

Adenitis cervical como primera manifestación de enfermedad de Kawasaki en paciente menor de 1 año, reporte de caso.

Cervical adenitis as the initial manifestation of Kawasaki disease in an infant under 1 year of age: a case report.

Adenite cervical como primeira manifestação da doença de Kawasaki em paciente menor de 1 ano, relato de caso.

Liva Zulema Pacheco Flores
Universidad Católica Santiago de Guayaquil
Posgradista de Pediatría, Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
<https://orcid.org/0000-0002-2585-0517>
livapachecof@gmail.com
Ecuador

Oscar Andres Brito Ibarra
Universidad Católica Santiago de Guayaquil
Posgradista de Pediatría, Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
o_brito@live.com
Ecuador

Ivonne Patricia Villacis Romo
Universidad Católica Santiago de Guayaquil
Posgradista de Pediatría, Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
<https://orcid.org/0009-0002-2983-9611>
ivonne_villacis71@hotmail.es
Ecuador

Forma de citación en APA, séptima edición.

Pacheco, L.; Brito, O; & Villacis, I. (2026). *Adenitis cervical como primera manifestación de enfermedad de Kawasaki en paciente menor de 1 año, reporte de caso*. Revista Ibero Research, 1(6), 550 – 563.

Fecha de presentación: 14/08/2026

Fecha de aceptación: 17/08/2026

Fecha de publicación: 18/08/2026

Resumen

La Enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica autolimitada, de origen desconocido, que ocurre principalmente en niños menores de 5 años, es la causa más frecuente de enfermedad cardíaca adquirida en niños; un diagnóstico temprano junto con el inicio oportuno del tratamiento adecuado, es determinante para mejorar pronóstico y reducir su morbilidad. Se presenta a continuación un caso clínico que demuestra la importancia del diagnóstico diferencial a tener en cuenta, desde las primeras manifestaciones clínicas de un paciente de 6 meses. Lactante, masculino, con esquema de vacunación incompleto, que cursó con cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por alza térmica no cuantificada, síntomas catarrales, y una masa creciente cervical derecha con signos de flogosis, motivo por lo cual acude a urgencias; días después, durante su hospitalización, desarrolla los nuevos signos clínicos compatibles con los criterios diagnósticos para Enfermedad de Kawasaki, además de presentar BCGeitis. Nuestro objetivo en este caso, es destacar el detallado examen físico diario que detectó los cambios en su evolución clínica, que permitieron el diagnóstico y el tratamiento oportuno con inmunoglobulina intravenosa, con control de la fase aguda de la enfermedad, en un paciente con factores de riesgo de complicación, como el de aneurisma coronario.

Palabras clave: Alza térmica; Masa cervical; BCGeitis; Aneurisma; Inmunoglobulina.

Abstract

Kawasaki disease is a self-limiting systemic vasculitis of unknown origin that primarily affects children under the age of five; it is the most common cause of acquired heart disease in children. Early diagnosis and the timely initiation of appropriate treatment are crucial for improving the prognosis and reducing morbidity and mortality. We present a clinical case illustrating the importance of considering the differential diagnosis from the onset of clinical manifestations in a 6-month-old male infant. The patient, who had an incomplete vaccination schedule, presented with a three-day history of unquantified fever, upper respiratory symptoms, and an enlarging right-sided cervical mass with signs of inflammation, prompting an emergency department visit. During his subsequent hospitalization, he developed new clinical signs meeting the diagnostic criteria for Kawasaki disease and also presented with BCGitis. Our objective in this case is to highlight the role of the detailed daily physical examination in detecting changes in the clinical course; this enabled timely diagnosis and treatment with intravenous immunoglobulin, successfully controlling the acute phase of the disease in a patient at risk for complications such as coronary artery aneurysms.

Keywords: Fever; Neck mass; BCGitis; Aneurysm; Immunoglobulin.

