

PE 336

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

FEBRE REUMÁTICA

ALCÉLIO DE JESUS DO AMARAL
SÉRGIO LINS

FLORIANÓPOLIS, SETEMBRO DE 1992

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

FEBRE REUMÁTICA

ANÁLISE DE 53 CASOS PEDIÁTRICOS

AUTORES: ALCÉLIO DE JESUS DO AMARAL *
SÉRGIO LINS *

ORIENTADORES: LÚCIO JOSÉ BOTELHO **
MAURÍCIO LAERTE SILVA ***

* Doutorandos da 11ª fase do curso de graduação em medicina

** Professor adjunto do departamento de saúde pública

*** Cardiologista pediatra do Hospital Universitário

FLORIANÓPOLIS, SETEMBRO DE 1992

SUMÁRIO

Agradecimentos	1
Resumo	2
Introdução	3
Casuística e métodos	5
Resultados	7
Discussão	16
Conclusão	24
Abstract	26
Referências bibliográficas	27

AGRADECIMENTOS

Aos nossos professores Dr. Maurício Laerte Silva e Dr. Lúcio José Botelho, nossos agradecimentos pelo incentivo e orientação prestadas.

À Dra. Isabela Bach, pela valiosa colaboração e apoio durante a execução deste trabalho.

RESUMO

No presente trabalho, foram analisados os prontuários de 53 crianças, com o diagnóstico de febre reumática, internadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão e no Hospital Universitário, em Florianópolis, nos anos de 1988 a 1991.

Do total de casos, 62,2% estavam no seu primeiro surto e 58,5% eram do sexo masculino. A faixa etária mais atingida foi de 10 a 15 anos incompletos.

Os critérios maiores de Jones revisados ocorreram na seguinte frequência: cardite com 94,3%, artrite com 60,3%, coréia com 7,5%, e eritema marginado e nódulos subcutâneos com 1,9% cada.

A alteração eletrocardiográfica mais frequente foi a taquicardia sinusal.

O folheto cardíaco mais atingido foi o endocárdio, seguido pela associação de endo e miocárdio. Sendo que, pericárdio e miocárdio não foram acometidos isoladamente.

A válvula cardíaca mais acometida foi a mitral, seguida pela aórtica. A válvula tricúspide foi comprometida em apenas um paciente.

Não ocorreram óbitos durante o período de internação e não foram necessárias cirurgias durante esse período.

INTRODUÇÃO

A febre reumática (FR) é uma seqüela tardia, não supurativa, da infecção das vias aéreas superiores pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield(1,2).

A forma pela qual a estreptococcia pode levar ao aparecimento da febre reumática permanece desconhecida. No entanto, comumente se acredita que a doença seja conseqüente a uma resposta imunológica bastante exacerbada, ao antígeno estreptocócico, que estabelece reação cruzada com certos antígenos humanos, especialmente cardíacos (3).

A febre reumática pode envolver um número diverso de órgãos e sistemas, o que faz com que o quadro clínico possa ser bastante variado. Por causa disso, Jones em 1944, estabelecendo seus clássicos critérios, tentou facilitar o diagnóstico da doença. No entanto, ele mesmo reconheceu que eles não eram absolutos e que poderiam ser aperfeiçoados (4).

Esses critérios foram sucessivamente modificados por outros autores, datando a última revisão de 1984. Nesta, feita pela American Heart Association, foi modificada novamente, fazendo ênfase da necessidade da comprovação da estreptococcia prévia para o diagnóstico de febre reumática (5).

O diagnóstico é feito pela presença de dois critérios maiores ou pela presença de um critério maior e dois menores, e pela evidência de estreptococcia prévia das vias aéreas superiores.

Como critérios maiores são estabelecidos: cardite, artrite, coréia de Sydenham, nódulos sub-cutâneos e eritema marginado. E como critérios menores: febre, febre reumática ou cardiopatia reumática prévia, artralgia, determinações de fase aguda (leucocitose, velocidade de hemossedimentação elevada, proteína C reativa positiva e aumento do intervalo PR do eletrocardiograma).

A epidemiologia da febre reumática espelha a da faringite estreptocócica, ocorrendo em todo o mundo. Não são conheci

das predisposições raciais e a doença ocorre quase que exclusivamente em crianças e adultos jovens (6).

