



**UNIVERSIDADE FRANCISCANA**

**ÁREA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CURSO DE MEDICINA**

**LAVÍNEA STOCHERO BALSAN**

**PROJETO DE TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO II**

**Diagnóstico tardio e diferencial da Doença de Kawasaki na pandemia do Covid-19: um relato de caso.**

Late and differential diagnosis of Kawasaki Disease in the Covid-19 pandemic: a case report.

**Santa Maria, RS**

**2020**

**LAVÍNEA STOCHERO BALSAN**

**DIAGNÓSTICO TARDIO E DIFERENCIAL DA DOENÇA DE KAWASAKI NA  
PANDEMIA DO COVID-19: UM RELATO DE CASO.**

Projeto de Trabalho Final de Graduação (TFG)  
apresentado ao Curso de Medicina, Área de Ciências da  
Saúde da Universidade Franciscana – UFN, como  
requisito para a aprovação na disciplina TFG II.

Orientadora: Prof. Dr. Karine Alessandra da Silva Fortes

Santa Maria, RS

2020

**LISTA DE ABREVIATURAS**

1. DK: Doença de Kawasaki.
2. SBP: Sociedade Brasileira de Pediatria.
3. MIS-C: Síndrome multissistêmica inflamatória pediátrica.
4. AHA: American Heart Association.
5. SAM: Síndrome de ativação macrofágica.
6. REG: Regular estado geral.
7. MUCAA: Mucosas úmidas, coradas, anictéricas e acianóticas.
8. MVRD: Murmúrios vesiculares regularmente distribuídos.
9. BNF: Bulhas normofonéticas.
10. RHA: Ruídos hidroaéreos.
11. SRA: Sem ruídos adventícios.
12. PAS: Pressão arterial sistêmica
13. IVIG: gamoglobulina endovenosa.
14. CDC: Centers for Disease Control.
15. OMS: Organização Mundial de Saúde.

## RESUMO

A síndrome multissistêmica inflamatória pediátrica (MIS-C) agora descrita em associação com a infecção pelo coronavírus 2 (SARS-CoV-2) gerou uma repercussão relevante nos últimos tempos, não só por sua gravidade, mas também por apresentar características clínicas e laboratoriais coincidentes com a doença de Kawasaki (DK). Considerada a segunda vasculite mais comum na idade pediátrica, a doença de Kawasaki é uma vasculite inflamatória aguda que atinge pequenos e médios vasos e afeta majoritariamente crianças com menos de cinco anos (90%). (McCRINDLE et al, 2020).

O objetivo deste trabalho é, por sua vez, analisar a relevância do diagnóstico diferencial da DK no cenário pandêmico da COVID-19 e alertar a população médica acerca das particularidades e cuidados específicos no tratamento desta síndrome, com vista a uma melhoria na prestação dos cuidados de saúde. Além disso, revisar a epidemiologia, a apresentação clínica e os critérios diagnósticos da DK, já que a investigação etiológica correta é o primeiro passo no tratamento eficaz de qualquer patologia.

Relato do caso: Há cerca de 45 dias, o paciente L.A.L de 4 anos e 5 meses, proveniente de Cachoeira do Sul, interna com quadro de poliartralgias, edema em mãos e pés, limitação para deambular e episódios febris (37,5-38°C). Há 15 dias, evoluiu com rash polimorfo em tronco e membros e alterações em mucosa oral, sendo internado para investigação. Durante a hospitalização, foram realizados exames laboratoriais e de imagem que foram sugestivos para o diagnóstico de Doença de Kawasaki, visto que o ENCOV PCR para detecção de coronavírus (SARS-Cov-2) foi negativo neste paciente. Foram administrados imunoglobulina endovenosa (2 g/kg), AAS (100 mg/kg/dia), e prednisolona (2mg/kg) com melhora clínica substancial e sem aparecimento de aneurismas coronarianos.

Conclusão: O caso descrito reforça a importância da investigação diagnóstica abrangente e direcionada em situações atípicas como a pandemia do COVID-19, visto que o quadro clínico entre a Doença de Kawasaki e a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica são similares e complexos, e exigem um conhecimento amplo e específico. Desse modo, reitera-se a necessidade de abranger o entendimento acerca das manifestações clínicas e do tratamento ideal e eficaz diante destas patologias.

