

Reativação da cicatriz da vacina de BCG como manifestação precoce na Doença de Kawasaki: relato de caso

Reactivation scar BCG vaccine as early manifestation in Kawasaki disease: a case report

Andréa Lucchesi¹, Gabriela Pedrosa Salgado², Angela Schembri Cançado Carvalho³, Renata Silva Lima³, Natália Mussi Monteza⁴, Cristiane Mendes Gonçalves Lima⁴, Máira Lucília Monteiro Ferreira⁴

RESUMO

A Doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica aguda de etiologia desconhecida que acomete preferencialmente crianças menores de 5 anos. O diagnóstico é feito através de critérios clínicos, mas a doença pode se apresentar de forma incompleta. Descrevemos um caso de uma criança de 11 meses com doença de Kawasaki incompleta e aparecimento de reativação da cicatriz da vacina de BCG. A reativação da BCG possui grande relevância na prática clínica, constituindo um sinal precoce e específico da doença de Kawasaki. Sendo assim, o aparecimento da reativação da vacina de BCG pode auxiliar na intervenção precoce e prevenção de complicações.

Palavras-chave: Síndrome de Linfonodos Mucocutâneos; *Mycobacterium bovis*; Vacina BCG; Criança.

ABSTRACT

Kawasaki disease is an acute systemic vasculitis of unknown etiology that affects mainly children under 5 years-old. The diagnosis is made by clinical criteria, but the disease may present itself in an incomplete way. We describe a case of an 11 months-old infant with incomplete Kawasaki disease and the appearing of reactivation scar BCG vaccine. Reactivation of BCG has great relevance in clinical practice, providing an early and specific sign of Kawasaki disease. Thus, the reactivation of scar BCG can assist in early intervention and prevention of complications.

Key words: *Mucocutaneous Lymph Node Syndrome; Mycobacterium bovis; BCG Vaccine; Child.*

INTRODUÇÃO

A Doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite sistêmica aguda, autolimitada e de etiologia ainda desconhecida.^{1,2} É a segunda vasculite mais comum da infância e a causa mais comum de doença cardíaca adquirida em crianças em países desenvolvidos.³

Estudos revelam que a incidência é mais alta em crianças de 6 a 11 meses de idade e naquelas que tem irmãos afetados. Em cerca de 0,7% dos pacientes, pelo menos um dos pais tinha história prévia de DK. A recorrência da doença foi observada em 3,5% dos pacientes.⁴

O diagnóstico é feito através de critérios clínicos determinados pela American Heart Association (AHA) e pelo Japanese Kawasaki Disease Research Committee.^{1,5} Alguns pacientes apresentam formas incompletas da doença, mantendo-se a associação à aneu-

¹ Médica Pediatra. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Preceptora da Residência de Pediatria. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais-FHEMIG, Hospital Infantil João Paulo II-HIJP. Pesquisadora da rede FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Médica Pediatra e Pneumologista. FHEMIG, HIJP. Preceptora do Internato de Pediatria do Centro Universitário de Belo Horizonte-UniBH. Pesquisadora da rede FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Acadêmica do curso de Medicina do UniBH. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ Médica. Residente de Pediatria. FHEMIG, HIJP. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG
Hospital Infantil João Paulo II-HIJP
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Gabriela Pedrosa Salgado
E-mail: gabrielapedrosa@hotmail.com

rismas ou ectasias nas artérias coronárias (Doença de Kawasaki Incompleta - DKI).⁵Um sinal clínico que pode estar presente nos pacientes com DK e que não está incluído nos critérios diagnósticos é a reativação da cicatriz da vacina de BCG, caracterizada por eritema, pápula e/ou crosta no local da cicatriz da vacina BCG.⁶

O objetivo deste relato é descrever um caso de DK de apresentação incompleta demonstrando o papel da reativação na vacina de BCG no diagnóstico precoce da doença, o que permite intervir de forma eficaz, reduzindo o risco de complicações graves.

RELATO DE CASO

Paciente ACS, sexo masculino, 11 meses de idade, peso de 9,950 kg, admitido em 21 de junho de 2016 no Hospital Infantil João Paulo II, com quadro de coriza desde 16 de junho e febre, com temperatura axilar máxima termometrada de 38,8°C, desde 19 de junho. Em 20 de junho, apresentou pápula com halo eritematoso sobre a cicatriz de BCG. Evoluiu, na data da admissão, com dificuldade para engatinhar e manter-se assentado, sonolência alternada com irritabilidade e hiperemia conjuntival.

