Relación entre adenopatías cervicales y enfermedad de Kawasaki en pacientes pediátricos: análisis de una serie de casos en el Hospital Roberto Gilbert, período 2024–2025

Relationship between cervical lymphadenopathy and Kawasaki disease in pediatric patients: analysis of a case series at Roberto Gilbert Hospital, 2024–2025

Relação entre linfadenopatias cervicais e doença de Kawasaki em pacientes pediátricos: análise de uma série de casos no Hospital Roberto Gilbert, período de 2024–2025

Liva Zulema Pacheco Flores
Posgradista de Pediatría, Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Ecuador
https://orcid.org/0000-0002-2585-0517

Oscar Andres Brito Ibarra
Posgradista de Pediatría, Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Ecuador

Aura Gabriela Cruz Barrera
Tratante de Pediatría, Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Ecuador
https://orcid.org/0009-0000-2975-6504

Forma de citación en APA, séptima edición.

Pacheco, L; Brito, O; Villacis, I. (2026). Relación entre adenopatías cervicales y enfermedad de Kawasaki en pacientes pediátricos: análisis de una serie de casos en el Hospital Roberto Gilbert, período 2024–2025. Revista Ibero Research, 1(8), 78 - 97.

Fecha de presentación: 18/11/2026 **Fecha de aceptación:** 19/11/2026 **Fecha de publicación:** 20/11/2026

Resumen

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis inflamatoria aguda, auto limitada y multifactorial que afecta a vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre. Presenta una mayor incidencia en Japón (250/100.000 niños) en comparación con la población blanca (13,7/100.000). Su diagnóstico se divide en dos formas clínicas: EK completa: fiebre de al menos cinco días de duración, acompañada de cuatro o más de los cinco criterios clínicos principales: inyección conjuntival bilateral no exudativa, alteraciones orales y labiales, adenopatía cervical, exantema polimorfo y cambios en las extremidades. EK incompleta: fiebre prolongada, generalmente de cinco o más días, acompañada de dos o tres criterios clínicos principales, o fiebre persistente sin causa aparente, respaldada por marcadores inflamatorios elevados (PCR/VSG) y hallazgos específicos de laboratorio o ecocardiográficos. El ecocardiograma constituye el estudio de imagen de elección para evaluar a los pacientes con EK, debido a que es una herramienta no invasiva que permite identificar alteraciones coronarias. Debe realizarse tan pronto como se establezca o sospeche el diagnóstico, especialmente en los casos de EK incompleta. Es importante considerar que un resultado ecocardiográfico inicial normal no descarta la enfermedad. En cuanto al tratamiento, el pilar fundamental es la inmunoglobulina intravenosa (IGIV). Se han utilizado esquemas de 400 mg/kg/día durante cinco días y una dosis única de 2 g/kg, siendo este último el esquema recomendado habitualmente por su asociación con una menor duración de la fiebre y una menor frecuencia de alteraciones coronarias. Su administración temprana es fundamental, preferentemente durante los primeros diez días de enfermedad. En pacientes diagnosticados después del décimo día, se recomienda considerar el tratamiento cuando persista la fiebre o existan alteraciones coronarias o evidencia de

inflamación sistémica. Otro medicamento utilizado en el tratamiento de la EK es el ácido acetilsalicílico (AAS), que se ha administrado en diferentes dosis antiinflamatorias. En Europa y Japón se emplean habitualmente dosis de 30-50 mg/kg/día, mientras que en Estados Unidos se han utilizado dosis de 80-100 mg/kg/día. La evidencia disponible respalda el uso de dosis antiinflamatorias menores, debido a que presentan una eficacia comparable y una menor exposición a posibles efectos adversos, como toxicidad hepática, gastritis, hemorragia digestiva, alteraciones auditivas y síndrome de Reye.

Palabras clave: enfermedad de Kawasaki; adenopatías cervicales; lactantes; ecocardiografía; serie de casos.

