



## CASO CLÍNICO

# Cirurgia de revascularização coronária após doença de Kawasaki

Vera Santos<sup>a,\*</sup>, Ana Sofia Simões<sup>b</sup>, Ana Teixeira<sup>c</sup>, Miguel Abecasis<sup>d</sup>, Marília Loureiro<sup>e</sup>, Rui Anjos<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Serviço de Pediatria, Hospital de Faro, EPE, Faro, Portugal

<sup>b</sup> Serviço de Pediatria, Hospital Reynaldo dos Santos, Vila Franca de Xira, Portugal

<sup>c</sup> Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Carnaxide, Portugal

<sup>d</sup> Serviço de Cirurgia Córdio-Torácica, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Carnaxide, Portugal

<sup>e</sup> Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital Maria Pia, Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

Recebido a 9 de dezembro de 2010; aceite a 15 de dezembro de 2011

Disponível na Internet a 14 maio 2012

### PALAVRAS-CHAVE

Doença de Kawasaki;  
Aneurismas coronários;  
Cirurgia de revascularização coronária

### KEYWORDS

Kawasaki disease;  
Coronary aneurysm;  
Coronary artery bypass

**Resumo** A doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite sistémica, de etiologia desconhecida, constituindo a principal causa de cardiopatia adquirida em idade pediátrica em países desenvolvidos. As principais complicações resultam do aparecimento de aneurismas coronários que podem evoluir para doença coronária isquémica.

Apresenta-se o caso clínico de um adolescente com diagnóstico de DK aos 7 anos. Efetuou terapêutica com imunoglobulina e ácido acetilsalicílico e a avaliação ecocardiográfica na fase aguda foi aparentemente normal. Aos 11 anos de idade desenvolveu quadro de angor e dispneia de esforço. A cintigrafia de perfusão miocárdica com prova de esforço revelou hipoperfusão dos territórios correspondentes às artérias descendente anterior esquerda (DA) e coronária direita (CD). O cateterismo cardíaco demonstrou oclusão dos segmentos proximais de ambas as artérias. Foi submetido a cirurgia de revascularização coronária (artéria mamária interna para a DA e veia safena interna para a CD) com boa evolução clínica e desaparecimento das alterações isquémicas na cintigrafia.

Este caso clínico vem alertar para a importância do diagnóstico e terapêutica atempados e seguimento posterior na DK, salientando-se a potencial gravidade das complicações cardiovasculares a longo prazo desta doença pediátrica.

© 2010 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

### Coronary artery bypass after Kawasaki disease

**Abstract** Kawasaki disease (KD) is a systemic vasculitis of unknown etiology, which is the main cause of acquired heart disease in children in developed countries. The main complications result from the development of coronary aneurysms which can lead to ischemic heart disease.

We present the case of a teenage boy with a diagnosis of KD at the age of seven. He was treated with gammaglobulin and aspirin and echocardiographic evaluation in the acute phase

\* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: verasantosm@yahoo.com (V. Santos).

was apparently normal. At the age of eleven, he developed chest pain and exertional dyspnea. Nuclear perfusion scans with exercise revealed hypoperfusion of the left anterior descending (LAD) and right coronary (RC) artery territories. Cardiac catheterization showed occlusion of the proximal segments of both arteries. He underwent coronary artery bypass graft surgery (internal mammary artery bypass graft to the LAD artery and saphenous vein graft to the RC artery), with a good clinical result.

This case report highlights the importance of early diagnosis and treatment of KD and regular cardiological follow-up, bearing in mind the potential late complications of this pediatric disease.

© 2010 Sociedade Portuguesa de Cardiologia Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introdução

A doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite sistêmica aguda, de etiologia desconhecida, que atinge principalmente crianças e raramente adolescentes. Atualmente, constitui a principal causa de cardiopatia adquirida na idade pediátrica em países desenvolvidos<sup>1</sup>.

