

CASO CLINICO

Enfermedad de Kawasaki en lactante menor

Christian Antonio Cassignol Rodríguez, Gerardo Gamaliel Zarza Lindstrom, y Edgar Armando Ruffinelli Fernández

DOI: 10.5281/zenodo.17495036

Presentado en: IX Congreso Paraguayo de Medicina Familiar, 7–9 de agosto de 2025, Asunción

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica, aguda y autolimitada, con complicaciones potencialmente peligrosas, que afecta principalmente a lactantes y niños pequeños (Barrios Tascón et al., 2018; McCrindle et al., 2017). Se sospecha de un agente infeccioso como el desencadenante, aún no identificado (Makino et al., 2019). Clínicamente se caracteriza por fiebre, conjuntivitis bilateral no purulenta, eritema labial y oral, cambios en las extremidades, exantema y adenopatías latero-cervicales. La mayor complicación es el desarrollo de aneurismas coronarios (Sánchez-Manubens, 2020). El diagnóstico diferencial se realiza con otras enfermedades exantemáticas de la infancia, reacciones inmunitarias u otras enfermedades reumatológicas menos frecuentes (De Graeff et al., 2018). El empleo de Inmunoglobulina IV está avalado por numerosos estudios que demuestran una disminución de los días de fiebre y mejoría del estado general del paciente (Kobayashi et al., 2012).

OBJETIVO

Describir las manifestaciones clínicas de la Enfermedad de Kawasaki en un lactante menor y su abordaje diagnóstico en un contexto con limitaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 10 meses de edad, procedente de Lambaré, con antecedente patológico personal de dilatación píelica bilateral en seguimiento por nefrología. Acudió a urgencias por un cuadro febril de cuatro días de evolución que cedía parcialmente con antipiréticos. El laboratorio inicial reportó: Hb: 8,5 g/dl; Leucocitos: 11.590/mm³ (Neutrófilos: 73 %, Linfocitos: 21 %). Se inició cobertura antibiótica, pero la fiebre persistió, decidiéndose su internación. Durante la misma, se constató una AST de 3042 U/l y una tumoración cervical derecha.

Las determinaciones serológicas (IgM) para Citomegalovirus, Hepatitis B, VDR y VIH resultaron negativas. No se disponía en el centro de serología para Hepatitis C, virus de Epstein-Barr ni Hepatitis A; la madre se declaró en insolvencia económica para costear dichos estudios de forma externa. La ecografía abdominal concluyó adenomegalia y esplenomegalia. El paciente presentó además deposiciones líquidas durante un día y leve edema en miembros inferiores. Ante la ausencia de mejoría clínica y la alta sospecha de

enfermedad de Kawasaki, se solicitó su traslado al Hospital Pediátrico «Niños de Acosta Ñu».

Tras cinco días de internación en el hospital de origen, el paciente fue trasladado. En el centro de referencia se confirmó el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki, se inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa y evolucionó con mejoría paulatina hasta el alta médica.

CONCLUSIONES

Las características clínicas presentadas por el paciente sugerían una enfermedad de Kawasaki clásica. Sin embargo, no se pudo llegar a este diagnóstico en el hospital de origen debido a la falta de medios auxiliares de diagnóstico y a la insolvencia económica de la familia. Ante la ausencia de mejoría del cuadro clínico, se recurrió al traslado a un centro de mayor complejidad. Este caso destaca la importancia del diagnóstico precoz y el empleo de inmunoglobulina IV como pilar del tratamiento.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad de Kawasaki; Vasculitis; Lactante; Aneurisma Coronario; Inmunoglobulinas Intravenosas.

REFERENCIAS

- Barrios Tascón, A., et al. (2018). Consenso nacional sobre tratamiento y seguimiento cardiológico de la enfermedad de Kawasaki. *Anales de Pediatría (Barc)*, 89(3), 188.e1–188.e22. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30717838/>
- De Graeff, N., et al. (2018). European consensusbased recommendations for the diagnosis and treatment of Kawasaki disease – the SHARE initiative. *Rheumatology*, 58(4), 672–682. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/key030>
- Kobayashi, T., et al. (2012). Efficacy of immunoglobulin plus prednisolone for prevention of coronary artery abnormalities in severe Kawasaki disease. *Lancet*, 379(9826), 1613–1620. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22405251/>
- Makino, N., et al. (2019). The nationwide epidemiologic survey of Kawasaki disease in Japan, 2015–2016. *Pediatrics International*, 61(4), 397–403. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30786118/>
- McCrindle, B. W., Rowley, A. H., Newburger, J. W., Burns, J. C., Bolger, A. F., Gewitz, M., Baker, A. L., Jackson, M. A., Takahashi, M., Shah, P. B., Kobayashi, T., Wu, M. H., Saji, T. T., & Pahl, E. (2017). Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: A scientific statement for health professionals from the American Heart Association. *Circulation*, 135(17), e927–e999. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28356445/>
- Sánchez-Manubens, J. (2020). Enfermedad de Kawasaki. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Infectología Pediátrica*, 2, 213–224. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_kawasaki.pdf