



A IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO PRECOCE DA FEBRE REUMÁTICA: RELATO DE CASO (THE IMPORTANCE OF EARLY RECOGNITION OF RHEUMATIC FEVER: CASE REPORT)

Pinto S.A.B.¹, Morais, A.C.Q.¹, Briglia C.S.¹, Ferreira, I.J.², Siqueira, L.G.³

¹ Médicas Residentes de Pediatria da Fundação de Medicina Tropical Heitor Vieira Dourado, Manaus –AM;

² Professor Mestre em Biodinâmica do Movimento Humano da Universidade Federal do Amazonas;

³ Orientadora. Médica Pediatra – Coordenadora do Serviço de Terapia Intensiva do Pronto Socorro da Criança – Zona Sul. Preceptora do Programa de Residência Médica em Pediatria da Fundação de Medicina Tropical Heitor Vieira Dourado.

ABSTRACT :

Introduction: Rheumatic fever (RF) is a late non-suppurative inflammatory complication of upper airway infection (pharyngotonsillitis) caused by Lancefield group A beta-hemolytic streptococcus (EBHGA). It prevails among the lower socioeconomic classes. The objective of this study is to report a case of a child, who developed a serious condition due to late diagnosis and inadequate treatment. **Case** Adolescent, indigenous, 13 years old, female, was admitted to the emergency room with history of myoarthralgia, precordialgia, difficulty walking, anasarca, oliguria, daily fever measured at 39°C, abdominal pain and respiratory discomfort. She mentioned the onset of the disease 3 months ago, but only sought medical care after 01 month of the onset of symptoms, was diagnosed with Urinary Tract Infection. She was referred from the Hospital of Tabatinga, in a severe condition, with cardiorespiratory arrest and orotracheal intubation, electrocardiographic changes and arrhythmias, immediately transferred to the Pediatric Intensive Care Unit. Severe complications may occur after the first outbreak of rheumatic fever, even though it is an easily preventable disease, affecting patients with increasing risk, especially those with late diagnosis.

KEYWORDS : Penicillin G Benzathine; Rheumatic fever; Rheumatic Carditis.

INTRODUÇÃO

A febre reumática (FR) é uma complicação inflamatória tardia não-supurativa de uma infecção de vias aéreas superiores (faringoamigdalite), causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield (EBHGA). Prevalence entre as classes de menor nível socioeconômico, nas quais as más condições de habitação, associadas às precárias condições de higiene, favorecem a disseminação dos estreptococos entre as pessoas (HILARIO et al apud SILVA et al, 2010).

Estima-se que, ocorram a cada ano por volta de 500.000 novos casos de FR, determinando uma prevalência de mais de 15 milhões de casos de carditerreumática. Aproximadamente 233.000 pessoas morrem todos os anos em consequência desta doença (COSTA et al apud PEIXOTO et al, 2011).

Na América Latina, 21.000 casos de FR aguda ocorrem anualmente. Os dados no Brasil são escassos. Em 2002, 5.000 casos novos foram reportados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados do Ministério da Saúde estimam uma prevalência de FR ao redor de 3% entre crianças e adolescentes, sendo responsável por 40% das cirurgias cardíacas no país (CARVALHO et al apud PEIXOTO et al, 2011).

Fatores ambientais e socioeconômicos contribuem para o aparecimento da doença, uma vez que alimentação inadequada, habitação em aglomerados e ausência ou carência de atendimento médico constituem fatores importantes para o desenvolvimento de faringoamigdalite estreptocócica

(CUNNINGHAM et al apud BARBOSA et al, 2009). Paralelamente, fatores genéticos de suscetibilidade à doença estão diretamente relacionados ao desenvolvimento da FR e suas sequelas (GUILHERME et al apud BARBOSA et al, 2009).

A principal manifestação da FR é a cardite, que está relacionada com a lesão tecidual de várias áreas do sistema cardíaco como pericárdio e as válvulas cardíacas, podendo desenvolver sequelas crônicas e em muitos casos uma incapacidade funcional precoce nessas estruturas, gerando um exorbitante custo econômico e social (BARBOSA et al apud CRUZ, 2017).

Na cardite reumática, anticorpos reativos ao tecido cardíaco, por reação cruzada com antígenos do estreptococo, se fixam à parede do endotélio valvar e aumentam a expressão da molécula de adesão VCAM I, que atrai determinadas quimiocinas e favorecem a infiltração celular por neutrófilos, macrófagos e, principalmente, linfócitos T, gerando inflamação local, destruição tecidual e necrose (CUNNINGHAM et al; GUILHERME et al apud BARBOSA et al, 2009).

