



## Reporte de Caso

# Adenitis cervical imitando a un absceso cervical bacteriano en un lactante con Enfermedad de Kawasaki incompleta y aneurisma coronario: Reporte de un caso

## Cervical adenitis mimicking a bacterial cervical abscess in an infant with incomplete Kawasaki disease and coronary aneurysm: A case report

DOI

<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.144.1468>

### RESUMEN

**Antecedentes:** La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis aguda y autolimitada frecuente en menores de cinco años; sin embargo, su diagnóstico es un reto en menores de seis meses.

**Reporte de caso:** Reportamos un lactante de tres meses con fiebre y tumoración cervical dolorosa de tres días de enfermedad. Fue diagnosticado como tumoración cervical abscedada y recibió tratamiento con antibióticos por 10 días. En hospitalización presentó lesiones eritematosas maculares en todo el cuerpo, persistencia de fiebre y elevación de marcadores inflamatorios. Se realizó una ecocardiografía encontrándose dilatación de las arterias coronarias siendo diagnosticado de EK incompleto. Recibió inmunoglobulina humana endovenosa y ácido acetil salicílico. Actualmente está en controles por cardiología con ácido acetil salicílico por persistencia de dilatación de las arterias coronarias. **Conclusiones:** La adenitis cervical puede imitar a otras infecciones cutáneas como el absceso cervical ocasionado retraso en el diagnóstico de EK produciendo complicaciones como el aneurisma coronario.

**Palabras Clave:** Síndrome Mucocutáneo Linfonodular, Aneurisma Coronario, Lactante, Fiebre, Linfadenopatía (Fuente: DeCS-BIREME).

### ABSTRACT

**Background:** Kawasaki disease (KD) is an acute and self-limited vasculitis common in children under five years. The diagnosis is a challenge in children under six months of age. **Report case:** We report a three-month-old infant with fever and a painful neck tumor of three days of disease. He was diagnosed with an abscessed cervical mass and received antibiotic treatment for ten days. During hospitalization, macular erythematous lesions developed throughout the body, persistence of fever, and elevated inflammatory markers. Echocardiography was performed, finding dilatation of the coronary arteries, being diagnosed with incomplete KD. He received intravenous human immunoglobulin and acetylsalicylic acid. He is currently undergoing cardiology controls with acetylsalicylic acid due to persistent dilatation of the coronary arteries. **Conclusions:** Cervical adenitis can mimic other skin infections such as cervical abscesses. It can cause a delay in the diagnosis of KD, producing complications such as a coronary aneurysm.

**Keywords:** Mucocutaneous Lymph Node Syndrome, Coronary Aneurysm, Infant, Fever, Lymphadenopathy. (Source: DeCS-BIREME).

Noé Atamari-Anahui<sup>1,2,a</sup>, Nadin Melina Conto-Palomino<sup>3,4,a</sup>, Carito Yeniffer Nery-Zavaleta<sup>1,4,a</sup>, Nora Alcázar-Cueto<sup>1,4,a</sup>, Mayu Gabriel Mirano Ortiz-De-Orue<sup>5,b</sup>, Verónica Farroñay-Liza<sup>1,c</sup>

### FILIACIÓN

1. Instituto Nacional de Salud del Niño-Breña, Lima, Perú.
2. Universidad San Ignacio de Loyola, Vicerrectorado de Investigación, Unidad de Investigación para la Generación y Síntesis de Evidencias en Salud, Lima, Perú.
3. Servicio de Pediatría, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.
4. Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
5. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Escuela Profesional de Medicina Humana, Asociación Científica de Estudiantes de Medicina Humana del Cusco (ASOCIEMH CUSCO). Cusco, Perú.
  - a. Médico residente de pediatría.
  - b. Estudiante de Medicina.
  - c. Médico pediatra.

