

Artigo

PROFILAXIA DA FEBRE REUMÁTICA : QUANDO E COMO FAZER

Joice Cunha Bertolotti

Especialista em Cardiologia Pediátrica

Médica de Tempo Integral do Instituto de Cardiologia – FUC

Membro do Comitê de Febre Reumática representante do Rio Grande do Sul

Endereço para correspondência:

Instituto de Cardiologia
Avenida Princesa Isabel, 395
CEP 90620-001
Porto Alegre – RS

1 – Introdução

A Febre Reumática (FR) é uma doença inflamatória não supurativa, secundária a uma infecção pelo estreptococo b hemolítico do grupo A de Lancefield, e que ocorre em indivíduos geneticamente predispostos. Trata-se de doença que pode atingir vários sistemas do organismo, isoladamente ou em conjunto, a saber – articulações, coração, cérebro, pele e tecido celular subcutâneo.(1-2-3)

Considerando-se aspectos clínicos, bacteriológicos, epidemiológicos e imunológicos, não existem dúvidas sobre a vinculação entre o estreptococo b hemolítico e a Febre Reumática. Entretanto apesar dos avanços tecnológicos e de todo o conhecimento clínico, a patogênese desta doença não está totalmente elucidada. (4)

Sabe-se hoje que fatores constitucionais e ambientais influenciam no aparecimento da Febre Reumática, e que a susceptibilidade familiar é elemento importante. Fatores como desnutrição, superpopulação e baixo nível socioeconômico predispõem à infecção pelo estreptococo e a subseqüentes ataques reumáticos. A Febre Reumática, de modo geral, aparece algum tempo após um episódio de amigdalite pelo estreptococo b hemolítico. Sabe-se que a maioria das amigdalites em crianças é viral (80%) e que as amigdalites estreptocócicas (20%) têm características peculiares, com quadro clínico mais grave, comprometimento do estado geral, febre alta, adenopatia cervical, importante dificuldade para deglutir etc. Pode não haver claramente este episódio inicial e a doença se instalar, como primeira manifestação, por meio de sintomas articulares, cardiológicos, neurológicos ou cutâneo. As cinco maiores manifestações da FR (critérios maiores de Jones) são a poliartrite migratória, cardite, coréia, nódulos subcutâneos e eritema marginado. (5-6) Estas manifestações podem ocorrer isoladamente ou em associação, sendo que os nódulos subcutâneos e eritema marginado são achados raros e, quando ocorrem, quase nunca se apresentam isoladamente, mas em associação com cardite, coréia ou artrite. Existem ainda os chamados critérios menores de Jones e que são a artralgia, febre, hemossedimentação aumentada, proteína C reativa positiva, o espaço PR aumentado no eletrocardiograma. Não existe teste isolado ou outro achado clínico ou laboratorial que seja patognomônico da Febre Reumática. Para seu diagnóstico é necessária evidência recente de infecção pelo estreptococo b hemolítico (por cultura de orofaringe positiva, ou passado recente de escarlatina, ou ASLO elevada) associada a dois critérios maiores, ou a um critério maior mais dois critérios menores.

A Febre Reumática ocorre predominantemente na idade escolar, sendo que o primeiro ataque é raro antes dos 4 anos de idade e incomum após os 18 anos de idade, e a maior incidência acontece entre 5 e 15 anos de idade. A doença tem caráter recorrente, observando-se que, quanto maior o número de surtos agudos prévios, maior a tendência a novos episódios, e isso pode ocorrer por inadequada adesão à profilaxia secundária. As recidivas são mais frequentes nos cinco primeiros anos de doença, (7) e, a cada recidiva, há possibilidade de

surgimento de lesões valvares novas ou agravamento das pré-existentes. (8-9-10) Em nosso meio, a Febre Reumática é a causa mais freqüente de cardiopatia no adulto jovem e responsável por aproximadamente 40% das cirurgias cardíacas no Brasil, tornando-se um problema de saúde pública, reduzindo a expectativa de vida e gerando impactos financeiros na família e no sistema público de saúde.(11) Embora a doença seja mais freqüente em populações de baixa renda, que vive em condições de superpopulação e de higiene precária, as quais predispõem a infecções, ela se manifesta também em indivíduos de outras classes sociais. Estima-se que a ocorrência da FR no nosso meio seja de mais ou menos 1 caso para cada 1000 crianças. Tudo isso parte de uma infecção estreptocócica que, se não tratada, 0,3 a 3% delas evoluem para FR. Assim, no Brasil, a cada ano podem ocorrer 6 milhões de amigdalites estreptocócicas, das quais 18.000 (0,3%) a 180.000 (3%), se não tratadas, podem evoluir para Febre Reumática aguda, e 1/3 (6.000 a 60.000) delas podem deixar seqüelas. Como vemos, é uma doença que deve ser abordada com muito cuidado e seriedade, principalmente por se tratar de um problema de saúde capaz de ser evitado.

