REVISTA ECUATORIANA DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD PÚBLICA

Código ISSN 2588-0551

DOI: https://10.31790/inspilip.v10i33.967.g1295

Reporte de caso:

Enfermedad de Kawasaki con derrame pericárdico en un lactante: Reporte de Caso, 2024

Kawasaki disease with pericardial effusion in an infant 2024: Case Report

Acceso abierto

Citación

Prado-Polo A; Vintimilla-Contreras J; Espinoza-Idrovo J; Betancourth-Sanmartín K; **Enfermedad de Kawasaki con derrame pericárdico en un lactante: Reporte de Caso, 2024.** INSPILIP 2026, Volumen 10 Número 33

URL:https://www.inspilip.gob.ec/index.php/inspi/issue/view/40

Revista Científica INSPILIP. Volumen 10, Número 33.

Prado-Polo A ,[a], adrielprado02@gmail.com
Vintimilla-Contreras J ,[a], joels200210@gmail.com
Espinoza-Idrovo J ,[a], jose.espinoza2405@gmail.com
Betancourth-Sanmartín K ,[a], kev7med@hotmail.com

a. Universidad Católica de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

Identificación de la responsabilidad y contribución de los autores: Los autores declaran haber contribuido en la autoría de Idea original (PA), autoría de redacción del borrador (JV), redacción del artículo (EJ, BK)

Correspondencia: Adriel Prado Polo **Email:** adrielprado02@gmail.com

Fecha de ingreso: 09 de septiembre de 2025
Fecha de aceptación: 29 de mayo de 2026
Fecha de publicación: 05 de septiembre de 2026

Resumen

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una inflamación sistémica aguda de los vasos sanguíneos que presenta una etiología desconocida afectando principalmente a infantes menores de cinco años. Este artículo describe el proceso diagnóstico de la infrecuente enfermedad, en un lactante mayor de un hospital de segundo nivel. La enfermedad cursó con fiebre acompañada de inyección conjuntival, eritema palmar y plantar, exantema macular sobre elevado en todo el cuerpo y lengua aframbuesada. Debido a la presentación clínica sugerente de EK, se realizó un rastreo eco cardiográfico reportando un derrame pericárdico y se inició tratamiento con inmunoglobulina humana intravenosa y ácido acetilsalicílico, este último fue útil en el manejo posterior a dosis antiagregante durante 6 semanas con control eco cardiográfico mejorado. El análisis de estos casos es de crucial importancia porque entrenan al clínico en el reconocimiento oportuno, ya que el diagnóstico está basado en criterios clínicos pues no existen pruebas diagnósticas específicas hasta la fecha. Los signos clínicos que llevaron al diagnóstico definitivo de la EK en el paciente reportado son similares a los descritos en la literatura médica.

Palabras clave: Compromiso cardiaco; Enfermedad de Kawasaki; Inmunoglobulina humana;Vasculitis.

Los autores declaran estar libre de cualquier asociación personal o comercial que pudiera representar un conflicto de intereses en relación con el artículo y haber respetado los principios éticos de la investigación, como haber solicitado autorización a la institución donde se realizó el estudio, permiso para el uso de los datos, consentimiento informado y, en el caso de estudios observacionales y ensayos clínicos, autorización de CEISH, ARCSA, Environment, entre otros, según la categoría. También tiene licencia para publicar imágenes de la(s) persona(s) que aparecen en el manuscrito. Por lo tanto, INSPILIP no se responsabiliza de ningún daño a terceros, ni tampoco INSPI, como entidad editora, ni el Editor. La responsabilidad de la publicación recae exclusivamente en los autores.

