



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

“ENFERMEDAD DE KAWASAKI, REPORTE DE CASO”

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: MARÍA PAZ MUÑOZ MOSCOSO

DIRECTOR: DR. MAX BONFILIO VINTIMILLA MALDONADO

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

“ENFERMEDAD DE KAWASAKI, REPORTE DE CASO”

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: MARÍA PAZ MUÑOZ MOSCOSO

DIRECTOR: DR. MAX BONFILIO VINTIMILLA MALDONADO

CUENCA - ECUADOR


2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

María Paz Muñoz Moscoso portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107124356**. Declaro ser el autor de la obra: “**Enfermedad de Kawasaki, Reporte de Caso**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 6 de mayo de 2024

F:

María Paz Muñoz Moscoso
C.I. 0107124356

Cuenca, 6 de mayo de 2024

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado **“ENFERMEDAD DE KAWASAKI, REPORTE DE CASO.”** realizado por **MARÍA PAZ MUÑOZ MOSCOSO** con documento de identidad No. **0107124356**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.



DR. MAX BONFILIO VINTIMILLA MALDONADO
DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

A Dios, mi motor, fuerza e inspiración.

A mi abuelo Edgar, mi ejemplo a seguir. Sé que, desde el cielo, me mira con orgullo.

A mis padres, Pablo y Rosalía; este logro es tan suyo como mío.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por ser el inicio, guía y luz en mi camino. Por Él todo es posible, y estando en sus manos, ningún obstáculo me ha detenido.

Gracias infinitas a mi padre por su apoyo, paciencia y su sacrificio, permitiéndome crecer cada día; y enseñarme a ser una profesional de calidad con su ejemplo. Sus enseñanzas y amor han sido los pilares fundamentales en mi vida, así como la perseverancia y la honestidad en mi formación.

Agradezco a mi madre por su fortaleza, su guía, paciencia y cariño. Por ella quise ser médico, y por ella logré alcanzar ese sueño. Su ejemplo como mujer y profesional me inspiró a superarme cada día, y a hacerle frente a cada adversidad presentada. Me demuestra día a día que todo es posible con esfuerzo y fe en Dios.

A mi hermana, quien ha sido mi compañía, apoyo y soporte en los días difíciles, y fuente de risas y ocurrencias en todo momento.

A mis tíos Javier y Juana, por su apoyo incansable, y por su ayuda para realizar la tesis e inspirarme con palabras de Dios en cada paso que daba. Agradezco también a mi abuela Esther y al resto de mis tíos y primos, por tener fe en mí desde el primer día.

Agradezco de forma especial al Doctor Max Vintimilla Maldonado, por compartir sus conocimientos conmigo y guiarme en la realización de la presente tesis.

Finalmente agradezco a mi compañía peluda, Ramona y Bimba, quienes sacrificaron horas de sueño conmigo, para quedarse a mi lado durante las largas horas de estudio.

RESUMEN

La Enfermedad de Kawasaki, descrita por Tomisaku Kawasaki en 1967, se define como una vasculitis sistémica aguda febril de etiología desconocida presentada en niños menores de cinco años y es la causa principal más común de enfermedades cardíacas pediátricas, afectando arterias de tamaño medio, especialmente las arterias coronarias en el 15 a 25% de casos presentados en países desarrollados. El presente reporte de caso tiene como objetivo investigar a mayor detalle el diagnóstico confirmado de un paciente femenino de 6 años de edad, que presentó la Enfermedad de Kawasaki. Las manifestaciones clínicas presentadas por la paciente no correspondían a las típicamente reportadas en la Enfermedad de Kawasaki clásica, siendo el tratamiento intrahospitalario consistente en medidas farmacológicas indicadas en protocolos de uso internacional, correspondientes a inmunoglobulina intravenosa, ácido acetil salicílico y, al tratarse de un paciente de riesgo por sus antecedentes patológicos, se adicionó corticoides.

Palabras Clave

Aneurisma, Enfermedad de Kawasaki, Niños.