**Palavras-chave:** Covid-19. Doença de Kawasaki. Síndrome multissistêmica inflamatória pediátrica.

## ABSTRACT

The pediatric multisystemic inflammatory syndrome (MIS-C) now described in association with infection by coronavirus 2 (SARS-CoV-2) has generated a relevant repercussion in recent times, not only for its severity, but also for presenting coincident clinical and laboratory characteristics with Kawasaki disease (KD). Considered the second most common vasculitis in pediatric age, Kawasaki's disease is an acute inflammatory vasculitis that affects small and medium vessels and affects mostly children under five years old (90%). (McCRINDLE et al, 2020).

The objective of this work is, in turn, to analyze the relevance of the differential diagnosis of KD in the pandemic scenario of COVID-19 and to alert the medical population about the particularities and specific care in the treatment of this syndrome, with a view to an improvement in the provision of care of health. In addition, to review the epidemiology, clinical presentation and diagnostic criteria of KD, since the correct etiological investigation is the first step in the effective treatment of any pathology.

Case report: About 45 days ago, LAL patient, 4 years and 5 months old, from Cachoeira do Sul, intern with polyarthralgias, edema in hands and feet, limited walking and febrile episodes (37.5-38 °C). About 15 days ago, he developed polymorphic rash in the trunk and limbs and changes in the oral mucosa, therefore, he was admitted for investigation. During hospitalization, the patient underwent laboratory and imaging tests, which were suggestive for the diagnosis of Kawasaki Disease, since the ENCOV PCR for the detection of coronavirus (SARS-Cov-2) was negative in this patient. Intravenous immunoglobulin (2 g / kg), ASA (100 mg / kg / day), and prednisolone (2 mg / kg) were administered with substantial clinical improvement and without the appearance of coronary aneurysms.

Conclusion: The case described reinforces the importance of comprehensive and targeted diagnostic investigation in atypical situations such as the COVID-19 pandemic, since the clinical picture between Kawasaki Disease and Pediatric Multisystemic Inflammatory Syndrome is similar and complex, in addition to requiring broad and specific knowledge. Thus, the need to comprehend the clinical manifestations and the ideal and effective treatment in the face of these pathologies.

**Keywords:** Covid-19. Kawasaki disease. Pediatric inflammatory multisystemic syndrome.

**SUMÁRIO**

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. DESCRIÇÃO DO CASO.....	8
3. DISCUSSÃO DO CASO.....	14
4. CONCLUSÃO.....	16
5. REFERÊNCIAS.....	18
6. BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	19
ANEXOS.....	20

## 1. INTRODUÇÃO

A Doença de Kawasaki é uma vasculite primária aguda e febril, autolimitada com predileção específica pelas artérias coronárias que afeta preferencialmente crianças menores de 5 anos (90%). Várias teorias foram propostas para a fisiopatologia da doença, mas a etiologia da DK permanece mal compreendida. Na ausência de teste diagnóstico específico ou achado clínico patognomônico para a DK, pesquisadores, com base em estudos epidemiológicos, estabeleceram critérios clínicos para facilitar a investigação diagnóstica. O diagnóstico diferencial da DK é muito variado e inclui síndrome de Stevens Johnson, farmacodermias, exantemas virais febris, artrite reumatoide juvenil, síndrome do choque tóxico, escarlatina, entre outros. (de CASTRO, et al, 2009). Contudo, com a pandemia global do COVID-19 surgiu um desafio no diagnóstico diferencial de DK. Acreditava-se que as crianças eram menos afetadas pelo vírus e/ou adquiriam sintomas mais leves. No entanto, no final de abril de 2020 e vindo do Reino Unido, surgiu o primeiro alerta de casos pediátricos graves em unidades de terapia intensiva possivelmente relacionados ao SARS-COV-2 e sobrepostos com miocardite e síndrome do choque tóxico que mudaram a ideia inicial de um prognóstico favorável de COVID-19 na infância. Ademais, gerou certa apreensão na comunidade médica, pois alguns dos pacientes apresentaram sinais clínicos muito semelhantes à DK. Desde então tem havido vários relatos de casos similares e a patologia foi definida como síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (MIS-C) associada ao COVID-19. (CAMPOS, et al, 2020).

