

Características de la enfermedad de Kawasaki en niños atendidos en el hospital del niño enero 2002 – diciembre 2012

Silva Sergio^{1*},
Castro Franz¹,
Giraldo Diógenes^{1*},
Mendizábal Juani¹;
Pinzón Anna²,
Sampson Neal²,
Tatis Efraín²,
Ku Fernando³

Resumen

El síndrome de Kawasaki es una enfermedad multisistémica, idiopática, caracterizada por vasculitis que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre, asociada a algún síndrome mucocutáneo. El objetivo es conocer las características epidemiológicas y manifestaciones clínicas de la enfermedad de Kawasaki en dos importantes hospitales pediátricos de Panamá en los últimos 10 años.

Pacientes y métodos: se realizó un estudio descriptivo simple retrospectivo en el Hospital del Niño, el cual incluye a todos los pacientes con diagnóstico de egreso de Enfermedad de Kawasaki desde enero de 2002 hasta diciembre de 2012.

Resultados: se obtuvo un total de 111 pacientes con este diagnóstico de egreso y se recuperaron 109 expedientes para su análisis. El promedio de edad fue de 1.5 años. La relación hombre/mujer fue de 2:1. Con respecto a los criterios, se cuantificaron los casos con más de 5 días de fiebre (100%), cambios en las extremidades (89%), exantema polimorfo (81.7%), inyección conjuntival (89.0%), linfadenopatías cervicales (68.8%) y cambios en la cavidad oral (91.7%). El hallazgo de laboratorio más común fue la elevación del VES en 94 (95,1%) de los casos.

Discusión: según estudios previos realizados en Panamá, la fiebre fue también el hallazgo más consistente (95%), junto a cambios en cavidad oral (91%). Al igual que el hallazgo de laboratorio más común fue VES > 20 mm/hora en 91% de los pacientes. Esta enfermedad

1 Estudiante de XII Semestre de la Carrera de Doctor en Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá.

2 Estudiante de X Semestre de la Carrera de Doctor en Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá.

3 Estudiante de IX Semestre de la Carrera de Doctor en Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá.

* Médico interno de segunda categoría. Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid.

Correspondencia:

✉ franzcastro@hotmail.fr

✉ sasilvamd@gmail.com

parece ser cada vez más diagnosticada: esto, junto a un seguimiento adecuado, puede evitar a largo plazo las secuelas devastadoras de esta enfermedad.

Palabras clave: síndrome de Kawasaki, enfermedad de Kawasaki, vasculitis.

Features of kawasaki disease in children treated at hospital del niño january
2002 – december 2012

Abstract

Kawasaki syndrome is a multisystemic idiopathic disease, characterized by vasculitis that affects vessels of small and medium-sized vessels, associated with some mucocutaneous syndrome. The goal is to understand the epidemiology and clinical manifestations of Kawasaki disease in Hospital del Niño in Panama in the last 10 years.

Patients and methods: This is a simple descriptive retrospective study in the Hospital del Niño which includes all patients with discharge diagnosis of Kawasaki disease from January 2002 to December 2012.

Results: A total of 111 patients with this diagnosis were obtained egress and 109 records for analysis were recovered. The average age was 1.5 years. The male/female ratio was 2:1. With respect to the criteria, cases with more than 5 days of fever (100%), changes in the extremities (89%), polymorphous rash (81.7%), conjunctival (89.0%) injection, cervical lymphadenopathy (68.8 % were quantified), and changes in the oral cavity (91.7 %). The most common laboratory finding was anemia in 81 (79.4 %) cases.

Discussion: According to previous studies in Panama, the fever was also the most consistent finding (95%), together with changes in oral cavity (91%). The same as the most common laboratory finding was ESR > 20 mm/hour in 91% of patients. This disease appears to be increasingly diagnosed: this, together with appropriate monitoring can prevent long-term consequences of this devastating disease.

Key words: Kawasaki's syndrome, Kawasaki's disease, vasculitis.

Introducción

La enfermedad de Kawasaki o síndrome mucocutáneo ganglionar generalmente afecta a niños menores de 5 años y cursa con una vasculitis autolimitada por 2 a 3 meses [1]. Es la principal causa de enfermedades cardíacas adquiridas en Japón como en Norte América. Descrita por primera vez por el médico japonés Tomisaku Kawasaki en la década de los sesenta en niños japoneses, pocos aportes fisiopatológicos se ha logrado acumular cuarenta años después [2].

