

**EPIDEMIOLOGÍA**

Enfermedad de Kawasaki. Grupo Red para la Vigilancia y Prevención de Enfermedad de Kawasaki en México

Grupo Interinstitucional: Dr. Joaquín Rincón Zuno (Hospital Materno Infantil del ISSSEMYM-Toluca); Dr. Enrique Ortiz (Hospital del Niño de Toluca-ISEM); Dr. Fernando Urtiz Jerónimo (Hospital General Adolfo López Mateos-Toluca); Dr. José Luis Gutiérrez Ledesma (Hospital Santa Cruz-Querétaro); Dr. José Juan Morales Aguirre (Hospital de Alta Especialidad de León, Gto); Dr. Alejandro Días Toquero (Medica Kids® -Puebla); Dr. Norberto Sotelo Cruz (Universidad Sonora, Depto. de Medicina y Ciencias de la Salud); Dr. Daniel Ramírez Bouchand (Hospital Infantil San Luis Potosí); Dr. José Luis Díaz Luna (Hospital General-Xalapa, Ver); Dr. Omar Enríquez Cisneros (Hospital General Occidente- Guadalajara); Dr. Jaime Julio Unda (Hospital General Occidente-Guadalajara); Dra. Anna Graciela Yee Arellano (Hospital-Ginequito, Monterrey); Dra. Lucila Martínez Medina (Hospital Pediátrico de Aguascalientes); Dr. Rafael Hernández Magaña (Hospital General de Querétaro); Dr. Carlos del Río Almendarez (Hospital Pediátrico-Coyoacán, México, D.F.); Dra. María Elena Ornelas Carsolio (Hospital Médica Sur, México, D.F.); Dra. Patricia Saltigeral Simental (Instituto Nacional de Pediatría, México, D.F.); Dr. Gustavo Sánchez Huerta (Hospital Infectología, CMN-La Raza, México, D.F.); Dra. Tania Díaz Cadena (Hospital General Manuel Gea González, México, D.F.); Mtro. en Ciencias Alfonso Reyes López (Hospital Infantil de México Federico Gómez, México, D.F.); Dr. Fortino Solorzano Santos (Hospital de Pediatría, Centro Médico Siglo XXI).

Dr. José de Jesús Coria Lorenzo

Infectólogo Pediatra-Hospital Infantil de México Federico Gómez

La enfermedad de Kawasaki (EK), descrita originalmente por el doctor Tomisaku Kawasaki en 1967 y que se manifiesta por un síndrome febril de curso agudo asociado a vasculitis de pequeños y medianos vasos es, actualmente, la enfermedad con mayor probabilidad de conducir al paciente a complicaciones cardiovasculares que van desde aneurismas coronarios, lesiones valvulares, miocarditis, pericarditis e infarto del miocardio, hasta la muerte súbita; además del involucramiento eventual de diversos órganos. A la fecha, la incidencia de EK en el mundo no es bien conocida, sin embargo, en Japón es donde se tienen los mayores registros y los mejores datos acerca del padecimiento, de hecho, en una encuesta reciente se encontró un aumento de 151 a 174 casos por cada 100 000 menores de cinco años. En países de América como Estados Unidos se reportan hasta 20 casos anuales por cada 100 000 en el mismo rango de edad. En Europa, varios países registran ocho casos nuevos

cada año, mientras que en países hispanicos se registran 11 casos por cada 100 000. En México, los datos de su incidencia hasta el día de hoy son casi desconocidos.

En un intento por establecer la incidencia real de la EK, el Dr. Norberto Sotelo de la Universidad de Sonora, llevó a cabo una exhaustiva revisión de casos de EK en México desde el año 1977, iniciando con el primer evento registrado por el Dr. Romeo S. Rodríguez hasta junio de 2010, y se encontró que las series de casos publicados en revistas médicas en México suman tan sólo 155 pacientes. Tal hallazgo nos hace suponer que existe una gran inexactitud de registro de la enfermedad, no por desconocimiento de la misma, sino por la limitada oportunidad de publicación de casos que existe en el país.

