



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

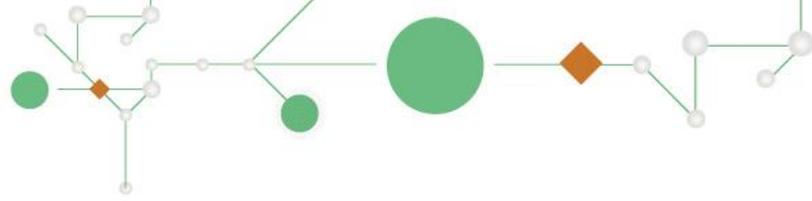
Enfermedad de Kawasaki pediátrica

Pediatric Kawasaki disease



**Perlas
Clínicas**

en Medicina



**Enfermedad de Kawasaki pediátrica
Pediatric Kawasaki disease**

Andrea Marcela Pantoja González

Médica Universidad Libre Seccional Cali.

DOI: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2023.63>

**Guía para el aprendizaje
¿Qué debes repasar antes de leer este capítulo?**

- Anatomía del corazón.
- Enfoque del paciente con fiebre.
- Semiología del paciente pediátrico.

Los objetivos de este artículo serán:

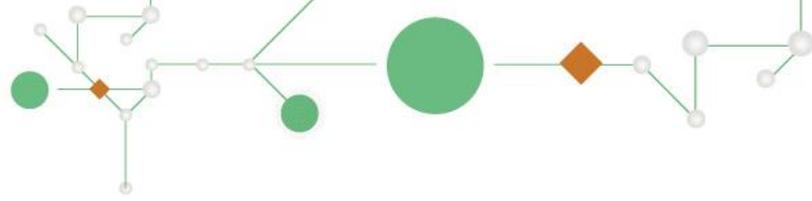
- Conocer sobre las diferentes presentaciones de la enfermedad y su epidemiología actual.
- Reconocer los signos y síntomas según el curso de la enfermedad.
- Conocer los criterios clínicos y paraclínicos para un adecuado diagnóstico.
- Aprender criterios ecocardiográficos para evaluar alteraciones en la arteria coronaria.
- Conocer cuáles son los pilares para el tratamiento y el seguimiento que se debe realizar a largo plazo.

Palabras clave: Enfermedades Vasculares, Vasculitis, Síndrome Mucocutáneo Linfonodular.

Keywords: Vascular Diseases, Vasculitis, Mucocutaneous Lymph Node Syndrome.

Cómo citar este artículo: Pantoja González AM. Enfermedad de Kawasaki pediátrica. [Internet]. Medellín: Perlas Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; 2024 [acceso día de mes de año]. DOI: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2023.63>





1. Viñeta Clínica

Niño de 16 meses, consulta por cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en fiebre cuantificada en 39 °C la cual cede parcialmente con la administración de acetaminofén, asociado a exantema polimorfo que apareció en la misma fecha de predominio en tronco, conjuntivitis bilateral y queilitis, el día de hoy presenta 6 episodios de emesis de contenido alimentario y 1 deposición diarreica, razón por la cual consulta a urgencias. Al ingreso se encuentran con los siguientes signos vitales: frecuencia cardiaca de 153 lpm, frecuencia respiratoria de 22 rpm y saturación de oxígeno de 98 % al aire ambiente, al examen físico se encontró faringe eritematosa con aftas y sangrado a la manipulación, sin escurrimiento posterior asociado a queilitis, conjuntivitis bilateral no supurativa y erupción maculopapular difuso con edema leve en miembros superiores e inferiores, ante sospecha enfermedad de Kawasaki se solicitan paraclínicos complementarios.

Generalidades

¿Qué es la enfermedad de Kawasaki (EK)?

