

**CRIANÇA COM CARDITE GRAVE POR FEBRE REUMÁTICA CONDUZIDA EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM RELATO DE CASO**

**CHILD WITH SEVERE CARDITIS DUE TO RHEUMATIC FEVER CONDUCTED
IN AN INTENSIVE CARE UNIT: A CASE REPORT**

Julia Milhomem Mosquéra

Acadêmica do curso de Medicina do UniCEUB
Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Endereço: SEPN 707/709 - Campus Universitário - Asa Norte, Brasília - DF.
E-mail: j.milhomemmosquera@gmail.com

Larissa Feitosa de Albuquerque Lima Ramos

Acadêmica do curso de Medicina do UniCEUB
Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Endereço: SEPN 707/709 - Campus Universitário - Asa Norte, Brasília - DF.
Email: larissafeitosa@gmail.com

Amanda Ribeiro Alves

Acadêmica do curso de Medicina do UniCEUB
Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Endereço: SEPN 707/709 - Campus Universitário - Asa Norte, Brasília - DF.
E-mail: amandazzz@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-8891-4012>

Marina Dias Hanna

Acadêmica do curso de Medicina do UniCEUB
Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Endereço: SEPN 707/709 - Campus Universitário - Asa Norte, Brasília - DF.
E-mail: marinadhanna@gmail.com

Gianna Carolina Pereira Cavalli

Acadêmica do curso de Medicina do UniCEUB
Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Endereço: SEPN 707/709 - Campus Universitário - Asa Norte, Brasília - DF.
E-mail: gianna.cavalli@gmail.com

Andrea Lopes Ramires Kairala

Docente do curso de Medicina do UniCEUB
Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Endereço: SEPN 707/709 - Campus Universitário - Asa Norte, Brasília - DF.
E-mail: kairalak@gmail.com

RESUMO

Introdução: A febre reumática (FR) é uma doença inflamatória de base imunológica, em geral, decorrente de faringoamigdalite. **Objetivo:** relatar um caso de FR em uma criança com manifestações cardíacas. **Caso:** Criança de 5 anos de idade, sexo feminino, foi admitida em hospital secundário com queixa de cansaço, dispnéia ortostática e aos pequenos esforços, dor torácica e epigástrica, negando febre e antecedentes recentes de amigdalite. Paciente apresentou lesão cutânea na perna com inflamação local e dificuldade de melhora. Ao exame físico da admissão, paciente em regular estado geral, taquidispnéica moderada, hipocorada, com edema palpebral, com presença de ritmo de galope, sopro sistólico em focos aórtico e pulmonar, sopro sistodiastólico em focos tricúspide e mitral. As hipóteses diagnósticas aventadas foram insuficiência cardíaca e respiratória, doença reumática, endocardite e cardiopatia pré-existente descompensada. Exames complementares informaram: ASLO: 298; PCR: 2,85; VHS: 90; radiografia de tórax evidenciou cardiomegalia e sinais de congestão pulmonar; ecocardiograma revelou regurgitação em valva tricúspide, espessamento de valva mitral e insuficiência de grau acentuado; eletrocardiograma evidenciou intervalo PR de 160 ms (80-150 ms). Como conduta inicial a paciente foi admitida na UTI, com prescrição de dieta hipossódica, furosemida, penicilina benzatina. Posteriormente aos exames complementares, iniciou-se espironolactona, captopril e prednisona para cardite grave. Para o diagnóstico do primeiro surto de FR utilizam-se os critérios de Jones. No presente caso observou-se cardite grave, elevação do VHS, do PCR e prolongamento do intervalo PR. A partir disso, pode-se considerar a presença de 1 critério maior e 3 critérios menores, somados à elevação do ASLO, corroborando a hipótese apresentada de FR. **Considerações Finais:** A suspeita diagnóstica de FR é fundamental quando da apresentação de cardite em criança sem história de doença cardíaca, ainda que não apresente relato recente de faringoamigdalite, a fim de diagnosticar de modo precoce e evitar lesão cardíaca crônica com sequelas permanentes.

Palavras-chave: Febre reumática, Cardiopatia Reumática, Infecções Estreptocócicas

INTRODUÇÃO

A febre reumática (FR) é uma doença inflamatória de base imunológica determinada pela complicação tardia de infecção pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield, em indivíduos geneticamente predispostos¹. Em geral, a faringoamigdalite não supurativa, clínica ou assintomática é a infecção que predispõe a doença^{1,2}, porém, há evidências da ocorrência de FA após piodermite².

