

## Febre Reumática

*Sociedade Brasileira de Pediatria*

---

**Elaboração Final:** 24 de Julho de 2002

**Autoria:** Pereira BAF

---

---

*O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente*

## **DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:**

Revisão da literatura e consensos publicados relevantes e pertinentes ao tema (diagnóstico, tratamento e profilaxia da febre reumática), utilizando a base de dados dos sistemas MEDLINE e LILACS

## **GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:**

- A:** Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos ou séries de casos.
- D:** Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

## **OBJETIVOS:**

- 1- Descrever o método diagnóstico corrente e comentar sobre sua relevância prática;
- 2- Dissertar sobre peculiaridades clínicas, laboratoriais e imagenológicas de auxílio diagnóstico;
- 3- Padronizar esquemas de profilaxia e tratamento.

## **PROCEDIMENTOS:**

- História e exame físico minuciosos;
- Utilização do critérios de Jones como auxílio diagnóstico;
- ASLO ou outro método de documentação de infecção estreptocócica prévia;
- Provas de atividade inflamatória;
- Eletrocardiograma;
- Ecodopplercardiograma.

## **EVOLUÇÃO E DESFECHOS:**

- Remissão sem seqüelas;
- Prevenção de cardite seqüelar.

## INTRODUÇÃO

A febre reumática é uma doença inflamatória, sistêmica, deflagrada pelo agente infeccioso *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico do grupo A, que ocorre em pessoas geneticamente predispostas. A manifestação clínica mais relevante da doença é cardíaca e se caracteriza, na maioria das vezes, por valvulite, em especial das valvas mitral e aórtica, que pode se cronificar e originar seqüelas incapacitantes.

## DIAGNÓSTICO

Atualmente, o diagnóstico de febre reumática ainda se baseia em um grupo de critérios: os critérios de Jones. Estes critérios foram revistos a intervalos irregulares por associações médicas norte-americanas – correntemente, a American Heart Association (AHA). De acordo com a última revisão, realizada em 1992, ter-se-á alta probabilidade de febre reumática quando, na evidência de infecção prévia pelo *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico do grupo A, se preencher duas manifestações maiores ou uma maior e duas menores (Quadro 1). Coréia isolada, de etiologia não definida, é suficiente para o diagnóstico, mesmo na ausência das outras manifestações<sup>1</sup>(D).

Existem algumas características peculiares às manifestações clínicas de febre reumática que, quando encontradas, elevam o valor preditivo positivo do respectivo achado. Embora não se possa dizer que haja um quadro clínico típico de febre reumática, as formas de acometimento mais comuns são:

- Artrite – as grandes articulações, como joelhos, cotovelos, punhos e tornozelos são as mais afetadas. O padrão do envolvimento é migratório e totalmente resolutivo, na maior parte das vezes, não deixando seqüelas. É excelente a resposta aos antiinflamatórios não-hormonais, com remissão dos sintomas em 48-72 horas <sup>1,2</sup>(D) <sup>3</sup>(B).
- Cardite – o folheto atingido é o endocárdio em mais de 90% dos casos, 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<sup>1</sup>(D)<sup>4</sup>(B)<sup>5</sup>(B)<sup>6</sup>(C).

- Coréia – movimentos descoordenados, involuntários, abruptos, de grupos musculares estriados esqueléticos. As queixas são de tropeços à deambulação, fala arrastada ou “enrolada”, deixar cair ou jogar objetos, como pratos, copos, cadernos e escrita ruim. Atinge mais o sexo feminino, na faixa etária da adolescência. Há muita labilidade emocional, com facilidade para alternância entre choro e riso. Impõe-se o diagnóstico diferencial com lúpus eritematoso sistêmico, em especial nos casos de difícil controle terapêutico<sup>1,2</sup>(D).
- 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<sup>1,2,7-9</sup>(D).
- Manifestações laboratoriais:
  - Há elevação dos reagentes séricos da fase aguda da inflamação, velocidade de hemossedimentação e proteína C-reativa sendo manifestações menores da doença. Leucocitose e leve anemia são frequentes achados inespecíficos<sup>1,2,7-9</sup>(D)<sup>3</sup>(B).
  - Antiestreptolisina-O – método mais usa-

do em nosso país 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 U Todd como elevadas. Outros métodos de documentação de infecção precedente pelo *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico do grupo A estão listados no quadro 1<sup>1</sup>(D).

- Antideoxirribonuclease B – a exemplo da antiestreptolisina-O, é outro 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 pelo *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico do grupo A, tem percentual de positividade maior que os outros métodos de documentação desta infecção em pacientes com esta manifestação clínica<sup>8,9</sup>(D).
- 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”<sup>10,11</sup>(D)<sup>12,13</sup>(B)<sup>14</sup>(C).