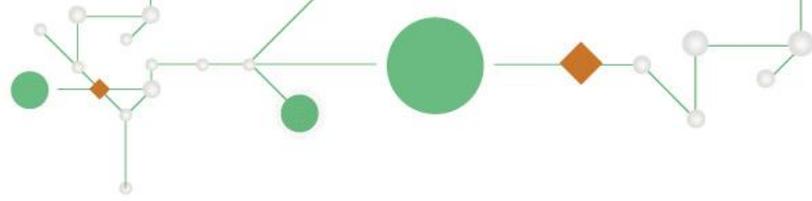
Es una enfermedad inflamatoria sistémica, aguda y autolimitada, se produce a nivel de los vasos de pequeño y mediano calibre, afecta predominantemente a los varones menores de 5 años. Ocupa el segundo lugar entre las vasculitis más frecuentes de la infancia (en primer lugar, la púrpura de Henoch – Schönlein). Puede conllevar a complicaciones potencialmente mortales como aneurismas de las arterias coronarias, insuficiencia cardiaca e infarto de miocardio, por ello es de importancia su diagnóstico y tratamiento temprano (1).

¿Por qué ocurre la enfermedad de Kawasaki?

La etiología es desconocida hasta el momento, aunque existen varias teorías al respecto:

- **Etiología infecciosa:** Debido a que los síntomas presentados son similares a otras enfermedades contagiosas como el sarampión, fiebre escarlatina, etc. También se ha





presentado un aumento de casos durante ciertas épocas del año como en el invierno y el verano.

- **Etiología inmunológica:** hay un estímulo desconocido el cual activa la respuesta inmune innata y adaptativa, lo que conlleva a la liberación de citoquinas proinflamatorias (IL-1, IL-18, IL-6, TNF- α , IFN- γ e IL-8), esto da como resultado la infiltración de células inflamatorias en el tejido vascular.

Además, se ha encontrado que hay factores genéticos que influyen en la mayor incidencia de casos en las poblaciones asiáticas y asiático-americanas, entre los principales se encuentran: el gen del inositol 1,4,5-trifosfato 3-quinasa C (ITPKC), angiopoyetina 1 (*ANGPT1*) y factor de crecimiento endotelial vascular A (*VEGFA*) los cuales están relacionados con la activación de las células T y alteración en la homeostasis vascular, respectivamente (1).

¿Cuál es la epidemiología de la enfermedad?

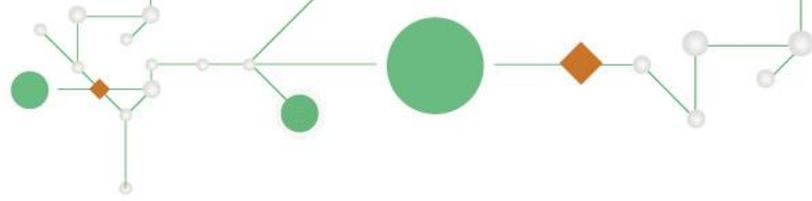
En la EK completa se ha visto una mayor incidencia en niños que residen al este de Asia o son de ascendencia asiática. En Estados Unidos se reporta una incidencia anual general de 20 por cada 100.000 niños menores de 5 años mientras que en Japón se reporta una incidencia 1 de cada 100 niños menores de 5 años (1).

En Latinoamérica, se considera que se encuentra alrededor de 3 por cada 100.000 menores de 5 años, sin embargo, en Colombia se desconoce la epidemiología actual de dicha entidad debido a que no hay una vigilancia de casos y dentro de la literatura se encuentran en su mayoría reporte de casos (2).

Se desconoce la incidencia de EK incompleta (3).

¿Cuál es el curso de la enfermedad?





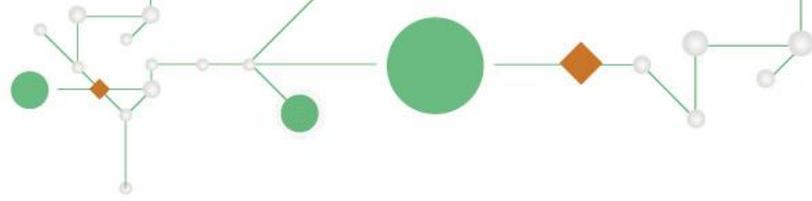
Se divide en 3 fases:

- Periodo febril agudo, tiene una duración de 10 días, en esta fase aparece fiebre refractaria a manejo con antipiréticos y antibióticos (100 % de los casos), inyección conjuntival no supurativa bilateral (85 % de los casos), cambios en la mucosa oral (90 % de los casos), adenopatía cervical unilateral, única y dolorosa de más de 1,5 cm de diámetro y exantema polimorfo maculopapular o multiforme que compromete las palmas de las manos y plantas de los pies, que posteriormente se extiende al tronco. A nivel cardiovascular se puede detectar arteritis de la coronaria.
- Periodo subagudo, comprende entre las 2 y 4 semanas, dentro de los hallazgos más significativos hay una descamación a nivel periungueal y la formación de aneurismas evidenciados por ecocardiografía.
- Periodo de convalecencia, el cual se caracteriza por una resolución de los síntomas (4).

