

Trabalhos Científicos

Título: Linfonodomegalia Febril Em Crianças: Doença De Kawasaki Precisa Ser Avaliada Como Diagnostico Diferencial

Autores: ARIANNE LOUISE CAMPELO NAIA DE ARAUJO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA), JULIETA MARIA MENDES FROTA DE ALMEIDA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL), ANTONIO ROGER MESQUITA SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA), ANA SARAH SEVERIANO GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA), LUCAS MONTE DA COSTA MORENO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA), EMANUELA PASSOS DA GAMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA), LAISA AGUIAR PAIVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA)

Resumo: A Doença de Kawasaki (DK), vasculite primária comum da infância, acomete em 85% dos casos crianças menores de 5 anos. A anamnese é crucial para diagnosticar e, conseqüentemente, tratar e prevenir complicações. Pré-escolar, 2 anos, histórico de influenza há 1 mês, inicia quadro de cefaleia, febre (38,5°C) e edema cervical à esquerda com hiperemia. À ultrassonografia, linfadenomegalia de 4,8cm³. Após 6 dias do início dos sintomas, é transferida para hospital terciário com persistência dos sintomas. À admissão, a mãe relata surgimento de conjuntivite bilateral não exsudativa, hiperemia de mucosa oral e ressecamento labial, além de edema em pés. É submetida a coleta de líquido, raio x de seios da face (ambos sem alterações), ecocardiograma e exames laboratoriais. Ao ecocardiograma: dilatação das artérias coronárias. Laboratório com anemia, leucocitose, hipoalbuminemia e PCR elevada. Diante disso, foi diagnosticada com DK. Foi transferida à terapia intensiva para uso de imunoglobulina humana intravenosa (IVIG), além de ácido acetilsalicílico (AAS). Após IVIG, paciente evoluiu com regressão dos sintomas. Recebeu alta médica com uso de AAS e encaminhamento a cardiopediatra. Após IVIG, paciente evoluiu com regressão dos sintomas. Recebeu alta médica com uso de AAS e encaminhamento a cardiopediatra. Em novo ecocardiograma 2 semanas após IVIG, não há sinais de dilatação coronariana. A DK é a segunda vasculite primária mais comum da infância, contudo, ainda sem patogênese totalmente elucidada. Sabe-se que há desregulação imune em resposta a um gatilho infeccioso em pessoas geneticamente suscetíveis. Tem 3 fases clínicas. A primeira ou aguda, caracteriza-se, obrigatoriamente, por febre alta e persistente por mais de 5 dias, além de VHS e PCR elevadas, leucocitose neutrofílica e alteração de cavidade oral, hiperemia conjuntival bilateral não purulenta, linfonodomegalia cervical unilateral, maior que 1,5 cm, alterações de extremidades e exantema polimorfo. A segunda ou subaguda, ocorre de 7-10 dias após início da febre, com descamação periungueal, possíveis alterações coronarianas e trombocitose. Na última fase ocorre normalização laboratorial e regressão dos aneurismas. O diagnóstico baseia-se na presença de febre a mais de 5 dias (critério obrigatório) + 4 dos seguintes critérios (linfonodomegalia >1,5 cm, alteração mucosa oral, extremidades, conjuntivite bilateral não purulenta ou exantema polimorfo). Em pacientes sem critérios clínicos suficientes, pode-se usar critérios laboratoriais para diagnosticar DK incompleta. A não-demora na suspeita do diagnóstico do caso e a ágil instituição da terapêutica promoveram um desfecho favorável. Conclui-se, portanto, a necessidade de manter alto nível de suspeição para DK em crianças com quadros febris persistentes, sobretudo, acima de 5 dias, tendo em vista o diagnóstico precoce, tratamento adequado e prevenção das complicações.