Abstract

Kawasaki disease (KD) is an acute, self-limiting, multifactorial inflammatory vasculitis affecting small- and medium-sized blood vessels. Its incidence is higher in Japan (250 per 100,000 children) than in White populations (13.7 per 100,000). Two clinical forms are recognized: Complete KD: fever lasting at least five days together with four or more of the five principal clinical criteria: bilateral nonexudative conjunctival injection, oral and lip changes, cervical lymphadenopathy, polymorphous rash, and changes in the extremities. Incomplete KD: prolonged fever, generally lasting at least five days, accompanied by two or three of the principal clinical criteria, or persistent fever without an apparent cause, supported by elevated inflammatory markers (CRP/ESR) and specific laboratory or echocardiographic findings. Echocardiography is the imaging modality of choice for assessing patients with KD, as it is a noninvasive tool that can identify coronary abnormalities. It should be performed as soon as the diagnosis is established or suspected, especially in cases of incomplete KD. A normal initial echocardiographic result does not rule out the disease. The cornerstone of treatment is intravenous immunoglobulin (IVIG). Regimens of 400 mg/kg/day for five days and a single dose of 2 g/kg have been used; the latter is generally recommended because it is associated with shorter fever duration and a lower frequency of coronary abnormalities. Early administration is essential, preferably within the first ten days of illness. In patients diagnosed after day ten, treatment should be considered when fever persists or when coronary abnormalities or evidence of systemic inflammation are present. Another medication used in KD treatment is acetylsalicylic acid (ASA), which has been administered at different anti-inflammatory doses. Doses of 30–50 mg/kg/day are commonly used in Europe and Japan, whereas doses of 80–100 mg/kg/day have been

used in the United States. Available evidence supports lower anti-inflammatory doses because they offer comparable efficacy with less exposure to potential adverse effects, including hepatotoxicity, gastritis, gastrointestinal bleeding, hearing disturbances, and Reye syndrome.

Keywords: Kawasaki disease; cervical lymphadenopathy; infants; echocardiography; case series.

Resumo

A doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite inflamatória aguda, autolimitada e multifatorial que acomete vasos sanguíneos de pequeno e médio calibre. Apresenta incidência mais elevada no Japão (250 por 100.000 crianças) do que na população branca (13,7 por 100.000). Seu diagnóstico compreende duas formas clínicas: DK completa: febre com duração de pelo menos cinco dias, acompanhada de quatro ou mais dos cinco critérios clínicos principais: injeção conjuntival bilateral não exsudativa, alterações orais e labiais, linfadenopatia cervical, exantema polimorfo e alterações das extremidades. DK incompleta: febre prolongada, geralmente por cinco dias ou mais, acompanhada de dois ou três critérios clínicos principais, ou febre persistente sem causa aparente, apoiada por marcadores inflamatórios elevados (PCR/VHS) e achados laboratoriais ou ecocardiográficos específicos. O ecocardiograma é o exame de imagem de escolha na avaliação de pacientes com DK, por ser um método não invasivo que permite identificar alterações coronarianas. Deve ser realizado assim que o diagnóstico for estabelecido ou suspeitado, especialmente nos casos de DK incompleta. Um resultado ecocardiográfico inicial normal não exclui a doença. O pilar do tratamento é a imunoglobulina intravenosa (IGIV). Foram utilizados esquemas de 400 mg/kg/dia durante cinco dias e uma dose única de 2 g/kg, sendo o último geralmente recomendado por sua associação com menor duração da febre e menor frequência de alterações coronarianas. A administração precoce é fundamental, preferencialmente nos primeiros dez dias da doença. Em pacientes diagnosticados após o décimo dia, deve-se considerar o tratamento quando a febre persistir ou quando houver alterações coronarianas ou evidências de inflamação sistêmica. Outro medicamento utilizado no tratamento da DK é o ácido acetilsalicílico (AAS), administrado em diferentes doses anti-inflamatórias.

Na Europa e no Japão, utilizam-se habitualmente doses de 30–50 mg/kg/dia, enquanto nos Estados Unidos foram utilizadas doses de 80–100 mg/kg/dia. As evidências disponíveis sustentam o uso de doses anti-inflamatórias menores, com eficácia comparável e menor exposição a possíveis eventos adversos, como toxicidade hepática, gastrite, hemorragia digestiva, alterações auditivas e síndrome de Reye.

Palavras-chave: doença de Kawasaki; linfadenopatia cervical; lactentes; ecocardiografia; série de casos.

