

Urgências em febre Reumática

Francisco, ARG¹, Carvalho, PJ¹, Cruz, RC¹, Guerra, PGA¹, Horta, JGA¹, Marques, VAF¹, Moraes, IS¹, Sales, SR¹, Serufo, JC²

RESUMO

Febre Reumática pode causar danos crônicos. O caso descrito a seguir refere-se a uma paciente de 38 anos, com história de endocardite reumática aos dez anos de idade e que vem evoluindo com complicações desde então. O objetivo deste relato é mostrar que seqüelas de Febre Reumática podem manifestar-se agudamente como condição de caráter urgente e que a prevenção primária é extremamente importante, reduzindo gastos e beneficiando o paciente.

¹Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais;
²Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO

A Febre Reumática Aguda (FRA) é caracterizada por lesões inflamatórias não-supurativas, que acometem, principalmente, o coração, as articulações, os tecidos subcutâneos e o sistema nervoso central. Possui evolução aguda, febril e auto-limitada, com predominância de incidência, na faixa entre 5 e 15 anos de idade. Os seus fatores de risco são baixo nível sócio-econômico e o risco de contágio com sorotipos dos estreptococos do grupo A.^{1,3,5}

Associa-se, provavelmente, ao mecanismo auto-imune, induzido pelo mimetismo molecular, decorrente da semelhança entre antígenos estreptocócicos e humanos.

O diagnóstico clínico da FRA é feito por intermédio dos critérios de Jones, em que são necessários dois critérios maiores (poliartrite, cardite, nódulos subcutâneos, eritema *marginatum*, coréia de Sydenham); ou um maior e dois menores (artralgia, febre, história prévia de FRA, presença de valvopatia reumática crônica e alterações laboratoriais). O diagnóstico de FRA, independente destes critérios, pode ser feito pela presença de coréia de Sydenham, como manifestação única pós-estreptocócica. A propedêutica na FRA consiste em provas inflamatórias inespecíficas (velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa, mucoproteínas), na resposta sorológica aos estreptococos do grupo A (anti-estreptolisina O, anti-hialuronidase e anti-Dnase), e/ou cultura e isolamento destes microrganismos e pelo eletrocardiograma (Figura 1). A profilaxia é feita de forma primária e secundária, com penicilina benzatina, e a terciária para a reabilitação, mediante tratamento cirúrgico das lesões cardíacas.^{2,4}

RELATO DO CASO

CAB, feminino, 38 anos, melanoderma, dona de casa, natural de Belo Horizonte, admitida no Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (PA), em 29/01/08, com queixa de que, há 24 horas, surgiu aumento da temperatura corpórea não termometrada, cefaléia holocraniana

Endereço para correspondência:
renatacampos05@yahoo.com.br

pulsátil, dor torácica ventilatório-dependente, tosse com hemoptóicos e limitações às suas atividades habituais. Em uso de anticoagulante oral (marevan: 17,5 mg/MID), captopril: 25 mg/BID, furosemida: 40 mg/BID, flumarizina: 5mg/MID, e naproxeno: 5 mg/MID. Ao exame, apresentava frequência cardíaca de 70 bpm, pressão arterial sistêmica de 140/70 mmHg, temperatura axilar de 36,4°C, sopro sistólico e diastólico no mesocárdio, crepitações em base pulmonar direita e abdômen normal.

Possui história de endocardite reumática aos 10 anos de idade, com evolução desde então e com várias complicações. Houve estenose de válvula mitral, três intervenções cirúrgicas para troca valvar por prótese biológica, sendo a última realizada em 1993. Apresentou, desde então, vários episódios de trombose venosa profunda, sete vezes tromboembolismo pulmonar e um acidente vascular-encefálico. Atualmente, apresenta afasia, rebaixamento da acuidade visual direita e foi necessário o implante de marcapasso cardíaco, devido ao desenvolvimento de bloqueio átrio-ventricular total.

As principais alterações observadas à internação no PA eram: presença de precordialgia atípica, síndrome febril, cefaléia e insuficiência cardíaca congestiva descompensada (NYHA III). Foram feitos os seguintes exames complementares: hemograma, coagulograma, RNI, proteína C reativa, ionograma, função renal, teleradiografia do tórax, eletrocardiograma, troponina, creatina-fosfoquinase fração MB e total. As alterações observadas limitaram-se ao tempo de tromboloplastina parcial ativado (30/275) e a telerradiografia de tórax, que revelou opacificação em base pulmonar direita (Figura 2), cardiomegalia e hipertensão venocapilar pulmonar (Figuras 2 e 3). A partir destes resultados, surgiram as hipóteses diagnósticas de tromboembolismo pulmonar e trombose venosa profunda, cuja propedêutica realizada, tomografia torácica (Figura 4) e duplex scan, não apresentam alterações.

DISCUSSÃO

A paciente, aqui relatada, apresenta história de endocardite reumática aos 10 anos de idade, evoluindo com complicações desde então, caracterizadas por repercussões de fenômenos tromboembólicos sistematizados (trombose venosa profunda, acidente vascular-encefálico). Evoluiu com

estenose de válvula mitral, sendo necessário submeter-se a três cirurgias para colocação de válvula biológica (sendo a última realizada em 1993).

A FRA representa estado clínico falimentar do sistema de saúde, em que o acompanhamento para a avaliação da saúde é ignorado e pouco disponibilizado. As repercussões, entretanto, potencialmente graves, promovem não só insuficiência de órgãos e sistemas principais, como o risco de morte. Devido aos altos custos do tratamento das complicações da FRA, o diagnóstico precoce possui fundamental importância e, conseqüentemente, economia por parte do sistema de saúde, se o tratamento for realizado no início da doença.

