



[https://printo.it/pediatric-rheumatology/ES\\_GL/intro](https://printo.it/pediatric-rheumatology/ES_GL/intro)

## **Enfermidade de Kawasaki**

Versión de 2016

### **2. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

#### **2.1 Como se diagnostica?**

A enfermidade de Kawasaki soamente pode diagnosticarse de forma clínica ou no ingreso. Isto significa que o diagnóstico soamente se basea na avaliación clínica dun médico. Pode realizarse un diagnóstico definitivo se a febre de orixe descoñecida dura 5 días ou máis xunto con 4 das características seguintes: conxuntivite bilateral (é dicir, inflamación da membrana que recobre o globo ocular), aumento do tamaño dos ganglios linfáticos, erupción cutánea, afectación da lingua e a boca e cambios nas extremidades. O médico debe verificar que non existen mostras de ningunha outra enfermidade que puidese explicar os mesmos síntomas. Algúns nenos mostran formas incompletas da enfermidade, o que significa que presentan menos criterios clínicos, o que dificulta o diagnóstico. Estes casos denomínanse enfermidade de Kawasaki incompleta.

#### **2.2 Durante canto tempo durará a enfermidade?**

A enfermidade de Kawasaki é unha enfermidade con tres fases: aguda, que inclúe as 2 primeiras semanas cando aparece a febre e os demais síntomas; subaguda, desde a segunda ata a cuarta semana, un período no que os recontos de plaquetas empezan a aumentar e poden producirse aneurismas; e a fase de recuperación, desde o primeiro ata o terceiro mes, cando todas as análises volven á normalidade e algunhas das anomalías dos vasos sanguíneos (como os aneurismas das arterias coronarias) resólvense ou diminúen en tamaño. Se non se trata, a enfermidade pode entrar nunha evolución

---

autolimitante dunhas 2 semanas, deixando as arterias coronarias danadas.

### **2.3 Cal é a importancia das análises?**

Na actualidade, non existen análises de laboratorio que poidan axudar a diagnosticar a enfermidade de forma concluínte. Á hora de realizar o diagnóstico, pode axudar un conxunto de análises como aumento da VSG (velocidade de sedimentación globular), concentracións elevadas de PCR, leucocitose (aumento do número de glóbulos brancos), anemia (reconto baixo de glóbulos vermellos), concentración baixa de albumina en soro e aumento das enzimas hepáticas. Normalmente, o número de plaquetas (as células implicadas na coagulación do sangue) é normal na primeira semana da enfermidade, pero empeza a aumentar na segunda semana, chegando a números moi altos.

Os nenos deben someterse a exploracións periódicas e á avaliación das análises de sangue ata que os recontos de plaquetas e a VSG volvan á normalidade.

Debe realizarse un electrocardiograma (ECG) inicial e unha ecocardiografía. A ecocardiografía pode detectar a dilatación (ensanche) ou os aneurismas mediante a avaliación da forma e o tamaño das arterias coronarias. En caso dun neno con anomalías coronarias, é necesario realizar ecocardiografías de seguimento e estudos e avaliacións adicionais.

### **2.4 Pode tratarse ou curarse?**

A maioría dos nenos con enfermidade de Kawasaki poden curarse, con todo, algúns pacientes desenvolven complicacións cardíacas a pesar do uso do tratamento adecuado. A enfermidade non pode evitarse, pero o mellor modo de reducir as complicacións coronarias é realizar un diagnóstico temperán e iniciar o tratamento canto antes.

### **2.5 Cales son os tratamentos?**

Un neno con sospeita de enfermidade de Kawasaki, ou diagnóstico definitivo, debe ingresar no hospital para a súa observación e supervisión e debe avaliarse a posible afectación cardíaca.

Para reducir a frecuencia das complicacións cardíacas, o tratamento

---

debe iniciarse nada máis realizarse o diagnóstico.

