



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Filial Córdoba



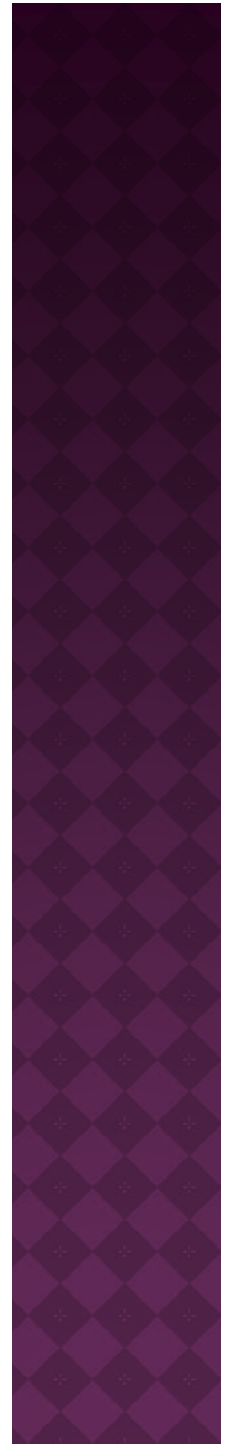
ENFERMEDAD DE KAWASAKI (EK): DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS.

HÉCTOR JOSÉ ABATE

PEDIATRA INFECTÓLOGO
SECRETARIO COMITÉ NACIONAL DE INFECTOLOGÍA
PROFESOR TITULAR CATEDRA ENFERMEDADES INFECCIOSAS UNIVERSIDAD DE MENDOZA

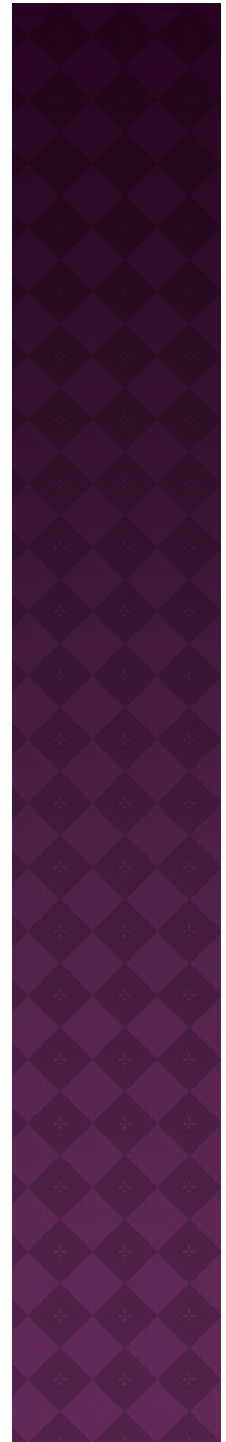
EK: DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

- ◉ LA BÚSQUEDA EXHAUSTIVA DEL AGENTE CAUSAL HA SIDO INFRUCTUOSA.
- ◉ LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS NO SON PATOGNOMÓNICAS
- ◉ LOS METODOS DIAGNÓSTICOS LABORATORIALES SON INESPECÍFICOS



EK: DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

- ◉ LA BÚSQUEDA EXHAUSTIVA DEL AGENTE CAUSAL HA SIDO INFRUCTUOSA.
- ◉ LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS NO SON PATOGNOMÓNICAS
- ◉ LOS METODOS DIAGNÓSTICOS LABORATORIALES SON INESPECÍFICOS



KAWASAKI SYNDROME IN TWO COUSINS WITH PARAINFLUENZA VIRUS INFECTION.

Schnaar D, Bell D. *AM J DIS CHILD*. 1982;136(6):554-555.
[doi:10.1001/archpedi.1982.03970420078019](https://doi.org/10.1001/archpedi.1982.03970420078019)

Los datos epidemiológicos no han demostrado evidencia de transmisión de persona a persona o exposición común de pacientes con SK.

Describen a dos primos en estrecho contacto en los cuales el SK se desarrolló en un intervalo de dos semanas en abril de 1981. Las enfermedades de ambos pacientes se asociaron con seroconversión al virus parainfluenza tipo 3.

- ◉ **COMENTARIOS:** estos hallazgos pueden ser **coincidentes** (contacto cerrado y familiar) considerando que la **infección por PI3 es común en los niños**. Otros niños con EK no tuvieron evidencia de antecedente de infección por PI3. se hablaría de **predisposición genética**, sin que haya tendencia familiar

February 25, 1983 / 32(7);98-100

- Desde octubre de 1982, se reportaron al CDC cuatro brotes de síndrome de Kawasaki (KS), **una enfermedad rara** que afecta principalmente a niños en edad preescolar.
- Los brotes consistieron en 43 casos en cuatro Estados, durante un período de 3 meses. No hubo muertes.