Su diagnóstico se basa en la presencia de fiebre elevada por más de 5 días asociada a cuatro de cinco criterios diagnósticos: conjuntivitis bulbar sin exudado, lesiones de la cavidad oral (quelitis y lengua aframbuesada), eritema palmo-plantar con posterior descamación peri-ungueal, adenopatía cervical de > 1.5 cm generalmente unilateral y exantema polimorfo [3]. Además, puede cursar con otras manifestaciones: irritabilidad, diarrea, vómitos, miocarditis, pericarditis, meningitis aséptica, hidrops vesicular, artritis simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, uretritis, uveítis, miositis, dolor abdominal y reacciones locales en el área de inoculación de la vacuna BCG, entre otros síntomas sistémicos [4].

Inicialmente considerada enfermedad de la etnia asiática, su distribución ha sido reportada mundialmente. En Estados Unidos, se han encontrado incidencias desde 6.5 hasta 18.8 por 100000 niños menores de 5 años. Se observa de forma esporádica o epidémica, reportándose picos de mayor incidencia durante los meses de enero a marzo y de menor incidencia durante los meses de julio a octubre [5]. La mayor cantidad de casos se observa en menores de cinco años, con una media de edad de 30 meses al momento del diagnóstico. En Panamá, en el Hospital del Niño, el primer caso de enfermedad de Kawasaki diagnosticado fue en el año 1982 y para 1985 ya se habían diagnosticado cuatro más,

sin embargo consideramos que sigue siendo una entidad clínica que es fácilmente pasada por alto en la atención médica, sobre todo en lactantes que pueden presentar una enfermedad incompleta. Ya que sus síntomas son autolimitados, es importante su diagnóstico y tratamiento temprano pues sus complicaciones pueden ser significativas [6].

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, diseñado para evaluar a todos los pacientes con diagnóstico de egreso de enfermedad de Kawasaki manejados en el Hospital del niño desde enero de 2002 hasta diciembre de 2012. El universo del estudio fueron todos los pacientes cuyo diagnóstico de egreso fue de Enfermedad de Kawasaki los cuales fueron 111 casos.

Se excluyeron del estudio aquellos expedientes que estuvieran extraviados o que no se encontraran al momento de realizar el estudio, que al expediente le faltara cualquiera de lo siguiente: hoja de admisión a la institución, historia clínica de admisión de médico residente de pediatría, historia clínica de médico interno o los laboratorios de ingreso.

Se excluyeron 2 expedientes luego de aplicar los criterios de exclusión, uno por no encontrarse en el expediente de admisión la historia clínica del médico residente y el segundo por no encontrarse laboratorios en el expediente.

Procedimientos

La búsqueda de casos fue efectuada en los registros del departamento de Estadística y Archivos Clínicos bajo el código M30.3 según la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS. Se revisaron todas las cuadrículas y se aplicó

una encuesta tipo formulario para obtener los datos del estudio. Se consideraron datos demográficos como la edad, sexo, procedencia, y mes de ingreso; datos clínicos como presencia de fiebre, conjuntivitis, afección de mucosas, eritema palmo-plantar con o sin descamación, exantema, adenopatías; datos de laboratorio tomados en cuenta fueron aumento de reactantes de fase aguda, trombocitosis, leucocituria y cambios cardíacos diagnosticados por electrocardiografía y/o ecocardiografía. Se revisaron también los expedientes de los pacientes que, una vez dados de alta, continuaban seguimiento en la consulta externa del Servicio de Infectología y Cardiología para conocer el potencial desarrollo de secuelas, entre ellas las cardíacas.

Estrategia de análisis de datos

Los datos fueron recolectados y analizados con la herramienta SPSS 7.5 para Windows (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA)TM. Se obtuvo la cantidad total de pacientes con Enfermedad de Kawasaki durante 10 años y se presentaron la frecuencia de casos por mes y por sexo, los principales síntomas y los datos de laboratorios en tablas y en gráficas de tablas y lineales.

Aspectos éticos

Se solicitó autorización al Comité de Ética y de Docencia del Hospital del Niño el cual dio su aval para la revisión de los expedientes. Se aseguró la total confidencialidad de los datos, no se anotaron nombres ni número de identificación de los pacientes en los formularios.