Resumo

A doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica autolimitada, de origem desconhecida, que ocorre principalmente em crianças menores de 5 anos, sendo a causa mais frequente de doença cardíaca adquirida na infância; o diagnóstico precoce, juntamente com o início oportuno do tratamento adequado, é determinante para melhorar o prognóstico e reduzir a morbimortalidade. Apresenta-se a seguir um caso clínico que demonstra a importância do diagnóstico diferencial a ser considerado desde as primeiras manifestações clínicas de um paciente de 6 meses. Lactente do sexo masculino, com esquema vacinal incompleto, apresentou quadro clínico com 3 dias de evolução caracterizado por elevação térmica não quantificada, sintomas catarrais e massa cervical direita crescente com sinais de flogose, motivo pelo qual procurou o serviço de urgência; dias depois, durante a hospitalização, desenvolveu novos sinais clínicos compatíveis com os critérios diagnósticos para doença de Kawasaki, além de apresentar BCGíte. O objetivo deste caso é destacar o exame físico diário detalhado que detectou as mudanças em sua evolução clínica, permitindo o diagnóstico e o tratamento oportuno com imunoglobulina intravenosa, com controle da fase aguda da doença, em um paciente com fatores de risco para complicações, como aneurisma coronariano.

Palavras-chave: Elevação térmica; Massa cervical; BCGíte; Aneurisma; Imunoglobulina.

Introducción

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una enfermedad febril aguda, de etiología desconocida, que afecta principalmente a niños menores de 5 años, y es la principal causa de enfermedades cardíacas adquiridas en niños en países desarrollados (1).

Consiste en una vasculitis sistémica autolimitada, que afecta a vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre, sin embargo, las coronarias suelen ser las más afectadas (2).

Su incidencia en los Estados Unidos es de 18-25 por cada 100.000 niños de 5 años; la incidencia es de 10 a 30 veces mayor en los países del noreste de Asia, incluyendo Japón, Corea del Sur, China y Taiwán (1,3).

Fue descrita en sus inicios como un síndrome mucocutáneo febril con compromiso linfático, su presentación clínica incluye fiebre, conjuntivitis, compromiso de mucosas orales y de la piel y adenopatías cervicales. Su fisiopatología sigue siendo desconocida, aunque influirían diversos factores genéticos, ambientales, infecciosos e inmunológicos, y el diagnóstico es clínico y se basa en los criterios descriptos por el Dr. Tomisaku Kawasaki (2,3,4).

Si bien aún se desconoce su etiología, se cree que podría estar relacionada con algún microorganismo patógeno; en los últimos años se han detectado algunos marcadores genéticos que explicarían la predisposición a la enfermedad. Hasta el día de hoy, no se ha identificado ningún agente único como causa principal, pero hay evidencia que indica que más del 40% de niños con EK han dado positivos para virus respiratorios (5).

La EK suele presentarse, en el tiempo, con tres fases evolutivas, una fase aguda que comprende los primeros 7-14 días, una fase subaguda que comprende las siguientes 2 semanas, y una fase de convalecencia entre la 4ta y 8va semana tras el inicio de la enfermedad (4,5).

La consecuencia más temida de la enfermedad de Kawasaki es el aneurisma de arterias coronarias, y su incidencia se puede reducir drásticamente con un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno con inmunoglobulina intravenosa y ácido acetilsalicílico, teniendo en cuenta que en pacientes con factores de riesgo de complicación (como sexo masculino, raza asiática, menor de 12 meses, PCR elevada, coronarias con score $Z > 2$) se pueden beneficiar con el uso de glucocorticoides al potenciar la terapia antiinflamatoria (1,2).

Metodología

Descripción del caso

Lactante menor de 6 meses de edad, de sexo masculino, que acude al servicio de urgencias por un cuadro de tres días de evolución caracterizado por fiebre de difícil control, tos seca irritativa y rinorrea hialina, que veinticuatro horas previo a su ingreso, notaron la aparición de una masa en la región cervical derecha de rápido crecimiento que deformaba dicha zona, misma que se acompañaba de eritema, calor y dolor local, además de presentar una hiporexia del 50%. En primera instancia, fue valorado por un facultativo externo quien prescribió amoxicilina, paracetamol y un mucolítico, sin evidenciar mejoría clínica.

A su llegada al hospital, el paciente se encontraba irritable y con fiebre, cuantificada de 38.8 °C, taquicárdico (158 lpm), frecuencia respiratoria de 38 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno de 97% al aire ambiente. A la exploración física destacaba una masa cervical derecha indurada de aproximadamente 4 x 6 cm con signos marcados de flogosis.