- **Nota editorial**

Tienden a ocurrir durante el invierno y la primavera. **Ni estudios serológicos ni de aislamiento incriminaron a un solo agente etiológico.**

Un estudio de casos y controles realizado durante el brote de Denver reveló que 11 (48%) de 23 familias de casos, en comparación con nueve (10%) de 86 familias de control, **habían lavado sus alfombras 30 días antes del comienzo de la enfermedad.** Investigadores japoneses han propuesto una **asociación entre los ácaros del polvo doméstico (Dermatophagoides) y KS.**



Vacuna tetravalente conjugada con la proteína CRM₁₉₇ (Menveo®)

Existen reportes en estudios de fase III de enfermedad de Kawasaki dentro de los 30 días de la vacunación, sin evidencia de relación causal con la vacuna, registrándose únicamente asociación temporal. A pesar de un aumento en la incidencia de la enfermedad de Kawasaki reportada por ciertos países asiáticos, principalmente Taiwan, no se ha demostrado a la fecha un mayor riesgo de presentar esta enfermedad en asociación con la vacuna contra meningococo tetravalente.

EK: DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

Posible etiología infecciosa por:

- ◉ Distribución estacional de casos
- ◉ Aparición de epidemias
- ◉ Características clínicas del síndrome que imitan otras enfermedades infecciosas con erupción / fiebre en los niños
- ◉ La naturaleza autolimitada de la enfermedad
- ◉ La máxima incidencia en los niños pequeños.

EK: ETIOPATOGENIA

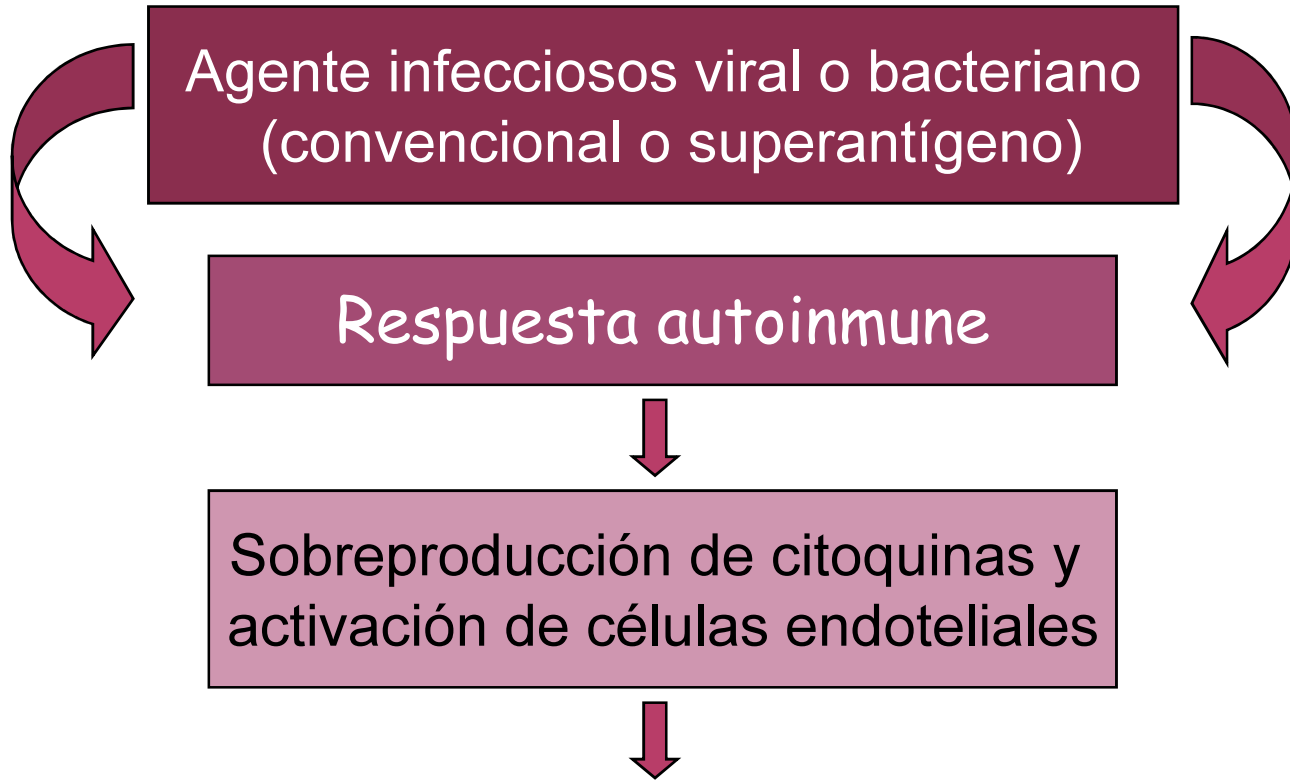
Personas genéticamente predispuestas

Agente infecciosos viral o bacteriano
(convencional o superantígeno)