Considerando a importância da investigação diagnóstica de DK, principalmente em circunstâncias atípicas como na pandemia da COVID-19, torna-se necessário estimular a discussão e abranger a literatura acerca de uma condição relativamente nova e emergente que deve ser apropriadamente reconhecida e manejada pelos profissionais a fim de evitar complicações futuras e otimizar o desfecho destes pacientes. Além disso, enfatizar a importância dos critérios diagnósticos da Doença de Kawasaki e seu manejo clínico.

## 2. DESCRIÇÃO DO CASO

O paciente recorre ao atendimento médico com quadro de poliartralgias, edema em mãos e pés, limitação para deambular e episódios febris (37,5-38°C) há cerca de 45 dias. Recebeu ibuprofeno há 25 dias em atendimento médico ambulatorial, sem melhora do quadro clínico, apenas remissão da febre. Há aproximadamente 15 dias, evoluiu com rash polimorfo em tronco e membros, e alterações em mucosa oral, sendo internado para investigação. Não apresentava alterações conjuntivais ou queixas do trato gastrointestinal, porém muita irritabilidade. Não tinha contato com pessoas doentes nos últimos 30 dias e nem histórico de viagem nos últimos 60 dias. Contava com carteira vacinal atualizada.

### Quadro 2. Exame físico realizado na admissão.

<b>Exame Físico Geral</b>	REG, MUCAA, corado, hidratado, afebril (durante internação), sem alterações conjuntivais. Linfadenopatia cervical occipital direita, +/-1,5cm, móvel e indolor.
<b>Aparelho Cardiovascular</b>	BNF, 2 tempos, ritmo regular, sem sopros, frequência cardíaca 146, PAS:125/79. Peso: 26,4kg. Saturação O2: 98-100%.
<b>Aparelho Respiratório</b>	MVRD, SRA, Frequência respiratória: 26.
<b>Aparelho Gastrointestinal</b>	Abdome globoso, RHA+, depressível, indolor, sem organomegalias ou sinais de peritonismo.
<b>Extremidades</b>	Aquecidas e bem perfundidas.
<b>Oroscopia</b>	Petéquias em palato mole, edema gengival, hipertrofia de papilas linguais (língua em framboesa) e fissuras labiais.
<b>Exame Dermatológico</b>	Exantema polimórfico em tronco e nos 4 membros em convalescência.

<b>Exame Osteoarticular</b>	Eritema e edema de mãos e pés com leve descamação periungueal. Artrite em joelhos e tornozelos, associado a bloqueio doloroso à movimentação ativa de ambos os quadris.
-----------------------------	--

**Fonte:** Prontuário médico do paciente.

Na admissão visualizava-se fissuras labiais, língua hiperemiada, papilas hipertróficas, adenomegalia cervical única, rash polimórfico em tronco e nos 4 membros, poliartrite em tornozelos, joelhos e incapacidade para deambular por dor em quadris, com edema indurado de mãos e pés e fina descamação. Na figura abaixo, é possível visualizar o rash em convalescência no membro inferior do paciente.

**Figura 1.** Rash em convalescência.



**Fonte:** Arquivo pessoal do paciente.

Durante a internação foram realizados exames diagnósticos. O ecocardiograma transtorácico foi normal, sem alterações em coronárias, sem serosite ou valvulopatias. O Raio-X de tórax e o US de abdome total não revelaram alterações. Exame parcial de urina sem particularidades e sem piúria. O eletrocardiograma estava dentro da normalidade para a idade. Foi realizada uma ultrassonografia de quadris, que revelou

pequeno volume de derrame articular em ambos, um pouco mais evidente no quadril direito onde também foi identificado um leve espessamento sinovial. Não foram observadas coleções ou lesões com efeito expansivo nos tecidos moles periarticulares. Os exames laboratoriais são detalhados e comparados na tabela abaixo com as respectivas datas de coleta.

