

Enfermedad de Kawasaki Kawasaki's disease

DRS. JUAN CORTES A.¹ BENJAMÍN MARTÍNEZ R.,² CLAUDIA MONTINI S.,³
PAMELA BARRAZA C.⁴ y ALEJANDRA REYES J.⁵

¹ Cirujano Buco-máxilo-facial Hospital Félix Bulnes y Ayudante 1º, Departamento de Cirugía, Facultad de Odontología, U. de Chile. ² Profesor Asistente, Instituto de Referencia de Patología Oral, Facultad de Odontología, U. de Chile. ³ Cirujano Dentista, en plan de formación docente, Departamento de Cirugía, Facultad de Odontología, U. de Chile, y ad-honorem, Servicio Dental, Hospital Félix Bulnes. ⁴ Pediatra, Coordinación del Servicio Infeccioso, Hospital Félix Bulnes, Santiago. ⁵ Pediatra, Servicio de Pediatría y Servicio de Urgencia Infantil, Hospital Félix Bulnes, Santiago.

SUMMARY

We described a case of Kawasaki's disease in a Chilean girl, one year and 5 months old of age, who presented the oral characteristics, cutaneous and systemic manifestation of the condition, that is not very common for the dentist but that it is necessary to know due to the heart complications and the mortality associated with the disease, and it is necessary that the dentist recognize early this condition.

Key Words: Oral pathology - Kawasaki's disease

INTRODUCCION

La Enfermedad de Kawasaki o también como Síndrome Mucocutáneo-Nódulo Linfático (SMNL), se reconoció inicialmente en Japón en 1967, donde se informó 50 casos (Kawasaki, 1967), pero posteriormente se ha descrito en Estados Unidos y otros países. Esta enfermedad se caracteriza por:

1. Fiebre
2. Congestión bilateral de la conjuntiva
3. Cambios en la mucosa bucal, que pueden ser lengua "aframbuesada", eritema de la mucosa y sequedad y agrietamiento de labios.
4. Edema indurado y eritema de las manos y pies, seguido por descamación de las puntas de los dedos.
5. Eritema polimorfo
6. Linfadenopatía cervical.

Hemos observado recientemente un caso de niña chilena, que aparentemente es el primero que se informa en la literatura odontológica nacional, y creemos importante comunicarlo para tener presente esta posibilidad diagnóstica, y también porque las complicaciones cardíacas que pueden presentar exigen algunas precauciones odontológicas a tener en cuenta para el tratamiento de estos pacientes.

CASO CLINICO

Niña de un año y 5 meses es llevada al hospital Félix Bulnes de Santiago de Chile, debido a que presentaba considerable fiebre (40°), durante los últimos dos días. En el examen clínico se observó exantema máculo-pápulo-eritema en piel de los labios, con agrietamiento de los labios descritos a los 4 días después de haber ingresado, y lesiones ulcerativas con exudado fibrino-hemorrágico de la mucosa bucal (Figura 1). Al momento de ingresar presenta rash cutáneo en dorso del tórax, que cubre prácticamente toda la piel dos días después de su ingreso. En las palmas de las manos y plantas del pie presentaba descamación, a los 14 días de haber ingresado (Figura 2), y edema en región de la tibia.

En hemograma al ingresar, tuvo el siguiente resultado:

Plaquetas 700.000 (trombocitosis), leucocitos 10.000 por mm³, eosinófilos 1%, baciliformes 3%, segmentados 41%, linfocitos 53%, y monocitos 2%.