Respuesta autoinmune

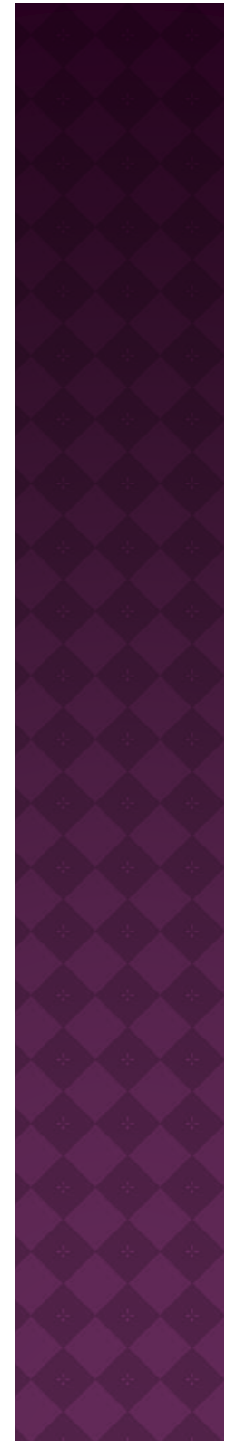
Sobreproducción de citoquinas y
activación de células endoteliales

Lesión de la pared vascular arterial con
destrucción de fibras de colágeno y elastina



EK: DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

- ◉ LA BÚSQUEDA EXHAUSTIVA DEL AGENTE CAUSAL HA SIDO INFRUCTUOSA.
- ◉ LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS NO SON PATOGNOMÓNICAS
- ◉ LOS METODOS DIAGNÓSTICOS LABORATORIALES SON INESPECÍFICOS



HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI

- ◉ **5 enero de 1961.** Descripción del 1º caso por Tomisaku Kawasaki en el Hospital Central de la Cruz Roja Japonesa (niño de 4 años y 3 meses de edad. Se pensó en escarlatina atípica o Stevens-Johnson leve, quedando con diagnóstico desconocido)
- ◉ **1967** Publicación en lengua japonesa “Infantile Acute febrile Muco-cutaneous lymph node syndrome: clinical observations of 50 cases”. Jpn. J. Allerg. 1967; 16: 178 - 221,(traducido al inglés en 2002) “síndrome mucocutáneo-ganglionar”
- ◉ **1969** Tanaka y Yamamoto establecen la relación con cardiopatía coronaria.
- ◉ **1976** Se adopta el epónimo Enfermedad de Kawasaki como entidad nosológica diferente de otras enfermedades exantemáticas.

DOENÇA DE KAWASAKI: EXPERIÊNCIA CLÍNICA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

ESPOSITO FERRONATO A^I; BETTA RAGAZZI S^{II}; HIROSE M; ET AL^I
^IHOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL

18 crianças : a idade variou de 3 meses a 9 anos e 2 meses, com mediana de três anos e dois meses. 1:1,25 entre meninas e meninos

Tabela 2 – Diagnósticos prévios à doença de Kawasaki

Diagnósticos prévios*	Número de casos
Escarlatina	12
Farmacodermia /alergia/eritrodermia	3
Doença diarreica aguda	3
Amigdalite bacteriana	2
Otite média aguda	2
Choque séptico	2
Adenite bacteriana	1
Coxsackiose	1
Síndrome nefrítica	1
Pielonefrite	1

*Vários pacientes tiveram mais de um diagnóstico prévio.

FASES EVOLUTIVAS DE EK

1) Aguda (primeros 10 días):

- Fiebre
- Cambio en las extremidades
- Exantema
- Afectación ocular
- Afectación de labios y cavidad bucal
- Linfadenopatía cervical

**EN LA FASE AGUDA ES
FUNDAMENTAL
DESCARTAR
CUALQUIER OTRO TIPO
DE ENFERMEDAD.**

2) Subaguda (del día 11 al 25)

- Paulatina desaparición de signos clínicos
- Trombocitosis
- Descamación periungueal “en dedal”. Puede extenderse a palmas y plantas.
- Líneas de Beau en uñas de manos y pies.

3) Convalecencia (hasta 60 días)

- Hasta normalización de reactantes de fase aguda y trombocitosis.

ENFERMEDAD DE KAWASAKI

Fiebre 39 °C–40 °C, de 6,5 ± 2,5 días (previo diagnóstico)

- Edema doloroso de mano y pie.
- Eritema palmo-plantar
- Exantema maculopapular difuso
- Inyección conjuntival bilateral
- Labios rojos y agrietados.
- Lengua aframbuesada
- Adenopatía cervical



EK: DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

DEFINICIONES

EK completa: *fiebre ≥ 5 días y ≥ 4 de las 5 características clínicas principales:*

- Cambio en las extremidades
- Exantema
- Afectación ocular
- Afectación de labios y cavidad bucal
- Linfadenopatía cervical

EK incompleta: *fiebre inexplicable ≥ 5 días, asociada al menos, con 2 de las características clásicas de EK.*

Presencia de compromiso coronario por ECG puede confirmar diagnóstico en casos dudosos.

