

## REGRESSÃO DE ANEURISMA DE ARTÉRIA CORONÁRIA EM PORTADOR DE DOENÇA DE KAWASAKI

SÉRGIO ROBERTO SIMOES HOULY, ROSANA SASKYA LIMA HOULY, CLEBER COSTA OLIVEIRA, PEDRO FERREIRA DE ALBUQUERQUE, MARCOS ANACLETO COUTINHO, RICARDO JOSÉ SANTOS, NORMA LIRA, FERNANDO SÉRGIO LIRA NETO  
Maceió, AL

*Criança de um ano e três meses, do sexo feminino, portadora da doença de Kawasaki, com aneurisma em artéria coronária esquerda diagnosticado através de estudo ecocardiográfico apresentou boa evolução com terapêutica clínica, evidenciando regressão completa após um ano.*

### REGRESSION OF CORONARY ARTERY ANEURISM IN A PATIENT WITH KAWASAKI'S DISEASE

*A 15-month-old female infant with Kawasaki's disease who presented with a left coronary aneurysm, detected by echocardiography, with complete regression of the symptoms and good clinical evolution after one year of hospital discharge with clinical care.*

*Arq Bras Cardiol 57/4: 331-333—Outubro 1991*

A ocorrência de aneurisma das artérias coronárias em crianças portadoras de doença de Kawasaki varia entre 15 a 20%<sup>1,2</sup>, considerando como pacientes de maior risco as com menos e 1 ano de idade<sup>3</sup>.

O ecocardiograma bidimensional, método não invasivo que permite o diagnóstico em 92% dos casos<sup>4</sup>, tem sido utilizado não só no diagnóstico mas também no seguimento da evolução dos aneurismas coronários<sup>5</sup>.

Relatamos o caso de uma criança portadora de aneurisma em artéria coronária esquerda que apresentou regressão completa após 1 ano

### RELATO DO CASO

Criança de 1 ano e 3 meses, sexo feminino, branca, natural e procedente de Maceió. Admi-

tida no hospital da Agro-Indústria do Açúcar e do Alcool em 16/6/89, com quadro clínico sugestivo de escarlatina, apresentando febre alta, língua em "framboesa", exantema micropapular em face, pescoço, tronco e membros; tendo sido instituída terapêutica para estreptococcia. Evoluiu com persistência da febre, exantema polimorfo, aparecimento de conjuntivite e hipermia palpebral bilateral, adenomegalias em região cervical, axilar, inguinal e eritema palmo-plantar, achados esses típicos da doença de Kawasaki.

Ao exame físico, apresentava-se com estado geral comprometido, peso 12,5 kg, febril, bastante irritada, anictérica, hipocorada; facies de sofrimento, hiperemia dos lábios e língua em "framboesa". Adenopatia cervical, principalmente à esquerda, axilar e inguinal. Lesões exantemáticas em face, pescoço, tronco e membros. Aparelhos gastrointestinal, cardiovascular, respiratório e sistema nervoso sem anormalidades.

Exames complementares evidenciaram anemia com leucocitose moderada e desvio à esquerda, aumento da velocidade de hemossedimentação.

Hospital do SESI e Hospital da Agroindústria do Açúcar e do Alcool, Maceió.

Correspondência: Sérgio R. Simões Houly — Rua Francisco Amorim Leão, 735—Cond. Espanha, Ed. Valença, apto. 302 — 57000 — Maceió, AL.

mentação e da alfa 2 globulina, e o aumento discreto do número de plaquetas (510.000). Constatou-se proteinúria ao exame sumário de urina. A cultura de orofaringe evidenciou flora normal e a antiestreptolisina O foi normal.

O ecocardiograma bidimensional detectou aneurisma da artéria coronária esquerda e padrão contrátil do VE normal do ponto de vista global e segmentar (fig. 1).

A paciente evoluiu nos primeiros dias do internamento com episódios diarréicos, vômitos, anorexia e aparecimento de físsuras labiais; apresentou oligúria e edema de face e membros, sendo detectada hipertensão arterial; a febre regridiu após iniciado o tratamento com ácido acetilsalicílico (AAS); posteriormente apareceu quadro de artrite e descamação periungueal em mãos e pés.

A terapêutica foi instituída com AAS na dose de 100 mg/kg/dia em associação com dipiridamos 5 mg/kg/dia. Após o desaparecimento da febre, a dose do AAS foi reduzida para 30 mg/kg/dia e posteriormente mantida em 5 mg/kg/dia.

O aneurisma em artéria coronária esquerda permaneceu inalterado no ecocardiograma bidimensional de uma semana e após 20 dias, e mostrou sinais de regressão no exame realizado 6 meses após, com regressão completa após 1 ano (fig. 2).