**Tabela 1.** Exames Laboratoriais realizados durante a internação.

	<b>06/09/2020</b>	<b>30/08/2020</b>
<b>HEMOGRAMA</b>		
<b>Eritrócitos</b>	4,71	4,22
<b>Hemoglobina</b>	10,4	9,8
<b>Hematócrito</b>	33,0	29,5
<b>VCM</b>	70,1	69,9
<b>HCM</b>	22,1	23,2
<b>CHCM</b>	31,5	33,2
<b>RDW</b>	15,2	14,4
<b>Observações ERI</b>	Discreta aniocitose Discreta hipocromia Discreta microcitose	Discreta hipocromia Discreta microcitose
<b>Plaquetas</b>	552.000	320.000
<b>VPM</b>	10,3	10,3
<b>Leucócitos</b>	5.670	9.120
<b>Promielócitos</b>	0	0
<b>Mielócitos</b>	0	0
<b>Metamielócitos</b>	0	0
<b>Bastonetes</b>	170,1	182,4
<b>Segmentados</b>	4.082,4	6.384

<b>Eosinófilos</b>	0	91,2
<b>Basófilos</b>	0	0
<b>Linfócitos</b>	1.134	1.915,2
<b>Monócitos</b>	283,5	547,2
<b>Plasmócitos</b>	0	0
<b>Blastos</b>	0	0
<b>PCR</b>	-	2,4 mg/dL (VR<1,0)
<b>VHS</b>	-	20mm (VR<15)
<b>Uréia</b>	-	38 mg/dL
<b>Creatinina</b>	-	0,3 mg/dL
<b>Albumina</b>	-	3,0 ml/dL
<b>TP</b>	-	15,8s / INR: 1,14
<b>TTP</b>	-	33,5s
<b>Anti-HIV1/2</b>	-	Não Reagente
<b>Anti-HCV</b>	-	Não Reagente
<b>Anti-HVA IgM</b>	-	Não Reagente
<b>VDRL</b>	-	Não Reagente
<b>FAN-HEP2</b>	-	Não Reagente
<b>Fator Reumatóide</b>	-	6,9 UI/ml (VR<14)
<b>Rubéola IgM</b>	-	Não Reagente
<b>Rubéola IgG</b>	-	Reagente

<b>HbsAg</b>		
<b>Ant-HBC IgM</b>	-	Não Reagente
<b>Anti HbE</b>		
<b>HbE</b>		
<b>Citomegalovírus IgM</b>	-	Não Reagente
<b>Citomegalovírus IgG</b>		
<b>Amilase</b>	-	55 U/L (VR: 30-118)
<b>Lipase</b>	-	43 U/L (VR: 6-51)
<b>Bilirrubina Total</b>	-	0,87 mg/dL
<b>Bilirrubina Direta</b>	-	0,38 mg/dL
<b>CK</b>	-	34 U/L (VR: 46-171)
<b>Aldolase</b>	-	9 U/L (VR: até 8,8 U/L)
<b>DHL</b>	-	377 U/L
<b>TGO</b>	-	44 U/L (VR <31)
<b>TGP</b>	-	68 U/L (VR<34)
<b>Ferritina</b>	-	60,9 ng/dL (VR: 22-322)
<b>EQU</b>	-	Sem particularidades Urocultura negativa
<b>Hemocultura 2 amostras</b>	-	Negativas
<b>Dengue IgM</b>	-	Não Reagente
<b>Dengue IgG</b>		
<b>Epstein BAAR IgM</b>	-	Não Reagente
<b>Epstein BAAR IgG</b>		
<b>ENCOV PCR (detecção de coronavírus – SARS-Cov-2)</b>	-	Não detectado

O ENCOV PCR para detecção de coronavírus (SARS-Cov-2) foi negativo neste paciente, descartando a síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica como hipótese diagnóstica. Após avaliação laboratorial pertinente e quadro clínico sugestivo de doença de Kawasaki foram administrados imunoglobulina endovenosa (2 g/kg), AAS (100 mg/kg/dia), e prednisolona (2mg/kg) com melhora clínica substancial e sem aparecimento de aneurismas coronarianos. O uso da prednisolona foi interrompido após 10 dias e o uso do AAS se manteve na dose de 5mg/kg 1 vez/dia durante 8 semanas após a alta, até que novos exames ecocardiográficos fossem realizados e ausência de sinais inflamatórios (normalização de VHS e plaquetas), permitissem que o uso do AAS fosse interrompido.

