

Imagem  
Cardiovascular

## Doença de Kawasaki

# 1

Kawasaki Disease

José Hallake, José Feldman

### Resumo

Foi procurado atendimento médico para uma criança de 4 anos de idade, apresentando febre alta, conjuntivite, faringite e adenomegalia. O eletrocardiograma mostrou isquemia miocárdica e o ecoDopplercardiograma, aneurismas de coronárias. Esses dados permitiram estabelecer o diagnóstico de doença de Kawasaki.

**Palavras-chave:** Síndrome de linfonodos mucocutâneos; Isquemia miocárdica; Doença da artéria coronariana, Criança

### Abstract

Medical care was sought for a four-year-old boy presenting high fever, conjunctivitis, pharyngitis and adenomegaly. The electrocardiogram showed myocardial ischemia with coronary artery aneurysms indicated in the Doppler echocardiogram. These data led to a diagnosis of Kawasaki disease.

**Keywords:** Mucocutaneous lymph node syndrome; Myocardial ischemia; Coronary artery disease; Child

### Dados clínicos

Paciente masculino, 4 anos de idade. Há 3 semanas apresentava febre alta, conjuntivite, faringite e adenomegalia.

**Eletrocardiograma realizado em 14/02/2006 (Figura 1):**

Observar que as derivações precordiais estão registradas no modo N/2.

Ritmo sinusal, frequência de 88bpm. Embora o traçado não seja longo, o ritmo é compatível com arritmia sinusal respiratória que não é patológico, sendo frequentemente observado em crianças.

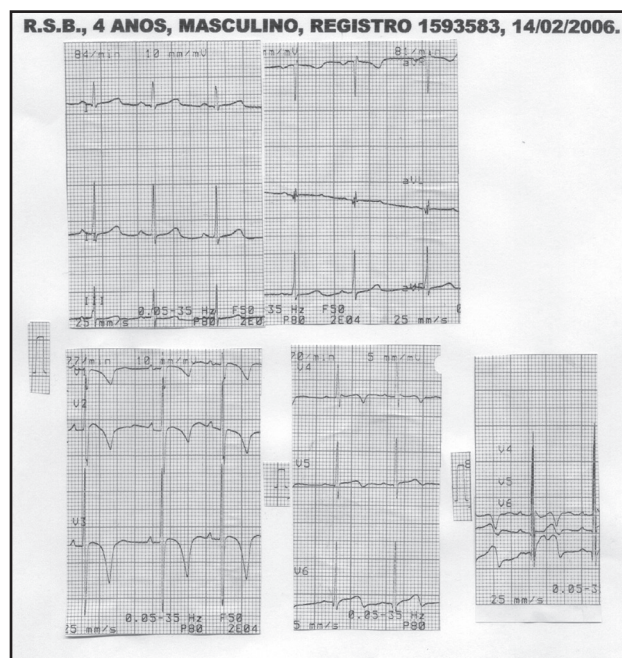
Análise dos átrios:  $\hat{A}P=+50^\circ$ ; P duração = 0,08s; P amplitude = 0,25mV

Condução atrioventricular: PR intervalo = 0,16s

Análise dos ventrículos:  $\hat{A}QRS=+60^\circ$ ; QRS duração = 0,08s

Rotação da alça de QRS em torno do:

Eixo anteroposterior - mostra coração verticalizado: as maiores amplitudes do complexo QRS são



**Figura 1**

Eletrocardiograma realizado em 14/02/2006, mostrando isquemia das regiões anterossseptal e parede lateral.

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Correspondência: José Hallake | Rua Conde de Bonfim, 344 bl I sala I406 - Tijuca - 20520-054 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil  
E-mail: hallake@cardiol.br

Recebido em: 29/03/2011 | Aceito em: 19/04/2011

registradas em D2 e aVF.

Eixo laterolateral ou transversal - mostra coração com ponta para trás: padrão S1, S2 e S3.

Eixo longitudinal ou anatômico - mostra rotação da alça de QRS no sentido anti-horário: padrão q1s3.

Análise da onda T:  $\hat{A}T=+50^\circ$

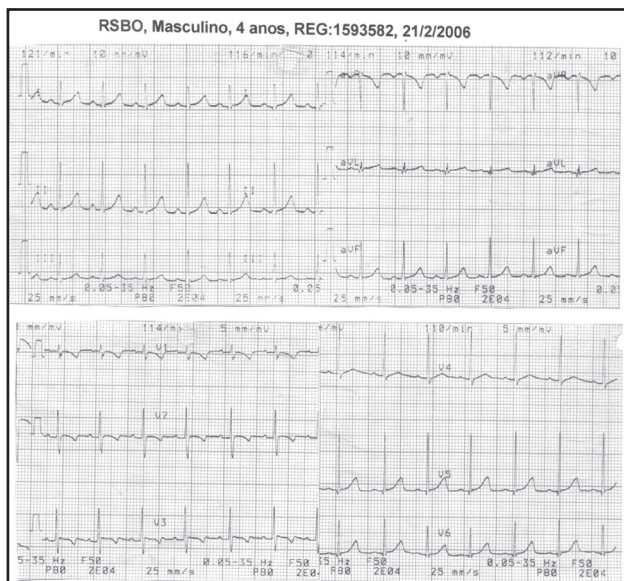
Na criança é normal a presença de ondas T negativas nas precordiais direitas, sendo assimétricas. As dimensões das ondas T devem ser, no máximo, 30% das dimensões dos complexos QRS. Neste caso, as ondas T, nas precordiais direitas, estão no limite máximo de sua profundidade. Em V1, V2 e V3 são pontiagudas. Em V1 e V2 são assimétricas. Já em V3, tendem à simetria e, em V4 são simétricas após um segmento ST na linha de base. Isto caracteriza isquemia. Em V5 e V6 as ondas T apresentam inscrição terminal negativa, o que também deve significar isquemia.