¿Cuáles son sus presentaciones?

- Completa o clásica: Consta de un periodo febril de más de 5 días no explicado por otra enfermedad, sumado a 4 criterios clínicos.
- Incompleta: Se cumple el criterio de la fiebre persistente junto a 2 o 3 criterios clínicos.
- Atípica: Cuando los pacientes presentan manifestaciones clínicas poco comunes como falla renal, síndrome de activación macrofágica, etc. (4).





¿Cuáles son los criterios diagnósticos de la enfermedad de Kawasaki?

Se utilizan los criterios establecidos por el pediatra japonés Tomisaku Kawasaki en 1967,

Tabla 1.

Tabla 1. Criterios de la enfermedad de Kawasaki, 1967.

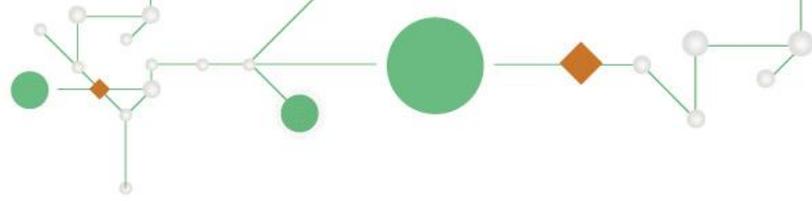
Presencia de fiebre de al menos 5 días, sin ninguna otra explicación, con al menos 4 de los siguientes criterios:
*Inyección conjuntival bulbar bilateral no exudativo.
*Cambios en la membrana mucosa oral, incluidos labios inyectados o fisurados, faringe inyectada o lengua de fresa.
*Cambios periféricos en las extremidades como el eritema de palmas o plantas, edema de manos o pies (fase aguda) y descamación periungueal (fase de convalecencia).
*Erupción polimorfa.
*Linfadenopatía cervical (al menos 1 ganglio linfático >1,5 cm de diámetro).

*Adaptado de: *Sundel R, 2023 (5)*

¿Cuál es el abordaje diagnóstico en cada caso?

- Sospechar EK en todo niño menor de 5 años con fiebre de más de 5 días, que no sea explicada por otras causas.
- Cuando se cumplen ≥ 4 criterios: se confirma diagnóstico de EK completa y se procede a solicitar un ecocardiograma.
- Cuando se cumplen 2 o 3 criterios: sospechar EK incompleta, se solicitará una PCR y VSG.
 - o Si PCR es $< 3,0$ mg/dl y VSG < 40 mm/hora: Es improbable el diagnóstico, pero si la fiebre persiste se deben realizar control clínico y paraclínicos, o si hay descamación periungueal típico incluso si la fiebre ha desaparecido hay que solicitar un ecocardiograma





- Si PCR >3,0 mg/dl y/o VSG >40 mm/hora: solicitar paraclínicos complementarios:
 - En caso de que hayan >3 criterios de laboratorio o ecocardiograma positivo, se confirma diagnóstico de EK incompleto y se debe iniciar tratamiento.
 - Si hay <3 criterios de laboratorios positivo y ecocardiograma negativo se considera que es improbable dicho diagnóstico.
- Cuando se cumplen 0 o 1 criterio y es un niño menor de 6 meses con fiebre por más de 7 días: se debe sospechar EK y se solicita ecocardiograma, si este es positivo se confirma presentación incompleta y se debe iniciar tratamiento; en caso de ecocardiograma negativo, se debe sospechar presentación incompleta y se deben solicitar laboratorios y ecocardiogramas seriados hasta confirmar diagnóstico y se inicie el manejo o hasta que el paciente tenga mejoría clínica durante 48 horas (5).