Resultados

Se obtuvo un total de 111 pacientes con diagnóstico de egreso de Enfermedad de Kawasaki, con un promedio de 10 pacientes por año. Pasaron los

criterios de exclusión 109 expedientes para su análisis. Los pacientes tuvieron un promedio de edad de 1.5 años con rangos de entre 2 meses a 10 años de edad. La relación hombre/mujer fue de 2:1. En la gráfica 1 se observa que la enfermedad se manifiesta con mayor frecuencia tanto en mujeres como en varones menores de 1 año y la frecuencia va disminuyendo a medida aumenta la edad.

Se observa en la gráfica 2 un aumento en el número de casos en los meses de agosto hasta llegar a su pico máximo en los meses de enero y luego se observa una importante disminución de los casos en los meses de febrero a julio.

Con respecto al lugar de procedencia de los pacientes, 83.3% de los pacientes atendidos venían de la provincia de Panamá distribuidos en 39.4% en la región Metropolitana, 18.3% en Panamá Oeste, 15.6% en el distrito de San Miguelito y 10.0% en el sector de Panamá Este. El restante 16.5% provenían del interior del país distribuidos en 9 casos de la provincia de Veraguas, 4 en la provincia de Coclé, 2 en la provincia de Herrera, 2 en la provincia de Los Santos y 1 caso de la provincia de Colón.

Trece pacientes (11.9%) presentaban diagnóstico de egreso de Kawasaki incompleto, sin embargo al revisar las historias clínicas 4 (3.6%) pacientes en realidad presentaban Kawasaki incompleto.

Con respecto a los criterios de síndrome de Kawasaki, todos los pacientes presentaron el criterio de más de 5 días de fiebre. Siendo la fiebre un criterio indispensable para el diagnóstico, cabe destacar que de los demás criterios el más frecuente fue cambios en la cavidad oral, con un total de 100 pacientes (91.7%); 97 (89%) presentaron cambios en las extremidades, siendo de estos cambios el más frecuente el eritema palmo plantar (88; 80.7%) y en menor proporción descamación palmo plantar (44; 40.4%). En 97 (89%) casos se observaron cam-

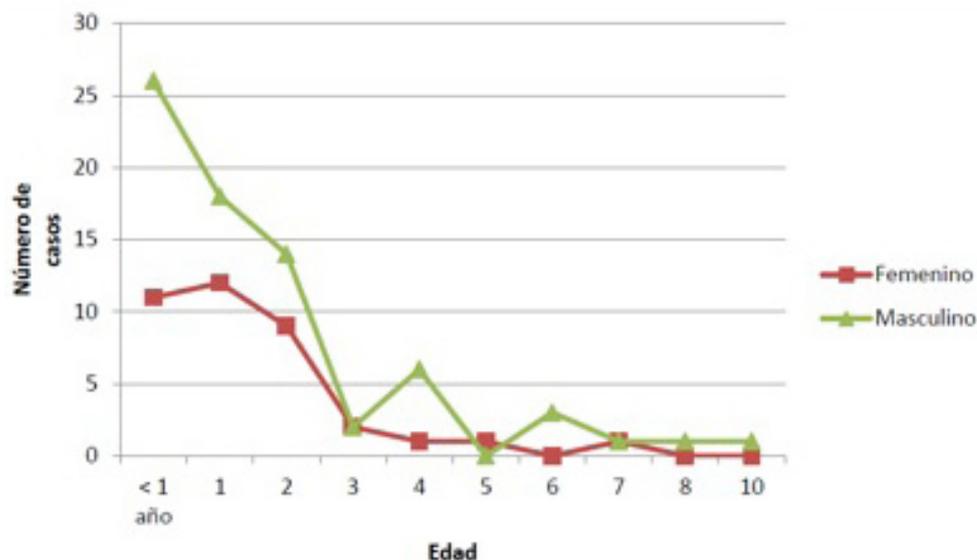


Figura 1. Distribución de la Enfermedad de Kawasaki según edad y sexo. Hospital del Niño y el Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera (2002-2012).

Fuente: Expedientes clínicos y registros médicos del Hospital del Niño y el Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera (2002-2012).