### ORCID

1. Noé Atamari-Anahui / [0000-0001-8283-6669](https://orcid.org/0000-0001-8283-6669)
2. Nadin Melina Conto-Palomino / [0000-0002-3584-0806](https://orcid.org/0000-0002-3584-0806)
3. Carito Yeniffer Nery-Zavaleta / [0000-0002-2669-1052](https://orcid.org/0000-0002-2669-1052)
4. Nora Alcázar-Cueto / [0000-0003-0246-4119](https://orcid.org/0000-0003-0246-4119)
5. Mayu Gabriel Mirano Ortiz-De-Orue / [0000-0003-3104-0921](https://orcid.org/0000-0003-3104-0921)
6. Verónica Farroñay-Liza / [0000-0003-1758-7824](https://orcid.org/0000-0003-1758-7824)

### CORRESPONDENCIA

Noé Atamari-Anahui  
Dirección: Av. La Fontana 550 - La Molina, Perú.  
Teléfono/Fax: +51 984140761

### EMAIL

[noe.atamari@gmail.com](mailto:noe.atamari@gmail.com)

### CONFLICTOS DE INTERÉS

los autores niegan conflictos de interés.

### FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

### CONTRIBUCIONES DE AUTORIA

Todos los autores participaron en la concepción del artículo y recolección de datos. Todos los autores participaron en la redacción y aprobación de la versión final.

### REVISIÓN DE PARES

Recibido: 25/07/2021  
Aceptado: 28/11/2021

### COMO CITAR

Atamari-Anahui N, Conto-Palomino NM, Nery-Zavaleta CY, Alcázar-Cueto N, Ortiz-De-Orue MGM, Farroñay-Liza V. Adenitis cervical imitando a un absceso cervical bacteriano en un lactante con Enfermedad de Kawasaki incompleta y aneurisma coronario: Reporte de un caso. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 31 de diciembre de 2021 [citado 16 de abril de 2022];14(4):590-4. Disponible en: <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/1468>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.  
Versión Impresa: ISSN: 2225-5109  
Versión Electrónica: ISSN: 2227-4731  
Cross Ref. DOI: 10.35434/rcmhnaaa  
OJS: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs>

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis aguda y autolimitada frecuente en la edad preescolar. Su etiología exacta aún se desconoce; sin embargo, se plantea que podría deberse a una reacción inmunitaria inusual viral desencadenada por un componente genético. Representa la primera causa de enfermedad cardíaca adquirida en la población infantil teniendo como complicaciones la formación de aneurismas coronarios en aproximadamente un 25% de los casos<sup>(1,2)</sup>.

Esta enfermedad se presenta en el 85-90% en menores de cinco años. El pico de edad se encuentra aproximadamente entre los 10 a 11 meses de vida con una baja incidencia en menores de seis meses, lo cual sugiere un incremento progresivo de la inmunidad a esta enfermedad a lo largo de la infancia<sup>(2,3)</sup>.

En la población asiática se ha reportado una incidencia anual de 264,8 casos/100 000 en niños menores de cinco años y en Estados Unidos 25 casos/100 000 en niños menores de cinco años<sup>(1)</sup>. En Latinoamérica, Chile reportó un incremento en la incidencia de 8,7 a 10,4/100 000 en menores de 5 años durante los periodos 2001-2003 y 2009-2011<sup>(4)</sup>. Asimismo, Argentina reportó una incidencia nacional de 5 casos/10 000 egresos hospitalarios en menores de 18 años<sup>(5)</sup>. En Perú, se ha reportado una incidencia de 6,4 casos /100 000 en menores de 6 años para el año 2019, siendo Lima, la ciudad con más registros de casos<sup>(6)</sup>. En otros países de la región, los registros epidemiológicos están en desarrollo por lo que iniciativas como REKAMLATINA (Red de Enfermedad de Kawasaki en América Latina) buscan unificar esfuerzos y desde 2014 recopilan información para caracterizar mejor esta enfermedad<sup>(7)</sup>.

