

## Doença de Kawasaki: relato de caso

### Kawasaki Disease: case report

DOI:10.34119/bjhrv6n6-476

Recebimento dos originais: 10/11/2023

Aceitação para publicação: 11/12/2023

#### **Cibele Alexandra Ferro**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA - FAMECA)

Endereço: Rua dos Estudantes, 225, Parque Iracema, Catanduva - SP

E-mail: cibele.a.ferro@gmail.com

#### **Amanda Cristina Netto Guerra**

Residente de Pediatria

Instituição: Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA - FAMECA)

Endereço: Rua dos Estudantes, 225, Parque Iracema, Catanduva - SP

E-mail: amandinha\_guerra@hotmail.com

#### **Bruna Isepão Barboza da Silva**

Residente de Pediatria

Instituição: Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA - FAMECA)

Endereço: Rua dos Estudantes, 225, Parque Iracema, Catanduva - SP

E-mail: bruisebao@hotmail.com

#### **Mariana da Rocha Padovam**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA - FAMECA)

Endereço: Rua dos Estudantes, 225, Parque Iracema, Catanduva - SP

E-mail: mariana28padovam@gmail.com

#### **Carolina Michetti Otaviano**

Residente de Pediatria

Instituição: Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA - FAMECA)

Endereço: Rua dos Estudantes, 225, Parque Iracema, Catanduva - SP

E-mail: carol.otaviano@live.com

#### **Bruna Basaglia**

Residente de Pediatria

Instituição: Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA - FAMECA)

Endereço: Rua dos Estudantes, 225, Parque Iracema, Catanduva - SP

E-mail: brubasa.3011@gmail.com

**Matheus Freitas Vieira**

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA - FAMECA)

Endereço: Rua dos Estudantes, 225, Parque Iracema, Catanduva - SP

E-mail: matheusfv4000@gmail.com

**Luciana Sabatini Doto Tannous Elias**

Doutora em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria

Instituição: Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA - FAMECA)

Endereço: Rua dos Estudantes, 225, Parque Iracema, Catanduva - SP

E-mail: lucianasabatini25@gmail.com

**RESUMO**

A Doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite que afeta crianças menores de 5 anos, especialmente meninos e asiáticos. Predominantemente, ela envolve vasos de médio porte, com uma propensão para inflamar as artérias coronárias, podendo levar a aneurismas, trombozes e estenoses. O diagnóstico, geralmente clínico, é crucial para minimizar lesões e melhorar o prognóstico, sendo o ecocardiograma fundamental para identificar alterações cardíacas. O tratamento recomendado inclui imunoglobulinas e ácido acetilsalicílico. O objetivo desse trabalho é relatar o diagnóstico e evolução de um caso de Doença de Kawasaki moderada, em uma paciente do sexo feminino com dois anos de idade, sem acometimento cardíaco.

**Palavras-chave:** Doença de Kawasaki, vasculite, crianças, imunoglobulinas, aneurisma coronariano.

**ABSTRACT**

Kawasaki Disease (KD) is a vasculitis that affects children under 5 years of age, especially boys and Asians. Predominantly, it involves medium-sized vessels, with a propensity to inflame the coronary arteries, which can lead to aneurysms, thrombozes, and strictures. Diagnosis, usually clinical, is crucial to minimize injury and improve prognosis, and echocardiography is critical to identifying heart changes. The recommended treatment includes immunoglobulins and acetylsalicylic acid. The objective of this work is to report the diagnosis and evolution of a case of moderate Kawasaki disease in a female patient aged two years without cardiac involvement.

