



Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico. ISSN: 2446-6778
Nº 5, volume 5, artigo nº 69, Julho/Dezembro 2019
D.O.I: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v5n5a69>
Edição Especial

COMPLICAÇÕES CARDÍACAS DA FEBRE REUMÁTICA: RELATO DE CASO

Rodrigo Miranda Nepomuceno¹
Interno de Medicina pela UniRedentor

Paola de Lucas Ribeiro Dias²
Interna de Medicina pela UniRedentor

Daniela Andrade Sá³
Acadêmica de Medicina pela UniRedentor

Liz Martins Lima de Souza⁴
Interno de Medicina pela UniRedentor

Gabriella Andrade Sá⁵
Médica cardiologista pelo HSJA

1 Aluno graduando do curso de Medicina do Centro Universitário Redentor. Acadêmico de Medicina.
E-mail: rodrigo1advance@gmail.com

2 Aluno graduando do curso de Medicina do Centro Universitário Redentor. Acadêmico de Medicina.
E-mail: paolardlucas@gmail.com

3 Aluno graduando do curso de Medicina do Centro Universitário Redentor. Acadêmico de Medicina.
E-mail: dra.danielasa@gmail.com

4 Aluno graduando do curso de Medicina do Centro Universitário Redentor. Acadêmico de Medicina.
E-mail: lizmartins.lss@gmail.com

5 Médica especialista em Cardiologia pelo Hospital São José do Avaí (HSJA).
E-mail: gabisa_@hotmail.com

Resumo

Introdução: A febre reumática (FR) ocorre a partir de uma infecção de orofaringe causada pelo *Streptococcus pyogenes* atingindo, na maioria das vezes, crianças e adolescentes. A cardite reumática é uma manifestação grave que expressa sequelas crônicas e limitantes. **Objetivo:** Relatar as complicações cardíacas da febre reumática e a importância da prevenção através do diagnóstico precoce. **Método:** Foi realizada visita domiciliar com entrevista direcionada à paciente portadora de cardite reumática. **Considerações finais:** A paciente apresenta limitações funcionais e físicas em sua vida diária, o que afeta sua qualidade de vida, lhe causando angústia e aflição por não conseguir realizar suas tarefas e trabalhar. Pelo baixo acesso à saúde na infância, teve um diagnóstico tardio da doença, o que causou grande impacto na vida da paciente. O conceito de prevenção em saúde se torna especialmente importante quando pensamos que um diagnóstico e intervenção precoces poderiam evitar consequências físicas, sociais e emocionais para a paciente.

Palavras-chave: Febre reumática; Cardite; Complicação não infecciosa; Cardiologia.

Abstract

Introduction: Rheumatic fever (RF) occurs from an oropharyngeal infection caused by *Streptococcus pyogenes*, most often affecting children and adolescents. Rheumatic carditis is a severe manifestation that express chronic and limiting sequels. Objective: To relact the cardiac complications of rheumatic fever and the importance of prevention through early diagnosis. Method: A home visit was done with a directed interview to the patient with rheumatic carditis. Final considerations:

Keywords: Rheumatic fever, carditis, noninfectious complication, cardiology.

INTRODUÇÃO

A febre reumática (FR) é uma complicação não supurativa da infecção de orofaringe causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A, que pode ocorrer cerca de 2- 3 semanas após esta. Acomete populações geneticamente predispostas e, geralmente, indivíduos entre 5 e 15 anos. O mecanismo patogênético responsável pela doença parece estar ligado a uma reação cruzada de anticorpos que são produzidos contra produtos de estreptococos alojados às estruturas do indivíduo afetado (mimetismo molecular), desencadeando todo o processo inflamatório. (CAMPOS, 2007 & DE ANDRADE, 2009)

O diagnóstico da febre reumática é basicamente clínico, no entanto, exames complementares por vezes podem ser necessários a fim de confirmar a atividade inflamatória ou uma infecção estreptocócica passada, além de auxiliar na terapêutica. Os critérios de Jones reúnem sinais e sintomas clínicos para o diagnóstico de Febre Reumática. (CAMPOS, 2007)

