https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/BR/intro

# Febre reumática e artrite reativa pós-estreptocócica

Versão de 2016

## 2. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

### 2.1 Como é diagnosticada?

Os sinais clínicos e os exames complementares são especialmente importantes, uma vez que não existe nenhum sinal ou teste específico para o diagnóstico. Os sintomas clínicos de artrite, cardite, coreia, alterações cutâneas, febre, exames laboratoriais anormais, infeção estreptocócica e alterações na condução da pulsação cardíaca, tal como observado num eletrocardiograma, podem ajudar a estabelecer o diagnóstico. É geralmente necessária evidência laboratorial de uma infeção estreptocócica anterior para fazer o diagnóstico.

### 2.2 Que doenças são semelhantes à febre reumática?

Existe uma doença chamada "artrite reativa pós-estreptocócica" que também ocorre após a faringite estreptocócica, mas que apresenta artrite de longa duração e que tem um risco menor de cardite. Pode ser indicada profilaxia com antibióticos. A artrite idiopática juvenil é outra doença semelhante à febre reumática, mas a duração da artrite é superior a 6 semanas. A doença de Lyme, leucemia, artrite reativa causada por outras bactérias ou vírus também podem apresentar artrite. Sopros inocentes (sopros cardíacos comuns sem qualquer doença cardíaca), doenças congênitas ou outras doenças cardíacas adquiridas podem ser diagnosticadas incorretamente como febre reumática.

## 2.3 Qual a importância dos exames laboratoriais?

Alguns exames laboratoriais são essenciais para o diagnóstico e acompanhamento. As análises sanguíneas são úteis durante os episódios para confirmar o diagnóstico.

Tal como em muitas outras doenças reumáticas, os sinais de inflamação sistémica existem em quase todos os pacientes, exceto naqueles com coreia. Na maioria, quando a doença aparece, não existe nenhum sinal de infeção na garganta e o estreptococos já foi eliminado pelo sistema imunitário. Existem análises sanguíneas para detectar anticorpos estreptocócicos, mesmo que os pais e/ou o doente não se consigam lembrar dos sinais de infeção da garganta. Títulos (níveis) elevados destes anticorpos, conhecidos como anti-estreptolisina O (ASO) ou DNAse B, podem ser detectados através de análises sanguíneas realizadas com intervalos até 2-4 semanas. Os níveis elevados indicam uma infeção recente, mas não existe nenhuma relação comprovada com a gravidade da doença. No entanto, estes análises apresentam resultados normais nos doentes apenas com coreia, tornando este diagnóstico complicado.

Resultados anormais da análise ASO ou DNAse B significam uma exposição prévia às bactérias que estimulam o sistema imunitário a produzir anticorpos e, por si só, não estabelecem o diagnóstico de febre reumática em doentes sem sintomas. Como tal, o tratamento com antibióticos, geralmente não é necessário.

## 2.4 Como se detecta a cardite?

Um novo sopro, resultante da inflamação de válvula cardíaca, é a característica mais comum de cardite e geralmente é detectado pela ausculta dos sons do coração pelo médico. Um eletrocardiograma (uma avaliação da atividade elétrica cardíaca, registada numa tira de papel) é útil para garantir o grau de envolvimento do coração. O Raios-X do tórax também são importantes para verificar se existe aumento do tamanho do coração.

Um ecocardiograma com Doppler ou uma ecografia cardíaca são exames bastante sensíveis para a cardite. Todos estes procedimentos são absolutamente indolores e o único desconforto é que a criança deve permanecer quieta durante algum tempo durante o exame.

## 2.5 Há tratamento/cura para a doença?

A febre reumática é um problema de saúde importante em determinadas áreas do mundo, mas pode ser evitada através do tratamento da faringite estreptocócica assim que esta for identificada (ou seja, prevenção primária). O tratamento com antibióticos iniciado no espaço de 9 dias após o início da faringite é eficaz na prevenção da febre reumática aguda. Os sintomas da febre reumática são tratados com medicamentos anti-inflamatórios não-esteroides.

Estão atualmente em curso investigações para produzir uma vacina que possa proteger contra estreptococos. A prevenção da infeção inicial proporcionaria proteção contra a reação imunológica anormal. Esta abordagem pode tornar-se a prevenção da febre reumática no futuro.

## 2.6 Quais são os tratamentos?

Durante os últimos anos, não têm havido novas recomendações de tratamento. Embora a aspirina tenha permanecido o tratamento de eleição, a ação exata do seu efeito não é clara, parece estar relacionada com as propriedades anti-inflamatórias. Outros medicamentos anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs) são recomendados para a artrite durante 6-8 semanas, ou até desaparecer. Para a cardite grave, é recomendado repouso na cama e, em alguns casos, corticosteroides orais (prednisona) durante 2-3 semanas, descontinuando-se o medicamento gradualmente após a inflamação estar controlada, através da observação dos sintomas e das análises sanguíneas.

