



Trabalhos Científicos

Título: Hemólise Pós Imunoglobulina No Tratamento De Doença De Kawasaki

Autores: MAYSA SILVA TEIXEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), LEONARDO RODRIGUES CAMPOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), KATIA LINO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), DANIELLE PLUBINS BULKOO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), RAFAEL DEL CASTILLO VILALBA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), TATIANA GUIMARAES DE NORONHA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), TAMIRES DE MELLO GUIMARÃES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), JANAÍNA AMARAL GUIMARÃES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), CATHARINA DE ALMEIDA SERRA FARIA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), MARIANA JUHASZ LOUREIRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), BRUNA THAYTALA QUINTINO FALCON (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), ROSIANE SOUZA ROSSE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), CAROLINA SOARES MOTA DIAS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), LIVIA DE FARIA FERREIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO), ANA CATARINA DURÁN BUSTAMANTE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO)

Resumo: A doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica de etiologia desconhecida. Mais frequente em menores de cinco anos e meninos. Manifesta-se com febre, alterações de cavidade oral e extremidades, conjuntivite bilateral não exsudativa, linfonodomegalia cervical e exantema polimórfico. O tratamento com imunoglobulina humana intravenosa (IGIV) deve ser iniciado precocemente. A hemólise após administração da IGIV pode ser decorrente da ativação imune e do complemento e há maior risco em pacientes dos grupos sanguíneos A, B e AB por receberem passivamente anticorpos anti-A e anti-B presentes na IGIV do doador do grupo O. K.M.D.S.C, um ano e cinco meses, tipo sanguíneo AB positivo, masculino, com febre recorrente, hiperemia conjuntival e exantema há sete dias. Atendido no terceiro dia de manifestação clínica, em uso de antibioticoterapia, sem melhora. Apresentava-se febril, com edema periorbitário, conjuntivite bilateral não exsudativa e rash micropapular difuso. Hiperemia de mucosa, língua em framboesa, linfonodomegalia cervical e edema em pés. Iniciado IGIV e ácido acetilsalicílico (AAS) dose anti-inflamatória. Manteve-se febril após 36 horas de IGIV e evoluiu com hemólise. Realizada pulsoterapia com metilprednisolona como segunda opção terapêutica. Ecocardiograma transtorácico das fases aguda, subaguda e crônica normais. Mantém uso de AAS dose antiagregante plaquetária. Apresentou boa evolução clínica. Os achados clínicos foram determinantes para diagnóstico e intervenção precoces. No caso, houve hemólise após 48h de IGIV - queda de 13 do hematócrito e LDH alterado. O tipo sanguíneo AB positivo é descrito como o de maior risco para hemólise. A intervenção precoce aumenta o sucesso terapêutico, melhora alterações inflamatórias e evita os aneurismas coronarianos. A administração de IGIV exige atenção para possíveis reações relacionadas à infusão, como a hemólise. A febre persistente por mais de 36 horas indica retratamento, com dose extra de IVIG ou pulsoterapia (metilprednisolona), sendo a última, indicada quando há história de hemólise pelo risco de agravamento e necessidade transfusional.