

SINTOMAS E TRATAMENTO DA FEBRE REUMÁTICA – ELUCIDAÇÃO DA CLÍNICA

Geórgia Duarte Tomaszweski
gee.duarte@hotmail.com

Jhully Mirella de Lara Vaz
Jhullymirella@gmail.com

Louise Tamirys Camargo
loutink@outlook.com

Rayanne Perez Macedo
Rayanne.baka@gmail.com

Orientador: Profº Me. Bruno Osternack
brunoosternack@yahoo.com.br

PALAVRAS-CHAVE: Febre reumática, *Streptococcus pyogenes*, sintomas e tratamento.

RESUMO:

A febre reumática (FR) é causada pela bactéria gram positiva *Streptococcus pyogenes*. De acordo com sua capacidade hemolítica, é considerada um beta-hemolítico e pertence ao grupo A de Lancefield (EBGA). A patologia é caracterizada por apresentar febre, dor de garganta, linfonodomegalia, pontos vermelhos ou placas de pus na garganta. Os sintomas são gerados devido a resposta imune tardia a infecção, mediada por linfócitos T e anticorpos. Em populações geneticamente predispostas, a sua principal sintomatologia é a cardite reumática. A cardiopatia reumática é um marcador da desigualdade, injustiça social, e um esquecimento das famílias que vivem na pobreza. Quanto ao quadro clínico, apresenta-se como uma amigdalite estreptocócica que pode vir a apresentar dor de garganta, por vezes intensa, impedindo a deglutição, febre alta (acima de 38 °C), adenopatia cervical e submandibular e petéquias em palato e úvula. Quanto a sua epidemiologia, possui repercussões em todas as idades e apresenta um índice maior de morbidade em crianças e adolescentes e, óbito em adultos. O diagnóstico é clínico e laboratorial, sendo usado os critérios de Jones. A doença não apresenta tratamento específico sendo realizada a profilaxia primária que visa à eliminação do estreptococo e secundária que evita recidivas da doença.

O começo da inflamação, ocorre com as células polimorfonucleares e monócitos, exercendo a fagocitose, realizam a produção de citocinas que ampliam o processo inflamatório da doença, recrutam e ativam as demais células do sistema imunológico. A proteína M presentes na membrana da bactéria, está associada ao processo inflamatório cardíaco, facilitando a infiltração de células T no miocárdio e no endotélio da válvula cardíaca. A lesão articular, ocorre devido à semelhança do ácido hialurônico do estreptococo com o ácido dos tecidos humanos, desencadeando a inflamação de anticorpos que atuam contra a cartilagem das articulações, reagindo de forma cruzada com as proteínas de membrana. No início da patologia, ocorrem lesões como a fragmentação das fibras colágenas, edema da substância intercelular, infiltração celular e degeneração da fibrinóide. No miocárdio, a lesão progride a partir das válvulas cardíacas, com o aparecimento de pequenas verrugas ao longo da linha de fechamento, a longo prazo, tornando as válvulas espessas e deformadas, resultando em esterose ou insuficiência das valvas. Sendo a valva mitral a mais acometida, em seguida a aórtica, a tricúspide e raramente a pulmonar.

O diagnóstico da febre reumática é dependente da clínica do paciente, não havendo assim, um diagnóstico específico. Os exames laboratoriais ajudam na manutenção e na inspeção da infecção estreptocócica. Critérios foram criados em 1944 para auxiliar o diagnóstico da febre reumática e são até hoje utilizados, chamados os critérios de Jones. Estes critérios são subclassificados em critérios maiores e menores, sendo considerados ainda, padrão ouro para diagnóstico da febre reumática. Corriqueiramente, é realizado o diagnóstico isolado das consequências da febre reumática e, posteriormente, um quadro clínico pode ser fechado. Após o primeiro surto de febre reumática, o paciente passa a ser enquadrado nos critérios de Jones.

A febre reumática não possui um tratamento específico. Inicialmente são realizadas as profilaxias primárias e secundárias e o tratamento é sintomático, variando de pessoa a pessoa pois depende da gravidade de cada caso. O objetivo do tratamento visa a erradicação estreptocócica a partir da melhora de indicadores sociais e, a profilaxia secundária a partir de um esquema de antibiótico terapia a fim de evitar recidivas da doença.