Código ISSN 2588-0551

Abstract:

Kawasaki disease (KD) is an acute systemic inflammation of the blood vessels with an unknown etiology that primarily affects infants under five years of age. This article describes the diagnostic process for this rare disease in an older infant at a secondary-level hospital. The illness presented with conjunctival injection accompanied by palmar and plantar erythema, a raised macular rash all over the body, and a strawberry tongue. Due to the clinical presentation suggestive of KD, an echocardiogram was performed, revealing a pericardial effusion. Treatment was initiated with intravenous human immunoglobulin and aspirin. The aspirin proved useful in managing the condition after six weeks of antiplatelet therapy, and the echocardiogram at six weeks showed improvement. The analysis of these cases is crucial because it trains clinicians in the timely recognition of the disease, as the diagnosis is based on clinical criteria since no specific diagnostic tests exist to date. The clinical signs that led to the definitive diagnosis of EK in the reported patient are similar to those described in the medical literature.

Keywords: Cardiac involvement; Kawasaki disease; Human immunoglobulin; Vasculitis.

Introducción

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una inflamación sistémica aguda de los vasos sanguíneos que presenta una etiología desconocida afectando principalmente a infantes menores de cinco años, constituyéndose como la causa principal de cardiopatía adquirida en la infancia en países desarrollados (1). Según estudios recientes todo inicia con un estímulo infeccioso no identificado que activa una cascada inflamatoria en aquellos individuos genéticamente susceptibles perjudicando de esta forma al endotelio vascular (2). También dentro de los posibles factores desencadenantes se han propuesto algunos virus respiratorios, superantígenos bacterianos y factores ambientales (2).

A pesar de tener una etiología incierta existe un postulado en donde diferentes polimorfismos en genes inmunorreguladores como, por ejemplo: los ITPKC, CASP3, CD40, BLK y FCGR2A podrían ser la explicación de las diferencias en susceptibilidad y severidad, lo que explica la gran incidencia de esta enfermedad en poblaciones asiáticas y la variación en cuanto a la presentación clínica (1).

Esta patología se puedes presentar de diferentes formas como: la clásica o la incompleta, siendo esta última potencialmente peligrosa por la mayor probabilidad de recibir un diagnóstico tardío y un aumento en las complicaciones coronarias (3). La forma “Incompleta” se refiere a los casos en los que no se presentan todos los criterios diagnósticos clásicos, pero se presenta el criterio obligatorio de la fiebre de al menos 5 días y 2 a 3 de los hallazgos clínicos principales como: conjuntivitis bilateral no purulenta, erupción cutánea, cambios en las manos y pies, alteraciones de la mucosa oral y linfadenopatía cervical (4). También esta forma incompleta se puede acompañar de patologías poco frecuentes como: hidrops vesicular, pancreatitis o neumonía, lo que podría llevar a una confusión diagnóstica (5).

El diagnóstico diferencial representa en muchas ocasiones un reto clínico debido a su similitud con infecciones bacterianas y virales, así como otras enfermedades inflamatorias sistémicas (4). Dentro de los diagnósticos que se pueden confundir con mayor frecuencia se encuentran las infecciones exantemáticas virales como: el sarampión, rubéola y adenovirus que cursan con una sintomatología muy similar, pero carecen de compromiso vascular (5). También se debe considerar en lactantes el síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico asociado a SARS-CoV-2 el cual cursa con una sintomatología similar, pero se presenta en niños mayores y suele presentar una disfunción miocárdica más grave, así como la serología positiva para el virus (1).

Su incidencia a nivel mundial muestra una marcada variabilidad geográfica siendo Japón el país con mayor número de casos superando los 300 casos por cada 100.00 niños menores a 5 años con un pico de incidencia alrededor de los 9 meses y un predominio masculino con relación hombre mujer aproximada de 1.5:1 (6). En Norteamérica se reportaron entre 15 y 25 casos por casa 100.00 niños menores a 5 años (7). En América Latina se estima una menor incidencia respecto a Asia y Norteamérica con tasas aproximadas entre 3 y 7 casos por cada 100,000 niños menores de cinco años (7).

