

FEBRE REUMÁTICA

Dra. Marília Febrônio

REUMATOLOGISTA PEDIÁTRICA- DOUTORADO EM REUMATOLOGIA PELA - FMUSP
DOCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE- CAMPUS LAGARTO
COLABORADORA DA RESIDÊNCIA MÉDICA DE REUMATOLOGIA- HU-UFS
MÉDICA DO CEMCA-CEMAR DA PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU

Etiopatogenia

- Suscetibilidade genética:HLA-DR2-raça negra, HLA-DR4- raça branca, no Brasil HLA-DR7,DR53(antígenos de classe II).
- Maior em gêmeos monozigóticos
- Resposta imunológica-presença de linfócitos T da CD4/CD8) no tecido cardíaco.
- Citocinas – resposta celular (Th1) – cardite, e resposta humoral (Th2)- coreia e artrite.

Febre Reumática(FR)

- A FR é uma complicação tardia, inflamatória de uma infecção de orofaringe pelo estreptococos β -hemolítico de grupo A de Lancefield(EBHA) em indivíduos geneticamente predispostos.
- 15-20% das faringites são secundárias ao EBHA- 0,3 a 3%- FR.

Diagnóstico Critérios de Jones(1992)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• MAIORES <ul style="list-style-type: none">• Cardite• Poliartrite• Coréia• Eritema Marginatum• Nódulos subcutâneos | <ul style="list-style-type: none">• MENORES <ul style="list-style-type: none">• Febre• Artralgia• Elevação PFA• Aumento de PR-ECG |
|--|---|

Evidência de estreptococcia →

Cultura de orofaringe + Elevação anticorpos

* 2 maiores ou 1 maior e 2 menores e evidência estreptocócica

Epidemiologia

- Maior prevalência entre 5-14 anos
- Acomete igualmente meninos e meninas
- No Brasil: 30.000 casos novos/ano, com metade – lesões cardíacas
- Responsável por 31% das cirurgias cardíacas no Brasil.

Diagnóstico Critérios de Jones(2015)

CRITÉRIOS MAIORES

Populações de baixo risco <ou=2/100.000

- Cardite
- Poliartrite(somente)
- Coréia
- Eritema marginado
- Nódulos subcutâneos

Populações de moderado e alto risco >2/100.000

- Cardite
- Poliartrite ou Monoartrite ou poliartralgia
- Coréia
- Eritema marginado
- Nódulos subcutâneos

Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation; 131(20): 1806-18, 2015 May 19

Diagnóstico Critérios de Jones(2015)

CRITÉRIOS MENORES

Populações de baixo risco <ou=2/100.000

- Febre
- Poliartralgia
- VHS >ou =60mm e/ou PCR >ou= 3mg/dl
- Aumento de PR no ECG

Populações de moderado e alto risco >2/100.000

- Febre
- Monoartralgia
- VHS >ou =30mm e/ou PCR >ou=3mg/dl
- Aumento de PR no ECG

Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation; 131(20): 1806-18, 2015 May 19

Diagnóstico Critérios de Jones(2015)

- O que mudou ???
- **INCLUSÃO DO ECO PARA DIAGNOSTICAR CARDITE SUBCLÍNICA** –não há presença na ausculta clássica de disfunção valvar, mas valvulite mitral ou aórtica revelada pelo ECOdoppler.
- **MONOARTRITE**
- **POLIARTRALGIA**
- **FEBRE**- 38 graus em pop de alto risco, 38,5 graus em pop de baixo risco

Diagnóstico Critérios de Jones(2015)

Maiores

- Cardite
- Poliartrite ou Monoartrite ou poliartralgia
- Coréia
- Eritema marginado
- Nódulos subcutâneos

Menores

- Febre
- Monoartralgia
- VHS >ou =30mm e/ou PCR >ou=3mg/dl
- Aumento de PR no ECG

O diagnóstico será positivo para FEBRE REUMÁTICA se houver a **presença de dois critérios maiores ou de um critério maior e dois menores**, se acompanhados de evidência de infecção estreptocócica anterior.

Principais dificuldades no diagnóstico da FR

SUPER VALORIZAR

ASLO ??????

?????

PFA (VHS /PCR)

Diagnóstico Critérios de Jones(2015)

EVIDÊNCIA DE ESTREPTOCOCCIA RECENTE

- Cultura positiva da orofaringe para estreptococo beta-hemolítico do grupo A (sensibilidade 90-95%)
- Títulos elevados de antiestreptolisina O (ASLO) ou anti-desoxyribonuclease B (anti-Dnase B)
- Teste rápido para antígenos do estreptococo (sensibilidade 80%), escarlatina recente.

Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation; 131(20): 1806-18, 2015 May 19

Principais dificuldades no diagnóstico da FR

- Interpretar o ASLO:
valor de referência: 200mg/dl
Necessita de pelo menos 3x=600
- Não é exame de rotina
- Precisa ter clínica atual ou recente de amigdalite.

ARTRITE

- Definição
Presença de edema ou derrame articular ou presença dois ou mais dos seguintes: limitação do movimento(ativo e/ou passivo), dor à palpação, dor à movimentação.

Cardite da FR

- 50% dos pacientes
- Início 1-3sem após infecção
- Presença ou mudança de sopro(95-100%), aumento da área cardíaca (50%), pericardite (5-10%), ICC (5-10%).
- Duração 4-6meses

Artrite Típica da FR

- 60- 85%
- Início 1-3sem após infecção
- Poliartrite aguda, migratória, gdes articulações, bastante dolorosa
- Duração – 1-5 dias em cd articulação e total de 1-3 sem.
- Boa resposta às AINHS
- Não deixa sequela

Cardite da FR

- Evolução: sopro desaparece(70%) no 1º ano, crônica (10-25%).
- Diagnóstico diferencial: sopro funcional, endocardite, miocardite viral, hemoglobinopatias, colagenoses, cardiopatias congênicas,prolapso de válvula mitral.
- Cardite silenciosa

Artrite Atípica da FR

- 30%
- Início 1ª sem após infecção
- Monoartrite (15%),aditiva(70%), pequenas e gdes articulações, coluna cervical (30%), rigidez matinal (20%), curso recorrente.
- Duração de 2 sem em cd articulação
- Má resposta às AINHS
- Não deixa sequela

Cardite da FR

- Cardite clínica: taquicardia, ICC, arritmias e atrito pericárdico.
- ICC grave- febre e toxemia – diagnóstico diferencial com endocardite.
- Apenas 30% dos pacientes evoluem para cura completa na cardite grave.

Coréia da FR

- Envolvimento dos gânglios da base e núcleo caudado do SNC.
- 15% dos pctes
- Mais comum em meninas
- Início até 6 meses após a infecção
- Movimentos involuntários, incoordenados, associados a hipotonia e labilidade emocional, cessam com o sono.
- Duração 1 sem até 6 meses(média 3 meses)

Nódulos subcutâneos na FR

- <3%
- Início 3 sem após a infecção
- Duros, móveis, indolores, 0,5-2cm, localizados em proeminências ósseas, superfícies extensoras
- Fugares, associados à cardite.
- Diagnóstico diferencial: ARJ, LES, nódulos benignos

Coréia da FR

- Fraqueza muscular – aperto de mão, “sinal da ordenha”
- Disfunção psicológica- obsessivo-compulsivas
- Piora na caligrafia, movimentos de língua (movimentos reptiliformes)
- Não se equilibram em 1 perna só.



Coréia da FR

- Diagnóstico diferencial: intoxicação, coréia familiar benigna, Huntington, D.Wilson, LES, SAF.
- Laboratório: PFA normais e ASLO normal.
- Evolução: não deixa sequela, labilidade emocional pode persistir, associação com distúrbios obsessivos- compulsivos.

Eritema marginado na FR

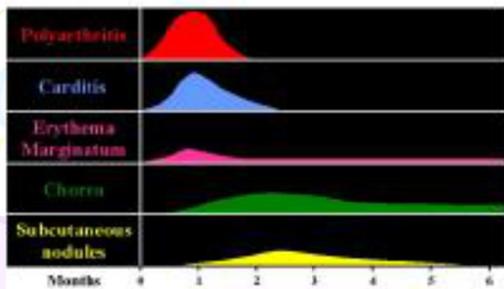
- 5%
- Pápulas róseas, com bordas serpiginosas e centro claro, indolores, não pruriginosas, em tronco e raiz de membros.
- Evolução: fugaz, recidivante, curso independente, má resposta às AINHs, associa-se à cardite.



Medscape © <http://www.medscape.com>

TRATAMENTO

Clinical Manifestations of Acute Rheumatic Fever



PREVENÇÃO

- A prevenção da doença baseia-se no tratamento adequado da faringoamigdalite estreptocócica, preferencialmente com a penicilina G benzatina.
- A distinção entre as amigdalites virais e bacterianas.
- O Escore de Centor Modificado, devendo indicar tratamento sempre que somar 3 ou 4 pontos. Se houver somente 2 pontos, o tratamento depende da realização do teste rápido.