Durante acompanhamento ambulatorial, após 30 e 60 dias, o paciente demonstrou resolução completa da poliartrite e demais sintomas. Os ecocardiogramas de controle não visualizaram o surgimento de alterações cardíacas após 12 meses.

Por fim, apesar do diagnóstico de Doença de Kawasaki ter sido confirmado baseado nas manifestações clínicas e alterações laboratoriais, a síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica foi um diagnóstico considerado e descartado, refletindo a importância da suspeição clínica do médico na atual situação vivenciada pela população.

### 3. DISCUSSÃO DO CASO

Segundo a American Heart Association, o quadro clínico clássico da DK baseia-se na presença mandatória de febre geralmente alta e contínua, em torno de 39°C a 40°C por pelo menos 5 dias associada a ao menos 4 dos 5 critérios descritos no quadro 2.

**Quadro 2.** Critérios diagnósticos da Doença de Kawasaki segundo a American Heart Association (AHA)

<b>Febre &gt; 5 dias combinado com 4 dos 5 critérios clínicos</b>	
<b>Alteração de lábios e cavidade oral</b>	Eritema, ressecamento, fissuras e sangramento labial. Pode estar presente hiperemia difusa de mucosa orofaríngea e “língua em framboesa ou morango”.
<b>Hiperemia conjuntival</b>	Conjuntivite bulbar bilateral não-exsudativa é a mais comum, e na maioria das vezes inicia-se logo após a febre. A uveíte anterior pode ser observada ao exame oftalmológico durante os primeiros dias de febre.
<b>Alterações de extremidade</b>	Eritema palmoplantar, edema doloroso do dorso das mãos e pés e descamação periungueal, que pode se tornar difusa dentro de 2 a 3 semanas do início da febre.
<b>Alterações cutâneas</b>	As erupções cutâneas aparecem por volta do quinto dia de febre, sendo do tipo exantema polimorfo não vesicular.
<b>Linfadenopatia cervical <math>\geq 1,5</math> cm</b>	Geralmente unilateral, localizada no triângulo cervical anterior. É a manifestação menos comum.

**Fonte:** Adaptado da referência 6 (CAMPOS, et al, 2020).

O paciente relatado evoluiu com episódios febris (37,5-38°C) e 4 dos 5 critérios estabelecidos pela AHA, associados com o ENCOV PCR para detecção de coronavírus (SARS-Cov-2) negativo. Apesar destas informações e da confirmação da Doença de Kawasaki, é importante ressaltar que os pacientes diagnosticados com síndrome

inflamatória multissistêmica pediátrica (MIS-C) associada ao COVID-19, apresentaram febre alta persistente, manifestações gastrointestinais exuberantes em 50-60% dos casos (dor abdominal intensa, diarreia e vômitos), conjuntivite não purulenta, exantema polimórfico, edema de mãos e pés, mucosite oral, linfadenopatia generalizada (inclusive mediastinal e intra-abdominal), hepatoesplenomegalia, serosite (pleurite, pericardite e ascite), irritabilidade, cefaleia e alteração de nível de consciência; manifestações comuns em quadros de DK. No entanto, apesar do quadro clínico semelhante, os pacientes com MIS-C apresentaram diferenças significativas da DK, como por exemplo, o acometimento preferencial em crianças acima de 5 anos de idade, maiores taxas de envolvimento cardíaco (miocardite, valvulite, pericardite e anormalidades coronarianas) e o predomínio de etnia afrodescendente na maioria dos estudos. Alguns autores sugerem, provisoriamente, a existência de três padrões de doença entre crianças hospitalizadas com MIS-C. Um primeiro grupo de crianças apresenta febre persistente e aumento significativo de provas de atividade inflamatória, mas sem características de DK, choque ou falência de órgãos. Um segundo grupo preenche os critérios diagnósticos para DK. E, um terceiro grupo apresenta doença grave com disfunção miocárdica, choque e aneurismas coronarianos, além amplo espectro de manifestações incluindo febre, sintomas gastrointestinais e rash. (CAMPOS, et al, 2020).

