

# Características clínicas de niños con Kawasaki atípico en un hospital de alta especialización

(Clinical features of atypical kawasaki cases in a children's hospital of high specialization)

José de Jesús Coria Lorenzo,\* Victoria Cervantes Parra,\*\* Fernando Urtiz Jerónimo,\*\*  
Alfonso Reyes López,\*\*\* Jesús Armando Coria Guerrero\*\*\*\*

## RESUMEN

**Objetivo.** Identificar las manifestaciones clínicas y de los estudios complementarios: de laboratorio y gabinete, en niños con diagnóstico de Kawasaki atípico (KA) atendidos en el hospital.

**Material y métodos.** Se revisaron los expedientes clínicos de 22 pacientes (11 niños y 11 niñas) con diagnóstico de egreso de Kawasaki atípico. Se obtuvo información de sus manifestaciones clínicas, datos de laboratorio, registros electrocardiográficos (ECG) y de radioimagen, complicaciones y evolución clínica y de la ECG por un año, a partir de la aplicación de gammaglobulina intravenosa (GGIV).

**Resultados.** Predominó en ellos la presencia de labios fisurados, conjuntivitis, eritema faríngeo y lengua en "fresa". Trece tuvieron ectasia de las coronarias y cuatro desarrollaron aneurisma. En dos se aplicó una segunda dosis de GGIV. La resolución de la fiebre coincidió con cambios positivos en los exámenes de laboratorio, el ECG y ecocardiograma, en los primeros tres meses.

**Conclusiones.** Es necesario, en estos niños, que ante la sospecha de anomalía cardíaca se hagan estudios, y de confirmarse anomalías de las coronarias, iniciar su tratamiento.

**Palabras clave:** Kawasaki atípico, ectasia de coronarias, complicaciones en Kawasaki.

## SUMMARY

**Objective.** To identify the clinical manifestations and of the complementary studies in children with diagnostic of atypical Kawasaki assisted in the hospital.

**Material and methods.** The clinical files of 22 patients (11 children and 11 girls) with diagnostic of atypical Kawasaki were revised. Data about clinical manifestations, laboratory studies, electrocardiographic (ECG) and echocardiographic findings, complications, clinical evolution and ECG changes for one year, starting from the application of intravenous gammaglobulina (IVGG).

**Results.** Presence of lips lesions prevailed in all of them, conjunctivitis, pharyngeal eritema and language "strawberry". Thirteen had coronary ectasia and four of them developed aneurysm. Two of the children received a second dose of IVGG. The resolution of the fever coincided with positive changes in the laboratory exams and the ECG and echocardiographic, in the first three months.

**Conclusions.** It is necessary, in these children that before the suspicion of heart anomaly studies are made and of being confirmed anomalies of the coronary ones to begin their treatment.

**Key words:** Atypical Kawasaki, coronary ectasia, aneurysms in Kawasaki.

\* Pediatra Infectólogo, Departamento de Infectología.

\*\* Pediatra Infectóloga (egresada HIM).

\*\*\* Maestro en Ciencias.

\*\*\*\* Universidad Anáhuac-Facultad de Medicina.

Cuarenta años después de que Tomisaku Kawasaki reportó los hallazgos en 50 niños con una enfermedad febril aguda, asociada a cambios mucocutáneos y agrandamiento de los nódulos linfáticos, motivó, ante la muerte de muchos niños en 1970, que las autoridades de salud del Japón formaran un comité para investigar la enfermedad.<sup>1,2</sup> La divulgación de esta nueva enfermedad permitió identificar ésta en niños de diversos países; ahora se sabe que ocurre tanto en forma endémica como en brotes epidémicos en niños de las Américas, Europa y Asia con una incidencia estimada anual de 6.2 niños por 100,000 habitantes.<sup>1,3</sup>

Aunque el diagnóstico de la enfermedad con base a los criterios clínicos,<sup>1,4-7</sup> considera la presencia de fiebre (al menos de 5 días) y cuatro de los siguientes signos: inyección conjuntival bilateral, sin secreción; cambios en la mucosa de la orofaringe (incluyendo faringitis, labios fisurados, eritematosos o secos, y lengua en «fresa»); alteraciones en las extremidades, como edema o eritema de manos y/o pies, así como descamación usualmente de comienzo periungueal; eritema polimorfo (pero no vesicular) y linfadenopatía cervical mayor de 1.5 cm; queda abierta la posibilidad de considerar el diagnóstico de la enfermedad cuando ésta no pueda ser explicada por algún otro proceso conocido.