O critério essencial para se estabelecer o diagnóstico da Febre Reumática Aguda (FRA) é a identificação de infecção estreptocócica recente, incluindo as subclínicas, de portadores assintomáticos e aquelas tratadas inadequadamente com persistência do agente na orofaringe. A cultura de orofaringe tem baixa positividade na FRA e pode negatizar pelo uso prévio de antibióticos, sendo a detecção de anticorpos antiestreptocócicos, como a antiestreptolisina O e a antidesoxiribonuclease B os mais utilizados na prática clínica (MASSELL; JOHNSON et al apud MACHADO et al, 2001).

Segundo Goldenzon 2015, a faixa etária mais acometida é de pacientes entre 5 e 14 anos de idade. O tratamento da faringite (profilaxia primária) visa reduzir a exposição antigênica do paciente ao estreptococo e impedir a propagação de cepas reumatogênicas, além de prevenir complicações agudas. A distinção entre as amigdalites virais e bacterianas, bem como as considerações quanto à presença de fatores de risco devem ser consideradas para indicar a profilaxia primária. A prevenção da doença baseia-se no tratamento adequado da faringoamigdalite estreptocócica, preferencialmente com a penicilina G benzatina.

O presente estudo tem como objetivo revisar o prontuário de uma paciente com sinais e sintomas de cardite reumática, avaliando a sobreposição de critérios clínicos, seu diagnóstico e desfecho.

RELATO DE CASO

Adolescente, indígena, 13 anos, sexo feminino, foi admitida no Pronto Socorro (PS) com história de mioartralgias, precordialgia, dificuldade para deambular, anasarca, oligúria, febre diária aferida em 39°C, dor abdominal e desconforto respiratório. Referiu início do quadro há 03 meses, porém só procurou atendimento médico após 01 mês do início dos sintomas, foi diagnosticada com Infecção do Trato Urinário, tratada com Ciprofloxacino, Amoxicilina+Clavulanato e Metronidazol por 10 dias, sem melhora clínica. Relata histórico de amigdalite de repetição, sendo o último episódio há 01 mês da internação.

Veio transferida do Hospital de Guarnição de Tabatinga para o PS da Criança de Manaus. Exames de admissão: Leuco 8.700, Plaquetas 412.000, Fator Reumatóide: negativo, ASLO: 400UI, VDRL: não reativo, VHS: 93 mm, TAP: 51,4%, TTPA: 46,6", HBsAg: não reativo, Anti-HCV: não reativo, CPK: 70 U/L, Troponina I: negativo, PCR: 192 mg/dL, RX de Tórax: Aumento da área cardíaca (Figura 1), EAS: incontáveis piócitos por campo, Urinocultura: E. coli, sensível à Amicacina, USG de Abdomen: Ascite leve e perda da diferenciação córtico medular renal à direita.



Fig. 1- Aumento da área cardíaca.

Fonte: as autoras

Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, prostrada, lúcida e orientada no tempo e espaço, hipocorada (+3/+4), anictérica, acianótica, afebril ao toque, desnutrida, perfusão adequada, pulsos finos, com turgência jugular à direita. Aparelho Respiratório: Murmúrio Vesicular diminuído em bases pulmonares. Aparelho Cardiovascular: Ritmo Cardíaco Irregular, em 3 tempos, Bulhas Hipofonéticas, sopro diastólico em foco mitral (3+/6+), com irradiação para axila e dorso, Ictus propulsivo em 2 polpas digitais. Abdomenascítico, doloroso à palpação superficial e profunda, fígado palpável à 2cm do Rebordo Costal Direito, Ruído Hidroaéreo preservado. Extremidades: Membros Inferiores sem edemas.

Após 24 horas da internação evoluiu com Parada Cardiorrespiratória, foi submetida à Intubação Orotraqueal e Ventilação Pulmonar Mecânica, transferida para Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, apresentando alterações eletrocardiográficas como: Fibrilação Ventricular com períodos de Bloqueio Atrioventricular e Bigeminismo(dissociação atrioventricular) com PR alargado, frequência cardíaca variando entre 220 e 98 bpm, sendo assim, foi iniciado Amiodarona e Droga Vasoativa.

No 3º dia de internação foi realizado ecocardiograma que evidenciou múltipla disfunção valvar com refluxo de fase inicial, sem lesão valvar estabelecida, confirmando cardite reumática; iniciado pulsoterapia 3x/semana, evoluindo com melhora clínica, extubada após 02 dias do seu início. Redução de drogas vasoativas e introdução de Digoxina no 7º dia, com necessidade do uso de Fluconazol em dose única devido à urinocultura positiva para *Candida albicans* do dia 03.10.18, além de Amicacina (10 dias), Oxacilina (14 dias), Metronidazol (07 dias) e Albendazol (05 dias). Últimos exames: Leuco: 19.000, Hb: 10,2 g/dL, Ht: 31,8%, Segmentados: 56%, Linfócitos: 34%, Monócitos: 7%, Plaquetas: 655.000, Na: 139mmol/L, K: 3,8mEq/L, Ca: 1,23 mg/dL, PCR: negativo, Lactato: 15,7mmol/L, Ureia: 33 mg/dL, Creatinina: 0,7 mg/dL, Hemocultura: negativa, ASLO: 1.600UI, Anti-DNA: negativo e FAN: negativo.

