

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias
Sociales y Humanidades, Asunción, Paraguay.**

ISSN en línea: 2789-3855, 2025, Volumen VI

Enfermedad de Kawasaki. A propósito de un caso

Kawasaki disease. The purpose of a case

Yulissa Michelle Chocho Gutiérrez

yulissa.chocho.79@est.ucacue.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-5377-6713>
Trabajo Médico General Clínica Sanus
Ecuador

Jessica Danela López Malla

jessica.d.lopez@unl.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0000-6485-0352>
Clínica Sanus
México

Joel Asdrúbal Rodríguez Gutiérrez

joel.asdrubal.rodriguez@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-3107-675x>
Alta dirección Hospitalaria Universidad
Yaan México
México

Isdery Natali Moreno Samaniego

inmoreno@utpl.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0004-5909-9524>
Universidad Técnica Particular de Loja.
Grupo de Investigación: Enfermería,
contextos y realidades
México

Cristian Alfonso Galarza Sánchez

cristiangalarzasanchez@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-7410-6313>
Alta dirección Hospitalaria Universidad
Yaan México
Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i5.4860>

Artículo recibido: 21 de julio de 2025

Aceptado para publicación: 20 de noviembre
de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.



NÚMERO

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i5.4860>

Enfermedad de Kawasaki. A propósito de un caso

Kawasaki disease. The purpose of a case

Yulissa Michelle Chocho Gutiérrez

yulissa.chocho.79@est.ucacue.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-5377-6713>

Trabajo Médico General Clínica Sanus

Ecuador

Joel Asdrúbal Rodríguez Gutiérrez

joel.asdrubal.rodriguez@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-3107-675x>

Alta dirección Hospitalaria Universidad Yaan México

México

Isdery Natali Moreno Samaniego

inmoreno@utpl.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0004-5909-9524>

Universidad Técnica Particular de Loja. Grupo de Investigación: Enfermería, contextos y realidades

México

Cristian Alfonso Galarza Sánchez

cristiangalarzasanchez@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7410-6313>

Alta dirección Hospitalaria Universidad Yaan México

Ecuador

Jessica Danela López Malla

jessica.d.lopez@unl.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0000-6485-0352>

Clínica Sanus

México

Artículo recibido: 21 de julio de 2025. Aceptado para publicación: 20 de noviembre de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen


Se presenta el caso clínico de un lactante de 16 meses de edad, llevado a consulta por su madre debido a fiebre cuantificada de 39 grados por cinco días de evolución, acompañada de un exantema de tipo morbiliforme o escarlatiniforme. Ante la sospecha clínica, se decide su hospitalización con diagnóstico presuntivo de enfermedad de Kawasaki. Esta entidad es una vasculitis sistémica aguda de etiología aún desconocida, cuyo diagnóstico se basa en criterios clínicos debido a la ausencia de pruebas de laboratorio específicas, lo que puede dificultar su diferenciación de otras enfermedades exantemáticas pediátricas, lo importante es el uso de los criterios diagnósticos que en nuestro paciente cumplió 4 de los mismos. La enfermedad de Kawasaki tiene una distribución mundial y representa actualmente la principal causa de cardiopatía adquirida en la infancia. Su identificación y tratamiento oportunos son fundamentales para prevenir complicaciones graves, como el compromiso coronario y la afectación multiorgánica. En este caso, se realizaron estudios de laboratorio, ecocardiograma y Eco-Doppler, que contribuyeron al diagnóstico y seguimiento del paciente. El tratamiento consistió en la administración de ácido acetilsalicílico e inmunoglobulina con excelente respuesta.