EK atípico: *manifestaciones clínicas inusuales (nefritis, shock cardiogénico, sínd. hemofagocítico secundario) se cumpla o no con los criterios clínicos*

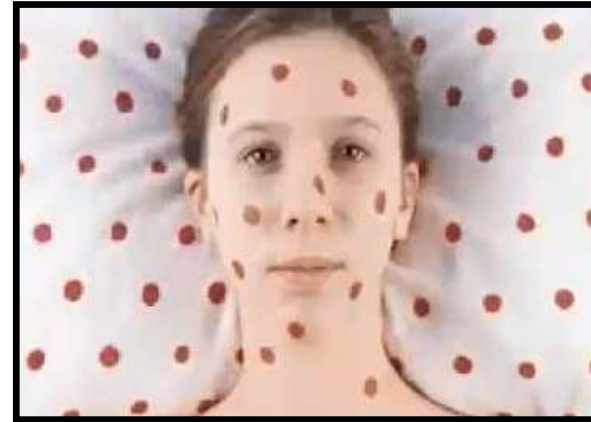
MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN EK COMPLETA E INCOMPLETA

N: 193 sujetos, mediana de **edad:** 29 meses (r 2 a 144 m), **masculino/femenino** 1,76/1
Tasa promedio total país 5 casos/10.000 egresos hospitalarios

	N total	Fiebre N (%)	Inyección conjuntival N (%)	Exantema eritematoso polimórfico N (%)	Compromiso de mucosa oral N (%)	Compromiso de extremidades N (%)	Adenopatía cervical N (%)
EK completa	145 (75,13%)	145 (100%)	125 (86,21%)	136 (93,79%)	133 (91,72%)	115 (79,31%)	90 (62,07%)
EK incompleta	48 (24,87%)	48 (100%)	21 (43,75%)	31 (64,58%)	35 (72,92%)	14 (29,17%)	20 (41,67%)

Melonari P, abate H, Ilano López L, y col. Enfermedad de kawasaki en niños de Argentina: estudio multicéntrico. Enviado a AAP para su publicación.

¿CÓMO ORIENTARSE ANTE UN NIÑO FEBRIL Y CON EXANTEMA?



- ◉ Edad
- ◉ El exantema se inició simultáneamente con la fiebre, antes o después?
- ◉ Características del exantema/pruriginoso?
- ◉ Descama?
- ◉ Enantema?
- ◉ Síntomas concomitantes con el exantema
- ◉ Momento epidemiológico local
- ◉ Antecedentes de viajes a zonas de riesgo