Introducción

La enfermedad de Kawasaki (EK) fue descrita en Japón, en 1967 por Tomisaku Kawasaki, definida como una vasculitis sistémica inflamatoria aguda, que afecta a vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre, que suele ser auto limitada. Es la causa principal de cardiopatía adquirida en la edad pediátrica, y su diagnóstico se basa en criterios clínicos establecidos por el Comité de Investigación del Ministerio de Salud de Japón, y adaptados por la Academia americana del corazón, entre otros.

Por lo cual centraremos nuestro estudio por sus criterios teniendo en cuenta que esta patología principalmente se caracteriza por un cuadro clínico compatible con fiebre ≥5 días y al menos cuatro de cinco criterios clínicos; la forma incompleta presenta menos criterios, asociada a inflamación sistémica y alteraciones en laboratorio o exámenes de imagen como el ecocardiograma que evalúa el compromiso coronario mediante puntuaciones Z.

La BCGitis es una manifestación clínica frecuente en lactantes y puede asociarse con mayor riesgo cardiovascular. Además, esta patología se relaciona con el espectro de compromiso ganglionar de la enfermedad de Kawasaki, pero no todos pueden clasificarse como presentación ganglionar inicial que será la base de nuestro estudio, que tiene como objetivo analizar la relación entre las adenopatías cervicales y la enfermedad de Kawasaki en pacientes pediátricos atendidos en el Hospital Roberto Gilbert durante el período 2024–2025, potenciando la parte clínica e incluyendo los hallazgos de imagen y laboratorio.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de serie de casos, en pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki atendidos en el Hospital Roberto Gilbert durante el período comprendido entre 2024 y 2025.

La población estudiada estuvo conformada por diez pacientes lactantes, con edades comprendidas entre los 2 y 11 meses, que cumplieron los criterios de selección establecidos para el estudio. Se revisaron las historias clínicas con el propósito de recopilar información demográfica, características clínicas, hallazgos de laboratorio, resultados ecocardiográficos, tratamiento recibido y evolución hospitalaria.

Las variables clínicas incluyeron la duración de la fiebre, presencia de exantema, conjuntivitis, cambios en las mucosas, edema de extremidades, adenopatías cervicales o regionales y manifestaciones inflamatorias en el sitio de vacunación BCG. También se consideraron los hallazgos de laboratorio relacionados con el proceso inflamatorio y las alteraciones cardiovasculares identificadas mediante ecocardiografía.

Los datos fueron organizados en una base de datos y analizados mediante estadística descriptiva. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se describieron mediante medidas de tendencia central y dispersión, según correspondiera. Debido al tamaño reducido de la muestra y al diseño del estudio, no se realizaron análisis inferenciales ni se plantearon conclusiones causales.

Resultados

Se analizaron diez pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki, cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 2 y 11 meses. Cuatro pacientes (40 %) tenían menos de seis meses, mientras que seis (60 %) tenían entre seis y once meses.

Se documentaron adenopatías cervicales o regionales en cinco pacientes (50 %). Estas se localizaron en diferentes regiones anatómicas, incluyendo las áreas cervical, submaxilar y retroauricular. En uno de los pacientes se describió una adenopatía cervical de aproximadamente 1 cm de diámetro. La presencia de adenopatías se identificó en el contexto de otras manifestaciones clínicas compatibles con enfermedad de Kawasaki.

A continuación, se presenta la descripción individual de los casos incluidos en el estudio.

Caso 1

Lactante masculino de 6 meses de edad, cursa con cuadro clínico de 4 días de evolución con fiebre cuantificada de hasta 39°C, el día de hoy exantema hacia tronco y extremidades, familiar nota edema de extremidades inferiores e hiporexia del 50% de lo habitual por lo que acude. Al examen físico llama la atención exantema polimorfo, se evidencia conjuntivitis bilateral no purulenta y tiene discreto edema de extremidades inferiores, además presenta eritema perianal (signo de Fink y bcgitis).