A febre reumática tem diminuído de incidência, no mundo, como um todo, nos últimos 150 anos, ou seja, muito antes do advento da penicilina (7). No entanto, é ainda um problema importante nos países do terceiro mundo e os países ricos, entre os quais os Estados Unidos, tem experimentado recentemente alguns surtos que podem sugerir que a doença volte a ser um problema importante, no futuro, para estes países (8,9,10,11).

Com o fim de melhor conhecer o perfil clínico, epidemiológico e laboratorial da doença entre crianças hospitalizadas na região da grande Florianópolis, realizamos o presente trabalho.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram analisados os prontuários de 53 crianças internadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) e Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina com diagnóstico de febre reumática. Internações estas que ocorreram no período de janeiro de 1988 a dezembro de 1991, sendo todos os prontuários consultados junto aos Serviços de Arquivos Médicos e Estatística (SAME) dos referidos hospitais.

O estudo se restringiu ao período intra-hospitalar, sendo revisados e analisados aspectos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais dos casos de febre reumática.

Os casos foram avaliados quanto a incidência sazonal, a anual, sexo, faixa etária (dividida em grupos de 2 anos até uma idade máxima de 15 anos incompletos, que é a idade máxima para internação no HIJG), frequência dos critérios maiores e menores de Jones revisados, resultado de exames laboratoriais, alterações eletro e ecocardiográficas.

Como alterações de exames laboratoriais consideramos os seguintes valores: hemoglobina menor que 12 g/dl para maiores de 6 anos e menor que 11 g/dl para crianças com até 6 anos de idade; velocidade de hemossedimentação maior que 10 mm na 1ª hora (Westergreen); proteína C reativa positiva; leucócitos acima de 10000/mm³; mucoproteínas acima de 4,5 mg em tirosina; anties treptolisina O maior ou igual a 500 U Todd para crianças maiores de 5 anos e maior ou igual a 333 U Todd para crianças até 5 anos de idade; alfa-2-globulina maior que 0,8 g/dl.

Para o intervalo PR do eletrocardiograma foram utilizados os valores referenciais segundo a idade e frequência cardíaca de Ashmann, Alimurum e Marsse modificados.

Como critério para diagnóstico de cardite foram utilizados: endocardite — presença de sopros significativos a ausculta, que foram desconsiderados quando em desacordo com a ecocardiografia; miocardite — aumento da área cardíaca ao exame radi

lógico ou ecocardiográfico e sinais clínicos de disfunção miocárdica (22); pericardite — presença de atrito pericárdico a ausculta cardíaca.

No que se refere ao diagnóstico da disfunção valvular, foi utilizada a ecocardiografia como critério máximo. Naqueles casos em que seus resultados não estavam disponíveis, utilizamos como critério a ausculta cardíaca.

RESULTADOS

Dos 53 casos estudados, 33 estavam desenvolvendo o primeiro surto e 20 já haviam tido um surto anterior.

A incidência anual é mostrada na tabela I, não tendo sido observada diferença significativa de um ano para o outro, a exceção do ano de 1989, no qual foram observados apenas 5 casos.

TABELA I - Febre reumática: Incidência anual do 1º surto e com surtos anteriores.

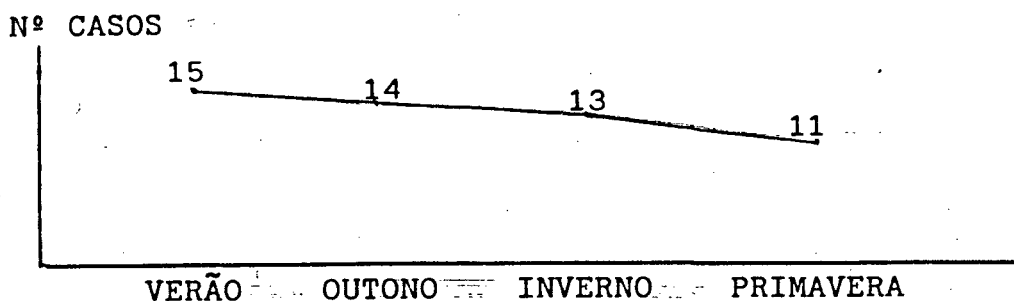
ANO	SURTO		1º SURTO		COM SURTO ANT.		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1988	12	22,64	7	13,21	19	35,85		
1989	3	5,66	2	3,77	5	9,43		
1990	9	16,98	6	11,32	15	28,30		
1991	9	16,98	5	9,43	14	26,41		
TOTAL	33	62,26	20	37,74	53	100,00		

Nota: Percentuais calculados sobre o nº total de casos (53).

