

Trabalhos Científicos

Título: Apresentação Não Típica De Uma Vasculite Comum: Relato De Caso.

Autores: MARIA CONCEIÇÃO DE MEDEIROS SIMÕES (HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO), ARTHUR DE ASSIS LEITE (HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO), FÁTIMA AYRINE PEREIRA DE LIMA (HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO), GABRIELA MARTINS DE QUEIROZ (HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO), ISABELLE TEIXEIRA CAMPOS DE CARVALHO (HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO), IVETE LARISSA DE AGUIAR FERNANDES (HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO), LUARA DE CÁSSIA ALEXANDRE SILVA (HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO), LUÍSA SILVA DE AZEVEDO (HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO), ROBERTA SOBRAL DAISSON SANTOS (HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO), TAISA DE ABREU MARQUES NOGUEIRA (HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO), VINICIUS ROMEU BESERRA DIÓGENES (HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO), MARIA GORETTI LINS MONTEIRO (HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO), ELI AGUIAR DO NASCIMENTO (HOSPITAL INFANTIL VARELA SANTIAGO)

Resumo: Apesar de não ser um diagnóstico pediátrico raro no grupo das vasculites, a Doença de Kawasaki (DK) ainda costuma gerar insegurança médica. A apresentação não típica da vasculite idiopática, conhecida como Doença de Kawasaki Incompleta (DKI), não contém todos os critérios clínicos: obrigatoriamente febre alta prolongada associado à congestão conjuntival bilateral, alterações em lábios e cavidade oral, linfonodomegalia cervical não supurativa, exantema polimorfo e alterações de pele nas extremidades. R.R, 1 ano e 6 meses, masculino, encaminhado para hospital de alta complexidade com história de febre persistente e diária, há 06 dias da admissão, associada a exantema, edema importante em articulações de membros superiores e inferiores e fígado palpável a 6 centímetros do rebordo costal. No oitavo dia de doença, apresentou descamação periungueal. Realizado antibioticoterapia em serviço hospitalar anterior, sem mudança do quadro clínico do paciente. Além disso, sem quadro de conjuntivite, ausência de alterações na mucosa e sem linfadenopatia cervical. Solicitado exames laboratoriais, com resultados inespecíficos e/ou negativos para doenças investigadas. Levantado a hipótese de DKI e feito ecocardiograma transtorácico, o qual evidenciou hiperrefringência de paredes coronárias e foi decidido tratamento com imunoglobulina e ácido acetilsalicílico. Após a terapia instituída, paciente evoluiu com melhora progressiva dos sintomas, sem novos episódios de febre, diminuição dos edemas, redução da hepatoesplenomegalia e desaparecimento da descamação periungueal. Recebeu alta em bom estado geral e com seguimento médico especializado. A ausência de mais de um critério prejudica o diagnóstico e impede que o tratamento precoce evite as complicações da doença. Em revisão de literatura, nota-se uma amostra significativa de relatos da DKI que descrevem implicações renais ou coronarianas, além do aumento na taxa de mortalidade. Tais consequências se justificam pelo atraso no diagnóstico, aguardando a confirmação dos critérios clínicos. Com respaldo científico, excluindo os diagnósticos diferenciais e alto índice de suspeição clínica, foi comparado melhor desfecho clínico em casos com tratamento precoce, apresentando remissão completa de alterações cardiovasculares. Deve-se suspeitar de diagnóstico incompleto da DK em crianças com febre prolongada, apesar de não apresentarem todos os principais sinais clínicos característicos. Usando de métodos possíveis para excluir outros diagnósticos diferenciais e evitar atraso na conduta.