A Organização Mundial de Saúde publicou um parecer que sugere uma definição clínica para síndrome multissistêmica temporariamente associada à COVID-19. Esta definição indica que crianças e adolescentes de 0 a 19 anos que apresentem febre  $\geq 3$  dias com dois ou mais dos critérios clínicos estabelecidos associado com marcadores elevados de inflamação (VHS, PCR ou procalcitonina), nenhuma outra causa de inflamação microbiana (sepse bacteriana, síndromes de choque estafilocócico ou estreptocócico) e evidência de infecção ou provável contato com pacientes com COVID-19 sejam manejados como MIS-C. Os critérios clínicos incluem exantema ou conjuntivite não purulenta bilateral ou sinais de inflamação muco-cutânea (orais, mãos ou pés); hipotensão ou choque; características de disfunção miocárdica, pericardite, valvulite ou anormalidades coronárias (incluindo achados do ecocardiograma ou elevações de troponina/próBNP), evidência de coagulopatia (TP, TTPA, D-dímero elevado) e problemas gastrointestinais agudos (diarreia, vômito ou dor abdominal). (SBP, 2020).

O médico deve estar atento para o diagnóstico da MIS-C em toda criança ou adolescente que apresentar febre persistente, alterações de provas de atividade inflamatória com acometimento de um ou mais órgãos (cardíaco, renal, respiratório, gastrointestinal ou neurológico), após exclusão de causas infecciosas que possam justificar o quadro. A confirmação diagnóstica da infecção pelo SARS-CoV-2 não é obrigatória, podendo ter apenas história de exposição ao vírus. Os critérios estabelecidos, até o momento, para o diagnóstico da MIS-C foram retirados do Centers for Disease Control (CDC) e Organização Mundial de Saúde (OMS), com pequenas diferenças, podendo auxiliar o médico no diagnóstico desta condição clínica.

Até hoje, não existe um protocolo validado para o tratamento da MIS-C e cada serviço, nas várias partes do mundo, tem tido condutas semelhantes, embora nem sempre iguais, baseadas no quadro clínico expresso em cada paciente e sua gravidade. Nos casos que se apresentam com critérios diagnósticos de DK clássica, tem sido indicada a terapia usual com gamaglobulina endovenosa (IVIG) e ácido acetilsalicílico, que é concomitantemente o tratamento padrão da Doença de Kawasaki e foi utilizado neste paciente. Além disso, muitos serviços têm indicado IVIG para MIS-C mesmo em casos que não preenchem critérios para DK, uma vez que também é muito útil para casos de sepse e para situações com aumento importante de liberação de citocinas, como a síndrome de ativação macrofágica (SAM) e casos graves de MIS-C. Nos casos recentes da DK que parecem estar temporalmente associados ao vírus SARS-CoV-2, tem-se observado acometimento cardíaco com grave disfunção miocárdica, que é descrito, mas não é usualmente encontrado na DK clássica. Nos casos de DK com disfunção miocárdica grave que preenchem critérios para MIS-C, recomenda-se que o tratamento seja mais abrangente e individualizado. (CAMPOS, et al, 2020).

#### **4. CONCLUSÃO**

A Doença de Kawasaki não é, de fato, uma doença comum e predominante na infância; no entanto é fundamental a alta suspeição clínica do médico em quadros clínicos característicos. Durante a pandemia do Covid-19 surgiu um novo desafio no diagnóstico desta patologia e é de extrema relevância o aprofundamento dos profissionais acerca dos critérios clínicos e alterações laboratoriais da Síndrome

Inflamatória Multissistêmica Pediátrica a fim de aperfeiçoar a investigação diagnóstica e proceder com a abordagem terapêutica precoce, garantindo e visando uma qualidade de vida melhor ao paciente.