O diagnóstico baseia-se fundamentalmente em critérios clínicos. Os critérios clássicos são febre com duração mínima de 5 dias e a presença de pelo menos 4 dos seguintes: alterações das extremidades, exantema polimorfo, conjuntivite bulbar bilateral sem exsudado, alterações nos lábios e cavidade oral, linfadenopatia cervical com diâmetro igual ou superior a 1,5 cm<sup>1,2</sup>. A DK incompleta deve ser considerada em todas as crianças com febre sem causa aparente e que apresentem 2 ou 3 dos critérios clínicos para DK, sendo mais frequente nos lactentes. Os achados laboratoriais são pouco específicos, apesar de poderem reforçar o diagnóstico, particularmente nas situações de DK incompleta<sup>1</sup>.

As principais complicações são cardiovasculares, verificando-se a existência de aneurismas coronários em 15-25% dos casos não tratados, incidência esta que pode ser reduzida para cerca de 5% através da terapêutica com imunoglobulina nos primeiros 10 dias de doença<sup>1</sup>. Os aneurismas podem sofrer várias alterações: regressão, estabilização, progressão para lesões estenóticas ou obstrutivas (com ou sem recanalização ou desenvolvimento de vasos colaterais) e raramente, rotura, desenvolvimento de novas lesões ou expansão de lesões pré-existentes<sup>3</sup>. A estenose dos segmentos arteriais adjacentes pode condicionar doença coronária isquémica, enfarte agudo do miocárdio ou morte súbita<sup>1</sup>.

O diagnóstico da DK constitui um desafio, na medida em que implica um elevado grau de suspeição clínica, e o seu atraso pode implicar sequelas cardiovasculares graves.

## Caso clínico

Apresenta-se o caso de um adolescente com história de DK diagnosticada aos 7 anos de idade, no contexto de quadro de febre com mais de 5 dias de duração, exantema das palmas das mãos e plantas dos pés, edema da face e das extremidades, adenomegália cervical e distensão abdominal. Em termos analíticos, apresentava aumento da

proteína C reativa e da velocidade de sedimentação e trombocitose. Cerca de duas semanas após o início da doença, foi medicado com imunoglobulina intravenosa (IV) e ácido acetilsalicílico (AAS), o qual manteve durante cerca de 2 meses. A avaliação ecocardiográfica, realizada 2 semanas após o início da febre, não revelou alterações. Foi seguido em consulta de Pediatria durante 3 anos, mantendo-se assintomático, não tendo sido referenciado à consulta de Cardiologia Pediátrica, nem tendo repetido avaliação ecocardiográfica.

Aos 11 anos de idade, foi referenciado à Cardiologia Pediátrica por quadro de angor e dispneia de esforço com um mês de evolução. Na telerradiografia de tórax verificou-se a presença de calcificação arredondada na porção superior esquerda da silhueta cardíaca (Figura 1). Realizou eletrocardiograma que não demonstrou alterações. O ecocardiograma revelou ectasia da coronária esquerda (4 e 5 mm nos segmentos proximal e distal, respetivamente), sem alterações segmentares da contratilidade ou regurgitação mitral. Realizou cintigrafia de perfusão miocárdica com prova de esforço, durante a qual o doente referiu desconforto torácico no exercício máximo e o eletrocardiograma no esforço máximo evidenciou infradesnivelamento de ST em II, III, aVF, V5 e V6. A cintigrafia demonstrou, em esforço, hipoperfusão grave do ápex e segmentos

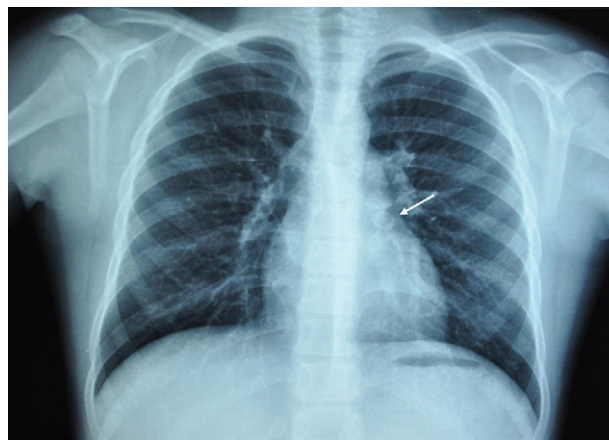


Figura 1 Telerradiografia de tórax – calcificação arredondada (seta) na porção superior esquerda da silhueta cardíaca.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1126434>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1126434>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)