## TRATAMENTO

A primeira medida terapêutica é a erradicação do agente infeccioso deflagrador, o *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico do grupo A<sup>15</sup>(D): penicilina benzatina, IM, 1.200.000 U, para

crianças com peso maior que 25 kg; 600.000 U para crianças com peso até 25 kg.

Alternativas:

- Para pacientes com doenças hemorrágicas (não podem receber medicações IM): penicilina-V oral (50mg/kg/dia, quatro tomadas) ou amoxicilina (50mg/kg/dia, três tomadas diárias), ambas por 10 dias.
- Para pacientes atópicos à penicilina e derivados: eritromicina (40mg/kg/dia, quatro tomadas, por 10 dias). Os novos macrolídeos (azitromicina, VO, por cinco dias) e cefalosporinas orais (por 10 dias) também podem ser utilizados, embora sejam de custo muito maior <sup>16</sup>(D).
- Tetraciclina (alta prevalência de resistência), sulfonamidas (não erradicam o agente), cloranfenicol (alta toxicidade), não devem ser usados <sup>15</sup>(D).

Em seguida, trataremos as manifestações clínicas distintas:

- Artrite <sup>2, 8</sup>(D): antiinflamatórios não-hormonais por aproximadamente 7-10 dias, VO, preferencialmente:
  - Ácido acetil-salicílico (80-100mg/kg/dia);
  - Naproxeno (10-20 mg/kg/dia);
  - Ibuprofeno (30-40 mg/kg/dia).
- Cardite <sup>2</sup>(D): prednisona (1 a 2 mg/kg/dia), VO, máximo de 60mg/dia. Usar dose plena, fracionada em 2 ou 3 tomadas diárias, durante 15 dias; depois, reduzir 20% a 25% da dose, por semana.

OBS: em caso de artrite e cardite concomitantemente, não há necessidade de se fazer uso de antiinflamatórios não-hormonais; quando está se promovendo a redução gradual da prednisona, não é necessário introduzir

antiinflamatórios não-hormonais, desde que se procure não ultrapassar 25% em cada redução semanal.

- Coréia: haloperidol, VO, na dose de 1mg/dia (e não por kg), duas vezes por dia. Aumentar 0,5 mg a cada três dias, até atingir boa resposta (mais de 75% de remissão dos movimentos) ou até dose máxima de 5 mg/dia. Duração do tratamento por três meses <sup>2</sup>(D)<sup>17</sup>(B).

OBS: doses próximas à dose máxima podem causar impregnação ou síndrome extrapiramidal. Como alternativa indica-se o ácido valpróico (30 mg/kg/dia, VO, iniciando com 10 mg/kg/dia e aumentando 10mg/kg, semanalmente) <sup>2</sup>(D)<sup>18</sup>(B).

### PROFILAXIA

Profilaxia primária – reconhecimento e tratamento adequados das infecções de vias aéreas superiores, como faringo-amigdalites, causados pelo Streptococcus  $\beta$ -hemolítico do grupo A. A recomendação de antibióticos é a mesma usada na erradicação do agente quando do tratamento, como descrito acima <sup>15</sup>(D).

Profilaxia secundária – uso periódico e por longo prazo de antibióticos que mantenham concentrações inibitórias mínimas para o Streptococcus  $\beta$ -hemolítico do grupo A, visando impedir recidivas de febre reumática em pacientes que já apresentaram um primeiro surto da doença. A droga mais usada e mais efetiva é:

- Penicilina benzatina, IM, a cada 21 dias, 1.200.000 U, para crianças com peso maior que 25 kg e 600.000 U para crianças com peso até 25 kg.

## Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

Como alternativa, indica-se para:

- Pacientes com doenças hemorrágicas (não podem receber medicações IM): penicilina-V oral (250 mg, duas vezes ao dia, todos os dias).
- Pacientes atópicos à penicilina e derivados: eritromicina (250 mg, duas vezes por dia) ou sulfadiazina (500mg para pacientes até 25 kg, 1g para maiores de 25 kg), ambas em todos os dias <sup>15</sup>(D).

Duração da profilaxia secundária:

- Pacientes que não apresentaram cardite – a profilaxia deve durar até os 18 anos de idade ou até cinco anos após o último episódio, em caso de recidivas. A opção que durar mais.

- Pacientes que apresentaram cardite – a profilaxia deve durar até os 40 anos de idade ou até 10 anos após o último episódio, em caso de recidivas. A opção que durar mais.

OBS: podem interromper a profilaxia secundária aos 25 a 30 anos de idade os pacientes que tiveram cardite com remissão total após o tratamento, representada pela ausência de sopros e normalidade do ecodopplercardiograma. Os antibióticos e/ou posologias aqui elencados não são eficazes na profilaxia de endocardite bacteriana. Os pacientes que apresentem lesões orovalvulares devem se submeter a esquemas profiláticos específicos <sup>19</sup>(D).