Palabras clave: enfermedad de Kawasaki, vasculitis, exantema, inmunoglobulina

Abstract

We present the case of a 16-month-old infant brought to the clinic by his mother due to a fever of 39 degrees Celsius (103 degrees Fahrenheit) for five days, accompanied by a morbilliform or scarlatiniform rash. Based on clinical suspicion, the patient was hospitalized with a presumptive diagnosis of Kawasaki disease. This entity is an acute systemic vasculitis of unknown etiology. The diagnosis is based on clinical criteria due to the lack of specific laboratory tests, which can make it difficult to differentiate from other pediatric exanthematous diseases. The most important thing is to use diagnostic criteria, and our patient met four of them. Kawasaki disease is distributed worldwide and is currently the leading cause of acquired heart disease in childhood. Timely identification and treatment are essential to prevent serious complications, such as coronary artery disease and multi-organ involvement. In this case, laboratory studies, echocardiogram, and Doppler ultrasound were performed, which contributed to the diagnosis and follow-up of the patient. The treatment consisted of the administration of acetylsalicylic acid and immunoglobulin with excellent response

Keywords: Kawasaki disease, vasculitis, rash, immunoglobulin

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Chocho Gutiérrez, Y. M., Rodríguez Gutiérrez, J. A., Moreno Samaniego, I. N., Galarza Sánchez, C. A., & López Malla, J. D. (2025). Enfermedad de Kawasaki. A propósito de un caso. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (5), 3873 – 3883.
<https://doi.org/10.56712/latam.v6i5.4860>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis aguda autolimitada que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre y que habitualmente la mayoría de sus casos se observan en la infancia. Kliegman, Behrman, Jenson, & Stanton (2016) afirman:

Es una vasculitis febril aguda de la infancia que describió por primera vez en Japón el Dr. Tomisaku Kawasaki en 1967. Se produce en todo el mundo y los asiáticos tienen una mayor descripción de presentación de esta patología aumentando su riesgo. Alrededor del 20% de los pacientes no tratados presentan alteraciones coronarias incluidos los aneurismas, con la posibilidad de que los pacientes muy afectados puedan presentar trombosis o estenosis arteria coronaria, infarto de miocardio, ruptura del aneurisma y muerte súbita.

El 85% de los casos sucede en menores de 5 años, con máxima incidencia entre los 18 y 24 meses de vida. La EK es menos frecuente en menores de 3 meses o mayores de 5 años, siendo en ambos grupos mayor el riesgo de desarrollo de aneurismas de arterias coronarias. La proporción entre varones y mujeres es de 1,5:1. Se ha observado una mayor incidencia presentación de casos en los meses de invierno y primavera.

En América Latina existen mínimos estudios sobre su incidencia, prevalencia, morbimortalidad y etiología. En Ecuador los reportes de casos clínicos se limitan al estudio de Herrera y Mendieta, que hicieron un seguimiento de los pacientes con síndrome de Kawasaki atendidos en el hospital de niños "Roberto Gilbert Elizalde" durante el periodo de 2003-2008 (Herrera & Mendieta, 2012), al estudio de Aguirre del año 2015 en el que relaciona las complicaciones de la Enfermedad de Kawasaki y su incidencia en los pacientes pediátricos menores de 5 años, de igual forma en el Hospital "Roberto Gilbert Elizalde" durante el periodo de 2007-2014 (Aguirre, 2015) y un caso atendido en el Hospital Enrique Garcés de Quito en el año 2018 (Santafé, Vaca, & Villares, 2018).

El diagnóstico de la EK se basa en la presencia de criterios clínicos, ya que no existen pruebas específicas de laboratorio para confirmarla. Los signos cardinales incluyen fiebre persistente, exantema polimorfo, conjuntivitis bilateral no purulenta, cambios en labios y cavidad oral, edema o eritema de manos y pies, y linfadenopatía cervical (Newburger et al., 2016). Sin embargo, estos hallazgos pueden coincidir con otras enfermedades infecciosas comunes en la infancia, lo que complica su reconocimiento oportuno.

La detección temprana y el inicio rápido del tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (IVIG) y ácido acetilsalicílico son fundamentales para reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares, especialmente la formación de aneurismas coronarios (Burns & Glodé, 2004).

Presentación de caso

Madre de paciente refiere que paciente de sexo masculino de 16 meses de edad, residente de la ciudad de Loja, canton Celica-Ecuador, hace aproximadamente 5 días y sin causa aparente, presenta alza térmica cuantificada llegando a tener 39 grados, que no cede pese a la automedicación con paracetamol y medios físicos, acompañándose de disfonía, irritabilidad, tos seca y vómito de contenido alimentario por 4 ocasiones hace 2 días, motivo por el cual acude a esta casa de Salud.

