

Febre reumática com manifestações clínicas pouco comuns: relato de caso.

Rheumatic fever with uncommon clinical findings: a case report.

Alexandre Azevedo Campos ¹, Luciana Vandesteem Pereira ², Regina Célia de Souza Campos Fernandes ³.

Instituição: Hospital Escola Álvaro Alvim. Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

1. Médico do Programa Saúde da Família de Campos, RJ.

2. Aluna do quinto ano da Faculdade de Medicina de Campos, RJ.

3. Professora Doutora. Disciplina de Pediatria da Faculdade de Medicina de Campos, RJ.

RESUMO

Introdução: O envolvimento multissistêmico (isto é, a presença de artrite, cardite e a coréia) é comumente reconhecido na febre reumática aguda. Entretanto os comprometimentos renal e pleural têm merecido pouco destaque.

Objetivo: Relatar um caso de febre reumática com aspectos clínicos não clássicos: presença de alteração renal, envolvimento pleural na ausência de insuficiência cardíaca; curto intervalo de tempo entre a faringite estreptocócica e as manifestações articulares; além do envolvimento de pequenas articulações.

Método: Revisão de prontuário.

Relato de caso: Adolescente de 11 anos foi admitida com dores nas pernas e febre. Há 5 dias usava amoxicilina para controle de faringite estreptocócica. Apresentou episódio de hematuria macroscópica, poliartrite migratória envolvendo inclusive pequenas articulações das mãos, cardite e pequena coleção pleural à esquerda. As manifestações da paciente preencheram os critérios de Jones para o diagnóstico de febre reumática: 2 maiores e todos os menores. A infecção estreptocócica foi confirmada pela ASLO e a menor respondeu ao uso da aspirina e prednisona.

Conclusão: O diagnóstico da febre reumática não se baseia apenas em exames laboratoriais, mas sim e principalmente em critérios clínicos. A ocorrência de manifestações atípicas representa uma dificuldade adicional para o estabelecimento do mesmo. Há que se fazer uma análise judiciosa das manifestações clínicas, sem a qual pode haver grave prejuízo da qualidade de vida dos menores afetados e elevados gastos para a Saúde Pública.

Descritores: Artrite. Febre reumática. Criança. Diagnóstico.

ABSTRACT

Introduction: Multisystem involvement (that is, arthritis, carditis, and chorea) is commonly recognized in acute rheumatic fever. However, renal and pleural involvement in this disease has received only scant attention.

Objective: To describe a case of rheumatic fever with uncommon clinical findings as occurrence of renal involvement, pleurisy in the absence of cardiac failure, short interval between pharyngitis and arthritis and the involvement of small joints of the hand.

Methods: Review of medical record.

Case report: An 11-year-old girl was admitted with pain in legs, fever and was receiving amoxicillin for streptococcal pharyngitis since five days ago. She had macroscopic hematuria; migratory polyarthritis involving small joints of the hand; carditis; and small pleural effusion. Manifestations of this girl satisfied the Jones criteria for diagnosis of RF: 2 major and all minor. A streptococcal infection was evidenced by ASLO and she responded to aspirin and prednisone.

Conclusion: The diagnosis of rheumatic fever is not based in laboratory evaluations, but in clinical manifestations. The occurrence of atypical findings represents an additional difficulty in diagnosis. It is important to perform a detailed clinical evaluation, without which quality of life may be greatly affected and with elevation in public health costs.

Keywords: Arthritis. Rheumatic fever. Children. Diagnosis.

INTRODUÇÃO

A febre reumática (FR) é uma complicação não supurativa que pode ocorrer cerca de 2 a 3 semanas após uma infecção de orofaringe causada pelos estreptococos beta-hemolíticos do grupo A com predominância na faixa etária de 5 a 15 anos ^{1,2}. É importante frisar que o estudo de aboígenes na Austrália chamou a atenção para a origem da febre reumática neste grupo a partir de esteptococia de pele ³. Somente 1 a 3 % da população infectada por estreptococo reumatogênico são capazes de desenvolver febre reumática ^{1,2} e a ocorrência da doença entre familiares em 30% dos casos sinaliza para uma predisposição genética ^{1,2}. O mecanismo patogênico responsável pela doença parece estar ligado a uma reação cruzada de anticorpos, produzidos contra produtos de estreptococos com estruturas do indivíduo afetado

(mimetismo molecular), desencadeando todo o processo inflamatório ^{1,2}.

O diagnóstico da febre reumática é basicamente clínico ^{1,2,3,4,5,6} servindo os exames complementares para confirmação da atividade inflamatória, da infecção estreptocócica anterior e para o acompanhamento da resposta terapêutica. Na tabela abaixo demonstramos os critérios de Jones atualizados em 1992 para o diagnóstico do primeiro surto de febre reumática e que foram confirmados em 2000 pelos membros do Comitê para Febre Reumática, Endocardite e Doença de Kawasaki da Associação Americana de Cardiologia ⁷. É importante lembrar que na coréia de apresentação tardia e na cardite insidiosa os outros achados clínicos podem estar ausentes e os laboratoriais podem ser normais ^{1,2}.

