

CDP. Erika Michel Olmos Avila

CDP. Aeren Montserrat Castellanos Sanguino

Pasantes del servicio social de la División de Salud Bucal del Hospital del Niño DIF Hidalgo, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo Instituto de Ciencias de la Salud.

CDEO. Laura Myriam Cervantes Herrera

Odontopediatra adscrita de la división de salud bucal del Hospital del Niño DIF Hidalgo.

CDP. Lizy Juliette Guzmán Meneses

CDP. Jorge de Jesús Hernández Avila

Pasantes del servicio social de la división de salud bucal del Hospital del Niño DIF Hidalgo- Centro Universitario Metropolitano Hidalgo.

Dr. J. Roberto Pioquinto Mendoza

Jefe de Investigación del Hospital del Niño DIF Hidalgo.

### Resumen:

**Introducción:** La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica aguda y autolimitada que principalmente afecta a lactantes y niños pequeños. Descrita por primera vez en 1967 en Tokio por el Dr. Tomisaki Kawasaki. Las características clínicas principales son: fiebre, conjuntivitis bilateral no purulenta, eritema en labios e intraoral, descamación de extremidades y genitales, exantema y adenopatías latero-cervicales. **Reporte de caso:** se presenta un menor de edad de 1 año 5 meses al Hospital del Niño DIF con fiebre de predominio de 5 días de 38°C. que no cede a medios físicos ni químicos (paracetamol), vómito y diagnóstico de amibiasis con tratamiento farmacológico por facultativo externo. El paciente acude 2 meses después, presentando temperatura de 39 °C, linfadenopatía, rinorrea, vómito intermitente y resto sin alteraciones, se le da antibiótico y regresa a su domicilio. Con 1 años 7 meses acude al servicio de Urgencias con temperatura de 38°C, oxigenación de 89 %, faringe hiperémica, lengua en fresa, múltiples lesiones en comisura labial, conjuntivas con hiperemia y eritema a nivel de extremidades y genitales. Se valora en Cardiología y se inicia tratamiento de primer abordaje con Gammaglobulina de 2 gr por día e inicio de ácido acetil salicílico a dosis de 80 mg/día y antiagregantes plaquetarios de 3 a 5 mg por día. Se reporta poca aceptación a la vía oral empieza su segundo ciclo de medicación, se agrega esteroide "metilprednisólona" y omeprazol. Después de 7 días de hospitalización no se reportan aneurismas en Cardiología, terminando 3 ciclos de medicación con mejoría evidente y control a sus 5 meses posterior a su egreso. **Conclusión:** La importancia de aprender a identificar los diferentes signos y síntomas de la EK, un diagnóstico temprano dará la oportunidad de iniciar un tratamiento oportuno y de esta manera evitar complicaciones graves como el compromiso de las arterias coronarias asociadas a importante morbimortalidad.

**Palabras Clave:** aneurisma, enfermedad de kawasaki, fiebre, síndrome mucocutáneo, vasculitis.

### Abstract:

**Introduction:** *Kawasaki disease (KD) is an acute, self-limiting systemic vasculitis that primarily affects infants and young children. It was first described in 1967 in Tokyo by Dr. Tomisaki Kawasaki. The main clinical features are fever, bilateral non-purulent conjunctivitis, erythema on lips and intraoral region, peeling of the extremities and genitals, rash, and later cervical adenopathy.* **Case report:** *A 1 year and 5-month-old child was presented to DIF Children's Hospital the Hospital del Niño DIF with history of 5 days persistent fever (38°C) that don't respond to physical measures or drugs (acetaminophen): previous diagnose of gut amoebiasis infection on vomiting, pharmacological treatment by an external provider. The patient came back 2 months later with fever(39°C), lymphadenopathy, rhinorrhea and intermittent vomiting. Patient was managed with antibiotics again and discharged. At 1 year and 7 months, the patient came to the emergency room with a temperature of 38°C, 89% oxygenation, hyperemic pharynx, strawberry tongue, multiple lesions in the corner of the mouth, conjunctiva with hyperemia and erythema at the level of the extremities and genitals. The patient was evaluated by Cardiology and the first-line treatment was started with Gamma globulin at 2g per day and the start of acetylsalicylic acid at a dose of 80 mg/day and antiplatelet agents at 3 to 5 mg per day. The patient's oral intake was reported to be poor, starting the second cycle of medication, adding the steroid "methylprednisolone" and omeprazole. After 7 days of hospitalization, no aneurysms were reported by Cardiology, completing 3 cycles of medication with evident improvement and control 5 months after discharge.* **Conclusion:** *The importance of learning to identify the different signs and symptoms of EK, an early diagnosis will give the opportunity to start timely treatment and thus avoid serious complications such as the involvement of the coronary arteries associated with significant morbidity and mortality.*

