

Novos critérios para diagnóstico de Febre Reumática

A Febre Reumática é uma doença multissistêmica que acomete aproximadamente 3% dos pacientes com faringite por estreptococo beta-hemolítico do grupo A, após um período de latência de cerca de duas a três semanas, e se caracteriza por envolvimento do tecido conectivo dos órgãos e sistemas, com preferência pelo coração, articulações e sistema nervoso central.

Estima-se que 37% das faringites são secundárias ao Streptococcus do grupo A. Dentro desse grupo, 0,3 a 3% dos pacientes podem desenvolver febre reumática se não forem adequadamente tratados. No Brasil estima-se 30.000 casos novos por ano com metade desses pacientes desenvolvendo lesões cardíacas que podem ser irreversíveis, ao contrário das manifestações articulares que não deixam sequelas. É doença de grande importância em países em desenvolvimento, em populações de médio e alto risco. A inflamação do endocárdio com acometimento das valvas é responsável pela cardiopatia adquirida mais frequente em nosso meio. A cardiopatia reumática crônica é responsável por até 233.000 óbitos prematuros por ano e é maior causa de mortalidade cardiovascular em crianças e adultos jovens em países em desenvolvimento. A faixa etária mais acometida é de pacientes entre 5 e 14 anos de idade.

O tratamento da faringite (profilaxia primária) visa reduzir a exposição antigênica do paciente ao estreptococo e impedir a propagação de cepas reumatogênicas, além de prevenir complicações agudas. A distinção entre as amigdalites virais e bacterianas, bem como as considerações quanto à presença de fatores de risco devem ser consideradas para indicar a profilaxia primária. A prevenção da doença baseia-se no tratamento adequado da faringoamigdalite estreptocócica, preferencialmente com a penicilina G benzatina. O risco de alergia à droga é mínimo e passível de ser resolvido com medicação. A portaria 156 do Ministério da Saúde de 19/01/06 normatiza a utilização de penicilina nas unidades básicas de saúde e outras unidades do sistema SUS

O Escore de Centor Modificado (fig 1) é uma ferramenta validada para a indicação desta profilaxia, devendo indicar tratamento sempre que somar 3 ou 4 pontos. Se houver somente 2 pontos, o tratamento depende da realização do teste rápido, o que pode ser impraticável em nosso meio, justificando o tratamento em populações de médio e alto risco.

Escore de Centor Modificado	
3 - 14 anos	+ 1
15 - 44 anos	0
= ou > 45 anos	- 1
Edema ou exudato tonsilar	+ 1
Linfadenomegalia	+ 1
Ausência de tosse	+ 1
Presença de tosse	0
1. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decis Making. 1981;1(3):239-46.	
2. Mclsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, Vanjaka A, Low DE. Empirical Validation of Guidelines for the Management of	

Pharyngitis in Children and Adults. JAMA.2004;291(13):1587-1595. doi:10.1001/jama.291.13.1587.

3. Fine AM, Nizet V, Mandl KD. Large-Scale Validation of the Centor and Mclsaac Scores to Predict Group A Streptococcal Pharyngitis. Arch Intern Med. 2012 Jun 11; 172(11): 847–852

Fig. 1

A Febre Reumática pode ser considerada um quebra-cabeça que só foi montado completamente em 1886, quando as manifestações articulares, cardíacas e neurológicas foram reconhecidas como parte da síndrome. Assim como em outras doenças reumatológicas, o diagnóstico da febre reumática pode não ser evidente e há grande risco de ser mascarado por tratamentos precoces, especialmente com antiinflamatórios não-hormonais. Não existe um sinal patognomônico da doença. O diagnóstico, até início de 2015, se baseava em uma soma de critérios clínicos e laboratoriais para o primeiro surto definidos e modificados por Jones e publicados em 1992, posteriormente adotados pela Organização Mundial de Saúde que definiu em 2004 novos critérios para o diagnóstico do primeiro surto, para recorrência e para cardiopatia reumática crônica. Baseado nos critérios de Jones modificados, o diagnóstico é confirmado pela presença de dois critérios maiores ou um critério maior e dois menores, associados à infecção estreptocócica prévia.