Clinicamente estabilizada, após confirmação diagnóstica (Cardite Reumática) pelos critérios clínicos acima citados, foi administrado Penicilina Benzatina IM e posteriormente transferida para enfermaria após 10 dias em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Permaneceu por mais 07 dias em regime hospitalar, sem intercorrências, recebendo alta no dia 18.10.18 com encaminhamento para Cardiologista Pediátrico e uso contínuo de antiarrítmico e diurético.

DISCUSSÃO

Segundo Carvalho et al (2012), a FR é um problema de saúde pública devido à cardite e à lesão cardíaca, e pode ser agravada pelo diagnóstico tardio e pela deficiente adesão à profilaxia com Penicilina. Uma avaliação sistemática do cuidado com os pacientes é importante para que se defina uma estratégia de controle e tratamento da doença.

No presente estudo, a paciente iniciou o quadro febril associado à mioartralgias, com quadros recorrentes de faringoamigdalite previamente estabelecido, sem o tratamento adequado, acentuando a gravidade clínica devido ao diagnóstico tardio.

Considerando os critérios de Jones (1992), apresentados na Tabela 2, foram observados 02 critérios maiores (cardite e artrite) e todos os critérios menores (artralgias, febre, elevação de reagentes de fase aguda - VHS e PCR e alargamento do intervalo PR), além de sinais e sintomas não inclusos nos critérios supracitados, como anorexia, perda ponderal, dor abdominal, arritmias, precordialgia e palidez cutânea, durante a internação no PS de Manaus.

Os critérios de Jones, estabelecidos em 1944, tiveram a sua última modificação em 1992 e continuam sendo considerados o "padrão ouro" para o diagnóstico do primeiro surto da FR. A divisão dos critérios em maiores e menores é baseada na especificidade e não na frequência da manifestação.

Critérios de Jones modificados para o diagnóstico de febre reumática (1992)	
Critérios Maiores	Critérios Menores
Cardite	Febre
Artrite	Artralgia
Coreia de Sydenham	Elevação de reagentes de fase aguda (VHS e PCR)
Eritema marginado	Intervalo PR alongado no ECG
Nódulos subcutâneos	

Evidência de infecção pelo estreptococo do grupo A por meio de cultura de orofaringe, teste rápido para EBGA e elevação dos títulos de anticorpos (ASLO); Adaptado de Dajani et al, Jones criteria 1992 Update – AHA.

Tabela 2 – Critérios de Jones (BARBOSA et al, 2009).

Outros sinais e sintomas, como epistaxe, dor abdominal, anorexia, fadiga, perda de peso e palidez podem estar presentes, mas não estão incluídos entre as manifestações menores dos critérios de Jones. A probabilidade de FR é alta quando há evidência de infecção estreptocócica anterior, determinada pela elevação dos títulos da antiestreptolisina O (ASLO), além da presença de pelo menos dois critérios maiores ou um critério maior e dois menores. Com as sucessivas modificações, os critérios melhoraram em especificidade e perderam em sensibilidade devido à obrigatoriedade de comprovação da infecção estreptocócica (BARBOSA et al, 2009).

Independentemente da classificação de risco, passou-se a considerar os achados ecodopplercardiográficos sugestivos de cardite – ainda que não acompanhados por sopro ou outros sinais clínicos (a “carditesubclínica”) como suficientes para contemplar um sinal maior dos critérios (PEREIRA et al, 2015).

O ecodopplercardiograma é consideravelmente mais sensível do que a ausculta para detectar lesões cardíacas valvulares na fase aguda da doença. Quando disponível, deve ser solicitado em todos os casos suspeitos de febre reumática a fim de se detectarem lesões valvulares “silenciosas” (SAXENA; MIRABEL et al; FIGUEROA et al; HILARIO et al; KANE et al apud PEREIRA et al, 2015).

Considerando o ecocardiograma realizado na paciente, onde foi evidenciado a disfunção de múltiplas válvulas cardíacas, somando às alterações eletrocardiográficas (arritmias, bloqueios atrioventriculares e bigeminismo, com alargamento de PR) foi estabelecido o diagnóstico de cardite reumática e introduzido cardiotônico, corticoterapia e antimicrobiano adequado para erradicação do EBGA.

Como houve um acometimento multissistêmico (renal, pleural e cardíaco), foi necessário a exclusão de Lúpus Eritematoso Sistêmico durante sua internação na UTIP.