ES FUNDAMENTAL DESCARTAR ENFERMEDADES CON HALLAZGOS CLINICOS SIMILARES A EK

- ◉ **DIAGNÓSTICO CLINICO PRESUNTIVO**

Anamnesis clínica-epidemiológica

Examen semiológico completo

- ◉ **DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO**

Métodos auxiliares

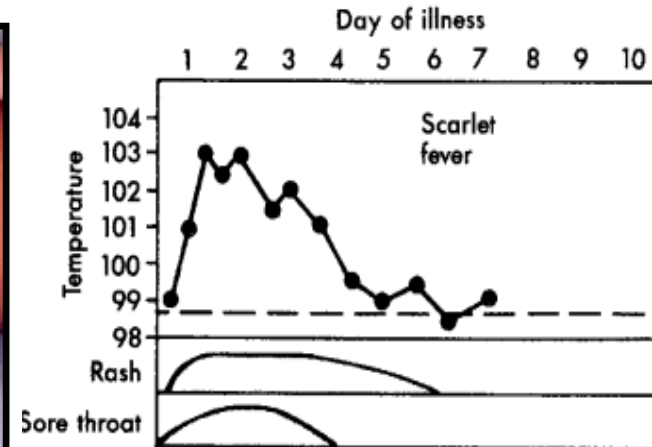
ESCARLATINA



Exantema eritemato-micropapular



Signo de Pastia



Facies de Filateau



Lengua en frambuesa

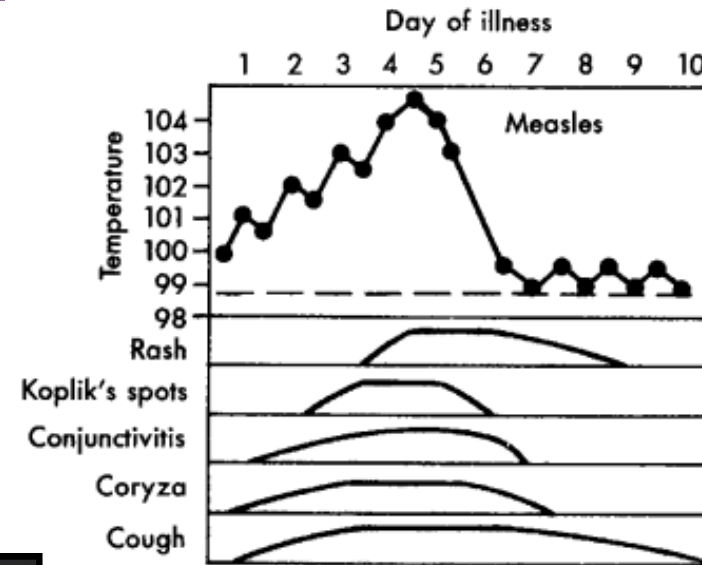


Faringitis eritematosa o pultácea

Enantema, petequisal

Por toxina eritrogénica (A,B,C). Rara en <3 años. Buen estado general, fiebre alta. Pruebas rápidas de Ag/ hisopado fauces positivo para SBHGA, AELO positiva. Rápida mejoría con tratamiento antibiótico.

SARAMPIÓN



Diagnóstico: dosaje de IgM específica, elevación de IgG en muestras pareadas; identificación viral por RT-PCR (secreción faríngea, orina o sangre)

SÍNDROME DE *SHOCK* TÓXICO ESTREPTOCÓCICO O ESTAFILOCÓCICO



Fiebre, mal estado general, inyección conjuntival, mialgias severas, eritrodermia que puede descamar, hipotensión, signos de afectación multiorgánica, necrosis tejidos blandos o miositis o gangrena.

Mediado por toxinas (superantígeno). Asociado a infección de partes blandas o uso de tampones femeninos, partos, abortos, procedimientos quirúrgicos.

Diagnóstico: Aislamiento bacteriano

SÍNDROME DE PIEL ESCALDADA ESTAFILOCÓCICO (ENFERMEDAD DE RITTER EN EL RECIÉN NACIDO)



Conjuntivitis purulenta, luego fiebre, mal estado general, exantema doloroso escarlatiniforme o impétigo bulloso generalizado, acentuado en pliegues y periorifical. Posterior descamación y presencia de costras periorificiales.

Mediada por toxina exfoliativa A o B.

Signo de Nikolski positivo.

Identificación de germen

SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON Y NECROLISIS EPIDÉRMICA TOXICA

**Fiebre, síntomas
gastrointestinales y
respiratorios**



**Ampollas y costras mucosa
bucal, conjuntivitis.
Compromiso mucosa nasal,
anal y genital**

**Exantema maculo
eritematopurpúrico,
lesiones ampollares,
Descamación**



**Reacciones citotóxicas mediadas por células. Signo de Nikolski positivo
Dermatosis ampollar grave, desencadenada principalmente por fármacos.**

EXANTEMAS VIRALES



Parvovirus B19 (Eritema infeccioso, 5° enfermedad)



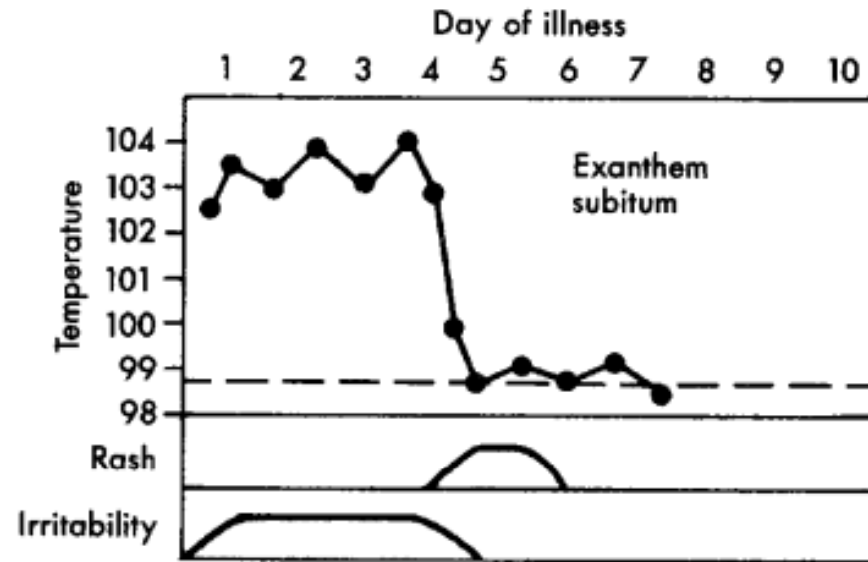
*Parvovirus B19
Erupción en
encaje*



*Coxsackie A16, A9, ECHO 11, Enterovirus 71
Sind. mano-pie-boca*

Exantemas eritemato-maculo-papular, a veces papulo-vesicular. Final invierno y primavera. Síntomas gastrointestinales y respiratorios. Buen estado general.

HERPES HUMANO 6 Y 7 (EXANTEMA SÚBITO POSFEBRIL, ROSÉOLA).