ABSTRACT

Kawasaki Disease, described by Tomisaku Kawasaki in 1967, is an acute febrile systemic vasculitis of unknown etiology occurring in children under five years of age. It is the most common primary cause of pediatric heart disease, affecting medium-sized arteries, particularly the coronary arteries, in 15 to 25% of cases reported in developed countries. This case report aims to investigate in detail the confirmed diagnosis of a 6-year-old female patient who presented with Kawasaki Disease. The clinical manifestations presented by the patient did not correspond to those typically reported in classic Kawasaki disease. The in-hospital treatment consisted of pharmacological measures indicated in international protocols, including intravenous immunoglobulin, acetylsalicylic acid, and, being a patient at risk due to her pathological history, corticosteroids were added.

Keywords

Aneurysm, Kawasaki Disease, Children.

ÍNDICE

ENFERMEDAD DE KAWASAKI, REPORTE DE CASO

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	10
REPORTE DEL CASO	11
DISCUSIÓN	17
CONCLUSIONES	19
CONFLICTO DE INTERESES	19
BIBLIOGRAFÍA	20
ANEXOS	23
Anexo 1	23
Anexo 2	24
Anexo 3	26

INTRODUCCIÓN

Según Oh et al. (5), se define a la Enfermedad de Kawasaki como “un síndrome mucocutáneo de los ganglios linfáticos, que afecta típicamente a niños menores de 5 años de edad, e histológicamente es una vasculitis sistémica que afecta a vasos de tamaño mediano”; además de la presencia de cambios patológicos en las arterias coronarias y las secuelas cardiovasculares a largo plazo (2).

Desde los primeros reportes de infección por SARS-CoV-2 en el año 2019, la población pediátrica se presentaba asintomática o con leve sintomatología (3,4). En estudios realizados en países desarrollados, se describieron casos de vasculitis febriles de etiología desconocida en niños menores de cinco años (4), identificándose dos tipos de enfermedades: Síndrome Multisistémico Inflamatorio y la Enfermedad de Kawasaki (1).

Se plantea la hipótesis de la presencia de agentes infecciosos o ambientales, que se considerarían el origen a la respuesta desregulada inflamatoria sistémica presentada en estos pacientes (4). La etiología exacta y los mecanismos de inmunidad relacionados con la manifestación de la enfermedad, aún no han sido determinados (2).

La prevalencia de la Enfermedad de Kawasaki varía en cada país, siendo la más elevada en Japón (5), determinándose ser de 371 casos por cada 100 000 niños, mientras que en Norteamérica y Europa, la prevalencia es de 5-22 casos por cada 100 000 niños. Los datos epidemiológicos en Sudamérica aún no han sido determinados (6).

El presente reporte de caso tiene como objetivo investigar a mayor detalle el diagnóstico confirmado de un paciente femenino de 6 años de edad, que presentó la Enfermedad de Kawasaki en la ciudad de Cuenca-Ecuador.

REPORTE DEL CASO

Se describe el caso de una paciente de sexo femenino, 6 años 11 meses de edad, con estado nutricional adecuado (peso 22 kg -1DE, talla 123cm -1DE, IMC 14.5 -1DE). Residente y procedente de la ciudad de Cuenca, etnia mestiza. Antecedentes personales patológicos de una hospitalización en enero de 2023 por cuadro febril de 7 días de duración con diagnóstico presuntivo de Adenovirus e Influenza y tratada como mononucleosis sin pruebas de confirmación etiológica, rinitis alérgica con cuadros de sinusitis y otitis media no supurativa a repetición desde los 2 años, neumonía a los 3 años con tratamiento ambulatorio; con antecedentes familiares de madre con artritis reumatoidea, síndrome de Sjögren. Esquema de vacunación según las guías del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Paciente ingresada al servicio de Emergencias de un hospital privado por presentar fiebre sin causa aparente de 7 días evolución, cuantificada en 40.2 °C cada 4 horas aproximadamente, los cuales no ceden a la administración de antipiréticos (paracetamol e ibuprofeno), dolor abdominal tipo cólico difuso y distensión abdominal. Fiebre persiste y el cuadro se exacerba presentando astenia, mialgias. 3 días antes de ingreso se suma al cuadro tos no productiva y rinorrea hialina. Al examen físico, los hallazgos relevantes presentados son: facies atópica, presencia de pliegue transversal nasal, doble pliegue palpebral, presencia de lesiones papulosas en región infraorbitaria izquierda, labios con presencia de eritema, faringe congestiva sin exudado, cuello presenta adenopatías cervicales bilaterales de < 1 cm, a la auscultación de tórax roncus y sibilancias en ambos campos pulmonares, abdomen levemente doloroso a la palpación profunda en donde se encuentra hepatomegalia de 1-2 cm por debajo del reborde costal con tope inspiratorio leve, razón por la cual se decide su ingreso a hospitalización en el área de pediatría. Se realiza toma de muestras para hemocultivo y urocultivo. Se determina diagnóstico presuntivo de fiebre de origen desconocido.