## 5. REFERÊNCIAS

1. CAMPOS, L., CARDOSO, T., FRANÇA MARTINEZ, J., de ALMEIDA, R. *et al.* Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (MIS-C) temporalmente associado ao COVID-19. **Residência Pediátrica**, v. 10, n. 2-348, p. 1-6, 2020.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria (Coord.). **Síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes provavelmente associada à COVID-19: uma apresentação aguda, grave e potencialmente fatal**. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2020. 9 p. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22532-d-NA\\_Sindr\\_Inflamat\\_Multissistemica\\_associada\\_COVID19.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22532-d-NA_Sindr_Inflamat_Multissistemica_associada_COVID19.pdf). Acesso em: 14 jun. 2021.
3. Centers for Disease Prevention and Control (CDC). Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) associated with coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. Atlanta, USA: CDC; 2019; [acesso em 25/10/2020]. Disponível em: <https://emergency.cdc.gov/han/2020/han00432.asp>
4. DE CASTRO, Patrícia Aparecida *et al.* Doença de Kawasaki. **An. Bras. Dermatol.** [S. l.], v. 84, n. 4, p. 317-31, 2009. DOI <https://doi.org/10.1590/S0365-05962009000400002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abd/v84n4/v84n04a02.pdf>. Acesso em: 24 out. 2020.
5. McCRINDLE, B., MANLHIOT, C. SARS-CoV-2–Related Inflammatory Multisystem Syndrome in Children Different or Shared Etiology and Pathophysiology as Kawasaki Disease. **Journal of the American Medical Association (JAMA)**, v. 324, n. 3, p. 246-248, 21/julho/2020.

## 6. BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

1. GRIMAUD, M., STARCK, J., LEVY, M. *et al.* Acute myocarditis and multisystem inflammatory emerging disease following SARS-CoV-2 infection in critically ill children. **Ann. Intensive Care** 10, 69 (2020).
2. KONÉ-PAUT, I. Is it Kawasaki shock syndrome, Kawasaki-like disease or pediatric inflammatory multisystem disease? The importance of semantic in the era of COVID-19 pandemic. **RMD open** 2020, [S. l.], p. 1-4, 1 jul. 2020. DOI 10.1136/rmdopen-2020-001333. Disponível em:

- <https://rmdopen.bmj.com/content/rmdopen/6/2/e001333.full.pdf>. Acesso em: 24 out. 2020.
3. M VINER, R., WHITTAKER, E. Kawasaki-like disease: emerging complication during the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, v. 395, n. 10239, p. 1741-1743, 6/junho/2020.
  4. RIPHAGEN, S., GOMEZ, X., GONZALEZ-MARTINEZ, C., WILKINSON, NICK., THOCHARIS, P. Hyperinflammatory shock in children during COVID-10 pandemic. **The Lancet**, v. 395, p. 1607-1608, 23/maio/2020.
  5. SHIRATO, K., IMADA, Y., KAWASE, M., NAKAGAKI, K., MATSUYAMA, S., TAGUCHI, F. Possible involvement of infection with Human Coronavirus 229E, but not NL63, in Kawasaki Disease. **Journal of Medical Virology**, v. 86, p. 2146-2153. 2014.
  6. World Health Organization (WHO). Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents temporally related to COVID-19 [Internet]. **Geneva: WHO**; 2020; [acesso em 25/10/2020]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-and-adolescents-with-covid-19>

**ANEXOS**

## ANEXO A – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: **“Diagnóstico tardio e diferencial da Doença de Kawasaki na pandemia do Covid-19: um relato de caso”**.

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Karine Alessandra da Silva Fortes.

Demais pesquisadores: Lavínea Stochero Balsan

Instituição de origem do pesquisador: Universidade Franciscana. Área de Conhecimento: Reumatologia. Curso: Medicina

Telefone para contato: (53) 999237941

Local da Coleta de dados: Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujas informações serão estudadas;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

O(s) Pesquisador(es) declara(m) ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

Santa Maria, ..... de ..... de 202...

