

DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v36i4.6525>

Citar como:

Cedamano D, Quispe A.
Enfermedad de Kawasaki
con aneurismas coronarios
en un lactante de dos meses.
Reporte de caso. Rev Méd
Hered. 2025; 36(4): 373-378. DOI:
10.20453/rmh.v36i4.6525

Recibido: 20/05/2025

Aceptado: 25/09/2025

**Declaración de financiamiento
y de conflictos de interés:**

El reporte fue financiado por
los autores. Declaran no tener
conflictos de interés.

Contribución de autoría:

DCA: Concepción y diseño del
trabajo, recolección y adquisición
de datos del paciente, análisis
e interpretación de los datos
clínicos y de laboratorio,
redacción del manuscrito inicial,
revisión crítica del contenido
intelectual del manuscrito,
aprobación de la versión final
del manuscrito y responsabilidad
sobre la integridad y exactitud
de todos los aspectos del trabajo.

AQS: Análisis e interpretación de
los datos clínicos y de laboratorio,
revisión crítica del contenido
intelectual del manuscrito,
contribución a la redacción
y edición del documento,
aprobación de la versión final
del manuscrito y responsabilidad
sobre la integridad y exactitud de
todos los aspectos del trabajo.

Correspondencia:

Diego Cedamano Alva

✉ diegocedamano@hotmail.com
teléfono: 972909709 / cod postal:
15072



Artículo de acceso abierto,
distribuido bajo los términos de
la Licencia Creative Commons
Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

© Revista Médica Herediana

Enfermedad de Kawasaki con aneurismas coronarios en un lactante de dos meses. Reporte de caso

Kawasaki Disease with Coronary Aneurysms in a Two-Month-Old Infant: A Case Report

Diego Cedamano Alva^{1,a; 2,b} , Alan Quispe Sanchez^{3,c} 

¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Hospital Nacional Cayetano Heredia.

³ Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

^a Profesor contratado.

^b Nefrólogo Pediatra.

^c Pediatra.

RESUMEN

Se reporta el caso de un lactante masculino de 2 meses y 7 días de edad, que ingresó por emergencia pediátrica con cuadro de fiebre persistente, exantema, signos respiratorios leves y hallazgos cardiovasculares sugestivos de enfermedad de Kawasaki (EK), confirmada por ecocardiografía. Se detectaron aneurismas coronarios bilaterales y se instauró tratamiento inmunomodulador con buena evolución clínica. Se trata de una presentación infrecuente por la corta edad del paciente y la severidad de la afectación coronaria.

PALABRAS CLAVE: Síndrome mucocutáneo linfonodular, aneurisma coronario, inmunoglobulinas intravenosas.

SUMMARY

We present the clinical case of a 2-month-old male infant who was admitted to the emergency department with persistent fever and a generalized rash. Physical examination and echocardiographic findings were suggestive of Kawasaki Disease, with evidence of bilateral coronary artery aneurysms. The patient received immunomodulatory treatment with favorable clinical and laboratory response. This case highlights the rare and severe presentation of Kawasaki Disease in early infancy, emphasizing the need for timely diagnosis and management to prevent cardiac sequelae.

KEYWORDS: Mucocutaneous Lymph Node Syndrome, Coronary aneurysm, Intravenous immunoglobulins.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica aguda de etiología aún no completamente comprendida, que afecta predominantemente a niños menores de cinco años y constituye la principal causa de enfermedad cardíaca adquirida en la infancia en países desarrollados ⁽¹⁾. Su diagnóstico se basa en la presencia de fiebre persistente y signos clínicos como conjuntivitis no purulenta, eritema oral, exantema, linfadenopatía cervical y cambios en extremidades; sin embargo, en menores de seis meses puede presentarse de forma incompleta, dificultando el diagnóstico oportuno y aumentando el riesgo de complicaciones coronarias. ⁽²⁾

