



# VII Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar V Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar IV Feira de Empreendedorismo da UNIFIMES

2023

08 A 10 DE MAIO

A Pesquisa e o Desenvolvimento Regional Aliados ao Empreendedorismo



## ANÁLISE DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA DOENÇA DE KAWASAKI EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE

Thayane Beatriz Ignacio Ramos<sup>1</sup>

Murillo Cardi Peccinelli<sup>2</sup>

Samantha Ferreira da Costa<sup>3</sup>

**Resumo:** A Doença de Kawasaki é uma vasculite febril aguda autolimitada, de etiologia desconhecida, que ocorre principalmente em menores de 5 anos de idade. O presente trabalho trata-se de uma abordagem analítica e descritiva sobre as manifestações clínicas dessa doença, através de uma revisão narrativa das literaturas dos bancos de dados de plataformas como Pubmed e Scielo. Como objetivo, tende a contextualizar as principais manifestações clínicas durante a doença de Kawasaki e elucidar seu diagnóstico, prováveis complicações e tratamento. Observou-se que a incidência é maior em meninos, predominante em menores de cinco anos e rara após os oito anos, possuindo incidência maior entre descendentes asiáticos. O diagnóstico é baseado em alguns critérios, entre eles: febre; conjuntivite bilateral; linfadenopatia cervical; exantema polimórfico e alterações da mucosa oral, que quando associados a com exames complementares determinam a presença de Kawasaki. Dentre as complicações, podemos destacar deficiência auditiva, miocardite, pericardite, vasculites, meningite asséptica, entre outras sequelas cardíacas mais graves, como aneurismas e estenoses de artérias coronárias, que posteriormente podem causar infarto agudo do miocárdio e morte súbita. O tratamento é realizado através de imunoglobulina intravenosa associada com ácido acetilsalicílico (AAS), devendo ser iniciado precocemente a fim de evitar sequelas cardíacas. Assim, conclui-se que a Doença de Kawasaki possui etiologia indefinida e seu prognóstico a longo prazo é determinado pelo envolvimento das artérias coronárias, por isso, devemos observar os principais sinais sugestivos dessa doença para que seu diagnóstico e tratamento sejam feitos precocemente, visando um melhor prognóstico e diminuição de sequelas cardíacas.

<sup>1</sup> Discente do curso de Medicina do Centro Universitário de Mineiros/Unifimes; Ligante da Liga Acadêmica de Pediatria Unifimes (LAPEU); endereço de e-mail: thayanebeatriz@academico.unifimes.edu.br

<sup>2</sup> Discente do curso de Medicina do Centro Universitário de Mineiros/Unifimes.

<sup>3</sup> Docente do curso de Medicina do Centro Universitário de Mineiros/Unifimes.



# VII Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar V Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar IV Feira de Empreendedorismo da UNIFIMES

2023

08 A 10 DE MAIO

A Pesquisa e o Desenvolvimento Regional Aliados ao Empreendedorismo



**Palavras-chave:** Doença de Kawasaki. Exantema. Aneurisma coronariano.

## INTRODUÇÃO

A doença de Kawasaki (DK) foi retratada pela primeira vez no Japão em 1967, por Tomisaku Kawasaki, desde então é definida como uma vasculite febril aguda autolimitada de etiologia desconhecida que acomete predominantemente crianças menores de 5 anos de idade e do sexo masculino, tendo seu pico de incidência entre os 18 aos 24 meses e caráter sazonal, ou seja, ocorre predominantemente na primavera e inverno. Nessa doença, ocorrem processos inflamatórios agudos dos vasos sanguíneos, com predomínio das artérias de médio calibre e predileção pelas artérias coronarianas, sendo uma das vasculites mais comuns da infância, podendo causar aneurismas das artérias coronárias (GONÇALVES, 2018).

Estudos evidenciam alguns fatores predisponentes, porém, ainda não há confirmações concretas das verdadeiras etiologias dessa doença, mas acredita-se na presença de um componente genético da doença, ainda sem muitas comprovações. Dentre os patógenos suspeitos podem - se encontram o Parvovírus B19, Adenovírus, Citomegalovírus, Rotavírus, vírus Epstein – Barr e os vírus da família do coronavírus, inclusive o SARS-COV2 responsável pela pandemia que teve início no final do ano de 2019.

Com relação aos achados clínicos, podemos destacar a presença de quadro febril ( $>40^{\circ}$ ) durante pelo menos 5 dias, devendo estar associada a pelo menos quatro das seguintes características: exantema conjuntivite não purulenta, alterações labiais, eritema e edema das mãos e pés; podendo haver presença de descamação periungueal, linfonodomegalia cervical (GONÇALVES, 2018).

Portanto, o presente trabalho tem por objetivo analisar e descrever as manifestações clínicas da Doença de Kawasaki em menores de 5 anos, assim como o diagnóstico e tratamento, determinando sua relevância em nosso meio social.

