueden persistir valores elevados durante cuatro a seis semanas. En el 50% de los casos se encuentran los leucocitos por encima de 20.000/mm<sup>3</sup> y en el 15% de los casos mayor que 30.000/mm<sup>3</sup>. Trombocitos, en el momento de ingresar al hospital, el mayor con 813.000/mm<sup>3</sup><sup>31</sup>.

En este estudio se observó un aumento de los leucocitos mayor a 10.000/mm<sup>3</sup> (57.14% de los casos) y de la PCR por encima de 5mg/dl en el 71.43% de los casos; la VSG fue superior a 20mm/hora (42.86% de los

casos) y las plaquetas mayor que  $450 \times 10^3/\text{mm}^3$  (14.29% de los casos); la Hb disminuyó por debajo de 10.6g/dl en el 28.57% de los casos. El principal parámetro de laboratorio que se alteró fue la PCR, seguida de la leucocitosis; el parámetro que registró menor alteración fue la hemoglobina.

La EK es una vasculitis sistémica y la principal causa de cardiopatía secundaria a esta patología en los países desarrollados<sup>6-8</sup>. La más grave complicación frecuente de la EK es el desarrollo de compromiso de la arteria coronaria<sup>12</sup>. El 25% de los pacientes con EK desarrollan aneurisma de las arterias coronarias. Otras complicaciones cardíacas incluyen la miocarditis, la pericarditis, la insuficiencia cardíaca congestiva, el derrame pericárdico, la insuficiencia mitral o aórtica y la presencia de arritmias<sup>27,28</sup>. Diarrea, vómitos y dolor abdominal son hallazgos relativamente comunes en EK junto con hidrops de la vesícula biliar y disfunción hepática<sup>4</sup>. La hepatomegalia ha sido reportada en 14,5% de los pacientes<sup>28</sup>. Un abdomen agudo quirúrgico se ha descrito en el 4,6% de una serie de 219 pacientes con EK<sup>4,28</sup>. Las complicaciones neurológicas ocurren en un 1-30% de los casos<sup>27</sup>. Situaciones como que evidencian falla renal como proteinuria y hematuria se presentan en algunos casos<sup>76</sup>. En el estudio se observó que en los pacientes no se evidenciaron complicaciones clínicas, probablemente porque en la revisión de las historias clínicas no se encontraron datos que demostraran un seguimiento del paciente dentro de la institución después de la hospitalización.

El estudio demostró que dentro de los hallazgos eco cardiográficos se evidenciaron valvulopatías en el 66.67% de los casos, serositis en el 66.67% de los casos y aneurismas en el 16.67% de los casos. La fracción de eyección se encontró por debajo del 70% en el 40% de los casos, mientras que la fracción de acortamiento no se encontró alterada en ninguno de los casos.

De acuerdo con las revisiones bibliográficas utilizadas no se encuentra una guía de manejo a nivel mundial ni a nivel nacional, pero se encontró concordancia en el manejo descrito por los autores consultados<sup>9,32</sup>. El tratamiento estándar de EK se realiza con altas dosis de IG EV y AAS<sup>33</sup>. El AAS se inicia con dosis elevadas, de 80-100 mg/kg/día divididos en cuatro dosis diarias, buscando un efecto anti-inflamatorio, que se mantiene hasta por lo menos pasados tres a cuatro días de apirexia (algunos autores recomiendan mantener esta dosis hasta el día 14 de iniciada la enfermedad). Ésta es la dosis recomendada por

la AAP y la AHA<sup>33-34</sup>. En Japón se utilizan dosis más bajas de AAS (30-50 mg/kg/día)<sup>35</sup>. En el estudio se evidenció que el 85.71% de los pacientes recibió manejo con ASA; se administró Gammaglobulina en el 85.71% de los casos y acetaminofén en el 28.57% de los casos. De estos pacientes se hizo manejo combinado: Gammaglobulina + ASA en el 57.14% de los casos; Gammaglobulina + ASA + acetaminofén, en el 14.29%; Gammaglobulina + Acetaminofén, en el 14.29%; y solo ASA, en el 14.29% de los casos. A pesar de que el uso de acetaminofén no está dentro de los manejos recomendados para la EK así como el ASA y IG EV, se pudo evidenciar que los pacientes que hicieron parte de este estudio recibieron manejo con Acetaminofén, lo cual sugiere que su administración era más con fines de uso antipirético y analgésico<sup>33-36</sup>.

