

RELATO DE CASO

**CARACTERIZAÇÃO E DISCUSSÃO DE UM RELATO DE CASO
DE FEBRE REUMÁTICA**

**CHARACTERIZATION AND DISCUSSION OF A REPORT OF RHEUMATIC
FEVER CASE**

Poliane Soares da Silva Vieira¹; Alexsandra Lúcia Pereira²; Daniela Camargos Costa³

1. Graduanda do curso de Biomedicina. Faculdade de Minas - FAMINAS - BH, 2017. Belo Horizonte, MG. poli.soares@hotmail.com.
2. Graduada em Biomedicina. Faculdade de Minas - FAMINAS - BH, 2016. Belo Horizonte, MG. ale.isapereira@gmail.com.
3. Doutora. Centro Universitário de Votuporanga - UNIFEV, 2005. Professora titular do Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH e da Faculdade de Minas – FAMINAS-BH. Belo Horizonte, MG. danibiocosta@gmail.com.

* autor para correspondência: Poliane Soares da Silva Vieira: poli.soares@hotmail.com

Recebido em: 08/03/2017 - Aprovado em: 20/05/2017 - Disponibilizado em: 31/07/2017

RESUMO: A Febre Reumática (FR) é uma doença inflamatória autoimune, que ocorre como consequência de uma faringoamigdalite pela bactéria *Streptococcus pyogenes*. Apresenta altos índices de morbidade e mortalidade, sendo considerada um grave problema de saúde pública, particularmente nas áreas mais pobres. O presente trabalho teve por objetivo descrever um relato de caso de FR, comparando as manifestações clínicas com a literatura científica. Paciente S. S. S., sexo feminino, aos cinco anos de idade, apresentava repetidas faringoamigdalites e edema nas articulações. Os exames solicitados e seus respectivos resultados foram: proteína C reativa: (positivo - +++), velocidade de hemossedimentação (55 mm em 30 minutos, 100 mm em 60 minutos, 105 mm em 90 minutos), mucoproteína (8,3 mg%) e antiestreptolisina "O" (850 UI / mL). As manifestações clínicas da paciente, juntamente com os achados laboratoriais preencheram os critérios de Jones: um critério maior (artrite) e dois menores (febre e elevação dos reagentes de fase aguda), bem como a evidência estreptocócica prévia (ASLO aumentada). Sugere-se que a rapidez na confirmação do diagnóstico e a correta conduta farmacêutica realizada, incluindo a regularidade e assiduidade nos dias da administração da medicação da profilaxia secundária, tenham contribuído para a eficácia do tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Febre reumática. *Streptococcus pyogenes*. Artrite. Diagnóstico.

ABSTRACT: Rheumatic fever is an autoimmune inflammatory disease that occurs as a consequence of the tonsillitis bacteria *Streptococcus pyogenes*. This disease has a high morbidity and mortality and is considered a serious

public health problem, particularly in poor areas. This study aimed to describe a FR case report comparing the clinical manifestations with scientific literature. S.S.S female patient, when was five-year-old had repeated tonsillitis and swelling in the joints. The required tests and their results were: C-reactive protein (positive - +++), erythrocyte sedimentation rate (55 mm in 30 minutes, 100 mm in 60 minutes and 105 mm in 90 minutes), mucoprotein (8,3mg%) and antiestreptolisina "O" (850 IU / ml). The clinical manifestations of the patient, along with laboratory findings, had met the Jones criteria: a major criterion (arthritis) and two minor (fever and elevated acute phase reactants) and prior streptococcal evidence (increased ASLO). It is believed that the speed in confirming the diagnosis and the correct pharmaceutical conduct carried out, including regular attendance and in the days of medication administration of secondary prophylaxis, have contributed to the effectiveness of treatment.

KEYWORDS: Rheumatic fever. *Streptococcus pyogenes*. Arthritis. Diagnosis.

1. INTRODUÇÃO

A Febre Reumática (FR) é uma doença inflamatória pós-infecciosa, autoimune, que manifesta-se em indivíduos pré-dispostos geneticamente, tardiamente à infecção das vias aéreas superiores pela bactéria *Streptococcus pyogenes*, também denominado de *Streptococcus* β-hemolítico do grupo A de Lancefield (MOTA; VASCONCELLOS; SANTOS, 2009). Essa bactéria faz parte da microbiota natural do indivíduo, colonizando certas regiões do trato respiratório superior, sendo transmitida de pessoa a pessoa por via respiratória (WINN JÚNIOR et al., 2008). Geralmente, a FR se manifesta em crianças e adolescentes com faixa etária entre 5 e 15 anos (BARBOSA et al, 2009). Entretanto, Mota, Vasconcellos e Santos (2009), sugerem que é necessária uma ampliação na faixa etária de maior prevalência para 3 a 22 anos. Ambos os gêneros podem ser afetados pela doença, porém seu prognóstico é pior no sexo feminino, não existindo um predomínio sobre etnias (PEIXOTO et al., 2011).