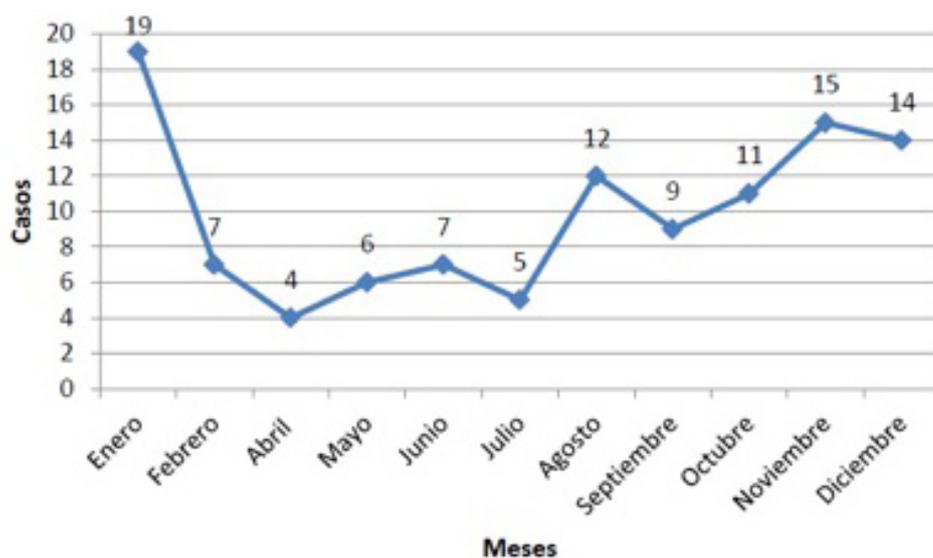


Figura 2. Distribución de la Enfermedad de Kawasaki según mes de la presentación. Hospital del Niño y el Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera (2002-2012).

Fuente: Expedientes clínicos y registros médicos del Hospital del Niño y el Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera (2002-2012).

bios oculares como inyección conjuntival; 90(81.7%) presentaron exantema polimorfo y 75 (68.8%) presentaron linfadenopatías cervicales. En la **tabla 1** se puede observar un desglose más detallado de las características clínicas más relevantes encontradas en los pacientes de nuestro estudio.

En la **tabla 2** se muestran síntomas asociados a la enfermedad de Kawasaki, hallando rash perianal y tos en la mayoría de los casos, con un total de

30 pacientes respectivamente (27.5%). En cuanto a datos de laboratorio, el hallazgo más consistente fue la elevación del VES en 94 casos (95.1%); los demás datos de laboratorio pueden observarse en la **tabla 3**.

El estudio de ecocardiografía fue realizado en 91 (83.5%) pacientes durante su hospitalización y un total de 41 pacientes (37.6%) no tienen registrados en sus expedientes seguimientos posteriores por el

Tabla 1. Hallazgos clínicos en pacientes con Enfermedad de Kawasaki. Hospital del Niño y el Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera (2002-2012).

Signos clínicos	Casos	Porcentaje
Fiebre	109	100.0
Cambios en las extremidades	97	89
Eritema palom-plantar	88	80.7
Descamación palmo plantar	44	40.4
Exantema polimorfo	89	81.7
Inyección conjuntival	97	89.0
Cambios en labios y cavidad oral	100	91.7
Labios eritematosos o fisurados	80	73.4
Lengua en forma de fresa	58	53.2
Inyección difusa de mucosa oral y faríngea		
Linfadenopatía cervical	75	68.8

Fuente: Expedientes clínicos y registros médicos del Hospital del Niño y el Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera (2002-2012).

Tabla 2. Otros hallazgos y síntomas en pacientes con Enfermedad de Kawasaki. Hospital del Niño y el Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera (2002-2012).

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje
Alteraciones cardiovasculares		
Alteración en el EKG	1	0.91
Derrame pericárdico	1	0.91
Aneurisma	1	0.91
Dilatación coronaria	6	5.5
Alteraciones gastrointestinales		
Diarrea	23	21.1
Vómitos	27	24.77
Dolor abdominal	3	2.73
Alteraciones dermatológicas		
Rash perineal	30	27.52

Alteraciones respiratorias		
Tos	30	27.52
Rinorrea	19	17.43
Infiltrados	1	0.91
Artralgias		
Cadera	1	0.91
Rodilla	1	0.91
Neurológicas		
Irritabilidad	28	25.68
Meningitis aséptica	5	4.59

Fuente: Expedientes clínicos y registros médicos del Hospital del Niño y el Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera (2002-2012).

Tabla 3. Hallazgos de laboratorio en pacientes con Enfermedad de Kawasaki. Hospital del Niño y el Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera (2002-2012).