Así pues, frente a circunstancias clínicas en las que no es posible reunir los criterios que permiten pensar en esta enfermedad y no se puede explicar ninguna otra con manifestaciones semejantes, se consideró lícito hablar de una forma atípica de Kawasaki. Si bien inicialmente este término se acuñó para describir a los enfermos con anomalías en las arterias coronarias: dato patognomónico del síndrome, desde un principio Kawasaki propuso usar este término en los niños que tenían 3 ó 4, de los 5 criterios, más arteritis de las coronarias, lo que para algunos autores es una definición restrictiva, ya que se han encontrado pacientes con anomalías coronarias, sin reunir los criterios clínicos, en los que el inicio temprano de un tratamiento apropiado evita o interrumpe el daño de las coronarias; es por eso que hoy en día se hace referencia a la enfermedad de Kawasaki atípica (KA) a la presentación de la enfermedad con fiebre acompañada y menos de cuatro de los principales signos clínicos, en quienes han desarrollado anomalías coronarias. De tal manera que se prefiere hablar de enfermedad atípica a nombrarla «enfermedad incompleta», ya que hay enfermedades infecciosas e inflamatorias que se manifiestan con fiebre acompañada de uno o más de los hallazgos clínicos descritos a este respecto.<sup>6-8</sup>

Es importante incluir los estudios electrocardiográficos en aquellos casos en los que se considere el diagnóstico de KA, buscando datos de efusión pericárdica, sobre todo en niños menores de un año donde el riesgo de aneurisma es

más alto.<sup>7-12</sup> Además, se ha propuesto incluir estudios de laboratorio que permitan sustentar, de manera temprana, el diagnóstico de casos atípicos.<sup>6</sup> Por esta razón es importante el conocimiento acerca de estudios de laboratorio como: una cuenta leucocitaria con predominio de neutrófilos, la concentración de TGO (alaninoaminotransferasa) elevada y otros exámenes que hagan pensar en un proceso infeccioso, la velocidad de sedimentación globular (VSG) o la proteína C reactiva (PCR).

Motivados por esta información, el presente trabajo tuvo como objetivo estudiar tanto las características clínicas como las afecciones cardiovasculares reconocidas por ecocardiografía y los hallazgos de laboratorio en 15 niños con KA, y dar seguimiento a la evolución después de un año de haber sido manejados con gammaglobulina intravenosa.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una revisión histórica de los expedientes de cinco casos de KA, atendidos en el Hospital Infantil de México entre 1999-2001 y la información obtenida de manera prospectiva en diez casos más atendidos entre 2002-2005. Los así obtenidos, en estos 15 casos, fueron: edad, sexo, manifestaciones clínicas, alteraciones cardíacas, resultados de los marcadores de laboratorio ante la sospecha de KA, y complicaciones registradas por los niños. Se analizó la evolución clínica y la de los marcadores de laboratorio después de la aplicación de gammaglobulina intravenosa, con seguimiento ecocardiográfico por doce meses, en aquellos que así lo ameritasen. Las variables fueron analizadas mediante tablas de contingencia y la prueba exacta de Fisher.