El diagnóstico de EK es clínico. La forma clásica se caracteriza por fiebre de cinco o más días de duración con al menos cuatro de las siguientes características: eritema o fisura labial, lengua de fresa y/o eritema de la mucosa faríngea y oral, conjuntivitis bilateral bulbar sin exudado, erupción maculopapular, eritrodermia difusa o eritema multiforme, edema de manos y pies en fase aguda y/o descamación periungueal en fase subaguda y por último linfadenopatía cervical ( $\geq 1,5$  cm de diámetro) usualmente de tipo unilateral<sup>(1)</sup>. Los pacientes que carecen de las características clínicas completas a menudo son catalogados como enfermedad de Kawasaki incompleta y su diagnóstico representa un verdadero reto para el personal asistencial, pues en estos casos el diagnóstico se confirma al detectarse anomalías en las arterias coronarias debido al retraso en el inicio del tratamiento<sup>(8)</sup>.

Un estudio de 20 lactantes menores de seis meses con diagnóstico de EK en Taiwán entre los años 1994 a 2003, encontró una mayor presentación de EK incompleta, leucocitosis, anemia y trombocitosis<sup>(8)</sup>. En ese mismo estudio, el intervalo de días entre el inicio de síntomas y el diagnóstico de EK fue 8 días (rango 5 a 16 días) y solo el 45% cumplieron el diagnóstico de EK antes de los 10 días<sup>(8)</sup>.

El objetivo del trabajo fue reportar a un lactante de tres meses que presentó una adenopatía cervical que fue

considerada como un absceso cervical y al final desarrolló enfermedad de Kawasaki incompleta complicada con aneurisma de las arterias coronarias.

## REPORTE DE CASO

Lactante varón de tres meses de edad acudió a consulta con un tiempo de enfermedad de tres días caracterizado por fiebre de 38°C intermitente que remitió parcialmente con los antipiréticos y con presencia de tumoración cervical dolorosa de localización posterior que limitaba la movilización. Es hijo de quinta gestación y nacido por cesárea (por periodo intergenésico corto); asimismo, su madre asistió a más de seis controles prenatales y no presentó eventualidades en el embarazo. Tuvo un peso de nacimiento de 3500 gramos con Apgar 91 y 95, talla 51 cm, perímetro cefálico 33 cm y edad gestacional de 40 semanas. No tuvo complicaciones durante el nacimiento. Tiene vacunas completas desde el nacimiento y adecuado desarrollo psicomotor. No tiene antecedentes de hospitalizaciones ni cirugías. No tiene antecedentes de enfermedades, ni antecedentes médicos familiares.

Al examen físico se encontró con la frecuencia cardíaca en 140/min, frecuencia respiratoria 26/min, temperatura de 36,5°C, saturación de oxígeno 98% (FiO2 21%) y un peso de 7,5 kg. Al examen físico preferencial se encontró en la región cervical posterior una tumoración izquierda de aproximadamente 4x5 cm de consistencia dura, no móvil, dolorosa con evidencia de signos de flogosis. El resto del examen se encontró sin alteraciones.

Fue ingresado con el diagnóstico de tumoración abscedada de región cervical izquierda. Durante la hospitalización presentó lesiones eritematosas maculares no pruriginosas que desaparecían a la digitopresión en cabeza, tórax, extremidades inferiores y eritema en palmas y plantas (Figura 1).



**Figura 1.** Lesiones eritematosas maculares en extremidades y eritema en región plantar (quinto día de enfermedad).

Los exámenes al ingreso mostraron anemia leve, leucocitosis, trombocitosis y elevación de la proteína C reactiva (PCR) (Tabla 1). Los electrolitos, las transaminasas, la urea, creatinina y el examen de orina fueron normales. La serología (IgM e IgG) para TORCH, Bartonella henselae, virus Epstein-Barr, Parvovirus B19, Sars-Cov-2, adenovirus fueron negativos al igual que la serología para hepatitis B, hepatitis C y Virus de Inmunodeficiencia Humana. Sólo la serología IgM para el virus Influenza A resultó positivo. Los hemocultivos y urocultivos también resultaron negativos. Se realizó cultivo en aspirado gástrico para Mycobacterium tuberculosis resultando también negativo. En la ecografía cervical se encontró adenopatías agrupadas en la región cervical posterior izquierda y la ecocardiografía estuvo sin alteraciones.