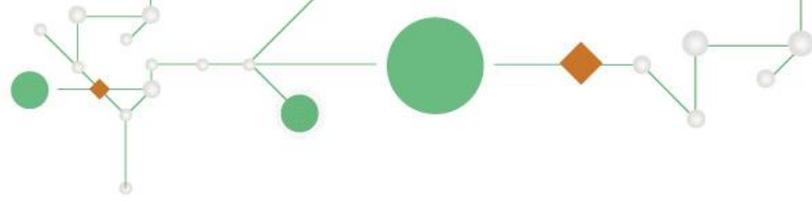
¿Cuáles son los criterios de laboratorio? Tabla 2.

Tabla 2. Criterios paraclínicos de la enfermedad de Kawasaki.

Anemia para la edad: Es una disminución de la hemoglobina y hematocrito por debajo de 2 desviaciones estándar.
Recuento de plaquetas ≥ 450.000 después del séptimo día de fiebre.
Albúmina $\leq 3,0$ g/dL.
PCR >3,0 g/dL.
VSG >40 mm/h.
ALT, GGT y ferritina elevadas.
Recuento de leucocitos $\geq 15.000/mm^3$.
≥ 10 leucocitos/hpf en análisis de orina.
Fluido cerebrospinal con pleocitosis mononuclear sin hipogluorraquia y/o proteína elevada.

*Adaptado de: Rife E, Gedalia A, 2020 (6).





¿Qué otros paraclínicos complementarios pueden realizarse?

Dentro de los estudios iniciales está el ecocardiograma y el electrocardiograma (ECG), dentro de los hallazgos más significativos al ECG están la presencia de arritmias, prolongación de los intervalos PR y QT o cambios inespecíficos de las ondas ST y T.

En casos especiales se pueden recurrir a la angiografía por tomografía computarizada (ATC) ultrarrápida y angiografía por resonancia magnética (ARM) las cuales nos proporcionan una imagen en alta resolución de las arterias coronarias y detectan lesiones distales y estenosis de la arteria coronaria (6,7).

¿Cuáles son los hallazgos en el ecocardiograma?

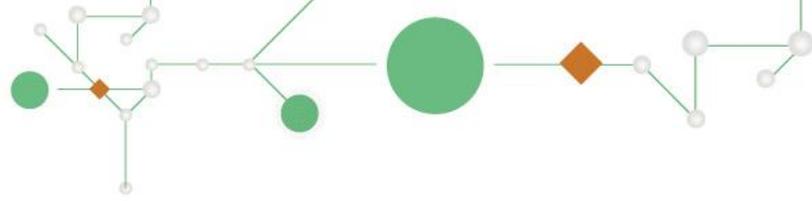
Este estudio nos aporta información sobre la dilatación de la arteria coronaria proximal en la fase aguda y alteraciones en la arteria no coronaria, para medir el grado de afectación en la arteria coronaria se observa el diámetro de la luz interna en base a la puntuación Z, el rango normal es una puntuación $Z < 2$. Tabla 3.

Tabla 3. Clasificación de la enfermedad de Kawasaki según ecocardiograma.

Clasificación	Tamaño de la anomalía de la arteria coronaria
Sin afectación coronaria	Puntuación $Z < 2$ y sin una disminución de 0,9 en la puntuación Z durante el seguimiento.
Solo dilatación	Puntuación $Z \geq 2 - < 2,5$ o si inicialmente < 2 , hubo una disminución ≥ 1 en la puntuación Z durante el seguimiento.
Pequeño aneurisma	Puntuación $Z \geq 2,5 - < 5$.
Aneurisma medio	Puntuación Z de $\geq 5 - < 10$ y dimensión absoluta < 8 mm.
Aneurisma grande o aneurisma gigante	Puntuación $Z \geq 10$ o dimensión absoluta ≥ 8 mm.

*Adaptado de: *Newburger J, Ferranti S, Fulton D, 2023 (7).*





Otros hallazgos detectados a través de este método son la función ventricular deprimida, insuficiencia valvular y derrames pericárdicos (7).

¿Cuál es el tratamiento para cada caso?

Este se brinda con el objetivo de reducir las alteraciones a nivel de las arterias coronarias secundarias a la respuesta inmune. Para la presentación completa e incompleta, los pilares del tratamiento son la inmunoglobulina EV y la aspirina.