Prueba de laboratorio	Casos	Porcentaje	Promedio	Rango
VES >20MM/H(N=98)	94	95.1	48.22	12 - 98
Anemia (n=102)	81	79.4	10.6	7.9 - 13.9
Piuria estéril (n=57)	38	66.7		
Leucocitis >15 000 mm ³ (n=106)	65	61.3	17 140	5 300 - 36 900
AST > 40 U/L (n=57)	32	56.1	65.12	20 - 752
PCR positiva (n=62)	33	53		
Trombocitis > 450 000 mm ³ (n=62)	49	45	474 637	63 000 - 1 438 000
ALT > 55 U/L (n=57)	23	4.04	83.5	5 - 627

Fuente: Expedientes clínicos y registros médicos del Hospital del Niño y el Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera (2002-2012).

servicio de cardiología. Se encontraron 8 pacientes con alteraciones durante la hospitalización: un paciente presentó aneurisma, un paciente cursó con derrame pericárdico y 6 pacientes con dilataciones de las arterias coronarias. En las notas de seguimiento estaba consignado que el paciente con el aneurisma reportado en la hospitalización presentaba un aneurisma en la arteria coronaria izquierda de 7 mm y en la coronaria derecha de 6.7 mm. El paciente con derrame pericárdico no mostró alteraciones en estudios posteriores. De los pacientes con dilatación en las arterias coronarias, un paciente presentó posteriormente aneurisma de la coronaria derecha, 2 pacientes persistieron con dilatación de las arterias, un paciente no tiene seguimiento por cardiología, y el resto presentó seguimientos normales. De los pacientes que presentaron ecocardiograma normal durante la hospitalización, 2 pacientes presentaron aneurismas en controles posteriores y uno presentó dilatación de la coronaria derecha.

Los pacientes tuvieron un promedio de estancia intrahospitalaria de 5.45 días con rangos entre los 1-29 días. Un total de 4 (3.6%) pacientes presentaron Enfermedad de Kawasaki resistente. Doce pacientes (11%) no recibieron inmunoglobulina durante su estadía en el hospital, dos de ellos porque entre los meses de junio y agosto del año 2008 no había inmunoglobulina en el hospital, y los otros pacientes no recibieron inmunoglobulina porque habían transcurrido más de 10 días con cuadro febril.

Discusión

Hallazgos clínicos y de laboratorio: comparación con estudios previos

La Enfermedad de Kawasaki suele desarrollarse en el entorno de un cuadro febril junto a signos de inflamación mucocutánea. Esta afección de piel y

mucosas se manifiesta en sitios específicos como cavidad oral, conjuntiva, tronco y las frecuencias de cada uno varían de acuerdo a las diferentes series. Está descrito que estas afecciones suelen aparecer luego de un cuadro inicial de síntomas respiratorios o gastrointestinales [7-9]. A pesar de que no conocemos el estado de nuestros pacientes previamente al ingreso, es de importancia destacar que en cerca de un cuarto de los pacientes había síntomas asociados como tos (30; 27.5%), vómitos (27; 24.8%), diarrea (23; 21%) y rinorrea (19; 17.4%).

Acerca de publicaciones previas en nuestro país, Sáez-Llorens y col. realizaron un estudio en el Hospital del Niño entre 1993 y 2003, en el cual se hallaron 29 casos y por razones administrativas solamente 22 expedientes pudieron ser recolectados. El promedio de edad fue de 1,1 años y la relación hombre: mujer de 4.5:1, resultados similares a nuestro estudio, en el cual el promedio de edad fue de 1.5 años y la relación 2:1. A diferencia de nuestros resultados, en el cual el hallazgo clínico (excluyendo la fiebre) más frecuente fue cambios en la cavidad oral (100 pacientes, 91.7%), en el estudio mencionado el más frecuente fue cambios en extremidades en 22 (100%) de los pacientes, seguido por eritema polimorfo en 21 pacientes (95%) y en tercer lugar cambios en la cavidad oral en 20 niños (91%). En el estudio citado el hallazgo de la laboratorio más importante fue volumen de eritrosedimentación > 20 mm/hora en 91% de los pacientes, al igual que nuestro estudio nuestro en el cual se halló en 94 (95.1%) de los casos [10].

