

Olhar do especialista

Denise Silva de Moura
Editora da seção

Opinião do especialista sobre a sua prática clínica a partir de uma pergunta de interesse

QUANDO SUSPEITAR DE FEBRE REUMÁTICA?

Luciana Brandão Paim Marques

Mestre em Clínica Médica. Professora Assistente do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza.
Coordenadora do Serviço de Reumatologia Pediátrica do Hospital Infantil Albert Sabin.

A febre reumática (FR) é uma reação tardia a uma infecção estreptocócica, que se manifesta com sinais e sintomas clínicos e laboratoriais específicos. É considerada a doença reumatológica mais comum no nosso meio e a maior causa de cirurgia por cardiopatia adquirida em países desenvolvidos. No nosso ambulatório do HIAS, assim como na literatura, é a doença mais prevalente.

A FR ainda é um relevante problema de saúde pública no Brasil e em muitos outros países, com conseqüências sócio-econômicas importantes não só pelos gastos decorrentes de seus altos índices, mas também pelas seqüelas cardíacas limitantes à produtividade individual e da comunidade.

O diagnóstico de certeza se dá através do preenchimento dos critérios de Jones (criados nos meados dos anos 40) que consiste em:

Artrite – as grandes articulações, como joelhos, cotovelos, punhos e tornozelos são as mais afetadas. O padrão do envolvimento é migratório e totalmente resolutivo em 2 a 3 semanas, não deixando seqüelas. É excelente a resposta aos antiinflamatórios não-hormonais, com remissão dos sintomas em 48-72 horas.

Cardite – o principal folheto atingido é o endocárdio, na forma de insuficiência mitral, manifestando-se como sopro sistólico apical. Em aproximadamente metade das vezes, pode ser acompanhada de sopro diastólico basal, decorrente de insuficiência aórtica. A concomitância de insuficiência mitral e aórtica em um paciente previamente sadio é altamente sugestiva de febre reumática. Ocasionalmente, miocardite e pericardite podem estar presentes. Na ausência de valvulite, estas manifestações são excepcionais na febre reumática.

Quadro 1 - Critérios de Jones para diagnóstico de FR (Modificado em 1992)

Evidência de infecção estreptocócica precedente e recente: 2 sinais maiores ou 1 maior e 2 menores	
Sinais Maiores	Sinais Menores
Artrite	Febre
Cardite	Artralgia
Coréia	VHS e/ou PCR elevados
Eritema marginado	Aumento do espaço P-R no ECG
Nódulos subcutâneos	
Exceção: coréia isolada	

Evidência recente de estreptococcia: ASLO, anti-DNase-B, anti-hialuronidase. Anti-estreptoquinase, cultura de orofaringe e/ou testes rápidos.

Coréia – movimentos incoordenados, involuntários, abruptos, de grupos musculares estriados esqueléticos. As queixas são de tropeços à deambulação, fala arrastada ou “enrolada”, deixar cair objetos e piora da escrita. Atinge mais o sexo feminino, na faixa etária da adolescência. Há muita labilidade emocional, com facilidade para alternância entre choro e riso. Impõem-se o diagnóstico diferencial com o lúpus eritematoso sistêmico, em especial os casos de difícil controle terapêutico. Diferente do que se postulava anteriormente a coréia de Sydeham não é uma entidade sem sequelas, podendo estar associada a uma maior incidência de distúrbio obsessivo compulsivo, tique, déficit de atenção, déficit de aprendizado, dentre outros.

Eritema marginado e nódulos subcutâneos – são raros, mas altamente específicos de febre reumática. O eritema marginado é uma lesão macular com halo hiperemiado e centro opaco. Geralmente não é pruriginoso e poupa a face. Os nódulos subcutâneos são indolores e estão usualmente localizados nas superfícies extensoras das articulações e ao longo de tendões. Estão associados à presença de cardite.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Marcadores biológicos de inflamação: A elevação da velocidade de hemossedimentação e da proteína C-reativa são manifestações menores da doença. Leucocitose e leve anemia são achados frequentes, porém inespecíficos.

ASO ou ASLO (Antiestreptolisina O): É o método mais usado para evidenciar uma infecção prévia pelo *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A. O ideal seria que cada comunidade promovesse estudos que pudessem estabelecer quais níveis, ou pontos de corte, deste anticorpo deveriam ser considerados elevados. Como esta não é nossa realidade atual, consideram-se, para crianças, níveis acima de 320 UI/ml como elevadas. A dosagem da ASLO deve ser repetida entre duas e três semanas após a primeira aferição, pela possibilidade de se detectar ascensão dos títulos e, portanto, confirmar o diagnóstico de infecção estreptocócica recente.

Outros métodos de documentação de infecção precedente pelo *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A: antideoxirribonuclease B – a exemplo da antiestreptolisina-O, é um anticorpo contra produto estreptocócico, mas persiste em níveis elevados por mais tempo no soro de pacientes com febre

reumática. Como a coréia frequentemente ocorre meses depois da infecção da orofaringe, observa-se um maior percentual de positividade que os outros métodos de documentação desta infecção em pacientes com esta manifestação clínica. Outras evidências de estreptococcia são a cultura de orofaringe positiva para o *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A, o teste rápido para identificação de estreptococos e a escarlatina.

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 detectar lesões valvulares “silenciosas”.

Na nossa prática clínica evidenciamos um superdiagnóstico de febre reumática. Para um diagnóstico correto é necessário ter os critérios de Jones em mente. Lembrando que alguns pacientes apresentam quadros incomuns da doença. É importante assegurar o diagnóstico com provas ou sintomas inquestionáveis da doença, pela ansiedade que desperta na família, pela idéia e suspeita de lesão cardíaca, pelos medicamentos que necessitará usar (corticoesteróides) e, principalmente, pela profilaxia a longo prazo.