## METODOLOGIA

O trabalho em questão se trata de uma abordagem analítica e descritiva, sendo um estudo feito por meio de uma revisão narrativa da literatura disponível. Frente a isso, realizou-



PESQUISA  
UNIFIMES



Diretoria  
de Inovação e  
Empreendedorismo



# VII Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar V Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar IV Feira de Empreendedorismo da UNIFIMES

2023

08 A 10 DE MAIO

A Pesquisa e o Desenvolvimento Regional Aliados ao Empreendedorismo



se em duas etapas, sendo a primeira uma análise de dados de artigos disponíveis virtualmente nas plataformas Scielo, PubMed e Google Acadêmico, selecionando trabalhos publicados a partir nos últimos 20 anos. Foi utilizando os descritores “Doença de Kawasaki”, “Exantema” e “Aneurisma coronariano”. A segunda etapa, usou-se estratégia de seleção de informações a partir de palavras-chave provenientes dos trabalhos analisados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A doença de Kawasaki (DK) ocorre em menores de 5 anos em 80% dos casos, sendo ela marcadamente mais prevalente no Japão e em crianças descendentes de japoneses, o que favorece a ideia de predisposição genética da doença de Kawasaki. Esse distúrbio pode causar vasculite em vários órgãos, como sistema nervoso central, pulmão, vesícula biliar intestino, entre outros, mas o comprometimento cardíaco é o mais significativo, com a formação de aneurismas coronarianos (GONÇALVES, 2018).

Divide-se essa doença em três fases, na aguda, entre a primeira e segunda semana, ocorre a infiltração de células inflamatórias na parede vascular, resultando em necrose progressiva e formação de aneurismas. Já na fase subaguda, entre a segunda e terceira semana, ocorre o remodelamento da parede vascular com proliferação dos miofibroblastos da camada média, podendo resultar em estenose e obstrução da luz vascular, tendo nela o risco de morte súbita aumentado quando comparado a fase aguda. Desse modo, na fase de convalescença, ocorre a resolução dos sinais clínicos da doença e normalização de VHS (velocidade de hemossedimentação) e PCR (proteína C reativa), sendo ambos marcadores de inflamação, a qual costuma ocorrer em até 6 a 8 semanas após o início dos sintomas (GONÇALVES, 2018).

O diagnóstico baseia-se em critérios clínicos, incluindo a presença de febre ( $>40^{\circ}$ ) com duração de cinco ou mais dias, associado a pelo menos quatro das seguintes características clínicas: exantema (sendo o maculopapular o mais comum), alterações nos lábios e cavidades orais como eritema; fissuras labiais; língua em framboesa; hiperemia difusa da mucosa, hiperemia bulbar bilateral sem exsudato, alterações de extremidades; apresentando eritema e edema de mãos e pés na fase aguda e descamação periungueal de mãos e pés na fase subaguda ou linfadenopatia cervical  $>1,5$  cm, geralmente unilateral e sem sinais flogísticos (GONÇALVES, 2018).





# VII Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar V Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar IV Feira de Empreendedorismo da UNIFIMES

## 2023

08 A 10 DE MAIO

*A Pesquisa e o Desenvolvimento Regional Aliados ao Empreendedorismo*



Dessa forma, a doença de Kawasaki pode se apresentar de duas formas, a completa e a incompleta (ou atípica). Sendo a completa diagnosticada a partir da presença de febre há mais de 5 dias e de pelo menos quatro dos critérios citados acima. Já a incompleta por sua vez, é mais comum em crianças menores de 6 meses, porém não preenche os critérios diagnósticos da DK completa, podendo o paciente apresentar quadro febril associado a mais dois ou três sintomas já descritos, sendo necessário a realização de exames complementares para fechar diagnóstico (GONÇALVES, 2018).

A forma mais comum do exantema cutâneo nessa doença é através de lesões maculopapulares eritematosas e difusas, porém pode haver presença de rash tipo urticariforme, escarlatiniforme, eritodérmico, purpúrico, mais raramente, micropústulas em superfícies extensoras de membros (CASTRO, 2009).

Nos exames laboratoriais podem ser encontrados presença anemia normocítica e normocrômica, leucocitose ( $>15.000$ ) com neutrofilia sem formas agudas, plaquetopenia, hiponatremia, hipoalbuminemia, baixos níveis de imunoglobulinas G (IgG), elevação leve ou moderada de transaminases e GGT (gama glutamil transpeptidase), aumento persistente de VHS e PCR (GONÇALVES, 2018).

Devido aos riscos de sequelas cardíacas decorrentes, o monitoramento cardiovascular por meio de exames de imagem é imprescindível. Sendo o Ecocardiograma fundamental para avaliação de crianças com febre associada a alguns achados da DK completa, esse exame pode se apresentar normal ou mostrar arritmias, prolongamento do intervalo PR ou alterações não específicas no segmento ST e na onda T. Caso não haja alterações, o ecocardiograma deve ser realizado no momento do diagnóstico, na segunda semana e entre a sexta e a oitava semanas após o início do quadro febril, seguindo as fases aguda, subaguda e de convalescença respectivamente (RODRIGUES, 2018).