No obstante, nuestros hallazgos son consistentes con los de estudios realizados en otras regiones. En estos, se observó cambios en la cavidad oral hasta en el 90% de los pacientes. Los demás hallazgos varían entre diversas publicaciones internacionales: el eritema polimorfo se observa en el 70-90 de los casos y cambios en las extremidades entre el 50-

85% de estos. Las linfadenopatías cervicales permanecen como el hallazgo menos común, hallándose en el 25-70% de los niños [11-13].

Características epidemiológicas y estacionalidad

Este estudio encontró mayor incidencia de Enfermedad de Kawasaki en niños menores de 5 años, varones en una proporción de 2:1 y con mayor incidencia en los meses de agosto hasta enero.

Como en otros estudios, la incidencia fue superior en varones, y también el grupo etáreo de predilección para el desarrollo de la enfermedad concuerda con la literatura: menos de 5 años de edad. Ha sido ampliamente discutido el hecho de que la epidemiología de la Enfermedad de Kawasaki, independientemente de la región donde se presente, suele seguir un patrón estacional. En nuestro estudio, el intervalo de meses en que la incidencia fue mayor coincide con la temporada lluviosa de Panamá. En otras regiones, también se ha hallado patrones asociados a una temporada en particular: Taiwán y Korea tienen la incidencia más alta en el verano, mientras que China y Hong Kong tienen mayor incidencia durante la primavera y el verano. Estudios en Europa y Canadá han demostrado mayor incidencia en los meses de invierno [2-6, 14-21].

Estos eventos sugieren que ciertos factores infecciosos o ambientales pueden predisponer a que se manifieste esta enfermedad. Según estadísticas de Taiwán, se observó que durante la aparición del SARS en el 2003, se tomaron medidas higiénicas rígidas viéndose que disminuyeron el número de casos de Enfermedad de Kawasaki. Es por esto, y por evidencia hallada en otros estudios, que ha surgido interés por la posible relación entre la Enfermedad de Kawasaki y un sustrato infeccioso que explique la enfermedad [22-23].

Enfermedad de Kawasaki y manifestaciones cardíacas

A pesar de haber realizado estudios de importancia como la ecocardiografía en casi la totalidad de los pacientes de nuestro estudio (91; 83.5%), es preocupante que solamente a 41 (37.6%) se le dio seguimiento por parte del servicio de cardiología. La frecuencia de alteraciones cardíacas evidenciadas durante la hospitalización fue baja, solamente 8 pacientes (7.3%) cursaban con alguna anormalidad, ya fuese aneurisma de las coronarias, dilatación de las coronarias o derrame pericárdico. Esto constituye una pequeña discrepancia con la literatura revisada: en estudios a gran escala en el este de Asia, se observó el hallazgo de dilatación de las arterias coronarias en alrededor del 18% de los casos [3], y las complicaciones como aneurisma de las arterias coronarias en el 2.5% al 7.2% de los casos [3-5]. En un estudio de 21 años de seguimiento se informó que el 55% de los aneurismas coronarios mostraron regresión, aunque se desarrollaron secuelas severas como enfermedad isquémica cardíaca en 4,7% de los pacientes, infarto al miocardio en 1,9% de estos y el 0,8% de los pacientes fallecieron debido a estas complicaciones [24]. En el estudio de Belay se encontró que la mayor proporción de niños con anormalidades de la arteria coronaria se encontraron en los grupos etáreos de 1 año de edad y en el de 9 a 17 años [16].

El retraso en el diagnóstico o tratamiento de enfermedad de Kawasaki en estos grupos de edad podría ser la causa de estos hallazgos específicos. Se sabe que en el curso temprano de la enfermedad de Kawasaki, las afecciones cardíacas pueden limitarse a dilatación de las arterias coronarias que en la mayoría de los casos es transitoria y no evolucionará a la formación de aneurismas. Por lo tanto, un diagnóstico temprano puede ayudar a minimizar las complicaciones que involucran un daño franco

en las arterias coronarias [17]. En las regiones con una baja incidencia de enfermedad de Kawasaki, el daño de las arterias coronarias es mucho más bajo (2,3% hasta 5%). Puede haber un sustrato genético que explique las prevalencias fluctuantes entre distintos grupos étnicos, aunque esto no se ha confirmado aún [15, 19, 20].

