

A vibrant teal background featuring various medical icons: a large stethoscope on the left, several pills and capsules scattered throughout, syringes with red liquid, test tubes with red liquid, and a clipboard with a patient profile icon and a line graph. The text is centered in the middle of the image.

# Caso Clínico

*Enfermedad de Kawasaki*



Paciente masculino de un año de edad, con padecimiento de 5 días de evolución manifestado por fiebre elevada; sin respuesta a antipirético ni a antibiótico. En la exploración física presentó hiperemia conjuntival bilateral, fisuras labiales, exantema macular generalizado, edema de palmas y plantas y eritema en cicatriz de BCG. Se diagnosticó enfermedad de Kawasaki y se trató con gammaglobulina endovenosa, esteroide y ácido acetilsalicílico. El ecocardiograma realizado al momento del diagnóstico de la enfermedad mostró dilatación de la arteria coronaria izquierda con diámetro máximo de 3.4 mm (IZ +4.51) que retornó a los valores normales al sexto mes de evolución.



A los 3 años de edad el paciente cursó con nuevo episodio de fiebre elevada por 6 días, con hiperemia conjuntival no purulenta, fisuras labiales, lengua en fresa, exantema maculopapular en tronco y en extremidades, edema de palmas y plantas y adenomegalia cervical izquierda de 1.5 cm. Tuvo dolor abdominal, ictericia, coluria y acolia; se diagnosticó hidrocolecisto y hepatitis secundaria. Además de episodios de irritabilidad alternada con somnolencia, rigidez de nuca e hiperreflexia, el líquido cefalorraquídeo fue compatible con meningitis aséptica. Recibió gammaglobulina endovenosa con persistencia de fiebre por tres días, por lo que se administró una segunda dosis de gammaglobulina y metilprednisolona. La fiebre cesó a las 24 horas de la segunda dosis de gammaglobulina. La evaluación cardiológica mostró arterias coronarias de diámetros normales. El paciente egresó con prednisona y ácido acetilsalicílico (5 mg/kg/día).



El paciente estuvo 14 días sin fiebre pero durante tres días tuvo 39 °C con exantema en extremidades, edema y descamación de palmas y plantas. Se diagnosticó recurrencia de enfermedad de Kawasaki por lo que recibió nuevas dosis de gammaglobulina, metilprednisolona y ácido acetilsalicílico. El ecocardiograma en esta recurrencia demostró ectasia de la arteria coronaria izquierda con diámetro máximo de 4 mm (IZ + 4.59). A los cinco meses de seguimiento la arteria coronaria izquierda regresó nuevamente a su diámetro normal.

A los siete años de edad el paciente tuvo un nuevo cuadro con fiebre de cuatro días de evolución, hiperemia conjuntival, eritema y fisuras labiales, exantema maculopapular en la cara anterior del tórax, edema y descamación de palmas y plantas. Se le administraron gammaglobulina, metilprednisolona y ácido acetilsalicílico.

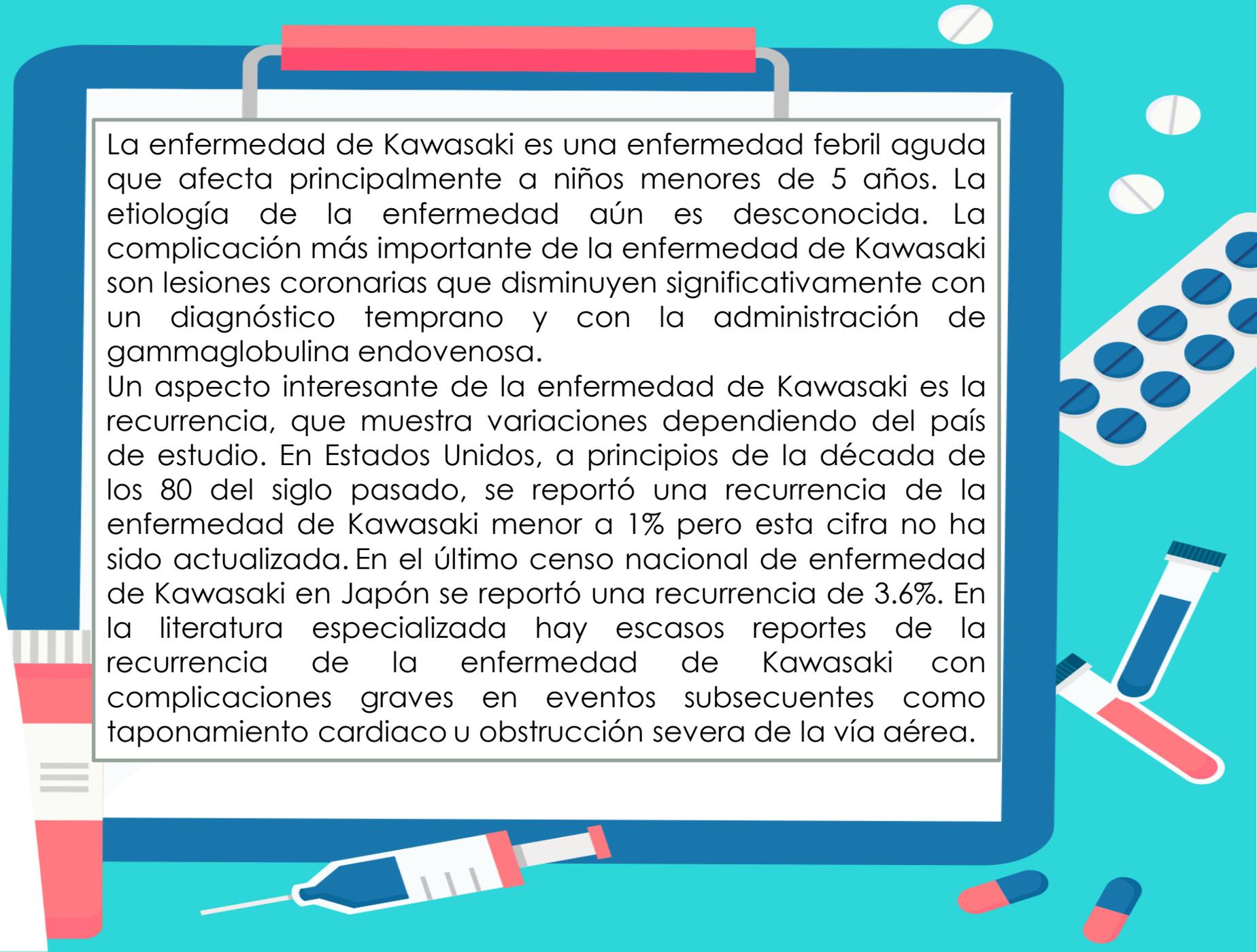
El ecocardiograma mostró una coronaria izquierda de 3 mm (IZ + 1.15) y coronaria derecha de 2 mm (IZ - 0.56). La última consulta de seguimiento cardiológico fue a los 6 meses del último evento, sin lesiones coronarias y sin medicamentos.