Sem antecedentes familiares relevantes. Desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade. Calendário vacinal atualizado. Ao exame físico, apresentava irritabilidade excessiva. Oroscofia com enantema de mucosa oral e língua em framboesa. Linfonodos cervicais e axilares de consistência elástica, móveis, menores que 1 cm. Sistema nervoso: leve ataxia; sem sinais de irritação meníngea. Aparelho cardiovascular: frequência cardíaca de 136 batimentos por minuto, com B3 intermitente. Aparelho locomotor: movimentação ativa dos quatro membros. Cicatriz de BCG hiperemiada e com pápula em membro superior direito. Edema discreto em mãos e pés. Sem outras alterações. Os exames laboratoriais mostravam leucócitos 7.600/mm³ (segmentados = 43%, linfócitos = 41%, bastões = 5%, eosinófilos = 1%, monócitos: 10%); hematócrito = 30,5%; hemoglobina = 9,9 g/dl; plaquetas 559.000/mm³; sódio: 142 mEq/l; potássio: 4,6 mEq/l; cloro: 106 mmol/ml; proteína C reativa: 145,3 mg/dl; velocidade de hemossedimentação: 102 mm/h; ureia: 9 mg/dl; creatinina: 0,15 mg/dl; alanina-transaminase 22 U/l; aspartato-transaminase: 22 U/l; albumina: 2,9 g/dl; creatinofosfoquinase: <20 U/l. Líquido cefalorraquidiano com 66 leucócitos/mm³ (100% mononucleares); proteínas: 47 mg/dl; hemácias: 10 hemácias/mm³; glicose: 64 mg/dl; lactato: 1,4 mg/dl. PCR do líquido para Herpes

negativo. Exame de urina rotina: 4 piócitos por campo. Anti HIV 1 e 2 não reagentes. A tomografia computadorizada de crânio não evidenciou alterações. O ecocardiograma mostrou dilatação discreta de coronária esquerda (2,2 mm), sem outras anormalidades. À admissão, ainda sem os dados ecocardiográficos e devido à alteração do líquido cefalorraquidiano, foi formulada a hipótese de meningoencefalite viral e iniciado aciclovir (500 mg/m² x 3) no 2º dia de internação. O diagnóstico de doença de Kawasaki foi aventado observando-se os critérios clínicos (febre de 5 dias de evolução, conjuntivite não purulenta, alterações de mucosa oral e língua, alterações de extremidades) que, embora incompletos, foram somados à reativação da cicatriz da BCG e à dilatação coronariana leve. Além disso, o paciente apresentou alterações laboratoriais compatíveis com a doença, tais como: anemia normocítica e normocrômica, plaquetose, hipoalbuminemia, aumento de proteína C-reativa e da velocidade de hemossedimentação e aumento de celularidade do líquido. Assim, foi feita uma dose de imunoglobulina intravenosa (2 g/kg) no 4º dia de internação. O paciente apresentou melhora progressiva dos sintomas e último pico febril no 3º dia após admissão. A cicatriz da BCG, que inicialmente se apresentou como pápula eritematosa, evoluiu com lesão de aspecto crostoso e levemente descamativo (Figura 1).



Figura 1 - Crosta em local de cicatriz de BCG em criança com DKI.

QR Code: Acesso à imagem colorida.

DISCUSSÃO

A reativação da cicatriz da BCG é uma manifestação precoce na DK.^{5,7,8}Foi encontrada em 30 a 50% dos pacientes com DK de 1 a 12 meses após a rea-

lização da vacinação. A prevalência equivale à incidência de adenopatia cervical em pacientes com DK com idade entre 3 e 20 meses.⁶Sua incidência parece declinar com o tempo após a imunização.^{5,8,9}

A reativação da cicatriz da vacina de BCG provavelmente não foi incluída nos critérios diagnósticos devido ao fato de a imunização contra tuberculose não ser realizada de forma rotineira universalmente. Estudos coreanos consideram a reativação cicatricial de BCG como um achado patognomônico de DK e recomendam aplicá-lo para o diagnóstico da doença em crianças.^{5,6}