Los exámenes de laboratorio iniciales reportaron leucocitosis con predominio de Neutrófilos, anemia moderada, plaquetas normales, con una PCR muy elevada. Como

imagen inicial se realizó una ecografía de partes blandas de región cervical, donde se evidenciaron múltiples adenomegalias: submandibulares, yugulocarotídeas y cervicales posteriores, siendo la de mayor tamaño, una submandibular de 26 mm con aumento del flujo al Doppler color.

Tabla 1. Resultados de laboratorio iniciales.

Parámetros/Rango de referencia	Al Ingreso
Leucocitos 6.8 – 16 X103	15.6 x 103.
Neutrófilos 13 – 53%	53%.
Linfocitos 32 – 69%	32.5%.
Hemoglobina 10 – 13g/dL	9.2 g/dL.
Hematocrito 33.5 – 40%	26%.
Plaquetas 275 – 615 X103/ml	429 x 103/ml.
PCR Cuantitativa 0 – 2.8mg/dL	180 mg/dL.
Urea 8 – 35mg/dL	7.49 mg/dL.
Creatinina 0.17 – 0.42mg/dL	0.25 mg/dL.
Sodio 135 - 145mEq/L	135.3 mEq/L.
Potasio 3.5 – 5.4mEq/L	4.7 mEq/L.
Cloro 95 – 105mEq/L	98 mEq/L.
Glucosa 60 – 100mg/dL	108 mg/dL.
Perfil Panel respiratorio 10 gérmenes.	Negativo.



Figura 1. Ecografía de partes blandas: Se observa adenomegalia cervical derecha.

Resultados

La radiografía de tórax mostró infiltrados intersticiales perihiliares y paracardíacos bilaterales, mientras que el panel respiratorio viral resultó negativo.

Con la impresión diagnóstica ecográfica de adenitis cervical bilateral, se decidió su ingreso hospitalario, se inició hidratación intravenosa, antipirético horario y antibioticoterapia empírica IV con amoxicilina más ácido clavulánico.

Además, fue valorado por el servicio de cirugía pediátrica, que descartó la resolución quirúrgica, debido a la ausencia de abscesificación.

Durante los primeros dos días de estancia hospitalaria el paciente mantuvo una evolución favorable inicial, sin embargo, presentó recurrencia de la fiebre a pesar de la cobertura antibiótica y la administración horaria de antipiréticos. En el sexto día de enfermedad, el paciente desarrolló fiebre persistente resistente a antitérmico y manifestó un cuadro clínico mucocutáneo llamativo, caracterizado por el signo de la BCGeítis (reactivación inflamatoria de la cicatriz de la vacuna BCG), inyección conjuntival bilateral no exudativa, exantema macular generalizado, edema indurado de manos y pies, junto a la persistencia de su adenomegalia cervical, de tamaño mayor a 1.5 cm.