La baja frecuencia de complicaciones cardíacas en nuestros pacientes puede deberse al manejo adecuado brindado a los mismos: a excepción de algunos casos, el resto de los pacientes fueron tratados con inmunoglobulina hiperinmune a dosis intravenosa entre 1 a 2 gramos/kg. A todos los pacientes se les prescribió aspirina a dosis de 80 a 100 mg/kg/día, desde el momento del diagnóstico y luego a 3-5 mg/kg/día durante la fase de seguimiento. A pesar de esto, cabe destacar que el bajo porcentaje de pacientes que fueron seguidos por cardiología puede sesgar este resultado positivo.

Conclusión

Las características clínicas y de laboratorio más importantes a observar en pacientes con Enfermedad de Kawasaki, de acuerdo a nuestros resultados, son cambios en la cavidad oral y anemia, respectivamente. Es importante tener esto en consideración debido a que el hallazgo aislado de estas características puede generar confusión con otras patologías, ante las cuales entra en juego el reto del clínico de diagnosticar a tiempo esta enfermedad luego de pautar un diagnóstico diferencial adecuado.

Las principales debilidades de nuestro estudio son, en primer lugar, el posible subdiagnóstico de Enfermedad de Kawasaki. También constituye una limitante el hecho de no haber realizado todas las

pruebas de laboratorio en la totalidad de los pacientes, esto probablemente por falta de insumos de la institución o alguna otra razón ajena a los investigadores. Nuestros resultados del seguimiento de los niños con alteraciones cardiológicas quizás no reflejan la realidad a largo plazo de la mayoría de nuestros pacientes, ya que solamente a 41 (37.6%) se les dio seguimiento. Es menester mencionar que pese a estas limitantes, los resultados son producto de un amplio intervalo de tiempo (10 años) y fue realizado en las dos instituciones pediátricas más grandes de Panamá: el Hospital del Niño, perteneciente al Ministerio de Salud, y el Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera, perteneciente a la Caja de Seguro Social. Esto, sumado al hecho de haber encontrado pacientes provenientes de distintas provincias del país, asegura la representatividad de los resultados.

La enfermedad de Kawasaki parece ser aún una patología pediátrica subdiagnosticada en nuestro entorno, pero esta condición aparenta ir mejorando en el transcurso de las décadas. Tenemos razones para afirmar esto: de haber encontrado 29 pacientes entre 1993 a 2003 en el estudio de Sáez-Llorens, se pasó a encontrar 111 entre 2002 a 2012 en nuestro estudio. Esto puede ser un indicio del mayor conocimiento de la enfermedad y de la capacidad del personal médico para realizar un diagnóstico oportuno. De este modo, se puede dar el tratamiento adecuado a los pacientes de manera que se eviten las nefastas secuelas cardíacas a largo plazo que esta enfermedad implica.

Para el presente estudio no se contó con el apoyo financiero de ninguna institución pública o privada, así como de ninguna casa farmacéutica. Los autores no declaran conflictos de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Francisco Lagrutta, Director de Docencia del Hospital del Niño, por su colaboración como asesor del presente estudio.