O tratamento da faringite estreptocócica é efetivo, por meio de antibióticos como a penicilina ou macrolídeos. O seu custo é irrisório, diante dos riscos das complicações potenciais da FRA, como as cardites, em que o tratamento se torna de alta complexidade, e elevado custo; por vezes, os resultados são insatisfatórios e limitantes, assim como os acidentes vasculares, expressos no caso clínico aqui apresentado.

CONCLUSÃO

O caso clínico em questão demonstra que, morbididades relacionadas à FRA podem apresentar caráter de urgência e, idealmente, devem ser evitadas através de um sistema de saúde que preveja educação para a saúde e avalie a pessoa como um todo.

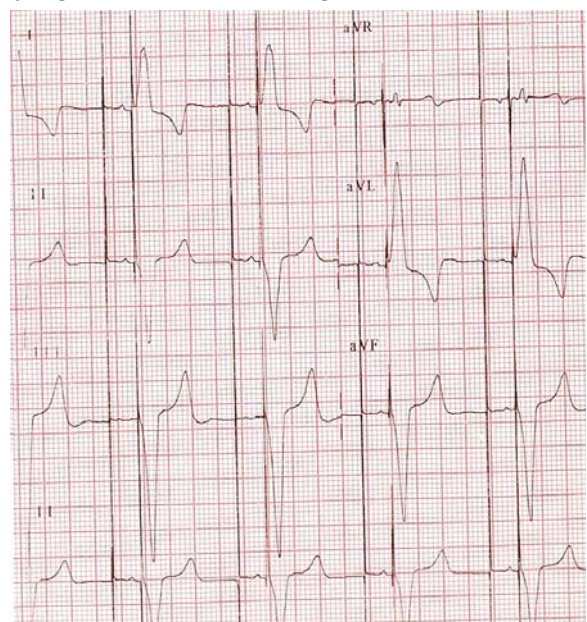


Figura 1.1 - ECG



Figura 1.2 - ECG



Figura 3 - Radiografia de Tórax em PA com opacificação em base pulmonar direita.

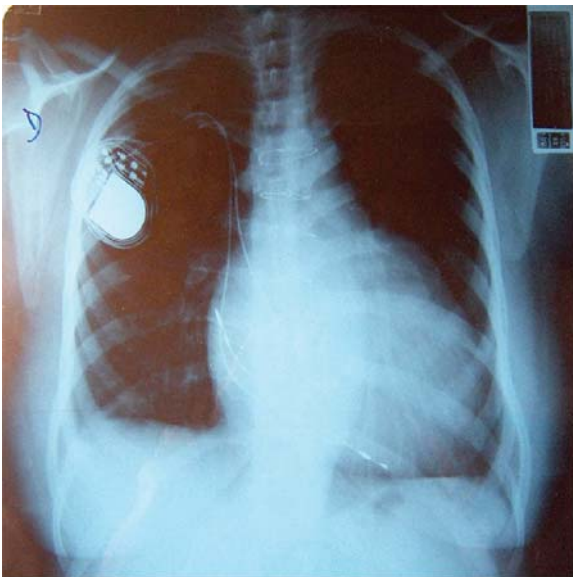


Figura 2 - Radiografia de Tórax em PA com opacificação em base pulmonar direita.

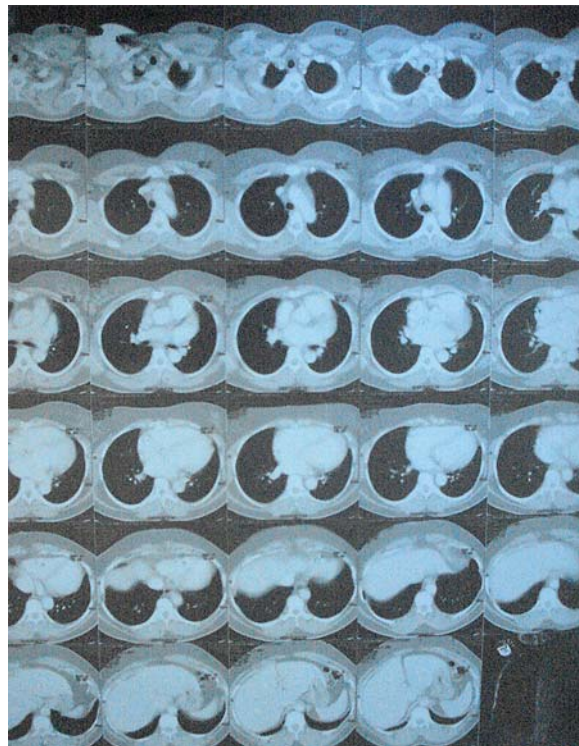


Figura 4 - Tomografia de Tórax

REFERÊNCIAS

1. Baddour LM, Wilson WE, Bayer AS, Fowler VG Jr, Bolger AF, Levison ME, et al. Infective endocarditis diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications: a statement for healthcare professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Councils on Clinical Cardiology, Stroke, and Cardiovascular Surgery and Anesthesia, American Heart Association. *Circulation*. 2005 Jun;111(23):e394-433.
2. Borges F, Barbosa MLA, Borges RB, Pinheiro OC, Cardoso C, Bastos C, et al. Clinical and demographic characteristics of 99 episodes of rheumatic fever in Acre, the Brazilian Amazon. *Arq Bras Cardiol*. 2005; 84(2):111-4.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Crônicas-Degenerativas. Incidência da febre reumática no Brasil. Brasília: 2003.
4. Li JS, Sexton DJ, Mick N, Nettles R, Fowler VG Jr, Ryan T, et al. Proposed modifications to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. *Clin Infect Dis*. 2000; 30: 633-8.
5. Spina GS. Febre reumática. In: Lopes AC. Tratado de clínica médica. São Paulo: Roca; 2006. p.616-24.