No caso de coreia, pode ser necessário apoio dos pais para os cuidados pessoais e tarefas escolares. O tratamento medicamentoso para controle dos movimentos da coreia com esteroides, haloperidol ou ácido valpróico pode ser prescrito com um acompanhamento atento dos efeitos secundários. Os efeitos secundários mais comuns são a sonolência e tremores, os quais podem ser facilmente controlados através do ajuste da dose. Em alguns casos, a coreia pode durar vários meses apesar do tratamento adequado.

Após o diagnóstico ter sido confirmado, recomenda-se proteção em longo prazo com antibióticos para evitar a recorrência de febre reumática aguda.

## 2.7 Quais são os principais efeitos secundários da terapia medicamentosa?

Para o tratamento sintomático de curta duração, os salicilatos e outros AINEs são geralmente bem tolerados. O risco de alergia à penicilina é baixo, mas a sua utilização deve ser monitorizada durante as primeiras injeções. As principais considerações são as injeções dolorosas e a possível recusa dos doentes que têm medo da dor. Como tal, recomenda-se dar informações sobre a doença, anestésicos tópicos e relaxamento antes das injeções.

## 2.8 Quanto tempo deve a prevenção secundária durar?

O risco de recidiva é maior durante os 3-5 anos posteriores ao início da doença e o risco de desenvolver cardite aumenta com o aparecimento de novos episódios. Durante este período de tempo, o tratamento periódico com antibióticos é recomendado em todos os doentes que já tiveram febre reumática, para prevenção do aparecimento de novas infeções estreptocócicas, independentemente da gravidade, uma vez que também podem ocorrer episódios de formas ligeiras.

A maioria dos médicos concorda que a prevenção com antibióticos deve continuar durante pelo menos 5 anos após o último episódio, ou até que a criança tenha 21 anos. No caso de existência de cardite sem lesões cardíacas, recomenda-se a realização de profilaxia secundária durante 10 anos ou até que o doente tenha 21 anos (o que for maior). Caso existam lesões cardíacas, recomenda-se a realização de profilaxia durante 10 anos, ou até aos 40 anos, ou até mais tarde caso a doença seja complicada por substituição da válvula.

Recomenda-se a prevenção de endocardite bacteriana utilizando antibióticos em todos os doentes com lesões na válvula cardíaca sujeitos a intervenções ou cirurgia odontológica. Esta medida é necessária pois as bactérias podem deslocar-se a partir de outros locais do corpo, especialmente da boca e causar infeção da válvula cardíaca.

## 2.9 E os tratamentos não convencionais/complementares?

Existem muitos tratamentos complementares e alternativos disponíveis e isto pode ser confuso para os doentes e para as suas famílias. Avalie cuidadosamente os riscos e os benefícios de experimentar estes

tratamentos uma vez que existem poucos benefícios comprovados e podem ser dispendiosos, tanto em termos de tempo, fardo para a criança e financeiros. Se pretender saber mais sobre tratamentos complementares e alternativos, é aconselhável discutir essas opções com o seu reumatologista pediátrico. Alguns tratamentos podem interagir com os medicamentos convencionais. A maioria dos médicos não se oporá a tratamentos complementares, desde que siga as indicações médicas. É muito importante não parar de tomar os medicamentos receitados. Quando são necessários medicamentos, tais como corticosteroides, para manter a doença sob controlo, pode ser muito perigoso parar de os tomar caso a doença ainda esteja ativa. Fale com o médico do seu filho sobre preocupações que tenha em relação à medicação.

### 2.10 Que tipo de check-ups periódicos são necessários?

Podem ser necessários check-ups e testes periódicos durante a evolução a longo prazo da doença. É recomendado um acompanhamento mais regular nos casos em que existe cardite e coreia. Após remissão dos sintomas, recomenda-se um cronograma de monitorização do tratamento preventivo e acompanhamento a longo prazo, sob supervisão de um cardiologista, de modo a tentar identificar lesões cardíacas posteriores.

### 2.11 Quanto tempo durará a doença?

Os sintomas agudos da doença diminuem significativamente após vários dias ou semanas. No entanto, o risco de episódios recorrentes de febre reumática aguda persiste e o envolvimento cardíaco pode causar sintomas durante toda a vida. O tratamento contínuo com antibióticos para prevenção da recorrência de faringite estreptocócica é necessário durante muitos anos.

### 2.12 Qual é a evolução a longo prazo (prognóstico) da doença?

As recidivas dos sintomas tendem a ser imprevisíveis, tanto no tempo como em gravidade. No primeiro episódio, a cardite aumenta o risco de lesões embora, em alguns casos, possa ocorrer cura total após a cardite. As lesões cardíacas mais graves requerem cirurgia para

substituição da válvula.

### 2.13 É possível recuperar totalmente?

A recuperação total é possível, exceto se a cardite tiver causado lesões graves na válvula cardíaca.