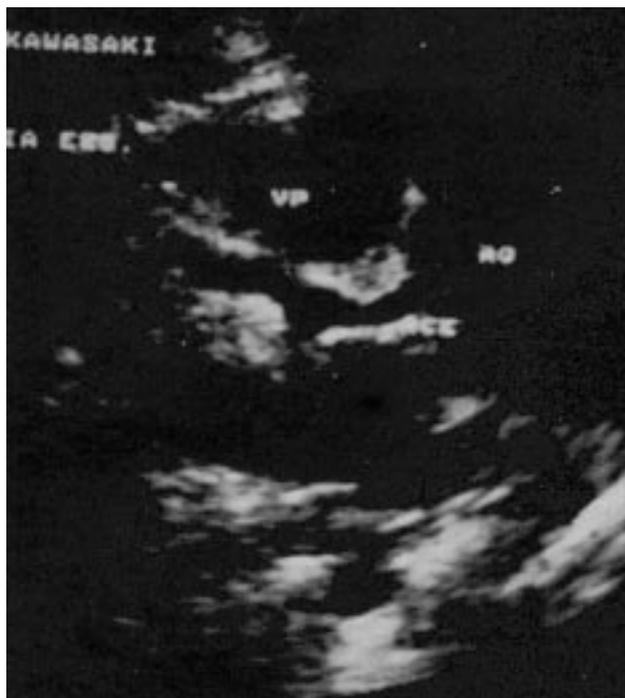


Fig. 1—Aneurisma no segmento proximal da artéria coronária esquerda através do corte transversal paraesternal. Ao = aorta; ACE = artéria coronária esquerda; VP = válvula pulmonar.

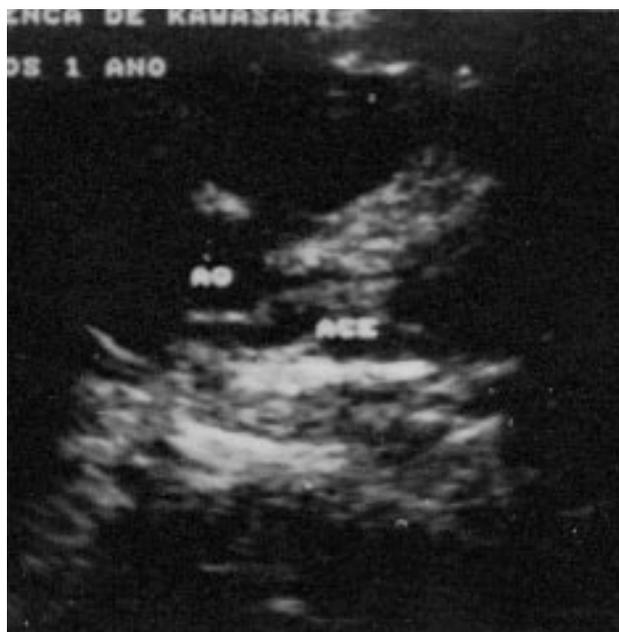


Fig. 2—Regressão completa do aneurisma em artéria coronária esquerda após um ano. Ao = aorta; ACE = artéria coronária esquerda.

## DISCUSSÃO

As mais graves manifestações de doença de Kawasaki devem-se ao envolvimento cardiovascular e são responsáveis pelos óbitos e pelo mau prognóstico e curto e longo prazo. Clinicamente ocorre miocardite em 10%, embora estudo anátomo-patológicos sejam capazes de identificá-la em 100% dos casos<sup>4</sup>. Também são encontrados pericardite, anormalidades de condução A-V, insuficiência valvar e insuficiência cardíaca<sup>2-4</sup>. Em 15 a 20% das crianças desenvolvem-se aneurisma múltiplos em artérias coronárias<sup>1,6</sup>. Dados da literatura mostram o segmento proximal do ramo descendente anterior da artéria coronária esquerda como a localização mais freqüente dos aneurismas, conforme observamos em nosso paciente, seguido da porção proximal da artéria coronária direita<sup>1</sup>. A maioria dos aneurismas sofre regressão dentro de 2 a 40 meses<sup>1,4,5</sup>; no caso por nós apresentado observamos sinais de regressão após 6 meses de tratamento com regressão completa após 1 ano. O ecocardiograma bidimensional, permitindo o diagnóstico de envolvimento coronário em 92% dos casos<sup>4</sup>, mesmo na ausência de sintomas, é um excelente método no diagnóstico e no acompanhamento dos aneurismas coronários na doença de Kawasaki.

## REFERÊNCIAS

1. Takahashi M, Mason W, Lewis AB—Regression of coronary aneurysms in patients with Kawasaki syndrome. *Circulation*, 1987; 75: 387-94.

2. Anderson TM, Meyer RA, Kaplan S—Long term echocardiographic evaluation of cardiac size and function in patients with Kawasaki disease. *Am Heart J*, 1985; 110: 107-15.
3. Jacob CMA, Postorino AC, Sakane PT et al—Síndrome de Kawasaki, descrição clínico-laboratorial de 15 casos. *Rev Ass Med Brasil*, 1986; 32: 123-6.
4. Oliveira SKF, Bica BE, Ramalho AA—Doença de Kawasaki, relato de 16 casos. *Jornal de Pediatria*, 1988; 64: 324-30.
5. Albuquerque AMT—Contribuição do estudo ecocardiográfico como método diagnóstico não invasivo das anomalias congênitas e adquiridas das artérias coronárias no paciente pediátrico. *Rev Bras ECO*, 1980; 2: 27-44.
6. Burns JC, Globe MP, Clarke SH et al—Coagulopathy and platelet activation in Kawasaki syndrome: identification of patients at high risk for development of coronary artery aneurysms. *J Pediatr*, 1984; 105: 206-11.