

De Doente Todos Temos Um Pouco

Senhor Editor:

Estas coisas da relação médico/doente tem muito que se lhe diga. Poderá perguntar-se se o doente quando procura o médico procura um técnico ou procura alguém com quem possa estabelecer uma relação afectiva? Poderá perguntar-se se procura alguém que apenas tenha a experiência da saúde e do êxito ou procura quem tenha tido, por outras adversas circunstâncias uma experiência que foi capaz de enfrentar e de que saiu vencedor? Procurá-lo-a como um modelo ou como um mágico? Ou procurá-lo-a um pouco por cada uma destas razões?

Cada um de nós saberá de si e embora hesitando, será capaz de escolher o que julga ser a razão que a sua experiência justifica. E seja ela qual for, como responder?

Vem isto a propósito de uma situação que me tem ocorrido e em que, julgo, tornei possível aos pequenos doentes, ou melhor através dos pais, desdramatizarem uma situação que a muitos se apresenta com uma enorme carga negativa.

Em Junho ou Julho de 1973 encontrava-me mobilizado em Moçambique e coubera-me como destino, desde o início da minha comissão, a agora saudosa cidade de Tete, onde sofri alguns meses de revolta e tédio no reinício da minha forçada carreira militar.

Correntemente os oficiais médicos aí colocados éramos solicitados para levantar feridos no mato, e a mim cabia designá-los. Dada a circunstância de todos ali fazerem mais urgente falta que um Pediatra, a mim próprio muitas vezes me designei, e foi assim que nesse dia de Junho ou Julho às 12 horas, ou perto delas, aterrou um helicóptero no qual devia embarcar. Quando me aproximei e cumprimentava o piloto trocando algumas palavras e dando tempo a que carregassem material, olhei por casualidade para o sol a pique através das pás em movimento do aparelho. Surpreso verifico que a minha cabeça se encontra de repente sujeita a uma descarga de movi-

mentos involuntários que apenas o afastar o olhar do sol me permitiu controlar. Repeti a experiência e o mesmo sucedeu.

Fiz imediatamente a mim próprio o diagnóstico de uma epilepsia. Curiosamente, acontecia pouco tempo depois do meu regresso, a publicação em uma revista estrangeira de um caso em tudo idêntico, com a única diferença que o helicóptero era de turismo e o médico era o observador e não o que se auto-observava.

Estava explicado o mal estar sentido, ao princípio da manhã ou ao cair da tarde nas estradas que eram marginadas por uma cortina de árvores, se o sol está radioso e se o carro atinge uma necessária velocidade, e também a desagradável sensação que algumas vezes sentira com as luzes intermitentes das discotecas, fenómenos um e outro por muitos de nós experimentados.

Esta experiência deu-me para entender mais profundamente algumas coisas da epilepsia, a tal ponto que hoje, quando alguma criança no consultório se apresenta com história de comicialidade e a mesma se confirma por exames complementares, posso de certo modo sossegar os pais ao dizer-lhes, «não se preocupem porque no fundo todos somos epiléticos», conto-lhes a minha história, falo-lhes do limiar de intensidade dos estímulos que ultrapassam ou não determinado limite individual e explico-lhes que ultrapassado esse limite todos respondemos com convulsões, e falo-lhes do que se passava no choque de insulina ou no electro-choque, usados em tratamento psiquiátrico. Digo-lhes que com o seu filho o que se passa é uma baixa do limiar que os faz responder desta forma a estímulos menores que os descritos, e que a terapêutica se dirige a alterar através de uma droga.

Julgo que saem mais sossegados e que eu como médico e eles como doente ou pais de um doente, todos nós, ganhámos com a minha experiência.

Manuel Abecassis
Pediatra Clínico

O interessante trabalho de Q Rato et al (Formas típicas e atípicas de doença de Kawasaki. *Acta Pediatr Port* 1996; 27: 675-9) procura responder à questão importante de saber qual o risco de alterações coronárias nas formas atípicas de doença de Kawasaki (dK), isto é, nos quadros clínicos sugestivos mas que não atingem os actuais critérios de dK. A ecografia mostrou uma menor incidência (embora seja significado estatístico) de alterações coronárias nas formas atípicas (37%) que nas formas típicas (54%).

Na discussão consideram que «Este facto encontra-se em contradição com os dados da literatura em que são as formas **atípicas** que surgem com **maior** atingimento coronário».

Acontece que todos os artigos citados se referem a crianças cujo diagnóstico de dK só foi feito por apresentarem anomalias coronárias sugestivas. Com base nestes dados, não podem extrair valores de incidência. Outros incorrem na mesma rateira ⁽¹⁾.