Los lactantes menores de seis meses representan una población especialmente vulnerable, pues sus manifestaciones clínicas suelen ser atípicas y con menor expresión de los criterios diagnósticos clásicos ⁽³⁾. En este grupo etario, la enfermedad puede avanzar rápidamente hacia el compromiso coronario, incluso con tratamiento instaurado dentro del periodo recomendado. La ecocardiografía y los biomarcadores inflamatorios adquieren un papel crucial en estos casos para sustentar el diagnóstico en ausencia de un cuadro clínico completo ⁽⁴⁾. El tratamiento estándar se basa en inmunoglobulina intravenosa (IGIV) y ácido acetilsalicílico (AAS), y en pacientes con alto riesgo o refractarios, se recomienda añadir corticosteroides desde el inicio. ⁽⁵⁾

El reporte tuvo como objetivo describir el caso de un lactante de dos meses con enfermedad de Kawasaki incompleta y compromiso coronario severo, enfatizando los desafíos diagnósticos y terapéuticos en este grupo etario. Se justifica su comunicación debido a que los lactantes menores de seis meses con EK son infrecuentes y representan un dilema clínico por su presentación atípica, el alto riesgo de complicaciones cardiovasculares y la necesidad de un alto índice de sospecha para el diagnóstico temprano.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Lactante masculino de dos meses y 7 días de edad, previamente sano, sin antecedentes quirúrgicos ni hospitalizaciones previas, con inmunizaciones incompletas por una enfermedad intercurrente. Fue llevado al servicio de emergencia pediátrica de un centro de salud I - 3 por un cuadro de fiebre persistente de 10 días de evolución, con hasta seis picos febriles diarios, acompañada de vómitos, rinorrea y

aparición progresiva de un exantema eritematoso que se intensificó tras el uso de antibióticos (cefalexina y posteriormente amoxicilina con ácido clavulánico) prescritos por una presunta infección urinaria. Durante su evolución, presentó dificultad respiratoria leve, lo cual motivó su derivación a un hospital III - 2 de mayor complejidad.

A su ingreso, se encontró con piel caliente, lesiones eritematosas en cara y extremidades, labios secos y fisurados con queilitis, edema en extremidades (Figura 1), adenopatía cervical posterior dolorosa y taquicardia, aunque sin inyección conjuntival. En la auscultación cardíaca se detectó un soplo sistólico leve (II/VI). Ante la sospecha de enfermedad inflamatoria sistémica, se solicitaron estudios complementarios. Los exámenes de laboratorio iniciales revelaron anemia con Hb: 6,91 g/dl, trombocitosis, leucocitosis con linfocitosis y proteína C reactiva (PCR) elevada en 11,17 mg/dl. Se solicitaron además pruebas para determinar o descartar infecciones, incluyendo hemocultivos, urocultivos, panel viral respiratorio, TORCH y serologías para CMV, EBV, herpes y rubeola, las cuales resultaron negativas. Posteriormente, se realizó una ecocardiografía transtorácica que mostró aneurismas coronarios bilaterales con Z score de hasta +5,5 en la coronaria izquierda y +3,4 en la derecha, insuficiencia mitral leve y derrame pericárdico laminar, con función sistólica conservada.

Con base en los hallazgos clínicos y ecocardiográficos, se estableció el diagnóstico de Enfermedad de Kawasaki en su forma incompleta, pero de alto riesgo, dada la afectación coronaria significativa. Se instauró tratamiento con inmunoglobulina intravenosa en dos ciclos, junto con ácido acetilsalicílico 30 mg diarios. Ante la persistencia de una respuesta inflamatoria elevada, se añadió prednisolona a partir del día 21 de enfermedad.