- Inmunoglobulina IV 2 g/kg, dar 1 dosis durante 8 a 12 horas, idealmente debe darse los primeros 7 a 10 días de enfermedad para mayor eficacia.
- Ácido acetil salicílico (AAS): Dosis inicial 30 a 50 mg/kg/día oral en 4 dosis divididas, máximo 4 g/día. Luego reducir la dosis a 3 a 5 mg/kg/día 48 horas después de la resolución de la fiebre; parar la terapia después de la normalización de los niveles de VSG a menos que se detecten anomalías en el ecocardiograma.

Posterior a la terapia se deben observar a los pacientes durante 24 horas (mínimo 12 horas) para confirmar la resolución de la fiebre y evaluar posibles complicaciones (8).

Es importante que previo al inicio de la inmunoglobulina debe determinarse el riesgo de resistencia a inmunoglobulina, que se presenta en un 15 – 25 % de los casos, donde los pacientes no responden al manejo inicial y tienen alto riesgo de sufrir de aneurismas coronarios, para ello se establecieron escalas que evalúan si el paciente pertenece a la población de mayor riesgo (japoneses), se dice que tiene alto riesgo de resistencia cuando el score es ≥ 5 o > 3 , respectivamente. Tabla 4.



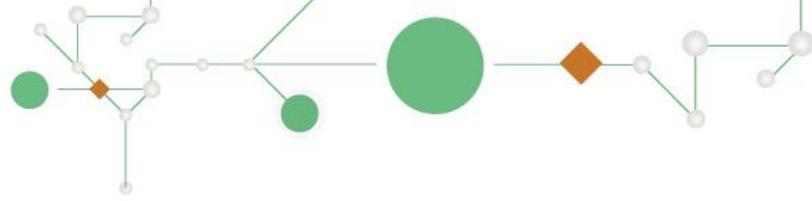


Tabla 4. Evaluación del riesgo de la enfermedad de Kawasaki.

Escala evaluación del riesgo en pacientes japoneses (Criterios de Kobayashi)	Escala evaluación del riesgo en pacientes no japoneses
Sodio ≤ 133 mmol/l (2 puntos)	Arteria coronaria agrandadas en el ecocardiograma con una puntuación Z máxima al inicio del estudio $>2,00$ (2 puntos)
AST ≥ 100 unidades/L (2 puntos)	Edad de inicio de la fiebre <6 meses (1 punto)
PCR ≥ 10 mg/dL (≥ 100 mg/L) (1 punto)	Cualquier raza asiática reportada (1 punto)
Neutrofilia ≥ 80 % (2 puntos)	PCR >13 mg/dL (1 punto)
Recuento de plaquetas $\leq 300.000/\text{mm}^3$ (1 punto)	
Diagnóstico temprano, con tratamiento inicial al cuarto día de la enfermedad o antes (2 puntos)	
Edad ≤ 12 meses (1 punto)	

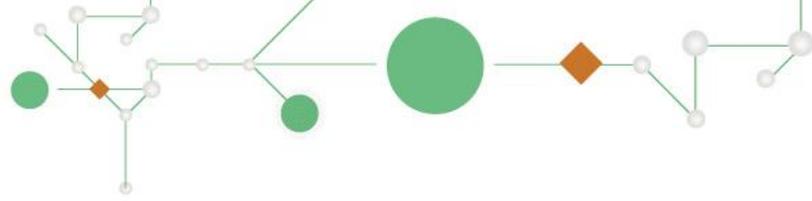
*Adaptado de: *Sundel R, 2023* (8).

Para los pacientes con alto riesgo de resistencia a la inmunoglobulina, adicional a la terapia convencional se administra un corticoide a la siguiente dosis:

- Prednisona o prednisolona 2 mg/kg/día (dosis máxima de 60 mg) IV o vía oral en dosis divididas durante 10 días, luego 1 mg/kg/día durante 5 días (8).