**Keywords:** aneurysm, Kawasaki disease, fever, mucocutaneous syndrome, vasculitis

## Introducción

La Enfermedad de Kawasaki (EK) es conocida formalmente como síndrome linfático mucocutáneo y poliarteritis nudosa infantil; es una enfermedad febril aguda de la infancia que provoca una vasculitis que afecta en lo principal a las arterias coronarias<sup>1</sup>. Fue descrito por primera vez por el Dr. Tomisaki Kawasaki en 1967, quien describió 50 casos en 6 años, en el Centro Médico de la Cruz Roja en Tokio<sup>23</sup>. En Japón la frecuencia anual de esta enfermedad es de 5000 a 6000 casos por año, epidemias registradas entre los años 1979, 1982 y 1988. Algunos registros evidencian que es una enfermedad con distintas etiologías, entre ellas viral o bacteriana, esta última actuando en los linfocitos, promueve la alteración de los receptores de las células. Debido a que existe un compromiso severo de este síndrome con el sistema cardiaco es importante dar un diagnóstico oportuno del mismo.<sup>2</sup> En Japón, en 1961, el Dr. Tomisaku Kawasaki informó por primera vez de la enfermedad y, posteriormente, la reconoció basándose en el perfil de 50 pacientes con un fenotipo similar en 1967<sup>4</sup>. Aunque se ha informado de una tendencia creciente de EK en todo el mundo, la etiología de EK sigue siendo un misterio<sup>5</sup>. Se han propuesto varias etiologías, como genética, infección bacteriana y viral que incluye rotavirus, adenovirus, enterovirus y coronavirus, exposición al tabaquismo materno, etnicidad y una fuerte historia familiar de EK, lo que complica la explicación de la patogénesis de EK.<sup>43</sup> El sello distintivo de la enfermedad de Kawasaki es la fiebre que dura 5 días o más, contando el día de inicio de la fiebre como el día 1, además de 4 o 5 de los principales criterios clínicos: agrietamiento de los labios o lengua en fresa, conjuntivitis no purulenta, exantema, eritema y edema de las manos y los pies, y linfadenopatía cervical unilateral grande.<sup>6</sup>

La enfermedad de Kawasaki es prevalente en niños menores de 5 años, aunque afecta principalmente a lactantes y niños pequeños, no ha sido visto en neonatos y raramente se ha visto en adultos.<sup>7</sup> La EK se da en lo general en la infancia; el 50% de los casos sucede antes de los 2 años, el 80% antes de los 4 años y en raras ocasiones por encima de los 12 años. También se registra una mortalidad baja pero mayor en edades tempranas, siendo el 4% en la lactancia y menos del 1% a partir del primer año de vida.<sup>89</sup>

Se puede presentar en todas las personas independientemente del color de la piel, pero es más común en la población japonesa.<sup>10</sup> Aunque se ha reportado en la mayoría de los grupos étnicos, es variable entre diferentes países y hay un incremento en un número importante de regiones.<sup>89</sup>

El extracto socioeconómico medio y bajo es el más comprometido en México. En los meses de invierno y verano hay un número mayor de casos en Japón y en los de primavera e invierno en los Estados Unidos y en los países más industrializados se ha observado que la EK es más frecuente.<sup>7</sup>

El primer caso registrado en México fue en 1977. En 2012 se registraron publicaciones mexicanas, entre ellas, 13 artículos originales de series de casos y 15 artículos de casos clínicos, en donde 250 pacientes fueron diagnosticados con la EK<sup>8</sup>.