Tabela 1

Critério de Jones (atualizado em 1992 e confirmado em 2000)

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

Formas não clássicas da febre reumática têm sido freqüentemente relatadas. A ocorrência de febre reumática e glomerulonefrite é um exemplo. Até 51% dos pacientes com FR podem ter alguma evidência clínica e até 39% podem ter evidência histológica de doença renal ⁸. O envolvimento pleural comumente pode ser a consequência de um quadro de insuficiência cardíaca determinado pela cardite, mas também tem sido descrito de forma isolada e com resposta à terapia antiinflamatória. Merece destaque também a variação no padrão de envolvimento articular.

O presente caso ilustra tais situações e as dificuldades trazidas ao diagnóstico definitivo.

RELATO DE CASO

Adolescente parda de 11 anos foi admitida com dores nas pernas e picos febris de até 39°C. Há 5 dias iniciou quadro febril, sendo diagnosticada faringite bacteriana e instituída amoxicilina. Na internação relatou dificuldade para deambulação e também dor abdominal e hematúria, sendo constatada dor e aumento de volume do joelho direito, ausência de edemas e pressão arterial

normal (110/70mmHg). Os exames da admissão mostraram: Hemoglobina (Hb): 9g / dL ; Hematócrito (Ht): 30,2 %; 13.800 leucócitos, 4 % bastões, 81 % segmentados, 13 % linfócitos e 2% de monócitos; Velocidade de hemossedimentação(VHS): 85mm; Uréia: 31mg / dL; Creatinina: 1 mg/ dL. Sedimento urinário (EAS) no segundo dia revelou proteína +, Hb +, 4 hemácias / campo e 7 leucócitos / campo e urinocultura negativa. Medicada com antitérmico evoluiu com manutenção da febre e posterior envolvimento do tornozelo esquerdo e do direito, além das articulações interfalangeanas da mão esquerda. No quarto dia: Hb: 8,78g / dL; Ht: 26,3%; 8000 leucócitos, 1 % bastão, 82 % segmentados, 14 % linfócitos e 1 % monócito; VHS: 124mm ; cultura de material de orofaringe negativa para estreptococo beta-hemolítico do grupo A. Radiografia de tórax no sexto dia evidenciou velamento de seio costofrênico esquerdo, tendo o ultrassom confirmado a presença de pequeno derrame pleural. No décimo dia, a pesquisa de fator anti-nuclear foi negativa; proteína C reativa foi de 192 U ; mucoproteína de 9,2 mg / dL; Waaler-Rose negativo; e Antiestreptolisina O (ASLO) de 400 U. No 11º dia foi iniciado o ácido acetil

salicílico. No décimo segundo dia foi auscultado sopro sistólico ++/6+ nos focos mitral e aórtico, tendo o ecocardiograma demonstrado leve regurgitação mitral e aórtica, confirmadas em estudo seqüencial. Eletrocardiograma demonstrou intervalo PR aumentado para a idade. Sua frequência cardíaca variou de 64 a 104 batimentos por minuto nesse período. Após 72 horas do uso dos salicilatos houve desaparecimento da febre e regressão das manifestações articulares. No décimo oitavo dia foi instituído corticóide. No vigésimo dia: proteína C reativa: 48U; mucoproteína: 10.5 mg/ dL; ASLO: 600U; reabsorção do derrame pleural; EAS ainda evidenciou Hb ++, 7 hemácias / campo e 3 leucócitos / campo. No vigésimo segundo dia: C3: 37,9 mg/dL (VN: 79 a 152 mg/dL). Evoluiu sem intercorrência, recebendo alta após 25 dias de internação. Três meses após: sedimento urinário normal; C3 de 89 mg/dL ; e provas inflamatórias negativas. Em uso de profilaxia secundária com penicilina benzatina.

DISCUSSÃO

O diagnóstico estabelecido no presente caso foi de febre reumática e se baseou nos critérios de Jones (2 maiores: poliartrite e cardite; 4 menores: artralguas, febre, alteração das proteínas de fase aguda e aumento do intervalo PR além da evidência sorológica de infecção estreptocócica prévia.

O envolvimento multissistêmico (pleural, renal e cardíaco) demandou a exclusão do Lúpus Eritematoso Sistêmico.

A associação de glomerulonefrite e febre reumática, apesar da raridade, tem se avolumado na literatura ^{8,9,10}. É descrito envolvimento focal ⁷, forma clássica exudativa pós-estreptocócica ^{8,9}, a forma mesangioproliferativa ⁷ e até grave nefrite intersticial complicada por insuficiência renal ⁸.