El diagnóstico se fundamenta en criterios clínicos

debido a la ausencia de pruebas confirmatorias específicas en donde los criterios diagnósticos para la EK completa incluyen el criterio de la fiebre por al menos 5 días la cual debe ser persistente y poco respondedora a antipiréticos más 4 de los 5 criterios principales anteriormente presentados los cuales son netamente clínicos (3). Este reporte de caso potencia el conocimiento médico al documentar una presentación completa de la EK donde se detecta el desarrollo temprano de complicaciones cardiovasculares. Estas suelen manifestarse en fases tardías de la enfermedad, especialmente cuando el diagnóstico no es oportuno y no fue administrada la inmunoglobulina humana dentro de los primeros 10 días del inicio de los síntomas (3). El presente artículo sigue las directrices CARE (8).

Presentación de Caso

Paciente lactante masculino de un año y cuatro meses, sin antecedentes patológicos de relevancia con ascendencia colombiana que actualmente reside en Machala y con esquema de vacunación completo, quien consulta por fiebre persistente de 5 días de evolución. Inicialmente, presentó una mejoría parcial tras la administración de paracetamol, sin embargo, luego de 24 horas desarrolló nuevamente picos febriles mayores a 39°. Fue atendido inicialmente en un subcentro de salud donde recibió amoxicilina sin obtener mejoría.

Ante la persistencia del cuadro febril, se le realizaron ambulatoriamente estudios de laboratorio evidenciando una biometría hemática con leucocitosis sin neutrofilia, serie roja y plaquetas normales. (Tabla 1) y PCR elevada con prueba de dengue negativa (Tabla 2). Por la persistencia de la fiebre y con estos resultados de laboratorio decidieron pautar tratamiento con cefuroxima, sin embargo, el paciente continuó febril y se sumó exantema por lo que acude a centro de segundo nivel en donde se decidió su ingreso hospitalario.

	Resultado	Rangos referenciales
Leucocitos	20,790/ul	5500-14000
Hematíes	4 400 000/ul	3 600 000-5 200 000
Hemoglobina	11.2 g/dl	10.5-14
Hematocrito	32.5 %	32-42
VCM	74 fl	73-101
HCM	25.5 pg	22-32
CHCM	34.5 g/dl	26-34
IDE	13.6 %	11.5-16
Plaquetas	361 mil/ul	150-450
VPM	8.8 fl	7.2-11.1
N. segmentados	43.6 %	17-60
Eosinófilos	1.6 %	0-6
Basófilos	0.2 %	0.1-1.2
Linfocitos	43.1 %	20-70
Monocitos	11.3%	1-12
Granulocitos inmaduros	0.2 %	Menor a 0.4

Tabla 1 Biometría hemática realizada de manera ambulatoria “Elaboración propia”

****

Exámenes	Resultado	Rangos referenciales
PCR ultrasensible	53.62 mg/L	Menor a 5
Dengue IgM	Negativo	
Dengue IgG	Negativo	

Tabla 2 Proteína C Reactiva y prueba de dengue realizada ambulatoriamente. "Elaboración propia"

Al ingreso, el paciente se encontraba febril, con evidencia de exantema macular sobre elevado a nivel de manos y extremidades inferiores, inyección conjuntival, labios eritematosos y agrietados y lengua en fresa (Figura 1), además de eritema y edema palmo-plantar (Figura 2). Con base en los datos clínicos, se sospechó de EK completa, por lo que se inició tratamiento al sexto día de la enfermedad con inmunoglobulina humana a 2 g/kg y aspirina a 100 mg cada 6 horas, dosis antiinflamatoria. No se reportaron eventos adversos en la infusión de las inmunoglobulinas.

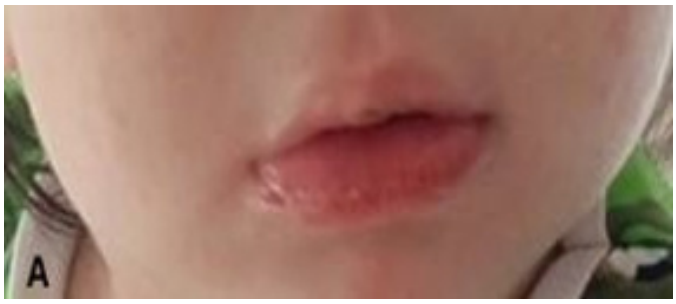

Figura 1: Presentación clínica de los labios agrietados (A). Presentación clínica de inyección conjuntival bilateral (B).