El 18% de las complicaciones de esta enfermedad son cardiacas, llegan al 20% cuando se comprometen las arterias coronarias, los aneurismas coronarios llegan al 14%, el hallazgo de historia previa llega a 1% y el 0.8% experimenta un segundo episodio de EK. También se han comunicado casos entre hermanos entre el 2.1%, pero se desconoce si es por azar y no hay datos de contagio entre personas.<sup>7</sup>

El diagnóstico de EK se basa principalmente en los siguientes criterios clínicos: fiebre por más de 5 días, eritema en palmas y plantas, edema de manos y pies, exantema polimorfo, infiltración conjuntival bulbar bilateral, sin exudado, cambios en labios y en la cavidad oral, linfadenopatía cervical, generalmente unilateral.<sup>1</sup> La característica principal es una vasculitis generalizada que ocurre en el 40% de los casos y trae consigo la formación de aneurismas, isquemia del miocardio, angina e incluso infarto.<sup>2</sup>

Tabla 2.- Posibles pruebas de diagnóstico para EK

Signos y síntomas	Pruebas de laboratorio	Exámenes imagenológicos
Picos febriles de más de 39°C de más de 5 días	Proteína C reactiva (PCR)	Ecocardiografía
Un sarpullido rojo general que suele involucrar la zona de la ingle y que se puede descamar	Tasa de Sedimentación Eritrocítica (ESR)	Electrocardiograma
Ojos rojos o conjuntivitis sin secreción	Conteo sanguíneo completo	Radiografía de Tórax
Labios y lengua irritados (Lengua la fresa)	Transaminasa sérica	
Nódulos linfáticos agrandados en un costado del cuello	Medida de la albúmina en la sangre	
Manos y pies inflamados y rojos, a veces seguidos por descamación de la piel	Análisis de Orina	
Dolor en las articulaciones		
Irritabilidad		
En algunos niños, el aumento de tamaño de la vesícula biliar puede causar dolor abdominal y vómitos		

La EK se ha convertido en una de las principales causas de cardiopatía adquirida en niños de países desarrollados, porque su patología es una vasculitis autolimitada que afecta a las arterias coronarias. El pronóstico de la EK depende del

grado de afectación cardíaca y hasta un 20%–25% de los pacientes desarrollarán aneurismas coronarios.<sup>12</sup>

Sin embargo, a menudo la EK se diagnostica erróneamente como sarampión, faringitis no exudativa, absceso retrofaríngeo, adenitis cervical bacteriana y escarlatina, debido a sus manifestaciones similares con EK. Además, la participación multisistémica en KEK contribuye a los desafíos en el diagnóstico de EK. A pesar de la complejidad de EK, el tratamiento principal ha demostrado ser eficaz. Se ha demostrado que el tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (IVIG) en la fase aguda de la enfermedad de Kawasaki reduce la aparición de anomalías en las arterias coronarias.<sup>4</sup>

En la fase aguda de la EK se desarrollan signos y síntomas en la cavidad oral, como la lengua de “frambuesa”, eritema con fisura labial y eritema en la mucosa oral, por eso es importante que el dentista conozca esta patología y se pueda llegar a un tratamiento médico con urgencia.<sup>2</sup>

El tratamiento médico de primera elección en la EK es la administración de inmunoglobulina intravenosa (IGIV). Aunque su mecanismo de acción aún es desconocido, la eficacia de su uso en el periodo agudo para disminuir la prevalencia de aneurismas coronarios ha sido demostrada ampliamente. La gammaglobulina es un producto biológico,

consistente en una concentración de inmunoglobulina G (al menos 95%) y otras inmunoglobulinas humanas.<sup>13</sup>