Caso 2

Lactante masculino de 10 meses de edad, es traído por cuadro clínico de 11 días de alza térmica no cuantificada y rinorrea, hace 6 días presentó exantema polimorfo difuso, por lo que acude a facultativo quien envía paracetamol y cetirizina, 24 horas después, presenta fiebre de 39ºC acompañado de vomito alimenticio por lo que regresa a sitio previo de atención, donde le realizan exámenes de laboratorio, una biometría hemática

con leucocitosis y una PCR elevada, por lo que agrega a tratamiento amoxicilina/ clavulànico, probiótico, sales de rehidratación oral, ácido ascórbico, solución salina isotónica nasal y calamina tópica, en últimas 48 horas persiste febril, de hasta 39,9ºC, madre refiere verlo más irritable, más decaído, exantema se torna más intenso asociado a la fiebre, le ve los ojos rojos, boca roja e inició con deposiciones liquidas en #2 de poca cantidad sin moco sin sangre. Al examen físico llama la atención que esta febril, con inyección conjuntival bilateral no exudativa, congestión nasal con rinorrea amarilla verdosa, labios rojos, lengua aframbuesada, eritema orofaringeo, exantema generalizado, eritema en el área del pañal y edema de manos y pies. Dentro de su abordaje inicial contó con ecocardiograma que indicaba coronaria izquierda hiperrefrinfente (z-score 1.82), descendente anterior con dilatacion leve (z-score 2.71) y coronaria derecha normal (z-score 0.55).

Caso 3

Lactante femenina de 9 meses de edad, es traída por cuadro clínico de 4 días de evolución caracterizado por fiebre de 39°C, y tumefacción a nivel retroauricular que se extiende a cuello izquierdo, eritematosa y dolorosa a palpación, motivo por el cual acude a facultativo en donde envían antitérmico y antibioticoterapia vía oral, sin embargo paciente no tolera medicación, ocasionando fiebre persistente, 24 horas previas presenta exantema macular de inicio en manos que se extiende a region toracoabdominal, extremidades superiores, inferiores, cuello.

Al examen físico llama la atención exantema difuso, inyección conjuntival, adenomegalia submaxilar izquierda, presencia de labios eritematosos con faringe hiperemica, edema de manos y pies, con reactivación de área de bcg.

Caso 4

Lactante masculino de 5 meses de edad cursa con cuadro clínico de 11 días de evolución que inició con alza térmica hasta 39.5°C, adenomegalia en región cervical izquierda, inyección conjuntival, labios agrietados y deposiciones líquidas en moderada cantidad siendo estas 4 por día, de color verdoso, sin moco ni sangre, acudiendo a facultativo, siendo polimedicado sin observar mejoría, se suma exantema polimorfo generalizado, al quinto día de enfermedad se agrega tos seca que luego se torna húmeda, no cianosante ni emetizante, rinorrea hialina escasa, edema en manos y plantas de los pies, motivo por el cual fue ingresado a centro hospitalario donde recibiò antibioticoterapia de amplio espectro con cefalosporina de tercera generación y aminoglucósido por 5días, además de dosis de metilprednisolona a 2mg/kg/día y aspirina 50mg/kg/día, ante limitada capacidad resolutiva es transferido. Al examen físico llama la atención labios agrietados, hepatomegalia aproximadamente 2cm bajo reborde costal y eritema perianal. Dentro de sus primeros estudios se realiza ecocardiograma en el que se evidencia dilatación de ambas coronarias.

Caso 5

Lactante masculino de 2 meses de edad con cuadro clínico de 8 días aproximadamente caracterizado por vómitos que se auto limitan, rinorrea hialina, fiebre de 38ºC, tratado ambulatoriamente sin mejoría clínica, posterior se adiciona exantema en tronco manos y pies, en las últimas 5 horas presenta estridor audible y aumento del patrón respiratorio. A la examinación se lo observa taquipneico, con estridor, queilitis y labios fisurados, exantema polimorfo y habones con distribución en manos, extremidades inferiores, tórax posterior y región lumbar, además de edemas en manos y pies. A la rehistoria madre indica que presentó en los primeros días inyección conjuntival no purulenta.