Durante el primer día de hospitalización, la paciente se mantiene afebril, con signos vitales: tensión arterial 90/63 mmHg, frecuencia cardiaca de 89 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura de 36.6°C, saturación O₂ 90%. Al examen físico presencia de lesiones papulosas en región infraorbitaria izquierda, en región cervical se palpa adenopatías bilaterales de < 1cm, en tórax se auscultan roncus y sibilancias en ambos campos pulmonares, abdomen no doloroso a la palpación con presencia de hepatomegalia a 1-2 cm por debajo del reborde costal. Se realizan nuevos estudios paraclínicos de laboratorio y ecografía abdominal, tomografía computarizada de senos paranasales, radiografía de tórax, además de interconsulta con especialista en inmunología, infectología, hematología y otorrinolaringología. Los resultados de exámenes de laboratorio determinan: glóbulos blancos ($6.99 \times 10^3/\text{mm}^3$ con predominio de 38.30% de linfocitos, 47.20% de neutrófilos, monocitos 13.20%), hemoglobina 8.7 g/dL (valor corregido de 10 g/dL), hematocrito 29%, volumen corpuscular medio 75.30 fL, hierro 8.90 ug/dL, velocidad de sedimentación globular 98 mm/hora, test de hemostasia con tiempo de tromboplastina parcial de 49.50 segundos y el resto de valores dentro de parámetros normales, fibrinógeno de 405.41 mg/dL, función renal (creatinina 0.26 mg/dL y urea 10.9 mg/dL), ácido úrico 2.25 mg/dL, péptido natriurético 162 ng/dL, en función hepática TGP y TGO dentro de valores referenciales. Bilirrubina directa, indirecta y total sin alteraciones, fosfatasa alcalina sin alteraciones. Electrolitos dentro de parámetros normales. Procalcitonina 2.85 ng/mL, PCR 15.27 mg/dL, ferritina 107.30 ng/mL. En examen inmunológico se observa valores de C4 en 53.00 mg/dL, Valores de IgE en 592 UI/mL, IGG para virus de Epstein Barr positivo (800 U/mL) e interleucina 6 en 36.57 pg/mL, no reactivo para Parvovirus B19 y Hepatitis A, dímero D sin alteraciones. Se realiza panel respiratorio con resultado positivo para Adenovirus; resultados negativos para SARS-CoV-2, Rinovirus, Enterovirus, Influenza A, Influenza B, Parainfluenza

1,2 y 3, Virus Sincitial Respiratorio y *Mycoplasma Pneumoniae* negativos. Ultrasonido abdominal reporta adenopatías y tomografía computarizada de senos paranasales reporta sinusitis etmoidal, esfenoidal y maxilar izquierda y otitis media derecha. Se solicitan enzimas cardíacas. Se determinan diagnósticos de: síndrome febril, infección por adenovirus, bronquitis, sinusitis, adenitis mesentérica, anemia ferropénica microcítica hipocrómica, otitis media aguda derecha, por lo que se inicia hidratación parenteral, paracetamol 340 mg parenteral, metamizol 440 mg parenteral, cetirizina líquido oral 5ml cada 12 horas, ceftriaxona 820 mg parenteral cada 12 horas, lavados nasales cada 8 horas. Se solicita interconsulta con cardiología pediátrica.