**Keywords:** Kawasaki disease, vasculitis, children, immunoglobulins, coronary aneurysm.

**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. Tipicamente cursa com febre e manifestações de inflamação aguda. É mais frequente em meninos, menores de cinco anos<sup>1</sup>. Caracteriza-se por uma inflamação vascular com predileção pelas artérias coronárias, que pode evoluir com aneurisma, trombose e estenose. Apesar de compreender a síndrome e suas consequências, a etiologia da doença ainda não é compreendida, sendo necessário mais estudos<sup>2</sup>. O diagnóstico é clínico, e se realizado de forma precoce, minimiza as

lesões e melhora o prognóstico. A realização de ecocardiograma é fundamental para detectar se há alguma alteração cardíaca<sup>3</sup>. O tratamento preconizado é o uso de imunoglobulinas associado ao ácido acetilsalicílico. Apesar dos avanços, a DK se tornou uma preocupação de saúde pública, devido ao aumento notável do número de casos e por essa doença ser a causa mais comum de doença cardíaca pediátrica adquirida, principalmente no Japão, Coreia, Estados Unidos da América (EUA) e outros países desenvolvidos<sup>2</sup>.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional e descritivo, realizado a partir da autorização da responsável pela paciente por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi feita a análise do prontuário da paciente. Foi realizada a avaliação dos aspectos inerentes ao exame físico, exames complementares a fim de correlacionar com a literatura citada na bibliografia. A coleta de dados e análise do prontuário médico foi realizada no Hospital Padre Albino, Catanduva/SP. Número de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: 6.450.630.

## 3 RELATO

R.E.M.S. 2 anos, sexo feminino, branca, natural e procedente de Catanduva-SP. Previamente hígida, calendário vacinal em dia, sem antecedentes de alergia, cirurgias ou internações anteriores e sem antecedentes patológicos familiares. Residente em área urbana, casa de alvenaria, consome água filtrada e condições sanitárias são boas.

Iniciou quadro de febre persistente há 09 dias sem outros sinais e sintomas associados e evoluiu com exantema maculopapular não pruriginoso em tronco, membros inferiores e lesões orais após 5 dias do início da febre. No 3º dia de sintoma buscou atendimento médico o qual foi prescrito amoxicilina, sem melhora do quadro febril. Após 2 dias buscou novamente o pronto-atendimento, e o antibiótico foi substituído por azitromicina. Paciente manteve-se febril, com a presença do exantema, lesões orais e hiporexia. Após 7 dias do início dos sintomas as lesões apresentavam-se hiperemiadas e crostosas. Na admissão no hospital terciário de referência apresentava-se ao exame físico: em bom estado geral, corada e hidratada, ativa e reativa, presença de rash eritematoso micropapular em troncos se estendendo para membros inferiores, linfadenopatia cervical à esquerda, lábios hiperemiados e com lesões crostosas, edema e hiperemia interarticular em falanges de mãos e de membros inferiores. Além dos achados no exame físico, a paciente queixava-se de artralgia.

No exame laboratorial na admissão apresentava leucocitose sem desvio à esquerda (leucócitos:  $19.400 \times 10^3/\text{mm}^3$ ), plaquetose ( $415.000 \times 10^3/\text{mm}^3$ ), PCR elevado (54,3mg/dL),

aumento de transaminases hepáticas (TGO 64 TGP 40) e enzimas canaliculares (GGT 78 e FA 154). Ecocardiograma: ritmo cardíaco regular, sem alterações.

Tabela 1: Evolução dos exames laboratoriais

Exames laboratoriais	20/12/2022	29/12/2022	02/01/2023	10/01/2023
Plaquetas	415.000	1.179.000	875.000	353.000
Leucócitos	19.400	40.800	23.000	23.100

Fonte: Autor.

Considerada a hipótese de Doença de Kawasaki, foi iniciado: ceftriaxona 100 mg/kg/dia por 14 dias, hidrocortisona 60 mg de 6/6 horas por 6 dias e imunoglobulina 4g em 8 horas e 8g em 16 horas por 2 dias.

Paciente permaneceu internada aos cuidados da equipe da pediatria e apresentou melhora significativa da artralgia, lesões de pele e em cavidade oral. No 20º dia de internação dias recebeu alta ativa e reativa, estável hemodinamicamente e sem queixas, fazendo uso de prednisolona e AAS e foi encaminhada para o ambulatório de pediatria para redução gradativa da prednisolona e suspensão do AAS. Durante os retornos apresentavam-se assintomática.