Concientes de todo lo anterior, desde hace tiempo surgió la inquietud entre un grupo de renombrados médicos especia-

listas en Pediatría, Cardiología e Infectología de diversos estados de la República y del Distrito Federal, quienes en su práctica académica y asistencial han adquirido el compromiso de realizar un seguimiento puntual de pacientes con enfermedad de Kawasaki, conformando finalmente un equipo de trabajo denominado: Red de Vigilancia y Prevención de Enfermedad de Kawasaki.

Fue así, finalmente, con el apoyo de los Laboratorios Octapharma, que se llevó a cabo el día 29 de junio de 2012 en la Ciudad de México la primera reunión de expertos en enfermedad de Kawasaki. En este importantísimo evento se tocaron temas de relevancia de esta enfermedad resaltando el de: "Panorama actual de Kawasaki en México", presentado por el Dr. Norberto Sotelo, quien sumando esfuerzos logró actualizar nuestros registros conocidos del padecimiento y la epidemiología de la enfermedad hasta el momento de la reunión, añadiendo al reporte 95 casos más, para llegar a un total de 250 casos de niños con enfermedad de Kawasaki en México en 35 años (1977-2012).

Otro tema fue el de: Kawasaki clásico, no clásico o incompleto, en el que se expusieron las causas y las diferencias entre este último y los casos atípicos que habitualmente se consideran como tal y que nos enseña que son casos en los cuales, aunque el paciente cubre con los criterios clínicos, puede también presentar datos poco usuales como insuficiencia renal o falla hepática, entre otros. Esto nos enseña que debemos cambiar nuestros criterios en cuanto a definiciones de cada uno de ellos ya que si no se conocen o identifican los síntomas previos y las manifestaciones excepcionales, será difícil establecer un diagnóstico diferencial para enfermedad de Kawasaki, llevándonos irremediablemente a un diagnóstico tardío; "el retraso en el diagnóstico temprano y oportuno favorece complicaciones y secuelas cardíacas si no se inicia el tratamiento adecuado."

Se expusieron entre otros temas de importancia el tratamiento convencional y las nuevas alternativas de tratamiento, sobre todo para los casos de resistencia a la IgIV (inmunoglobulina intravenosa), de recurrencia o refractarios,

y tratamientos coadyuvantes, dentro de los que destacó la repetición de dosis extras de IgIV y el empleo de pulsos de metilprednisolona, ciclosporina, ciclofosfamida, metotrexato y el empleo de anticuerpos monoclonales como etanercept, abciximab e infliximab.

También se llevó a cabo una amplia y escrupulosa revisión de las secuelas y complicaciones cardíacas en donde se enfatizó que, si bien es cierto que la lesión de mayor impacto es el aneurisma de arterias coronarias, la valoración ecocardiográfica no sólo debe hacerse para ver si dicha lesión está presente, sino para conocer también su localización (pudiendo ser una lesión única o múltiples), su forma (sacular o fusiforme), si son pequeños, medianos o gigantes (< 5 mm, 5-8 mm, > 8 mm, respectivamente) y evidenciarlo mediante una TAC o RMN, igualmente buscar formación de aneurismas en arterias sistémicas (axilares, ilíaca común, ilíaca interna, subclavia) que pueden presentarse hasta en 2% de los casos.

En el tema: Enfermedad de Kawasaki en el adolescente y el adulto, se hizo hincapié en la importancia del inicio puntual del tratamiento con una IgIV como Octagam®, que reúna características de excelencia en cuanto a eficacia, seguridad y comodidad para su administración.

Como conclusión de la reunión, podemos decir que en México aún existe un subregistro de casos por desconocimiento u oportunidades de publicación. La policonsulta es común y va aunada a la suposición de varios diagnósticos y a la prescripción de diversos medicamentos lo que hace difícil llegar al diagnóstico de la enfermedad. Dado que la enfermedad de Kawasaki resulta en su mayoría en secuelas cardíacas, es necesario realizar estudios de seguimiento a los pacientes a largo plazo. Es importante saber qué está pasando respecto a este padecimiento en nuestro país, por lo que es primordial continuar con este proyecto de grupo de vigilancia de Enfermedad de Kawasaki para que pueda convertirse en el origen o el incentivo para el desarrollo de diversas investigaciones y publicaciones afines.