Durante la hospitalización, el paciente mostró mejoría clínica y laboratorial progresiva. Las ecocardiografías seriadas evidenciaron reducción del tamaño de los aneurismas (Z score de TCI disminuyó de +5,5 a +3,9), y se observó una disminución notable de los marcadores inflamatorios: la ferritina descendió de 859 a 35 ng/ml y la PCR se redujo a menos de 0,03 mg/dl. Fue dado de alta luego de 23 días hospitalizado en condiciones clínicas estables, con seguimiento ambulatorio por cardiología y reumatología pediátrica, y esquema decreciente de corticosteroides.



Figura 1. Edema y rash macular en miembro superior izquierdo.

Tabla 1. Exámenes de laboratorio.

	Hospitalización			Después de alta	
	día 1	día 18	día 21	día 7	día 38
Hemoglobina (g/dl)	9,5	-	10,3	10,6	11,6
Hematocrito (%)	28,2	-	-	30,8	33,8
Leucocitos ($\times 10^3/\mu\text{l}$)	34,93	-	6,63	5,79	6,63
Neutrófilos (%)	81,7	-	11,9	17,6	18,8
Linfocitos (%)	13,3	-	69,5	67,2	67,6
Plaquetas ($\times 10^3/\mu\text{l}$)	305	-	786	642	396
PCR (mg/dl)	11,519	0,033	0,024	-	0,026
Ferritina (ng/ml)	665	430	-	207,4	35
VSG (mm/h)	55	-	33	38	20
Creatinina (mg/dl)	0,18	-	-	-	0,21
Urea (mg/dl)	15,16	-	-	-	8,63
Glucosa (mg/dl)	128,71	-	-	-	96,84

Tabla 2. Hallazgos ecocardiográficos.

	Día de hospitalización				
	día 1	día 9	día 12	día 14	día 21
Hallazgos Principales	Aneurisma pequeño de la coronaria derecha, insuficiencia mitral leve, derrame pericárdico laminar. Mala ventana cardíaca.	Aneurismas moderados y pequeños en ambas coronarias, función sistólica bi-ventricular conservada, cavidades normales, sin trombosis ni HT pulmonar.	Hallazgos similares al día 9. Requiere seguimiento.	Aneurisma TCI (Z score +5,5), coronaria derecha proximal (Z +3,4), descendente anterior leve (Z +2,13), función sistólica conservada.	Disminución de tamaño aneurismático en TCI (Z +3,9), cavidades normales, buena contractilidad global.
FEVI (%)	69	69	69	72	75

Tabla 3. Criterios diagnósticos de enfermedad de Kawasaki.

Tipo	Criterios
Kawasaki completa	<p>Fiebre ≥ 5 días + al menos 4 de los 5 criterios clínicos principales:</p> <p>Cambios en extremidades: eritema palmar/plantar, edema indurado de manos/pies (fase aguda) o descamación periungueal (fase subaguda)</p> <p>Exantema polimorfo</p> <p>Inyección conjuntival bilateral no exudativa</p> <p>Cambios en labios y cavidad oral: eritema, fisuras labiales, lengua “aframbuesada”, eritema difuso de mucosa orofaríngea</p> <p>Linfadenopatía cervical ($\geq 1,5$ cm de diámetro), usualmente unilateral</p>
Kawasaki incompleta	<p>Fiebre ≥ 5 días + 2 o 3 criterios clínicos principales y cumple uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PCR $\geq 3,0$ mg/dl y/o VSG ≥ 40 mm/h + ≥ 3 hallazgos de laboratorio compatibles • Alteraciones coronarias en ecocardiograma (aneurismas, dilatación, ectasia, Z score $\geq 2,5$) <p>Hallazgos de laboratorio compatibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anemia para la edad - Plaquetas $\geq 450.000/\text{mm}^3$ después del día 7 - Albúmina $\leq 3,0$ g/dl - Elevación de transaminasas - Leucocitos $\geq 15.000/\text{mm}^3$ - Leucocitos en orina ≥ 10 por campo
Consideraciones especiales	<ul style="list-style-type: none"> • En presencia de ≥ 4 criterios clínicos principales, el diagnóstico puede establecerse en el día 4 de fiebre por médicos expertos • Lactantes < 6 meses tienen mayor riesgo de presentación incompleta y complicaciones coronarias • La ecocardiografía debe realizarse en todos los casos sospechosos