Durante el segundo día de hospitalización paciente se mantiene afebril, signos vitales: tensión arterial de 90/58 mmHg, frecuencia cardíaca de 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 21 respiraciones por minuto, temperatura 36.6 °C, saturación O₂ 89%. Al examen físico: facies pálida, presencia de lesiones papulosas en región infraorbitaria izquierda, labios con presencia de eritema, en región cervical se palpa adenopatías bilaterales de < 1cm, en tórax a la auscultación roncus y sibilancias bilaterales. Se realiza interconsulta a otorrinolaringología, quien reporta en otoscopia: secreción retrotimpánica derecha de aspecto seroso; en rinoscopia se encuentra secreción mucosa bilateral en fosas nasales, y en faringe hipertrofia de amígdalas grado III. Se realiza interconsulta a cardiología quien realiza ecocardiograma reportando: válvula tricúspide 25 mm, válvula mitral 20 mm, atrio derecho 32 mm x 31 mm, atrio izquierdo 34 mm x 35 mm, válvula aórtica 14.8 mm, raíz aórtica 17.8 mm, unión sinotubular 15 mm, aorta ascendente 15.2 mm arco aórtico transverso 16.2 mm, istmo aórtico 13.3 mm válvula pulmonar 13.3 mm, tronco arteria pulmonar 13.5 mm, rama pulmonar derecha 7.6 mm, rama pulmonar izquierda 7.7 mm, arteria coronaria derecha 3.1 mm, arteria coronaria izquierda 3.4 mm. Función sistólica: FEVI 65%. Situs solitus abdominal y atrial en levocardia, concordancia aurículo-ventricular y ventrículo-arterial, modo perforado, retornos venosos sistémicos y

pulmonares normales, se evidencia pericardio engrosado, hiperrefringente, derrame pericárdico laminar. Atrios de adecuado tamaño, septum atrial intacto septum interventricular íntegro. Válvula tricúspide con insuficiencia leve con gradiente máximo de 19 mmHg, ventrículo derecho de tamaño adecuado, con contractilidad adecuada, sin obstrucciones al tracto de salida. Válvula pulmonar con insuficiencia leve, tronco y ramas pulmonares confluyentes de tamaño adecuado. Válvula mitral sin estenosis con insuficiencia leve, con vena contracta de 2.2 mm, ventrículo izquierdo de tamaño adecuado, con contractilidad adecuada, sin obstrucción al tracto de salida. Válvula aórtica trivalva normofuncional. Arco aórtico izquierdo sin obstrucciones, no se evidencia conducto arterioso permeable. Función sistólica y diastólica ventricular conservada, concluyendo con: dilatación de arterias coronarias, derrame pericárdico laminar leve, insuficiencia tricuspídea leve con gradiente de 19 mmHg, insuficiencia mitral. Se realiza interconsulta con reumatología y se realiza test de anticoagulante lúpico con resultados negativos (36.40 seg), se realizan test endocrinológicos con resultados de TSH (2.45 UIU/mL), FT3 (3.19 pg/mL) y FT4 (1.30 ng/dL) dentro de parámetros normales. Se realizan tests inmunológicos con los siguientes resultados: Anti-RO SS-A negativo (7.20 U/mL), Anti Cardiolipina IgM negativo (2.90 MPL), Anti Cardiolipina IgG negativo (2.90 GPL), ANA-Anticuerpos antinucleares negativos (0.81), Beta 2 Glicoproteína Anticuerpo IGG negativo (2.20 U/mL). Troponina I 0.04 ng/mL. Se realiza elemental y microscópico de orina con presencia de escasas células epiteliales y bacterias, el resto de los indicadores sin alteraciones, con lo que se modifica tratamiento indicando mantener hidratación parenteral con el 50% de las necesidades acorde a edad y peso de paciente, se mantiene antibiótico y antitemicos pautados inicialmente y se retira cetirizina iniciándose hidroxicina 7mL vía oral cada 24 horas, bilastina 4 mL vía oral cada 24 horas, fluticasona 1 disparo cada 12 horas en cada fosa nasal.