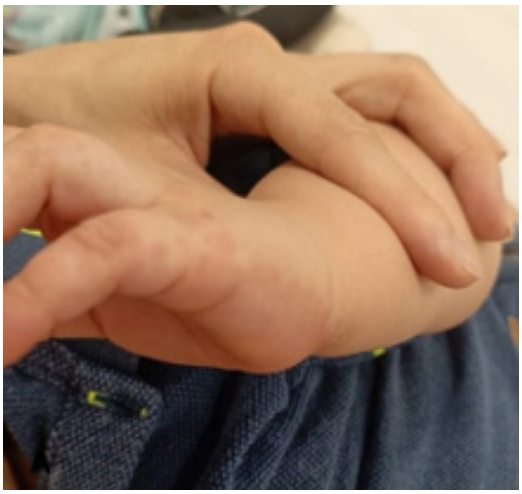

Figura 2 : Eritema palmar (A). Exantema leve y edema discreto en miembros inferiores (B).

Durante la hospitalización, la fiebre y el exantema persistió dos días más, los valores de la PCR ultrasensible inicialmente no mostraron tendencia a la mejoría. Tres días después del ingreso, el paciente se encontraba afebril. Al 4to día de su hospitalización paciente con mejoría de su estado general incluso comienza a tolerar alimentos. Se ajusta la dosis del ASA a 3-5 mg/kg/día con finalidad antiagregante. Seis días después del ingreso, el valor de la PCR disminuyó considerablemente (Tabla 3), el paciente permaneció hemodinámicamente estable, afebril, sin evidencia de otras complicaciones es externado para su seguimiento ambulatorio. Un ecocardiograma transtorácico realizado al 8vo día del inicio de la clínica evidenció la presencia de un derrame pericárdico laminar (Figura 3), sin signos

de aneurismas coronarios.

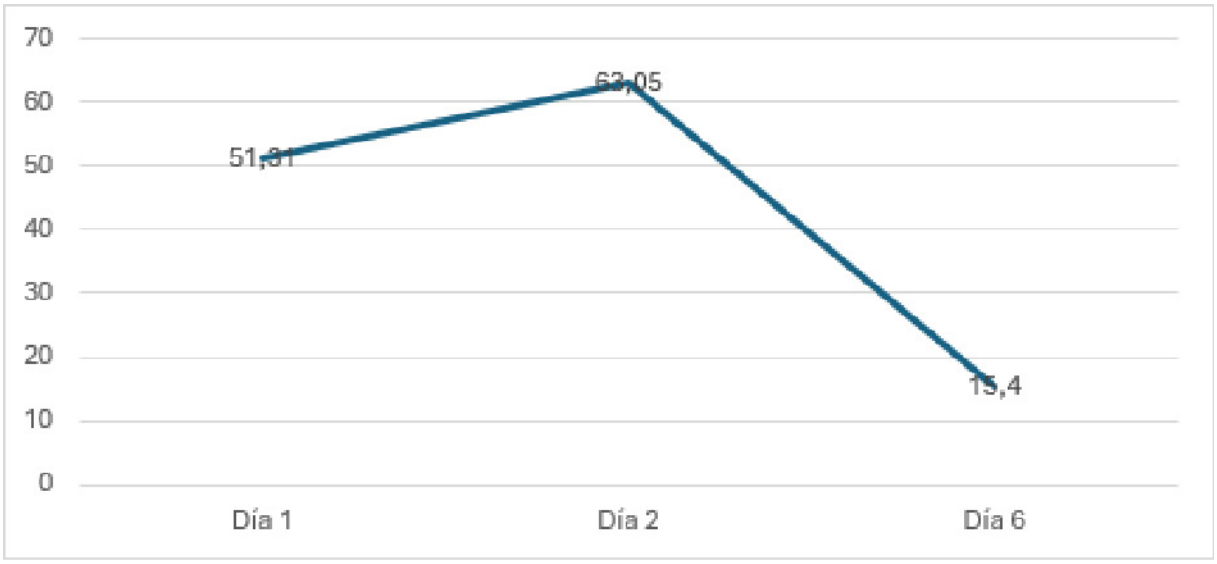

Gráfico 1 Evolución del valor de la PCR durante la estancia hospitalaria. "Elaboración propia"

