

Trabalhos Científicos

Título: Impacto Clínico Do Subdiagnóstico Da Doença De Kawasaki Incompleta Na Infância: Revisão Sistemática

Autores: JÚLIA MAZÔCO LEÃO DE MELO VIANA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), IANE LOUISE MARTINS SILVA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), THAÍS CAMPOS DOMINGOS DA SILVA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), MARCO TÚLIO ANDRADE SILVA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS)

Resumo: O diagnóstico da Doença de Kawasaki (DK) consiste em uma análise clínica criteriosa que permite a ocorrência de subdiagnósticos de pacientes, nomeada como Doença de Kawasaki Incompleta (DKI) ou Síndrome do Linfonodo Mucocutâneo. Esse caso representa maior probabilidade de não recebimento de tratamento em tempo hábil, com desenvolvimento de sua forma crítica com consequências irreparáveis aos portadores. Analisar o subdiagnóstico e consequências clínicas da DKI em crianças considerando seus impactos sobre o paciente e os desafios associados ao reconhecimento precoce da doença. Foram utilizadas as bases de dados PubMed, LILACS, SciELO e BVS, com as palavras chave “Doença de Kawasaki Incompleta” e “subdiagnóstico”. Inclusos ensaios clínicos, estudos observacionais, relatos de caso, revisões sistemáticas e integrativas publicadas entre 2006 e 2025, sem especificação de idioma. Dos 45 trabalhos encontrados, 10 foram considerados na revisão. A DKI consiste na forma incompleta da DK, que consiste em febre persistente, associada a quatro dos cinco critérios clínicos clássicos, segundo as diretrizes da American Heart Association (AHA). São eles a alteração de lábios e cavidade oral, hiperemia conjuntival, alteração de extremidade, exantema polimorfo e linfadenopatia cervical $\geq 8,5$ mm. Devido à inespecificidade da febre e do rash, há uma grande variedade de diagnósticos diferenciais, o que contribui para a alta chance de seu subdiagnóstico. Essa limitação diagnóstica favorece o atraso na identificação e início do tratamento, sobretudo em crianças fora da faixa etária típica, menores de 6 meses e acima de 8 anos, que representam maior incidência de aneurismas coronarianos. O tratamento precoce realizado dentro do prazo de 10º dia da doença, com Imunoglobulina Intravenosa (IGIV) associado AAS e Metilprednisolona, corrobora para diminuir de 25% para 4% o risco de anormalidades nas coronárias. A falta de um marcador laboratorial específico torna o diagnóstico desafiador frente aos quadros febris prolongados e sem causa aparente da infância. O reconhecimento tardio apresenta até 3 vezes mais risco de coronariopatia em comparação com aquelas tratadas habilmente. Além das complicações cardiovasculares possíveis, como miocardite, insuficiência cardíaca e aneurismas coronários, podem ocorrer manifestações neurológicas, incluindo meningite asséptica e irritabilidade, gastrointestinais e hematológicas. O reconhecimento da DKI requer vigilância clínica atenta, especialmente em crianças com febre persistente sem foco definido. O subdiagnóstico representa um desafio importante, com potencial para complicações graves e permanentes com grande impacto na qualidade de vida. O uso adequado de exames complementares pode ser decisivo para evitar desfechos desfavoráveis. O desenvolvimento e adoção de novos biomarcadores e critérios auxiliares, aliada à educação médica continuada, podem favorecer o diagnóstico e contribuir para mitigar a ocorrência das formas graves de DKI.