## RESULTADOS

De los 15 pacientes, 11 fueron del sexo masculino con una media de edad de 23.7 con una amplitud de dos meses (en un niño) a nueve años (en una niña). En 2002 hubo cuatro casos atípicos y entre 1999-2000 hubo sólo uno. En ocho de los 15 niños se hizo el diagnóstico de KA desde un principio y en cinco se planteó esta posibilidad después de haber descartado los diagnósticos de escarlatina, sarampión, neumonía, estreptococia y exantema febril. Los dos restantes cursaron inicialmente con un proceso infeccioso, el primero con neuroinfección por *E. coli* (en el de 2 meses) y el segundo (masculino de 9 meses) con varicela asociada a ectasia coronaria izquierda, en el que por retardo en el diagnóstico no se administró la inmunoglobulina intravenosa (IGIV) y en los restantes fue necesario administrar una segunda dosis de IGIV; uno de ellos fue el de dos meses de edad, y otro fue

de 9 meses, quien cursó con fiebre prolongada. En cinco no se encontraron alteraciones ecocardiográficas compatibles con ectasia o aneurisma; en la niña de tres años se extravió el seguimiento ecocardiográfico y en un niño (de dos años) hasta el tercer mes de seguimiento aún tenía ectasia de la coronaria derecha. En una niña de cuatro años el ecocardiograma fue normal pero desarrolló hipertensión arterial y estenosis bilateral de arterias renales. Todos los niños sobrevivieron.

**Datos clínicos relevantes para diagnóstico de Kawasaki atípico.** La duración de la fiebre fue en promedio entre 13 y 11 días, con una duración máxima de 30 y 16 días respectivamente para masculinos y femeninos. El 100% tuvo fiebre mayor de 5 días, sólo en 8 (53%) la fiebre duró menos de 10 días; 8 días en cuatro pacientes, 6 días en tres pacientes y 7 días en un paciente. De los criterios diagnósticos destacados predominó la presencia de

labios fisurados 10/15 (proporción de 0.66), siendo 7 (0.46) masculinos y 3 (0.20) femeninos con una  $p = 1.000$ . En segundo lugar se presentó conjuntivitis 9/15 (0.60), correspondiendo 8 (0.53) masculinos y uno (0.06) femenino con una  $p = .111$ . Seguidos de eritema faríngeo 8/15 (0.53) y lengua en fresa 7/15 (0.46). Entre los que presentaron conjuntivitis, en siete de ellos (masculinos) ésta fue no purulenta y sólo en dos fue purulenta (un masculino y un femenino). De los cambios habidos en las extremidades, el edema en manos y pies ocurrió en 6/15 (0.40) pacientes, cuatro presentaron eritema palmar y tres eritema plantar y dolor e induración en dedos de las manos también en cuatro pacientes, la descamación de las manos y pies sólo se observó en cinco y en promedio a las dos o dos y media semanas del inicio de la enfermedad. Todos los pacientes tuvieron algún tipo de exantema, destacando el eritematoso en seis (0.40) y el maculopapular cuatro

**Cuadro 1.** Hallazgos clínicos en los 15 niños con Kawasaki atípico.

Variables	Sexo femenino		Sexo masculino		Total		Prueba exacta de Fisher (p)
	No. casos	Proporción	No. casos	Proporción	No. casos	Proporción	
Conjuntivitis	1	0.06	8	0.53	9	0.60	.11
Labios fisurados	3	0.20	7	0.46	10	0.66	1.00
Lengua en fresa	3	0.20	4	0.26	7	0.46	.28
Eritema faríngeo	1	0.06	7	0.46	8	0.53	.28
Papilas prominentes	2	0.13	1	0.06	3	0.20	.15
Edema manos y pies	1	0.06	5	0.33	6	0.40	.60
Eritema palmar	0	—	4	0.26	4	0.26	.51
Eritema plantar	1	0.06	2	0.13	3	0.20	1.00
Dolor dedos manos	2	0.13	2	0.13	4	0.26	.51
Descamación manos y pies	3	0.20	2	0.13	5	0.33	.07
<b>Tipo de exantema</b>							
Eritematoso	2	0.13	4	0.26	6	0.40	—
Multiforme	0	—	2	0.13	2	0.13	—
Maculopapular	1	0.06	3	0.20	4	0.26	—
Macular	0	—	1	0.06	1	0.06	—
Escarlatiniforme	1	0.06	1	0.06	2	0.13	—
<b>Localización del exantema</b>							
Cara	2	0.13	2	0.13	4	0.26	.51
Tronco	1	0.06	3	0.20	4	0.26	1.00
Extremidades	1	0.06	4	0.26	5	0.33	1.00
Generalizado	2	0.13	6	0.40	8	0.53	1.00
Perineal	1	0.06	3	0.20	4	0.26	1.00
<b>Linfadenopatía</b>							
Cervical	0	—	1	0.06	1	0.06	—
Submandibular	0	—	1	0.06	1	0.06	—
Retroauricular	0	—	1	0.06	1	0.06	—

