

## **Importância do diagnóstico precoce na doença de Kawasaki: um relato de caso clínico**

### **Importance of early diagnosis in Kawasaki's disease: a clinical case report**

DOI:10.34119/bjhrv5n4-195

Recebimento dos originais: 14/04/2022

Aceitação para publicação: 30/06/2022

#### **Ana Flávia Resende Romanielo**

Graduanda em Medicina pela Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Endereço: Fazenda Fontes do Saber, S/N, Rio Verde, CEP: 75901-970  
E-mail: anaflaviaromanielo@hotmail.com

#### **Alessandra Resende Romanielo**

Graduanda em medicina pela Faculdade de Ceres  
Instituição: Faculdade de Ceres  
Endereço: Av. Anísio Haddad, 6751, Jardim Francisco Fernandes, São José do Rio Preto - SP,  
CEP: 15090-305  
E-mail: alessandrarromanielo@hotmail.com

#### **Andressa Mendes Borelli**

Graduanda em Medicina pela Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Endereço: Fazenda Fontes do Saber, S/N, Rio Verde, CEP: 75901-970  
E-mail: dessa\_958@hotmail.com

#### **Nathália Barbeta Domaszak**

Graduanda em Medicina pela Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Endereço: Fazenda Fontes do Saber S/N, Rio Verde, CEP: 75901-970  
E-mail: nathaliabarbeta@outlook.com

#### **Tierry Allan Macedo Araujo**

Graduando em Medicina pela Universidade de Rio Verde (Unirv)  
Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Endereço: Fazenda Fontes do Saber S/N, Rio Verde, CEP: 75901-970  
E-mail: tierryamaraujo@academico.unirv.edu.br

#### **Joyce Karolyny Lopes de Souza**

Graduanda em Medicina pela Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Endereço: Fazenda Fontes do Saber S/N, Rio Verde, CEP: 75901-970  
E-mail: joycekarolyny02@gmail.com

**Amanda Batista Coelho**

Médica graduada pela Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Endereço: Fazenda Fontes do Saber, S/N, Rio Verde, CEP: 75901-970  
E-mail: amanda24coelho@hotmail.com

**Yanka Victoria Souza Costa**

Médica Graduada pela Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Endereço: GO- 438, Km 01, Dona Fiica, Goianésia - GO  
E-mail: yankavictoria@gmail.com

**Tayla Figueiredo Lacerda**

Médica graduada pela Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Endereço: Fazenda Fontes do Saber S/N, Rio Verde, CEP: 75901-970  
E-mail: taylalacerda@hotmail.com

**Isadora Honorato Godoi Martins**

Médica Graduada pela Pontífica Universidade Católica de Goiás (PUC - GO)  
Instituição: Pontífica Universidade Católica de Goiás (PUC - GO)  
Endereço: R. 235, 15, Setor Leste Universitário, Goiânia - GO, CEP: 74605-050  
E-mail: isa.honorato@hotmail.com

**Maria Isabel Araujo Guizzetti**

Graduanda em Medicina pela Universidade de Rio Verde (UNIRV) - Campus Rio Verde  
Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Endereço: Fazenda Fontes do Saber, S/N, Rio Verde, CEP: 75901-970  
E-mail: bel.guizzetti@gmail.com

**Berenice Moreira**

Doutora em Saúde Coletiva  
Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Endereço: Fazenda Fontes do Saber, S/N, Rio Verde, CEP: 75901-970  
E-mail: berenice@unirv.edu.br

**Lara Martins Barreto**

Médica Graduada pela Universidade Camilo Castelo Branco  
Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)  
Endereço: Fazenda Fontes do Saber, S/N, Rio Verde, CEP: 75901-970  
E-mail: laramartinsbarreto@hotmail.com

