

RELATO DE CASO

DOENÇA DE KAWASAKI

Franciane Scapin Pasqualotto*
Lillian S. L. Moraes,
Olga A. Takano
Daniela M. Rosseto

RESUMO - A Doença de Kawasaki foi descrita, em 1967, por um pediatra japonês, chamado Tomisaku Kawasaki. Definida como uma vasculite sistêmica aguda, o que significa que existe uma inflamação das paredes dos vasos sanguíneos, que pode evoluir para dilatação (aneurismas), principalmente, das artérias coronárias. A causa da doença é incerta, embora se suspeite que haja uma origem infecciosa. Os critérios diagnósticos incluem: febre que persiste além de cinco dias, congestão ocular bilateral não exsudativa, ressecamento de lábios e hiperemia de orofaringe com proeminência das papilas linguais, exantema polimorfo não vesicular que se inicia no tronco e se estende para membros, eritema e edema de mãos e pés que evolui para descamação periungueal, linfadenopatia cervical aguda não supurativa uni ou bilateral superior a 1,5 cm de diâmetro. Os critérios "completos" são: febre acima de cinco dias associada a quatro dos cinco critérios restantes ou a presença de febre e aneurisma coronariano associado a três dos demais critérios. O tratamento consiste no uso de imunoglobulina, 2 g/kg em infusão contínua, e ácido acetil salicílico na dose de 100 mg/kg/dia, até o desaparecimento da febre e, a partir daí, 3 a 5 mg/kg/dia para manter o efeito anti-trombótico até a normalização das plaquetas.

Palavras-chave: Doença de Kawasaki, vasculite, síndrome linfonodo mucocutâneo, aneurisma coronário.

CASE REPORT OF KAWASAKI DISEASE

ABSTRACT - Kawasaki disease was described in 1967 by a Japanese pediatrician, called Tomisaku Kawasaki. Defined as an acute systemic vasculitis, which means that there is an inflammation of blood vessel walls, which may progress to dilation (aneurysms), especially the coronary arteries. The cause is uncertain, although it is suspected to have an infectious origin. The diagnostic criteria include fever persists beyond five days, non-exudative bilateral ocular congestion, dryness of the lips and redness of the oropharynx with prominence of the lingual papillae, not vesicular polymorphous rash that begins on the trunk and spreads to limbs, erythema and edema hands and feet that evolves into periungual desquamation, acute nonsuppurative cervical lymphadenopathy, unilateral or bilateral superior to 1.5 cm in diameter. The criteria "complete" are: fever over five days associated with four of the five remaining criteria or the presence of fever and coronary aneurysm associated with three other criteria. The treatment consists of using immunoglobulin, 2 g / kg continuous infusion, and aspirin at a dose of 100 mg / kg / day until disappearance of fever and, thereafter, 3 to 5 mg / kg / day to maintain the anti-thrombotic effect until normalization of platelet count.

Key words: Kawasaki's disease, vasculitis, mucocutaneous lymph node syndrome, coronary aneurysm.

Depto. de Pediatria/FCM – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá – MT.

* franpasqualotto@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Doença de Kawasaki é uma vasculite aguda febril de etiologia desconhecida, descrita pela primeira vez em 1967, sendo considerada a segunda vasculite mais comum na infância, principalmente entre 6 meses e 5 anos de idade. O objetivo deste trabalho é relatar um caso utilizando os critérios clínicos.

DESCRIÇÃO DO CASO

F.A.R, 2 anos, branco, natural de Guiratinga-MT e procedente de Rondonópolis-MT, previamente hígido, internou no Hospital Universitário Júlio Muller dia 22/04/08 com febre alta e persistente há 8 dias, mal estar, mialgia com dificuldade a deambulação, dor abdominal, diarreia e hiporexia. Há 5 dias com hiperemia da conjutiva ocular não purulenta, fissuras labiais, rash cutâneo eritematoso em tronco e região inguinal. Foi internado durante 4 dias em Rondonópolis tendo diagnóstico de Dengue e Hepatite, fazendo uso de Ceftriaxona. Evoluiu com vômitos e diarreia e foi encaminhado ao nosso serviço. Na internação, apresentava Tax.:39,5°C, FR:35irpm, FC:110bpm, regular estado geral, exantema maculopapular principalmente em região inguinal, abdome e tronco, leve hiperemia conjutival ocular bilateral, língua em framboesa, fissuras e ressecamento em lábios, hiperemia de mucosa orofaríngea, e edema leve nas articulações de mãos e pés. Exames: hemograma: anemia microcítica e hipocrômica, 2 hemoculturas negativas, EAS normal, urocultura negativa, TGO aumentada e TGP normal, VHS de 81mm, RX de tórax com cardiomegalia. Recebeu gamaglobulina EV 2g/Kg no 8º dia de evolução da doença e AAS 100mg/Kg/dia com excelente resposta. No ecocardiograma do dia seguinte a internação apresentava coronária esquerda e descendente anterior dilatada, dilatação leve de câmaras esquerdas, valva mitral espessada com regurgitação leve, insuficiência tricúspide moderada, valva aórtica com insuficiência discreta; repetido após 2 semanas, apresentava apenas discreta dilatação de coronária esquerda. O ECG mostrava padrão não habitual, havendo predomínio de ventrículo esquerdo. Recebeu alta após 11 dias de internação com melhora dos sintomas clínicos, apresentando descamação da pele dos dedos de mãos e pés.

CONCLUSÃO

O diagnóstico desta patologia é de grande importância devido as graves repercussões decorrentes como aneurisma de coronária e até de morte súbita naqueles não tratados com gamaglobulina EV precocemente. O seguimento é importante, pois essas complicações podem aparecer posteriormente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- HERSCHEIMER, S.S. Síndrome de Kawasaki. **Rev. Paulista Pediatria** (9):156-7.1991.
- MASON, W.H & TAKAHASHI, M. Kawasaki Syndrome. **Clin Infect Dis** (28):169-85.1999.
- TOMIKAWA, S.O.; SAKAMOTO, R.A.; GONÇALVES, A.M.F. & SAKANI- NETO, A.J.R. Dificuldade diagnóstica na doença de Kawasaki: relato de caso. **Pediatria**(25):128-33.2003.
- BURNS, J.C.; GLODÉ. M.P. Kawasaki Syndrome. **Lancet**; **364**(9433):533-44.2004.