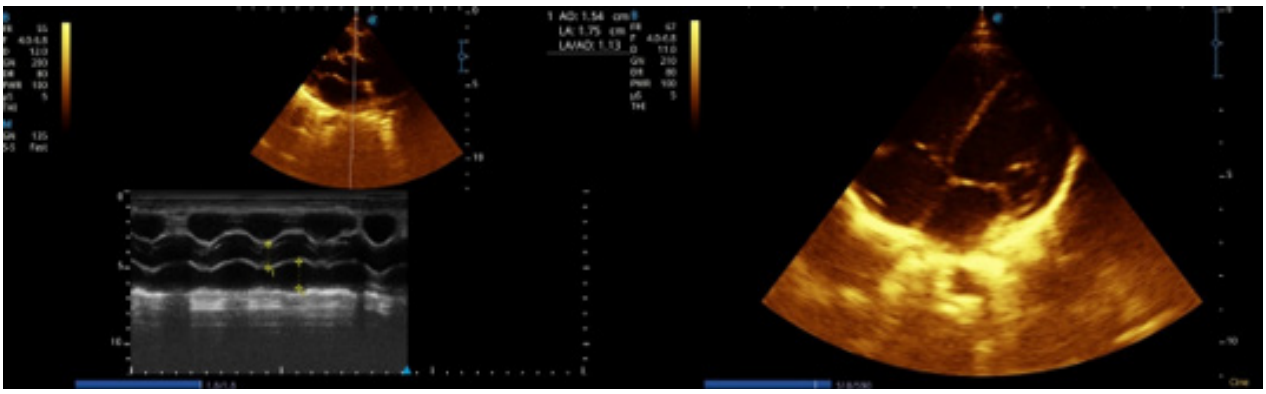

Figura 3: Derrame pericárdico laminar circunferencial observado al tercer día del ingreso.

Al momento del alta, el paciente se encontraba estable, afebril, sin signos de inflamación activa y con adecuada tolerancia a la vía oral. Como terapéutica ambulatoria se pautó continuar con el ASA a la dosis antiagregante antes descrita por 6 semanas y seguimiento ambulatorio con cardiología pediátrica (Figura 4).

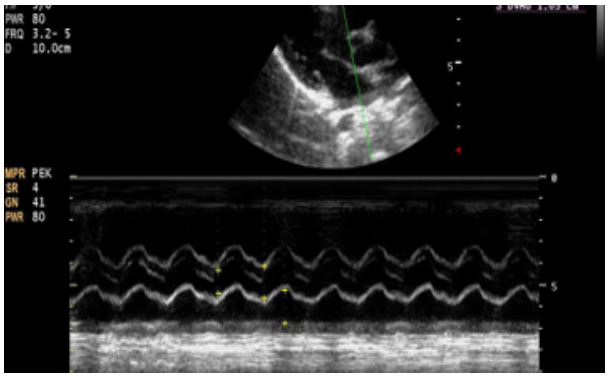

Figura 4: Ecocardiograma de control realizado un mes posterior al hallazgo clínico en donde se observa que el espacio anecoico entre las pleuras visceral y parietal ha desaparecido.

Discusión

El subdiagnóstico y la confusión con enfermedades infecciosas comunes continúan siendo una limitación importante debido a la alta probabilidad de errar el diagnóstico y de esta forma comprometer a integridad del paciente. Este caso resalta la necesidad de considerar la enfermedad de Kawasaki como diagnóstico diferencial en cuadros febriles persistentes con manifestaciones mucocutáneas, incluso cuando el paciente no cumple inicialmente con todos los criterios diagnósticos clásicos y enfatiza la utilidad de la ecocardiografía para detectar compromiso cardiovascular temprano (9).