A pesar de su actividad antiinflamatoria, parece que el tratamiento con AAS no reduce la frecuencia de aparición de aneurismas coronarios, sin embargo, en los estudios que demostraron la eficacia de la IGIV, se usó como tratamiento adyuvante, por lo que clásicamente se asocia a su uso.<sup>13</sup>

Tabla 3.- Pronóstico para EK

Pronóstico para enfermedad de Kawasaki
0-15% de los niños pueden desarrollar problemas en sus arterias coronarias
La inflamación del miocardio, del endocardio y / o pericardio puede aparecer de forma aguda (en el inicio de la enfermedad) o muchos años después
La complicación tardía más común es el aneurisma de la arteria coronaria
Pacientes adultos pueden presentar una enfermedad isquémica del corazón

## Caso clínico

Paciente masculino de 1 año 7 meses de edad ingresó a urgencias del Hospital del Niño DIF el 24 de febrero de 2013, tras presencia de fiebre de 5 días de evolución de hasta 39 °C sin predominio de horario, la cual no cedió con la aplicación de medios físicos ni farmacológicos (paracetamol), a la exploración clínica los hallazgos relevantes fueron: rinorrea, linfadenopatía submaxilar izquierda de

aproximadamente 2 cm de diámetro, eritema multiforme importante a nivel de ingles y genital, conjuntivas con hiperemia e inyección conjuntival, saturación de oxígeno de 89%; a nivel oral presentó faringe hiperémica, lengua en fresa y múltiples lesiones en comisura labial. Tomando en cuenta la sintomatología se determinó que el paciente cumplió con los criterios del síndrome de Kawasaki.



Imagen 1.) Lengua de frambuesa y lesiones en las comisuras labiales



Imagen 2.) Labios eritematosos con grietas y fisuras

De primera instancia se indicó administrar Ceftriaxona 500 mg IM y Metisoprinol en suspensión y las 24 horas de ingresado al servicio de urgencias, tomando en cuenta que no presentó mejoría clínica se ameritó tratamiento específico con gammaglobulina intravenosa 23 gramos dosis total con bomba de infusión y ácido acetil salicílico 60 mg/kg/día dividido en 4 dosis.

En su tercer día de estancia hospitalaria se descartó afección cardíaca, mejoría en lesiones genitales, persistente con inyección conjuntival, deterioro de las lesiones orales y presenta picos febriles; así que se agregó esteroide dosis antiinflamatorias.

A las 48 horas de haber terminado la administración de dosis de gammaglobulina, el paciente siguió con mala evolución clínica y se decidió administrar nueva dosis de gammaglobulina a la misma dosis.



Imagen 3. Descamación de pies

Durante los 4 días posteriores a la administración de segunda dosis de GMG, persistieron los picos febriles, descamación en plantas y palmas, discreto aumento de volumen en tobillos y falanges de dedos de manos, eritema en región perianal con descamación fina escasa, taquicardia aislada y polipnea ocasional menor que días previos, disminución de inyección conjuntival, y mejoría en mucosa oral, decidiendo así iniciar manejo esteroide con metilprednisólona 30 mg/kg/días, contando con laboratorios del día previo que mostraron leucocitosis de 45 mil con predominio de neutrófilos arriba de 1 millón y anemia de 8.5.

Los días posteriores se reportó evolución insidiosa con taquicardia, picos febriles aislados y dolor articular en rodillas, así que el día 10 de abril Inmunología decidió administrar 2do pulso de esteroide sistémico (metilprednisólona), agregando terapia inmunosupresora combinada con ciclosporina.

A 5 días de la administración de metilprednisólona se encontró con evolución favorable, el paciente no refirió picos febriles, se encontró sin lesiones en labios y sin dolor en articulación de rodillas, así como descamación residual en extremidades inferiores. Posterior a revisar estudios el paciente fue egresado a su domicilio y se realizó seguimiento de manera ambulatoria, el paciente permaneció hospitalizado en lactantes (aislados) del 24 de marzo del 2013 al 15 de abril del 2013.