**Tabla 1. Exámenes de laboratorio del paciente según tiempo de enfermedad.**

Laboratorio	Tiempo de enfermedad (días)						
	1	7	11	15(*)	18	25(+)	30
Hemoglobina (g/dL)	10,6	10,2	9,1	8,4	8,4	9,3	9,8
Leucocitos (/mm <sup>3</sup> )	13,09	11,09	15,390	21,02	16,64	12,41	7,34
Plaquetas (/mm <sup>3</sup> )	513 000	541 000	675 000	997 000	1 146 000	975 000	549 000
PCR (mg/dL)	2,1	6,8	5,18	9,63	5,8	3,62	0,05

(\*) Día de ingreso al INSN. (+) Administración de inmunoglobulina humana, aneurisma coronario.  
PCR: proteína c reactiva.

Recibió tratamiento con oxacilina 150 mg/kg/día y clindamicina 40mg/kg/día endovenoso por 10 días. Durante los días de tratamiento, el paciente persistió con picos febriles, con las lesiones eritematosas y con la adenopatía cervical. Sus exámenes de laboratorio mostraron elevación de los leucocitos, trombocitosis, elevación de la PCR al día 11 de enfermedad. Debido a la persistencia de la fiebre a pesar de la cobertura antibiótica, el paciente fue referido al servicio de infectología pediátrica del Instituto Nacional de Salud del Niño-Breña (INSN, Lima-Perú) al día 15 de enfermedad, para ampliar estudios.

Al ingreso por emergencia en el INSN se encontró despierto con funciones vitales estables. Al examen físico se encontró la tumoración cervical y lesiones eritematosas en extremidades inferiores. No se vio eritema en la cicatriz de la vacuna BCG (bacilo de Calmette-Guérin), tampoco inyección conjuntival ni lesiones en mucosas o descamación en manos. El resto del examen se encontró sin alteraciones.

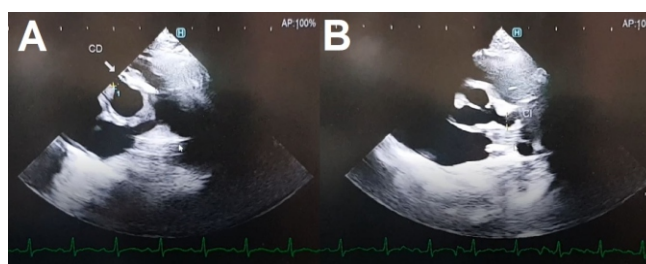
En el hemograma se encontraron anemia moderada y trombocitosis (Tabla 1), el perfil de coagulación y las transaminasas estaban sin alteraciones, fibrinógeno 578,5mg/dL (VN 160-370), dímero D 2,06mg/L (VN <0,5), B2 microglobulina 2693ng/mL (VN 1423-3324), ferritina 188ng/mL (VN 4-62), el hemocultivo y urocultivo fueron negativos. Se le prescribió tratamiento con ceftriaxona 80mg/kg/día y clindamicina 40mg/kg/día endovenoso.

Durante su hospitalización se planteó la posibilidad de etiología viral pues los picos de fiebre y las lesiones

eritematosas maculares desaparecieron al quinto día de hospitalización en el INSN (día 20 de enfermedad); mientras que, la adenopatía cervical desapareció al octavo día (día 23 de enfermedad). El paciente curso con evolución favorable; sin embargo, los valores de leucocitos, plaquetas y PCR persistían elevados al 25 día de enfermedad (Tabla 1). Se planteó el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki incompleta por el grupo de edad y las características clínico-laboratoriales antes presentadas (leucocitosis, trombocitosis, elevación de la PCR, fiebre, lesiones eritematosas y adenopatías) y se solicitó una nueva ecocardiografía y exámenes de control.