Fonte: SAME HIJG/HU

No que se refere a variação sazonal (figura), o maior número de casos ocorreu no verão e o menor na primavera.

FIGURA - Febre reumática: Variação sazonal.



Fonte: SAME HIJG/HU

Com relação à idade (tabela II), houve predominância da faixa de 10-12 e da de 12-15 anos, não sendo observados casos abaixo de 4 anos de idade e apenas 2 casos na faixa dos 4-6 anos.

O primeiro surto ocorreu com maior frequência na faixa de 10-12 anos e os casos que já tiveram surto anterior foram de maior frequência na faixa de 12-15 anos, o que podemos observar na mesma tabela.

TABELA II - Febre reumática: Incidência por idade e relação desta com a presença ou não de surto anterior.

SURTO IDADE (ANOS)	1º SURTO		COM SURTO ANT.		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
4-6	2	3,77	-	-	2	3,77
6-8	8	15,09	2	3,77	10	18,87
8-10	3	5,66	6	11,32	9	16,98
10-12	11	20,75	5	9,43	16	30,19
12-15	9	16,98	7	13,20	16	30,19
TOTAL	33	62,26	20	37,73	53	100,00

Nota: Percentuais calculados sobre o nº total de casos (53)

Fonte: SAME HIJG/HU

O sexo masculino predominou em quase todas as faixas de idade, com exceção da de 8-10, na qual predominou o sexo feminino por pequena diferença. Não foram observados casos femininos abaixo dos 6 anos de idade.

A relação masculino/feminino foi de 1,4/1 para o total de casos, sendo que em ambos os sexos houve predominância das faixas etárias mais altas (tabela III).

TABELA III -Febre reumática: Relação entre idade e sexo.

SEXO IDADE (ANOS)	MASCULINO		FEMININO		RELAÇÃO M/F
	Nº	%	Nº	%	
4-6	2	6,45	-	-	-
6-8	7	22,58	3	13,63	2,33
8-10	4	12,90	5	22,72	0,80
10-12	9	29,03	7	31,82	1,28
12-15	9	29,03	7	31,82	1,28
TOTAL	31	100,00	22	100,00	1,41

Nota: Percentuais calculados sobre o nº de casos em cada sexo.

Fonte: SAME HIJG/HU.

Quanto aos critérios maiores, a combinação mais frequente foi a da cardite com artrite, como pode ser observado na tabela abaixo.

TABELA IV - Febre reumática: Frequência da combinação dos critérios maiores entre si.

CRITÉRIOS MAIORES	Nº	%
Cardite + Artrite	26	49,06
Cardite	18	33,96
Artrite	3	5,66
Cardite + Coréia	2	3,77
Cardite + Coréia + Artrite	2	3,77
Cardite + Artrite + Nódulo subcutâneo	1	1,89
Cardite + Artrite + Eritema Marginado	1	1,89
TOTAL	53	100,00

Fonte: SAME HIJG/HU

Quando considerados individualmente, nota-se um predomínio importante da cardite sobre os outros critérios maiores, ficando a artrite em segundo-lugar e os outros critérios com uma frequência bem abaixo (quadro I).

QUADRO I - Febre reumática: Frequência individual dos critérios maiores

CRITÉRIO MAIOR	Nº	%
Cardite	50	94,34
Artrite	32	60,38
Coréia	4	7,55
Nódulo subcutâneo	1	1,89
Eritema marginado	1	1,89

Nota: Percentagens calculadas sobre o total de casos (53)

Fonte: SAME HIJG/HU

O quadro abaixo mostra a frequência dos critérios menores. Nem todos os pacientes tinham exames disponíveis.