## V. CONCLUSIONES

Se confirma que esta patología es exclusiva de la infancia con una mayor prevalencia en el rango de edad entre los seis y los doce meses, con predominio de fiebre y PCR aumentada como síntomas principales. Los hallazgos eco cardiográficos prevalentes son las valvulopatías y serositis.

## VI. REFERENCIAS

1. Kawasaki T. Febrícula oculo-oro cutaneous acrodesquamatus, syndrome with or without acute non-suppurative cervical lymphadenitis in infancy and childhood: clinical observations of 50 cases. *Allergy*. 1967; 16:178-222.
2. Kawasaki T. Kawasaki Disease. *Acta Paediatr*. 1995; 84: 713-715.
3. Shulman ST. Kawasaki Syndrome. *Clin Microbiol Rev*. 1998; 11(3): 405-414.
4. Yamamoto T, Oya T, Watanabe A. Clinical features of Kawasaki disease. *Jpn J Pediatr*. 1968; 21: 291-297.
5. Prego J. Enfermedad de Kawasaki. *Arch Pediatr Urug*. 2003; 74(2): 99-113.
6. Landing BH, Larson EJ. Are infantile periarteritis nodosa with coronary artery involvement and fatal mucocutaneous lymph node syndrome the same? Comparison of 20 patients from North America with patients from Hawaii and Japan. *Pediatrics*. 1976; 59: 651-662.
7. Morales JA, Espinola N, Caballero R, García JJ, Rodríguez JM, Betanzos L. Enfermedad de Kawasaki: evolución y complicaciones cardiovasculares en niños. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49 (3): 295-300.
8. Nakamura Y, Yanagawa H, Ojima T, Kawasaki T, Kato H. Cardiac sequelae of Kawasaki disease among recurrent cases. *Arch Dis Child*. 1998; 78: 163-165.
9. Zapata AL, Eraso P, Pardo AL, Jaramillo JC, Aguirre C, Anaya JM, et al. Alta tasa de afectación cardíaca en pacientes colombianos con enfermedad de Kawasaki. *Rev Col Reumatol*. 2009; 16(2):132-137.
10. Kato H, Hichinose E, Kawasaki T. Myocardial infarction in Kawasaki disease: clinical analyses in 195 cases. *J Pediatr* 1986; 108: 923-7. Kawasaki T. Kawasaki Disease. *Acta Paediatr* 1995; 84: 713-715.
11. Landing BH, Larson EJ. Are infantile periarteritis nodosa with coronary artery involvement and fatal mucocutaneous lymph node syndrome the same? Comparison of 20 patients from North America with patients from Hawaii and Japan. *Pediatrics* 1976; 59: 651-662.
12. Nakamura Y, Yashiro M, Tanihara S, Ojima T, Yanagawa H. Giant coronary aneurysms due to Kawasaki disease: a case-control study. *Pediatrics International* 2002; 44: 254-258.

