



SOCIEDAD
COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA Y
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Revista Colombiana de Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar



CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA – PRESENTACIÓN DE CASOS

Enfermedad de Kawasaki

Sandra Matiz Mejía^{a,*}, Carolina Ariza Correa^b, Carolina Salinas Suárez^b,
Manuel Huertas Quiñones^c y Roy Sanguino Lobo^c

^a Universidad El Bosque, Laboratorio de Simulación Clínica, Bogotá, Colombia

^b Universidad San Martín, Bogotá, Colombia

^c Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

Recibido el 2 de mayo de 2016; aceptado el 10 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Enfermedad
coronaria;
Aneurismas

KEYWORDS

Coronary disease;
Aneurysms

Resumen La enfermedad de Kawasaki es un estado febril agudo, cuya incidencia es de 175 por cada 100.000 niños menores de 5 años. Es una vasculitis con predilección por los vasos de pequeño y mediano calibre, especialmente por las arterias coronarias; sin tratamiento pueden desarrollarse aneurismas coronarios que conllevan riesgo de infarto agudo de miocardio y muerte súbita. Se describe el caso de un niño de 4 años a quien se diagnosticó enfermedad de Kawasaki y aneurismas fusiformes moderados en las arterias coronarias derecha e izquierda. En control a los dos meses desarrolló nuevo cuadro febril con hipercolesterolemia, trombocitosis y alteración de las pruebas hepáticas. En ecocardiograma de control se evidenció aneurisma gigante en la coronaria izquierda y mediante angiografía coronaria se detectaron dos aneurismas en la coronaria derecha. En vista de que se consideró un caso de evolución atípica, se realizó revisión de la literatura mundial en enfermedad de Kawasaki y se recomendó diagnóstico y tratamiento precoz para disminuir la morbilidad con compromiso cardiovascular severo y/o la mortalidad.

© 2016 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Kawasaki disease

Abstract Kawasaki disease is an acute febrile state with an incidence of 175 per 100,000 children under the age of 5. It is a vasculitis with a preference for small and medium-sized vessels, especially for coronary arteries. If untreated, coronary aneurysms may pose the risk of acute myocardial infarction and sudden death. The case of a 4 year-old child who was diagnosed of Kawasaki disease and moderate fusiform aneurysms in the right and left coronary arteries is described. Follow-up visit after two months revealed fever again with hypercholesterolemia, thrombocytosis and abnormal liver testing. Control echocardiogram evidenced a giant aneurysm in the left coronary and a coronary angiography detected two

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: matizmsandra@unbosque.edu.co (S. Matiz Mejía).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.05.011>

0120-5633/© 2016 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

additional aneurysms in the right coronary. As this was considered an atypical progress of the condition, review of global Kawasaki disease literature was carried out and early diagnosis and treatment were recommended to reduce morbidity with severe cardiovascular involvement and/or mortality.

© 2016 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis aguda de origen desconocido, causante de la mayoría de enfermedades cardíacas en pacientes menores de 5 años de edad. Tiene una incidencia anual de 32,5 por 1.000 niños menores de 5 años. El primer caso lo reportó Tomisaku Kawasaki en enero de 1961 en el Hospital Cruz Roja de Tokyo, al describir la aparición de *rash*, fiebre, adenopatía cervical única y cambios en la orofaringe como una sola entidad. Entre 1961 y 1967 se diagnosticaron aproximadamente 50 casos y en 1967 se realizó la primera publicación oficial en la que se describió el síndrome febril óculo-oro-cutáneo-acrodescamativo con o sin linfadenitis cervical no supurativa.

En 1970, Noboru Tanaka evidenció aneurismas y trombosis coronaria en autopsias de niños con esta enfermedad.

Caso

Paciente masculino de 4 años de edad, producto de cuarta gestación, de madre de 39 años de edad, embarazo sin complicaciones, parto vía vaginal, peso adecuado y adaptación neonatal espontánea.