Referencias

1. Kawasaki, T. Pediatric acute febrile mucocutaneous lymph node syndrome with characteristic desquamation of fingers and toes: My clinical observation of fifty cases. *Jpn J Allergy*. 1967; 178 (3): 178-222.
2. Yanagawa, H., Nakamura, Y., Yashiro, M. et al. Incidence of Kawasaki disease in Japan: The nationwide surveys of 1999-2002. *Pediatr. Int.* 2006; 48 (4): 356-36.
3. Park, YW., Han, JW., Park, IS. et al. Kawasaki disease in Korea, 2003-2005. *Pediatr Infect Dis J.* 2007; 26 (9): 821-823.
4. Chang, LY., Chang, IS., Lu, CY. et al. Epidemiologic features of Kawasaki disease in Taiwan, 1996-2002. *Pediatrics* 2004; 114 (6). Disponible en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/114/6/e678>.
5. Du, ZD., Zhao, D., Du, J. et al. Epidemiologic study on Kawasaki disease in Beijing from 2000 through 2004. *Pediatr Infect Dis J.* 2007; 26 (5): 449-451.
6. Ng, YM., Sung, RY., So, LY. et al. Kawasaki disease in Hong Kong, 1994 to 2000. *Hong Kong Med J.* 2005; 11 (5): 331-335.
7. Morens, DM., Anderson, LJ., Hurwitz, ES. National surveillance of Kawasaki disease. *Pediatrics* 2006; 65 (1): 21-25.
8. Baker, AL., Lu, M., Minich, LL. et al. Associated symptoms in the ten days before diagnosis of Kawasaki disease. *J Pediatr.* 2009; 154 (4): 592-595.
9. Burns, JC., Mason, WH., Glode, MP. et al. Clinical and epidemiological characteristics of patients referred for evaluation of possible Kawasaki disease. United States Multicenter Kawasaki Disease Study Group. *J Pediatr.* 1991; 118: 680.
10. Troitiño, M., Norte, G., Saéz Llorens, X. Características epidemiológicas de la enfermedad de Kawasaki en los niños panameños. *Pediatr. Panamá.* 2003; 32 (2): 73-77.
11. Fukushige, J., Takahashi, N., Ueda, Y. et al. Incidence and clinical features of incomplete Kawasaki disease. *Acta Pediatr.* 1994; 83 (10): 1057-1060.
12. Sung, RY., Ng, YM., Choi, KC. et al. Lack of association of cervical lymphadenopathy and coronary artery complications in Kawasaki disease. *Pediatr Infect Dis J.* 2006; 25 (6): 521-525.
13. Germain, BF., Moroney, JD., Guggino, GS. et al. Anterior uveitis in Kawasaki disease. *J Pediatr.* 1980; 97 (5): 780-781.
14. Newburger, JW., Taubert, KA., Shulman, ST. et al. Summary and abstracts of the Seventh International Kawasaki Disease Symposium: December 4-7, 2001, Hakone, Japan. *Pediatr Res.* 2003; 53 (1): 153-157.
15. Holman, RC., Curns, AT., Belay, ED. et al. Kawasaki syndrome hospitalizations in the United States, 1997 and 2000. *Pediatrics* 2003; 112 (3 pt. 1): 495-501.
16. Belay, ED., Maddox, RA., Holman, RC. et al. Kawasaki syndrome and risk factors for coronary artery abnormalities: United States, 1994-2003. *Pediatr Infect Dis J.* 2006; 25 (3): 245-249.
17. Holman, RC., Curns, AT., Belay, ED. et al. Kawasaki syndrome in Hawaii. *Pediatr Infect Dis J.* 2005; 24 (5): 429-433.

18. Heaton, P., Wilson, N., Nicholson, R. et al. Kawasaki disease in New Zealand. *J Paediatr Child Health*. 2006; 42 (4): 184-190.
19. Lynch, M., Holman, RC., Mulligan, A. et al. Kawasaki syndrome hospitalizations in Ireland, 1996 through 2000. *Pediatr Infect Dis J*. 2003; 22 (11): 959-963.
20. Fischer, TK., Holman, RC., Yorita, KL. et al. Kawasaki syndrome in Denmark. *Pediatr Infect Dis J*. 2007; 26 (5): 411-415.
21. Burns, JC., Cayan, DR., Tong, G. et al. Seasonality and temporal clustering of Kawasaki Syndrome. *Epidemiology* 2005; 16 (2): 220-225.
22. Department of Health, Executive Yuan, Taiwan, ROC. Statistics of national health insurance in 2006. Disponible en: <http://www.doh.gov.tw/statistic/%A5%FE%A5%C1%B0%B7%ABO/95.htm>.
23. Shike, H., Shimizu, C., Kanegaye, JT. et al. Adenovirus, adeno-associated virus and Kawasaki disease. *Pediatr Infect Dis J*. 2005; 24 (11): 1011-1014.
24. Esper, F., Shapiro, ED., Weibel, C. et al. Association between a novel human coronavirus and Kawasaki disease. *J Infect Dis*. 2005; 191 (4): 499-502.
25. Burns, JC., Glode, MP. Kawasaki syndrome. *Lancet*. 2004; 364 (9433): 533-544.

Opina sobre este artículo:

<http://medicalia.org.es/>

Los médicos disponen de una red social para intercambiar experiencias clínicas, comentar casos y compartir conocimiento. También proporciona acceso gratuito a numerosas publicaciones. **¡Únase ahora!**

Publish with iMedPub

<http://www.imedpub.com>

- ✓ Es una revista en español de libre acceso.
- ✓ Publica artículos originales, casos clínicos, revisiones e imágenes de interés sobre todas las áreas de medicina.

Archivos de Medicina
Se hace bilingüe.

Para la versión en inglés los autores podrán elegir entre publicar en Archives of Medicine:

<http://www.archivesofmedicine.com>

o **International Archives of Medicine:**
<http://www.intarchmed.com>