A patologia é multissistêmica, podendo atingir isoladamente ou em conjunto as articulações, coração, sistema nervoso central (SNC), pele e tecido subcutâneo (BERTOLETTI, 2004). Uma das hipóteses do acometimento desses tecidos e órgãos seria uma reação cruzada, ou seja, na infecção pelo *S. pyogenes* e consequente liberação de antígenos pela bactéria,

anticorpos antiestreptococos produzidos pelo sistema imunológico do indivíduo a fim de conter o processo infeccioso reagiriam contra estruturas próprias do organismo, devido a uma semelhança antigênica da bactéria e proteínas dos tecidos humanos. O principal antígeno relacionado com a patogênese da doença é a proteína M, um importante fator de virulência do *S. pyogenes* que proporciona à bactéria resistência à fagocitose e à morte intracelular por células polimorfonucleares. Contudo, os mecanismos patogênicos envolvidos ainda não estão completamente esclarecidos (MOTA; VASCONCELLOS; SANTOS, 2009). Segundo Winn Júnior et al., (2008), a capacidade de determinadas cepas de *S. pyogenes* de causar infecções invasivas em tecidos moles relaciona-se com a produção de uma cápsula de ácido hialurônico (quimicamente idêntica a substância fundamental do tecido conjuntivo), o que de certa forma explicaria a ausência de uma resposta imune a esta substância.

A FR é considerada um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, apresentando altos índices de morbidade e mortalidade, bem como, elevados custos sociais e econômicos (SOCIEDADE BRASILEIRA de PEDIATRIA, 2004). Nessas regiões, as condições de higiene precárias, contribuem fortemente para uma maior exposição ao agente etiológico e a carência nos serviços de saúde dificultam o diagnóstico precoce e o

tratamento, favorecendo o desenvolvimento de formas mais graves da doença (PEIXOTO et al., 2011). Nos países em desenvolvimento a incidência é de aproximadamente 100/100.000 crianças por ano. Acredita-se que no Brasil, 10 milhões de pessoas são acometidas por faringoamigdalites estreptocócicas anualmente, dos quais, 30 mil novos casos de FR são confirmados e aproximadamente 15 mil evoluem para o acometimento cardíaco (LANNA; QUINTERO, 2014). Em 2012, foram registrados no Brasil, 4.731 internações hospitalares por FR. A cardite reumática, manifestação mais grave da doença, presente em até 60% dos indivíduos acometidos, é considerada a principal causa de cirurgias cardíacas em seu grupo de risco (MERLINI et al., 2014).

De acordo com Alves (2007), ainda que não se possa dizer que existe uma apresentação clínica típica da FR, as manifestações mais importantes que os pacientes acometidos podem desenvolver são: artrite, cardite, coréia de *Sydenham*, eritema *marginatum* e nódulos subcutâneos.

Artrite: Caracterizada pela presença de edema nas articulações e/ou associação de dor com restrição de movimentos (BARBOSA et al., 2009). Apresenta-se como artrite migratória, autolimitada, não deixa sequelas e acomete preferencialmente as grandes articulações dos membros inferiores, como joelho e tornozelo (PEIXOTO et al., 2011).

Cardite: Ocasiona inflamação de todos os folhetos do coração, envolvendo o pericárdio, o miocárdio e as bordas livres das valvas cúspides. Manifesta-se por insuficiência das valvas mitral e aórtica (PEIXOTO et al., 2011). As lesões presentes nas válvulas, são as responsáveis pelo quadro clínico e pelo prognóstico (BARBOSA et al., 2009).

Coreia de *Sydenham*: Trata-se de uma condição auto limitante, caracterizada por movimentos involuntários rápidos que se apresentam com maior intensidade em situações de estresse e ansiedade e tendem a cessar durante o repouso (KUMAR; SINGH; MULYE, 2015). Pode acometer membros e face, causar alterações do comportamento, distúrbios da fala e da escrita (CARVALHO, 2009).

Eritema *marginatum*: Apresentam-se como lesões eritematosas cutâneas, com aspecto serpiginoso, coloração rósea ou arroxeadado pálido, possuem caráter transitório, podem migrar para outras partes do corpo e têm duração breve (MOTA; VASCONCELLOS; SANTOS, 2009). Exibem aspecto característico: bordas nítidas, centro claro e contornos arredondados ou irregulares (BARBOSA et al., 2009). Comumente, se localizam no tronco e extremidades proximais. Não provocam dor ou prurido (CARVALHO, 2009).