Dentre as complicações da FR a mais temível é a cardite, que responde pelas sequelas crônicas, muitas vezes incapacitantes, em fases precoces da vida, gerando elevado custo social e econômico. O acometimento cardíaco ocorre entre 40%-70% dos primeiros surtos sendo caracterizado pela pancardite; entretanto, são as lesões valvares as responsáveis pelo quadro clínico e prognóstico. A doença valvular reumática pode ser causada por apenas um surto grave, mas com frequência relaciona-se a surtos recorrentes (DE ANDRADE, 2009).

OBJETIVO

Relatar e analisar as complicações cardíacas da febre reumática à longo prazo apresentadas pela paciente do caso estudado e conseqüente impacto na qualidade de vida da mesma, evidenciando a importância da prevenção através do diagnóstico precoce.

METODOLOGIA

Foi realizada visita domiciliar previamente agendada com entrevista direcionada à paciente portadora de cardite reumática, na qual analisamos exames feitos pela mesma nos últimos anos, dentre eles o Ecocardiograma, podendo comparar achados de imagem de dois resultados com intervalo de 7 anos entre eles, observando a evolução da patologia.

RELATO DE CASO

Paciente J.D.S.S, 51 anos, sexo feminino, natural de Itaperuna- RJ relata que há 9 anos iniciou quadro súbito de dispnéia aos mínimos esforços que durou 1 semana. Procurou auxílio médico na UBS do seu bairro onde foi solicitado Ecocardiograma e encaminhamento ao cardiologista. Este, ao avaliar o resultado do exame solicitou imediata internação

hospitalar devido a gravidade do caso (estenose mitral grave, arritmia e dispnéia aos mínimos esforços). A partir de então a paciente ficou internada durante 1 mês tendo sido submetida a exames investigatórios com posterior diagnóstico de cardite reumática. Foi tratada com Penicilina Benzatina e submetida à valvuloplastia mitral percutânea. Após alta, passou ao uso regular da Penicilina G Benzatina 1.200.000 unidades IM a cada 30 dias de uso contínuo.

A paciente relata não lembrar de episódios de faringite bacteriana na infância, porém, refere ter sido internada diversas vezes devido à eventos recorrentes de febre, além de “infecções de garganta” que apresentou algumas vezes e não fazia tratamento. Morava em zona rural e por esse motivo, alega não ter completado o cartão de vacinação. Artrite, coreia e demais sintomas da febre reumática não se fizeram presente na vida da paciente. Devido recorrência dos sintomas de dispnéia e artralgia, corridos 2 anos do procedimento de valvuloplastia, precisou interromper suas atividades profissionais.

O primeiro exame de Ecocardiograma bidimensional com Doppler colorido da paciente foi feito no dia 26 de setembro de 2012 ,tendo as seguintes conclusões:

- Cavidades direitas aumentadas.
- Aumento do AE.
- VE com diâmetros normais porém com paredes hiperdinâmicas (sugerindo sobrecarga de volume).
- Função sistólica do VE normal (global e segmentar).
- Avaliação da função diastólica prejudicada por lesão mitral.
- Valva tricúspide levemente espessada com leve restrição da mobilidade.
- Valva mitral moderadamente espessada e calcificada, com moderada espessamento subvalvar e com leve restrição da mobilidade.
- Ao color Doppler observa-se IT e IM importantes.
- Gradiente diastólico AE/VE máximo de 28 e médio de 18mmHg. AVM de 1,07cm² (PHT).
- O aspecto ecocardiográfico é de lesão valvar reumática mitral e tricúspide com EM, IM e IT importantes, com importante hipertensão pulmonar e função sistólica global do VE preservada.