Após a confirmação do diagnóstico da doença, a primeira ação é o tratamento da infecção da garganta com a penicilina benzatina de forma intramuscular, a cada 3 semanas ou 21 dia. A duração dessa profilaxia depende de vários fatores como idade, número de recidivas, presença de cardite, data do último surto, condição social, entre outros. O acompanhamento é realizado anualmente em casos de remissão.

O tratamento de sintomas como a artrite, cardite e manifestações neurológicas (coréia) é adequado para cada situação podendo ser medicamentoso e não medicamentoso, este último inclui a educação do paciente e familiares com terapia ocupacional e atividades físicas e, tratamentos cirúrgicos.

A artrite pode ser tratada com anti-inflamatórios não esteroidais (AINE), Glicocorticóides, Medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD) e imunossupressores.

A cardite é tratada de modo a controlar processo inflamatório, sinais de insuficiência cardíaca e arritmias com o uso de fármacos Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA), diuréticos, antiarrítmicos e

anticoagulantes. E, em casos de cardite refratária, pode-se realizar tratamento cirúrgico que, pode vir a ser a única medida de controle.

O tratamento das manifestações neurológicas busca a redução do desenvolvimento da doença, da intensidade dos movimentos, restabelecendo as funções motoras do paciente possibilitando a reintegração do mesmo às atividades cotidianas. Os fármacos utilizados são aqueles que antagonizam a dopamina, aumentam os níveis de ácido gama-aminobutírico (GABA) em núcleos da base e drogas que diminuam a circulação de auto-anticorpos no corpo, reduzindo o processo inflamatório cerebral, que é característico da coreia. O tratamento específico é realizado apenas nas formas graves, quando os movimentos interferem nas ações cotidianas. Possui um bom prognóstico e pode progredir para a cura em poucos meses ou anos, podendo ocorrer reincidências por vários fatores.

A Febre Reumática tem consequências permanentes e degenerativas na vida dos pacientes portadores. É importante que seja realizado o diagnóstico dos sintomas, da infecção pelo *Streptococcus pyogenes* e o tratamento, tanto profilático quanto sintomático, para que as consequências na vida do paciente sejam evitadas ou diminuídas.

REFERÊNCIAS

ASBAHR, F.R. **Alterações psiquiátricas e suas implicações imunológicas em pacientes portadores de Febre Reumática, com e sem coréia de Sydenham [dissertação]**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1998.

BERTOLETTI, J. C. **Profilaxia da Febre Reumática: Quando e como fazer?**Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Ano XIII nº 01 Jan/FevMar/Abr 2004. Porto Alegre, RS.

BORGES, F., BARBOSA,M.L.A., BORGES, R.B., PINHEIRO, O.C., CARDOSO, C., BASTOS, C., ARAS, R. **Características Clínicas Demográficas em 99 Episódios de Febre Reumática no Acre, Amazônia Brasileira**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 84, Nº 2, Fevereiro 2005.

BRACCO, MARIO *et al.***Febre reumática: Doença negligenciada e subdiagnosticada. Novas perspectiva no Diagnostica de prevenção**. Arq. Bras.Cardiol. vol.107 no.5 São Paulo nov.2016.

BRANDÃO, M.C.O.H., Cardoso, M.A.G. **FEBRE REUMÁTICA – UM ALERTA NAS ESCOLAS!**X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças Raras**. Acesso em: 11 de outubro de 2018.

BRASIL, **Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica ARTRITE REUMATÓIDE**.Brasília, 2017. Acesso em: 11 de outubro de 2018.

COSTA, L. P., DOMICIANO, D. S., PEREIRA, R. M. R. **Característicademográficas, clínicas, laboratoriais e radiológicas da febre reumática no Brasil: revisão sistemática**. Revista Brasileira de Reumatologia, v.49, n.5, p.617- 622, 2009.

CFF. **CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – RESOLUÇÃO Nº 596 DE 21 DE FEVEREIRO DE 2014**. Brasília, 2014.

CRBM1. **CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA - RESOLUÇÃO Nº 78, DE 29 DE ABRIL DE 2002**. Disponível em: <http://www.crbm1.gov.br/RESOLUCOES/Res_78de29abril2002.pdf>. Acesso em: 24.out.2018.