Entre los antecedentes del paciente se encuentra: 8 controles prenatales, 3 ecografías, parto eutócico de 40 semanas, peso al nacer de 2700 gr, talla 51 cm, APGAR 9 en las dos valoraciones. Esquema de vacunación completa: BCG, HB, Rotavirus, FIPV, OPV, Pentavalente, Neumococo conjugada. No refiere alergias y antecedentes quirúrgicos y entre los antecedentes patológicos familiares ninguno de importancia.

En los hábitos fisiológicos, su alimentación se basa en leche materna y alimentación normal 6 veces al día. No tiene ninguna intolerancia alimenticia, catarsis 1 veces al día. Además, madre del paciente no refiere consumo alguno de medicamentos.

Examen físico

Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca: 156 latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria: 32 respiraciones por minuto

Saturación de oxígeno: 91%

Temperatura Axilar: 40.2 °C (Axilar)

Medidas Antropométricas

Talla: 62 cm

Peso: 9,4 kg

Estado de conciencia

Escala de Glasgow: 15/15

Nivel de conciencia: paciente en Vigilia

Piel y faneras

Elasticidad y turgencia conservada, hidratada e hipertérmica. Lesiones en boca y en piel de miembros superiores e inferiores derecho e izquierdo.

Llenado capilar: 2 segundos

Examen físico regional

Cráneo

Cabeza: Normocefálica.

Ojos: Eritema conjuntival (conjuntivitis) en ambos ojos.

Boca: mucosas orales húmedas, labios secos y fisurados. Lengua edematizada y roja (lengua de fresa). Ausencia de paladar blando.

Orofaringe: edematosa, hiperémica, amígdalas hipertróficas.

Cuello

Móvil, sin adenopatías

Tórax

Simétrico, corazón rítmico, pulmones se auscultan ruidos sobreañadidos (roncus), murmullo vesicular disminuido en campo pulmonar derecho.

Abdomen:

Simétrico, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos conservados, cicatriz umbilical normal.

Región genital

Descamación de la piel a nivel de región interglútea

Extremidades:

Descamación de la piel de las manos y de los pies, muy evidente a nivel de las puntas de los dedos. Presencia de eritema morbiliforme o escarlatiniforme en miembros superiores e inferiores de aproximadamente 5 cm de diámetro. Signo de Nikolsky negativo.

Figura 1

Estado del paciente



Fuente: Consultorios Médicos Sanus.

Evolución

Por la sintomatología acompañante se considera como impresión diagnóstica la Enfermedad de Kawasaki, durante su hospitalización es manejado con la hidratación de acuerdo a los protocolos, aspirina y sulfato de zinc, por falta de disponibilidad de inmunoglobulina se lo transfiere a Cuenca donde inician el tratamiento con la misma. Paciente acude a consulta externa después de recibir el alta de la ciudad de cuenca y paciente en excelentes condiciones, a su valoración en consultorio médico Sanus.

Tabla 1

Criterios diagnósticos: criterios diagnósticos de la enfermedad de Kawasaki

El diagnóstico se realiza si se ha presentado fiebre $\geq 38,0^{\circ}$ C durante ≥ 5 días y se observan 4 de los 5 criterios siguientes:
1. Inyección conjuntival no exudativa bilateral (si)
2. Alteraciones de los labios, la lengua o la mucosa bucal (congestión, sequedad, fisura, lengua de fresa) (si)
3. Alteraciones periféricas en los miembros (edema, eritema, descamación) (si)
4. Exantema polimorfo del tronco. (si)
5. Linfadenopatías cervicales (por lo menos, 1 ganglio $\geq 1,5$ cm de diámetro). (no)

Fuente: elaboración propia.