En los exámenes se encontraron elevación de la velocidad de sedimentación globular 61mm/hr, proteínas totales 7g/dL (VN 6-8,3), albúmina 4g/dL (VN 3,2-5,2), creatina fosfoquinasa 45mg/dL (VN 24-170) y transaminasas sin alteraciones. En la ecocardiografía se reportó dilatación de la arteria coronaria izquierda 4,8mm (Z score 7,8), dilatación de arteria coronaria derecha 4,8mm (Z score 10,8), con cámaras cardíacas de dimensiones normales y función sistólica biventricular conservada (Figura 2).

Con el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki incompleta a los 25 días de enfermedad, se decidió administrarle inmunoglobulina humana 2gr/kg dosis única endovenosa por 12 horas y ácido acetil salicílico 4mg/kg/día vía oral. Los exámenes de control a los cinco días post administración de inmunoglobulina (día 30 de enfermedad) encontraron disminución en los valores de los leucocitos, plaquetas y PCR (Tabla 1). El paciente no presentó ninguna reacción durante y después de la administración de la inmunoglobulina. Fue dado de alta a los 15 días de hospitalización en el INSN (30 días de enfermedad), con indicación de controles por cardiología e infectología. En sus controles ecocardiográficos posteriores por consultorio el paciente se encontró con persistencia de la dilatación de las arterias coronarias con función sistólica biventricular conservada por lo que continúa con el tratamiento de aspirina a dosis de 4mg/kg/día.



**Figura 2.** Ecocardiografía a los 25 días de enfermedad. Se observa dilatación aneurismática de coronaria derecha (a) y tronco coronario izquierdo de 4,8mm (b).

## DISCUSIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una de la vasculitis multisistémica que afecta principalmente a las arterias de mediano calibre. El diagnóstico se realiza con la presencia de cinco o más días de fiebre con cuatro de los cinco criterios: (a) inyección conjuntival bulbar bilateral no purulenta, (b) cambios en la mucosa de la orofaringe, incluyendo faringe eritematosa, eritema en labios con fisurados y/o resequead



y lengua en fresa, (c) cambios de las extremidades periféricas como edema y/o eritema de las manos o los pies en la fase aguda o descamación periungueal en la fase subaguda, (d) erupción, principalmente en tronco polimorfa no vesicular y (e) linfadenopatía cervical unilateral  $\geq 1,5$  cm<sup>(1)</sup>.

Nuestro paciente no presentó todas las manifestaciones clínicas desde un inicio, pues presentó tres días de fiebre asociada a adenopatía cervical catalogada como absceso cervical de localización posterior asociado a elevación de marcadores inflamatorios. Recibió antibioticoterapia; sin embargo, no se vio mejoría en el seguimiento (Tabla 1), similar a lo reportado por Ramachandran et al. en un lactante de 17 meses que inicialmente recibió antibioticoterapia oral y luego endovenosa; sin embargo, en el día nueve de enfermedad ante la sospecha de EK se realizó una ecocardiografía encontrándose un leve dilatación de la arteria coronaria izquierda<sup>(9)</sup>, y similar a lo reportado por Rossi et al. en un niño de siete años comentar el caso que inicialmente presentó linfadenitis cervical y celulitis adyacente asociado a fiebre, el cual a pesar de tratamiento antibiótico no presentó mejoría<sup>(10)</sup>. En el transcurso de los días, se agregó labios fisurados y secos, inyección conjuntival no supurativa y finalmente rash en tronco, manos y pies, con lo cual se inició inmunoglobulina y se resolvieron los síntomas<sup>(10)</sup>.