## CURRÍCULOS

13. Burns JC, Kushner HI, Bastian JF, Sijke H, Shimizu C, Matsubara T, et al. Kawasaki Disease: a brief history *Pediatrics* 2000; 106(2): 27.
14. Hirata S, Nakamura Y, Matsumoto K, Yanagawa H. Long-term consequences of Kawasaki disease among first-year junior high school students. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 77-80.
15. Dajani AS, Taubert KA, Gerber MA, Shulman ST, Ferrieri P, Freed M, et al. Diagnosis and treatment of Kawasaki disease in children. *Circulation* 1993; 87: 1776-1780.
16. Fimbres AM, Shulman ST. Kawasaki Disease. *Pediatrics Rev* 2008;29:308-316.
17. Laupland KB, Dele Davies H. Epidemiology, Etiology, and Management of Kawasaki Disease: State of the art. *Pediatr Cardiol* 1999; 20: 177-183.
18. Rowlay AH, Machado K, Gutiérrez S, Pirez C. Enfermedad de Kawasaki asociada a virus de Epstein-Barr. *Arch Pediatr Urug* 2002; 73(4): 220-225.
19. Leen C, Ling S. Mycoplasma infection and Kawasaki disease. *Arch Dis Child* 1996; 75: 226-227.
20. Leung D, Meissner HC, Shulman ST, Mason WH, Gerber MA, Glode MP, et al. Prevalence of superantigen-secreting bacteria in patients with Kawasaki disease. *J Pediatr* 2002; 104(6): 742-746.
21. Kawasaki disease in Japan; form the nationwide incidence survey in 1991 and 1992. *Pediatrics* 1995; 149: 779-783.
22. Holman RC, Curns AT, Belay ED, et al. Kawasaki Syndrome in Hawaii. *Pediatric Infect Dis J* 2005;24(5):429-433.
23. Melish ME, Hicks RM, Larson EJ. Mucocutaneous lymph node syndrome in the United States. *Am J Dis Child.* 1976; 130: 599-607.
24. Schonhaut L, Herrera P, Acevedo K, Alvarez P. Enfermedad de Kawasaki en el Hospital del Río: análisis clínico epidemiológico. *Rev Chil Pediatr* 2001; 72(4): 319.
25. Royle JA, Williams K, Elliot E, Choller G, Nolan T, Allen R, et al. Kawasaki disease in Australia 1993-95. *Arch Dis Child.* 1998; 78: 33-39.
26. Chan-Guevara L, Velasco M, Guerra G. Reporte de un caso clínico de Kawasaki apiréxico. *Rev Salud Libre.* 2008; 3(2): 202-206.
27. Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, et al. Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Statement for Health Professionals From the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation.* 2004;110:2747-2771.
28. Tizard E.J Complications of Kawasaki Disease. *Current Paediatrics.* 2005; 15:62-68.
29. Ulloa-Gutierrez R, Camacho-Badilla K, Hernández M, Mas C, Gutierrez-Alvarez R, Avila-Agüero ML. Kawasaki síndrome in Costa Rican children, a 14-year survey: 1993-2006. En: 45th Annual Meeting of the Infectious Diseases Society of America (IDSA). San Diego, California. October 4-7, 2007. [Abstract 212]
30. Alegría MM. Revisión Actualizada; Enfermedad De Kawasaki. *Rev Arch Col Med* 2008;1(1): 1524
31. Venglarick JS, Mouhab A. Severe thrombocytopenia as a presenting manifestation of Kawasaki disease. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149: 215-216.
32. Yellen ES, Gauvreau K, Takahashi M. Performance of American Heart Association Recommendations for Treatment of Kawasaki Disease. *Pediatrics.* 2010; 125:234-241.
33. Tse S, Silverman E, McCrindle B, Yeung R. Early treatment with intravenous immunoglobulin in patients with Kawasaki disease. *J Pediatr.* 2002; 140(4).450-455.
34. Newburger JW. Treatment of Kawasaki disease: Corticosteroids revisited. *J Pediatr* 1999; 135: 411-413.
35. Raman V, Kim J, Sharkey A, Chatila T. Response of refractory Kawasaki disease to pulse steroid and cyclosporine therapy. *Pediatr Infect Dis J* 2001; 6: 635-637.
36. Kato H, Inoue O, Akagi T, Sato N, Hashimo K, Maeno Y, et al. Long-Term consequences of Kawasaki disease. *Circulation* 1996; 94: 1279-1285.

*Gastón Castillo*, Médico Pediatra. Docente de la Universidad Libre de Cali y miembro del Grupo de investigación interinstitucional de salud del niño, donde se desempeña como investigador en la línea de Estudios de medicina crítica Pediátrica.

*Luz Dary González Restrepo*, Instrumentadora Quirúrgica, Especialista en Control Integral de Gestión y Auditoría en Servicios de Salud. Se desempeña como docente de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali.

*Héctor A. León*, Médico (2012) y Tecnólogo en Atención Pre-Hospitalaria (2006), de la Universidad Santiago de Cali [USC]. Se desempeña como Médico Asistencial en Cirugía en el Hospital San Juan de Dios (Cali, Colombia). Es docente del Programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria y Coordinador de Rotación en Medicina Interna del Programa de Medicina de la USC.

*Víctor M. Botero*. Médico General de la Universidad Santiago de Cali [USC]. Fue Consejero Asesor del Programa de Medicina de la Facultad de Salud de la USC. Realizó su práctica profesional en el Hospital San Juan de Dios. Trabajo con el Hospital José Rufino Vivas (Dagua, Valle del Cauca, Colombia).

*Cristian Muñoz*, Médico de la Universidad Santiago de Cali (2012). Realizó sus prácticas profesionales en el Hospital San Juan de Dios (Cali-Colombia).

*Mónica Chávez Vivas*. Ph.D., en Ciencias de la Universidad de Chile. Tecnóloga Química, Licenciada en Biología y Química y Magister en Ciencias Básicas de la Universidad del Valle (Colombia). Profesora de dedicación exclusiva del Departamento de Ciencias Biomédicas y miembro del Grupo de Investigación GEFME de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali.