

CASE REPORT

**LINFADENITE CERVICAL SUPURATIVA COMO SINAL DE DOENÇA DE  
KAWASAKI, EM PALMAS – TO**

Marlla Caroline Ribeiro Araújo<sup>1</sup>; Renata Ribeiro Rocha<sup>2</sup>; Larissa Nascimento  
Marques<sup>3</sup>; Mayara Soares Cunha<sup>4</sup>; LorranyCoelho Assunção<sup>1</sup>

**RESUMO**

Paciente caucasiano, cinco anos de idade, previamente hígido, apresenta uma história de surgimento de nódulo cervical delimitado em nível II, associado à febre e queda no estado geral, evoluindo em torno de oito dias com o crescimento do nódulo e apresentando sinais flogísticos locais, mimetizando a hipótese diagnóstica de adenite bacteriana, evoluindo com sepse e drenagem purulenta local. Após melhor análise do caso, surgiram outros sinais e sintomas compatíveis com os critérios diagnósticos de doença de kawasaki (febre por cinco dias ou mais, conjuntivite bilateral não supurativa, linfonomegalia cervical não purulenta, rash polimórfico, alterações em lábios e/ou mucosas, alterações em extremidades) o que justifica a suspeita diagnóstica e início do tratamento, mesmo que o paciente exiba o diferencial de apresentar uma linfadenite supurativa em vez de somente uma linfonomegalia cervical. Após onze dias em investigação e avaliações de especialistas, o paciente iniciou tratamento com imunoglobulina humana, usou o esquema alternativo de cinco dias, e então, concluiu o tratamento com antibioticoterapia (ceftriaxona e oxacilina) por doze dias. Houve melhora significativa no primeiro dia de uso da imunoglobulina, o que confirma ainda mais a hipótese de doença de kawasaki, foi de alta hospitalar em uso de aspirina por mais seis semanas, e com acompanhamento ambulatorial. Portanto, linfadenite cervical supurativa pode ser sinal de doença de kawasaki, o uso do esquema alternativo de tratamento pode ser bastante eficaz tanto quanto o tradicional.

**Palavras-chave:** doença de kawasaki; linfadenite supurativa; imunoglobulina.

<sup>1</sup>Interna do curso de medicina, Centro Universitário UNIRG, Palmas (TO);

<sup>2</sup>Residente em pediatria, Universidade Federal do Tocantins, Palmas (TO);

<sup>3</sup>Preceptora em pediatria do Hospital Infantil de Palmas, Universidade Federal do Tocantins, Palmas (TO).

## CERVICAL SUPPURATIVE LYMPHADENITIS AS KAWASAKI DISEASE SIGN IN PALMAS – TO

### ABSTRACT

Caucasian patient, five years old, previously healthy, presents a history of cervical nodule emergence defined as Level II, associated with fever and decrease in general condition, evolving around eight days with nodule growth and showing signs of inflammation sites, mimicking the diagnosis of bacterial adenitis, progressing to sepsis and local purulent drainage. After further analysis of the case, there were other signs and symptoms consistent with the diagnostic criteria of Kawasaki disease (fever for five days or more, non-suppurative bilateral conjunctivitis, not purulent cervical lymphadenopathy, polymorphous rash, changes in lips and/or mucous membranes, changes in extremities) which justifies the suspected diagnosis and early treatment, even if the patient displays the differential presenting a suppurative lymphadenitis instead of only a cervical lymphadenopathy. After eleven days in research and expert reviews, the patient began treatment with human immunoglobulin, used the alternative scheme of five days, and after that completed treatment with antibiotics (ceftriaxone and oxacillin) for twelve days. There was significant improvement on the first day of use of immunoglobulin, which confirms the hypothesis of Kawasaki disease even more, he was discharged on aspirin for six weeks and ambulatory monitoring. Finally, suppurative cervical lymphadenitis can be Kawasaki disease sign, the alternate treatment regimen can be quite effective as traditional.