SIGNOS/ SÍNTOMAS	DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA
Fiebre	++++	+++	++
Mialgia/artralgia	+++	++++	++
Edema extremidades	0	+	++
Exantema maculopapular	++	+++	+++
Dolor retroorbitario	++	+	++
Hiperemia conjuntival	0	+	+++
Linfadenopatía	++	++	+
Hepatomegalia	0	++	0
Leucopenia/trombocitopenia	+++	+++	0
Hemorragia	+	0	0

Fuente: adaptado de Haltead *et al*, a partir de la comunicación del Departamento del Servicio de Salud del Estado de Yap/Micronesia.



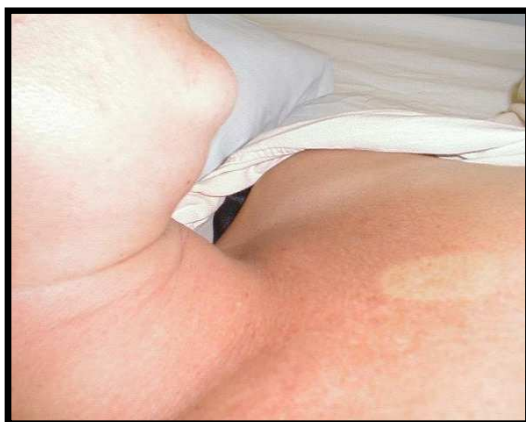
DENGUE

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DEL DENGUE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA

DATOS PRELIMINARES (01/01/2016 al 30/06/2016).

Coria L, Calvari M, Gentile Á y col

8° congreso argentino de Infectología



Exantema eritemato-micropapular

Síntomas/Signos	(%)
Fiebre	90
Cefalea	69
Mialgias	44
Nauseas	41
Vómitos	39
Dolor retroocular	34
Dolor abdominal	32
Exantema	31
Artralgias	21
Inyección conjuntival	21
Diarrea	17
Prurito	10
Síndrome hemorrágico	7
Conjuntivitis no purulenta	6
Hepatoesplenomegalia	2
Oligoanuria	2
Tos	1
Disnea	1
Ictericia	1
Síndrome confusional	1
Síndrome meníngeo	1

ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA



Comienza con fiebre (pico diario vespertino), exantema macular evanescente en el tronco y las extremidades. Al inicio, los pacientes pueden no presentar artritis y las radiografías óseas pueden ser normales. Derrame pericárdico.

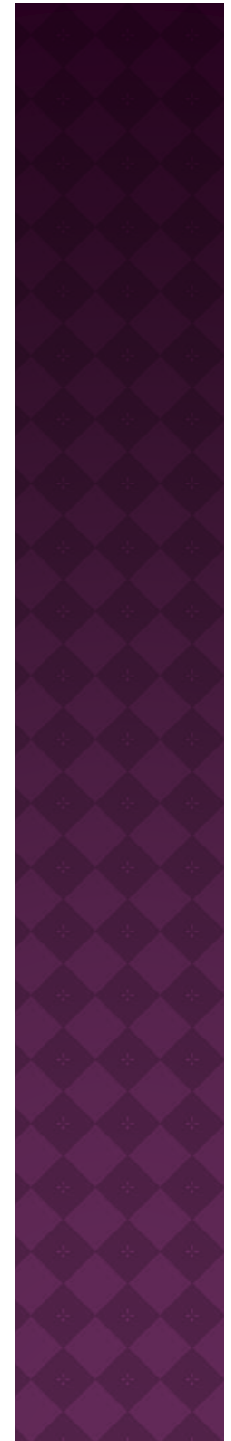
Seronegativa

EK: DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

- **Infecciones virales, exantemas inespecíficos (*ADV, HV 6, Parvovirus B19, enterovirus, ECHO*)**
- **Escarlatina**
- **Síndrome shock tóxico estreptocócico o estafilocócico**
- **Síndrome de piel escaldada estafilocócico**
- **Síndrome Stevens Johnson – necrólisis epidémica tóxica.**
- **Síndrome mononucleósico**
- **Dengue**
- **Sarampión**
- **Artritis idiopática juvenil sistémica**
- **Panarteritisnodososa**
- **Linfoma**
- **Leptospirosis**

EK: DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

- ◉ LA BÚSQUEDA EXHAUSTIVA DEL AGENTE CAUSAL HA SIDO INFRUCTUOSA.
- ◉ LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS NO SON PATOGNOMÓNICAS
- ◉ LOS METODOS DIAGNÓSTICOS LABORATORIALES SON INESPECÍFICOS



HALLAZGOS DE LABORATORIO

- Leucocitosis con neutrofilia
- Elevación de reactantes de fase aguda (VSG-PCR)
- Anemia normocítica normocrómica progresiva
- Trombocitosis (a partir de la 2° semana)
- Perfil lipídico: disminución de lipoproteínas de alta densidad (HDL), colesterolemia total normal, incremento de triglicéridos.
- Elevación de las transaminasas, bilirrubina y γ GT
- Hipoalbuminemia
- Alteraciones del LCR
- Troponina cardíaca (daño miocardio)

Paciente femenino, edad 17 meses, ingresa al Hospital Pediátrico Dr. H. Notti el 28/07/16.