## Discusión

La EK es un síndrome febril agudo que afecta principalmente a menores de 5 años, consiste en una vasculitis aguda de pequeños a medianos vasos, que predispone y favorece la formación de aneurismas en las arterias coronarias. Su

etiología es desconocida, sin embargo, por los hallazgos clínicos y epidemiológicos se determina que su origen se desencadena por procesos infecciosos no identificados.<sup>35</sup>

El diagnóstico puede resultar complejo debido a que no hay ningún biomarcador específico, y es esencialmente clínico, no hay ninguna prueba de laboratorio que lo confirme, en ello radica la importancia de saber identificar los signos y síntomas que se presenten para poder establecer un diagnóstico.<sup>14</sup>

La falta de estudios complementarios y multidisciplinarios aunados de un diagnóstico no acertado llevaron al paciente a una evolución poco favorable, ya que, al ser reingresado al hospital su cuadro clínico empeoró. La EK se puede confundir con otras enfermedades estafilocócicas, síndromes exfoliativos, exantemas virales, artritis reumatoide y síndrome de Stevens Johnson, etc. La referencia tardía y el retraso en el inicio del tratamiento ensombrecen el pronóstico y será muchas ocasiones la pericia del médico de captar muchas de las sutiles manifestaciones y sospechar con ella de la EK.

Aunque es conocido que afecta en su mayoría a niños provenientes de países orientales, en América latina en la actualidad no se tienen cifras exactas, pero se ha estimado aproximadamente en 3 por cada 100,000 personas<sup>8</sup>.

Los reportes de censos de casos de EK en los últimos 5 años han incrementado en México no obstante no existe un registro anual<sup>8</sup>.

## Diagnóstico

Durante la fase aguda el principal síntoma que se considera para su diagnóstico es el Síndrome febril con duración mayor a 5 días sin un claro foco infeccioso y por lo menos 4 de los 5 hallazgos clínicos siguientes:

- Erupción polimórfica
- Inyección conjuntival
- Linfadenopatía cervical
- Eritema orofaríngeo
- Edema con descamación en manos y pies

A diferencia de la fase crónica que es diagnosticada generalmente cuando hay presencia de complicaciones vasculares.<sup>14</sup>

La EK tiene un impacto importante en el sistema cardiovascular, en sus dos formas, tanto aguda como crónica, afectando principalmente la arteria coronaria izquierda. En 1974 el Dr. Kawasaki realizó su primera publicación en inglés, donde estableció la relación entre la EK y las complicaciones cardíacas. Una de las consecuencias principales y la más preocupante es el aneurisma de las arterias coronarias, sin embargo, también se asocia con la dilatación coronaria las lesiones vasculares, la estenosis coronaria e infarto agudo de miocardio<sup>15</sup>.

Por esta razón, es importante que se les pida a los pacientes diagnosticados con EK que se realicen un ecocardiograma<sup>5</sup>. En el caso de pacientes no complicados debe realizarse durante las 2 primeras semanas y después de finalizar el tratamiento entre 4-6 semanas. Si en el primer electrocardiograma se reporta alteración en las arterias coronarias se debe realizar el estudio al menos 2 veces a la semana hasta que las dimensiones dejen de aumentar, esto con el fin de determinar el riesgo del paciente a padecer trombosis. La incidencia de las complicaciones cardíacas se puede reducir con un diagnóstico certero y tratamiento oportuno<sup>15</sup>.

El paciente mencionado en este artículo se realizó ecocardiogramas y se concluyó en que no había afectación a nivel cardiovascular.