**Keywords:** Kawasaki disease; suppurative lymphadenitis; immunoglobulin.

## INTRODUÇÃO

Doença de kawasaki(DK), ou síndrome de kawasaki, trata-se de uma vasculite aguda, grave e multissistêmica que compromete vasos de médio a pequeno calibre. Geralmente ocorre em lactentes e crianças menores de 5 anos de idade. Tem etiologia desconhecida, mas a epidemiologia e a apresentação clínica sugerem uma infecção ou resposta imunológica anormal à infecção<sup>(1)</sup>. Após a púrpura de Henoch-Schonlein, a DK constitui a vasculite mais comum da infância, e atualmente é a principal causa de cardiopatia adquirida da criança nos países desenvolvidos, por sua vez contribuindo para a morbimortalidade cardiovascular do adulto<sup>(4)</sup>.

Geralmente é caracterizada por febre prolongada, exantema, conjuntivite, inflamação de mucosas, poliarterite de intensidade variável e linfadenopatia cervical<sup>(1)</sup>. Dessa forma, sabe-se que não há relatos de linfadenite cervical supurativa como sinal para critério diagnóstico de DK. Ao mesmo modo, não há casos publicados em periódicos relacionados à DK no estado do Tocantins.

Em suma, relatamos a seguir um caso de uma criança de 5 anos de idade, apresentando uma linfadenite supurativa esquerda associada a doença de kawasaki, em Palmas – TO.

## RELATO DE CASO

Paciente caucasiano, 5 anos de idade, previamente hígido, proveniente de Paraíso – TO, apresenta uma história de surgimento de nódulo cervical delimitado em nível II, associado a febre e queda no estado geral, evoluindo em torno de 8 dias com o crescimento do nódulo e apresentando sinais flogísticos locais. Além disso, durante a evolução do quadro, após o surgimento do nódulo, apresentou conjuntivite bilateral não supurativa, exantema pruriginoso generalizado, alterações puntiformes em língua, fissuras labiais, mucosite labial, descamação de extremidades plantar e palmar, aumento do volume abdominal, e febre persistente(Figuras 1, 2,3).



Figura 1. Mucosite e alterações puntiformes em língua



Figura 2. Descamação Plantar



Figura 3. Descamação Palmar

A partir daí, foi internado no hospital de Paraíso, onde foi avaliado e diagnosticado com linfadenite, e foi realizada drenagem cirúrgica local. Após a drenagem do abscesso, o paciente foi encaminhado ao nosso serviço de pediatria,

no Hospital Infantil de Palmas (HIP), uma vez que a febre se mantinha persistente, e foi realizada uma ultrassonografia de abdome total que demonstrou hepatomegalia discreta.

Durante a passagem ao setor de emergência, o exame físico de entrada evidenciou um sopro sistólico pancardíaco, melhora da conjuntivite e exantema, mas o paciente persistia com febre e descamação em lábios e extremidades, realizou ainda exames de entrada evidenciando hemoglobina (Hb) 7.5/mm<sup>3</sup>, hematócrito (Ht) 23.1%, leucócitos 15.560/mm<sup>3</sup>(78% de neutrófilos totais, 15% de linfócitos, 5% de monócitos, 2% de eosinófilos, 0% de basófilos), plaquetas 167.000/mm<sup>3</sup>, creatinina 0.6 mg/dl, ureia 34 mg/dl, aspartatoaminotransferase 42 U/L, alanina aminotransferase 20 U/L, PCR foi solicitado mas não foi realizado. Também foi realizado radiografia de tórax AP e Perfil, onde sugeriu imagens de adenomegaliasmediastinais e alargamento do mediastino, e uma ultrassonografia de abdome total, concluído com hepatoesplenomegalia leve e pequena ascite.