QUADRO II - Febre reumática: Frequência dos critérios menores

CRITÉRIO MENOR	Nº	%	N.D.
Febre	39	73,58	-
Artralgia	12	22,64	-
Febre reumática anterior	20	37,73	-
Velocidade de hemossedimentação elevada	40	75,47	8
Proteína C reativa positiva	34	64,15	11
Leucocitose	31	58,49	1
Prolongamento do intervalo PR	4	7,55	49
Antiestreptolisina O elevada	33	62,26	7

Nota: Percentuais calculados sobre os total de casos (53)

N.D.=Número de exames não disponíveis

Fonte: SAME HU/hijg

Dos outros exames laboratoriais realizados e não incluídos nos critérios menores, o que apresentou maior frequência de alterações foi a alfa-2-globulina, que esteve elevada em 39 pacientes (quadro III).

QUADRO III - Febre reumática: Outros resultados laboratoriais

EXAME LABORATORIAL	Nº	%	N.D.
Hemoglobina sérica baixa	33	62,26	2
Mucoproteínas elevadas	38	71,07	6
Alfa-2-globulina elevada	39	73,53	5

Nota: percentagens calculadas sobre o total de pacientes (53)

Fonte: SAME HIJG/HU

Dentre os sinais/sintomas não incluídos entre os critérios de Jones revisados, o mais freqüente foi a palidez, como pode ser observado no quadro IV.

QUADRO IV - Febre reumática: outros sinais e sintomas

SINAL/SINTOMA	Nº	%
Palidez	23	43,40
Cefaléia	19	35,85
Astenia	16	30,19
Anorexia	15	28,30
Linfonodomegalia	15	28,30
Irritabilidade	13	24,53
Vômitos	9	16,98
Perda ponderal	7	13,21
Dispnéia	6	11,32
Dor abdominal	4	7,55
Epistaxe	1	1,87
Piodermite	1	1,87

Nota: Percentagens calculadas sobre o total de casos (53)

Fonte: SAME HIJG/HU

A cardite teve como manifestação mais comum ao exame físico a presença de sopros cardíacos, como aparece no quadro V. Como manifestação eletrocardiográfica predominou a taquicardia sinusal e o exame foi normal em 13 pacientes (quadro VI).

Quadro V - Cardite reumática: manifestações ao exame físico

Manifestação	Nº	%
Sopros cardíacos	47	94,00
Alteração nas bulhas	17	34,00
Taquicardia	16	32,00
Alteração no ritmo	7	14,00
Frêmitos	6	12,00
Atrito pericárdico	4	8,00

Nota: Percentuais calculados sobre o total de casos com cardite

Fonte: SAME HIJG/HU

QUADRO VI - Cardite reumática: alterações eletrocardiográficas

MANIFESTAÇÕES	Nº	%
Taquicardia sinusal	13	26,00
Bradycardia sinusal	1	2,00
Arritmia sinusal	5	10,00
Extrassistolia	4	8,00
Sobrecarga câmaras esquerdas	9	18,00
Sobrecarga câmaras direitas	2	4,00
Bloqueio atrioventricular 1º grau	4	8,00
Bloqueio atrioventricular 3º grau	1	2,00
Alteração repolarização ventricular	8	16,00
Normal	13	26,00

Nota: Percentuais calculados sobre o total de casos com cardite

Dados não disponíveis em 5 pacientes

Fonte: SAME HIJG/HU

O folheto mais acometido foi o endocárdio, sendo que o pericárdio e o miocárdio não foram acometidos de forma isolada, o que é mostrado na tabela V.

Na tabela VI verifica-se que o total de pacientes com disfunção valvular soma 49, já que apenas um paciente com cardite ficou livre desse problema.

TABELA V - Cardite reumática; folhetos cardíacos mais comprometidos

FOLHETO	Nº	%
Endocárdio	31	62,00
Miocárdio	-	-
Pericárdio	-	-
Endocárdio + Miocárdio	15	30,00
Endocárdio + Pericárdio	2	4,00
Pericárdio + Miocárdio	1	2,00
Todos	1	2,00
Total	50	100,00

Nota: Percentuais calculados sobre o total de pacientes com cardite.

Fonte: SAME HIJG/HU

TABELA VI - Cardite reumática: válvulas mais frequentemente comprometidas

VÁLVULAS ACOMETIDAS	Nº	%
Mitral	29	58,00
Mitral + Aórtica	17	34,00
Aórtica	2	4,00
Mitral + Tricúspide	1	2,00
TOTAL	49	100,00

Nota: Percentuais calculados sobre o total de pacientes com disfunção valvular (49).