**RESUMO**

A doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite sistêmica aguda autolimitada que acomete preferencialmente as artérias coronárias, febril e exantemática, de causa desconhecida, quase exclusiva de crianças. Objetivo: ressaltar a importância de um diagnóstico precoce da DK para a prevenção de cardiopatias. Descrição: Relato de um caso clínico de uma criança do sexo feminino, um ano de idade, com quadro clínico de seis dias de febre, exantema generalizado e hiperemia de conjuntiva bilateral. O diagnóstico foi clínico, de forma precoce, já na admissão, sendo iniciado tratamento com ácido acetilsalicílico e encaminhamento para serviço de

referência para uso de imunoglobulina intravenosa. No primeiro ecocardiograma identificou-se um coração normal quanto ao aspecto anatômico e dilatação discreta da artéria coronária esquerda. Três anos depois do diagnóstico, a AngioTC de coronárias evidenciou-se ausência de ectasia coronariana. Atualmente, a criança encontra-se com 4 anos de idade, segue estável, sem medicação e com boa qualidade de vida. Conclusão: Apesar da ausência de testes laboratoriais específicos para a DK, o diagnóstico clínico foi precoce, com base na anamnese e exame físico detalhado, pois a criança apresentava os critérios de DK, resultando em ausência de doenças coronarianas.

**Palavras-chave:** aneurismas coronários, doença de Kawasaki, Vasculite.

## ABSTRACT

Kawasaki disease (KD) is a self-limited acute systemic vasculitis that preferentially affects the febrile and exanthematic coronary arteries, of unknown cause, almost exclusively in children. Objective: to emphasize the importance of an early diagnosis of KD for the prevention of heart disease. Description: Report of a clinical case of a female child, one year old, with a six-day clinical picture of fever, generalized exanthema and hyperemia of the bilateral conjunctiva. The diagnosis was clinical, early, on admission, and treatment with acetylsalicylic acid was started and referral to a reference service for the use of intravenous immunoglobulin. The first echocardiogram identified a normal heart in terms of anatomical aspect and mild dilation of the left coronary artery. Three years after diagnosis, CT angiography of the coronary arteries showed an absence of coronary ectasia. Currently, the child is 4 years old, remains stable, without medication and with good quality of life. Conclusion: Despite the absence of specific laboratory tests for KD, the clinical diagnosis was early, based on anamnesis and detailed physical examination, as the child met the criteria for KD, resulting in the absence of coronary heart disease.

**Keywords:** coronary aneurysms, Kawasaki disease, Vasculitis.

## 1 INTRODUÇÃO

A doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite sistêmica aguda autolimitada que acomete vasos de médio e pequeno calibres, preferencialmente as artérias coronárias (Diniz et al., 2015). Tipicamente, cursa com febre e manifestações de inflamação aguda (Rodrigues et al., 2018). É mais frequente em meninos, menores de cinco anos (Castro et al., 2009).

A etiologia permanece desconhecida (Castro et al., 2009; Diniz et al., 2015), mas existem três teorias: uma que envolve o coronavírus NL-63 detectado, por meio de reação em cadeia da polimerase; a segunda teoria é a da estimulação imunológica por superantígenos bacterianos; e por último, a teoria da resposta oligoclonal IgA na DK aguda, a análise de sequência gênica da cadeia pesada alfa de imunoglobulinas provenientes de infiltrado inflamatório da parede arterial de pacientes com DK mostrou que um número restrito de anticorpos específicos IgA estavam presentes, indicando resposta imune antígeno dirigida.

A doença é dividida em três fases clínicas: aguda, subaguda e de convalescença. A fase aguda dura até duas semanas, com febre alta de início abrupto, conjuntivite, exantema, alterações de mucosa oral, adenomegalia, diarreia, vômitos e edema. A fase subaguda ocorre até duas semanas após o início da doença, quando a febre, o rash e a linfadenopatia, irritabilidade, anorexia e conjuntivite. A fase de convalescença começa quando os sinais clínicos desaparecem e vai até a normalização da velocidade de hemossedimentação (VHS). As principais complicações da DK resultam do aparecimento de ectasia ou aneurisma das artérias coronárias que pode evoluir para isquemia coronariana (Rodrigues et al., 2018).

O diagnóstico é essencialmente clínico, proposto pela *American Heart Association* com os seguintes critérios: pelo menos cinco dias de febre e quatro ou mais das cinco principais características clínicas: edema, descamação de extremidades, exantema polimorfo; conjuntivite não exsudativa bilateral; ressecamento labial, enantema na mucosa oral e linfadenomegalia cervical unilateral (Diniz et al., 2015). Além disso, alguns exames laboratoriais podem ajudar no diagnóstico. Já o tratamento não é curativo, sendo usado com relevância a imunoglobulina intravenosa (IGIV) e ácido acetilsalicílico.