A paciente apresentou episódio de hematúria macroscópica e depois alteração persistente do sedimento urinário (proteinúria, hematúria e leucocitúria), porém não acompanhada de hipertensão, edemas ou retenção azotada. Estas alterações do sedimento poderiam ser explicadas pela associação com o quadro febril pós-estreptocócica⁷, mas elas persistiram após a defervescência. No entanto, a diminuição da fração sérica de C3, com a fração de C4 normal mais a evidência de doença estreptocócica anterior através da curva de anti-estreptolisina, que se constitui num parâmetro mais sensível do que a determinação isolada ^{1,6}, apontam para a glomerulonefrite pós-estreptocócica⁸. Também é sugerida a possibilidade de que sorotipos estreptocócicos possam compartilhar as propriedades reumatogênica e nefritogênica ¹⁰. Três meses após a alta, a reavaliação da

menor comprovou a normalização da fração C3 do complemento (89 mg/dL) além da negatização das provas inflamatórias e da dosagem da ASLO, bem como do sedimento urinário.

O presente relato ilustra a necessidade de estudo do sedimento urinário no acompanhamento dos casos de febre reumática e de valorização das manifestações clínicas de comprometimento renal.

Também no sexto dia de doença foi constatada a presença de coleção pleural à esquerda, na ausência de insuficiência cardíaca ou de envolvimento pulmonar de origem infecciosa e que regrediu sem a necessidade do uso de cardiotônico, diurético ou antimicrobiano.

A reabsorção foi constatada dias após a introdução da corticoterapia, sugerindo a sua origem inflamatória relacionada à doença de base, febre reumática aguda, como já foi proposto por outros autores¹⁰.

Finalmente no caso relatado chama a atenção, o pequeno intervalo de tempo decorrido entre a estreptococcia e as manifestações articulares, o que não impediu a sua consideração como um critério maior de Jones, na presença de cardite e dos critérios menores.

Pileggi e Ferriani⁵ em seu estudo realizado em Ribeirão Preto, SP observaram que 47% de 92 casos de artrite em pacientes identificados como casos de febre reumática a partir dos critérios de Jones, corresponderam ao padrão atípico e destes, 32 (74%) apresentaram o envolvimento de pequenas articulações das mãos. Isto reforça o aspecto de que tal achado não pode se constituir em critério para exclusão do diagnóstico de febre reumática. No caso relatado, apesar do pequeno período de latência e da localização atípica do envolvimento articular, houve excelente resposta aos salicilatos.

Concluindo, como Carapetis e colaboradores¹² muito bem expuseram em seu recente artigo, as vacinas antiestreptocócicas provavelmente ainda não estarão disponíveis nos próximos anos, pois são inúmeros os obstáculos a serem vencidos para garantia de cobertura dos diferentes sorotipos e de segurança, com a agravante da previsão de provável custo elevado, dificultando a sua utilização pela totalidade da população suscetível a estreptococcias nos países em desenvolvimento. Assim sendo continua fundamental o diagnóstico da faringite estreptocócica e o seu correto tratamento bem como o diagnóstico da doença reumática com seu apropriado manuseio para prevenção da doença cardíaca e para nos casos de lesão constituída, através da profilaxia de novos surtos, ensejar a diminuição do número de adultos jovens com lesões valvares graves necessitando cirurgia cardíaca e com conseqüente maior morbimortalidade. Também como eles ressaltaram há urgente necessidade

de revisão dos critérios clínicos e laboratoriais da febre reumática de forma a aumentar a sensibilidade no estabelecimento do diagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Oliveira SNF. Reumatologia para pediatras. 1º ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2003.
2. Sztajn bok FR, Serra CRB, Rodrigues MCF, Mendoza E. Doenças reumáticas na adolescência. J Pediatr (Rio J) 2001; 77 (Supl. 2): S234-S244.
3. Mc Donald M Currie BJ, Carapetis JR. Acute Rheumatic fever: a chink in the chain that links heart to the throat? Lanet Infect Dis 2004; 4 (4): 240 - 5
4. Carvalho MFC. Febre reumática. Revista de Pediatria Soperj 2002; 2 : 18-19.
5. Pileggi GCS, Ferriani VPL. Manifestações articulares atípicas em crianças com febre reumática. J Pediatr (Rio J) 2000; 76 (1): 49-54.
6. Machado CSM, Ortiz K, Martius ALB, Martins RS, Machado NC. O perfil de antiestreptolisina O no diagnóstico da febre reumática aguda. J Pediatr (Rio J) 2001; 77 (2): 105-111.
7. Ferrieri P. Proceedings of the Jones Criteria Workshop. Circulation 2002; 106: 2521-2523.
8. Kujala GA, Doshi H, Brick JE. Rheumatic fever and poststreptococcal glomerulonephritis : a case report. Arthritis Rheum 1989; 32(2): 236-239.
9. Gibney R, Reineck J, Bannayan GA, Stein JH. Renal lesions in acute rheumatic fever. Ann Intern Med 1981; 94 (3): 322-326.
10. Lin WJ, Lo WT, Ou TY, Wang CC. Haematuria, transient proteinuria, serpiginous- border skin rash, and cardiomegaly in 10-year-old girl. Eur J Pediatr 2003; 162: 655-657.
11. Moreau L, Congy J, Valcke J, Jullien J, Philbert M. Does rheumatic pleurisy exist? Sem Hop 1975; 51 (2): 117-122.
12. Carapetis JR, McDonald M, Wilson NJ. Acute rheumatic fever. Lancet 2005; 366 (9480): 155-168.