Nódulos subcutâneos: Manifestam-se como nódulos arredondados, firmes, podem chegar a cerca de 2 cm de diâmetro, movimentam-se livremente sobre a pele, não provocam dor e nem apresentam características inflamatórias (BARBOSA et al., 2009). Usualmente, localizam-se nas proeminências e superfícies extensoras das articulações, tendões e couro cabeludo. Ocorrem preferencialmente nos joelhos, tornozelos, punhos, região occipital e coluna vertebral (MOTA; VASCONCELLOS; SANTOS, 2009).

O diagnóstico da doença é clínico e se fundamenta nos “critérios de Jones”. Estes foram estabelecidos em 1944, passaram por periódicas revisões pela Academia Americana de Cardiologia (*American Heart Association* - AHA) e mantêm-se na atualidade, uma vez que, não apresentaram alterações significativas quando foram submetidos às revisões. São considerados como padrão-ouro no diagnóstico do primeiro surto da doença e baseiam-se nas

manifestações mais sugestivas, associando sinais maiores e menores (Quadro 1) (LANNA; QUINTERO, 2014).

Quadro 1 - Critérios para o diagnóstico do surto inicial de FR

Critérios Maiores	Critérios Menores
Artrite;	Febre;
Cardite;	Artralgia;
Coreia de <i>Sydenham</i> ;	Aumento da VHS;
Eritema <i>marginatum</i> ;	Aumento da PCR;
Nódulos subcutâneos.	Aumento do intervalo PR no ECG.
Evidência de infecção prévia pelo estreptococo do grupo A:	
ASLO aumentada ou em elevação ou outro anticorpo antiestreptocócico;	
Cultura de orofaringe ou teste rápido de estreptococo positivo.	
VHS: velocidade de hemossedimentação; PCR: proteína C reativa; ECG: eletrocardiograma; ASLO: antiestreptolisina O.	

Fonte: LANNA; QUINTERO, 2014.

O diagnóstico de FR é sugerido quando o indivíduo apresenta evidência de uma infecção prévia de garganta pelo *S. pyogenes*, além da presença de dois critérios maiores ou um critério maior e dois menores (FÉLIX et al., 2012). Duas situações em que os critérios de Jones não se aplicam são: a coréia de apresentação tardia e a cardite insidiosa, onde o paciente pode apresentar exames clínicos e laboratoriais normais (ALVES, 2007).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP (2004), a prevenção da FR pode ser classificada

em: primária e secundária. A primária possui o objetivo de controlar a infecção, evitando o primeiro surto da doença, mediante a diminuição do contato com o *S. pyogenes*, o tratamento da infecção de garganta existente e a eliminação do agente etiológico. Enquanto a secundária, consiste em impedir a recorrência da doença.

Diante do grave problema de saúde pública que a FR representa, das elevadas taxas de morbimortalidade associadas à mesma e dos altos custos gerados para o Sistema Único de Saúde (SUS), é pertinente conduzir a abordagem e discussão do tema, reconhecendo que o diagnóstico precoce reduz as complicações que o indivíduo acometido pode desenvolver. Objetivou-se com esse estudo caracterizar um relato de caso de febre reumática, correlacionando os achados clínicos e laboratoriais com a literatura científica, particularmente, suas manifestações clínicas, a relevância e as limitações do diagnóstico e a importância do tratamento oportuno.

2 . RELATO DE CASO

Para o desenvolvimento desse estudo, realizou-se uma revisão bibliográfica e uma busca de artigos científicos disponíveis nas bases de dados Google Acadêmico, SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Pubmed. Como critérios de inclusão foram selecionados artigos publicados nos idiomas português e inglês, entre os anos de 2004 a 2015 com disponibilidade de texto completo gratuito. Os descritores utilizados como estratégia de busca foram: “febre reumática”, “*Streptococcus pyogenes*”, “artrite” e “diagnóstico”. Para a seleção das publicações, foi realizada uma leitura minuciosa dos títulos e resumos de artigos que buscaram discutir relatos de casos de FR. Houve a eliminação de artigos que não se adequaram aos objetivos do estudo. A análise dos

dados foi realizada a partir de 17 artigos, os quais atenderam os critérios já estabelecidos.

Foi apresentado à paciente o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) da pesquisa. Este documento informou à convidada os objetivos que abrangiam o estudo, o sigilo de sua identidade, a gratuidade e a recusa de participar da pesquisa a qualquer momento. Após todas as dúvidas devidamente esclarecidas, o termo foi assinado.