FILHO, R, P. **Fármacos com Ação nas arritmias, Insuficiência Cardíaca e Acidentes Vasculares**. Faculdade de Ciências Farmacêuticas. São Paulo, 2012. Acesso em: 12 de Outubro de 2018.

GOLDENSTEIN-SCHAINBERG, CLÁUDIA. **Febre reumática**. Revista Pediatria Moderna, jan/Fev 2008, V 44 N1.

KELLEN, FAÉ; SANDRA EMIKO, OSHIRO; LUIZA GUIMERLHE; JORGE, KALIL. **Doença reumática cardíaca: Linfócitos TCD4+, principais mediadores das lesões cardíacas.** Rev. Bras. Reumatol – Vol.42 – 4 jul/Ago, 2002.

LINO, L.M. **Fatores de virulência em Streptococcus pyogenes.** Lisboa, Portugal 2010.

MOTA, C. C. C. **A febre reumática e suas complicações: impacto e desafios.** Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto, 2014, vol XXIII, n.º 3, editorial 121.

NAKA, E. N. **O que é Febre Reumática?** SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro, 2004.

PEIXOTO, A., LINHARES, L., SCHERR, P., XAVIER, R., SIQUEIRA, S.L., PACHECO T.J., VENTURINELLI, G. **Febre reumática: revisão sistemática.** Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2011 mai-jun;9(3):234-8.

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.** Rev Bras. Reumatol. 2017;57(4):364–368. Goiânia, GO.

ROBAZZI, T. C. M. C.; ARAÚJO, S. R.; COSTA, S. A.; JÚNIOR, A. B. O.; NUNES, L. S.; GUIMARÃES, I. **Manifestações articulares atípicas em pacientes com febre reumática.** Rev. Brasileira de Reumatologia. Bahia, v.54, n.4, p.268 – 272, 2014.

RODRIGUES, I.P., QUEIROZ, M.V.O., CHAVES, E.M.C. **CARACTERÍSTICAS DA FEBRE REUMÁTICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: CONVIVENDO COM A DOENÇA.** Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 36-46, jul./set.2010

SANTANA, J. MARQUES, A.F.G., CAMPOS L.L., ABREU, H.C., SOUZA, R., SZTAJNBOK, F.R. **Febre Reumática: uma revisão com ênfase no comprimido neurológico.** Volume 3, nº 3, outubro 2006/ Adolescência & Saúde.

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretrizes brasileiras para o diagnóstico, tratamento e prevenção da febre reumática.** Arq. Bras. Cardiol. vol.93 no.3 supl.4 São Paulo Sept. 2009.

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Revisão das II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e o Tratamento da Insuficiência Cardíaca.** Arq. Bras. Cardiol. vol.79 suppl.4 São Paulo 2002.

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria. **O que é Febre Reumática?** Rio de Janeiro, 2014. Acesso em: 24 de outubro de 2018.

SBR – Sociedade Brasileira de Reumatologia. **Febre Reumática**, 2011. Acesso em: 26 de setembro de 2018.

SCALABRIN, R., GISELE, D., LAMAGUCHI, K., CARDOSO, C., GARCIA, L. **Isolamento de *Streptococcus pyogenes* em indivíduos com faringoamidalite e teste de susceptibilidade a antimicrobiano.** Rev Bras Otorrinolaringol. V.69, n.6, 814-8, nov./dez. 2003.

SPINA, G.S. **Doença reumática: negligenciada, mas ainda presente e mortal.** Rev Med (São Paulo). 2008 abr.-jun.;87(2):128-41.

SZTAJNBOK, F. *et al.* **Doenças reumáticas na adolescência.** Jornal de Pediatria - Vol. 77, Supl.2, 2001.

VINÍCIUS, C,S; ARAÚJO, A, P,Q,C; ANDRÉ, C. **Revisão bibliográfica sobre o tratamento da coreia de Sydenham.** Revista de Pediatria SOPERJ, 2006. Acesso em: 12 de outubro de 2018.

ZAPPITELLI, M.C. **Morbidade psiquiátrica em pacientes com coreia de Sydenham: um estudo descritivo [dissertação].** São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2000.