DISCUSIÓN

El caso presentado corresponde a un lactante de dos meses, edad poco frecuente para la presentación de EK, ya que los menores de seis meses constituyen menos del 10% de los casos reportados ⁽²⁾. Esta presentación se caracteriza por mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares y evolución atípica. ⁽³⁾

Ante el cuadro de fiebre persistente de 10 días, exantema y alteraciones mucosas en un lactante de dos meses, se plantearon inicialmente varios diagnósticos diferenciales. Las infecciones bacterianas, incluyendo sepsis y bacteriemia, fueron consideradas prioritariamente dado el grupo etario y la severidad del cuadro febril. La infección urinaria, que motivó el uso inicial de antibióticos, representa una causa frecuente de fiebre en lactantes. Sin embargo, la persistencia de la fiebre tras el tratamiento antibiótico y la aparición progresiva de manifestaciones mucocutáneas orientaron hacia una etiología no infecciosa.

Las infecciones virales, particularmente adenovirus, enterovirus, virus de Epstein-Barr y citomegalovirus, también fueron contempladas en el diagnóstico diferencial, dado que pueden cursar con fiebre prolongada, exantema y adenopatías. Las serologías y panel viral respiratorio negativos, junto con la ausencia de respuesta a tratamiento antimicrobiano, permitieron descartar estas etiologías. Otras vasculitis sistémicas de la infancia, aunque raras en este grupo etario, también fueron consideradas.

En este paciente, la fiebre persistente, la erupción cutánea, los cambios en mucosas (queilitis y labios fisurados), el edema de extremidades, la adenopatía cervical y la aparición de aneurismas coronarios permitieron sospechar y confirmar el diagnóstico de EK incompleta de alto riesgo. ⁽⁶⁾

Los hallazgos de laboratorio fueron fundamentales para el diagnóstico y seguimiento. Al ingreso, el

paciente presentó anemia severa, lo cual es inusual en lactantes con EK y puede reflejar la intensidad del proceso inflamatorio o una anemia dilucional secundaria. La leucocitosis marcada con predominio de neutrófilos y linfopenia relativa es característica de la fase aguda de la EK y refleja la activación inmune sistémica.

La elevación significativa de la proteína C reactiva y la ferritina elevadas fueron marcadores clave de inflamación sistémica severa, respaldando el diagnóstico de vasculitis ^(6,7). La velocidad de sedimentación globular elevada corroboró la actividad inflamatoria. La trombocitosis reactiva, aunque menos pronunciada en la fase aguda, es un hallazgo típico de la EK, particularmente en la fase subaguda. Estos hallazgos son consistentes con el perfil inflamatorio característico de la EK, donde la disrupción de la homeostasis proteica y la activación inmune desregulada contribuyen a la patogénesis de la enfermedad. ⁽⁷⁾

La evolución de los marcadores inflamatorios fue favorable tras el tratamiento inmunomodulador. La PCR descendió y la ferritina disminuyó progresivamente. La normalización del recuento leucocitario y la persistencia de la trombocitosis reactiva en la fase de convalecencia son hallazgos esperados en la evolución de la enfermedad.

La confirmación ecocardiográfica de aneurismas coronarios bilaterales (Z score +5,5 en la coronaria izquierda y +3,4 en la derecha) permitió sustentar el diagnóstico, como se indica en las guías de la American Heart Association (AHA) ⁽¹⁾. Los aneurismas con Z score mayor a +5 se clasifican como gigantes y confieren un riesgo significativo de trombosis y complicaciones a largo plazo. La presencia de insuficiencia mitral leve y derrame pericárdico laminar reflejó la extensión del compromiso cardiovascular.