Se han reportado casos similares de EK, con inicio de fiebre y adenopatías cervicales como únicos signos al inicio de la enfermedad; en otras, la adenopatía domina la presentación, incluso siendo la característica menos común, especialmente en menores de un año<sup>(11,12)</sup>. Esta forma de presentación puede confundir al personal de salud; sin embargo, algunas características pueden ayudarnos a diferenciar del absceso cervical como lo reporta Kanegaye et al, en su estudio donde encontró una elevación del VSG (mm/hr) mayor para EK (79 vs 48), al igual que la PCR (mg/dL) (13,7 vs. 6,1), menor leucocitosis (109 células/L) (16,4 vs. 19,0), menor tamaño de la adenopatía (cm) (3 vs. 5)<sup>(13)</sup>.

También, la característica de la imagen puede ser de utilidad para diferenciar la adenopatía cervical en EK de una adenitis bacteriana. Qin et al. reportó un mayor tamaño y rigidez de los ganglios linfáticos en pacientes con linfadenopatía cervical bacteriana a comparación de la adenitis cervical en EK, usando la elastografía de ondas de corte<sup>(14)</sup>.

Existen diferentes factores de riesgo que influyen en el diagnóstico tardío de la EK, entre ellos se encuentra la presentación clínica incompleta, mayor distancia desde el sitio de residencia a un centro clínico y edad menor a seis meses<sup>(15)</sup>. Cuando se diagnóstica de manera tardía existe mayor riesgo de complicaciones siendo la más importante el aneurisma de las arterias coronarias<sup>(16)</sup>. Considerando estos aspectos, el paciente tenía dos criterios de riesgo para diagnóstico tardío: edad menor a 6 meses y la presentación clínica incompleta, lo cual podría explicar el diagnóstico tardío a los 25 días de enfermedad.

El tratamiento indicado para EK es inmunoglobulina humana y aspirina a altas dosis, el cual debería administrarse en los primeros 10 días de enfermedad<sup>(1)</sup>. Tras este periodo (en pacientes con diagnóstico tardío) la inmunoglobulina aún

está considerada como parte del tratamiento siempre y cuando persista la fiebre o anomalías coronarias asociadas a signos de inflamación sistémica y elevación de marcadores inflamatorios<sup>(1)</sup>. En nuestro paciente se le indicó aspirina a dosis bajas e inmunoglobulina luego de los 25 días de enfermedad, cuando el paciente estaba afebril de cinco días con leucocitosis y elevación de la PCR asociado al aneurisma de arterias coronarias siguiendo las recomendaciones de la American Heart Association<sup>(1)</sup>.

La principal complicación de la EK son los aneurismas coronarios<sup>(1)</sup>. Se calcula que el riesgo de esta complicación oscila entre 20 y 25%, el cual se reduce a menos del 5% con la administración de inmunoglobulina intravenosa; sin embargo, es posible que los lactantes menores de seis meses a pesar de un tratamiento oportuno puedan ser más propensos a desarrollar anomalías coronarias<sup>(15,16)</sup>. Otras complicaciones cardíacas que se reportan son miocarditis, pericarditis, arritmias, disfunción ventricular, valvulitis, entre otros, los cuales no se evidenciaron en el paciente<sup>(1)</sup>.