(0.26). La localización del exantema fue generalizado en ocho (0.53), en las extremidades (0.33), y en cara, tronco y región perineal en cuatro (0.26) para cada localización. Sólo en dos casos el exantema fue generalizado y en uno (en tronco) se acompañó de prurito. La presencia de linfadenopatía fue registrada sólo en tres pacientes (0.20). La relación de los datos clínicos compatibles con síndrome de KA, así como sus proporciones y análisis estadístico se muestran en el *cuadro 1*.

Entre otras manifestaciones clínicas mostradas en estos niños cabe destacar trastornos digestivos y respiratorios; entre los primeros, los más relevantes fueron: dolor abdominal, hiporexia, vómito y dilatación de vías biliares, con seis y cuatro casos, respectivamente. Entre los respiratorios sobresalió la presencia de tos y rinorrea en seis y cinco casos. Cuatro tuvieron piuria. Entre otros da-

tos clínicos es necesario resaltar irritabilidad en cinco pacientes, y poliartralgias en cuatro. Estos datos clínicos, diferentes de los esperados, se señalan en el *cuadro 2*.

**Datos ecocardiográficos.** Trece mostraron datos de ectasia de las coronarias, ocho de la izquierda y cinco de la derecha y cuatro desarrollaron aneurisma: tres hombres y una mujercita. En cinco, además de las alteraciones cardiovasculares, tuvieron ectasia de ambas coronarias y dos de éstos, derrame pericárdico; dos de los tres tuvieron aneurismas en ambas coronarias y en uno que tenía ectasia en ambas coronarias se observó dilatación ventricular. Entre los que no tuvieron alteraciones cardiovasculares, en uno se encontró una insuficiencia tricuspídea y en otro hipertensión, y de manera secundaria, estenosis bilateral de arterias renales. En otros cuatro se encontró sólo una alteración cardíaca; en tres se detectó sólo ectasia de

**Cuadro 2.** Anormalidades cardíacas y otros datos clínicos en los 15 niños con Kawasaki atípico.

Variable	Sexo femenino				Sexo masculino				Total	Proporción	"p" (exacto de Fisher)
	No	Sí	Total	Proporción	No	Sí	Total	Proporción			
Alteraciones cardíacas											
Ectasia CI	2	2	2/15	0.13	5	6	6/15	0.40	8/15	0.53	1.00
Ectasia CD	2	2	2/15	0.13	8	3	3/15	0.20	5/15	0.33	.56
Aneurisma CI	3	1	1/15	0.06	9	2	2/15	0.13	3/15	0.20	1.00
Aneurisma CD	4	0	0/15	0.0	10	1	1/15	0.06	1/15	0.06	1.00
Hipertensión	3	1	1/15	0.06	11	0	0/15	0.0	1/15	0.06	.26
Dilatación ventricular	2	2	2/15	0.13	9	2	2/15	0.13	4/15	0.26	.51
Insuficiencia valvular	2	2	2/15	0.13	11	0	0/15	0.0	2/15	0.13	.057
Derrame pericárdico	4	0	0/15	0.0	8	3	3/15	0.20	3/15	0.20	.51
Otros datos clínicos											
Digestivos											
Vómito	3	1	1/15	0.06	8	3	3/15	0.20	4/15	0.26	1.00
Dolor abdominal	2	2	2/15	0.13	7	4	4/15	0.26	6/15	0.40	1.00
Diarrea	4	0	0/15	0.0	8	3	3/15	0.20	3/15	0.20	.51
Hiporexia	2	2	2/15	0.13	7	4	4/15	0.26	6/15	0.40	1.00
Ictericia	3	1	1/15	0.06	10	1	1/15	0.06	3/15	0.20	.47
Dilatación vesícula biliar	2	2	2/15	0.13	9	2	2/15	0.13	4/15	0.26	.51
Respiratorios											
Tos	2	2	2/15	0.13	7	4	4/15	0.26	6/15	0.40	1.00
Rinorrea	2	2	2/15	0.13	8	3	3/15	0.20	5/15	0.33	.56
Otitis media aguda	4	0	0/15	0.0	9	2	2/15	0.13	2/15	0.13	1.00
Urinarios											
Piuria	3	1	1/15	0.06	8	3	3/15	0.20	4/15	0.26	1.00
Disuria	3	1	1/15	0.06	10	1	3/15	0.20	2/15	0.13	.47
Coluria	3	1	1/15	0.06	10	1	1/15	0.06	2/15	0.13	.47
Diversos											
Irritabilidad	4	0	0/15	0.0	6	5	5/15	0.33	5/15	0.33	.23
Crisis convulsivas	4	0	0/15	0.0	10	1	1/15	0.06	1/15	0.06	1.00
Eritema de BCG	4	0	0/15	0.0	10	1	1/15	0.06	1/15	0.06	1.00
Poliartralgias	2	2	2/15	0.13	9	2	2/15	0.13	4/15	0.26	.51