En la revisión bibliográfica se determinó que este caso en particular tiene algunas diferencias en comparación con otros, en los que se observaron síntomas como lengua aframbuesada, abdomen distendido, rash eritema pulposo, linfadenopatía cervical, entre otros. (Tabla 2)

### Manifestaciones clínicas orales

En el caso del paciente descrito en este artículo se identificó eritema de labios y mucosa oral, descamación, grietas y fisuras en los labios, así como en su periferia (Imagen 2) y lengua con aspecto de fresa (Imagen 1), siendo estas las

manifestaciones orales de más relevancia y prevalencia en los pacientes con EK. (Tabla 4)

Tabla 4.- Manifestaciones clínicas en pacientes con síndrome de Kawasaki

Manifestaciones clínicas en pacientes con síndrome de Kawasaki <sup>5,14</sup>	
Generales	Específicas en el paciente
Fiebre con picos febriles >39°C	Fiebre > 39°C
Erupción polimórfica	Rinorrea
Inyección conjuntival bulbar bilateral no exudativa	Linfadenopatía Submaxilar izquierda
Linfadenopatía cervical aguda	Eritema multiforme a nivel de ingles y genital
Eritema orofaríngeo	Conjuntivas con hiperemia
Edema con descamación en manos y pies	Inyección conjuntival
Artritis de las articulaciones pequeñas	Lengua aframbuesada
Descamación periungueal o perianal	Eritema de labios y mucosa oral
Lengua aframbuesada	Dolor articular en rodillas

### Tratamiento “resolución de caso”

El tratamiento temprano es esencial para reducir el riesgo de complicaciones cardíacas. La terapia estándar incluye:

Inmunoglobulina intravenosa (IVIG). Administrada en una dosis única alta. Se ha demostrado que disminuye significativamente el riesgo de aneurismas coronarios.

Aspirina: se usa en dosis antiinflamatorias durante la fase aguda y luego en dosis bajas como antiagregante hasta que se confirme la normalización de las arterias coronarias<sup>16,17</sup>.

En casos de resistencia a IVIG, se consideran otros tratamientos como corticosteroides o terapias biológicas, como inhibidores de TNF-alfa o interleucina-1.<sup>618</sup>

El objetivo del tratamiento durante la fase aguda es disminuir la inflamación y el daño arterial y se basa principalmente en el uso de inmunoglobulina intravenosa (IGIV), ya que produce un efecto antiinflamatorio generalizado.<sup>151719</sup>

Se debe administrar una dosis única de 2gr por kilogramo de peso dada en un rango de tiempo de 10 a 12 horas y debe de ser iniciado lo antes posible durante los primeros 10 días de la enfermedad. Adicional a esto se incluye el ácido acetilsalicílico (AAS) a altas dosis: de 80-100mg/kg dividido para recibir una dosis cada 6 horas, durante la fase aguda de la enfermedad.<sup>1516</sup>

Al paciente se le administró gammaglobulina intravenosa 23 gr dosis total con bomba de infusión y ácido acetil salicílico 60 mg/kg/día, dividido en 4 dosis durante su primer día y durante una semana se le administró su segunda dosis, pero no hubo evolución clínica ni mejorías en el paciente

por lo que se decidió administrar 2 dosis de metilprednisólona 30 mg/kg/días, la primera dosis fue administrada el 4 de abril del 2013, posterior a esto, a los 5 días de su administración se observó mejoría; el paciente estaba sin fiebre, taquicardia ni polipnea, tenía adecuada tolerancia a la vía oral y disminución en lesiones de labios y boca, sin embargo el día 9 de abril se reportó picos de fiebre aislada, taquicardia y dolor en las articulaciones de las rodillas, por lo que se decide administrar la segunda dosis de metilprednisólona agregando terapia inmunosupresora combinada con ciclosporina. En los 5 días posteriores a esto, el paciente presentó resultados favorables, fue dado de alta y se realizó seguimiento de manera ambulatoria.

