



## 19º Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica



### Trabalhos Científicos

**Título:** Síndrome Ictérico-Febril Como Manifestação De Doença De Kawasaki: Relato De Caso

**Autores:** ROSEANA BELTRÃO DA SILVA SOVANO; ISMAEL SILVA BEZERRA; THAÍS NAYARA DOS SANTOS SERRA; BERNADETE MENDES CAVALEIRO DE MACÊDO NETA ATAIDE DA SILVA; ERICA GOMES DO NASCIMENTO CAVALCANTE

**Resumo:** Introdução: A doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite de etiologia desconhecida e expressão clínica variável, cujo diagnóstico é baseado em critérios clínicos, pois não há testes diagnósticos específicos para a doença. A síndrome icterico-febril é uma apresentação infrequente da DK e, em regiões tropicais, onde há alta prevalência de doenças infecto-contagiosas com curso clínico semelhante, retarda o diagnóstico e terapêutica precoces, importantes para evitar as complicações decorrentes da DK, como estenoses e aneurismas de artérias coronárias. Relatamos caso de paciente com síndrome icterico-febril como apresentação inicial de DK. Descrição de caso: Paciente com 6 anos de idade, gênero feminino, moradora de área urbana, proveniente de hospital pediátrico com queixa de febre superior a 39°C há 11 dias, exantema maculo-papular generalizado, icterícia, acolia fecal e colúria. Sem epidemiologia para doenças infecto-contagiosas. Ao exame físico, paciente icterica, com hiperemia conjuntival bilateral, enantema em língua e descamação periungueal, linfonodo único em cadeia cervical direita com 1,5 cm. Ausculta pulmonar e cardíaca normais. Abdome com hepatomegalia dolorosa a 4 cm do rebordo costal direito. Exames laboratoriais: Hb: 10,6mg/dl; Ht: 31,9%; Leucócitos: 19.500 células/mm<sup>3</sup> (80/12/0,5/6,3); plaquetas: 677.000/mm<sup>3</sup>; PCR 18,1mg/dl; AST: 102 U/L; ALT: 119 U/L; Fosfatase alcalina: 1.593U/L; Gama GT: 576 U/L. Sorologias para hepatites virais e auto-ímmunes, dengue, citomegalovírus, toxoplasmose, Epstein-Barr, pesquisa de plasmodium e reação de Widal negativos. Ultrassonografia de abdome e ecocardiograma sem alterações. Devido apresentação clínica e exame físico compatível, estabelecido diagnóstico de doença de Kawasaki e iniciado terapêutica com imunoglobulina endovenosa 2g/kg em dose única e ácido acetilsalicílico 80mg/kg/dia, com remissão do quadro febril e melhora dos sintomas colestáticos após 24 horas. Recebeu alta para seguimento ambulatorial após 72 horas, com ecocardiogramas subsequentes sem evidência de comprometimento coronariano. Comentários: DK é uma vasculite autolimitada, cujo diagnóstico se baseia nos seguintes critérios clínicos: febre alta (de 38° a 40°C), por no mínimo cinco dias, associado a pelo menos quatro de cinco dos seguintes sinais: 1. Exantema polimorfo 2. Conjuntivite não purulenta; 3. Alterações em lábios e cavidade oral; 4. Linfadenopatia cervical, de aproximadamente 1,5 cm de diâmetro e geralmente unilateral; 5. Alterações nas extremidades: eritema e edema de regiões palmar e plantar, e, em fase subaguda, descamação lamelar periungueal; sendo todos apresentados pela paciente. A associação com síndrome colestática é um achado incomum no quadro clínico da doença e, embora a paciente apresentasse sintomatologia compatível com o diagnóstico de DK, a colestase foi determinante para o atraso no diagnóstico inicial, em virtude da existência de outras causas mais frequentes para síndrome icterico-febril em nosso meio. O tratamento deve ser iniciado idealmente até o décimo dia de doença, no entanto, a paciente apresentou regressão do quadro febril e dos sintomas colestáticos 24 horas após início da terapêutica, sem evolução para aneurisma ou estenose de coronária, mesmo com introdução tardia da medicação. Devido a gravidade de suas sequelas, as quais afetam até 25% de pacientes não tratados, a DK deve sempre ser lembrada em pacientes com síndrome icterico-febril, principalmente na faixa etária pediátrica.