Assim sendo, é de fundamental importância a identificação da faringite estreptocócica e o seu correto tratamento, bem como o diagnóstico precoce da doença reumática, com seu apropriado manuseio para prevenção de doença cardíaca, e nos casos de lesão constituída, através da profilaxia de novos surtos, ensejar a diminuição do número de adultos jovens com lesões valvares graves e necessidade de cirurgia cardíaca, evoluindo para maior morbimortalidade.

Ressalta-se ainda, a urgente necessidade de revisão dos critérios clínicos e laboratoriais da febre reumática de forma a aumentar a sensibilidade no estabelecimento do diagnóstico (CAMPOS et al, 2007).

CONCLUSÃO

Complicações graves podem surgir após o primeiro surto de Febre Reumática, mesmo sendo esta uma doença de fácil prevenção, acometendo pacientes de forma crescente, sobretudo aqueles com diagnóstico tardio. Ainda existe um déficit de conhecimento clínico, por parte dos profissionais de saúde, contribuindo para uma evolução desfavorável, principalmente na rede pública de saúde. Assim, é importante a necessidade de uma revisão sistemática de critérios clínicos da FR, pelos médicos assistentes, para prevenção dos primeiros surtos serem identificados precocemente e tratados de maneira adequada, evitando complicações mais sérias.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, P.J.B.; MULLER, R.E.; LATADO, A.L.; ACHUTTI, A.C.; RAMOS, A.I.O.; WEKSLER, C.; et al. Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática da Sociedade Brasileira de Cardiologia, da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. 2009;
- CAMPOS, A.A.; PEREIRA, L.V.; FERNANDES, R.C.S.C. Febre reumática com manifestações clínicas pouco comuns: relato de caso. Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos. Vol.2. n.1. 2007;
- CARVALHO, S.M.; DALBEN, I.; CORRENTE, J.E.; MAGALHÃES, C.S. Apresentação e desfecho da febre reumática em uma série de casos. Revista Brasileira de Reumatologia. Vol.52. n.2. São Paulo, Março-Abril, 2012;
- CRUZ, J.V.C. Aspectos celulares, moleculares e clínicos da febre reumática: uma revisão da literatura. Centro Universitário de Brasília – 2017;
- GOLDENZON, A.V. Novos critérios para o diagnóstico de Febre Reumática. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2015;
- MACHADO, C.S.M.; ORTIZ, K.; MARTINS, A.L.B.; MARTINS, R.S.; MACHADO, N.C. O perfil da antiestreptolisina O no diagnóstico da febre reumática aguda. Jornal de Pediatria. Vol.77. n.2. Porto Alegre, Maio-Abril, 2001;
- PEIXOTO, A.; LINHARES, L.; SCHERR, P.; XAVIER, R.; SIQUEIRA, S.L.; PACHECO, T.J.; VENTURINELLI, G. Febre reumática: revisão sistemática. Revista Brasileira de Clínica Médica. São Paulo, Maio-Junho, 2011;
- PEREIRA, B.A.F.; BELO, A.R.; SILVA, N.A. Febre Reumática: atualização dos critérios de Jones à luz da revisão da American Heart Association – 2015. Revista Brasileira de Reumatologia. 2017;
- SILVA, A.P.; SILVA, L.M.; SILVA, D.B. Frequência de internações por febre reumática em um hospital pediátrico de referência em um período de 20 anos. Revista paulista de pediatria. vol.28. n.2 – São Paulo, Junho 2010.

RESUMO

Introdução: A febre reumática (FR) é uma complicação inflamatória tardia não-supurativa de uma infecção de vias aéreas superiores (faringoamigdalite), causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield (EBHGA). Prevalence entre as classes de menor nível socioeconômico. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é relatar um caso de uma criança, que evoluiu de forma grave, devido o diagnóstico tardio e o tratamento inadequado. **Relato do caso:** Adolescente, indígena, 13 anos, sexo feminino, foi admitida no Pronto Socorro (PS) com história de mioartralgias, precordialgia, dificuldade para deambular, anasarca, oligúria, febre diária aferida em 39°C, dor abdominal e desconforto respiratório. Referiu início do quadro há 03 meses, porém só procurou atendimento médico após 01 mês do início dos sintomas, foi diagnosticada com Infecção do Trato Urinário. Veio encaminhada do Hospital de Tabatinga, em estado grave, evoluiu com parada cardiorrespiratória e intubação orotraqueal, alterações eletrocardiográficas e arritmias, transferida imediatamente para Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Conclusão:** Complicações graves podem surgir

após o primeiro surto de Febre Reumática, mesmo sendo esta uma doença de fácil prevenção, acometendo pacientes de forma crescente, sobretudo aqueles com diagnóstico tardio.

Palavras-chave: Penicilina G Benzatina; Febre Reumática; Cardite Reumática.

LBP PUBLICATION