En este caso, el paciente era resistente al tratamiento de gammaglobulina, lo cual es importante considerar, ya que aproximadamente del 15-20% de pacientes con EK tienen los síntomas persistentes tras la terapia con gammaglobulina. Se decidió optar por un tratamiento alternativo como lo es el corticoesteroide (Metilprednisólona) como está reportado en algunos artículos sobre EK.<sup>1516</sup>

## Conclusión

La EK, tiene una incidencia principalmente en niños menores de 5 años, el síndrome desencadena diferentes manifestaciones clínicas; tales como: fiebre alta que dura más de cinco días y no responde a antibióticos, irritabilidad, inflamación de los ganglios linfáticos en el cuello, enrojecimiento de los ojos, labios, garganta y lengua, sarpullido en la espalda, el pecho y la ingle, manos y pies hinchados, lengua roja e hinchada, con aspecto de fresa, descamación de la piel en los dedos de las manos y de los pies, y también manifestaciones a nivel oral como: lengua aframbuesada, eritema de labios y mucosa oral, inflamación de la mucosa y encías, labios agrietados y deshidratados, aparición de úlceras mucosales debido a las altas fiebres; sin embargo este Síndrome afecta principalmente a nivel cardiovascular.<sup>1420</sup> La complicación más grave del EK es el daño a las arterias coronarias. El tratamiento de la EK se lleva a cabo a nivel hospitalario con dosis intravenosas de anticuerpos de

inmunoglobulinas, su tratamiento precoz con inmunoglobulina intravenosa (IVIG) reduce considerablemente el riesgo de estas complicaciones.<sup>21</sup>

El personal de salud debe realizar un examen físico completo para observar signos y síntomas, ya que no existe una prueba específica para el diagnóstico de EK, también es indispensable solicitar exámenes de laboratorio de sangre y orina para descartar otras enfermedades, además de estudios del corazón como ecocardiogramas y electrocardiograma.

Durante el desarrollo caso presentado, del EK su principal manifestación se presentó mediante fiebres mayores a 39°C, las cuales al no ceder ni con medicamentos administrados indicaron una señal de alerta y tomando en cuenta las manifestaciones clínicas, el desarrollo del caso tuvo diferentes intervenciones farmacológicas debido a los signos y síntomas que el síndrome desencadena, pero se obtuvo una respuesta favorable con el tratamiento farmacológico mediante la administración de 2 dosis de gammaglobulina y 3 dosis de metilprednisólona y con base al seguimiento que se brindó del caso se obtuvo mucha mejoría, incluso a nivel oral disminuye la eritema, así como inflamación y enrojecimiento de labios, lengua y encías. Esta evolución fue resultado de un pronto diagnóstico y por lo tanto pronta atención.

Los pacientes con aneurismas coronarios requieren un seguimiento cardiológico continuo e ininterrumpido de por vida.

Como personal de salud tanto en formación (desde estudiantes o practicantes) hasta profesionistas, es necesario lograr identificar diferentes signos y síntomas para prevenir próximas complicaciones desencadenantes del EK.