De acordo com a história natural da doença, na forma mais comum, a FR costuma surgir em um intervalo de 18 a 21 dias após a faringoamigdalite. Nos indivíduos que apresentam suscetibilidade ocorre mimetismo molecular/reação cruzada entre as estruturas do estreptococo e os tecidos humanos². Em decorrência disso, o paciente pode manifestar cardite, artrite, eritema marginato, nódulos subcutâneos e coréia de Sydeham⁷.

Diferentemente do que ocorre nos países desenvolvidos, em que a prevalência de indivíduos que manifestam FR é baixa, nos países em desenvolvimento, como no Brasil, há um

elevado número de casos. As baixas condições socioeconômicas, a má nutrição e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde são fatores que corroboram com isso^{1,6}. Os indivíduos de 5 a 15 anos de idade são os mais frequentemente acometidos³, sendo a cardiopatia reumática a principal cardiopatia adquirida nessa faixa etária⁵.

Apesar da elevada prevalência, há subdiagnóstico devido à ausência de sinais patognomônicos e exames laboratoriais específicos, o que dificulta a detecção da doença. Atualmente, o diagnóstico é clínico e é realizado a partir dos Critérios de Jones^{4,5}. Na primeira manifestação da doença, a presença de artrite costuma ser a principal alteração, seguida pela cardite. A primeira prevalece em adultos e a segunda em crianças⁸.

A cardite é o processo inflamatório agudo, de aparecimento precoce, da FR que gera acometimento do tecido cardíaco. Diferentemente das outras manifestações, essa é a única que gera sequelas. Devido ao subdiagnóstico, o seu reconhecimento é realizado de forma tardia, sendo identificado, em muitos casos, em decorrência de dano valvar permanente^{7,9}. Já a cardiopatia reumática é a cronificação da doença cardíaca. Essa decorre, na maioria dos casos, de repetidas ocorrências de FR aguda, gerando lesão cardíaca de gravidade variável⁷

O presente trabalho objetivou relatar um caso de FR de uma criança com manifestações cardíacas acompanhada em unidade de terapia intensiva.

RELATO DE CASO

Criança de 5 anos de idade, sexo feminino, procedente de Alto Paraíso-GO, foi admitida em hospital secundário de Brasília-DF, com queixa de cansaço, dispneia ortostática e aos pequenos esforços, dor torácica e dor epigástrica, sendo que, segundo o informante, o início dos sintomas se deu com cansaço aos grandes esforços. Além disso, descreveu-se lesão em perna com inflamação local com dificuldade de resolução. Negou-se febre, comorbidades prévias e antecedentes de amigdalite.

No exame físico da admissão, a paciente apresentava-se em regular estado geral, com edema palpebral, taquidispneica, hipocorada 1+/4+, com presença de retrações subescapulares e subclaviculares leves, com ritmo cardíaco regular em 3 tempos com presença de sopro sistólico 1+/4+ em foco aórtico e pulmonar, sopro sistodiastólico 3+/4+ em foco tricúspide e 4+/4+ em foco mitral, ambos com irradiação para linha axilar anterior homolateral. No exame do abdômen, fígado palpável a 2 cm do apêndice xifoide e 0,5 cm do rebordo costal direito,

doloroso à palpação profunda. Além disso, havia presença de cicatriz de 1,5 cm de lesão recente em face anterior da perna direita.

As hipóteses diagnósticas aventadas foram insuficiência cardíaca e respiratória, doença reumática, endocardite e cardiopatia pré-existente descompensada. Por isso, iniciou-se tratamento com furosemida e dose de 60.000 UI de penicilina benzatina, além de ter sido solicitada transferência para unidade de terapia intensiva (UTI). Os exames complementares solicitados revelaram os resultados contidos no Quadro 1. Também, observou-se cardiomegalia e pequena lâmina de derrame pleural bilateral à radiografia de tórax.