Com isso, foi internado com a hipótese diagnóstica de doença de kawasaki, e dessa forma foi solicitada uma avaliação do setor de reumatologia, infectologia e solicitado um

ecocardiograma. Enquanto isso, foi instituído o tratamento de Ceftriaxona (850mg EV 12/12h), Oxacilina (850mg Ev 6/6h), AAS (8,5ml VO 1x/dia). Após 1 dia de internação no HIP, o paciente mantinha febre e ascite leve, o setor de infectologia nos orientou a realizar exames sorológicos para descartar doenças virais como zyka, dengue, parvovírus, e pedido de hemoculturas, a equipe de reumatologia também confirmou a hipótese diagnóstica de DK, com isso sugeriu a manutenção do tratamento e avaliar o uso de imunoglobulina humana após a realização do ecocardiograma. Neste 2º dia de internação foram realizados mais exames laboratoriais com as seguintes alterações: Hb 7.8 g/dl, Ht 24.1%, leucócitos  $22.830/\text{mm}^3$  (79% de neutrófilos totais, 16% de linfócitos, 3% de monócitos, 2% de eosinófilos e 0% de basófilos), plaquetas  $308.000/\text{mm}^3$ , aspartato aminotransferase 52 U/L, alanina aminotransferase 30 U/L, DHL 392 U/L, glicemia de 51mg/dL, albumina de 2.1 mg/dL, foi solicitado também uma tomografia de tórax com contraste para melhor avaliar as alterações observadas em radiografia.

Somente no 3º dia de internação, foi realizado o ecocardiograma, onde não evidenciou alterações, e após isso, foi iniciado o tratamento com imunoglobulina

humana (5g/100ml) 7g-140ml em 4h em bic, por 5 dias. Também foram solicitadas as sorologias virais e marcadores reumatológicos.



Figura 4. Adenite supurada após drenagem

Após o início do tratamento, o paciente evoluiu com melhora clínica significativa, passou a não apresentar mais febre, exibiu resolução total da ascite, apresentando um bom padrão de apetite e sono, com melhora da mucosite e descamações, e apresentando somente um sopro sistólico mitral discreto à ausculta cardíaca. Mas o abscesso cervical continuava drenando secreção purulenta em moderada quantidade, com isso foi realizada uma ultrassonografia de região cervical que demonstrou: coleção de contornos irregulares e debris de perimeio medindo  $2.7 \times 1.6 \times 1.6 \text{ cm}$ , com volume estimado em  $4\text{cm}^3$  na região cervical esquerda, compatível com abscesso, nota-se ainda linfonomegalia unilateral



esquerda com o maior medindo 2.3 x 1.2 cm (Figura 4). Após 3 dias de uso da Ig H, foram realizados novos exames laboratoriais, onde evidenciou: Hb 8.4 g/dL, Ht 25.3%, leucócitos 18.680/mm<sup>3</sup> (67% de neutrófilos totais, 26% de linfócitos, 6% de monócitos, 1% de eosinófilos e 0% de basófilos), 626.000/mm<sup>3</sup> de plaquetas, cálcio total de 8.6 mg/dL, VHS 16mm/h, aspartato aminotransferase 46 U/L, alanina aminotransferase 23 U/L, albumina de 1.4mg/dL, e foi adicionada à conduta compressas mornas na região cervical e mantida as outras medicações.

Enfim, após completar 5 dias de uso de imunoglobulina, e 12 dias de oxacilina e ceftriaxona, foram realizados novos exames onde foi demonstrado uma Hb 9,4 g/dL, Ht 29%, leucócitos 7.300/mm<sup>3</sup> (43% neutrófilos totais, 47% linfócitos, 6% monócitos, 4% eosinófilos e 0% de basófilos), 485.000/mm<sup>3</sup> de plaquetas, 2.7 mg/dL de albumina, aspartatoaminotransferase 50 U/L, alanina aminotransferase 42 U/L, 1.16 INR com atividade de 77.1%, PCR de 1.6 mg/L, VHS de 10 mm/L. Além disso, realizou também um novo ecocardiograma onde se apresentou dentro do padrão da normalidade. Uma vez que realizado tais exames, houve uma demora na realização da tomografia de tórax, foi solicitada uma

radiografia de tórax para reavaliar as alterações vistas anteriormente, e com isso, não foi evidenciada nenhuma mudança do padrão normal, e com isso foi cancelada a realização da tomografia. Através disso, o paciente foi reavaliado pela equipe de pediatras e reumatologistas, e foi decidido pela alta hospitalar baseada na melhora clínica e laboratorial do paciente, porém, foi encaminhado para acompanhamento ambulatorial com a equipe de pediatras e de reumatologistas, sendo marcada consulta para após 4 semanas, com um novo ecocardiograma, e em uso de AAS por 8,5ml via oral por 6 semanas, em relação ao abscesso cervical, se apresentava ainda secretivo, mas com uma ótima melhora clínica, sem sinais flogísticos locais, e a orientação foi a manutenção das compressas mornas e uso de curativo em casa.