Nessa perspectiva, o objetivo desse artigo é relatar o caso clínico de uma criança diagnosticada com a DK e ressaltar a importância de uma anamnese detalhada e de um exame físico minucioso para o seu diagnóstico.

## 2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente V.R.G, um ano de idade, sexo feminino, deu entrada ao hospital em Março de 2017, por apresentar um quadro clínico de febre por seis dias (aferida entre 38 e 39°C), tendo evoluído nas últimas 24 horas com artralgia, exantema generalizado (inicialmente em membros inferiores e depois disseminação generalizada). Apresentava ao exame físico: língua em framboesa, epistaxe nasal, linfadenopatia inguinal e cervical, edema em mãos e pés bilateral além de discreta descamação em falange distal com importante fissura oral e hiperemia conjuntival bilateral. No prontuário de entrada, lactente eupneica, corada com frequência respiratória de 38 incursões/minuto, frequência cardíaca de 102 bpm e temperatura de 37,5° C. Foi realizado hemograma com os seguintes resultados: hemoglobina de 11,8; leucócitos: 8600; segmentados: 65%; hematócrito de 37,7; neutrófilos: 88; linfócitos: 27%; volume corpuscular médio de 82; bastonetes: 1%; monócitos: 5%; plaquetas 349.000; urina com leucócitos 39 a 40 p/c; hemácias 2 a 3. A partir dessa avaliação inicial, a hipótese diagnóstica foi de DK.

Iniciou-se o tratamento com ácido acetilsalicílico, houve boa evolução, apesar da mãe relatar que após um dia a lactente apresentou diarreia aquosa e, ainda, recusa alimentar parcial,

com aceitação apenas do aleitamento materno. Ao exame físico, percebeu-se irritabilidade e secreção amarelada em olho esquerdo. A paciente foi encaminhada a um serviço de referência, para ser administrada a gamaglobulina. Porém, nessa unidade, não dispunha da IGIV.

Desta forma, no nono dia de evolução, a lactente foi encaminhada para o Hospital Materno Infantil para que fosse administrada a IGIV, uma vez que havia tempo hábil para recebê-la, visto que para um bom prognóstico é preciso que se inicie até 10 dias do início do quadro. Na admissão, foi realizada expansão volêmica pelo quadro diarreico a 10 ml/kg em 1 hora e Omeprazol. Posteriormente, feita a imunoglobulina humana na dose de 2 g/kg em 24 horas e mantido ácido acetilsalicílico na dose de 80mg/kg/dia.

No décimo segundo dia de evolução, na avaliação do reumatologista pediátrico, foi prescrito prednisolona por seis semanas na dosagem de 2 mg/kg/dia, ácido acetilsalicílico, cloridrato de ranitidina suspensão, nitazoxanida e pomada de sulfato de neomicina e bacitracina zíncica para uso tópico na lesão em narina. Nesse mesmo dia, realizado o ECO, com a paciente em bom estado geral, glasgow de 15, com o seguinte resultado: coração normal quanto ao aspecto anatômico e dilatação discreta da artéria coronária esquerda. Após seis dias, foi administrada novamente a IGIV.

A certeza diagnóstica da DK foi consolidada no decorrer da evolução clínica e a partir dos exames de imagens. No primeiro ecocardiograma realizado pela paciente em questão, identificou-se um coração normal quanto ao aspecto anatômico e dilatação discreta da artéria coronária esquerda. Um ano após o diagnóstico, no ECO de seguimento, verificou-se uma dilatação aneurismática da artéria coronária esquerda, secundária então da DK. Já em 2019, numa AngioTC de coronárias evidenciou-se ausência de ectasia coronariana, resposta extremamente satisfatória para a idade e o diagnóstico.

### 3 DISCUSSÃO

O quadro clínico da DK tem como característica principal na fase aguda, a febre alta, sendo remitente e acompanhada de extrema irritabilidade. O diagnóstico de DK nem sempre é fácil e como não há exames específicos, existem, sim, algumas alterações que colaboram a suspeita clínica, fato que auxiliou sobremaneira no encaminhamento rápido da criança para um centro de referência, para início do tratamento precoce.