Al tercer día de hospitalización llama la atención facies pálida, lesiones papulosas en región infraorbitaria izquierda, amígdalas hipertróficas grado III, labios con presencia de eritema, en región cervical adenopatías de < 1 cm bilaterales, en tórax se mantiene a la auscultación roncus y sibilancias en ambos campos pulmonares, presencia de soplo sistólico grado I-II. Hemocultivo y urocultivo de resultado negativo. En exámenes de autoinmunidad anticuerpos Anti-DNA negativos, Anticuerpos antinucleares ANA positivo (1/80), Anticuerpos Anti-citoplasma del neutrófilo negativos, anticuerpos Anti-CCP negativos (18.3 U/mL), Anticuerpos Transglutaminasas IgG negativos (1.7 UI/mL), Anticuerpos Transglutaminasas IgA negativos (0.7 UI/mL), manteniéndose igual tratamiento de inicio.

Se indica monitoreo continuo de signos vitales. Los hallazgos en el ecocardiograma: derrame pericárdico laminar leve, dilatación de arterias coronarias, insuficiencia tricuspídea leve e insuficiencia mitral, se decide iniciar tratamiento con bolos de metilprednisolona administrado: 50 mg parenteral en 10 minutos, luego 15 mg cada 6 horas, paracetamol 500 mg parenteral cada 24 horas por 2 días. Se inicia conjuntamente tratamiento con inmunoglobulina humana 2g/kg, administrado: 10 mL en 30 minutos, posteriormente 20 mL en 30 minutos, 25 mL en 30 minutos, 30 mL en 30 minutos y ketorolaco 15 mg parenteral cada 8 horas al finalizar inmunoglobulina, cada 24 horas por 2 días.

Al cuarto día de hospitalización se establecen los diagnósticos de: Síndrome Inflamatorio Multisistémico secundario a adenovirus, bronquitis, pansinusitis, otitis media no supurativa, anemia microcítica hipocrómica. Los hallazgos en el ecocardiograma orientan a Enfermedad de Kawasaki incompleta. Paciente permanece afebril. Signos vitales estables, se mantiene infusión continua de inmunoglobulina sin presencia de complicaciones, con lo que se evidencia

descenso de niveles de procalcitonina y PCR. Se realiza ecocardiograma de control y se notifica disminución de nivel de derrame pericárdico. Se mantiene antibiótico.

Se valora posible alta médica. Tras diagnóstico de Enfermedad de Kawasaki incompleta, ácido acetil salicílico 5 mg/kg hasta resolución de dilatación de arterias coronarias, sin embargo, se registra cuadro de epistaxis tras inicio de ácido acetil salicílico y se reduce dosis a 2.5 mg/kg.

Se decide el alta al quinto día de hospitalización tras valoración de ecocardiograma, en donde se evidencia disminución de derrame pericárdico. Evolución favorable, persisten adenopatías cervicales bilaterales y a la auscultación cardíaca soplo sistólico corto grado II. Se recomienda control post hospitalización con cardiología en una semana. Se mantiene administración de ácido acetil salicílico 50 mg al día por 7 días, prednisona 20 mg al día por 4 días y control sintomático.

Al momento paciente se encuentra en buenas condiciones, en controles médicos permanentes, realizando sus actividades propias de la edad.

DISCUSIÓN

En el presente caso, el diagnóstico inicial determina Enfermedad Inflamatoria Multisistémica, debido a la edad de la paciente y la presentación clínica de la misma. Sin embargo, por los datos aportados, además de los respectivos exámenes paraclínicos realizados, se puede concluir que se trata de un caso de Enfermedad de Kawasaki, clasificada como atípica incompleta, secundario a una infección viral por adenovirus.