Caso 6

Lactante masculino de 4 meses de edad con cuadro clínico de 7 días de evolución caracterizado por fiebre de 38 grados, tos seca no emetizante no cianotizante ni rubicundizante, en las ultimas 24 horas presenta deposiciones líquidas en 4 ocasiones que rebosan el pañal, irritabilidad e incremento del patron respiratorio. Al examen físico llama la atención exantema en miembros superiores e inferiones, eritema ocular, eritema del sitio de bcg, adenopatía retroauricular derecha y eritema anal. Dentro de sus estudios, hallazgos relevantes de ecocardiograma que reporta ectasia de coronarias y leve dilatacion de arteria descendente anterior, ademas de piuria esteril al examen de orina.

Caso 7

Lactante masculino de 9 meses con cuadro clínico de 6 dias de evolcuion caracterizado por rinorrea e irritabilidad ocasional, fiebre persistente, irritabilidad, diarrea en número de 8 por día de coloracion verdosa muy fetidas con moco sin sangre, vómitos hasta 8 por dia, acudiendo a facultativo, indicándole tratamiento ambulatorio con antibiótico y antigripales; sin mejoría del cuadro, persistiendo febril, hace 4 días se agregò exantema morbiliforme en área del pañal y en extremidades inferiores. Acudiò a centro médico, donde detectan signos de deshidratación y edema de manos y pies, recibiendo cargas de solución salina hasta 50 ml/kg, ceftriaxona, realizan examenes de laboratorios evidenciando leucocitosis con neutrofilia, hipertransaminasemia y desbalance hidroelectrolítico, por lo que envían a casa con suero y antibióticos, sin embargo, cuadro persiste con alternancia entre somnolencia e irritabilidad. Al examen fisico paciente irritable, con tendencia a la somnolencia, febril, taquicárdico, taquipneico con quejido, aleteo nasal, además de signos de mala perfusion distal, con necesidad de manejo avanzado de vìa aèrea, y cargas de liquidos, dentro de su abrodaje diagnostico a la

ecocardiografìa mostrò ectasia de coronaria derecha, ademas de reactantes de fase aguda elevadas, leucocitosis con anemia y trombocitopenia y datos clinicos de shock.

Caso 8

Lactante masculino de 5 meses con cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por fiebre de hasta 39 °C de dificíl control, que cede parcialmente con el uso de antipirético, acompañado de labios eritematosos, inyeccion conjuntival no purulenta, exantema en tronco y extremidades de caracteristicas macupapular y eritema en palmas y plantas.

En el examen fisico se encontrò adenopatia cervical derecha, edema de las manos y eritema en el area del pañal con descamacion, durante su estadia no cumpliò 5 dias de fiebre por uso de corticoides, con datos de laboratorio compatibles para sindrome de de kawasaki.

Caso 9

Lactante masculino de 7 meses con cuadro clinico de 4 dias de evoluciòn con alza térmica no cuantificada que cedìa parcialmente con antitermico, se acompañaba de eritema conjuntival bilateral, eritema en sitio de cicatriz de vacuna BCG, rash polimorfo que inicia en región perianal, extremidades inferiores y progresa hacia abdomen torax y cuello, además hace 24 horas presenta desposiciones blandas verdosas e hiporexia del 50% de su habitual. Acude con examenes de laboratorio donde llama la atención leucocitosis, anemia, elevación de reactantes de fase aguda y piuria esteril. Al examen fisico se evidencia inyeccion conjuntival, exantema difuso, adenopatia cervical izquierda de aproximadamente 1cm, labios eritematosos,y discreto edema en manos y pies. Acompañado de hidrops vesicular a la ecografía abdominal.

Caso 10

Lactante femenina de 11 meses de edad que presenta cuadro clínico de 4 días de evolución caracterizado por fiebre de hasta 39 °C de difícil control, que cede parcialmente con antipiréticos, acompañada de eritema conjuntival no purulento, labios edematizados, eritematosos y fisurados, lengua

aframbuesada, hace 48 horas se asocia diarreas abundantes fetidas sin moco ni sangre en #9/dia, exantema maculopapular en tronco y extremidades y eritema en palmas y plantas, hiporexia de más del 50 % de su ingesta habitual y oliguria por lo que acude.

Al examen físico se la ve pálida, taquicardia con llenado capilar prolongado asociada a alza térmica, valorada con estado de deshidratación del 6%, además de orofaringe eritematosa. con exámenes de laboratorio compatibles con síndrome de Kawasaki.