\_\_\_\_\_

Assinatura Pesquisador

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, no estudo **“Diagnóstico tardio e diferencial da Doença de Kawasaki na pandemia do Covid-19: um relato de caso”**. Este estudo pretende analisar e expandir o conhecimento acerca desta patologia e seus diagnósticos diferenciais. Acreditamos que ele seja importante para ampliar o conhecimento médico quanto a apresentação clínica, evolução e manejo da doença de Kawasaki, assim como, elucidar a comunidade sobre a importância de saber diferenciá-la de outras patologias importantes no contexto epidemiológico em que vivemos. A sua participação no referido estudo será no sentido de fornecer e autorizar a utilização de seus dados clínicos, laboratoriais e/ou lâminas histológicas do caso clínico/cirúrgico, bem como documentação radiológica que se encontram em prontuário. Garantimos também sua privacidade e ressaltamos que a concordância em participar deste estudo não implicará em qualquer modificação no tratamento/acompanhamento que já está sendo feito. Caso você tenha qualquer dúvida ou novas perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, ou se sentir-se prejudicado pela sua participação, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Franciscano - CEP, no telefone (55) 3220-1200, ramal 1289, e-mail cep@unifra.br.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade nº \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do tratamento ou avaliação recebidos e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. A Prof. Karine Alessandra da Silva Fortes certificou-me de que todos os dados desta pesquisa referentes a mim serão confidenciais, bem como o meu atendimento não será modificado em razão deste estudo e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, face a estas informações.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

---

Assinatura do Participante/Responsável

---

Nome do Participante/Responsável

---

Assinatura – pesquisador responsável

---

Nome – pesquisador responsável

Santa Maria, RS.

\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

UNIVERSIDADE FRANCISCANA

PRÉDIO DA MEDICINA 8º ANDAR

CEP 97.010-032

FONE: (55) 3026.6971

## ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP

Prezados Senhores:

Declaro que tenho conhecimento do teor do Projeto de Trabalho Final de Graduação intitulado “**Diagnóstico tardio e diferencial da Doença de Kawasaki na pandemia do Covid-19: um relato de caso**” proposto pela acadêmica Lavínea Stochero Balsan, sob a orientação da prof<sup>a</sup> Karine Alessandra da Silva Fortes, a ser desenvolvido na Área de Reumatologia, junto ao Curso de Medicina da Universidade Franciscana.

O referido projeto será desenvolvido no Hospital de Caridade Dr Astrogildo de Azevedo (HCAA), o qual só poderá ocorrer a partir da apresentação do Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Franciscana.

Atenciosamente,

---

Dra. Jane Margarete Costa. Diretora Clínica do HCAA.

Este documento deverá ser carimbado.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**TFG II – FICHA DE AVALIAÇÃO FINAL**

ALUNO: \_\_\_\_\_

<b>CRITÉRIOS</b>		<b>VALOR</b>	<b>NOTA</b>
<b>Apresentação Oral: Didática / Domínio do tema</b>	Domínio do assunto / Sequência lógica da apresentação / Voz com volume adequado / Fala dirigindo-se a todos / Dicção clara / Recursos audiovisuais adequados / Capacidade de sintetizar / Utilização de terminologia adequada / Capacidade de debater o assunto / Uso do tempo.	Até 3,0	
<b>Avaliação Escrita / Redação do TFG</b>	Aspecto estrutural do TFG, normatização, documentos necessários.	Até 1,0	
	Domínio das habilidades que envolvem a escrita (linguagem, clareza e objetividade).	Até 2,0	
<b>Quanto ao conteúdo do TFG</b>	Relevância do trabalho (contribuição que o trabalho oferece para a comunidade acadêmica e/ou científica).	Até 0,5	
	Coerência entre a problematização e os procedimentos metodológicos.	Até 1,5	
	Fontes bibliográficas atualizadas (Artigos científicos).	Até 1,0	
<b>Espaço para o orientador</b>	Interesse do aluno em aprofundar conhecimentos relativos à temática do TFG / Assiduidade e pontualidade / Entrega dos materiais e trabalho final no prazo estipulado.	Até 1,0	
<b>Nota Final</b>		10,0	

- ( ) Sem correções a fazer  
 ( ) Com correções a fazer  
 ( ) Redigir novo trabalho e submeter novamente à banca

---

**ORIENTADOR**


---

**PROFESSOR 1**


---

**PROFESSOR 2**