Antecedentes: rinorrea mucosa, exantema eritemato-maculo-papular y fiebre > 38,5 °C, que persiste al 5° día. Ductus sin compromiso hemodinámico.

Examen físico: eutrófico, regular estado general, irritable, adenomegalia laterocervical izq. no dolorosa, fauces congestivas, lengua aframbuesada, edema bipalpebral bilateral, queilitis con sangrado por fisuras, inyección conjuntival, eritema maculopapular generalizado y pruriginoso, edema de manos y pies sin godet.

Ap. Respiratorio y cardiovascular compensados.

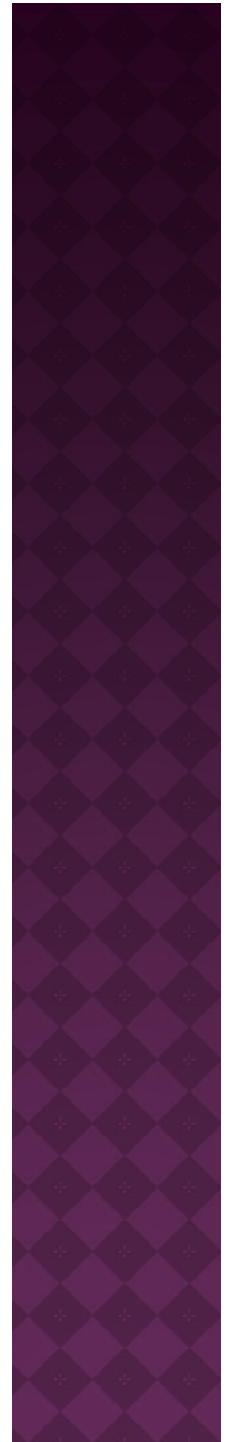
Abdomen: sin visceromegalias.

SNC: lúcido, sin signos meníngeos.

Analítica: GB 7.470/mm³ (NS 58%, E 8%, L 30%, M 4%) Hb 12 g/%, Plaquetas 270.000/mm³, PCR 91,8 mg/l. VSG: 90 mm, Ionograma: n, Creatinina: n, Proteínas: n, Bilirrubinemia: n, Enzimas hepáticas: n, Fal: n, GGT: 45 UI/l, Colesterol total: n, HDL 4 mg/dl, LDL: 11 mg/dl, Triglicéridos 221 mg/dl

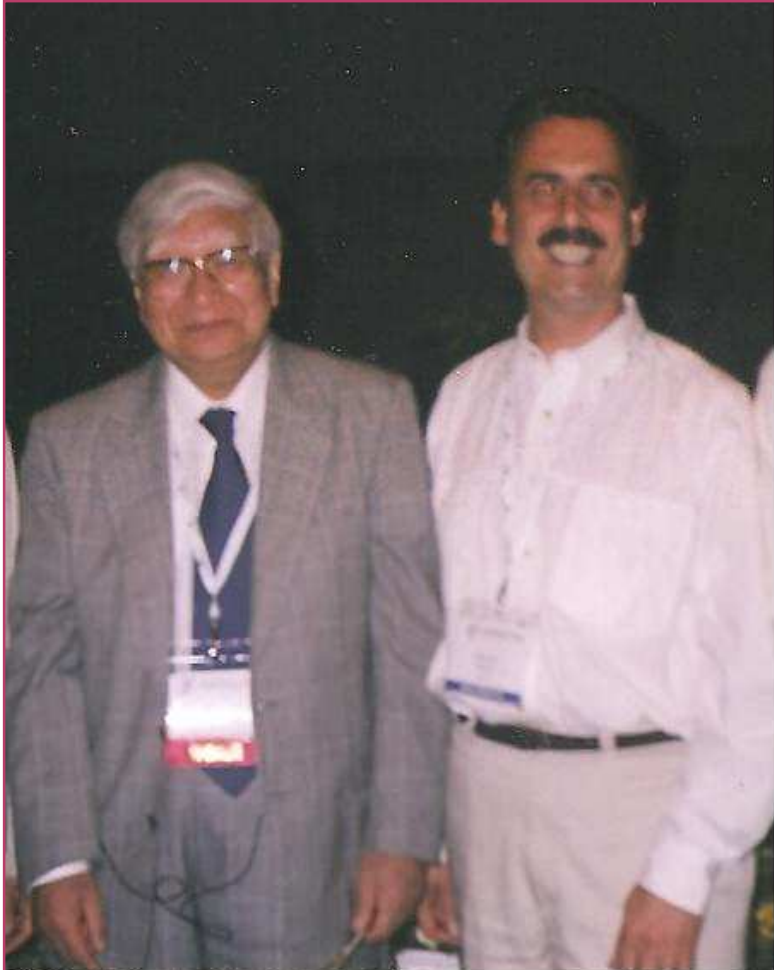
Eco doppler: n

«El diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad de Kawasaki es fundamental para la prevención de las complicaciones coronarias»