Al no presentarse un test específico para identificar a la enfermedad y teniendo en cuenta que todas las características clínicas no se presentan de forma simultánea, su diagnóstico es de alta complejidad y deben excluirse otras patologías similares. Se encontraron anomalías en arterias coronarias al ecocardiograma, además de la presencia de fiebre de 40° C por más de 5 días, lesiones papulosas infraorbitarias bilaterales, eritema labial, adenopatías cervicales bilaterales no supurativas y hepatomegalia; siendo estos criterios, si bien no todos los representativos de una presentación clásica de la enfermedad, sin embargo, son los suficientes para determinar un diagnóstico de la Enfermedad de Kawasaki incompleta, como lo mencionan Butters, et al. (7), así como Wang et al. (8) en sus respectivos estudios

Del mismo modo, se muestran signos, tales como el derrame pericárdico, regurgitación mitral, aórtica y tricúspidea, tos, rinorrea y la hepatomegalia; los cuales son característicos de una presentación atípica, y la elevación de marcadores inflamatorios, como lo describen Jindal et al. (9) y Marchesi et al. (10) en sus estudios.

El tratamiento inicial consistió en inmunoglobulina aplicada por vía intravenosa al 10% en dosis de 2g/kg, como lo indican Cannon et al. (11), Eleftheriou et al. (12) y Sunaga et al. (13). Los autores recomiendan como tratamiento de primera línea la combinación de inmunoglobulinas

y ácido acetil salicílico en dosis inicial de 30-50 mg por kilogramo de peso. En este caso, se utilizó también 50 mg de metilprednisolona intravenosa junto a la inmunoglobulina, pero autores como Gorelik et al. (14) y Sunaga et al. (13), no consideran a los corticoesteroides como parte del tratamiento de primera línea debido a los resultados variables obtenidos en distintos estudios observacionales en pacientes de diferentes etnias y edades en donde se aplicaron dosis diferentes. Por otro lado, Seki y Minami (15) consideran que deben agregarse corticoesteroides al tratamiento de primera línea si es que el paciente llegase a presentar aneurisma coronario, no siendo este el caso. Se prescribió ácido acetil salicílico solamente durante el último día de hospitalización en dosis de 2.5 mg/kg debido a la presencia de epistaxis y posterior al alta en dosis de 50 mg/kg por 7 días hasta el próximo control con cardiología. Es posible que la epistaxis haya sido ocasionada por la administración del corticoide por vía nasal y, sobre todo, por los lavados nasales realizados de forma frecuente, razón por la que la dosis de ácido acetil salicílico, debió ser administrada en las dosis recomendadas por múltiples bibliografías.

Finalmente, el pronóstico de la paciente demostró la eficacia del tratamiento con inmunoglobulina intravenosa aplicado de forma intrahospitalaria al no desarrollar aneurismas de arterias coronarias, como lo indican Seki y Minami (15), así como Broderick et al. (16), además de la disminución del derrame pericárdico y el control del cuadro febril.