Ingresó al servicio de urgencias por cuadro clínico de tres días de evolución con fiebre cuantificada hasta 39-40° grados, acompañada de emesis de tipo alimentario hasta siete episodios en el día y sospecha de patología urinaria, razón por la que fue hospitalizado. El hemograma de ingreso evidenció leucocitosis con tendencia a la neutrofilia, plaquetas normales y prueba Strepto A positiva. Se administraron 600.000 UI de penicilina benzatínica ante sospecha de amigdalitis bacteriana. A las 24 horas de hospitalización se observaron lesiones eritematosas en lengua, de fondo blanquecino y se diagnosticó gingivoestomatitis herpética, por lo que se inició manejo con aciclovir. Luego de 4 días de hospitalización, persistió la fiebre y apareció exantema maculopapular pruriginoso en axilas, zona inguinal, estómago y pies. En el quinto día se observó lengua roja, labios fisurados, edema en manos y pies y descamación posterior. Al octavo día se sospechó enfermedad de Kawasaki y se solicitó hemograma de control que evidenció trombocitosis y ecocardiograma que reportó aneurismas fusiformes de tamaño moderado en las coronarias izquierda (7,6 mm) y derecha (6,3 mm) sin obstrucción en el flujo, con mínimo derrame pericárdico. Se confirmó enfermedad de Kawasaki y se inició tratamiento con inmunoglobulina y ácido acetil salicílico. Al noveno día cesó la fiebre y el undécimo egresó con prescripción de Aspirina (3 mg/kg/día).

En control ecocardiográfico al mes aún persistían los aneurismas de igual tamaño. Dos meses luego del egreso, presentó fiebre de 39-40° durante dos días, consultó a Urgencias y se administró benzetacil por diagnóstico de amigdalitis. Se hospitalizó para estudio y presentó hipercolesterolemia, trombocitosis y pruebas de función hepática alteradas. El ecocardiograma evidenció aneurisma sacular gigante del tronco coronario izquierdo (13 mm) y dos aneurismas de tamaño moderado a grande (8,2 mm la proximal y 6,6 mm la distal) en la coronaria derecha (fig. 1A y B). Se inició tratamiento con heparina durante dos meses y posteriormente se trató con warfarina 0,1 mg/kg/día y ácido acetil salicílico 50 mg/día. Se dio de alta con fórmula de ácido acetil-salicílico.

Ante la persistencia de aneurismas gigantes se remitió para valoración por Hemodinámica, quienes ordenaron cateterismo cardíaco (figs. 2A, 2B, 3A y 3B). Se trató con heparina de bajo peso molecular durante un mes y luego con warfarina en forma permanente.

Discusión

La enfermedad de Kawasaki en un proceso inflamatorio vascular sistémico, que afecta predominantemente a niños desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, aunque se han descrito casos hasta los 15 años.

En Estados Unidos, el 76% de los niños con enfermedad de Kawasaki son menores de 5 años, con una edad media de 2 años de edad; ocurre de forma estacional, principalmente en invierno y primavera, y afecta más al género masculino, con una relación de 1,7: 1.

Lesiona vasos de pequeño y mediano calibre a cualquier nivel, sin embargo, tiene predilección por las arterias coronarias en la mayoría de casos.

La hipótesis sobre la patogenia de la enfermedad postula que el agente ingresa por vía respiratoria y penetra a través del epitelio bronquial, donde es captado por los macrófagos tisulares, favoreciendo el inicio de la respuesta inmune innata. En el epitelio bronquial el agente desencadena la producción de proteínas virales que se engloban dentro de cuerpos de inclusión citoplasmática, que no son reconocidos por el sistema inmune, por lo que pueden estar en forma persistente.

Las toxinas de bacterias actúan como «superantígenos», estimulando intensamente la cadena lateral γ del receptor de la célula T. Estas toxinas pueden ser producidas por cepas nuevas de *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus pyogenes*. Además, estos macrófagos pasan al sistema circulatorio y se dirigen a través de los vasos sanguíneos hacia distintos órganos como páncreas, glándulas salivales, próstata y otros.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5620392>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5620392>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)