CI: Coronaria izquierda. CD: Coronaria derecha.

la coronaria izquierda, y en uno de la coronaria derecha. Por otra parte, sólo en cinco la ecocardiografía no mostró datos de alteraciones cardíacas de ectasia y/o aneurisma, tal como se puede ver en el *cuadro 2*.

**Datos de laboratorio.** La medida máxima de leucocitos en las niñas fue de 21,500/mm<sup>3</sup> con una amplitud de 12,600/mm<sup>3</sup> (IC:95% = 4,125-22,324); dos tuvieron cifras superiores a 10,000/mm<sup>3</sup>. En los niños la cifra más alta fue de 23,900/mm<sup>3</sup> con una amplitud de 18,200/mm<sup>3</sup> (IC:95% = 12,328-18,260) once con más de 10,000/mm<sup>3</sup>.

En relación a los reactantes de fase aguda, a). La mínima VSG se observó en dos niñas y ésta fue de 10 mm/h, la máxima fue de 36 mm/h con 26 mm/h de amplitud. Dos con cifras por arriba de 20 mm/h. En los niños la VSG mínima fue de 12 mm/h con amplitud de 57 mm/h, siete de ellos con cifras arriba de 20 mm/h. b). La PCR en las niñas registró, como cifra mínima, 1 mg/dL y la máxima fue de 11 mg/dL. En los niños también la mínima fue de 1 mg/dL y la máxima de 29 mg/dL. Dos de los 15 pacientes no tuvieron mediciones de VSG y PCR, y en cuanto a esta última medición en sólo uno fue normal (< 0.5 mg/dL). c). En lo que atañe a las plaquetas, la cuenta mínima en las niñas fue de 239,000 mm<sup>3</sup> y la máxima 683,000 mm<sup>3</sup>. En dos, las plaquetas estuvieron por arriba de lo normal (150,000-450,000 mm<sup>3</sup>). En los niños la cifra mínima fue de 57,000 mm<sup>3</sup> y la máxima de 940,000 mm<sup>3</sup>. Sólo hubo cinco de los pacientes con una cifra por arriba de lo normal. Los otros resultados de los exámenes de laboratorio están en el *cuadro 3*. Cabe hacer mención que en hemoglobina no hubo diferencias, pues sólo cuatro tuvieron cifras compatibles con anemia. Lo mismo sucedió con las pruebas de funcionamiento hepático, ya que sólo cuatro tuvieron elevación de la TGO (109 y 194 UI/mL) y en seis de la TGP (69-231 UI/mL) sobre todo en la primera semana de evolución. En cambio la hipoalbuminemia se encontró en 8 casos, variando de 2.5-2.2 mg. Por otro lado, en el *cuadro 3* se puede ver que los tiempos de coagulación tanto TP y TPT estuvieron alterados, tanto en niñas como en los niños, pero sin que hubiese significancia alguna para KA ( $p = 0.396$ ).