Discusión

La enfermedad de Kawasaki afecta predominantemente a niños menores de cinco años y constituye una causa importante de enfermedad cardiovascular adquirida durante la infancia. Su diagnóstico se fundamenta principalmente en criterios clínicos, debido a que no existe una prueba específica que confirme la enfermedad [1,2,21].

En la presente serie de casos, realizada en el Hospital Roberto Gilbert durante el período 2020-2025, se analizaron diez lactantes con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki, cuyas edades oscilaron entre los 2 y 11 meses. Todos presentaron fiebre y exantema, acompañados de diferentes manifestaciones mucocutáneas y sistémicas. Un hallazgo relevante fue la presencia de adenopatías cervicales o regionales en cinco pacientes (50 %), lo que evidencia la importancia del compromiso ganglionar dentro de la presentación clínica de esta enfermedad. Asimismo, según los registros revisados, los diez pacientes contaron con estudios ecocardiográficos informados como compatibles

con enfermedad de Kawasaki. Posteriormente, todos presentaron una evolución clínica favorable tras recibir tratamiento.

Según la actualización científica de la American Heart Association (AHA), publicada por Jone et al. en 2024, los pacientes menores de seis meses presentan un mayor riesgo de desarrollar alteraciones coronarias, por lo que requieren una evaluación cardiovascular y un seguimiento especialmente cuidadosos [21]. En nuestra serie, cuatro pacientes tenían menos de seis meses, lo que representa el 40 % de la población estudiada.

Uno de los principales aspectos de nuestra investigación fue la identificación de adenopatías cervicales o regionales en cinco de los diez pacientes. Estas se localizaron en las regiones submaxilar, cervical y retroauricular y, en algunos casos, estuvieron acompañadas de dolor, eritema y tumefacción local. Su presencia adquiere relevancia porque puede generar confusión diagnóstica con procesos infecciosos de origen bacteriano.

Okazawa et al., en una revisión sistemática publicada en 2026, analizaron seis estudios que incluyeron 285 pacientes con enfermedad de Kawasaki de presentación ganglionar inicial y 375 pacientes con linfadenitis cervical bacteriana. Los autores identificaron concentraciones superiores de proteína C reactiva en los pacientes con Kawasaki en los seis estudios analizados, aunque las diferencias fueron estadísticamente significativas en cinco de ellos. También describieron valores superiores de alanina aminotransferasa en cinco de los seis estudios. Sin embargo, destacaron que existe superposición entre los parámetros clínicos y laboratoriales de ambas enfermedades, por lo que ningún marcador aislado permite establecer un diagnóstico diferencial definitivo [22].

Al comparar estos resultados con nuestra serie, se observa que las adenopatías estuvieron presentes en el 50 % de los casos estudiados, aunque no constituyeron necesariamente la manifestación inicial o predominante. Por tanto, nuestros casos se relacionan con el espectro de compromiso ganglionar de la enfermedad de Kawasaki, pero no todos pueden clasificarse como presentaciones ganglionares iniciales.

El compromiso cardiovascular representa uno de los aspectos más importantes de la enfermedad de Kawasaki. En nuestra serie, los diez pacientes contaron con ecocardiogramas informados como compatibles con la enfermedad. Entre los hallazgos descritos específicamente se identificaron dilatación leve de la arteria descendente anterior, con un puntaje Z de 2,71 en uno de los pacientes; dilatación de ambas arterias coronarias en otro; y ectasia coronaria acompañada de dilatación leve de la arteria descendente anterior en un tercer paciente. En otro caso se describió ectasia de la arteria coronaria derecha. Estos hallazgos evidencian la relevancia de la evaluación ecocardiográfica para identificar el compromiso coronario.

La actualización de la AHA enfatiza la importancia de evaluar las dimensiones de las arterias coronarias mediante puntuaciones Z ajustadas a la superficie corporal, además de valorar la función ventricular y otras estructuras cardíacas [21]. En este sentido, el hallazgo de un puntaje Z de 2,71 en la arteria descendente anterior corresponde al rango de dilatación coronaria ($Z \geq 2,5$ y < 5), sin alcanzar el umbral ecocardiográfico de aneurisma. Por ello, es importante diferenciar entre ectasia, dilatación y aneurisma al describir los resultados de nuestra investigación.