En radiografía de tórax se encontró foco de condensación en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo. La ecocardiografía demostró dilatación de la arteria aorta, con arterias coronarias

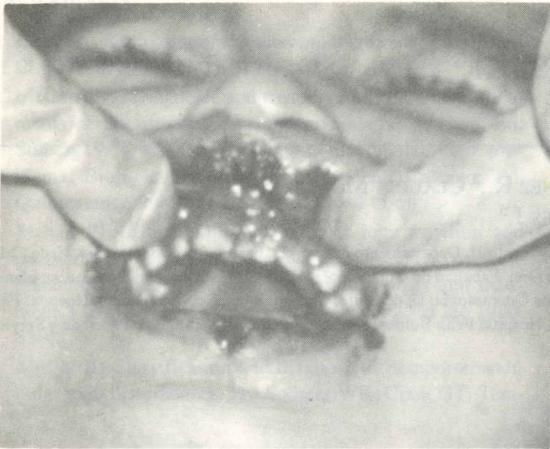


Figura 1. Áreas eritematosas y hemorrágicas en los labios, y encías, con tendencia a formar costras.



Figura 2. Algunas áreas de descamación se pueden apreciar en las puntas de los dedos.

que se visualizaban bien. Además la paciente presentaba linfadenopatía generalizada, y edema palpebral bilateral mayor al lado derecho y con secreción purulenta.

Se administró penicilina y gentamicina por 48 h. Después durante ocho días, la paciente recibió cloxacilina y cefotaxina.

Durante el período febril se trató con ácido acetil salicílico 30 mg/kg/día, hasta la fecha de alta (o sea 30 días después de ingresada). La curva febril elevada que había empezado dos días antes del ingreso, se mantuvo así durante diez días, y la paciente estuvo afebril hasta el momento del alta. Las lesiones de la mucosa bucal desaparecieron a los 20 días después de haber ingresado la paciente, sin haber efectuado un tratamiento específico para ellas.

DISCUSION

La secuela más seria de esta enfermedad es la alteración coronaria que puede ser aneurisma o tromboarteritis coronaria. Este síndrome puede incluso ser letal (con 1 a 2% de letalidad), especialmente durante los primeros 3-4 semanas de la enfermedad (Kato y col. 1975). Melish y col. (1976), han señalado que los más susceptibles de fallecer son los niños varones, que presentan una velocidad de sedimentación elevada, fiebre y rash prolongado.

En Estados Unidos el Centro para Control de Enfermedades (CDC), ha informado que están más afectados hombres que mujeres (re-

lación 1.52:1) y no hay asociación estacional o geográfica de la enfermedad. La edad media en que se ha presentado (en EE. UU.), ha sido de 3,8 años (un poco mayor que en Japón), (Morens DM, O'Brien RJ 1978).

La principal obligación para el dentista en esta enfermedad es reconocer sus signos y síntomas y colaborar en el diagnóstico y eventualmente en el tratamiento odontológico que puede requerir el paciente, teniendo presente las manifestaciones cardíacas que pueden necesitar una profilaxis similar a la que se realiza para la endocarditis bacteriana sub-aguda, (Taylor y Peterson, 1982). En cuanto a la anestesia se sugiere atender al paciente con anestesia general, pero si requiere tratamiento corto y se utiliza anestésicos locales debe emplearse sin vaso constrictor (por ejemplo Mepivacaína al 3%) (Taylor y Peterson, 1982). El diagnóstico diferencial debe realizarse teniendo presente lesiones tales como la gingivostomatitis herpética primaria, y el eritema multiforme, que pueden presentar alguna similitud, pero se distinguen por su diferente evolución, y en el caso del eritema multiforme por ser muy poco frecuente en niños menores de 5 años.

Según Ishihara, Izumida y Hosaki (1985), el compromiso de la arteria coronaria se podría predecir de acuerdo a las manifestaciones clínicas, y según ellos, en pacientes que tienen fiebre persistente durante 14 ó más días; y, en



paciente con fiebre durante 10 a 13 días y que además presentan 2 ó más de las siguientes características: edad del paciente al comienzo de la enfermedad de menos de 1 año, valor de hemoglobina menor de 10 g/dl, recuento de glóbulos blancos de más de 14.000/cc, y albúmina menor a 3,5 g/dl, es muy probable que se presente alteración de la arteria coronaria. Afortunadamente ninguno de estos parámetros estaba presente en nuestro caso y por eso probablemente no presentó alteraciones coronarias.