Quadro 1. Exames laboratoriais da admissão

| Exame | Resultado | | Referência | |
|--------------------|--|------|------------|---------|
| Hemoglobina | 11,2g/dl | | 11,4-15,5 | |
| Leucócitos | 14.700 | | 4000-11000 | |
| Neutrófilos totais | 85% | 12,5 | 30-54 | 1,6-8,4 |
| Segmentados | 83% | 12,2 | 30-50 | 1,6-7,7 |
| Linfócitos | 12% | 1,8 | 40-70 | 3-10 |
| Plaquetas | 577x10 ³ /uL | | 150-450 | |
| Creatinina | 0,54 mg/dl | | 0,6-1,0 | |
| Glicemia | 111 mg/dl | | 70-99 | |
| Gasometria | pH 7,45 pCO2 26,6 pO2 133 HCO3 20,8 | | | |

Fonte: os autores

Após admissão na UTI pediátrica foi iniciada restrição hídrica, dieta hipossódica, O₂ por cateter nasal (2L/min) e mantido o uso de furosemida e penicilina benzatina. Além disso, solicitou-se: ecocardiograma, que revelou insuficiência mitral acentuada com folheto anterior espessado com aspecto em taco de golfe, aumento de átrio esquerdo, insuficiência tricúspide moderada; eletrocardiograma (ECG), o qual evidenciou intervalo PR de 160 ms (80-150 ms); VHS, PCR e ASLO, cujos resultados são vistos no Quadro 2.

Quadro 2. Exames laboratoriais da admissão na UTI pediátrica

| Exame | Resultado | Referência |
|-------|-----------|------------|
| PCR | 2,85 | <0,3 |
| VHS | 90 | 0-30 |
| ASLO | 298 | < 214 |

Fonte: os autores

Considerando os aspectos clínicos e os exames complementares, iniciou-se espironolactona, captopril e prednisona devido a hipótese de cardite reumática. Após a conduta observou-se melhora importante dos sinais de insuficiência cardíaca, mantendo apenas sopros pancardíaco e taquicardia. A paciente recebeu alta da UTI pediátrica em 2 dias com boas

condições clínicas.

DISCUSSÃO

O diagnóstico do primeiro episódio de FR baseia-se nos critérios de Jones. De acordo com esses, há maior probabilidade de doença quando se evidencia a ocorrência de infecção por estreptococo, observada pela elevação de ASLO. Quando há suspeita de FR, realiza-se o diagnóstico por meio da identificação dos critérios maiores e/ou menores, sendo necessária a presença de pelo menos 2 critérios maiores ou 1 critério maior e 2 menores.. Os critérios maiores incluem: cardite (clínica ou subclínica), artrite (poliartrite), coréia, eritema marginado, nódulo subcutâneo; e os menores: poliartralgia, febre ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$), elevação de VHS ($\geq 60\text{mm}$ na 1ª hora) e/ou PCR $\geq 3\text{mg/dl}$ (ou maior que o valor de referência indicado), intervalo PR prolongado⁷.

Para a confirmação da cardite as alterações são evidenciadas por meio do exame físico, através da ausculta de um sopro na endocardite ou de um atrito pericárdico na pericardite; e por meio de exame radiológico e ecográfico, observando-se aumento da área cardíaca na miocardite¹¹. O folheto endocárdico é o mais acometimento, sendo expresso, principalmente, na forma de insuficiência mitral¹⁰.

No caso apresentado, foram observadas alterações que corroboraram com a suspeita diagnóstica de cardite, devido a presença de aumento de área cardíaca na radiografia de tórax; acometimento de valvas cardíacas provocando insuficiência mitral e aumento de átrio esquerdo ao ecocardiograma; e presença de sopro sistólico em focos aórtico e pulmonar, sopro sistodiastólico em foco tricúspide e em foco mitral à ausculta cardíaca.

Após evidência de cardite, é importante a realização da classificação clínica, que é dividida em leve, moderada e grave. Na forma leve o paciente é assintomático mesmo apresentando sinais como taquicardia, sopro sistólico e alterações no ECG; na moderada, geralmente, há dor precordial que se agrava durante a inspiração e ao deitar; na grave, o quadro se inicia com sintomas inespecíficos, como anorexia, astenia, palidez e taquipnéia, seguida de sintomas clássicos de insuficiência cardíaca, como edema de membros inferiores, ortopnéia e dispnéia¹³.

De acordo com essa classificação, observa-se que a paciente do caso exposto apresentou um quadro de cardite grave, com início dos sintomas com astenia, dispnéia

ortostática, dispnéia aos grandes esforços e taquicardia, evoluindo para um quadro de insuficiência cardíaca congestiva evidenciada pela presença de sinais de congestão pulmonar, hepatomegalia dolorosa e edema palpebral.