## DISCUSSÃO

Após uma ampla busca na literatura vigente em torno do tema, observamos que não há casos relatados de linfadenite supurativa como sinal de doença de Kawasaki, há casos de adenite associada à flegmão e celulite, mas não há drenagem de material purulento local. Ao mesmo modo, não há casos de doença de kawasaki no estado do Tocantins (Brasil) publicados

em revistas, o que é um avanço importante demonstrado por este relato.

Em relação à prevalência da doença, como foi dito anteriormente, é comum ser manifestada em crianças menores que 5 anos de idade<sup>(2)</sup>, o que foi demonstrado neste artigo. Além disso, milhares de casos já foram reportados no mundo, em diversos grupos étnicos e raciais, mas crianças de ascendência japonesa têm maior prevalência, o que escapa um tanto, uma vez que a criança do caso relatado tem ascendência caucasiana<sup>(5)</sup>.

De acordo com a literatura a doença tende a progredir em estádios, começando com febre, em geral remitente, associada com irritabilidade, às vezes extrema, letargia ocasional e dor abdominal intermitente em cólicas. Usualmente, um dia ou dois após o início da febre, aparece injeção bulbar conjuntival bilateral sem exsudato. Em 5 dias surge um exantema polimorfo, macular, eritematoso, primariamente sobre o tronco, quase sempre com acentuação em região perineal. Tal exantema pode ser morbiliforme, urticariforme ou escarlatiniforme e é acompanhado por hiperemia de faringe, lábios hiperemiados, secos e com fissuras e língua vermelha como pacientes. A descamação periungueal, palmar e plantar, começa em torno do 10º dia. E, geralmente, há uma

linfadenopatia cervical não supurativa, dolorosa (> ou = a 1/ > ou = a 1,5cm), presente em todo o curso da doença em aproximadamente 50% dos casos.<sup>(1)</sup> Em relação ao caso apresentado, observamos que o paciente preencheu todos os critérios (quadro 1) de doença de kawasaki, cumprindo todos os estádios da doença, geralmente no tempo adequado, entretanto, houve o diferencial, o fato de ele apresentar a linfadenopatia supurada, o que nos leva ao atraso diagnóstico, levantando a hipótese de adenite bacteriana, provavelmente levando a uma síndrome da resposta inflamatória sistêmica, pelas alterações detectadas posteriormente, como sopro sistólico pancardíaco, hepatomegalia, ascite, e leucocitose com desvio para a esquerda.

Quadro 1. Critérios Diagnósticos Doença de Kawasaki	Frequência
1. Febre por 5 dias ou mais	100%
2. Conjuntivite bilateral	85%
3. Linfadenomegalia cervical, aguda, não supurativa	70%
4. Rash polimórfico, não vesicular	80%
5. Alterações nos lábios e/ou mucosas (vermelhos, secos,	90%

fissuras, língua em  
framboesa, eritema difuso  
da orofaringe)  
6. Alterações das 70%  
extremidades (eritema das  
palmas ou plantas, edema e  
descamação dos dedos)

Por outro lado, todas as manifestações da doença de Kawasaki detectadas (critérios diagnósticos), e o atraso no diagnóstico, nos levaram a iniciar ao tratamento protocolo de DK. O tratamento na fase aguda, segundo os estudos, visa reduzir a resposta inflamatória na parede da artéria coronária e prevenir a vasculite e suas consequências (trombose e aneurisma), enquanto a terapêutica nas fases subaguda e de convalescença objetiva prevenir a isquemia miocárdica e o infarto.<sup>(4)</sup> A terapia é introduzida o mais breve possível, idealmente nos primeiros 10 dias de doença, com uma combinação de imunoglobulina intravenosa em altas doses (dose única 2g/kg administradas em 10 a 12 horas) e aspirina oral em altas doses (80 a 100 mg/kg ao dia em 4 doses fracionadas), porém, também há um esquema alternativo, que pode levar a uma resolução discretamente mais lenta dos sintomas, mas que pode beneficiar aqueles com disfunção cardíaca que não conseguem tolerar o volume de