Finalmente, la guía del American College of Rheumatology y la Vasculitis Foundation, publicada por Gorelik et al. en 2022, recomienda realizar ecocardiografía sin demora en pacientes con sospecha de enfermedad de Kawasaki incompleta y obtener mediciones

coronarias en pacientes con manifestaciones de shock sin explicación clara [23]. Esta recomendación resulta particularmente relevante para nuestra serie, considerando que uno de los pacientes presentó deterioro hemodinámico, mala perfusión periférica y necesidad de manejo avanzado de la vía aérea, además de ectasia de la arteria coronaria derecha. Este cuadro representa una presentación de mayor gravedad clínica y obliga a considerar el síndrome de shock asociado a Kawasaki dentro del diagnóstico diferencial, lo que plantea una nueva interrogante para futuras investigaciones.

Conclusión

La presente serie de diez casos pediátricos con enfermedad de Kawasaki permitió identificar adenopatías cervicales o regionales en el 50 % de los pacientes, lo que evidencia que estas pueden formar parte de la presentación clínica de la enfermedad durante la lactancia.

Los hallazgos permiten destacar la importancia de considerar la enfermedad de Kawasaki dentro del diagnóstico diferencial de los lactantes que presentan fiebre y adenopatías cervicales, especialmente cuando estas se acompañan de manifestaciones mucocutáneas y elevación de marcadores inflamatorios. Asimismo, la realización de un ecocardiograma constituye una herramienta fundamental para identificar el compromiso cardiovascular; sin embargo, su realización no debe retrasar el inicio oportuno del tratamiento.

A partir de esta serie de casos se identificó la coexistencia de adenopatías y enfermedad de Kawasaki. No obstante, el tamaño reducido de la muestra y la ausencia de un grupo comparativo no permiten establecer una asociación estadística ni una relación causal. Se requieren estudios con un mayor número de pacientes para profundizar en el valor de las

adenopatías como manifestación clínica y posible indicador diagnóstico de la enfermedad.

Referencias bibliográficas

1. Herrera CN, Tomalá-Haz J. Enfermedad de Kawasaki: Definición, etiología, diagnóstico y manejo de la fase aguda. RevReumDia [Internet]. 22 de septiembre de 2022 [citado 3 de noviembre de 2026];16(2). Disponible en: https://reumatologiaaldia.com/index.php/rad/article/view/4631

2. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, Burns JC, Bolger AF, Gewitz M, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: A scientific statement for health professionals from the American Heart Associa-tion. Circulation 2017;135: e927–99. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000484.2.

3. Melonari P, Abate H, Hernán Llano López L, Cutica RJ, Teresa Apaz M, Battagliotti C, et al. Características clínico-epidemiológicas y predic-tores de complicaciones coronarias en niños de Argentina con enfermedad de Kawasaki Clinical-epidemiological characteristics and predictors of coronary complications in children of Argentina with Kawasaki disease. n.d. https://doi.org/doi.org/10.4067/S0716-10182019000500636.3.

4. 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, etio-pathogenesis, clinical expression and management of the acute phase. Italian Journal of Pediatrics 2018;44. https://doi.org/10.1186/s13052-018-0536-3.4.

5. Alomía-A Carlos, Gordillo-T Lucía. Prevalencia de Enfermedad de Kawasaki en el Hospital Metropolitano de Quito en un periodo de 7 años. RevEcuatPediatr 2014; 15:11–4

6. Fukazawa R, Kobayashi J, Ayusawa M, Hamada H, Miura M, Mitani Y, et al. JCS/JSCS 2020 Gui-deline on Diagnosis and Management of Car-diovascular Sequelae in Kawasaki Disease. Cir-culation Journal 2020; 84:1348–407. https://doi.org/10.1253/circj.CJ-19-1094.

7. Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, Gewitz MH, Tani LY, Burns JC, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: A statement for health pro-fessionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease, Cou-ncil on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. Circulation 2004; 110:2747–71. https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000145143.19711.78.