En todos los eventos del paciente se descartaron enfermedades infecciosas como causa de los síntomas.



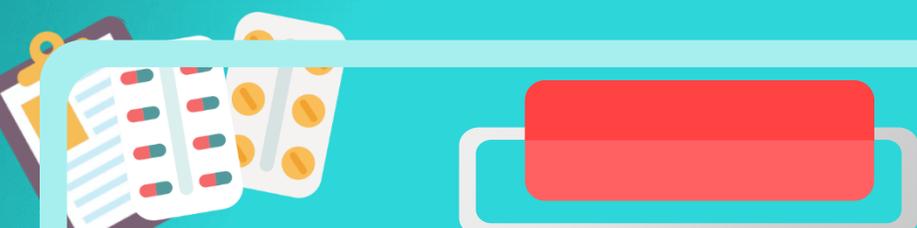
La enfermedad de Kawasaki es una enfermedad febril aguda que afecta principalmente a niños menores de 5 años. La etiología de la enfermedad aún es desconocida. La complicación más importante de la enfermedad de Kawasaki son lesiones coronarias que disminuyen significativamente con un diagnóstico temprano y con la administración de gammaglobulina endovenosa.

Un aspecto interesante de la enfermedad de Kawasaki es la recurrencia, que muestra variaciones dependiendo del país de estudio. En Estados Unidos, a principios de la década de los 80 del siglo pasado, se reportó una recurrencia de la enfermedad de Kawasaki menor a 1% pero esta cifra no ha sido actualizada. En el último censo nacional de enfermedad de Kawasaki en Japón se reportó una recurrencia de 3.6%. En la literatura especializada hay escasos reportes de la recurrencia de la enfermedad de Kawasaki con complicaciones graves en eventos subsecuentes como taponamiento cardíaco u obstrucción severa de la vía aérea.

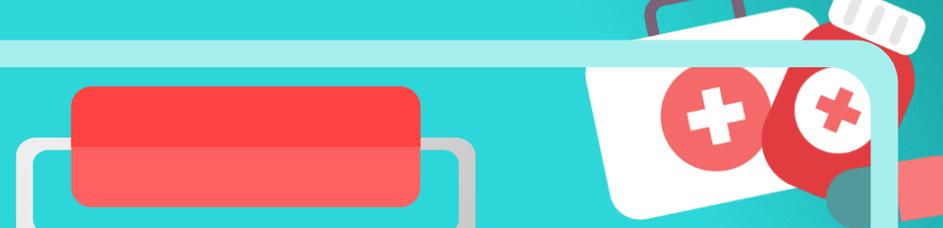


En nuestro paciente, la primera recaída ocurrió 2 años después del diagnóstico de la enfermedad de Kawasaki y tuvo todos los factores predisponentes para la recurrencia: sexo masculino, edad al diagnóstico, uso de gammaglobulina y afectación coronaria. La segunda recaída fue más temprana con un comportamiento clínico más agresivo: hepatitis y afectación al sistema nervioso central, pero no presentó lesiones coronarias. Finalmente, la tercera recurrencia ocurrió 4 años después del evento previo y desarrolló ectasia coronaria, la cual revirtió a los 6 meses del seguimiento de la última recurrencia.





La fiebre persistente en un paciente con antecedente de enfermedad de Kawasaki obliga a considerar la posibilidad de recurrencia; Se sugirió la probable asociación de alteraciones genéticas con la respuesta inmunitaria y con el desarrollo de síndromes autoinflamatorios pero se requieren más estudios.



Otra entidad a considerar en el diagnóstico diferencial de los casos con recurrencia de la enfermedad de Kawasaki es el eritema perineal recurrente mediado por toxinas. Si bien el cuadro clínico es muy parecido a la enfermedad de Kawasaki los agentes causales son *Streptococcus* y *Staphylococcus* que afectan principalmente la piel. La diferencia primordial es que los pacientes con eritema perineal recurrente no presentan fiebre, son tratados con antibióticos y no desarrollan lesiones coronarias.