É justamente sobre o tratamento específico da estreptococcia, tanto na sua forma inicial, sem estar a Febre Reumática estabelecida, como também na fase crônica, que será o propósito do nosso comentário. Denominamos Profilaxia Primária o tratamento específico da estreptococcia quando devidamente diagnosticada, e com finalidade de erradicação da infecção. Já a Profilaxia Secundária é o tratamento crônico do paciente com diagnóstico estabelecido de Febre Reumática, e que deve entrar em rigoroso esquema de antibiótico para evitar recidivas da doença. No 32º Congresso Brasileiro de Pediatria, realizado em São Paulo, em outubro de 2003, o Grupo de Trabalho da Febre Reumática, com representantes de vários estados do Brasil, esteve reunido sob a coordenação da Dra. Cleonice de Carvalho Mota, justamente discutindo sobre a atualização do Consenso sobre a Profilaxia Primária e Secundária da Febre Reumática.

Profilaxia Primária

Denominamos Profilaxia Primária o tratamento com erradicação do estreptococo. O diagnóstico diferencial entre amigdalite viral e estreptocócica deve ser feito de acordo com bases clínicas - na quase totalidade dos casos, as estreptococcias exteriorizam-se por manifestações gerais (febre, "estado infeccioso"), locais (faringe e amígdalas rubras, dolorosas, recobertas por exsudato nítido; edema de úvula, petéquias na mucosa da boca) e vizinhas (adenopatia cervicomaxilar satélite múltipla e dolorosa) que as distinguem das observadas em processos comuns de resfriados ou "gripais" (coriza, rouquidão, tosse, sensibilidade faríngea, conjuntivite). Em crianças maiores de 2 anos de idade, não são raras as manifestações paralelas: cefaléia, dor abdominal, náuseas e vômitos, exantema comparável ao da escarlatina. A distinção entre os dois tipos de doença é necessária para que não seja utilizada medicação poderosa e inútil. Em casos de dúvidas, contudo, está indicado a terapêutica antibiótica, porque não podemos favorecer a possibilidade da doença reumática ulterior. Esta orientação é particularmente necessária em eventualidades de

crianças sob suspeita de infecções estreptocócicas anteriores e/ou em ocorrência de doença reumática em outros indivíduos do mesmo lar. O tratamento recomendado para amigdalites estreptocócicas é a Penicilina Benzatina (12-13) por ser antibiótico bactericida e sempre sensível e por ainda não ter ainda sido superado em eficácia pelos inúmeros novos agentes bacterianos. Recomendamos dose única injetável, no seguinte esquema :

Penicilina G Benzatina 600.000 UI IM (peso < 25 Kg) – dose única
1.200.000 UI IM (peso > 25 Kg) – dose única

Este esquema pode ser a primeira escolha, mas podem ser usadas também a Penicilina V, Amoxicilina e Ampicilina durante 10 dias, conforme esquema abaixo :

Penicilina V 250 mg 4 xx dia VO (de 6/6hs) até 25 kg – 10 dias
500 mg 4xx dia VO (de 6/6hs) > de 25kg – 10 dias
Amoxicilina 30 a 50 mg/kg/dia VO – 3 doses (8/8hs) - 10 dias
Ampicilina 25 a 50 mg/kg/dia VO (6/6hs ou 8/8hs) - 10 dias

Nos pacientes alérgicos à Penicilina, a recomendação é a :

Eritromicina 20 a 40 mg/kg/dia VO (de 6/6hs) - 10 dias
Clindamicina 10 a 30 mg/kg/dia VO (8/8 ou 6/6hs) – 10 dias

Existem outras opções que poderemos lançar mão, mas que são antibióticos caros e pouco usados, como é o caso das Cefalosporinas de primeira e segunda geração. A Azitromicina pode ser usada, mas apenas para pacientes maiores de 16 anos, e cuja dose será de 1 grama VO no primeiro dia e 500 mg/dia nos 4 dias subsequentes. As sulfas, tetraciclina e o cloranfenicol são contraindicados para a profilaxia primária .

Entre as maiores dificuldades para uma profilaxia primária eficaz destacamos o fato do não reconhecimento, em muitos casos, das formas assintomáticas ou oligossintomáticas das estreptocóccias, e hoje sabemos que cerca de 50 a 70% dos pacientes com quadro de FR aguda não apresentam história prévia de faringoamigdalite. Alguns casos podem ser confundidos com infecção virótica, e o tratamento, não ser adequado. Outro grande problema diz respeito ao tratamento das faringoamigdalites com antibióticos bacteriostáticos ou mesmo o uso de antibióticos bactericidas, mas por período inferior a 10 dias, insuficientes para erradicar o foco.