De acuerdo, con la Sociedad Española de Pediatría, para el año 2020 indican una serie de criterios para evaluar el riesgo de desarrollo de aneurismas coronarios: Edad <12 meses, hematocrito <35 % o con disminución progresiva desde el diagnóstico, plaquetas $<300.000/\text{mm}^3$, Sodio <133 mmol/l, AST 100 UI/l, PCR >200 mg/l, Albúmina <35 g/l, Neutrófilos 80 %, administración de IGIV después del 10º día de fiebre, presencia de





afectación coronaria al diagnóstico y EK recurrente, choque o presencia de síndrome de activación macrofágica.

- Pacientes de bajo riesgo se indicará: Inmunoglobulina IV 2 g/kg, en una sola infusión en 12 horas, Ibuprofeno 35 - 40 mg/kg/día cada 8 horas o AAS 30 - 50 mg/kg/día cada 6 horas y Omeprazol 20 mg/día.
- Pacientes de alto riesgo: Se realizará la anterior terapia y se adiciona metilprednisolona 30 mg/kg/día por 3 días.
- A las 36 horas de ceder la fiebre se retira el ibuprofeno y se inicia la aspirina en dosis de 3 - 5mg/kg/día en dosis única diaria hasta control ecocardiográfico a las 6 - 8 semanas.

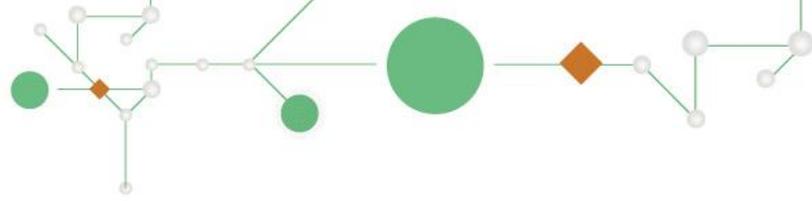
¿Cuál es el pronóstico de la enfermedad?

La mortalidad es infrecuente (0,1 al 0,3 %) debido al tratamiento con inmunoglobulina IV y la morbilidad depende del grado de afectación de las arterias coronarias; para aquellos pacientes que no tuvieron afectación cardiovascular se desconoce si hay un aumento del riesgo cardiovascular a largo plazo. En el caso de una dilatación de la arteria coronaria <8 – 6 mm resuelven espontáneamente, aunque deben tener un seguimiento estricto, debido a que esta disminución en el diámetro luminal puede darse por la presencia de un trombo. En caso de presentarse un aneurisma gigante (diámetro máximo ≥ 8 mm) tienen mayor riesgo de sufrir infarto agudo de miocardio (8).

¿Qué seguimiento deben tener estos pacientes?

La cita de control debe darse de 7 a 10 días después del alta con control estricto de la temperatura, en caso de que el paciente presente fiebre nuevamente, debe evaluarse la dilatación de las arterias coronarias por medio del ecocardiograma y otras causas de fiebre.





Adicionalmente se debe solicitar un ecocardiograma de control a las 2 – 6 semanas para evaluar una posible afectación coronaria, en caso de que reporte alguna alteración se realizarán controles de forma frecuente.

En cuanto a la vacunación, se debe evitar la administración de vacunas de virus vivos, incluidas las del sarampión y la varicela durante un periodo de 11 meses posteriores al tratamiento, ya que la inmunoglobulina puede reducir el efecto inmunogénico de las vacunas (8).

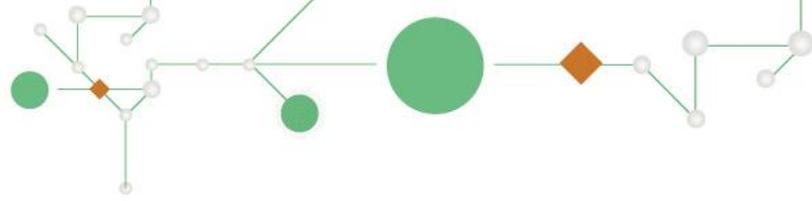
¿Cuál es la terapia a largo plazo?

La terapia antitrombótica se da con el fin de reducir el riesgo de trombosis coronaria, se da a dosis bajas de AAS (3 a 5 mg/kg por día) durante cuatro a seis semanas después de la fase aguda del tratamiento, si posterior a ello no ha desarrollado una anomalía coronaria se puede suspender la aspirina.