O último exame de Ecocardiograma bidimensional com Doppler colorido da paciente foi realizado no dia 10 de junho de 2019, demonstrando os seguintes resultados:

- Importante aumento do AE (Volume= 67.3 ml/m²).
- Moderado aumento do AD (área = 21 cm²).
- Função sistólica do VE normal (global e segmentar).
- Avaliação da função diastólica do VE prejudicada por lesão valvar mitral e por arritmia (FA).
- Diâmetros cavitários e espessura parietal do VE normais.
- Função sistólica global do VD normal.
- Pressão sistólica na AP estimada em 28 mmHg.
- Valva mitral com sinais de acometimento reumático.
- Valva tricúspide com leve espessamento dos folhetos sem restrição da mobilidade.
- Ao color Doppler notam- se IT moderada e IM importante; Área mitral de 1,88 cm² com gradiente diastólico AE/VE máximo de 16,5 e médio de 5,3 mmHg.
- O aspecto ecocardiográfico é de lesão reumática mitral e tricúspide com IM importante, EM leve e IT moderada com funções sistólicas do VE e do VD normais.

DISCUSSÃO

Devido aos surtos recorrentes de febre quando criança, associados a infecções de garganta” não tratadas referidas pela paciente, era provável que a mesma estivesse frente ao quadro de faringoamigdalite bacteriana que associado aos fatores genéticos e ambientais, acabou por desencadear febre reumática. Além disso, a baixa condição socioeconômica e a dificuldade do acesso à saúde na zona rural contribuíram para a menor eficácia do diagnóstico e tratamento da paciente.

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 da faringoamigdalite estreptocócica. Paralelamente, fatores genéticos de suscetibilidade à doença estão diretamente relacionados ao desenvolvimento da FR e de suas sequelas. (DE ANDRADE, 2009)

Na tabela abaixo demonstramos os critérios de Jones, atualizados em 1992, para o diagnóstico do primeiro surto de febre reumática, onde foram confirmados em 2000 pelos membros da Associação Americana de Cardiologia. (CAMPOS,2007)

De acordo com FELIX et al (2012), o diagnóstico de FR é afirmado na evidência de uma infecção prévia de garganta pelo *S. pyogenes*, associada à presença de dois critérios maiores ou um critério maior e dois menores de Jones. Já na coréia de apresentação tardia e na cardite insidiosa os outros achados clínicos podem estar ausentes e os laboratoriais podem ser normais.

Tabela 01 - Critérios de Jones (atualizado em 1992 e confirmado em 2000)

MANIFESTAÇÕES MAIORES	MANIFESTAÇÕES MENORES	EVIDÊNCIA DE INFECÇÃO ESTREPTOCÓCICA PRÉVIA
Cardite Poliartrite Coréia Eritema Marginado Nódulos subcutâneos	Artralgia Febre Alteração de proteínas de fase aguda Aumento do intervalo PR	Cultura de orofaringe positiva para o estreptococo beta- hemolítico do grupo A Títulos de anticorpos antiestreptocócicos aumentados ou em ascensão

Fonte: CAMPOS (2007)

O quadro clínico tardio de dispneia aos mínimos esforços apresentados pela paciente e aumento da pressão venocapilar pulmonar foi resultado de uma estenose mitral ocasionada pelo quadro de infecção crônica auto-imune, que ao longo dos anos, promove um remodelamento tecidual cardíaco, como comprovado pelos resultados do primeiro Ecocardiograma Doppler realizado em 2012.

O acometimento do endocárdio (endocardite/valvite) constitui a marca diagnóstica da cardite, envolvendo com maior frequência as valvas mitral e aórtica. Na fase aguda, a lesão mais frequente é a regurgitação mitral, seguida pela regurgitação aórtica. Por outro lado, as estenoses valvares ocorrem mais tardiamente, na fase crônica (DE ANDRADE, 2009).

A penicilina é prescrita para o surto inicial e para profilaxia de novos surtos de FR. A penicilina benzatina de ação prolongada é o tratamento indicado e a primeira dose deve ser prescrita por ocasião do diagnóstico, seguindo-se novas doses a cada três semanas, com dosagem apropriada à idade, de acordo com as diretrizes da OMS e do comitê multidisciplinar brasileiro de especialistas. A adesão à profilaxia com penicilina é uma preocupação importante nas camadas da população de menor nível socioeconômico (CARVALHO, 2012).