Além disso, após a realização de exames laboratoriais e do ECG, verificou-se a elevação do VHS, do PCR e prolongamento do intervalo PR. A partir disso, pode-se considerar a presença de 1 critério maior e 3 critérios menores no caso apresentado, somados à elevação do ASLO, confirmando a hipótese apresentada de FR.

Sabe-se que estreptococos de outros sorotipos que não o beta-hemolítico do grupo A, causadores de piodermites, não são reumatogênicos, mas causam glomerulonefrite difusa aguda². No entanto, em relato que avaliou uma população isolada da Austrália, onde não existe faringite estreptocócica e a piodermite estreptocócica é endêmica, constatou-se alta prevalência de FR, provavelmente proveniente da infecção de pele por estreptococos reumatogênicos¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, o presente relato ilustra a manifestação de cardite decorrente de FR possivelmente a partir de lesão de pele, uma vez que houve negação da ocorrência de faringoamigdalite prévia à condição clínica em questão e havia indícios de lesão cutânea recente.

Portanto, ressalta-se a importância da suspeita diagnóstica de FR quando da apresentação de cardite em criança sem história de doença cardíaca a fim de diagnosticar de modo precoce e evitar lesão cardíaca crônica com sequelas permanentes.

REFERÊNCIAS

1. Costa, L. P., Domiciano, D. S., & Pereira, R. M. R. (2009). Características demográficas, clínicas, laboratoriais e radiológicas da febre reumática no Brasil: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 49(5), 617-622.
2. Rachid, A. (2003). Etiopatogenia da febre reumática. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 43(4), 232-237.
3. Borges, F., Barbosa, M. L. A., Borges, R. B., Pinheiro, O. C., Cardoso, C., Bastos, C., & Aras, R. (2005). Características clínicas demográficas em 99 episódios de febre reumática no Acre, Amazônia brasileira. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 84(2), 111-114.

4. Machado, C. S. M., Ortiz, K., Martins, A. D. L. B., Martins, R. S., & Machado, N. C. (2001). O perfil da antiestreptolisina O no diagnóstico da febre reumática aguda. *Jornal de Pediatria*, 77(2), 105-111.
5. Mota, C. D. C. C. (2014). A febre reumática e suas complicações: impacto e desafios. *NASCER E CRESCER-BIRTH AND GROWTH MEDICAL JOURNAL*, 23(3), 121-123.
6. Moraes, R. C. S. D., Katz, M., & Tarasoutchi, F. (2014). Aspectos clínicos e epidemiológicos de portadores de doença valvar atendidos em unidade de pronto atendimento. *Einstein (São Paulo)*, 12(2), 154-158.
- 7- Peixoto, A., Linhares, L., Scherr, P., Xavier, R., Siqueira, S. L., Pacheco, T. J., & Venturinelli, G. (2011). Febre reumática: revisão sistemática. *Rev Soc Bras Clin Med*, 9(3), 234-8.
8. Kurahara, D. K., Grandinetti, A., Galario, J., Reddy, D. V., Tokuda, A., Langan, S., ... & Yamaga, K. M. (2006). Ethnic differences for developing rheumatic fever in a low-income group living in Hawaii. *Ethnicity & disease*, 16(2), 357.
9. Maurice, J. (2013). Rheumatic heart disease back in the limelight. *The Lancet*, 382(9898), 1085-1086.
- 10- Pereira, B. Á. D. F., Belo, A. R., & Silva, N. A. D. (2017). Febre reumática: atualização dos critérios de Jones à luz da revisão da American Heart Association-2015. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(4), 364-368.
- 11- Blacher, C., Zielinsky, P., Leaes, P. E., Torres Netto, E., & Rodrigues, R. (1982). Doença reumática ativa. Estudo prospectivo. *Arq. bras. cardiol*, 373-5.
- 12- Carapetis, J. R., Wolff, D. R., & Currie, B. J. (1996). Acute rheumatic fever and rheumatic heart disease in the top end of Australia's Northern Territory. *Medical Journal of Australia*, 164(3), 146-149.
- 13- Grinberg, M., & Spina, G. S. (2005). Indicação cirúrgica na febre reumática aguda. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, 92-96.