Para los pacientes con reporte de aneurismas, de acuerdo con el tamaño se indicará terapia anticoagulante y/o antiagregante, la cual se dará de forma indefinida:

- Aneurismas de pequeño tamaño (Z score $\geq 2,5$ a < 5): dosis bajas de AAS (3 - 5 mg/kg/día).
- Aneurismas de tamaño moderado (Z score ≥ 5 a < 10 y diámetro máximo < 8 mm): AAS (3 - 5 mg/kg/día) con clopidogrel (0,2 - 1,0 mg/kg/día).
- Aneurismas gigantes (Z score ≥ 10 o diámetro máximo > 8 mm) o de rápido crecimiento: AAS (3-5 mg/kg/día) con warfarina (INR 2-3).



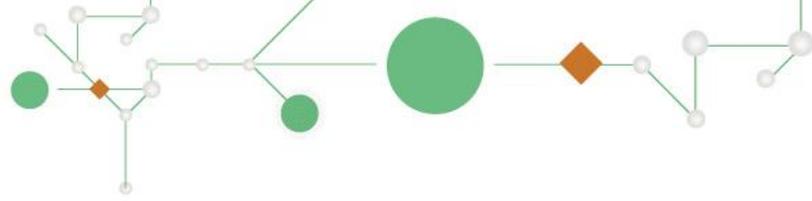


Finalmente, para los pacientes de alto riesgo, se puede continuar un corticoide como metilprednisolona, prednisolona o prednisona posterior (1 mg/kg/día por vía oral) y retirar progresivamente hasta los 21 días (8).

2. Mensajes indispensables

- La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica, poco frecuente en Colombia, pero hay que considerarla como una posible causa de fiebre en menores de 5 años.
- El reconocimiento temprano de la enfermedad permite el inicio del tratamiento y asimismo una reducción en la mortalidad.
- El diagnóstico de la enfermedad es clínico y por ende no se debe retrasar el tratamiento; sin embargo, en algunos casos se requiere de ayudas complementarias.
- Aplicar los criterios diagnósticos para conocer si el paciente tiene una presentación completa, incompleta o atípica para asimismo saber que paraclínicos solicitar.
- La inmunoglobulina endovenosa debe aplicarse en un centro de mayor complejidad debido que hay que vigilar la aparición de complicaciones.
- Antes de iniciar el tratamiento siempre se debe evaluar el riesgo de resistencia a inmunoglobulina para administrar conjuntamente esteroides.
- Después del alta, si el paciente presenta nuevo pico febril, esto es relacionado a la formación de un aneurisma por lo que debe realizarse un ecocardiograma de forma prioritaria.
- Tener en cuenta la terapia antitrombótica a largo plazo y en qué pacientes se pueden continuar los corticoides.
- Conocer las complicaciones que puede generar esta enfermedad y la repercusión en el riesgo cardiovascular.

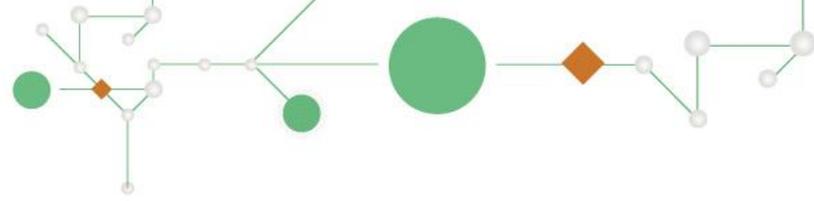




3. Viñeta clínica (desenlace)

Dentro del reporte de paraclínicos se encontró: PCR 77,56 mg/L, leucocitos 10.430/uL, neutrófilos 6.350/uL, Hemoglobina 9,90 g/dL, hematocrito 31,8 %, plaquetas 593.000, uroanálisis con piuria estéril (500 Leu/uL), AST 45 UI/l, ALT 52,90 UI/l, VSG 26 mm/hr, creatinina 0,31 mg/dl, BUN 9,25 mg/dl, albúmina en suero 3,43 gr/dl, ferritina 88,43 ng/ml y reporte de ecocardiograma con un mínimo derrame pericárdico global, coronarias normales en su tercio proximal, sin otra alteración asociada, por parte de reumatología confirman diagnóstico de enfermedad de Kawasaki incompleta e inician manejo con inmunoglobulina IV, aspirina y metilprednisolona por criterios de alto riesgo, se traslada a unidad de cuidados intensivos para administración y vigilancia de inmunoglobulina, tuvo una evolución satisfactoria sin reporte de nuevos picos febriles, por lo que se trasladó a hospitalización donde completó 2 días de vigilancia, se egresó con AAS, prednisolona, omeprazol y control ambulatorio con reumatología y cardiología pediátrica y orden de ecocardiograma de control.