8. Lovera D, Amarilla S. S, Galeano F, Astiga-rraga N, Apodaca S, Martínez de Cuellar C, et al. Factores de riesgo asociados a afectación coronaria en niños con enfermedad de Kawasaki. Pediatría (Asunción) 2020; 47:132–8. https://doi.org/10.31698/ped.47032020003.

9. Barrios Tascón A, Centeno Malfaz F, Rojo Som-brero H , Fer nández- Cooke E , Sánchez-Manubens J, Pérez-Lescure Picarzo J. National consensus on the cardiological treatment and follow-up of Kawasaki disease. Anales de Pediatria 2018; 89:188. e1-188.e22. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.04.003.19.

10. Li T, Feng J, Li N, Liu T. Correct identification of incomplete Kawasaki disease. Journal of Inter-national Medical Research 2021;49. https://doi.org/10.1177/03000605211001712.20.

11. Diniz LMO, Castanheira RG, Giampietro YG, Silva MS, Nogueira FD, Pessoa PD, et al. Diag-nostic value of the reaction at the bacillus cal-mette-guérin vaccination site in

Kawasaki disease. Revista Paulista de Pediatria 2020;39. https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2019338.

12. Zheng Z, Huang Y, Wang Z, Tang J, Chen X, Li Y, et al. Clinical Features in Children with Kawasaki Disease Shock Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in Cardio-vascular Medicine 2021;8. https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.736352
13. Marchesi A, Tarissi De Jacobis I, Rigante D, Rimini A, Malorni W, Corsello G, et al. Kawasaki disease: Guidelines of Italian Society of Pediatrics, part II - Treatment of resistant forms and cardio-vascular complications, follow-up, lifestyle and prevention of cardiovascular risks. Italian Journal of Pediatrics 2018;44. https://doi.org/10.1186/s13052-018-0529-2.
14. Lo MS, Newburger JW. Role of intravenous immunoglobulin in the treatment of Kawasaki disease. International Journal of Rheu-matic Diseases 2018; 21:64–9. https://doi.org/10.1111/1756-185X.13220.34.
15. He L, Liu F, Yan W, Huang M, Huang M, Xie L, et al. Randomized trial of different initial intravenous immunoglobulin regimens in Kawasaki disease. Pediatrics International 2021; 63:757–63. https://doi.org/10.1111/ped.14656.35.
16. Fukui S, Seki M, Minami T, Kotani K, Oka K, Yokomizo A, et al. Efficacy and safety associated with the infusion speed of intravenous immuno-globulin for the treatment of Kawasaki disease: a randomized controlled trial. Pediatric Rheuma-tology 2021;19. https://doi.org/10.1186/s12969-021-00601-6.
17. Ho LGY, Curtis N. What dose of aspirin should be used in the initial treatment of Kawasaki disease? Archives of Disease in Childhood 2017; 102:1180–2. https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-313538.
18. Jia X, Du X, Bie S, Li X, Bao Y, Jiang M. What dose of aspirin should be used in the ini-tial treatment of Kawasaki disease? A meta-analysis. Rheumatology (United Kingdom) 2020; 59:1826–33. https://doi.org/10.1093/rheumato-logy/keaa050.38.
19. Sanati F, Bagheri M, Eslami S, Khalooei A. Eva-luation of high-dose aspirin elimination in the treatment of Kawasaki disease in the incidence of coronary artery aneurysm. Annals of Pedia-tric Cardiology 2021; 14:146–51. https://doi.org/10.4103/apc.APC_206_20.39.
20. Sakulchit T, Benseler SM, Goldman RD. Acetyl-salicylic acid for children with Kawasaki disease. 2017.
21. 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. Circulation. 2024;150(23):e481-e500. doi:10.1161/CIR.0000000000001295.
22. Okazawa K, Hiwatari Y, Suzuki T, Tajima T. Clinical and laboratory characteristics distinguishing node-first Kawasaki disease from bacterial cervical lymphadenitis: a systematic review. Pediatr Cardiol. 2026 Sep 26. doi:10.1007/s00246-026-04494-8.
23. 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 Care Res (Hoboken). 2022;74(4):538-548. doi:10.1002/acr.24838.