#### 4 DISCUSSÃO

A DK é uma vasculite que envolve as 3 camadas da parede vascular, com destruição da lâmina elástica interna e perda da integridade estrutural, fator que explica a formação de aneurisma e trombos. Essas complicações correspondem a 15 a 25% dos casos de DK. O diagnóstico consiste na presença de **febre persistente** (5 dias ou mais) **associada a 4 ou mais** dos cinco critérios a seguir (TABELA 2)

Tabela 2: Critérios diagnóstico de Doença de Kawasaki

1.	Alterações de extremidades (eritema palmar ou plantar, e/ou edema de mãos ou pés, e/ou descamação periungueal nos dedos)
2.	Exantema polimorfo inespecífico com predomínio em tronco
3.	Conjuntivite não purulenta
4.	Alterações dos lábios ou cavidade oral (língua em framboesa, eritema, fissuras)
5.	Linfadenopatia cervical (maior que 1,5 cm)

Fonte: Autor.

Outras manifestações podem acontecer: artralgia, miosite, diarreia, dor abdominal, uretrite, miocardite, pericardite e insuficiência mitral aguda. Nossa paciente em questão apresentava febre + 4 critérios para diagnóstico clínico de DK, além de outras manifestações como artralgia. Além das alterações no exame físico, apresentava alterações nos exames laboratoriais, como a

leucocitose e a trombocitose, achados comuns na doença. Apesar do nosso caso ser uma Doença de Kawasaki grave, ela não evoluiu com manifestações cardíacas.

Ademais, é importante ressaltar o curso clínico da doença. A fase aguda (1<sup>a</sup> a 2<sup>a</sup> semana) é caracterizada pelo diagnóstico e tratamento. A subaguda (3<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> semana) é caracterizada pela descamação periungueal, trombocitose e eventual formação de aneurisma de coronárias. A última fase, a convalescença (5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> semana) é o momento em que os sinais de DK desaparecem e os marcadores inflamatórios diminuem. A fase aguda é marcada por intenso dano vascular, o que justifica a formação de aneurismas coronarianos na fase subaguda. É importante ressaltar também, a importância do tratamento precoce com imunoglobulina, a fim de minimizar os possíveis aneurismas decorrentes da doença.

## 5 CONCLUSÃO

Em nosso caso, observamos uma paciente inicialmente com sintomas típicos de DK. Após o diagnóstico e o tratamento adequado, recebeu alta e realiza acompanhamento ambulatorial, a fim de monitorar o desenvolvimento de anormalidades das artérias coronarianas, mesmo não tendo apresentado durante o percurso da doença, por meio do ecocardiograma.

## REFERÊNCIAS

1. ROMANIELO, A. F. R.; ROMANIELO, A. R.; BORELLI, A. M.; DOMASZAK, N. B.; ARAUJO, T. A. M.; SOUZA, J. K. L. de; COELHO, A. B.; COSTA, Y. V. S.; LACERDA, T. F.; MARTINS, I. H. G.; GUIZZETTI, M. I. A.; MOREIRA, B.; BARRETO, L. M. 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. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 14327–14335, 2022. DOI: 10.34119/bjhrv5n4-195. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/51169>
2. DE CASTRO, G. B.; REHFELD, G. G.; ARAUJO, J. V. G.; FIGUEIREDO, L. G.; RANGEL, M. F. S.; ROCHA, S. M. C.; NUNES, L. M. C. M.; DIAS, F. R.; AMARAL, N. A. de O.; DE MELO, A. P. R. Doença de Kawasaki - aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, manejo terapêutico e correlação a COVID-19. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 15803–15815, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n4-144. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/61712>
3. LacerdaB. S., GuedesT. L. A., VelosoT. L., PimentelJ. P., LisboaL. C. C., AlmeidaR. do N., & AzevedoC. T. de O. (2022). Doença de Kawasaki: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 20, e11044. <https://doi.org/10.25248/reamed.e11044.2022>
4. GONÇALVES LF, et al. Kawasaki and Covid-19 disease in children: a systematic review. *Rev Assoc Med Bras (1992)*, 2020; 66(2): 136-142.