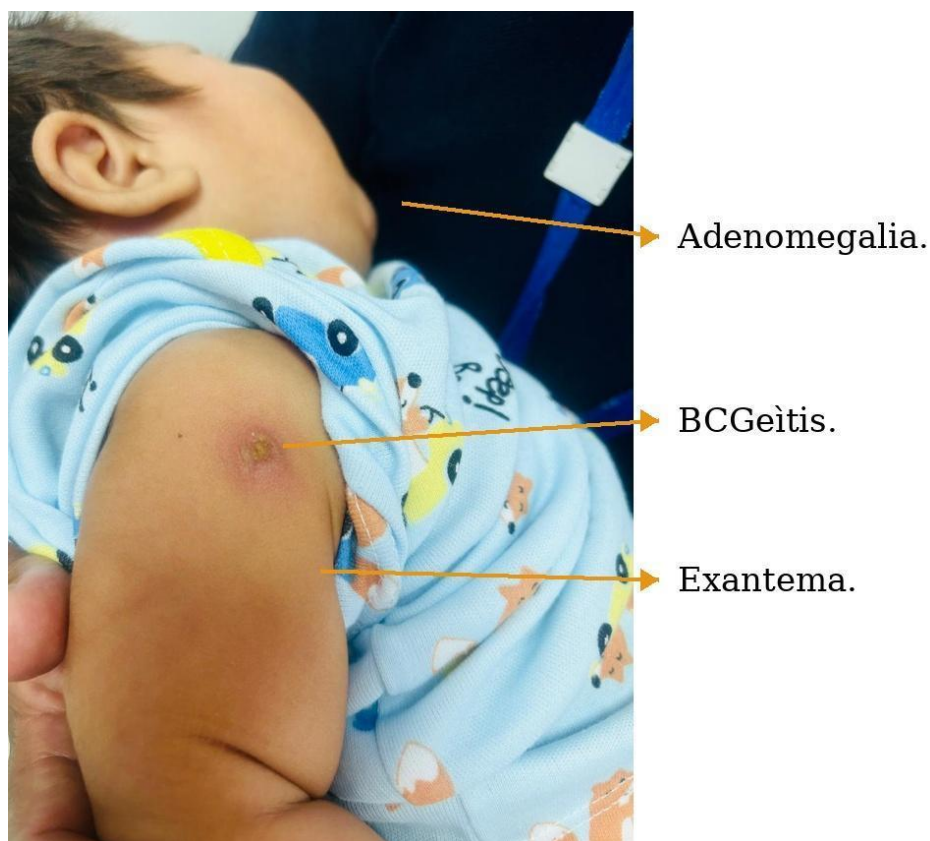


Figura 2. Signos clínicos mucocutáneos. Imagen autorizada por representante del menor.

Los nuevos estudios de laboratorio evidenciaron leucocitosis con marcada neutrofilia, Anemia moderada sin repercusión hemodinámica, además de trombocitosis; los reactantes de fase aguda se elevaron como la PCR, el fibrinógeno y la procalcitonina. En cuanto a otros biomarcadores, se destacó una marcada elevación del NT-proBNP, de la Interleucina-6 (IL-6) y de la LDH. El perfil bioquímico y hepático reveló hipoalbuminemia leve, ligera hipertransaminasemia.

Tabla 2. Resultados de laboratorio al 6to día de enfermedad.

Parámetros	6to día.	Parámetros	6to día.
Leucocitos 6.8 – 16 X10 ³	25.60 x 10 ³	Dímero D 0 – 0.5 ng/ml	0.93 ng/dL
Neutrófilos 13 – 53%	84.7%	Fibrinógeno 150-450mg/dL	903 mg/dL
Linfocitos 32 – 69%	10.6%	Procalcitonina 0 – 0.5ng/dL	0.76 ng/dL
Hemoglobina 10 – 13g/dL	7 g/dL	Interleucina 6 0 – 7pg/ml	112.70 pg/ml
Hematocrito 33.5 – 40%	20.3%	NT-proBNP 0 -62 pg/ml	2004 pg/ml
Plaquetas 275 – 615 X10 ³ /ml	527 x 10 ³ /ml	Toxoplasma IgM 0-1 UI/ml	0.16 UI/ml
PCR Cuantitativa 0 – 2.8mg/dL	223 mg/dL	Toxoplasma IgG 0-3 UI/ml	6.44 UI/ml
Urea 8 – 35 mg/dL	5.55 mg/dL	Rubeola IgM 0-1 UI/ml	0.2 UI/ml
Creatinina 0.17 – 0.42 mg/dL	0.24 mg/dL	Rubeola IgG 0-10 UI/ml	0.18 UI/ml
Ácido Úrico 1.3 – 6.7 mg/dL	2.2 mg/dL	Herpes I IgM 0-1.2 UI/ml	0.33 UI/ml
Sodio 135 – 145mEq/L	137.3 mEq/L	Herpes I IgG 0-5 UI/ml	0.22 UI/ml
Potasio 3.5 – 4.5mEq/L	4.6 mEq/L	Herpes II IgM 0-1.2 UI/ml	0.59 UI/ml
Cloro 95 – 105mEq/L	105 mEq/L	Herpes II IgG 0-5 UI/ml	0.10 UI/ml
LDH 130 – 150 U/L.	397	CMV IgM 0 – 1 UI/ml	0.2 UI/ml