O rash cutâneo não é específico da DK e compromete principalmente o tronco e extremidades (Gandra et al., 2018), presente na paciente como uma descamação importante em falange distal e acompanhada de fissura oral. Verificou-se também linfadenopatia cervical, sinal

clínico muito frequente, em cerca de 75% dos pacientes, ao passo que os demais critérios clínicos podem ser encontrados em 90% dos casos (Castro et al., 2009; Gandra et al., 2018).

As manifestações cardíacas podem ser exacerbadas na fase aguda e podem aumentar a mortalidade e morbidade. O exame clínico da criança com alteração cardíaca pode revelar precórdio hiperdinâmico com taquicardia, sopro pansistólico em caso de regurgitação mitral significativa e ritmo de galope devido à instalação de insuficiência cardíaca (Castro et al., 2009; Alves et al., 2011). Nenhum desses achados foram identificados na paciente em questão, demonstrando mais uma vez que o início do tratamento foi precoce o que permitiu evitar as complicações.

Estudo feito com 598 crianças com DK mostrou o envolvimento da artéria coronária esquerda em 12% dos casos; em 3% da artéria coronária direita; e de ambas em 8% (Rodrigues et al., 2018). A incidência de aneurismas coronarianos aumenta em cerca de três vezes quando o diagnóstico é feito tardiamente e o tratamento é iniciado após o 10º dia de doença. Estudo no Japão mostrou que cerca de 15 a 20% dos casos de doença coronariana ocorrem em crianças que apresentam menos de quatro critérios diagnósticos (Diniz et al., 2015)

O tratamento da DK na fase aguda visa reduzir a resposta inflamatória na parede da artéria coronária e prevenir a vasculite com suas consequências, enquanto as terapêuticas nas fases subagudas e de convalescença visam prevenir a isquemia miocárdica e o infarto. A IGIV usada preferencialmente nos primeiros sete a 10 dias da doença, a fim de diminuir a prevalência de anormalidades das artérias coronárias e abreviar a duração dos sintomas clínicos. Pode ainda normalizar mais rapidamente as proteínas inflamatórias de fase aguda, mas não a VHS, e melhorar a função miocárdica. (Gandra et al., 2018)

O tratamento na fase aguda consiste na administração de imunoglobulina em dose única (2g/kg) e ácido acetilsalicílico oral 80 a 100 mg/kg/dia de 6/6 horas, mais recentemente 30 a 50 mg/Kg/dia, até 48-72 horas de apirexia, reduzindo depois para 3-5mg/kg/dia até seis a oito semanas na ausência de aneurismas ou até resolução completa na presença destes, tal como foi realizado no caso descrito. Nos doentes que mantêm febre ou com recrudescimento da febre após o tratamento inicial com imunoglobulina o tratamento é ainda algo controverso, mas aconselha-se a administração da segunda dose de imunoglobulina (2g/kg), como realizado no presente relato. Atualmente têm sido propostas outras opções terapêuticas, ainda pouco consensuais e utilizadas apenas em situações específicas, tais como a administração de corticoterapia sistêmica, infliximab, ciclosporina, ciclofosfamida, metotrexato ou plasmaferese (Castro et al., 2009); Rodrigues et al., 2018). Para crianças com alergia a aspirina ou varicela

concomitante, em risco de desenvolver Síndrome de Reye, o Clopidogrel (1 mg/kg /dia até a dose máxima de 75 mg/dia) pode ser um substituto potencial (Teixeira, 2012).

Os corticosteróides têm sido usados quando os pacientes não respondem ao tratamento inicial com IGIV mais aspirina. O regime mais utilizado é o de pulsoterapia com metilprednisolona 30mg/kg/dia infundida em duas ou três horas uma vez ao dia durante três dias. Aproximadamente 10% dos pacientes com DK não respondem à infusão da primeira dose de IGIV, ou seja, há persistência da febre ou sua recrudescência 36 horas após a primeira infusão; esses pacientes apresentam maior risco de alterações coronarianas (Castro et al., 2009).

O tratamento nas fases subaguda e de convalescença de pacientes com aneurismas coronarianos visa prevenir a trombose e estenose do vaso. A aspirina em doses baixas (3-5mg/kg/dia) é a principal terapêutica para crianças com pequenos e médios aneurismas. Outros agentes antiplaquetários também são utilizados (clopidogrel, ticlopidina, dipiridamol) e, associados à aspirina, têm-se mostrado mais efetivos em bloquear a agregação plaquetária (Rodrigues et al., 2018).