Exámenes de laboratorio

Biometría hemática

Glóbulos rojos: 4,7 M/ μ L

Hemoglobina: 11,7 K/ μ L

Hematocrito: 36,3 K/ μ L

MCV: 76,6 K/ μ L

MCH: 24,7 K/ μ L

MCHC: 32,2 g/dL

RDW – SD: 40,9 fL

RDW – CV: 14,6 %

Velocidad de eritrosedimentación westergreen: 28,0 mm/h

Granulocitos inmaduros valor absoluto: 0,04

Plaquetas: 323,00 K/ μ l

Química sanguínea

Glucosa: 122 mg/dL

Urea: 21.1 mg/dL

Creatinina: 0.3 mg/dL

PCR: 17.2 mg/l

Ionograma y gasometrías

Sodio en suero: 143,0 mEq/L

Potasio en suero: 4,30 mE/L

Biometría hemática

Glóbulos blancos: 14.6 K/ μ L

Linfocitos: 48 K/ μ L

Monocitos: 6,00 K/ μ L

Neutrófilos: 55,3 K/ μ L

Eosinófilos: 0,6 K/ μ L

Basófilos: 0,0 K/ μ L

Uroanálisis

No infeccioso.

pH 0.5,

Densidad 5.0,

Leucocitos 0-5

Bacterias: escasas

Coprológico

Flora aumentada, Polimorfonucleares: negativo y Sangre oculta en heces: negativo

Estudios de imagen: ecocardiograma

Se realizó un ecocardiograma que se encontró dentro de los parámetros normales, días posteriores a su ingreso se realizó un Ecocardiograma Doppler con las siguientes características:

- Patrón de llenado ventricular fisiológico.
- 2)PSAP no valorable y
- QP/QS:1.

En conclusión, el Eco-Doppler se encontraba dentro de los parámetros normales, es decir, no hubo afectación a nivel de las arterias coronarias.

Diagnóstico

Enfermedad de Kawasaki (CIE-10: M30.3)

Tratamiento

Ácido acetilsalicílico a 180 mg vía oral cada 6 horas

Inmunoglobulina 2g/kg 18 gramos pasar en 10 horas.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK), también conocida como síndrome mucocutáneo linfático, es una vasculitis sistémica aguda de etiología desconocida que afecta principalmente a arterias de mediano calibre, especialmente las coronarias, y predomina en niños menores de cinco años (Medina, Mejía, Araujo & Prado, 2018). Su diagnóstico clínico es desafiante debido a la similitud de sus manifestaciones con otras enfermedades exantemáticas comunes en pediatría. En países latinoamericanos, como Ecuador y Colombia, se ha observado un subregistro importante, lo que limita una adecuada caracterización epidemiológica (Mora, Calvache, Rugel & Pascuaza, 2014).

A nivel global, se reportan tasas de incidencia de hasta 265 casos por cada 100.000 niños menores de cinco años, especialmente en países del Este Asiático como Japón y Corea del Sur, donde su vigilancia es prioritaria (Uehara & Belay, 2012). En contraste, en América del Sur la incidencia es mucho menor, estimándose en alrededor de 3 por cada 100.000 niños, lo cual puede estar relacionado no sólo con factores genéticos, sino también con la subdetección y limitaciones diagnósticas en la región, ya que en esta enfermedad el uso de los criterios diagnósticos es importante para su diagnóstico oportuno, ya que ningún examen de laboratorio nos ayuda en esta patología. (Mora et al., 2014).

En el caso presentado, se documentó fiebre persistente mayor a 39 °C durante cinco días, lesiones mucocutáneas características, lengua en "fresa", eritema palmo-plantar y exantema morbiliforme, lo cual cumple con los criterios diagnósticos propuestos por la American Heart Association (McCrinkle et al., 2017). La Sociedad Argentina de Cardiología (2017) señala que los signos cardinales deben acompañarse de al menos cuatro criterios clínicos mayores para establecer el diagnóstico, los cuales estuvieron presentes en nuestro paciente solo faltó la presencia de las linfadenopatías.