O estudo teve seu projeto de pesquisa submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) da Faculdade de Minas, FAMINAS-MURIAÉ, e foi aprovado sob protocolo nº 1.577.056. As informações sobre o relato de caso foram coletadas mediante uma entrevista realizada com a paciente e sua responsável, onde foram coletadas informações do quadro clínico apresentado pela paciente. Foram obtidos dados da história clínica, manifestações apresentadas, exames laboratoriais realizados e o tratamento adotado.

Trata-se de um caso que ocorreu no ano de 1990, paciente S. S. S., sexo feminino, 5 (cinco) anos de idade, etnia branca, natural de Ribeirão das Neves – MG, que apresentava repetidas faringoamigdalites, com as seguintes manifestações clínicas: febre, aumento dos gânglios e placas purulentas.

O tratamento era realizado sob prescrição médica, à base de antimicrobianos de amplo espectro clínico, (mais comumente Amoxicilina, 250 mg / 5 mL, três vezes ao dia, de 8 em 8 horas, por cerca de 7 a 10 dias), contudo diante de quadros de maior intensidade o médico prescrevia penicilina benzatina via intramuscular (600.000 UI, dose única).

Além das infecções frequentes de orofaringe, a criança começou a apresentar edema nas

articulações, acometendo os joelhos, tornozelos, punhos, ombros, cotovelos e quadril, resultando em dores intensas, comprometimento de atividades diárias, limitações físicas e sociais, afetando diretamente sua qualidade de vida.

Diante dos sinais e sintomas clínicos que a paciente vinha apresentando, foram solicitados os seguintes exames: proteína C reativa, velocidade de hemossedimentação, mucoproteína e antiestreptolisina “O”. O quadro 2 apresenta os resultados dos exames realizados.

Quadro 2 – Resultados dos exames laboratoriais da paciente S. S. S. em janeiro de 1990

Exame	Resultado
Proteína C Reativa (PCR) Método: “WINZLER MOD”	Positivo (+++)
Velocidade de Hemossedimentação (VHS) Método: “WESTERGREEN”	55 mm em 30 minutos 100 mm em 60 minutos 105 mm em 90 minutos
Mucoproteína Método: “WINZLER MOD”	8,3 mg%
Antiestreptolisina “O” (ASLO) Método: “TODD”	850 UI / mL
Intervalos de Referências: PCR: Negativo* VHS: De 4 a 7 mm em 60 minutos; De 12 a 17 mm em 120 minutos** Mucoproteína: 2,56 a 4 mg%** ASLO: 333 UI/mL**	

Fonte: * TORRES, 1996; ** MILLER, 1988.

2.1. ACHADOS LABORATORIAIS

A associação entre os resultados laboratoriais, o exame clínico da paciente e o conhecimento da epidemiologia da doença, permitiu ao médico inferir que tratava-se de um quadro de FR.

Para Mota, Vasconcellos e Santos (2009), o papel dos exames laboratoriais é auxiliar na identificação de um

processo inflamatório agudo e na comprovação de uma infecção estreptocócica prévia.

Segundo Spina (2008), o diagnóstico da doença ocorre com maior facilidade na fase aguda e fundamenta-se nessa associação entre o quadro clínico apresentado pelo paciente e exames laboratoriais inespecíficos, sendo esta relação muito positiva na maioria dos casos.

Na identificação de um processo inflamatório em curso, a dosagem de determinadas proteínas apresenta grande utilidade. Elas são denominadas de proteínas de fase aguda e suas concentrações séricas podem apresentar-se aumentadas ou diminuídas em pelo menos 25% nos casos de inflamação (AGUIAR et al., 2013).

Os testes mais utilizados para quantificação de tais proteínas são: proteína C reativa (PCR) e velocidade de hemossedimentação (VHS). Estas, além de constituírem os sinais menores estabelecidos pelos critérios de Jones para confirmação do diagnóstico de FR, também são importantes para o acompanhamento da regressão do processo inflamatório e da resposta ao tratamento (MOTA; VASCONCELLOS; SANTOS, 2009).

Segundo Collares e Vidigal (2009), a PCR é o marcador mais precoce da inflamação, ou seja, o primeiro reagente a apresentar-se alterado no plasma nessa condição. Contudo, esse marcador é inespecífico, e sua dosagem apenas auxilia na verificação de inflamações. Normalmente, este encontra-se em elevação até a terceira semana em praticamente todos os casos de FR (MOTA; VASCONCELLOS; SANTOS, 2009).

O resultado apresentado pela paciente no exame da PCR (quadro 2), demonstra sua relevância e sensibilidade como marcador diagnóstico da inflamação. No ano em que o exame foi realizado,

eram laudados como negativo os resultados que apresentavam valores de PCR inferiores à 1mm de precipitação. Já o resultado positivo era semiquantificado em cruces (+), sendo cada cruz correspondente a 1mm de precipitação da proteína (TORRES, 1996).