3-14 anos	+1
15-44 anos	0
= ou > 45 anos	-1
Edema ou exudato tonsilar	+1
Linfadenomegalia	+1
Ausência de tosse	+1
Presença de tosse	0

Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making*. 1981;1(1):323-46. 2. McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, Vanjaika A, Low DE. Empirical Validation of Guidelines for the Management of

Laboratório na FR

- Hemograma
- PFA: VHS, PCR
- Alfa 1 glicoproteína ácida
- ASLO
- CULTURA DE OROFARINGE
- Rx de tórax
- ECG – alargamento de PR
- ECO

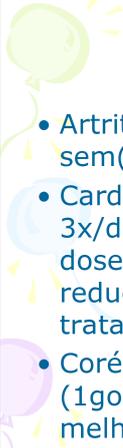
Tratamento da FR

- PROFILAXIA PRIMÁRIA- erradicação do estreptococo:

Penicilina G benzatina (600.000 a 1.200.000UI) em dose única(50.000 UI/KG)

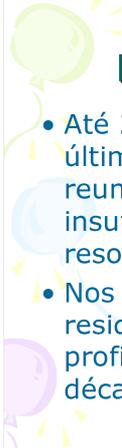
Nos pacientes alérgicos à penicilina é recomendada a eritromicina na dose de 20 a 40mg/kg/dia durante 10 dias.

Alternativas quando alergia a BZT é eritromicina: Amoxicilina, macrolídeos, e ainda clindamicina.



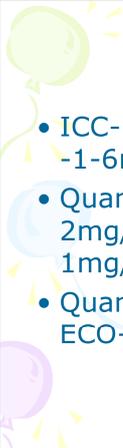
Tratamento da FR

- Artrite: AAS 80- 100mg/kg/dia, 1-4 sem(máx 3g)
- Cardite: Prednisona 1-2mg/kg/dia 3x/dia por 2 sem, se melhora clínica dose única por 2 sem e iniciar redução, com retirada em 3 meses, e tratar a ICC.
- Coréia: haloperidol- 0,5-1mg/dia (1gota=0,1mg)-máx 5m/dia- 2x até melhora clínica(8-12sem).



Profilaxia secundária

- Até 25 anos ou 10 anos após o último surto nos pacientes com febre reumática com cardite prévia, insuficiência mitral residual ou resolução da lesão valvar.
- Nos pacientes com lesão valvar residual moderada a severa a profilaxia será mantida até a quarta década de vida ou por toda a vida.



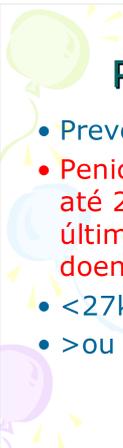
Tratamento da FR

- ICC- leve ou moderada- furosemida -1-6mg/kg/dia, e :
- Quando IAo – captopril- 1-2mg/kg/dia ou enalapril- 0,5-1mg/kg/dia
- Quando disfunção ventricular no ECO- digoxina 7,5-10mcg/kg/dia.



Profilaxia secundária

- A sulfadiazina é utilizada nos pacientes alérgicos, na dose de 500mg/dia até 30 kg e 1000mg >30kg.
- Nos casos de alergia à penicilina e à sulfa, utiliza-se eritromicina em dose de 250mg 12/12hs.



Profilaxia secundária

- Prevenir a recorrência da FR.
- **Penicilina G benzatina- 21/21 dias até 21 anos ou até cinco anos após o último surto nos pacientes sem doença cardíaca.**
- <27kg 600.000 UI
- >ou = 27kg 1.200.000 UI



Profilaxia secundária

- A aplicação da BZT- usar agulha 30x8mm ou 25x8mm- injetar lento 2-3min, e não friccionar o local.
- O uso de lidocaína sem vasoconstrictor 2%- 0,5ml.

Cuidados na gestação

- Não há restrição ao uso de corticosteroides, penicilina e eritromicina.
- Está contra-indicado AINES, haloperidol, ac valproico, ECA
- SULFADIAZINA – não deve ser usada
- Na coreia- benzodiazepínicos em dose baixa.

Mensagem

O diagnóstico e tratamento adequado das faringoamigdalites, pode mudar cada vez mais as estatísticas da Febre Reumática.

Obrigado

mfebronio@hotmail.com