Como descrito no relato de caso, a paciente se enquadra ao uso de antibioticoprofilaxia com Penicilina G benzatina 1.200.000 unidades IM a 30 dias. Seu uso será feito por toda vida pois a mesma obedece aos critérios do uso permanente, FR com cardite associada e valvuloplastia mitral percutânea. Caso esta medida preventiva não fosse realizada, qualquer novo quadro de infecção estreptocócica que a paciente viesse a apresentar, traria a esta, maior morbidade quando comparado à população geral, haja visto que já se faz presente grave remodelamento cardíaco e limitação física.

“A FR causa grande impacto no sistema de saúde devido à cardite e ao dano cardíaco. Os custos do tratamento são altos em uma população urbana brasileira, devido a medicação, consultas clínicas, internações hospitalares e ausência no trabalho por parte dos pacientes ou de seus responsáveis.” (CARVALHO, 2012)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise do caso apresentado e da entrevista realizada com a paciente, conclui-se que a mesma apresenta grandes limitações funcionais na realização de suas atividades de vida diária, afetando sua qualidade de vida, e a levando a abandonar o trabalho ainda jovem, demonstrando o impacto da doença no auge de sua vida profissional. Em consequência disso a paciente relatou angústia e aflição por não conseguir realizar suas tarefas habituais e trabalhar.

Houve vários anos entre o início dos sintomas apresentados pela paciente até o momento do diagnóstico, caracterizando um diagnóstico tardio. Este fato pode ser explicado pela razão de a paciente ter habitado em zona rural durante a infância, onde havia baixo acesso à saúde e, conseqüentemente, grandes dificuldades diagnósticas e no acesso a vacinas. Desse modo, fica evidente a importância do conceito de prevenção em saúde, do diagnóstico e intervenção precoces, realizados através do nível de atenção primária à saúde, que se aplicados ao caso da paciente, ainda na infância, certamente teriam evitados conseqüências físicas, sociais e emocionais na vida adulta.

REFERÊNCIAS

DE ANDRADE, Jadelson Pinheiro. **Diretrizes brasileiras para o diagnóstico, tratamento e prevenção da febre reumática.** Arq Bras Cardiol, v. 93, n. 3 supl 4, p. 1-18, 2009.

CAMPOS, Alexandre Azevedo; PEREIRA, Luciana Vandesteem; FERNANDES, Regina Célia de Souza Campos. **Febre reumática com manifestações clínicas pouco comuns: relato de caso.** Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos, v. 2, n. 1, p. 22-25, 2007.

CARVALHO, Simone Manso de et al. **Apresentação e desfecho da febre reumática em uma série de casos.** Revista Brasileira de Reumatologia, p. 241-246, 2012.

DOS SANTOS, Julia Pereira Afonso et al. **Desafios para a Implantação do Primeiro Programa de Rastreamento da Cardiopatia Reumática em Larga Escala no Brasil: A Experiência do Estudo PROVAR.** Arq Bras Cardiol, v. 108, n. 4, p. 370-374, 2017.

DA SILVA VIEIRA, Poliane Soares; PEREIRA, Alexsandra Lúcia; COSTA, Daniela Camargos. **CHARACTERIZAÇÃO E DISCUSSÃO DE UM RELATO DE CASO DE FEBRE REUMÁTICA.** e-Scientia, v. 10, n. 1, p. 13-23, 2017.

FELIX, M.; KUSCHNIR, F.; AOUN, N.; SZTAJNBOK, F.; CUNHA, A. **Avaliação da sensibilização à penicilina G em adolescentes com febre reumática.** Rev. Port. Imunoalergologia. Lisboa, v. 20, n. 4, out. 2012.

PEIXOTO, Anelyse et al. **Febre reumática: revisão sistemática.** Rev Soc Bras Clin Med, v. 9, n. 3, p. 234-8, 2011.