### Quadro 1

#### Critérios de Jones (para suspeitos de 1º episódio de febre reumática)

**Evidência de infecção prévia pelo Streptococcus β-hemolítico do grupo A**  
(cultura positiva de orofaringe, positividade em testes rápidos para detecção de antígenos estreptocócicos ou títulos elevados de anticorpos anti-estreptocócicos)

mais 2 maiores ou 1 maior e 2 menores:

#### Manifestações maiores

Cardite

Poliartrite

Coréia

Eritema marginado

Nódulos subcutâneos

#### Manifestações menores

Artralgia

Febre

VHS ou PCR elevados

Intervalo P-R aumentado no ECG

**exceção:** coréia isolada, de etiologia não definida.  
(diagnóstico de febre reumática independe de outros achados)

## REFERÊNCIAS

1. Dajani AS, Ayoub E, Bierman FZ. Guidelines for diagnosis of rheumatic fever: Jones criteria, Updated 1992. *Circulation*. 1993; 87:302-7.
2. da Silva NA, Pereira BA. Acute rheumatic fever. Still a challenge. *Rheum Dis Clin North Am*. 1997; 23:545-68.
3. Carmo HF, Vilela RG, Alvarenga SL. Rheumatic fever in Goiânia, Brazil. *Rev Bras Reumatol*. 1994; 34:61-4.
4. Bitar FF, Hayek P, Obeid M, Gharzeddine W, Mikati M, Dbaibo GS. Rheumatic fever in children: a 15-year experience in a developing country. *Pediatr Cardiol* 2000; 21:119-22.
5. Eltohami EA, Hajar HA, Folger GM Jr. Acute rheumatic fever in an Arabian Gulf country – effect of climate, advantageous socioeconomic conditions, and access to medical care. *Angiology* 1997; 48:481-9.
6. Abbag F, Benjamin B, Kardash MM, al Barki A. Acute rheumatic fever in Saudi Arabia. *East Afr Med J*. 1998; 75:279-81.
7. Amigo MC, Martinez-Lavin M, Reyes PA. Acute rheumatic fever. *Rheum Dis Clin North Am* 1993; 19:333-50.
8. Bisno AL. Rheumatic fever. In: Kelley WN, Harris Jr ED, Ruddy S, et al, editors. *Textbook of rheumatology*, ed. 4. Philadelphia: WB Saunders; 1993. p. 1209.
9. Gibofsky A, Zabriskie JB: Rheumatic fever: etiology, diagnosis, and treatment. In: Koopman WJ, editors. *Arthritis and allied conditions*, ed 13. Baltimore, Williams and Wilkins; 1997. p. 1581.
10. Saxena A. Diagnosis of rheumatic fever: current status of Jones Criteria and role of echocardiography. *Indian J Pediatr* 2000; 67:S11-4
11. Agarwal PK, Misra M, Sarkari NB, Gupta AK, Agarwal P. Usefulness of echocardiography in detection of subclinical carditis in acute rheumatic polyarthritis and rheumatic chorea. *J Assoc Physicians India*. 1998; 46:937-8.
12. Figueroa FE, Fernandez MS, Valdes P, Wilson C, Lanas F, Carrion F, et al. Prospective comparison of clinical and echocardiographic diagnosis of rheumatic carditis: long term follow up of patient with subclinical disease. *Heart* . 2001; 85:407-10.
13. Hilário MO, Andrade JL, Gasparian AB, Carvalho AC, Andrade CT, Len CA. The value of echocardiography in the diagnosis and follow up of rheumatic carditis in children and adolescents: a 2 year prospective study. *J Rheumatol*. 2000; 27:1082-6.
14. Eleveli M, Celebi A, Tombul T, Gokalp AS. Cardiac involvement in Sydenham's chorea: clinical and Doppler echocardiographic findings. *Acta Paediatr* 1999; 88:1074-7.

15. Dajani A, Taubert K, Ferrieri P, Peter G, Shulman S. Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever: a statement for health professionals. *Pediatrics* 1995; 96:758-64.
16. Still JG. Management of pediatric patients with group A beta-hemolytic streptococcus pharyngitis: treatment options. *Pediatr Inf Dis J* 1995; 14:S57-61.
17. Miyakawa M, Ohkubo O, Fuchigami T, Fujita Y, Moriuchi R, Hiyoshi K, et al. [Effectiveness of haloperidol in the treatment of chorea minor.] *No To Hattatsu* 1995; 27:191-6.
18. Daoud AS, Zaki M, Shakir R, al-Saleh Q. Effectiveness of sodium valproate in the treatment of Sydenham's chorea. *Neurology* 1990; 40:1140-1.
19. Dajani AS, Bisno AL, Chung KJ, Durack DT, Freed M, Gerber MA, et al. Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations by the American Heart Association. *JAMA* 1990; 264:2919-22.