CONCLUSIONES

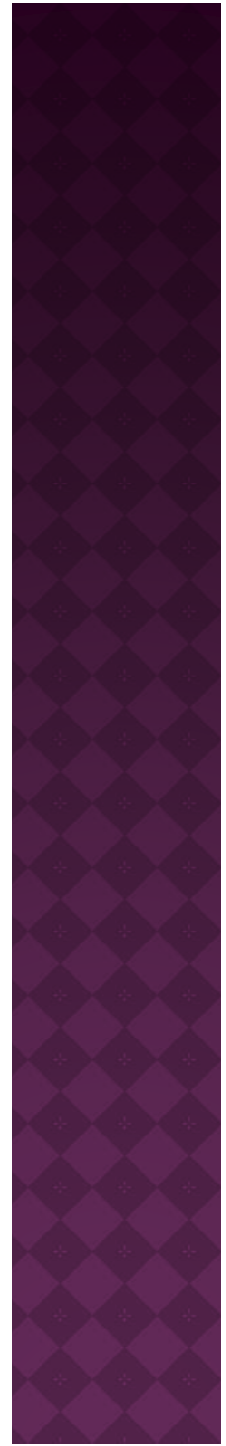
- ◉ Ante la ausencia de estudios específicos de laboratorio el diagnóstico se basa en la presencia de manifestaciones clínicas.
- ◉ Diagnóstico diferencial con patologías infecciosas e inflamatorias frecuentes en pediatría.
- ◉ Fundamental el diagnóstico en la etapa aguda de la EK (primeros 10 días) para tratamiento y disminución de riesgo de desarrollo de aneurismas coronarios.



Dr Tomisaku Kawasaki, Dr Héctor Abate

**MUCHAS
GRACIAS!**

**2ND WORLD CONGRESS OF
PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASES
NOVEMBER 2-6-1999 MANILA
PHILIPPINES**



Clase de Recomendación y Nivel de Evidencia

Clase I	Clase IIa	Clase IIb	Clase III
<i>Beneficio >>> Riesgo</i>	<i>Beneficio >> Riesgo Estudios adicionales focalizados en el objetivo son necesarios</i>	<i>Beneficio \geq Riesgo Estudios adicionales con objetivos amplios son necesarios</i>	<i>Riesgo \geq Beneficio</i>
El tto / procedimiento SE DEBE realizar	El tto / procedimiento ES RAZONABLE	El tto / procedimiento PUEDE SER CONSIDERADO	El tto / procedimiento NO DEBE ser realizado ya que es peligroso.

Nivel A	<i>Información obtenida de múltiples ensayos clínicos aleatorizados o meta-análisis Consistencia en dirección y magnitud de efecto</i>
Nivel B	<i>Información derivada de un solo ensayo clínico o estudios no aleatorizados</i>
Nivel C	<i>Opinión de expertos, estudio de casos o cuidado habitual</i>

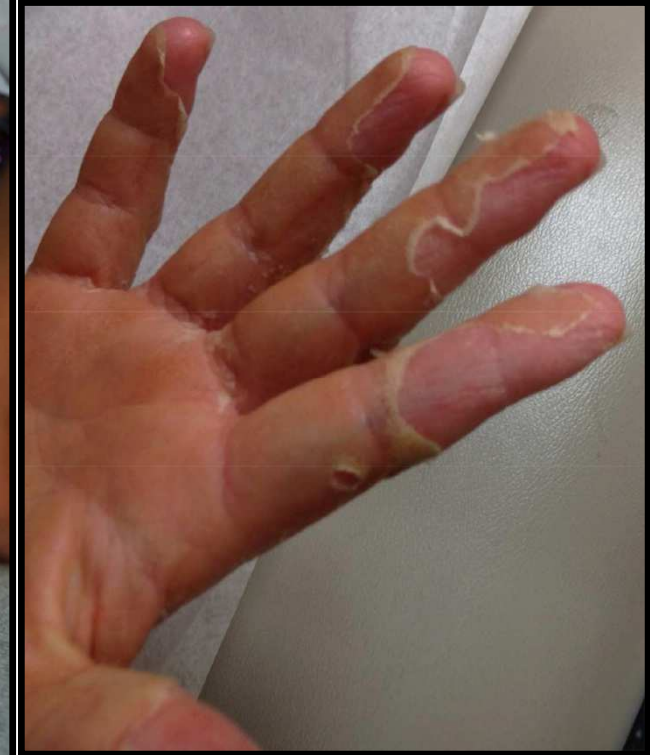
ENFERMEDAD DE KAWASAKI



Inyección conjuntival y labios rojos



Rash maculopapular en extremidades



Descamación periungueal,
2 semanas posteriores al inicio de la
fiebre