CONCLUSIONES

El desarrollo de un reporte de caso de la Enfermedad de Kawasaki es un método investigativo de gran relevancia debido a la amplitud en cuanto a la información que puede proporcionar. Al tratarse de una enfermedad con prevalencia marcada en países asiáticos y europeos, pero pobremente reportada en Sudamérica, su presentación en nuestro contexto significa una oportunidad para la realización de estudios de carácter cuantitativo y a la elaboración de protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento adaptados a las necesidades de los pacientes de nuestra demografía por etnia y accesibilidad de los sistemas de salud. Las manifestaciones clínicas presentadas por la paciente no correspondían a las típicamente reportadas en la Enfermedad de Kawasaki clásica, representando un reto diagnóstico y un obstáculo para el inicio oportuno del tratamiento óptimo para evitar secuelas cardíacas fatales. El tratamiento intrahospitalario consistió en medidas farmacológicas indicadas en protocolos de uso internacional, correspondientes a inmunoglobulina intravenosa, ácido acetil salicílico y, al tratarse de un paciente de riesgo por sus antecedentes patológicos, se adicionó corticoides. El seguimiento ambulatorio consistió en controles ecocardiográficos y administración de aspirina, garantizando un buen pronóstico del individuo estudiado y la prevención de posibles secuelas a nivel cardíaco.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oh JH, Cho S, Choi JA. Clinical Signs of Kawasaki Disease from the Perspective of Epithelial-to-Mesenchymal Transition Recruiting Erythrocytes: A Literature Review. *Rev Cardiovasc Med.* 17 de abril de 2023;24(4):109.
2. Noval Rivas M, Ardití M. Kawasaki Disease and Multisystem Inflammatory Syndrome in Children. *Rheum Dis Clin N Am.* agosto de 2023;49(3):647-59.
3. Maggio MC, Giordano S, Failla MC, Campione MG, Alaimo A, Corsello G. Ten-month follow-up of patients with covid-19 temporally related multi-system inflammatory syndrome in children: the experience of the children hospital of Palermo. *Ital J Pediatr.* 23 de marzo de 2023;49(1):37.
4. Jose J, Tierney ESS, Harahsheh AS, Dahdah N, Raghuveer G, Friedman KG, et al. COVID-19 Positive Versus Negative Complete Kawasaki Disease: A Study from the International Kawasaki Disease Registry. *Pediatr Cardiol.* agosto de 2023;44(6):1373-81.
5. Gradoux E, Di Bernardo S, Bressieux-Degueldre S, Mivelaz Y, Boulos Ksontini T, Prsa M, et al. Epidemiology of Kawasaki Disease in children in Switzerland: a national prospective cohort study. *Swiss Med Wkly.* 26 de mayo de 2022;152(2122):w30171.
6. Gómez Chaves G, Rojas Jimenez S. Actualización de la Enfermedad de Kawasaki. *Rev Medica Sinerg.* 1 de julio de 2022;7(7):e840.
7. Butters C, Curtis N, Burgner DP. Kawasaki disease fact check: Myths, misconceptions and mysteries. *J Paediatr Child Health.* septiembre de 2020;56(9):1343-5.

8. Wang L, Zhang S, Ma J, Ni J, Wang J, Li X, et al. Kawasaki Disease- Management Strategies Given Symptoms Overlap to COVID-19: A Review. *J Nepal Med Assoc* [Internet]. 30 de abril de 2021 [citado 27 de agosto de 2023];59(236). Disponible en: <http://www.jnma.com.np/jnma/index.php/jnma/article/view/5698>
9. Jindal AK, Paliana RK, Prithvi A, Guleria S, Singh S. Kawasaki disease: characteristics, diagnosis, and unusual presentations. *Expert Rev Clin Immunol*. 3 de octubre de 2019;15(10):1089-104.
10. Marchesi A, Tarissi De Jacobis I, Rigante D, Rimini A, Malorni W, Corsello G, et al. Kawasaki disease: guidelines of the Italian Society of Pediatrics, part I - definition, epidemiology, etiopathogenesis, clinical expression and management of the acute phase. *Ital J Pediatr*. diciembre de 2018;44(1):102.
11. Cannon L, Campbell MJ, Wu EY. Multisystemic Inflammatory Syndrome in Children and Kawasaki Disease: Parallels in Pathogenesis and Treatment. *Curr Allergy Asthma Rep*. junio de 2023;23(6):341-50.
12. Eleftheriou D, Moraes YC, Purvis C, Pursell M, Morillas MM, Kahn R, et al. Multi-centre, randomised, open-label, blinded endpoint assessed, trial of corticosteroids plus intravenous immunoglobulin (IVIG) and aspirin, versus IVIG and aspirin for prevention of coronary artery aneurysms (CAA) in Kawasaki disease (KD): the KD CAA prevention (KD-CAAP) trial protocol. *Trials*. 26 de enero de 2023;24(1):60.
13. Sunaga Y, Watanabe A, Katsumata N, Toda T, Yoshizawa M, Kono Y, et al. A simple scoring model based on machine learning predicts intravenous immunoglobulin resistance in Kawasaki disease. *Clin Rheumatol*. mayo de 2023;42(5):1351-61.