Parámetros	6to día.	Parámetros	6to día.
TGP 0 – 41 mg/dL	44 mg/dL	CMV IgG 0 – 1 UI/ml	8.64 UI/ml
TGO 0 - 40 mg/dL	52 mg/dL	Epstein Barr PCR/ADN.	No detectado.
Proteínas totales 3.6-7.6 mg/dL	5.1 mg/dL	Epstein Barr IgM 0-10 UI/ml	1.34 UI/ml
Albúmina 1.9 – 4.8 mg/dL	3.0 mg/dL	Epstein Barr IgG 0-5 UI/ml	16.87 UI/ml
Globulina 1.3 - 3 mg/dL	2.0 mg/Dl	Gram de orina.	Negativa
INDICE A/G.	1.5%	Cultivo de Orina.	Sin crecimiento.
Ferritina 7 – 140 ng/ml	175	Hemocultivo 2X.	Sin crecimiento.

Ante la sospecha clínica, se realizó valoración cardiológica con ecocardiograma Doppler que evidenció cavidades cardíacas balanceadas, función sistólica ventricular conservada, aumento de la refringencia en las paredes de las arterias coronarias (arteria coronaria derecha de 2 mm con Z-score de +1.1 y arteria coronaria izquierda de 2 mm con Z-score de +0.05) y derrame pericárdico leve.

Estos hallazgos, principalmente clínicos, en apoyo de datos de laboratorio, confirmaron el diagnóstico de Enfermedad de Kawasaki completo, de alto riesgo, ponderando factores como la edad menor de un año, el sexo masculino, y reactantes de fase aguda elevados.

Se instauró de forma inmediata el tratamiento de primera línea con inmunoglobulina humana intravenosa (IGIV) a dosis de 2 g/kg en infusión continua modulada, en conjunto con ácido acetilsalicílico a dosis antiinflamatoria de 40 mg/kg/día cada 6 horas y metilprednisolona intravenosa a 2 mg/kg/día cada 6 horas.

El paciente presentó una respuesta favorable al tratamiento, sin datos de resistencia a la IGIV, con marcada mejoría de su estado general, tendencia a la defervescencia, atenuación progresiva del exantema, reducción del edema en extremidades y control de la BCGeítis. Permitió mantenerse en condiciones clínicas estables, sin requerir hemoderivados, por lo que se decidió su alta hospitalaria con plan de seguimiento estricto por la consulta externa de pediatría y cardiología pediátrica.



Imagen autorizada por representante del menor.

Discusión

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica aguda que afecta a los vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre. Si bien el diagnóstico se basa en criterios clínicos establecidos, un subgrupo de pacientes presenta formas de presentación atípicas o incompletas que dificultan su reconocimiento temprano.

Entre las manifestaciones clínicas, la linfadenopatía cervical suele reportarse con una frecuencia variable que oscila entre el 50% y el 75% en poblaciones de Japón, y entre el 42% y el 52% en Estados Unidos. No obstante, cuando este signo se manifiesta de forma aislada o prominente al inicio del cuadro, representa un reto clínico considerable, ya que puede simular y ser diagnosticada erróneamente como una linfadenitis cervical bacteriana (LCB).

Al respecto, Cemeli Cano et al. (6) señalan que los pacientes cuyo debut clínico está dominado por la adenitis cervical suelen presentar particularidades analíticas específicas, tales como una menor leucocitosis acompañada de una marcada desviación a la izquierda, concentraciones séricas de proteína C reactiva (PCR) significativamente

más elevadas y, en ocasiones, una respuesta clínica menos favorable a la inmunoglobulina intravenosa.

Las limitaciones diagnósticas cruciales radican en que la linfadenopatía cervical febril es un hallazgo común en la práctica pediátrica habitual, cuyos síntomas suelen resolverse con antibioticoterapia empírica, volviendo innecesarias las pruebas complejas en la mayoría de los casos. Sin embargo, esta similitud con los procesos infecciosos bacterianos comunes genera un retraso diagnóstico considerable. Como demostraron Kanegaye et al. (7), aquellos pacientes que ingresan con fiebre y adenitis cervical como única manifestación inicial se enfrentan a un riesgo elevado de confusión diagnóstica; su estudio validó modelos predictivos (índices KDL) con alta sensibilidad y especificidad para discriminar tempranamente la EK frente a cuadros infecciosos convencionales, evitando así la postergación del tratamiento oportuno y sus consecuentes secuelas cardíacas.