A DK é caracterizada por febre com duração de cinco dias ou mais, sem evidências de outras doenças, associada a, pelo menos, quatro dos cinco sintomas principais: eritema e edema de mãos e pés com descamação periungueal, exantema polimorfo, conjuntivite não exsudativa bilateral, alterações de lábios e/ou cavidade oral, como fissuras labiais e enantema da mucosa oral, e linfadenopatia cervical com mais de 1,5 cm de diâmetro.¹O diagnóstico da forma incompleta depende da suspeição clínica em crianças com algumas características de DK e evidências de inflamação sistêmica (aumento de PCR, VHS ou leucocitose)³ associadas à aneurismas ou ectasias nas artérias coronárias. Tais alterações coronarianas estão associadas a complicações cardiovasculares, como infarto do miocárdio, morte súbita ou síndromes coronarianas isquêmicas.^{1,2}

Rezai et al. demonstraram uma taxa de 49,8% de reativação da cicatriz da vacina de BCG em pacientes com DK.² Geralmente uma reação eritematosa aparece nas primeiras 24-48 horas após início da febre, evoluindo com formação de crosta. A prevalência de reativação cicatricial da vacina de BCG entre pacientes com DK parece ser maior que aquela observada em outras doenças febris.¹⁰

Os critérios clínicos podem estar associados a achados laboratoriais, tais como: hipoalbuminemia (albumina sérica < 3 g/dl), elevação de aminotransferases (ALT), aumento de proteínas de fase aguda (PCR > 3mg), elevação da taxa de hemossedimentação (VHS > 40mm), leucocitose (> 15.000/mm³), plaquetose (> 450.000), anemia normocítica e normocrômica, piúria estéril (>10 piócitos/mm³), aumento de celularidade do líquido (meningite asséptica).²

CONCLUSÃO

O diagnóstico da doença de Kawasaki é realizado através de critérios clínicos, não existindo até o momento testes específicos para identificar a doença. Nos países em que a imunização contra a tuberculose é bem estabelecida, a reação no local da inoculação do BCG parece ser um sinal precoce da doença, principalmente em lactentes. Assim, os profissionais da área médica devem se ater à presença da reativação cicatricial no local da vacina de BCG, que apesar de não inclusa nos critérios diagnósticos clássicos da DK, tem sido considerada como sinal patognomônico em muitos estudos.

REFERÊNCIAS

1. Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, Gewitz MH, Tani LI, Burns JC, *et al.* Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professional from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Pediatrics*. 2004; 114(6):1708-33.
2. Rezai MS, Shahmohammadi S. Erythema at BCG inoculation site in Kawasaki disease patients. *Mater Sociomed*. 2014; 26(4):256-60.
3. Eleftheriou D, Levin M, Shingadia D, Tulloh R, Brogan PA. Management of Kawasaki disease. *Arch Dis Child*. 2014; 99(1):74-83.
4. Scuccimari R. Kawasaki disease. *Pediatr Clin N Am*. 2012; 59(2):425-45.
5. Kang JH, Hong SJ, Seo IA, Kwak MH, Cho SM, Kim DK, *et al.* Early detection of Kawasaki disease in infants. *Korean Circ J*. 2015; 45(6):510-9.
6. Seo JH, Yu JJ, Ko HK, Choi HS, Kim YH, Ko JK. Diagnosis of incomplete Kawasaki disease in infants based on an inflammation at the Bacille Calmette-Guérin inoculation site. *Korean Circ J*. 2012; 42(12):823-9.
7. Sinha R, Balakumar T. BCG reactivation: a useful diagnostic tool even for incomplete Kawasaki disease. *Arch Dis Child*. 2005; 90(9):891.
8. Suliman OSM, Abdelnasser M. Incomplete Kawasaki disease: the usefulness of BCG reactivation as a diagnostic tool. *Sudan J Pediatr*. 2012; 12(1):84-9.
9. Sinha R, Balakumar T, Sinha S. Usefulness of BCG reactivation in incomplete Kawasaki disease: a case series. *Int J Rheumatol*. 2007; 3(1):891.
10. Lai CC, Lee PC, Wang CC, Hwang BT, Meng CCL, Tsai MC. Reaction at the Bacillus Calmette-Guérin inoculation site in patients with Kawasaki disease. *Pediatr Neonatol*. 2013; 54(1):43-8.