Es importante considerar el diagnóstico diferencial con entidades como sarampión, escarlatina, síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de choque tóxico y otras infecciones virales como el adenovirus, Epstein-Barr y enterovirus, las cuales fueron descartadas en este caso mediante la valoración clínica y evolución sintomática. Por ejemplo, el sarampión presenta las clásicas manchas de Koplik, ausentes en este paciente, mientras que el síndrome de Stevens-Johnson se caracteriza por un signo de Nikolsky positivo, no presente a la revisión del examen físico del paciente. (Barzillos, 2017).

En países como México y Perú, diversos estudios han reportado que la irritabilidad, descamación periungueal y alteraciones gastrointestinales están presentes en una proporción significativa de casos, aun cuando no son criterios diagnósticos formales (López, 2017; Márquez, Nieto, León & Hernández, 2018). Este fue también el caso del paciente presentado, quien mostró irritabilidad marcada, vómitos y lesiones ulcerativas en labios.

El ecocardiograma, como herramienta diagnóstica esencial, fue clave para descartar alteraciones coronarias en este caso. Su uso está ampliamente recomendado desde el inicio del cuadro clínico, incluso en ausencia de hallazgos evidentes, dado que las alteraciones coronarias pueden desarrollarse durante la segunda a cuarta semana (Burns & Glodé, 2004).

En cuanto al tratamiento, el estándar terapéutico incluye inmunoglobulina intravenosa (IVIG) y ácido acetilsalicílico en dosis antiinflamatoria y posteriormente antiplaquetaria. Se ha demostrado que la administración temprana de IVIG reduce la incidencia de aneurismas coronarios del 25% al 5% (Newburger, Takahashi & Burns, 2016). Lo importante fue la administración de IVIG acompañado del uso de ácido acetilsalicílico, en nuestro caso, lo malo que, en muchos hospitales públicos latinoamericanos, no se cuenta con este recurso farmacológico importante, que evitaría secuelas a nuestro infantes, como son los aneurismas. (López, 2017).

Finalmente, es importante destacar que la EK representa la principal causa de cardiopatía adquirida en niños a nivel mundial, por lo que un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado, aún en entornos con limitaciones, son claves para reducir la morbilidad asociada a esta enfermedad (McCrinkle et al., 2017).

CONCLUSIÓN

Se concluye lo siguiente:

La enfermedad de Kawasaki continúa representando un desafío diagnóstico en la práctica pediátrica, especialmente en regiones con recursos limitados, donde el subregistro, la falta de inmunoglobulina intravenosa (IVIG) y el desconocimiento del cuadro clínico dificultan un abordaje oportuno.

Su identificación temprana, basada en criterios clínicos estandarizados, es esencial para iniciar el tratamiento adecuado y reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares graves, como aneurismas coronarios, que constituyen la principal causa de cardiopatía adquirida en la infancia a nivel mundial.

El caso presentado evidencia la importancia de un enfoque clínico integral en pacientes febriles persistentes, así como la utilidad del ecocardiograma como herramienta diagnóstica fundamental para el seguimiento de las alteraciones coronarias, incluso en ausencia de manifestaciones cardíacas iniciales.

A pesar de que el tratamiento ideal incluye IVIG y ácido acetilsalicílico en dosis adecuadas, las limitaciones del sistema de salud obligan en muchos casos al manejo exclusivo con salicilatos. Esto resalta la necesidad de fortalecer el uso de protocolos estandarizados de atención.

Finalmente, es fundamental fomentar el conocimiento sobre la enfermedad de Kawasaki en el primer nivel de atención, ya que su diagnóstico y tratamiento precoz pueden marcar la diferencia en la evolución clínica y el pronóstico de los pacientes pediátricos.