Se sospechó de la EK completa debido a la presentación cínica y el criterio de fiebre persistente durante al menos 5 días, datos muy relevantes para el diagnóstico de la enfermedad y evitar así confusiones. Estos datos sumados a las características de los signos clínicos concuerdan con lo descrito por Jone et.al en donde se detallan los criterios diagnósticos claves para correlacionar la clínica con la EK completa (3).

Código ISSN 2588-0551

En el caso presentado, la inmunoglobulina humana se administró a su ingreso, correspondiendo al 6to día de la enfermedad, en dosis de 2 g/kg, junto con ASA en esquema antiagregante. El momento terapéutico concuerda con lo recomendado en la literatura ya que enfatiza en iniciar el tratamiento dentro de los primeros 10 días desde la aparición de la clínica ya que el riesgo es mayor cuando se supera ese período (10). También se ha descrito que los mejores resultados de prevención de complicaciones cardíacas se observan cuando el tratamiento empieza antes del 7mo día (4).

De acuerdo con la evolución posterior a la administración del tratamiento se documentó que la fiebre y el exantema persistieron inicialmente, pero tres días después del ingreso el paciente ya se encontraba afebril sumando a una mejora progresiva del estado general. Esta evolución clínica corresponde con lo esperado según la finalidad del tratamiento de referencia en fase aguda para reducir la inflamación, siendo el control de la fiebre un indicador clínico sumamente importante de buena respuesta inicial (3).

La identificación temprana de un derrame pericárdico constituye un hallazgo clínico relevante, ya que representa una manifestación cardiovascular infrecuente dentro del espectro de la EK (5). En el caso presentado, su detección mediante ecocardiografía permitió un seguimiento oportuno y la evaluación de la respuesta al tratamiento, evidenciándose una evolución clínica y ecocardiográfica favorable, sin progresión a aneurismas coronarios.

La buena evolución clínica observada tras la administración del tratamiento con resolución de la fiebre y ausencia de aneurismas coronarios concuerda con lo descrito en la literatura. Kuo et al. señala que, en ausencia de tratamiento, hasta un 20-25% de los pacientes pueden desarrollar aneurismas coronarios, mientras que el tratamiento precoz reduce este riesgo a menos del 5%, modificando de esta forma el curso de la enfermedad confirma que el manejo oportuno modifica considerablemente el curo de la enfermedad (9).

Los marcadores inflamatorios mostraron una elevación significativa, hallazgo que reforzó la sospecha diagnóstica y su posterior descenso indicó una buena respuesta al tratamiento. No obstante, se han reportado casos con valores bajos o atípicos, como el descrito por Yamashita et al. en donde los valores de estos marcadores, específicamente la PCR no aumentó según lo esperado dentro del contexto de la enfermedad, lo cual evidencia que los biomarcadores, aunque resultan de mucha utilidad clínica, no son determinantes para excluir completamente la enfermedad (11).

Conclusión:

El análisis de estos casos es de crucial importancia porque entrenan al clínico en el reconocimiento oportuno, ya que el diagnóstico está basado en criterios clínicos pues no existen pruebas diagnósticas específicas hasta la fecha. Se puso en evidencia la importancia del diagnóstico preciso y el inicio precoz del tratamiento en la enfermedad de Kawasaki para modificar de esta manera su evolución clínica y cardiovascular. La administración de inmunoglobulina humana intravenosa en el sexto día de la enfermedad, es decir dentro de la ventana terapéutica recomendada, se asoció con una resolución clínica favorable debido a la progresión de la fiebre hasta un estado afebril y la disminución del valor de la PCR.

Además, la detección temprana de un derrame pericárdico mediante ecografía, pese a tratarse de una manifestación cardiovascular infrecuente permitió un seguimiento estrecho y una adecuada valoración de la respuesta terapéutica, sin evidencia de progresión a lesiones coronarias. Este peculiar hallazgo resalta el papel fundamental de la ecocardiografía como herramienta clave para la identificación precoz del compromiso cardiovascular.