Esses critérios foram recentemente revisados pela American Heart Association que passou a adotar critérios diferenciados conforme populações classificadas em de baixo, médio ou alto risco (fig. 2), incluindo a monoartrite aguda e poliartralgia aguda como critérios maiores e a monoartralgia aguda, e elevação da velocidade de hemossedimentação acima de 30mm como critérios menores em populações de moderado e alto risco.

CRITÉRIOS DE JONES MODIFICADOS	CRITÉRIOS DE JONES REVISADOS	
	Populações de Baixo Risco	Populações de Risco Moderado a Alto
CRITÉRIOS MAIORES		
Cardite	Cardite	Cardite
Poliartrite	Poliartrite (somente)	Mono ou Poliartrite ou Poliartralgia
Coréia	Coréia	Coréia
Nódulos subcutâneos	Nódulos subcutâneos	Nódulos subcutâneos
Eritema marginado	Eritema marginado	Eritema marginado
CRITÉRIOS MENORES		
Febre	Febre	Febre
Artralgia	Poliartralgia	Monoartralgia
Provas de atividade	VHS \geq 60 mm e/ou PCR \geq 3.0	VHS \geq 30 mm e/ou PCR \geq 3.0

inflamatória elevadas	mg/dL	mg/dL
Aumento de PR no ECG	Aumento de PR no ECG	Aumento de PR no ECG
EVIDÊNCIAS DE ESTREPTOCOCCIA RECENTE		
Cultura positiva da orofaringe para estreptococo β -hemolítico do grupo A		
Títulos elevados de ASO ou outro anticorpo estreptocócico, teste rápido para antígenos do estreptococo, escarlatina recente		
O diagnóstico será positivo para FEBRE REUMÁTICA se houver a presença de <u>dois critérios maiores</u> ou de <u>um critério maior e dois menores</u> , se acompanhados de <u>evidência de infecção estreptocócica anterior</u> .		
Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation; 131(20): 1806-18, 2015 May 19		
Fig. 2		

O tratamento visa quatro objetivos específicos: a erradicação do estreptococo, o controle dos fenômenos inflamatórios e cicatriciais, o controle sintomático e o tratamento das demais complicações da febre reumática aguda (cardite, poliartrite e coréia).

A erradicação do estreptococo é feita com a penicilina G benzatina (600.000 a 1.200.000UI) em dose única. Existem outras opções como amoxicilina, penicilina V e ampicilina, porém com resultados menos satisfatórios. A administração de dose única de penicilina benzatina não corre o risco de administração incompleta, tem um custo menor e maior eficácia. Nos pacientes alérgicos à penicilina é recomendada a eritromicina na dose de 20 a 40mg/kg/dia durante 10 dias, podendo ser utilizada a azitromicina ou clindamicina.

Para evitar novos surtos da doença indica-se a profilaxia secundária que consiste na aplicação de penicilina G benzatina na mesma dose a cada 21 dias até 21 anos ou até cinco anos após o último surto nos pacientes sem doença cardíaca, e até 25 anos ou 10 anos após o último surto nos pacientes com febre reumática com cardite prévia, insuficiência mitral residual ou resolução da lesão valvar. Nos pacientes com lesão valvar residual moderada a severa a profilaxia será mantida até a quarta década de vida ou por toda a vida. A sulfadiazina é utilizada nos pacientes alérgicos, em dose de 500mg/dia até 30 quilos e 1000mg/dia acima desse peso. Nos casos de alergia à penicilina e à sulfa, utiliza-se eritromicina em dose de 250mg de 12/12 horas

Os critérios de Jones devem ser suplementados pela exclusão ativa de diagnósticos diferenciais e acompanhamento vigilante, inclusive ecocardiográfico. A febre reumática provável e a febre reumática possível devem ser reconhecidas como categorias diagnósticas, implicando em profilaxia com penicilina pelo menos até a revisão do acompanhamento.