REFERENCIAS

- Aguirre, A. (2015). Complicaciones asociadas a la Enfermedad de Kawasaki y su incidencia en pacientes pediátricos menores de 5 años en el Hospital Roberto Gilbert Elizalde periodo 2007 al 2014. Guayaquil, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10782/1/TESIS%20FINAL%20KAWASAKI%20ANDREA%20AGUIRRE%20ESPINOSA%20.pdf>
- Baleato, B., González, C., Souto, B., Iglesias, B., González, C., & Ramos, J. (2018). Revisión clínica y diagnóstica de la enfermedad de Kawasaki: estudio descriptivo, retrospectivo y analítico. *Revista de Pediatría Atención Primaria*, 20, 15-24. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdfpap/v20n77/1139-7632-pap-20-77-15.pdf>
- Barzallos, J. (20 de Abril de 2017). Paciente masculino de 3 años de edad, con fiebre de 5 días de duración y exantema polimorfo: Análisis de casos. 5-37. Quito, Pichincha, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6339/1/130553.pdf>
- Burns JC, Glodé MP. Kawasaki Syndrome. *Lancet*. 2004;364(9433):533-44. doi:10.1016/S0140-6736(04)16814-1
- Fernández, E., Barrios, A., Antón, J., Grasa, C., Sánchez, J., & Calvo, C. (2018). Infecciones previas o coincidentes con la sospecha de enfermedad de Kawasaki ¿debemos cambiar nuestra actitud? doi:10.1016/j.anpedi.2018.06.017
- Herrera, C., & Mendieta, P. (2012). Seguimiento de los pacientes con síndrome de kawasaki atendidos en el hospital de niños "Roberto Gilbert Elizalde", período 2003-2008 (Vol. 17). Guayaquil, Ecuador.
- Kim GB. Reality of Kawasaki Disease Epidemiology. *Korean J Pediatr*. 2019;62(8):292-6. doi:10.3345/kjp.2019.00105
- Kliegman, R., Jenson, H., Behrman, R., & Stanto, B. (2016). Nelson, Tratado de Pediatría . ELSEVIER.
- López, F. (2017). Enfermedad de Kawasaki: papel del pediatra después del diagnóstico. *Revista Mexicana de Pediatría*, 84(3), 83-87. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp173a.pdf>.
- Newburger JW, Takahashi M, Burns JC. Kawasaki Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(14):1738-49. doi:10.1016/j.jacc.2015.12.073
- Marquéz, G., Nieto, N., León, A., & Hernández, Z. (2018). Enfermedad de Kawasaki. *Revista Hospital Juárez de México*, 85(3), 154-158. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2018/ju183f.pdf>
- McCordle BW, Rowley AH, Newburger JW, et al. Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(17):e927-e999. doi:10.1161/CIR.0000000000000484
- Medina, R., Mejía, M., Araujo, L., & Prado, L. (2018). Enfermedad de Kawasaki. *Acta Pediátrica Hondureña*, 8(2), 819-826. Obtenido de <http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol8/pdf/APHVol8-2-2017-2018-9.pdf>
- Ministerio de Salud Pública . (2016). Enfermedades catastróficas, raras o huérfanas, según Ministerio de Salud. Obtenido de https://www.obraspublicas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/10/CENSO_2016_TTHH_Enfermedades-catastroficas.pdf

Mora, M., Calvache, A., Rugel, T., & Pascuaza, C. (2014). Enfermedad de Kawasaki. Reporte de un caso clínico. *Rev. Med. FCM-UCSG*, 18(3), 186-190. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/8fcf/5614732737b67958855c306da077c217422c.pdf>

Santafé , G., Vaca, C., & Villares, P. (2018). Enfermedad de Kawasaki: caso clínico. *Revista Médica Cambios*, 17(1), 57-60. Obtenido de <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981111/articulo-10.pdf>

Saguil A, Fargo M, Grogan S. Diagnosis and Management of Kawasaki Disease. *Am Fam Physician*. 2015;91(6):365–71.

Sociedad Argentina de Cardiología. (2017). Enfermedad de Kawasaki: Consenso Interdisciplinario e Intersociedades (Guía Práctica Clínica) (Vol. 85). Argentina. Obtenido de <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/05/consen>

Rife E, Gedalia A. Kawasaki Disease: An Update. *Curr Rheumatol Rep*. 2020;22(10):75. doi:10.1007/s11926-020-00935-1

Uehara R, Belay ED. Epidemiology of Kawasaki Disease in Asia, Europe, and the United States. *J Epidemiol*. 2012;22(2):79–85. doi:10.2188/jea.JE20110131

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) 