

TÍTULO: DOENÇA DE KAWASAKI INCOMPLETA EM LACTENTE – RELATO DE CASO

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Kawasaki. Fisiopatologia. Síndrome do linfonodo monocutâneo.

INTRODUÇÃO: A Doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite sistêmica aguda de etiologia pouco elucidada, acomete vasos de pequeno e médio calibres, preferencialmente as artérias coronárias¹, sendo cerca de 80% dos casos em crianças menores de 5 anos² e raramente antes dos 6 meses de vida (10%)³. **DESCRIÇÃO DO CASO:** S.M.C., 8 meses e 19 dias, masculino, deu entrada hospitalar apresentando febre associada a rash facial, tronco e raiz dos membros, além de descamação perioral, congestão nasal e leve edema palpebral esquerdo. Em internação investigou-se etiologia através de exames laboratoriais e imagem, evidenciado à radiografia de tórax opacidade peri-hilar direita, com hipótese de pneumonia bacteriana e tratamento com ceftriaxona. Laboratorialmente havia anemia hipocrômica e normocítica associada à anisocitose, além de leucocitose, hipoalbuminemia e elevação de PCR, VHS e ALT. A ausência de melhora clínica apesar da antibioticoterapia fomentou a hipótese de DK incompleta, forma mais comum em menores de 1 ano. **DISCUSSÃO:** A DK possui curso autolimitado e boa evolução clínica, mas a ausência ou inadequado esquema terapêutico inicial pode cursar com complicações cardiovasculares graves, como aneurismas coronarianos (20%) e aneurismas gigantes (0,5-1%), com possíveis desfechos de obstrução, trombose e estenose coronariana, elevado risco de isquemia miocárdica e, mais raramente, óbito infantil⁴. A ausência de exame laboratorial confirmatório e a inespecificidade da interpretação dos resultados são fatores limitantes ao diagnóstico precoce, o que torna eficaz a utilização dos critérios diagnósticos clínicos. Ademais, o laboratório auxilia na previsão prognóstica, sendo a hipoalbuminemia associada a doença grave e prolongada na fase aguda⁵. A terapêutica é baseada no uso de Ácido Acetilsalicílico, além de outras medicações⁶. **CONCLUSÃO:** Diante da gravidade das complicações e da necessidade do rápido diagnóstico, o presente relato torna-se uma importante fonte de pesquisa sobre a KW, em especial a sua forma incompleta, cuja investigação pode ser desafiadora.

REFERÊNCIAS:

1. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, et al. Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association [published correction appears in *Circulation*. 2019 Jul 30;140(5):e181-e184]. *Circulation*. 2017;135(17):e927-e999.

2. Newburger JW, Takahashi M, Burns JC. Kawasaki Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(14):1738-1749.
3. Rodrigues M, Oliveira JC, Carvalho F, Silva H, Moreira C, Granja S, et al. Doença de Kawasaki e complicações cardiovasculares em pediatria. *Nascer e crescer*. 2018;27(1):54-58.
4. Kim KY, Kim DS. Recent advances in Kawasaki Disease. *Yonsei Med J*. 2016;57(1):15-21.
5. Diniz LMO, Oliveira EC, Garcia DP, Teixeira S, Silva CFX, Gontijo NP. O desafio diagnóstico da doença de Kawasaki incompleta. *Rev Med Minas Gerais*. 2015;25(1):115-119.
6. Ishii M, Ebato T, Kato H. History and Future of Treatment for Acute Stage Kawasaki Disease. *Korean Circ J*. 2020;50(2):112-119.
7. Dahdah N. Not just coronary arteritis, Kawasaki disease is a myocarditis, too. *J Am Coll Cardiol*. 2010;55(14):1507-1508.
8. Kumar A. and Singh S. BCG Site Reactivation in Kawasaki Disease. *Arthritis & Rheumatology*. 2016;68(8): 2026-2026.
9. Lucchesi A, Salgado GP, Carvalho ASC, Lima RS, Monteza NM, Lima CMG, et al. Reativação da cicatriz da vacina de BCG como manifestação precoce da Doença de Kawasaki: relato de caso. *Rev Med Minas Gerais*. 2016;26(Suppl 5):S159-S161.
10. Mathai SS, Kulkarni VB, Harsh P. Gall bladder hydrops - a rare initial presentation of Kawasaki disease. *Indian J Pediatr*. 2013;80(7):616-617.
11. Morishita KA, Goldman RD. Current Approach to the Evaluation and Management of Incomplete Kawasaki Disease in the Emergency Department. *Pediatr Emerg Care*. 2020 Nov;36(11):537-541.
12. Saguil A, Fargo M, Grogan S. Diagnosis and management of Kawasaki disease. *Am Fam Physician*. 2015;91(6):365-371.
13. Salgado AP, Ashouri N, Berry EK, Sun X, Jain S, Burns JC, et al. High risk of coronary artery aneurysms in infants younger than 6 months of age with Kawasaki Disease. *J Pediatr*. 2017;185:112-116.e1.
14. Singh S, Jindal AK, Piloni RK. Diagnosis of Kawasaki disease. *Int J Rheum Dis*. 2018;21(1):36-44.
15. Tremoulet AH, Jain S, Chandrasekar D, Sun X, Sato Y, Burns JC. Evolution of laboratory values in patients with Kawasaki disease. *Pediatr Infect Dis J*. 2011;30(12):1022-1026.
16. Watanabe T. Pyuria in patients with Kawasaki disease. *World J Clin Pediatr*. 2015;4(2):25-29.
17. Zhang Y, Wan H, Du M, et al. Capillary leak syndrome and aseptic meningitis in a patient with Kawasaki disease: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(23).