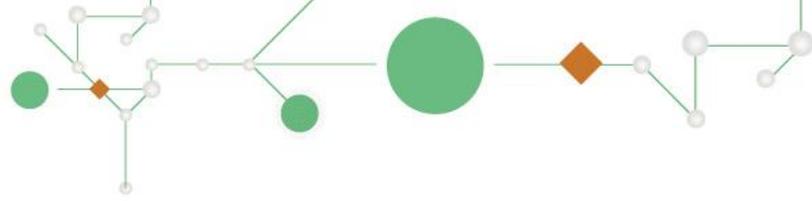




4. Bibliografía

1. Sundel R. Kawasaki disease: Epidemiology and etiology [Internet].: UpToDate; 2023. Acceso 26 de Octubre de 2023. Disponible en: https://www.uptodate-com.sibulgem.unilibre.edu.co/contents/kawasaki-disease-epidemiology-and-etiology?search=enfermedad%20de%20kawasaki%20en%20pediatr%C3%ADa&usage_type=default&source=search_result&selectedTitle=4~150&display_rank=4
2. Escobar H, Meneses-Gaviria G, Ijají-Piamba J, Triana-Murcia H, Molina-Bolaños J, Vidal-Martínez J. et al. Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Kawasaki. rev.fac.med. [Internet]. 2019 Mar; 67(1): 103-108. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112019000100103&lng=en
3. Sundel R. Enfermedad de Kawasaki incompleta (atípica) [Internet].: UpToDate; 2023. Acceso 26 de octubre de 2023. Disponible en: https://www.uptodate-com.sibulgem.unilibre.edu.co/contents/incomplete-atypical-kawasaki-disease?search=enfermedad%20de%20kawasaki%20en%20pediatr%C3%ADa&usage_type=default&source=search_result&selectedTitle=3~150&display_rank=3.
4. Sánchez-Manubens J. Enfermedad de Kawasaki [Internet].: Sociedad Española de Reumatología Pediátrica; 2020. Acceso 23 de Octubre de 2023. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_kawasaki.pdf.
5. Sundel R. Enfermedad de Kawasaki: características clínicas y diagnóstico. [Internet].: UpToDate; 2023. Acceso 23 de Octubre de 2023. Disponible en: https://www.uptodate-com.sibulgem.unilibre.edu.co/contents/kawasaki-disease-clinical-features-and-diagnosis?search=enfermedad%20de%20kawasaki%20en%20pediatr%C3%ADa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1





6. Eileen Rife AG. Enfermedad de Kawasaki: una actualización [Internet].: Current Rheumatology Reports; 2020; 22(75). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11926-020-00941-4#Abs1>.
7. Newburger JW. Secuelas cardiovasculares de la enfermedad de Kawasaki: características clínicas y evaluación. [Internet].: UpToDate; 2023. Acceso 26 de Octubre de 2023. Disponible en: <https://www.uptodate-com.sibulgem.unilibre.edu.co/contents/cardiovascular-sequelae-of-kawasaki-disease-clinical-features-and-evaluation?sectionName=Echocardiography&search=enfermedad%20de%20kawasaki%20en%20pediatr%C3%ADa&topicRef=15689&anchor=H13231738&so>.
8. Sundel R. Enfermedad de Kawasaki: tratamiento inicial y pronóstico [Internet].: UpToDate; 2023. Acceso 23 de Octubre de 2023. Disponible en: https://www-uptodate-com.sibulgem.unilibre.edu.co/contents/kawasaki-disease-initial-treatment-and-prognosis?search=enfermedad%20de%20kawasaki%20en%20pediatr%C3%ADa&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2.