14. Gorelik M, Chung SA, Ardalan K, Binstadt BA, Friedman K, Hayward K, et al. 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation Guideline for the Management of Kawasaki Disease. *Arthritis Rheumatol.* abril de 2022;74(4):586-96.
15. Seki M, Minami T. Kawasaki Disease: Pathology, Risks, and Management. *Vasc Health Risk Manag.* junio de 2022;Volume 18:407-16.
16. Broderick C, Kobayashi S, Suto M, Ito S, Kobayashi T. Intravenous immunoglobulin for the treatment of Kawasaki disease. Cochrane Vascular Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 25 de enero de 2023 [citado 23 de noviembre de 2023];2023(1). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD014884.pub2>

ANEXOS

Anexo 1

MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO

“ENFERMEDAD DE KAWASAKI, REPORTE DE CASO”

Yo: xxxxx, con cédula de identidad: xxxx, en calidad de representante legal de xxxxx, con cédula de identidad xxxxx. Leí la información contenida en este documento y autorizo a que se utilicen los datos personales de historia clínica de mi Representada en las condiciones que se describen.

Se incluye fotografías de la paciente en donde se toman medidas para no revelar su identidad.

- Deseo se me permita ver y leer la versión final del documento y autorizo supublicación científica resguardando la confidencialidad de los datos personales de mi Representada.
- Deseo conocer el documento científico una vez que se haya publicado.

Firma.: El/ la representante legal
solicita el consentimiento

Firma.: Investigador/a que

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

C.C.....

C.C.

Fecha:

Fecha:

Anexo 2

Títulos de la investigación	Enfermedad de Kawasaki
Organizador del investigador	Universidad Católica de Cuenca
Nombre del investigador principal	María Paz Muñoz Moscoso.
Datos de localización del investigador principal	Mpmunozm56@est.ucacue.edu.ec
Coinvestigadores	

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de asentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Acepto que se grabe mi entrevista SI NO N/A

Nombre del paciente	Firma del paciente	Fecha

Nombre del testigo (si aplica)	Firma del testigo	Fecha

Nombre del investigador que explica el formulario de Asentimiento Informado	Firma del investigador	Fecha



Huella Dactilar del paciente (si aplica)

Modelo asentimiento informado utilizado para autorización para uso de información de la paciente

Hola mi nombre es: María Paz Muñoz Moscoso y trabajo en: Universidad Católica de Cuenca. Estamos realizando un estudio para conocer sobre Enfermedad de Kawasaki, Reporte de Caso y para ello queremos pedirle acceso a su historia clínica.

Su participación en el estudio consistirá en brindar acceso a la información contenida en la historia clínica.

Su participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando su papá, mamá o representante legal hayan dicho que puede participar, si usted no quiere hacerlo puede decir que no. Es su decisión si participa o no en el estudio. También es importante que sepa que, si en un momento dado ya no quiere continuar en el estudio, no habrá ningún problema. Si no quiere responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema. Toda la información que nos proporcione/ las mediciones que realicemos nos ayudan a recopilar datos para el reporte de la historia clínica sobre Enfermedad de Kawasaki y se utilizará sólo para fines de investigación científica- académica.

Esta información será confidencial, es decir no diremos a nadie sus respuestas o compartiremos sus mediciones- pruebas-resultados de exámenes. Sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si acepta participar, le pido que por favor ponga un visto en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escriba su nombre.

Si entiende todo lo que se le ha explicado y acepta participar en este estudio, debe decírselo al investigador, quien solo entonces iniciará las actividades planificadas para recolectar sus datos. Su aceptación se tomará como su asentimiento.

Si no desea participar, no ponga ningún visto ni escriba su nombre.

Si no desea participar, debe también decírselo al investigador, quien se retirará de inmediato.

Si quiero participar Nombre: _____

Nombre y firma de testigos (1-2): _____

Fecha: _____

Nombre y firma de las personas que obtienen el asentimiento: _____

Fecha: _____

*Modelo asentimiento informado utilizado para
autorización para uso de información de la
paciente*

Anexo 3

Paciente con facies atópica y presencia de lesiones papulosas en región infraorbitaria izquierda. Fotografía tomada con autorización previa del tutor de la paciente.

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

María Paz Muñoz Moscoso portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107124356**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación “**Enfermedad de Kawasaki, Reporte de Caso**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 6 de mayo de 2024.

F:


María Paz Muñoz Moscoso
C.I. **0107124356**