En Chile, Avilés y cols. (1987), describieron 6 casos de la enfermedad de Kawasaki, entre los 5.399 ingresos de Pediatría del hospital Paula Jaraquemada, en un período de dos años. Todos los pacientes presentaban fiebre, erupción cutánea y compromiso ocular y de la mucosa oro-faríngea. En tres niños observaron evidencia ecográfica de compromiso de arterias coronarias, un mes después de iniciada la enfermedad con dilatación o francos aneurismas coronarios, pero que en el control posterior desaparecieron al cabo de 8 meses.

La etiología de esta enfermedad es aún desconocida, pero se cree que puede ser una respuesta inmunológica anormal al ácaro *Dermatophagoides farinae* o ante algún patógeno como *Rickettsia* presente en el ácaro, que podría ser *Propionibacterium* acnés (Hamashima y col. 1983). También Yamamoto (1983), ha sugerido que puede ser una respuesta de hipersensibilidad anormal ante antígenos estreptocócicos.

El tratamiento de esta enfermedad es quirúrgico y farmacológico. Principalmente se ha utilizado corticoides, antibióticos y anticoagulantes, e incluso aspirina que puede evitar la trombosis coronaria (Kato y col. 1979). En cuanto a cirugía, se realiza fundamentalmente

para corregir las alteraciones cardíacas. La cual en nuestro caso no fue necesaria.

En la fase aguda de la enfermedad el tratamiento recomendado es ácido acetil salicílico, con dosis de 30 a 100 mg/kg/día, continuando con dosis de 10 mg/kg/día, cuando se normaliza la temperatura y la velocidad de sedimentación, durante por lo menos tres meses o indefinidamente si existen lesiones coronarias (Avilés y col. 1987).

RESUMEN

Describimos un caso de Enfermedad de Kawasaki en una niña de un año cinco meses, que presentó las características manifestaciones bucales, cutáneas y sistémicas de esta entidad poco conocida para el dentista, debido a su poca frecuencia, pero que por las secuelas que puede ocasionar en el corazón, e incluso la mortalidad que se ha observado, exige que el odontólogo la reconozca oportunamente.

BIBLIOGRAFIA

1. Avilés C, Guerrero J, Lueg E, Spalloni P, Toro C: Enfermedad de Kawasaki. Rev Chil Pediat 1987; 58: 462-7
2. Hamashima Y, Tasaka K, Fujiwara H, Hoshivo T, Matsuda S, Kao T: Kawasaki's disease. Its pathological featur and possible pathogenesis. Acta Paediatr Jpn 1983; 25: 108-17
3. Ishihara H, Izumida N, Hosaki J: Criterion for early prediction of coronary involvement by clinical manifestations in patients with Kawasaki's Disease. Bull Tokyo Med Dent Univ 1985; 32: 77-89
4. Kawasaki T, MCLS: Clinical observation of 50 cases. Jap J Allergy 1967; 16: 178
5. Morens DM, O'Brien RJ: New from the Center for Disease Control. J Infect Dis 1978; 137: 91-3
6. Taylor MH, Peterson DS: Kawasaki's Disease. J Am Dent Assoc 1982; 104: 44-7
7. Terezhalmly GT: Mucocutaneous lymph node syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Path 1979; 47: 26-30
8. Yamamoto T: Etiology of the mucocutaneous lymph node syndrome, and the streptococcus hypothesis. Acta Paediatr Jpn 1983; 25: 118-26

Suscripciones Anuales

— Socio SOCH	Sin valor
— Odontólogos no socios	\$ 2.000
— Instituciones (doble ejemplar)	3.000
— Números atrasados	700

Enviar cheque nominativo a nombre de Sociedad Odontológica de Chile. Monjitas 382 Piso