



22 A 26
DE OUTUBRO
DE 2024
FLORIANÓPOLIS - SC



Trabalhos Científicos

Título: Doença De Kawasaki Na Atenção Básica: Diagnóstico Precoce É Preciso

Autores: NATHALIA DAVID DE ALMEIDA (FSM), BRUNA LARISSA COSTA LIMA MARANHÃO (FSM), CAROLINA FLECK DOS REIS LARA (FSM), JOÃO RAFAEL COHEN GORODICHT (FSM), ANNA CAROLINA CHIGANE (FSM), GUILHERME LA PORTA (FSM), MARIA CLARA BRIGIDO FERNANDES BRAGA (FSM), PATRICIA LOPES MARINHO CONILHO (FSM), JOÃO PEDRO BRUM DA COSTA (HMMC), LUANA RIBEIRO DA SILVA RANGEL (HMMC), LARA MOSER (HMMC), PIETRO DE ALMEIDA ZAVANELLA (HMMC), TATIANA ANES VILLAMAYOR (HMMC), NATHALIE JEANNE MAGIOLI BRAVO-VALENZUELA (HMMC), KÁTIA FARIAS E SILVA (UERJ/FSM)

Resumo: Doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite sistêmica idiopática potencialmente grave. Os danos cardiovasculares associados à progressão da DK são um desafio diagnóstico a ser superado dada sua relevância no contexto da saúde pública da população pediátrica. Lactente, 2 anos, deu entrada na emergência no 2º dia (D2) de febre alta, enantema oral e exantema maculopapular em tronco e membros. Diagnosticado escarlatina e feito Penicilina Benzatina IM. Após piora clínica com exantema, hiperemia conjuntival, fissuras labiais e enantema, lesões típicas de “língua em framboesa”, edema de membros superiores e inferiores 2+/4+, dificuldade de se manter em ortostase, dor articular, mantendo febre, irritabilidade e inapetência, no D7 buscou atendimento ficando em observação com sintomáticos. No D11 transferido a hospital, feita suspeita de DK, laboratório: Hemoglobina 10,9 g/dl, Hematócrito 31,5%, Plaquetas 546.000 mm³, Leucócitos 12.400 cels, PCR 5,7U/L. Na impossibilidade de realizar ecocardiograma (ECG), feito Imunoglobulina venosa (IGIV), 2g/kg, em 12h IV. Afebril há 24h com PCR alto. D12 com melhora clínica. D15 - ECG evidenciou ectasia da Coronária Esquerda Principal e Descendente Anterior, sem aneurismas. Mantido AAS 7mg/kg/dia e encaminhado para seguimento ambulatorial com pediatria, cardio e reumatopediatria. Cerca de 80% dos casos de DK ocorrem entre 1 e 5 anos de vida com prevalência no sexo masculino e etnia asiática. A importância clínico epidemiológica da DK relaciona-se a complicação vascular inflamatória, principalmente em artérias coronárias, podendo acometer outras. O diagnóstico de DK é clínico e compõem-se obrigatoriamente de quadro clínico com febre alta há, pelo menos, 5 dias associada a 4 dos 5 critérios a seguir: exantema polimorfo (principalmente no tronco, hiperemia conjuntival, adenomegalia cervical 8805,1,5cm), alterações de mucosa oral, (língua - hiperemia e proeminência das papilas, fissuras labiais e enantema), eritema e edema palmoplantar que evoluem com descamação. A avaliação ecocardiográfica é preconizada nos 10 dias iniciais para avaliação de complicação de artérias coronárias. No caso exposto, a impossibilidade de realização de avaliação ecocardiográfica no período justificou o tratamento empírico com IGIV mesmo há 24h do último pico febril em uma janela onde avaliou-se o custo x benefício da intervenção. O AAS quando o diagnóstico não é tardio deve ser associado o mais precocemente possível na dose antiinflamatória de 50-100mg/kg/dia até a defervescência da febre ajustando-se depois para dose antiagregante de 3 a 5 mg/kg/dia por 6 a 8 semanas. O caso descrito evidencia a importância do diagnóstico precoce da DK na atenção básica. A suspeição clínica deve seguir-se de condutas diagnósticas e terapêuticas oportunas, pois a IGIV até o D10 altera a história natural da doença impactando em custos socioeconômicos associados a desfechos consequentes do diagnóstico tardio, tais como aneurismas e estenose de artérias coronárias.