O infarto agudo do miocárdio (IAM) causado pela oclusão trombótica do aneurisma ou a estenose coronariana são as principais causas de morte na doença de Kawasaki. O alto risco de IAM existe principalmente no 1º ano após a doença, esse, por sua vez, tem uma apresentação totalmente diferente do adulto: principais sintomas são hipotensão, vômitos, indisposição e dor abdominal; a dor torácica ocorre mais frequentemente em crianças maiores. Em 37% dos casos não há sintomas prévios.

Em virtude do provável risco de maior morbidade e mortalidade em adultos com DK prévia, é recomendado que todas as crianças sejam acompanhadas a cada período de três a cinco anos por meio de exames. Esses quadros demandam acompanhamento com o cardiopediatra e realização de exames de rotina (eletrocardiograma e ecocardiograma) acrescidas de testes de esforço e exames de perfusão miocárdica para as crianças com mais de 10 anos de idade. Caso o teste de esforço seja compatível com isquemia miocárdica, a angiografia coronariana está indicada (Hallake, 2011).

#### 4 CONCLUSÃO

O diagnóstico da DK é essencialmente clínico, porém, como descrito no estudo, alguns exames laboratoriais podem auxiliar. Ainda sim, essa suspeição diagnóstica precoce é um dos principais desafios para o médico, uma vez que o início do tratamento com IGIV nos primeiros 10 dias altera a história natural da doença. A suspeita clínica de DK da paciente do estudo foi então confirmada com base na anamnese e exame físico detalhado, visto que os critérios da

doença foram contemplados. A criança do caso em análise evoluiu com ausência de doenças coronarianas, provavelmente devido o diagnóstico e tratamento precoce.

Mediante os riscos de sequelas cardíacas é necessário realizar o monitoramento cardiovascular através de exames de imagem e eletrocardiograma a cada três a cinco anos. A paciente do caso realizou o ECO dentro de um ano do diagnóstico, e a única alteração importante foi uma dilatação discreta da artéria coronária esquerda. Já dentre 2 anos do diagnóstico realizou a AngioTC na qual não revelou alterações significativas. Atualmente a paciente está com 4 anos de idade, segue estável, sem medicação e com boa qualidade de vida.

Por fim, vale ressaltar a importância do diagnóstico precoce em pacientes portadores de doença de Kawasaki, o que culmina em uma lentificação ou mesmo interrupção no desenrolar de um possível caso mais grave, tendo um prognóstico mais favorável.

## 5 FINANCIAMENTO

<b>Material</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Custo unitário</b>	<b>Custo Total</b>
Xerox / impressões	40 cópias	0,10	4,00
Combustível	7,4 litros	2,53	18,72
Internet	3 meses	80,00	240,00
<b>Total</b>		262,72	

Fonte Financiadora: Recursos próprios.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



## REFERÊNCIAS

1. ALVES, N. R. M. *et al.* Estudo prospectivo das complicações da Doença de Kawasaki: análise de 115 casos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 3, p. 299-305, Mai/Jun 2011. Disponível: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302011000300012](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000300012).
2. CASTRO *et al.* Doença de Kawasaki. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 4, jul/aug. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abd/v84n4/v84n4a02.pdf>.
3. DINIZ; L.M.O. *et al.* O desafio diagnóstico da doença de Kawasaki incompleta. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 25, p. 115-119, jan./2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-750869>.
4. GANDRA; G. A. *et al.* Doença de Kawasaki: a importância do seu diagnóstico em diferentes faixas etárias. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 28: e-1942, 2018. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2366>.
5. HALLAKE, J. FELDMAN, J. Doença de Kawasaki. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 116-118, mar/abr 2011. Disponível em: <http://www.onlineijcs.org/english/sumario/24/pdf/v24n2a07.pdf>.
6. RODRIGUES; M *et al.* Doença de Kawasaki e Complicações Cardiovasculares em Pediatria. **Nascer e Crescer**, Online, v. 27, n. 1, p. 54-58, nov./2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v27n1/v27n1a10.pdf>.  
TEIXEIRA, A. Doença de Kawasaki. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 22 (supl.2), Número, p. 50-53, mai./2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-909639>.