



CARTAS AL EDITOR

Manifestaciones clínicas y diagnóstico de la enfermedad de Kawasaki

Clinical signs and diagnosis of Kawasaki disease

Sr. Editor:

Hemos leído el reciente e interesante trabajo de Prieto Tato y sus colaboradores del Hospital Universitario de Getafe en Madrid sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Kawasaki en niños¹. El estudio, si bien es cierto incluyó de manera retrospectiva el análisis de solamente 23 niños en un tiempo adecuado de 7 años, describe los hallazgos más importantes que en general siempre deseamos conocer sobre esta interesante y misteriosa enfermedad y aporta datos importantes para los médicos de la región. Si bien es cierto reconocemos la naturaleza retrospectiva del estudio y las posibles limitantes que esto implica, nos parece importante conocer algunos detalles que no fueron mencionados y que son de interés para el pediatra general y el lector de esta revista.

Quisiéramos saber por ejemplo, ¿cuáles fueron los diagnósticos iniciales más comunes que fueron dados a estos pacientes antes de establecerse el diagnóstico final del Kawasaki? Igualmente, ¿qué porcentaje de estos pacientes había recibido uno o más antibióticos en los días previos al diagnóstico? ¿en cuántos pacientes se describió eritema y/o descamación genital durante la fase aguda de la enfermedad?, ¿qué porcentaje de pacientes presentaron elevación de transaminasas, hipoalbuminemia e hiponatremia? y ¿cuáles fueron los otros factores de riesgo coronario encontrados en los tres pacientes que desarrollaron aneurismas coronarios? Finalmente, durante las citas de seguimiento en cardiología u otras especialidades, ¿en cuántos pacientes se documentó descamación de dedos y ortijos?, ¿cuántos desarrollaron líneas de Beau en las extremidades?

Sabemos que a nivel mundial, uno de los problemas más importantes en esta enfermedad es la falla o el retraso que existe en el diagnóstico clínico de la misma, sobre todo en las edades extremas de niños menores de seis meses y niños

mayores 5 años^{2–6}. La sospecha clínica a veces es baja y esto es un factor en contra para realizar un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Datos preocupantes establecen que en algunos casos, hasta más del 50% de los pediatras y el 25% de los infectólogos pediatras, no consideran la posibilidad de Kawasaki en niños menores de los 6 meses y mayores de 8 años⁷. En este grupo los casos refractarios a tratamiento inicial con inmunoglobulina intravenosa son más frecuentes, así como las complicaciones coronarias.

En el Hospital Nacional de Niños de Costa Rica hemos analizado la epidemiología de la Enfermedad de Kawasaki durante los últimos 17 años, siendo esta serie de más de 200 niños la casuística más grande hasta ahora en Latinoamérica (por publicar)^{8,9}. En esta serie, hemos encontramos que aproximadamente 72% de los pacientes habían recibido antibióticos por otros diagnósticos previos a establecerse el diagnóstico final de la enfermedad, lo cual indica que existe un desconocimiento de la misma y un bajo índice de sospecha, y que la enfermedad es confundida con otras patologías infecciosas¹⁰.

Bibliografía

1. Prieto Tato LM, Cuesta Rubio MT, Guillén Martín S, Ruiz Jiménez M, Cortés Coto MT, Rubio Gribble B, et al. Enfermedad de Kawasaki: diagnóstico y tratamiento. *An Pediatr (Barc)*. 2010;73:25–30.
2. Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, Gewitz MH, Tani LY, Burns JC, 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. *Pediatrics*. 2004;114:1708–33.
3. Momenah T, Sanatani S, Potts J, Sandor GG, Human DG, Patterson MW. Kawasaki disease in the older child. *Pediatrics*. 1998;102:e7.
4. Anderson MS, Todd JK, Glodé MP. Delayed diagnosis of Kawasaki syndrome: an analysis of the problem. *Pediatrics*. 2005;115:e428–33.
5. Manlhiot C, Yeung RS, Clarizia NA, Chahal N, McCrindle BW. Kawasaki disease at the extremes of the age spectrum. *Pediatrics*. 2009;124:e410–5.
6. Wilder MS, Palinkas LA, Kao AS, Bastian JF, Turner CL, Burns JC. Delayed diagnosis by physicians contributes to the development of coronary artery aneurysms in children with Kawasaki syndrome. *Pediatr Infect Dis J*. 2007;26:256–60.

Véase contenido relacionado en
DOI:10.1016/j.anpedi.2010.01.008

7. Pannaraj PS, Turner CL, Bastian JF, Burns JC. Failure to diagnose Kawasaki disease at the extremes of the pediatric age range. *Pediatr Infect Dis J*. 2004;23:789–91.
8. Ulloa-Gutiérrez R, Ávila-Agüero ML, Faingezicht I, Porras O, Paris MM. Kawasaki disease in Costa Rican children. En: 39th Infectious Diseases Society of America's (IDSA) Annual Meeting. San Francisco, California. October 25-28, 2001. Poster No. 282.
9. Ulloa-Gutiérrez R, Camacho-Badilla K, Hernández M, Mas C, Gutiérrez-Álvarez R, Ávila-Agüero ML. Kawasaki syndrome in Costa Rican children, a 14-year survey: 1993-2006. En: 45th Infectious Diseases Society of America's (IDSA) Annual Meeting. San Diego, California. October 4-7, 2007. Abstract 212.
10. Baker AL, Lu M, Minich LL, Atz AM, Klein GL, Korsin R, et al. Associated symptoms in the ten days before diagnosis of Kawasaki disease. *J Pediatr*. 2009;154:592.e2.