A técnica de VHS, é baseada na velocidade de sedimentação das hemácias no plasma, sendo essa velocidade determinada pela concentração do fibrinogênio na amostra. O fibrinogênio é uma proteína de fase aguda, e quando presente em elevadas concentrações neutraliza a carga negativa dos eritrócitos, favorecendo à agregação dessas células e a formação de um empilhamento de eritrócitos (*rouleaux*), com consequente precipitação das hemácias (COLLARES; VIDIGAL, 2009; AGUIAR et al., 2013). Segundo Alves (2007), seus níveis apresentam-se elevados nas primeiras semanas da doença. Os resultados encontrados no exame de VHS da paciente (quadro 2), mostraram alterações muito evidentes em seus valores, estando acima dos limites considerados normais.

Elevação da velocidade de hemossedimentação, foi demonstrada em 58% (74 de 127) dos pacientes de uma clínica especializada em FR, no estudo realizado por Carvalho e colaboradores (2012), no período de 1986 a 2007. O aumento da proteína C reativa foi observada em 46% dos casos (56 de 122).

Outro exame solicitado na época foi o de mucoproteínas (resultado quadro 2). As mucoproteínas, também chamadas de seromucóides, abrange um grupo heterogêneo de substâncias glicoprotéicas com carboidratos intensamente ligados ao componente protéico. Podem elevar-se em várias circunstâncias associadas à reação inflamatória, uma vez que, seu principal componente AGP (alfa-1-glicoproteína-ácida) é uma proteína de fase aguda (MOTA; VASCONCELLOS; SANTOS, 2009).

Para Alves (2007), no acompanhamento da atividade da FR, as mucoproteínas são os reagentes mais confiáveis, pois elevam-se na fase aguda, mantêm-se elevados por um período prolongado e não sofrem influência do efeito dos salicilatos, AINES (antiinflamatórios não esteroidais) e corticosteróides. Porém, apresentam baixa sensibilidade, elevando-se após uma a duas semanas do estabelecimento da inflamação.

Este exame, no período em que foi realizado, era amplamente utilizado para investigação de processos infecciosos, neoplásicos e inflamatórios. Contudo, atualmente a dosagem de mucoproteínas tem sido substituída pela quantificação direta da AGP. A presença de marcadores de fase aguda da inflamação mais sensíveis e o processo de dosagem laborioso contribuíram para o desuso (COLLARES; VIDIGAL, 2009).

Exames laboratoriais de um estudo realizado por Borges e colaboradores (2005), contemplando 96 crianças e adolescentes, demonstraram elevação dos níveis séricos de mucoproteína em 61,6% (61) dos pacientes.

Já o ASLO é o teste laboratorial usualmente empregado para verificar se houve uma infecção prévia pelo *S. pyogenes* e sua evolução (PRESTES-CARNEIRO; ACÊNCIO; POMPEI, 2005).

Sabendo-se que infecções de orofaringe são corriqueiras em crianças e adolescentes, altas concentrações de ASLO não devem ser correlacionados de imediato com a FR. Os níveis séricos elevados desse anticorpo podem apenas indicar uma exposição ao antígeno. Para inferir que trata-se de FR, é de extrema relevância a associação entre o quadro clínico apresentado pelo paciente, análise dos exames laboratoriais para comprovação

de um processo inflamatório em curso e a constatação de infecção pelo *S. pyogenes* (SPINA, 2008).

Altos níveis de ASLO foram observados em 58% (71 de 121) dos pacientes de uma clínica especializada em febre reumática, em um estudo longitudinal, conduzido por Carvalho e colaboradores (2012). De forma semelhante, Borges e colaboradores (2005), em um estudo contemplando 96 crianças e adolescentes, demonstraram níveis elevados de ASLO em mais de 50% da população amostrada.

Lanna e Quintero (2014) afirmam que cerca de 80% dos pacientes com FR aguda apresentam os títulos de ASLO elevados. Estes tendem a se manter em elevação por mais tempo nos indivíduos com FR do que em pacientes que desenvolvem amigdalites não complicadas. O valor de ASLO apresentado pela paciente está demonstrado no quadro 2, onde pode ser observado que os altos níveis encontrados corroboram com os achados de Borges e colaboradores (2005); Mota, Vasconcellos e Santos (2009); Carvalho e colaboradores (2012); Lanna e Quintero (2014).

Segundo Spina (2008), a comprovação de um processo inflamatório em curso e a identificação de infecção pelo *S. pyogenes* não são o suficiente para inferir que trata-se de FR. Dessa forma, as reações não-supurativas (imunológicas) posteriores que caracterizam a doença precisam ser comprovadas.

