



Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original

¿La enfermedad de Kawasaki ha perdido su afectación articular?

Eva Pilar Álvarez*, Francis Rey, Sara Carolina Peña, Aranzazu Rubio, Cristina Calvo y Paz Collado

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de noviembre de 2015

Aceptado el 15 de abril de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Enfermedad de Kawasaki

Afectación articular

Aneurismas

Inmunoglobulinas

R E S U M E N

Objetivo: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica aguda de arterias de tamaño medio, especialmente las coronarias. Su diagnóstico clásico se basa en la presencia de fiebre prolongada y diversas manifestaciones clínicas. En la era preinmunoglobulinas, la artritis aguda constituía un hallazgo común. Nuestro objetivo es definir la prevalencia de la artritis al diagnóstico, su respuesta a inmunoglobulinas intravenosas y su relación con eventos cardíacos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 42 pacientes con EK desde enero de 1988 a noviembre de 2013. Las variables demográficas, clínicas, laboratorio y tratamiento fueron revisadas.

Resultados: Se encontró predominio de varones (57,1%), fiebre (100%), exantema (92,9%), conjuntivitis (78,6%), afectación oral (76,2%), adenopatía cervical (71,4%), edema (52,4%) y descamación (46,3%). Ocho pacientes presentaron clínica cardiológica y ecocardiograma con alteraciones coronarias. Siete pacientes (16%) presentaron afectación articular aguda. El 57% fue oligoarticular con predominio de tobillos, 29% monoarticular de cadera y 14% poliarticular. El 100% aumentó los reactantes de fase aguda, con neutrofilia (57%) e hipoalbuminemia (71,5%). Todos respondieron a inmunoglobulinas intravenosas, sin afectación cardíaca ni secuelas posteriores. Hubo dieciséis EK incompletos: nueve varones, con fiebre (100%), exantema (75%), conjuntivitis (56%), adenopatía cervical (50%), alteración de mucosa oral (44%) y edemas (25%). Cuatro tuvieron afectación cardíaca (un aneurisma; tres ectasias).

Conclusiones: La artritis aguda fue poco frecuente (16%) y sin secuelas posteriores. El tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas y ácido acetilsalicílico posiblemente previene su desarrollo, disminuyendo el seguimiento por Reumatología. La afectación cardíaca, principalmente en EK incompleta, sigue marcando su pronóstico, sin hallar empeoramiento cardíaco en pacientes con artritis.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Has articular involvement lessened in Kawasaki disease?

A B S T R A C T

Objective: Kawasaki disease (KD) is an acute systemic vasculitis affecting medium-sized arteries, particularly the coronary arteries. Classic diagnosis is based in prolonged fever and different clinical features, including acute arthritis. Our objective is to determine the prevalence of arthritis at the moment of the diagnosis, the response to intravenous immunoglobulin infusion and the relation with cardiac findings.

Material and Methods: Retrospective study through review of medical records of 42 patients with KD from 1988 to 2013. Demographic, clinical, laboratory variables and treatment were reviewed.

Results: Male sex was predominant (57%). Fever (100%), exanthema (92,9%), conjunctivitis (78,6%), oropharyngeal changes (76,2%), cervical lymphadenopathy (71,4%), edema (52,4%) and peripheral desquamation (46,3%) were reported. Eight patients presented ecocardiography alterations (ectasia and aneurism). Acute articular involvement was reported in 7 (16%) patients, including oligoarticular (57%), monoarticular (29%) and polyarticular (14%) patterns. All patients had elevation of acute phase reactants with neutrophilia (57%) and hypoalbuminemia (71,5%), but showed a good therapeutic response to intravenous immunoglobulin, without sequelae. Sixteen patients had incomplete KD nine males, with 100% of fever exanthema (75%), conjunctivitis (56%) and 50% of cervical lymphadenopathy. Whereas oropharyngeal changes and edemas was described in 44% and 25% of them. Four patients with incomplete KD had coronary artery abnormalities.

Keywords:

Kawasaki disease

Articular involvement

Aneurysm

Inmunoglobulins

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: evalvareza@hotmail.com (E.P. Álvarez), paxcollado@yahoo.es (P. Collado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2016.04.004>

1699-258X/© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Conclusions: Acute arthritis was an uncommon finding (16%) and resulted in no sequelae. Maybe the treatment with intravenous immunoglobulin and aspirin prevents the development of articular abnormalities and then leading to a decrease in its follow-up requirement by reumatologist. The cardiovascular sequelae, mainly incomplete KD, remains determining its prognosis. The presence of articular involvement seems not to have influence over cardiac involvement.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica de mediano calibre, que afecta principalmente a varones menores de 5 años¹. Su mayor prevalencia se encuentra en Japón y Corea, especialmente en los meses de invierno y otoño. Presenta predilección por las arterias coronarias, y de ahí deriva su principal complicación, responsable de su mortalidad y de una mayor y acelerada aterosclerosis en estos niños², siendo a día de hoy, la principal causa de enfermedad cardíaca adquirida en la edad pediátrica en países desarrollados. Su etiología permanece aún incierta. Se sugiere una respuesta inmune inapropiada a agentes externos o infecciosos (toxinas de estafilococo y estreptococo) que actuarían como superantígenos desencadenantes en individuos genéticamente susceptibles y donde las células plasmáticas IgA jugarían un papel importante³⁻⁵. El diagnóstico de la EK se basa principalmente en unos criterios clínicos, donde la fiebre es imprescindible, además de precisar de 4 de las siguientes características: 1) cambios en extremidades (eritema y edema en palmas y plantas, descamación de los dedos) 2) exantema polimorfo 3) inyección conjuntival bulbar bilateral sin exudado 4) cambios en labios y cavidad oral (eritema en labios o mucosa, labios agrietados, lengua aframbuesada) 5) linfadenopatía cervical unilateral mayor de 1,5 cm de diámetro³. Sin embargo, con objeto de diagnosticar y tratar precozmente la EK, se define como EK incompleta, los casos que cumplen menos de 4 criterios, pero presentan alteraciones típicas en arterias coronarias (medidas por ecocardiograma o arteriografía)⁶.