M. Vargas-Gutiérrez y R. Ulloa-Gutiérrez*

Servicio de Infectología Pediátrica, Hospital Nacional de Niños de Costa Rica Dr. Carlos Sáenz Herrera, San José, Costa Rica

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rolandoug@racsa.co.cr
(R. Ulloa-Gutiérrez).

doi:doi: 10.1016/j.anpedi.2010.08.019

Respuesta de los autores

Author's reply

Sr. Editor:

Estamos de acuerdo con Vargas-Gutiérrez et al en que el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son fundamentales para reducir las lesiones coronarias asociadas a la enfermedad de Kawasaki (EK).

En nuestra serie, 19 de los 21 pacientes (90,4%) que recibieron tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (IGIV) lo hicieron en las primeras 24 horas tras su ingreso. Aunque el índice de sospecha de EK fue alto, 4 de ellos (19%) fueron tratados con antibióticos parenterales de amplio espectro por sospecha de infección bacteriana grave a su ingreso. Además otros 6 pacientes (26%) habían recibido tratamiento con penicilina o amoxicilina antes de su valoración en nuestro Hospital.

La presencia de un eritema perineal en el 3°-4° día de fiebre, con descamación posterior, ha sido considerado como un hallazgo precoz de la enfermedad que permitiría su reconocimiento y tratamiento oportuno^{1,2}. Además también se ha sugerido que su presencia es más específica de EK que de otras etiologías que cursan con fiebre y exantema³. En nuestra serie en 3 pacientes se observó un eritema perineal antes del 5° día de inicio de la fiebre.

Ninguno de nuestros pacientes presentaron niveles de albúmina $\leq 3,0$ g/dl al ingreso o natremias ≤ 130 mEq/l. Se observaron elevaciones de las transaminasas entre dos o tres veces el límite superior de la normalidad en 7 pacientes (30,4%).

La duración de la fiebre ha sido reconocida como un importante factor de riesgo para el desarrollo de aneurismas coronarios. En nuestra serie, tres pacientes desarrollaron lesiones coronarias. Sin embargo, todos ellos fueron tratados con IGIV a dosis actualmente recomendadas entre el 5° y 8° día de enfermedad. Uno de ellos tenía 4 meses. La edad menor de 1 año ha sido también reconocida como un factor de riesgo de lesión coronaria en EK⁴.

Harada et al establecieron unos criterios clínicos para determinar el riesgo de lesión coronaria en pacientes con EK⁵. El *score Harada* clásicamente ha sido considerado como marcador de riesgo de lesión coronaria

al establecer qué niños debían recibir tratamiento con IGIV en Japón. Cuatro o más de los siguientes criterios se asociaban a mayor riesgo: leucocitosis > 12.000 /ml, plaquetas < 350.000 /ml, PCR > 3 mg/dl, hematocrito $< 35\%$, albúmina $< 3,5$ g/dl, edad < 12 meses y sexo masculino. Los tres pacientes de 34, 4 y 18 meses que desarrollaron lesión coronaria, tenían *scores* de 5, 6 y 5 respectivamente.

En la descripción original de la enfermedad, el Dr T. Kawasaki observó descamación periungueal en la segunda semana de evolución en todos excepto uno de sus pacientes⁶. La descamación periungueal es uno de los signos clínicos incluidos en los criterios diagnósticos, y se ha observado entre un 98-68% de los pacientes^{7,8}. En nuestra serie, la descamación estaba recogida en las historias clínicas en 18 pacientes (78,2%).

Las líneas de Beau son lesiones transversales y deprimidas en las uñas consecuencia de alteraciones en su crecimiento normal por afectación de la matriz. En el contexto de determinadas enfermedades puede existir un daño sistémico suficiente como para interferir en el crecimiento de la uña. Las líneas de Beau se han descrito en relación con la EK^{9,10}. En nuestro caso únicamente se observaron estas lesiones en un lactante dos meses y medio después del diagnóstico de EK.

Espero que estos datos complementen los previamente publicados y sean de interés, aunque en cualquier caso, somos conscientes de las limitaciones de nuestro estudio. Sin duda, series más importantes permitirán un mayor conocimiento de la EK.

Bibliografía

1. Fink CW. A Perineal Rash in Kawasaki Disease. *Pediatr Infect Dis J*. 1983;2:140–1.
2. Urbach AH, McGregor RS, Malatack JJ, Gartner JC, Zitelli BJ. Kawasaki disease and perineal rash. *Am J Dis Child*. 1988;142:1174–6.
3. Burns JC, Mason WH, Glode MP, Shulman ST, Melish ME, Meissner C, et al. Clinical and epidemiologic characteristics of patients referred for evaluation of possible Kawasaki disease. United States Multicenter Kawasaki Disease Study Group. *J Pediatr*. 1991;118:680–6.
4. Song D, Yeo Y, Ha K, Jang G, Lee J, Lee K, et al. Risk factors for Kawasaki disease-associated coronary abnormalities differ depending on age. *Eur J Pediatr*. 2009;168:1315–21.