Profilaxia Secundária

A profilaxia secundária tem por objetivo o controle das recorrências da FR por meio de um esquema antibiótico a longo prazo. Este esquema deve ser instituído após um diagnóstico criterioso da doença, pois implica em muitos anos de tratamento. A medicação de escolha é a Penicilina Benzatina, administrada em doses suficientes para manter uma concentração sérica de penicilina de 0,03 unidades /ml. As doses recomendadas são :

Penicilina G Benzatina 600.000 UI IM de 21/21 dias (peso < 25 kg)
1.200.000 UI IM de 21/21 dias (peso > 25 kg)

Pode ser usada ainda a Penicilina V 250 mg (400.000) VO 12/12 hs – uso contínuo, mas sempre como esquema de segunda opção. Nos alérgicos à Penicilina, recomenda-se a Sulfadiazina 500 mg VO para peso até 30 kg e 1 gr VO para pacientes acima de 30 Kg, todos os dias. Já nos raros casos de pacientes alérgicos à Penicilina e a Sulfas, recomenda-se a Eritromicina VO 250 mg de 12/12 horas continuamente.

Quanto à duração da Profilaxia Secundária, recomendamos o seguinte :

1 – Pacientes sem acometimento cardíaco, durante a fase aguda, manter esquema de 21/21 dias até 21 anos , mas por tempo mínimo de 5 anos, com preferência pelo período mais longo.

2 – Pacientes com acometimento cardíaco durante a fase aguda, mas sem lesão residual, manter esquema de 21/21 dias até 25 anos, por tempo mínimo de 10 anos, com preferência pelo período mais

longo .

3 – Pacientes com acometimento cardíaco, na fase aguda e com lesão cardíaca residual, e aqueles operados e com implante de prótese, manter o esquema de 21/21 dias indefinidamente, ressaltando-se os riscos mais elevados com a interrupção do tratamento nos pacientes em contacto direto com o estreptococo, como é o caso de médicos, enfermeiros, professores e funcionários de creches etc.

Profilaxia Terciária

A profilaxia terciária é a recuperação do indivíduo para a sociedade por meio da cirurgia, a qual deve ser baseada nas condições clínicas do paciente, levando-se em consideração a classificação da New York Heart Association – NYHA maior que II/IV. É lógico que a cirurgia deve ser feita antes que ocorra comprometimento funcional do ventrículo esquerdo e que se instalem arritmias, que, por sua vez, podem levar a fenômenos tromboembólicos.

Avaliações da saúde oral são de extrema importância nos portadores de valvopatias e, em particular, nos portadores de prótese valvar, os quais apresentam risco maior de endocardite bacteriana. Mesmo com todos estes cuidados e recomendações, sabemos que os pacientes reumáticos constituem, nos dias de hoje, em nosso meio, um desafio para quem os acompanha .

Referências Bibliográficas

1 – Couto AA, Dias Carneiro R, Girardi JM, Moraes de Oliveira GM. Estado atual da Patogenia da Doença Reumática. Arq Bras Cardiol, 1988, 50/2 : 75-78.

2 – Décourt LV. Doença Reumática - 2ª edição São Paulo, Servier , 1972.

3 – Mota CCC, Meira ZMA. Prevenção da Febre Reumática, Revista Médica de Minas Gerais, 2002 ; 12 (3 supl) S3-S8.

4 – Meira ZMA, Castilho SRT, Barros MLB et al. Prevalência da Febre Reumática em crianças de uma escola da rede pública de Belo Horizonte. Arq Bras Cardiol: 1995; 65: 221-4.

5 – Oliveira JJ, Silva SRAS, Vije JD . Doença Reumática . Arq Bras Cardiol. 1997; 69: 68 – 77.

6 – Veasy LG. Rheumatic fever – T. Duckett Jones and the rest of story. Cardiol Young. 1995; 5: 293-301.

7 – Spagnuolo M, Pasternak B, Tarante A. Risk of rheumatic fever recurrences after streptococcal infections. Prospective study of clinical and social factors. N Engl J Med. 1971; 285: 641-7.

8 – Eisenberg MJ. Rheumatic heart disease in developing world: prevalence, prevention and control. Eur Heart J. 1993; 152: 645-6.

9 – Snitcowsky R. Profilaxia da febre reumática . Rev Soc Cardiol Est São Paulo. 1993; 3 (6) : 17 – 20.

10 – Azis K, Cheema L, Numon AD. Long-term observations of rheumatic carditis. Cardiol Young. 1992; 2 (3) : 254 – 60.

11 – Brasil – Ministério da Saúde . Doenças cardiovasculares no Brasil. Sistema Único de Saúde – SUS, dados epidemiológicos . Brasília ;1993.

12 – Dajani A, Taubert K, Peter G. Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever: a statement for health professionals. Committee on rheumatic fever, endocarditis, and Kawasaki disease of the Council on Cardiovascular Disease in the young. Pediatrics, 1995; 96: 758 - 64

13 – Décourt LV. Prevenção da Doença Reumática – normas em situações de dúvidas . In : Sousa AGMR, Mansur AJ. Edts – SOCESP. Cardiologia 2º vol São Paulo : Atheneu. 1996; 1070 – 5.