**Respuesta clínica a la administración de la inmunoglobulina.** A este respecto, en nueve la desaparición de la fiebre ocurrió en las primeras 12 a 24 horas de la administración de la IGIV y en cinco desapareció entre las 24 y 48 horas, sólo en uno la fiebre desapareció al cuarto día. La cuenta de leucocitos se normalizó en los que tenían cifras elevadas, al finalizar la primera semana de haberse hecho el diagnóstico o al iniciar la segunda semana. La VSG se normalizó en cinco en la primera semana de la aplicación de la IGIV, en tres durante la segunda semana y en cinco a la tercera semana. Sólo en dos de los 15 no se hicieron controles de seguimiento. Con respecto a la PCR,

**Cuadro 3.** Edad y sexo de los niños con Kawasaki atípico. Duración de la fiebre y hallazgos de laboratorio a su ingreso.

Variable	Sexo femenino						Sexo masculino					
	Media	Mediana	Máxima	Mínima	Rango	IC: 95%	Total vs perdidos	Media	Mediana	Máxima	Mínima	Rango
Edad (meses)	72	72	108	36	72	15.79-128.21	4/0	23.7	23	53	2	51
Duración fiebre (días)	11.7	11.5	16	8	8	6.49-17.01	4/0	13	10	30	6	24
VSG	23	23	36	10	26	-142.18-188.18	2/2	29.6	24	57	12	45
PCR	5.5	5.5	11	1	10	-58.3-69.03	2/2	8.34	7.11	29	1	29
Hb	10.7	11.2	12.2	8.4	3.8	8.095-13.40	4/0	11.3	11.3	16.4	7.7	8.7
Leucocitos	13,225	11,250	239,500	8,900	12,600	4,125.42-22,324.58	4/0	15,191	14,800	23,900	5,700	18,200
Plaquetas	453,750	446,500	683,000	239,000	444,000	112,843.36-794,656.64	4/0	443,636	295,000	940,000	57,000	883,000
Albumina	3.2	3.5	4	2	1	1.40-5.06	3/1	2.8	2.9	4	2	2
TGO	48	50	77	17	60	-26.65-122.65	3/1	67	48	196	16	178
TGP	67.3	45	146	11	135	-107.09-241.76	3/1	67.7	36	231	12	219
TP y TPT prolongado		1/15						TP y TPT prolongado		2/15		
TP y TPT no prolongado		2/15						TP y TPT no prolongado		10/15		
												Prueba exacta de Fisher: .396

las cifras se normalizaron a la primera semana en cinco, hacia mediados de la segunda en tres y en cinco hacia la tercera semana. La cuenta de plaquetas tendieron a aumentar en ocho, uno de ellos en la primera semana, seis en la segunda y uno en la tercera semana. Las cifras variaron desde 503,000 mm<sup>3</sup> hasta 981,000 mm<sup>3</sup>, pero hubo uno con 543,000 mm<sup>3</sup> a la cuarta semana; se puede decir que sólo dos corrigieron sus plaquetas desde la primera semana posadministración de IGIV, cuatro a la cuarta semana y tres entre la 5° y 6° semanas de su administración.

Los estudios ecocardiográficos de seguimiento se hicieron al mes, a los 3, 6 y 12 meses. Como ya se ha mencionado, cinco pacientes no mostraron datos compatibles con aneurisma y/o ectasia de las coronarias, desde el primer ecocardiograma y en uno no se le dio seguimiento; en otro niño, de 2 años, el primer estudio se le hizo al tercer mes aún con ectasia de coronaria derecha. En dos pacientes el ecocardiograma fue normal al mes de seguimiento;

en otros cuatro al tercer mes y en uno hasta el año de edad. Sólo uno, con isquemia anteroseptal, se normalizó también al año (*Cuadro 4*).