Aunque en este caso el aumento de los marcadores inflamatorios reforzó la sospecha diagnóstica no se descarta que un comportamiento atípico o la ausencia de estos marcadores elimina completamente la sospecha de la enfermedad, lo que subraya la importancia de mantener un enfoque clínico integral. Por último, la identificación temprana del compromiso cardiovascular y el inicio oportuno del tratamiento continúan siendo pilares fundamentales para modificar el curso natural de la enfermedad.

Consentimiento informado:

El consentimiento informado fue firmado oportunamente por la representante legal del paciente y contamos con el mismo en caso de ser requerido.

Conflicto de interés de los autores:

No existen conflicto de intereses

Contribución de los autores:

Los autores ayudaron por igual al desarrollo de la investigación.

Financiamiento:

Autofinanciado.

Referencias bibliográficas:

1. Burns JC. The etiologies of Kawasaki disease. J Clin Invest [Internet]. 2024 Mar 1 [cited 2025 Feb 27];134(5). Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10904046/

2. Goyal T, Sharma S, Pilania RK, Jawallia K, Chawla S, Sharma M, et al. Genetic Landscape of Kawasaki Disease: An Update. Lymphatics 2025, Vol 3, [Internet]. 2025 Jul 19 [cited 2026 Jan 9];3(3):21. Available from: https://www.mdpi.com/2813-3307/3/3/21

3. Jone PN, Tremoulet A, Choueiter N, Dominguez SR, Harahsheh AS, Mitani Y, et al. Update on Diagnosis and Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association in the Young; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; and Council on Clinical C…. Circulation [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 9];150:481–500. Available from: www.ahajournals.org/journal/circ

4. Coelho MC, Ferreira F, Castelo A, Reis J, Ferreira RC. Incomplete Kawasaki disease complicated by coronary aneurysm: a case report. Eur Heart J Case Rep [Internet]. 2025 Mar 4 [cited 2026 Jan 9];9(3). Available from: https://dx.doi.org/10.1093/ehjcr/ytaf056

5. Zeroli C, Gorica A, Claire D' G, Canova A, Caruso M, Castelnuovo P, et al. Kawasaki Disease: Unusual Presentation with Retropharyngeal Involvement. Case Rep Pediatr [Internet]. 2023 Apr 24 [cited 2025 Mar 21];2023:4913700. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10151147/

6. Dehaan LL, Copeland CD, Burney JA, Nakamura Y, Yashiro M, Shimizu C, et al. Age-Dependent Variations in Kawasaki Disease Incidence in Japan. JAMA Netw Open [Internet]. 2024 Feb 5 [cited 2026 Jan 10];7(2):e2355001–e2355001. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2814566

7. Kang CR, Lee JS, Choe YJ. Global incidence of Kawasaki disease: a systematic review. Cardiol Young [Internet]. 2025 May 1 [cited 2026 Jan 10];35(5):1028–39. Available from: https://www.cambridge.org/core/journals/cardiology-in-the-young/article/global-incidence-of-kawasaki-disease-a-systematic-review/F1314953B8FE709C44563A03DA6D945E

8. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. J Clin Epidemiol [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2025 Mar 28];89:218–35. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28529185/

9. Kuo HC. Diagnosis, Progress, and Treatment Update of Kawasaki Disease. Int J Mol Sci [Internet]. 2023 Sep 1 [cited 2025 Oct 18];24(18):13948. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10530964/

10. Marriaga-Núñez B, Arellano-Valdez A, Abarca-De la Paz JP, Bonal-Pérez MA, Montaño-Durón JG, Solórzano-Santos F. Immunoglobulin-resistant Kawasaki disease. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2023 Sep 5 [cited 2025 Mar 21];80(4):260–4. Available from: https://www.researchgate.net/publication/373701961_Immunoglobulin-resistant_Kawasaki_disease

11. Yamashita K, Kanazawa T, Abe Y, Naruto T, Mori M. Kawasaki disease without changes in inflammatory biomarkers: A case report. World J Clin Cases [Internet]. 2022 Dec 16 [cited 2025 Mar 22];10(35):13038. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9782948/