## Referencias

1. Vaca-Salazar CF, Villares-Paredes PR, Santafé-Troncoso GL. Enfermedad de Kawasaki: caso clínico. *Cambios rev. méd.* 2018; 17(1):57-60.
2. Figueiredo MC, Pires PDS, Faustino-Silva DD, Cernicchiaro MO, Squeef R. Consideraciones orales del síndrome de Kawasaki: Descripción de un caso clínico. *Av. Odontostomatol* 2010; 26 (4): 203-207.
3. Kaneko K, Akagawa S, Akagawa Y, Kimata T y Tsuji S (2020) Nuestra comprensión evolutiva de la patogénesis de la enfermedad de Kawasaki: papel de la microbiota intestinal. *Front. Immunol.* 11:1616
4. Lee, W.; Cheah, CS; Suhaini, SA; Azidin, AH; Khoo, MS; Ismail, NAS, Ali, A. Clínica y Manifestaciones y Laboratorio. Hallazgos de la enfermedad de Kawasaki: Más allá del diagnóstico clásico. *Características. Medicina* 2022, 58, 734. <https://doi.org/10.3390/medicina58060734>
5. Eilen Rife and Abraham Gedalia (2020) 'Enfermedad de Kawasaki: una actualización', *Informes actuales de Reumatología*, 22(75).
6. Kimberly A. Morishita, Ran D. Goldman (2020) Kawasaki disease recognition and treatment. *Child Health Update*
7. Tincopa-Wong, O. W. (2000). Enfermedad de Kawasaki. *Dermatol Peru*, 10(1), 42-52.
8. Sotelo-Cruz, N. (2013). Revisión de la enfermedad de Kawasaki en México, desde la perspectiva de las publicaciones médicas (enero de 1977 a mayo de 2012). *Archivos de cardiología de México*, 83(3), 214-222. <https://doi.org/10.1016/j.acmx.2013.02.004>
9. Harnden A, Tulloh R, Burgner D. Kawasaki disease. *BMJ*. 2014;349:g5336. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g5336>
10. Esquiujarosa, K. A. (2021) 'Enfermedad de Kawasaki. Presentación de dos casos', *Revista Información Científica*, 100. doi:<http://www.revinformacioncientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3605>.
11. Rowley, A. H., & Shulman, S. T. (2014). The epidemiology and pathogenesis of Kawasaki disease. *Frontiers in Pediatrics*, 2, 9. doi:10.3389/fped.2014.00009.
12. Zeng Q, Zeng R, Ye J. 2023. Alteración de la microbiota oral e intestinal en pacientes con enfermedad de Kawasaki. *PeerJ* 11:e15662

13. BW McCrindle, AH Rowley, JW Newburger, JC Burns, AF Bolger, M. Gewitz, et al. Diagnóstico, tratamiento y control a largo plazo de la enfermedad de Kawasaki. *Declaración científica de la Asociación Estadounidense del Corazón para profesionales de la salud Circulación*. 135 (2017), pp. 927-999
14. Gonzáles, Y. A. S. et al. (2021) 'Enfermedad de Kawasaki, ¿una enfermedad exclusiva de niños?'. *Revista Colombiana de Cardiología*, 28. doi:<http://www.rccardiologia.com/>.
15. Chavez, G.G. and Jimenez, S. R. (2022) 'Actualización de la enfermedad de Kawasaki', *Revista médica sinergia*. doi:<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/840>.
16. Armas, K. (2021) Enfermedad de Kawasaki. Presentación de dos casos. *Rev Inf Cient* 100(6) 1-10.
17. Newburger, J. W., et al. (1991). Randomized trial of intravenous gamma globulin in the treatment of acute Kawasaki disease. *The New England Journal of Medicine*, 325(23), 1651-1656. doi:10.1056/NEJM199112053252301
18. Burns, J. C., & Glodé, M. P. (2020). Kawasaki disease. *The Lancet*, 364(9433), 533-544. doi:10.1016/S0140-6736(04)16814-1
19. Mitsuru Seki, Takaomi Minami. (2022) Enfermedad de Kawasaki: patología, riesgos y tratamiento. *Salud vascular y gestión de riesgos. Departamento de Pediatría, Universidad Médica de Jichi, Tochigi, Japón*
20. Martelli, H. Machado, RA, Martelli DRB, Barbosa MC, Bonan PRF, Coletta RD. (2020) Potential link between SARS-CoV-2 and Kawasaki disease: importance of dentists for the diagnosis. *35. Braz Oral Res*. doi:10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0047
21. Saavedra, Y. Vega, M. Arboleda, C. Parga R. Abad, P. (2021) Enfermedad de Kawasaki: ¿una entidad exclusiva de niños? 28(2):175-179 *Rev Colomb Cardiol*. doi:10.24875/RCCAR.M21000044+
22. National Center for Advancing Translational Sciences (2017) Enfermedad de Kawasaki; <https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/12419/enfermedad-de-kawasaki>
23. J. Sanchez Monubens, R. Bou, J. Antom Diagnosis and classification of Kawasaki Disease, *J Autoimmum*, (204) pp 113-117
24. Enfermedad de Kawasaki. Análisis de 17 casos. *Revista Médica Del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Vol. 47, num. 1, 2009, pp. 61-64. Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México