En conclusión, la adenopatía cervical asociada a fiebre persistente puede confundirse con la linfadenitis cervical bacteriana en pacientes con EK incompleta. En pacientes menores de seis meses con adenopatía cervical y fiebre inexplicable de más de 7 días se debe considerar el diagnóstico de EK y ahondar en los criterios diagnósticos para decidir el inicio de inmunoglobulina y una ecocardiografía oportuna para identificar anomalías cardíacas como complicación de esta enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McCrindle Brian W., Rowley Anne H., Newburger Jane W., Burns Jane C., Bolger Anne F., Gewitz Michael, 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):e927-99.
2. Rowley AH, Shulman ST. The Epidemiology and Pathogenesis of Kawasaki Disease. *Front Pediatr*. 2018;6:374.
3. Son Mary Beth F., Gauvreau Kimberlee, Tremoulet Adriana H., Lo Mindy, Baker Annette L., de Ferranti Sarah, et al. Risk Model Development and Validation for Prediction of Coronary Artery Aneurysms in Kawasaki Disease in a North American Population. *J Am Heart Assoc*. 2019;8(11):e011319.
4. Hoyos-Bachiloglu R, García Á, Morales PS, Cerda J, Talesnik E, Borzutzky A. Distribución geográfica de la enfermedad de Kawasaki en Chile. *Rev Chil Infectol*. 2016;33(1):12-8.
5. Melonari P, Abate H, Llano López LH, Cutlca RJ, Apaz MT, Battagliotti C, et al. Características clínico-epidemiológicas y predictores de complicaciones coronarias en niños de Argentina con enfermedad de Kawasaki. *Rev Chil Infectol*. 2019;36(5):636-41.
6. Atamari-Anahui N, Cruz-Nina ND, Huamani-Mermer E. Incidencia de la enfermedad de Kawasaki antes y durante la pandemia por covid-19 en Perú. *Rev Colomb Reumatol*. 2021. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2021.07.006>
7. Ulloa-Gutiérrez R, Salgado AP, Tremoulet AH. Kawasaki Disease in Latin American Children: Past, Current, and Future Challenges. *J Pediatr Infect Dis Soc*. 2014;3(4):280-1.
8. Chang F-Y, Hwang B, Chen S-J, Lee P-C, Meng C-L, Lu J-H. Characteristics of Kawasaki Disease in Infants Younger than Six Months of Age. *Pediatr Infect Dis J*. 2006;25(3):241-4.
9. Ramachandran R, Tan JYY, Goh LG. Antibiotic Unresponsive Cervical Lymphadenopathy and Node First Presentation of Kawasaki Disease. *Indian J Pediatr*. 2019;86(6):560-1.
10. Rossi F de S, Silva MFC da, Kozu KT, Camargo LFA, Rossi FFP, Silva CA, et al. Extensive cervical lymphadenitis mimicking bacterial adenitis as the first presentation of Kawasaki disease. *Einstein Sao Paulo Braz*. 2015;13(3):426-9.
11. Maya Enero S, Cols Roig M, Ros Viladoms JB, Pou Fernández J.

- Enfermedad de Kawasaki en un lactante de tres meses. *An Pediatr.* 2004;61(3):271-2.
12. Nomura Y, Arata M, Koriyama C, Masuda K, Morita Y, Hazeki D, et al. A Severe Form of Kawasaki Disease Presenting with Only Fever and Cervical Lymphadenopathy at Admission. *J Pediatr.* 2010;156(5):786-91.
  13. Kanegaye JT, Van Cott E, Tremoulet AH, Salgado A, Shimizu C, Kruk P, et al. Lymph-node-first presentation of Kawasaki disease compared with bacterial cervical adenitis and typical Kawasaki disease. *J Pediatr.* 2013;162(6):1259-63, 1263.e1-2.
  14. Qin Q, Wang D, Xu L, Lan Y, Tong M. Evaluating Lymph Node Stiffness to Differentiate Bacterial Cervical Lymphadenitis and Lymph Node-First Presentation of Kawasaki Disease by Shear Wave Elastography. *J Ultrasound Med.* 2021;40(7):1371-80.
  15. Salgado AP, Ashouri N, Berry EK, Sun X, Jain S, Burns JC, et al. High risk of coronary artery aneurysms in infants younger than 6 months with Kawasaki disease. *J Pediatr.* 2017;185:112-116.e1.
  16. Downie ML, Manlhiot C, Collins TH, Chahal N, Yeung RSM, McCrindle BW. Factors associated with development of coronary artery aneurysms after Kawasaki disease are similar for those treated promptly and those with delayed or no treatment. *Int J Cardiol.* 2017;236:157-61.