Desde una perspectiva clínica e imagenológica, la afectación ganglionar en la enfermedad de Kawasaki se caracteriza habitualmente por una linfadenopatía cervical de distribución unilateral, con predilección por los niveles cervicales II, III y V. Esta se acompaña con frecuencia de infiltración perinodal y, en los estudios de imagen, pueden observarse hallazgos característicos como áreas hipodensas retrofaríngeas, áreas hipodensas periamigdalinas y amígdalas hipertróficas. Reconocer estos patrones morfológicos y mantener un alto índice de sospecha ante cuadros febriles refractarios a antibióticos es fundamental para mejorar el diagnóstico oportuno y salvaguardar la integridad coronaria del paciente pediátrico.

Conclusiones

Se documenta el caso clínico de un lactante menor de 6 meses de edad, de sexo masculino, que ingresó por un cuadro de tres días de evolución caracterizado por fiebre persistente, síntomas catarrales y adenomegalia cervical derecha de rápida progresión, inicialmente compatible con un proceso infeccioso de origen bacteriano, sin respuesta clínica favorable a la antibioticoterapia instaurada, situación que representó un desafío diagnóstico durante las primeras etapas de su evolución clínica.

La progresión del cuadro y la aparición de manifestaciones mucocutáneas, entre ellas conjuntivitis bilateral no exudativa, exantema generalizado, edema de manos y pies y persistencia de la adenomegalia cervical, permitieron establecer el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki completa de alto riesgo, acompañado de alteraciones inflamatorias sistémicas y anemia moderada sin repercusión hemodinámica, destacándose la importancia del examen físico diario y de la valoración integral de los hallazgos clínicos y paraclínicos para alcanzar un diagnóstico oportuno.

El inicio temprano del tratamiento con inmunoglobulina humana intravenosa, ácido acetilsalicílico y metilprednisolona permitió obtener una evolución clínica favorable, con control de la fiebre, disminución progresiva de las manifestaciones mucocutáneas y resolución de la fase aguda de la enfermedad, sin evidencia de resistencia al tratamiento instaurado, por lo que se consideró fundamental mantener un seguimiento ambulatorio estricto por pediatría y cardiología pediátrica, especialmente debido al riesgo de complicaciones cardiovasculares asociadas a la enfermedad de Kawasaki.

Referencias Bibliográficas

1. Jone PN, Tremoulet A, Choueiter N, Dominguez SR, Harahsheh AS, Mitani Y, Zimmerman M, Lin MT, Friedman KG. Update on diagnosis and management of Kawasaki disease: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2024;150(23):e482-e500. doi:10.1161/CIR.0000000000001295
2. Gómez Chaves G, Rojas Jiménez S. Actualización de la Enfermedad de Kawasaki. *Rev Med Sinerg*. 2022;7(7):e840. doi:10.31434/rms.v7i7.840
3. Vainstein E, Baleani S. Enfermedad de Kawasaki: criterios de diagnóstico y tratamiento. *Rev Hosp Niños (B Aires)*. 2022;64(287):198-209. Disponible en: <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2023/04/Edicion-287-Enfermedad-de-Kawasaki-16-27.pdf>
4. García Núñez A, Romero Rodríguez N, Domínguez Cano JL. Implicaciones pronósticas cardiovasculares y su aplicación en la enfermedad de Kawasaki. *REC CardioClinics*. 2022;57(4):282-291. doi:10.1016/j.rccl.2022.01.006
5. Owens AM, Plewa MC. Kawasaki Disease. [Updated 2023 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537163/>
6. Cemeli Cano M, Rodríguez Sanz ML, Vidal Lana P, Arlabán Carpintero L, Beltrán García S. Adenitis cervical como debut de una enfermedad de Kawasaki incompleta. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*. 2022;24(96):385–390. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3637400/#:~:text=Table_title%3A%20Table%20III.
7. Kanegaye JT, Wilder MS, Molkara D, Frazer JR, Best BM, Acevedo R, Tremoulet AH, Watson VE, Newburger JW. Lymph-node-first presentation of Kawasaki disease compared with bacterial cervical adenitis and typical Kawasaki disease. *The Journal of Pediatrics*. 2013;162(6):1259–1263.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.11.057>