O tratamento consiste nunha soa dose de inmunoglobulina intravenosa (Ig iv) e aspirina. Este tratamento reducirá a inflamación, aliviando os síntomas agudos de forma considerable. A Ig iv a altas doses é a parte esencial do tratamento, posto que é capaz de reducir a aparición de anomalías coronarias nunha elevada proporción de pacientes. Aínda que é caro, por agora é a forma máis efectiva de tratamento. En pacientes con factores de risco especiais, poden administrarse corticoesteroides de forma simultánea. Os pacientes que non responden a unha ou a dúas doses de Ig iv teñen outras alternativas terapéuticas, incluídas altas doses de corticoesteroides por vía intravenosa e tratamento con fármacos biolóxicos.

## **2.6 Todos os nenos responden á inmunoglobulina intravenosa?**

Por sorte, a maioría dos nenos soamente necesitarán unha soa dose. Os que non responden poden necesitar unha segunda dose ou dose de corticoesteroides. En casos raros, poden administrarse moléculas novas, chamadas fármacos biolóxicos.

## **2.7 Cales son os efectos secundarios do tratamento farmacolóxico?**

Normalmente, o tratamento con Ig iv é seguro e tolérase ben. De forma moi pouco frecuente, pode producirse inflamación das meninxes (meninxite aséptica).

Tras o tratamento con Ig iv deben pospoñerse as vacinas con virus vivos atenuados e consultar cada vacina co seu pediatra. A aspirina a altas doses pode producir náuseas ou molestias estomacais.

## **2.8 Que tratamento se recomenda tras a inmunoglobulina e a aspirina a altas doses? Canto tempo debería durar o tratamento?**

Tras acougar a febre (normalmente en 24 ou 48 horas), a dose de aspirina reducirase de forma progresiva. A dose baixa de aspirina mantense debido ao seu efecto sobre as plaquetas. Isto significa que as plaquetas non se agregarán. Este tratamento é útil para evitar a formación de trombos (coágulos de sangue) dentro dos aneurismas ou

---

nos revestimentos internos dos vasos sanguíneos inflamados, posto que a formación de trombos no interior dun aneurisma ou dun vaso sanguíneo pode cortar a subministración de sangue das zonas ás que abastecen os vasos sanguíneos (o infarto cardíaco é a complicación máis perigosa da enfermidade de Kawasaki). Séguese administrando aspirina a baixas doses ata a normalización dos marcadores inflamatorios e unha ecocardiografía de seguimento con resultado normal. Os nenos con aneurismas persistentes deben recibir aspirina ou outros anticoagulantes durante períodos prolongados baixo supervisión dun médico.

### **2.9 A miña relixión non permite que use sangue ou hemoderivados. Existe algún tratamento non convencional ou complementario?**

Non existen tratamentos non convencionais para esta enfermidade. A Ig iv é o tratamento de elección que demostrou a súa eficacia. Os corticoesteroides poden ser efectivos no caso de que non se use Ig iv.

### **2.10 Quen participa na atención médica do neno?**

O pediatra, o cardiólogo pediátrico e o reumatólogo pediátrico poden encargarse da atención na etapa aguda e do seguimento do neno con enfermidade de Kawasaki. Nos lugares onde non se dispoña dun reumatólogo pediátrico, o pediatra xunto co cardiólogo encargaranse de supervisar os pacientes, especialmente aqueles que presenten afectación cardíaca.

### **2.11 Cal é a evolución a longo prazo (o pronóstico) da enfermidade?**

Para a maioría dos pacientes, o pronóstico é excelente, xa que desenvolverán unha vida normal, cun crecemento e desenvolvemento normais.

O pronóstico dos pacientes con anomalías persistentes nas arterias coronarias depende principalmente do desenvolvemento da redución da luz vascular (estenose) e de obstrucións (oclusións). Estes pacientes serán propensos a síntomas cardíacos nas primeira etapas da súa vida e poden necesitar permanecer baixo a atención dun cardiólogo con experiencia no tratamento prolongado de nenos con enfermidade de Kawasaki.