Aunque la afectación cardíaca es el factor pronóstico más importante, la artritis ha sido considerada como una manifestación común dentro de la EK, habiendo sido descrita hasta en un 31% en diversas publicaciones de la era preinmunoglobulinas⁷. Además, se ha demostrado en la literatura la estrecha relación entre la artritis aguda precoz y la mala evolución a nivel cardíaco, desarrollando aneurismas coronarios un 39% de estos pacientes con artritis⁶, frente al 19% de la media. La llegada de las inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) supuso un avance en el control de la enfermedad, reduciendo la fiebre, así como los procesos inflamatorios sistémicos, y por tanto la frecuencia de alteraciones en arterias coronarias. El pronóstico marcado por la clínica cardiológica ha conducido a la publicación⁷ de numerosos estudios enfocados en la evolución de dicha afectación, siendo pocos los artículos dedicados a la afectación articular. El objetivo de este estudio fue definir la prevalencia de la artritis en la EK al momento del diagnóstico, su respuesta a las IGIV, así como su relación con eventos cardíacos.

Material y métodos

Estudio retrospectivo y descriptivo de niños con EK hospitalizados en el Hospital Universitario Severo Ochoa de Madrid, España, entre enero de 1988 y noviembre del 2013. El trabajo fue aprobado por el comité ético del hospital.

Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes pediátricos que incluían el código diagnóstico de «EK» o «síndrome mucocutáneo ganglionar» proporcionado por el sistema informático del servicio de archivo del hospital. En nuestro hospital, los

niños con sospecha de EK son valorados e ingresados por el Servicio de Pediatría. La atención por parte de Reumatología acontece durante el ingreso a petición de los pediatras. Los niños incluidos en este estudio fueron valorados de EK de acuerdo a los criterios propuestos por la American Academy Of Pediatrics American Heart Association³.

Se recogieron las manifestaciones clínicas, en particular los criterios de clasificación diagnóstica, las variables demográficas (edad, sexo, raza), la estación del año de presentación, los antecedentes de infecciones y las variables analíticas al diagnóstico (proteína C reactiva [PCR], velocidad de sedimentación globular [VSG], bioquímica, albúmina, hemoglobina, plaquetas, leucocitos y urianálisis). En las variables analíticas recogidas se definió como valor anómalo todo aquel que estuviera fuera de los límites de normalidad marcados por el Servicio de Laboratorio Central de nuestro centro. Para los reactantes de fase aguda, se consideró la PCR >10 mg/l y la VSG > 20 mm/h.

La afectación cardíaca se basó en la presencia de alteraciones en el electrocardiograma y/o ecocardiograma. El aneurisma coronario se definió cuando el diámetro máximo de la arteria coronaria era mayor de 3 mm en pacientes menores de 5 años, y mayor de 4 mm en mayores o igual de 5 años⁸. Además, se clasificaron según el tamaño en pequeño (menos de 5 mm), mediano (5-8 mm) o grande (mayores de 8 mm). En ausencia de aneurismas, se consideró como ectasia o dilatación coronaria, la presencia de una arteria coronaria con un diámetro mayor del normal.

La afectación articular se basó principalmente en las manifestaciones clínicas, y en los hallazgos derivados del estudio por ecografía musculoesquelética (desde el año 2004). La afectación articular se clasificó en oligoarticular si el número de articulaciones afectas eran ≤ 4 , y poliarticular con ≥ 5 articulaciones afectas. Además, se incluyó para estudio la presencia de cualquier manifestación clínica crónica (secuelas) de naturaleza cardíaca o articular.

La existencia de un manejo terapéutico protocolizado para EK recogido en el Servicio de Pediatría de nuestro hospital, permitió que todos ellos recibieran el mismo tratamiento en los primeros 7-10 días del diagnóstico. En la fase aguda, según el protocolo, el paciente permanece en reposo, se prescribe ácido acetilsalicílico (AAS) junto con IGIV al ingreso. Inicialmente la dosis del AAS es antiinflamatoria (80-100 mg/kg/día), hasta 48 h posteriores a la desaparición de la fiebre y clínica, en que se reduce a dosis antiagregante en toma única (3-5 mg/kg/día)⁹. Se administra IGIV a dosis de 2 g/kg, en dosis única, lentamente (duración de la infusión 10 h), desapareciendo habitualmente la fiebre al terminar la infusión. Si tras 36 h postinfusión mejora clínica y analíticamente, pero la fiebre reaparece, se repite una segunda dosis de IGIV.

Los casos resistentes a IGIV pueden ser $\geq 10\%$, y vienen definidos por persistencia de fiebre y reactantes de fase aguda y/o signos clínicos ≥ 36 h después de la IGIV. En estos pacientes se ha descrito además un incremento del riesgo de aneurismas en las arterias coronarias¹⁰. Como segunda línea de tratamiento, se ha indicado entonces la combinación de corticoides intravenosos (pulsos de metilprednisolona, 30 mg/kg, durante 1-3 días)^{9,10} con una nueva dosis de IGIV. Pese a su buena respuesta clínica, algunos estudios concluyen que los corticoides no consiguen disminuir la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5669708>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5669708>

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