Nesse contexto, e com base nos "critérios de Jones", a análise das manifestações clínicas apresentadas pela paciente, juntamente com os achados laboratoriais demonstram que a mesma apresentou um critério maior (artrite) e dois menores (febre e elevação dos reagentes de fase aguda - VHS e PCR), bem como a evidência estreptocócica prévia (ASLO aumentada).

De acordo com Lanna e Quintero (2014), dos critérios maiores, a artrite é a mais comum, acometendo 75% dos pacientes. A artrite considerada típica da FR manifesta-se de forma migratória, acometendo principalmente as grandes articulações, como joelhos, tornozelos, punhos e cotovelos. À medida que novas regiões são acometidas, outras vão se normalizando. Entretanto, apresentações atípicas de artrite podem ser observadas, como a artrite aditiva, caracterizada pelo envolvimento progressivo e concomitante de diversas articulações, sem mesmo ter sido suspenso a inflamação presente nas anteriores (BARBOSA et al., 2009). Pode-se observar que na paciente em estudo ocorreu a chamada artrite com carácter aditivo, corroborando com os achados de Barbosa et al. (2009).

Estudo realizado por Carvalho e colaboradores (2012), no período de 1986 a 2007, com pacientes de uma clínica especializada em FR, descreveu um padrão de artrite em 61% dos casos (80 pacientes dos 131), sendo esta com carácter migratória em 67% dos casos (58 pacientes) e aditiva em 25% (22 pacientes).

O aparecimento da febre costuma ser frequente no começo do surto agudo e acontece em praticamente todos os casos com surgimento de artrite. Não há presença de um padrão típico, cessando normalmente em poucos dias e respondendo bem ao uso de anti-inflamatórios não-esteroidais (BARBOSA et al., 2009).

2.2. TRATAMENTO E PROFILAXIA

Após ser estabelecido o diagnóstico de FR, o tratamento compreende três fases: erradicação do foco, tratamento dos sintomas e prevenção das recorrências. Essas fases, comumente, são realizadas em conjunto (KISS; GOLDENSTEIN-SCHAINBERG, 2011).

Para erradicação do estreptococo, foi prescrito para a paciente o antibiótico penicilina benzatina (600.000 UI), via intramuscular em dose única. De acordo com Lanna e Quintero (2014), os pacientes que apresentarem qualquer manifestação da FR aguda devem ser tratados com agentes antimicrobianos bactericidas para erradicar o agente etiológico, mesmo que este não tenha sido isolado pela cultura. A penicilina benzatina aplicada via intramuscular é o antibiótico de escolha (600.000 UI, (peso < 20 Kg) dose única ou 1.200.000 UI, (peso ≥ 20 Kg), dose única). Em casos de pacientes alérgicos a penicilina, a eritromicina é a alternativa (BARBOSA et al., 2009).

Para o tratamento sintomático foi prescrito o anti-inflamatório não esteroidal (AINE), ácido acetilsalicílico (AAS) de 500 mg, administrado três vezes ao dia (de 8 em 8 horas), durante três semanas. Com a diminuição dos sinais clínicos, a dosagem foi reduzida para 250 mg, com o mesmo intervalo de horário, por mais uma semana. A paciente apresentou melhora clínica após o uso do medicamento, evoluindo com o fim da artrite. Kiss e Goldenstein-Schainberg (2011) afirmam que os AINES são excelentes para o controle da febre e da artrite e suas indicações na FR estão restritas aos casos que não apresentem evidências de cardite. O AAS leva ao desaparecimento dos sintomas entre 24 a 48 horas e na ausência de cardite, o tratamento deve ser mantido por quatro a seis semanas, desde que as provas de atividades inflamatórias (PCR e VHS) estejam normais.

Rodrigues, Queiroz e Chaves (2010), em um estudo constituído por 20 pacientes com FR, relataram que o antibiótico de primeira escolha foi a penicilina benzatina por via intramuscular, sendo prescrita em todos os casos avaliados, sem registro de reações adversas e o medicamento que foi utilizado para o tratamento da artrite foi o ácido acetilsalicílico (AAS).

Para prevenção das recorrências da FR, a conduta utilizada foi a administração de penicilina benzatina via intramuscular, administrada a cada três semanas (de 21 em 21 dias), inicialmente com dosagem de 600.000 UI até a paciente atingir 20 Kg, após esse peso, a dosagem administrada foi de 1.200.000 UI. Para Barbosa et al. (2009), as dosagens recomendadas para o uso de penicilina são iguais as da erradicação do estreptococo, com intervalo a cada três semanas. Nos casos de alergia, pode ser administrado por via oral o medicamento sulfadiazina (500mg, peso \leq 30 kg, ou 1,0g, $>$ 30 kg) utilizando-o diariamente.