En este contexto, se instauró tratamiento con IGIV en dos ciclos, AAS y prednisolona, en concordancia con las recomendaciones para casos graves o refractarios, lo cual ha demostrado reducir significativamente el riesgo de progresión de aneurismas y complicaciones mayores ⁽⁵⁾. Estudios recientes han evidenciado que la adición temprana de corticosteroides en pacientes con factores de alto riesgo (como edad <12 meses, PCR elevada o hallazgos ecocardiográficos iniciales) mejora los desenlaces cardiovasculares y disminuye la necesidad de terapias adicionales. ^(4,5)

En este caso, la evolución clínica y ecocardiográfica fue favorable, con reducción progresiva del tamaño aneurismático (Z score de TCI disminuyó de +5,5 a +3,9) y normalización de los marcadores inflamatorios. La mejoría de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 69% a 75% reflejó la preservación de la función cardíaca a pesar del compromiso coronario significativo.

En conclusión, la enfermedad de Kawasaki debe sospecharse en todo lactante con fiebre prolongada y sin causa aparente, incluso cuando no se cumplen todos los criterios clásicos, especialmente en menores de seis meses. El diagnóstico diferencial amplio, la evaluación exhaustiva de los hallazgos de laboratorio y la ecocardiografía precoz son fundamentales para el diagnóstico oportuno. El inicio temprano del tratamiento inmunomodulador es esencial para prevenir complicaciones cardiovasculares graves.

Este caso refuerza la necesidad de un enfoque clínico activo y multidisciplinario en pacientes con presentaciones atípicas, priorizando el diagnóstico precoz y el manejo intensivo según el riesgo individual. Además, destaca el valor de estrategias terapéuticas avanzadas, como la combinación de IGIV y corticosteroides, para optimizar los resultados clínicos en formas graves o incompletas.

Este caso aporta evidencia sobre la importancia de la evaluación ecocardiográfica precoz y el manejo multimodal con inmunoglobulina, antiinflamatorios y corticosteroides en pacientes de alto riesgo, contribuyendo al conocimiento del manejo de esta enfermedad en población pediátrica vulnerable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, et al. Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association. *Circulation*. 2017; 135(17):e927–e999. doi:10.1161/CIR.0000000000000484
2. Singh S, Vignesh P, Burgner D. The epidemiology of Kawasaki disease: a global update. *Arch Dis Child*. 2015;100(11):1084–1088. doi:10.1136/archdischild-2014-307536
3. Sánchez-Manubens J, Antón J, Bou R, et al. Incidence, epidemiology and clinical features of Kawasaki disease in Catalonia (Spain). *Clin Exp Rheumatol*. 2016;34(3 Suppl 97):S139–S144.

4. Friedman KG, Gauvreau K, Hamaoka-Okamoto A, et al. Coronary artery aneurysms in Kawasaki disease: risk factors for progressive disease and adverse cardiac events in the US population. *J Am Heart Assoc.* 2016;5(9):e003289. doi:10.1161/JAHA.116.003289
5. Kobayashi T, Saji T, Otani T, et al. Efficacy of immunoglobulin plus prednisolone for prevention of coronary artery abnormalities in severe Kawasaki disease (RAISE study): a randomized, open-label, blinded-endpoints trial. *Lancet.* 2012;379(9826):1613–1620. doi:10.1016/S0140-6736(11)61930-2
6. Garrido-García LM, Soto-Blanquel JL, Espinosa-Rosales FJ. Enfermedad de Kawasaki: cuadro clínico, exámenes de laboratorio y lesiones coronarias. *Acta Pediatr Mex.* 2015;36(4):314-321. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912015000400002&lng=es&tlng=es
7. Lee KY, Rhim JW, Kang JH. Kawasaki disease: laboratory findings and an immunopathogenesis on the premise of a “protein homeostasis system”. *Yonsei Med J.* 2012 Mar;53(2):262-275. doi:10.3349/ymj.2012.53.2.262