Um trabalho semelhante ao actual ⁽²⁾ encontrou, no Japão, uma **menor** incidência de anomalias coronárias nas formas **atípicas** (1/25-4%) que nas formas típicas (41/217-19%). Com estes valores (a que os autores parece atribuírem significado apesar dos intervalos de confiança (95%) se sobreporem – 0.1 a 20% vs 15 a 26%), questionam a necessidade de gamaglobulina (GG) sistémica nas formas atípicas de dK.

Concordo inteiramente que «um alto índice de suspeição é essencial em toda a criança com uma síndrome febril atípica». Mas há que evitar os excessos de preocupação defensiva e de consumo injustificado ⁽¹⁾, tanto mais que, infelizmente, os factores de risco conhecidos falham onde são mais necessários ⁽³⁾.

Parece sensato considerar este diagnóstico (e a administração de GG) em caso de febre alta prolongada, acompanhada dos sinais mais específicos de dK: – injeção da conjuntiva bulbar sem exsudato, lábios gretados ou tumefacção das mãos e pés ⁽⁴⁾, em especial se se tratar dum lactente, onde parece ser maior o risco de lesões coronárias ^(3, 5).

BIBLIOGRAFIA

1. Rocha E, Marques JG. Resposta a carta ao editor. *Acta Pediatr Port* 1996; 27: 565.
2. Fukushige J, Takahaski U, Ueda K. Incidence and clinical features of incomplete Kawasaki disease. *Acta Paediatr* 1994; 83: 1057-60.
3. Rosenfeld EA, Corydon KE, Shulman ST. Kawasaki disease in infants less than one year of age. *J Pediatr* 1995; 126: 524-9.
4. Shulman ST. Kawasaki disease. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42: 1205-22.
5. Joffe A, Kabani A, Jadavji T. Atypical and complicated Kawasaki disease in infants. Do we need criteria? *West J Med* 1995; 162: 322-7.

Coimbra, Janeiro de 1997
H. Carmona da Mota

RESPOSTA

Agradecemos ao Prof Doutor H. Carmona da Mota a pertinência da sua carta e aproveitamos a oportunidade para explicitar melhor alguns aspectos.

Como referimos na discussão do artigo «Formas Típicas e Atípicas da Doença de Kawasaki», publicado na «Acta Pediátrica Portuguesa», Vol. 27, n.º 4 de 1996, a menor incidência de alterações coronárias nas formas atípicas encontrada no nosso estudo, só aparentemente está em contradição com alguns dos dados da literatura e, como referimos no artigo, «Atribuímos esta aparente contradição a diferentes metodologias de estudo, bem como a diferentes critérios de classificação das formas atípicas».

Na revisão efectuada, considerámos formas atípicas de doença de Kawasaki (dK) aquelas que cumpriam os seguintes critérios ⁽¹⁾:

- Febre de pelo menos cinco dias, descamação peri-ungueal e mais dois dos critérios de dK, ou;
- Anormalidades das artérias coronárias e mais dois dos critérios de dK.

No trabalho de J. Fukushige et Al. ⁽²⁾ os 25 casos considerados como dK atípica não foram classificados segundo esta metodologia. Apenas 16 doentes tiveram febre por cinco ou mais dias, e só 10 doentes apresentaram os dois critérios obrigatórios considerados no nosso trabalho (febre e alterações das extremidades).

Sendo a febre alta prolongada e a descamação das extremidades dos sinais mais específicos de dK ⁽³⁾, a obrigatoriedade da sua presença para o diagnóstico de uma forma atípica da doença, talvez justifique o facto de

termos encontrado 37% (7/19) dos casos atípicos com alterações das artérias coronárias, enquanto J. Fukushige apenas encontrou 4% (1/25).

Assim, concordamos com a posição assumida pelo Prof. Doutor Carmona da Mota no final da sua carta e mais uma vez alertamos para o valioso papel da ecocardiografia bidimensional no diagnóstico das alterações cardíacas.

Na realidade, não é ainda possível saber em qual das formas típica ou atípica de dK é maior a incidência de alterações coronárias. Neste contexto, continuarão a ser efectuadas terapêuticas desnecessárias, havendo porém «que evitar os excessos de preocupação defensiva e de consumo injustificado», parecendo justificar-se a administração de gama globulina (na primeira semana!), sobretudo nos casos com febre prolongada, acompanhada de outros sinais mais específicos de dK.

BIBLIOGRAFIA

1. Kabani A, Joffe A, Jadavji T. Recognition of atypical Kawasaki disease. In: IV Internat. Symposium on Kawasaki proceedings. Takahashi M, Taubert K eds *Am Heart Assoc*, 1993; 42-47.
2. Fukushige J, Takahashi N, Ueda Y, Ueda K. Incidence and clinical features of incomplete Kawasaki disease. *Acta Paediatr* 1994; 83: 1057-60.
3. Shulmann ST, Inocencio J, Raphael H. Kawasaki disease. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42: 1205-22.

Muito grato, pelos Autores

(*Quitéria Rato, António J. Macedo, Manuela Lima*)