Na clínica diária se observam pacientes, especialmente crianças, com sintomas vagos e achados laboratoriais não específicos, diagnosticados como FR. Desconforto importante, pequena elevação da temperatura, tonsilites e faringites, mialgias e dores não especificadas, duvidoso aumento de um sopro até então considerado funcional, taquicardia, VHS aumentado e prolongamento do espaço P.R. podem estar presentes, não acompanhados de nenhum critério maior de Jones. A administração precoce do ácido acetilsalicílico (AAS) ou corticoesteróides pode tornar mais difícil o raciocínio, pela melhora clínica que determinam.

O preenchimento dos critérios de Jones ainda é a maneira mais segura para este fechar diagnóstico, e mesmo não fazendo parte dos critérios, o estudo ecocardiográfico que aumenta sobremaneira e significativamente o percentual de detecção de alterações anatômicas que passam despercebidas à ausculta precordial.

Na excelente revisão de FR, Silva e Pereira relacionam as seguintes doenças que devem ser objeto de consideração no diagnóstico diferencial (a es-

tas entidades acrescentamos a artrite reativa pós-estreptocócica):

- artrite reumatóide juvenil;
- lúpus eritematoso sistêmico;
- outras colagenoses, incluindo as vasculites;
- endocardite infecciosa;
- artrite reativa (não-estreptocócica);
- espondiloartropatias soronegativas;
- infecções (Hansen, Lyme, Yersinia);
- febre familiar do Mediterrâneo;
- síndrome antifosfolípida;
- leucemias;
- anemia falciforme e outras doenças hematológicas;
- sarcoidose;
- artrite reativa pós-estreptocócica.

Justificamos a separação da artrite reativa pós-estreptocócica em um item separado da artrite reativa, pela sua importância e por ter uma etiologia comum de grande similaridade com a febre reumática.

A melhor estratégia atual para prevenir recidivas em um paciente que tenha tido um surto inicial de FR é por meio do uso sistemático e continuado de antibióticos. A lógica desta medida é impedir a aquisição de infecções por estreptococos reumatogênicos man-

tendo níveis séricos acima da concentração inibitória mínima para a bactéria. As evidências mostram que a penicilina benzatina é a opção mais adequada por várias razões, entre outras seu baixo custo, administrações com intervalos pelo menos quinzenais, uso intramuscular com maior segurança de biodisponibilidade – e escassez de efeitos colaterais.

Embora pareça ser prudente administrá-la a cada 21 dias, ainda há espaço para trabalhos multicêntricos com grandes amostras que possam apontar o caminho do consenso com relação ao esquema posológico ideal e à duração desta profilaxia. As diretrizes formuladas pela *American Heart Association* (AHA) para profilaxia secundária de FR indicam intervalos de 4 semanas entre as administrações de penicilina benzatina, salvo em casos especiais. Porém, estudos posteriores têm mostrado, clínica e microbiologicamente, o baixo nível de proteção conferido após 3 semanas da administração da droga. A Sociedade Brasileira de Pediatria, através dos Departamentos de Cardiologia e de Reumatologia, orienta o período de 21 dias como intervalo.

Na gravidez a profilaxia secundária não deve ser suspensa.

REFERÊNCIAS

1. Jones TD: The diagnosis of rheumatic fever. *JAMA* 1944;126: 481.
2. Shiffman RN: Guideline maintenance and revision. 50 years of the Jones criteria for diagnosis of rheumatic fever. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149: 727-732.
3. Silva NA, Pereira BAF: Acute rheumatic fever: still a challenge. *Rheum Dis Clin N Am* 1997;23: 545-568.
4. Hilário MOE, Len C, Goldenberg J, Fonseca AS, Ferraz MB, Naspitz CK: Febre reumática: manifestações articulares atípicas. *Rev Ass Med Brasil* 1992;38: 214-216.
5. Bittar FF, Hayek P, Obeid M, Gharzeddine W, Mikati M, Dbaiho GS: Rheumatic fever in children: a 15-year experience in a developing country. *Pediatr Cardiol* 2000;21: 119-122.
6. Abbag F, Benjamin B, Kardash MM, al Barki A: Acute rheumatic fever in southern Saudi Arabia. *East Afr Med J* 1998;75: 279-281.
7. Karaaslan S, Oran B, Reisli I, Erkul I: Acute rheumatic fever in Konya, Turkey. *Pediatr Int* 2000;42: 71-75.
8. Dajani A, Taubert K, Ferrieri P, et al: Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever: a statement for health professionals. *Pediatrics* 1995;96: 758-764.
9. Oran B, Tastekin A, Karaaslan S, et al: Prophylactic efficiency of 3-weekly benzathine penicillin G in rheumatic fever. *Indian J Pediatr* 2000;67: 163-167.
10. Kassem AS, Zaher SR, Shleib HA, et al: Rheumatic fever prophylaxis using benzathine penicillin G (BPG): two-week versus fourweek regimens; comparison of two brands of BPG. *Pediatrics* 1996; 97 (supl): 992-995.
11. Lue HC, Wu MH, Wang JK, et al: Long-term outcome of patients with rheumatic fever receiving benzathine penicillin G prophylaxis every three weeks versus every four weeks. *J Pediatr* 1994;125 (supl): 812-816.
12. Sbaffi F, Bica BE, Cabral SA: Resultados do consenso sobre febre reumática. *Jornal de Pediatria* 1998; 74: 77-78.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Luciana Brandão Paim Marques

E-mail: lubpaim@gmail.com