## DISCUSIÓN

Parece lógico pensar que si no se conocen las características clínicas de la forma clásica es imposible hacer el diagnóstico de la forma atípica de Kawasaki y si se conoce cómo abordar el estudio de casos que reúnen sólo parte de los criterios de esta enfermedad, es necesario no dejar de lado esta posibilidad en el grupo de lactantes menores. A este respecto, en estudio fueron cinco los menores de un año con esta enfermedad, y uno de ellos fue la niña de dos meses. Este hallazgo concuerda con lo referido por otros autores, quienes afirman que los lactantes menores de 1 año son los que tienen mayor riesgo de presentar la forma atípica de Kawasaki.<sup>11</sup>

**Cuadro 4.** Evolución de los principales indicadores del síndrome de Kawasaki atípico, después de administrar inmunoglobulina.

Indicador	Sexo		Total (n = 15)	Proporción	"p"
	Femenino	Masculino			
Desaparición de la fiebre (días)					na
1	3	4	7	0.47	
2	0	4	4	0.27	
3	0	2	2	0.13	
4	1	1	2	0.13	
Normalización de leucocitos (semanas)					0.56
1	2	4	6	0.40	
2	1	6	7	0.47	
Normalización de la VSG (semanas)					na
1	1	4	5	0.33	
2	2	1	3	0.20	
3	0	5	5	0.33	
Normalización de la PCR (semanas)					na
1	1	4	5	0.33	
2	1	2	3	0.20	
3	1	4	5	0.33	
Normalización de plaquetas (semanas)					na
1	0	1	1	0.7	
3	1	2	3	0.2	
4	2	4	6	0.4	
5	0	3	3	0.2	
Ecocardiograma normal					na
1 <sup>er</sup> mes	0	2	2	0.13	
3 <sup>er</sup> mes	1	3	4	0.27	
6° mes	0	0	0	0	
Al año	0	1	1	0.70	
Siempre normal	1	4	5	0.33	
Perdidos	2	0	2	0.13	

Uno con ectasia de la coronaria (derecha) estuvo con isquemia anteroseptal todo el seguimiento. En dos, no se pudo hacer el seguimiento de los reactantes de fase aguda (plaquetas, VSG y PCR).



Es preciso señalar algunos otros aspectos particulares encontrados en esta revisión; como que la razón entre el sexo masculino con respecto al femenino fue de 2.7:1, y que entre los datos clínicos registrados en esta serie hayan destacado, además de la fiebre por más de cinco días, la presencia de: labios fisurados, conjuntivitis, eritema faríngeo y lengua en fresa. De éstos, tres forman parte del complejo de cambios en la mucosa oral, con los que, si los niños no tienen otros datos que apoyen el diagnóstico, hacen difícil que el médico sospeche el KA si no tiene en mente este síndrome.

En cuanto a los cambios observados en los estudios de laboratorio, éstos se dieron de acuerdo a la evolución del cuadro clínico; así, en la etapa aguda (al momento de hacer el diagnóstico) los marcadores de enfermedades febriles infecciosas agudas, mostraron una mayor alteración en la leucocitosis, plaquetosis y elevación de la VSG y PCR, mostrando una tendencia al descenso a medida que se trataron con la IGIV. El hecho de que sólo cuatro hayan mostrado cifras de hemoglobina compatibles con anemia, corresponde a la prevalencia que se observa en niños de esas edades en nuestro país y el riesgo de padecer de aneurisma y ectasia de las coronarias ocurrió desde la primera semana de iniciada la enfermedad.

Con base en los datos clínicos propuestos para el diagnóstico de KA, los criterios de fiebre mayor de cinco días, el exantema, la afección de mucosa oral y conjuntivitis fueron los más relevantes, y respecto a resultados de los estudios de laboratorio, la mayoría de los niños tuvieron leucocitosis, elevación tanto de VSG y PCR y trombocitosis elevada, que incluso en algunos persistió por más de una semana. En cambio la piuria estéril no fue relevante, ni lo fueron la elevación de la TGO, pero sí el incremento de TGP y la hipoalbuminemia.