O tempo de profilaxia é dependente de diversos fatores, tais como: faixa etária do paciente, o intervalo do último surto, presença de cardite no surto inicial, número de recidivas, condição social e gravidade da cardiopatia reumática residual (BARBOSA et al., 2009).

A profilaxia secundária conduzida nesse relato de caso teve duração total de 13 anos (dos 5 aos 18 anos de idade), conduta que difere da estabelecida pela Sociedade Brasileira de Reumatologia – SBR (2011). Esta preconiza que o paciente que durante o surto inicial não apresentou o comprometimento do coração, deverá fazê-lo até os 21 anos ou por 5 anos após o último surto. Se a criança apresentou cardite, poderá ter que fazê-lo até os 25 anos ou por toda a vida, dependendo da gravidade do quadro. Contudo, em um estudo realizado por Carvalho e colaboradores (2012) com 133 pacientes, demonstrou-se que 40% (53) fizeram a profilaxia programada com penicilina até completarem 18 anos de idade, tendo recebido alta depois que a lesão cardíaca foi descartada, achado que corrobora com o relato.

3. CONCLUSÃO

Devido aos elevados índices de morbidade e mortalidade associados à doença, além dos altos custos gerados desde a confirmação do diagnóstico até o término do tratamento, a FR é considerada um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, onde os baixos níveis socioeconômicos, o acesso precário aos serviços de saúde e a dificuldade da adesão à profilaxia secundária, que possui um período bastante prolongado de tratamento medicamentoso, ainda constituem um grande desafio.

A demora e/ou imprecisão nos exames laboratoriais contribuem de forma significativa para o desenvolvimento da manifestação mais grave da FR, a cardite, que pode deixar sequelas e comprometer a qualidade de vida do paciente.

A maior parte das informações do relato de caso desse estudo corroboram com as características clínicas e laboratoriais descritas na literatura. Apesar do presente relato ter ocorrido há 27 anos atrás, não houveram mudanças significativas no protocolo de conduta do paciente acometido pela FR. As maiores divergências observadas foram em relação aos valores de referências dos exames laboratoriais, que passaram por adequações, mostrando-se diferentes dos valores atuais.

O desfecho desse relato de caso mostrou-se de forma positiva, uma vez que, a paciente não apresentou envolvimento cardíaco e nem recorrência da doença nesse período de 27 anos, após a manifestação da doença. Sugere-se que a rapidez na confirmação do diagnóstico e a correta conduta farmacêutica realizada, incluindo a regularidade e assiduidade nos dias da administração da medicação da profilaxia secundária, tenham contribuído para a eficácia do tratamento.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, F. J.B; FERREIRA-JÚNIOR, M.; SALES, M. M.; CRUZ-NETO, L. M.; FONSECA, L. A.M.; SUMITA, N. M.; DUARTE, N. J.C.; LICHTENSTEIN, A.; DUARTE, A. J.S. Proteína C reativa: aplicações clínicas e propostas para utilização racional. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 59, n. 1, p. 85-92, fev. 2013.
- ALVES, V. de A. J. **Febre reumática com enfoque em doença cardíaca reumática. Relato de um paciente acompanhado no Hospital Regional da Asa Sul – DF.** 2007. 63 f. Dissertação (Especialista em Pediatria) - Secretaria de Estado do Governo do Distrito Federal, Hospital Regional da Asa Sul, 2007.
- BARBOSA, P. J. B; MÜLLER, R. E; LATADO, A. L; ACHUTTI, A. C; RAMOS, A. I. O; WEKSLER, C. et al. Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática da Sociedade Brasileira de Cardiologia, da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Reumatologia. **Arq. Bras. Cardiol.** 2009; 93 (3 supl.4): 1-18.
- BERTOLETTI, J. C. Profilaxia da Febre Reumática: Quando e como fazer. **Rev. Sociedade de Cardiol. do Rio Grande do Sul.** Ano XIII nº 01 Jan/Fev/Mar/Abr 2004.
- BORGES, F.; BARBOSA, M. L. A.; BORGES, R. B. B.; PINHEIRO, O. C.; CARDOSO, C.; BASTOS, C.; ARAS, R. Características Clínicas Demográficas em 99 Episódios de Febre Reumática no Acre, Amazônia Brasileira. **Arq. Bras. Cardiol., São Paulo**, v. 84, n. 2, p. 111-114, Fev. 2005.
- CARVALHO, S. M. de. **Avaliação do desfecho clínico da febre reumática durante duas décadas no Hospital das Clínicas de Botucatu.** 2009. 163 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2009.
- CARVALHO, S. M. de; DALBEN, I.; CORRENTE, J. E.; MAGALHÃES, C. S. Apresentação e desfecho da febre reumática em uma série de casos. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo , v. 52, n. 2, p. 241-246, abr. 2012 .
- COLLARES, G. B.; VIDIGAL, P. G. Marcadores laboratoriais de fase aguda da inflamação. In: ERICHSEN, Elza Santiago; VIANA, Luciana de Gouvêa; FARIA, Rosa Malena Delbone de; SANTOS, Silvana Maria Eloi. **Medicina Laboratorial para o Clínico.** Belo Horizonte: Coopmed, 2009. Cap. 55, p. 681-691.
- FELIX, M.; KUSCHNIR, F.; AOUN, N.; SZTAJNBOK, F.; CUNHA, A. Avaliação da sensibilização à penicilina G em adolescentes com febre reumática. **Rev. Port. Imunoalergologia.** Lisboa, v. 20, n. 4, out. 2012.
- KISS, M. H. B.; GOLDENSTEIN-SCHAINBERG, C. Febre Reumática. In: YOSHINARI, Natalino Hajime; BONFÁ, Eloísa S. D. Oliveira. **Reumatologia para o clínico.** São Paulo: Roca, 2011. Cap. 174, p. 257-273.
- KUMAR, G. P.; S., A.; MULYE, S. Atypical recurrence of rheumatic chorea. **Int. J. Res. Med. Sci.**, v. 3, n. 5, p. 1272-1273, mai. 2015.
- LANNA, C. C. D.; QUINTERO, M. V. P. de. Febre Reumática. In: CARVALHO, Marco Antonio P.; LANNA, Cristina Costa Duarte; BERTOLO, Manoel Barros; FERREIRA, Gilda Aparecida. **Reumatologia: Diagnóstico e Tratamento.** São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. Cap. 31, p. 507-521.