Análise do intervalo QT:  $QT=0,34s$ , que é normal, bem como o QTc.

Conclusão: eletrocardiograma conclusivo de isquemia das regiões anterossseptal e parede lateral.

**Eletrocardiograma realizado em 21/02/2006 (Figura 2):**

Este traçado, obtido após uma semana de tratamento com ácido acetilsalicílico na dosagem de 100mg/kg/dia, é normal.



**Figura 2**

Eletrocardiograma normal, realizado em 21/02/2006, após AAS na dose de 100mg/kg/dia.

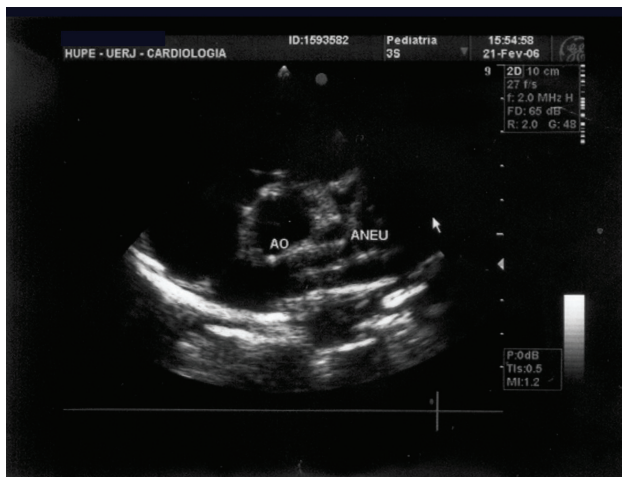
## Ecocardiogramas

As Figuras 3 e 4 mostram exames realizados, respectivamente, em 14/02/2006 e 21/02/2006. Observam-se aneurismas nas coronárias.



**Figura 3**

Ecocardiograma realizado em 14/02/2006, mostrando aneurismas nas coronárias.



**Figura 4**  
Ecocardiograma realizado em 21/02/2006, mostrando aneurismas nas coronárias.

## Comentários

Foi feito o diagnóstico de Doença de Kawasaki.

Primeira manifestação da doença tinha ocorrido há dois anos (ano 2004), quando usou gamaglobulina. O ECG e EcoDopplercardiograma na época eram normais.

Na atual recorrência (ano 2006) foi diagnosticado aneurisma de artéria coronária. Tratado com AAS (dose alta seguida de manutenção), constatou-se, através de coronariografia, resolução do aneurisma dois anos após (ano 2008).

A Doença de Kawasaki foi descrita em 1967<sup>1</sup>. É uma doença febril, sistêmica, aguda, própria de criança. É a principal cardiopatia adquirida pelas crianças do Japão e dos Estados Unidos da América do Norte. Em 80% dos casos ocorre antes dos 5 anos de idade, com o máximo de incidência antes dos 2 anos. É caracterizada principalmente por adenite cervical não supurativa, alterações de mucosas (conjuntivite, eritema da cavidade oral, lábios) e pele (eritema da palma das mãos e planta dos pés além de *rash* polimórfico).

Embora seja geralmente benigna e autolimitada, em aproximadamente 25% dos casos ocorrem aneurismas de coronárias. Nestes casos, com má evolução, poderá ocorrer óbito em 0,5% a 2,8% dos pacientes. Essas complicações usualmente ocorrem entre a terceira e a quarta semanas de doença. O estudo anatomopatológico nesses casos mostra coronarite, com proliferação da camada íntima e infiltração da parede vascular por células mononucleares. Outras manifestações incluem pericardite, miocardite, infarto agudo do miocárdio e cardiomegalia.

Há evidências de ativação do sistema imunológico, e especula-se a forte possibilidade do seu desencadeamento por virose em indivíduos predispostos.

O tratamento é aquele feito neste caso.

## Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

## Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

## Vinculação Universitária

O presente estudo não está vinculado a qualquer programa de pós-graduação.

## Referências

1. Kawasaki T. [Acute febrile mucocutaneous syndrome with lymphoid involvement with specific desquamation of the fingers and toes in children]. *Arerugi*. 1967;16(3):178-222.