2g/kg/infusão de IgIV, é 400mg/kg ao dia de IgIV, diariamente, durante 4 dias (novamente em combinação com altas doses de aspirina).<sup>(1)</sup>

Sobre o caso relatado, foi optado pelo uso do esquema alternativo, uma vez que o paciente já apresentava 11 dias de evolução da doença sem tratamento, podendo ser um maior risco de ter disfunção cardíaca, associado ao exame físico apresentando sopro sistólico pancardíaco, além disso, ele faz uso da aspirina dose recomendada desde o primeiro dia de internação, quando houve a suspeita. O tratamento do abscesso em si, foi realizado com antibioticoterapia, com boa cobertura para gram negativos e positivos, e a programação é que seja usada no mínimo por 14 dias, já que a drenagem ainda apresenta bastante secreção purulenta.

A boa evolução do paciente se mostrou evidente já com o uso da primeira dose de IgIV, passou a não apresentar febre, diminuiu o processo de descamação plantar e palmar, e as alterações em região bucal regrediu a total resolução. As sorologias solicitadas não foram todas disponibilizadas pelo serviço, mas as que foram colhidas estão com os resultados em andamento, estas ajudarão a elucidar possivelmente a etiologia primária da doença. A programação para o futuro é o



acompanhamento ambulatorial do paciente, para prever e evitar possíveis complicações futuras.

## CONCLUSÃO

Lindafenite cervical supurada pode estar associada à doença de kawasaki, mesmo que na literatura vigente e observada não tenham casos relacionados a este dado. Outro ponto importante é o fato do uso do esquema alternativo de tratamento usando imunoglobulina humana, uma vez que os estudos demonstram ser de baixo espectro e levam a uma resolução discretamente mais lenta dos sintomas, porém, o caso observado evidencia uma rápida resposta já no primeiro dia de tratamento. E não menos importante, o caso é relatado em Palmas – Tocantins, nunca antes publicado em qualquer revista médica, e somente apresentado casos esporádicos em congressos através de pôsteres, o que demonstra o grande avanço tocantinense na área da pesquisa médica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERKOW, Robert et al. Seção 19: Doença de kawasaki. In: BERKOW, Robert et al. Manual Merck: Diagnóstico e Tratamento. 19. ed: Roca, 2014. Cap. pediatria. p. 2338-2340.
2. CASTRO, Patrícia Aparecida de; URBANO, Lílian Mendes Ferreira; COSTA, Izelda Maria Carvalho. Doença de kawasaki. Anais Brasileiros de Dermatologia, Brasília, v. 84, n. 4, p. 317-331. 29/05/2009.
3. Eleftheriou D, et al. Management of Kawasaki disease. Arch Dis Child 2014;99:74–83.
4. RANGEL, Maria Adriana Paias da Silva Torres. Doença de Kawasaki: diagnóstico e segmento. 2011. 45 f. Dissertação (Mestrado integrado em Medicina)-Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal, 2011.
5. ROSSI, Felipe de Souza et al. Extensa linfadenite cervical mimetizando adenite bacteriana como primeira manifestação da doença de Kawasaki. Einstein, São Paulo, 2014.
6. SILVA, Josenilson Antonio da et al. Abordagem Diagnóstica das Doenças Exantemáticas na Infância. Rev Med Saude Brasilia 2012; 1(1):10-9.
7. Shohei O, et al. Treatment Response in Kawasaki Disease Is Associated with Sialylation Levels of Endogenous but Not Therapeutic Intravenous Immunoglobulin G. Plos One 2013; v.8 i.12.
8. W. Chang et al. Kawasaki Disease: An Update on Diagnosis and Treatment. Pediatrics and Neonatology (2012) 53, 4-11.