Independientemente de las particularidades clínicas que puedan encontrarse, pensamos que los criterios propuestos<sup>6</sup> para el diagnóstico oportuno de la variante atípica de Kawasaki son útiles, pues en este grupo particular de enfermos donde es necesaria mayor agudeza clínica para integrar y enriquecer el diagnóstico hecho con los criterios clínicos propuestos, los que, por definición, no son suficientes. Es por esta razón importante que todo niño con fiebre que se prolonga por más de cinco días sin ser explicada por algún proceso infeccioso común, es pertinente solicitar estudios de laboratorio dirigidos a descartar el KA; es obvio que un ecocardiograma para detectar tempranamente anormalidades cardíacas, es muy necesario. En esta serie los resultados de laboratorio y del ecocardiograma fueron indispensables para sustentar la sospecha clínica del KA.

La adopción del tratamiento con IGIV y ácido acetilsalicílico,<sup>7</sup> administrados en forma oportuna, permiten abatir

la fiebre antes de las primeras 48 horas de iniciar el tratamiento. En los casos motivo de la investigación, en la mayoría de ellos cedió en las primeras 24 horas y sólo en dos, a quienes hubo necesidad de administrar una segunda dosis de IGIV, la fiebre cedió a las 48 horas. La normalización de los estudios de laboratorio ocurrió en las primeras dos semanas de evolución y las anomalías ecocardiográficas desaparecieron en los primeros tres meses; lo que concuerda con el inicio oportuno de la inmunoglobulina y los salicilatos para evitar secuelas a largo plazo.

## Referencias

1. Kawasaki T. Febricula oculo-oro cutaneous acrodesquimatous, syndrome with or without acute non-suppurative cervical lymphadenitis in infancy and childhood: clinical observations of 50 cases. *Allergy* 1967; 16: 178-222.
2. Rodríguez SR. Síndrome linfomucocutáneo. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1977; 34: 53-7.
3. Kawasaki T. Acute febrile mucocutaneous syndrome with lymphoid involvement with specific desquamation of the fingers and toes in children [in Japanese]. *Aterugi* 1967; 16: 178.
4. King J, Schlieper A, Birdi N, Cappelli M, Korneluk Y. The effect of Kawasaki disease on cognition and behavior. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 463-468.
5. Mason W, Takahasi M. Kawasaki syndrome. *CID* 1999; 28: 169-87.
6. Rowley AH. Incomplete (Atypical) Kawasaki disease. *Pediatr Infect Dis J. Concise Review of Pediatric Infectious Diseases*. 2002; 563-5.
7. Newburger WJ, Takahashi M, Gerber AM, Gewitz HM, Tani Y LI, Burns CJ, Shulman TS 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: 2747-71.
8. Barone S, Ponterlli S, Krilov R. The differentiation of classic Kawasaki disease, atypical Kawasaki disease, and acute adenoviral infection. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 453-6.
9. Sengler C, Gaedicke G. Pulmonary symptoms in Kawasaki disease. *The Pediatric Infectious Disease Journal* 2004; 23: 782-4.
10. Kleiman MB, Passo MH. Incomplete Kawasaki disease with facial nerve paralysis and coronary artery involvement (letter). *Pediatr Infect Dis J* 1998; 7: 301-2.
11. Burns JC, Wiggins JW Jr, Toews WH, Newburger JW, Leung DYM, Wilson H, Glodé MP. Clinical spectrum of Kawasaki disease in infants younger than 6 months of age. *J Pediatr* 1986; 109: 759-63.
12. Rosenfeld EA, Corydon KE, Shulman ST. Kawasaki disease in infants less than one year of age. *J Pediatr* 1995; 126(4): 524.-29.

## Correspondencia:

Dr. José de Jesús Coria Lorenzo,  
Departamento de Infectología,  
Hospital Infantil de México Federico Gómez,  
Dr. Márquez Núm. 162, Col. Doctores,  
Delegación Cuauhtémoc,  
México, D.F. 06720.  
E-mail: jjcoril@yahoo.com