Há outras opções de exames, como por exemplo o raio X de tórax, a ressonância magnética (RNM), angioressonância, tomografia computadorizada de alta resolução e angiografia, que são utilizados de acordo com a disponibilidade de cada serviço, levando em consideração a gravidade de cada caso (RODRIGUES, 2018).

Dentre as alterações, esses processos inflamatórios sistêmicos podem causar miocardite, pericardite, vasculites, meningite asséptica, pneumonite, linfadenite, disfunção hepática, uveíte, artralgia e/ou artralgia hepatite. Algumas complicações neurológicas podem



# VII Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar V Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar IV Feira de Empreendedorismo da UNIFIMES

2023

08 A 10 DE MAIO

A Pesquisa e o Desenvolvimento Regional Aliados ao Empreendedorismo



ocorrer, incluindo paralisia do nervo facial, ataxia, encefalopatia, hemiplegia e surdez neurossensorial. Além disso, podem ocorrer eritema e endureção ao redor da vacina de BCG, Linhas de Beau, entre outros achados (SILVA, 2002).

O dano coronariano, pode causar desde dilatação e estenose até formação de aneurisma. Sendo que, o envolvimento coronariano é mais comum nos lactentes com menos de seis meses do que entre as demais idades. O ecocardiograma bidimensional pode evidenciar a dilatação coronariana quando ela está presente, por volta do décimo dia da doença, sendo que o pico de ocorrência da dilatação ou aneurisma ocorre após quatro semanas de doença (RODRIGUES, 2018).

O tratamento da doença de Kawasaki na fase aguda tem o intuito de diminuir a resposta inflamatória na parede da artéria coronária e prevenir a vasculite e complicações, enquanto a terapêutica nas fases subaguda e de convalescença objetiva prevenir a isquemia miocárdica e o infarto (GONÇALVES, 2018).

A imunoglobulina intravenosa (IGIV) é o principal medicamento na doença de Kawasaki, sendo utilizada na fase aguda, preferencialmente nos primeiros sete a dez dias da doença associada ao ácido acetilsalicílico (AAS) com intuito de melhor prognóstico a fim de diminuir a prevalência de anormalidades das artérias coronárias e diminuir a duração dos sintomas clínicos. Dessa forma, utiliza-se a Gamaglobulina em dose única de 2g/kg, endovenosa nos primeiros dez dias de doença, se houver falha de resposta ou resposta parcial é indicado a segunda dose de gamaglobulina, já o ácido acetilsalicílico (AAS) é utilizado em altas doses (80-100 mg/Kg) logo no início da doença e mantido até a resolução da febre, após essa cessação é mantido até que as provas inflamatórias se normalizem (GONÇALVES, 2018).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a doença de Kawasaki é definida como uma vasculite febril aguda autolimitada, com etiologia desconhecida, sendo mais prevalente entre crianças menores de cinco anos de idade, possui manifestações cutâneas através de exantema polimórfico associada a febre e outros demais critérios diagnósticos. Sendo o infarto agudo do miocárdio (IAM) causado pela oclusão trombótica do aneurisma ou a estenose coronariana as principais



# VII Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar V Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar IV Feira de Empreendedorismo da UNIFIMES

2023

08 A 10 DE MAIO

A Pesquisa e o Desenvolvimento Regional Aliados ao Empreendedorismo



causas de morte na doença de Kawasaki, dessa forma é necessário que haja suspeita diagnóstica precoce, uma vez que o início do tratamento precoce altera o prognóstico do paciente, na tentativa de diminuir as sequelas cardíacas.

## REFERÊNCIAS

CASTRO, P. A.; URBANO, L. M. F.; COSTA, I. M. C.. **Doença de Kawasaki**. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 84, n. An. Bras. Dermatol., 2009 84(4), p. 317–329, jul. 2009.

GONÇALVES, R. C. B.; SILVA, S.. **Doença de Kawasaki: a importância do seu reconhecimento precoce**. 2018. Disponível em: DOI: 10.25060/residpediatr-2019.v9n3-05. Acesso em: 31 mar. 2023.

RODRIGUES M.; OLIVEIRA J.C.; CARVALHO F.. **Doença de Kawasaki e complicações cardiovasculares em pediatria**. REVNEC [Internet]. 13 de abril de 2018 [citado em 3 de abril de 2023];27(1):54-8. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/nascercrescer/article/view/10192>. Acesso em: 31 mar. 2023.

SILVA, C. H. M.. *et al.*. **Deficiência auditiva neurosensorial associada à doença de Kawasaki**. Jornal de Pediatria, v. 78, n. J. Pediatr. (Rio J.), 2002 78(1), p. 71–74, jan. 2002