MERLINI, A. B.; STOCO, C. S.; SCHAFRANSKI, M. D.; ARRUDA, P.; BAIL, L.; BORGES, C. L.; DORNELLES, C. F. Prevalence of Group A Beta-Hemolytic Streptococcus Oropharyngeal Colonization in Children and Therapeutic Regimen Based on Antistreptolysin Levels: Data from a City From Southern Brazil. **The Open Rheumatology Journal**, v. 8, p. 13-17, 2014.

MILLER, Otto. **Laboratório para o clínico**. 6. ed. Rio de Janeiro - São Paulo: Atheneu, 1988.

MOTA, C. de C. C.; VASCONCELLOS, L. de S.; SANTOS, S. M. E. Investigação laboratorial do paciente com febre reumática aguda. In: ERICHSEN, Elza Santiago; VIANA, Luciana de Gouvêa; FARIA, Rosa Malena Delbone de; SANTOS, Silvana Maria Eloi. **Medicina Laboratorial para o Clínico**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. Cap. 55, p. 681-691.

PEIXOTO, A.; LINHARES, L.; SCHERR, P.; XAVIER, R.; SIQUEIRA, S. L.; PACHECO, T. J.; VENTURINELLI, G. Febre reumática: revisão sistemática. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, v. 9, n. 3, p. 234-238, mai.-jun. 2011.

PRESTES-CARNEIRO, L. E.; ACENCIO, E. dos S. L.; POMPEI, A. C. de S. do C. Determinação de anti-estreptolisina "O" e proteína C reativa entre escolares do município de Laranjal, PR. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 38, n. 1, p. 67-68, fev. 2005.

RODRIGUES, I. P.; QUEIROZ, M. V. O.; CHAVES, E. M. C. Características da febre reumática em crianças e adolescentes: convivendo com a doença. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 36-46, jul.-set. 2010.

SBP – **Sociedade Brasileira de Pediatria. II Consenso sobre prevenção da febre reumática da**

Sociedade Brasileira de Pediatria. Correios da SBP, 2004; 10:9-14. Disponível em https://www.sbp.com.br/img/correios/sbp_ano10_n3.pdf. Acesso em 06/01/2016.

SBR. Sociedade Brasileira de Reumatologia. **Febre reumática: Cartilha para pacientes**. 2011.

SPINA, G. S. Doença reumática: negligenciada, mas ainda presente e mortal. **Rev. Med.** Brasil, v. 87, n. 2, p. 128-141, jun. 2008.

TORRES, R. P. de A. **Estudo de 500 casos de febre reumática na cidade de Curitiba: aspectos clínicos e epidemiológicos**. 1996. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, 1996.

WINN JÚNIOR, W.; ALLEN, S.; JANDA, W.; KONEMAN, E.; PROCOP, G.; SCHRECKENBERGER, P.; WOODS, G. **Koneman, Diagnóstico Microbiológico: texto e atlas colorido**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.