Fonte: SAME HIJG/HU

Na tabela abaixo pode-se verificar que a penicilina benzatina é de longe o antibiótico mais utilizado para erradicar o estreptococo das vias aéreas superiores.

TABELA VII - Febre reumática: antibióticos utilizados durante a internação

ANTIBIÓTICO	Nº	%
Penicilina benzatina	39	73,58
Penicilina ben + proc	6	11,32
Penicilina cristalina	2	3,77
Eritromicina	3	5,66
Penicilina procaína	1	1,88
Nenhum	2	3,77
TOTAL	53	100,00

Nota: ben + proc = benzatina + procaína

Fonte: SAME HIJG/HU

Das outras drogas utilizadas, a principal foi o corticosteróide. Dois pacientes utilizaram simultaneamente corticosteróides e ácido acetilssalicílico (quadro VII).

QUADRO VII - Febre reumática: drogas utilizadas na internação

DROGA	Nº	%
Corticosteróides	38	71,70
Ácido acetilssalicílico	16	30,19
Diurético	11	20,75
Digitálicos	10	18,87
Haloperidol	4	7,55

Nota: Percentuais calculados sobre o total de casos (53)

Fonte: SAME HIJG/HU

No período de tempo estudado (1988-1991), não foram verificados óbitos por febre reumática durante o período de internação hospitalar. Isso não inclui possíveis óbitos por sequelas tardias da doença que podem se manifestar após anos ou até mesmo décadas.

Nenhum dos pacientes necessitou de cirurgia durante a fase de internação e o seguimento desses pacientes após a alta está, como já foi dito, fora dos objetivos deste trabalho.

Os dados constantes nos prontuários analisados não foram suficientes para definir adequadamente quais os pacientes a evoluírem de maneira desfavorável.

DISCUSSÃO

Como já foi dito anteriormente, vários estudos tem demonstrado uma queda global na incidência de febre reumática. O pequeno período de tempo englobado pelo presente estudo não permite que se possa afirmar que o mesmo esteja ocorrendo em nosso meio. No entanto, a comparação de nossos dados com os de outros autores que investigaram a doença em nossa região e que utilizaram material e metodologia semelhante a nossa, sugere que esteja, efetivamente ocorrendo uma queda na incidência de febre reumática (12,13).

No entanto, é preciso ressaltar que o número de internações por febre reumática pode variar de forma significativa de um ano para o outro. Esse fato pode ser constatado observando o ano de 1989, quando internaram apenas 5 crianças por febre reumática em Florianópolis, e comparado ao ano seguinte no qual ocorreram 15 internações pela mesma doença ou no ano anterior, quando ocorreram 19 casos.

Quanto a variação sazonal, nosso estudo não demonstrou maior incidência da doença no inverno como mostraram outros trabalhos em nossa região (12,13,14) e em outros países (15). Ocorreu, na verdade, uma maior incidência no verão, embora insignificante.

Se considerarmos que os referidos trabalhos feitos em nosso meio apontam pequena diferença na incidência da doença, entre uma estação e outra, como ocorreu com nossos casos, podemos supor que a variação sazonal da incidência da doença não é significativa em nossa região.

Quanto a idade de ocorrência do primeiro surto, a faixa de 10-12 anos foi a mais freqüente, o que é, mais ou menos, concordante com outras casuísticas (12,13,14,15,16).

Os pacientes que já tinham surto anterior apresentaram com mais freqüência na faixa de 12-15 anos, o que também era esperado (12,14).

Em relação ao sexo mais atingido pela febre reumática, observamos uma maior ocorrência no sexo masculino na proporção de 1,4/1,0. Abaixo pode ser visto um quadro no qual são comparados os nossos dados com os de outros autores.

QUADRO VIII - Febre reumática: Número de pacientes conforme o sexo, segundo vários autores

AUTOR	Nº MASC.	Nº FEM.	REL. M/F
Moritz (12)*	30	28	1,07
Lins (14)*	46	33	1,39
Chun (15)	59	39	1,51
Hosier (17)	26	14	1,86
Asay (18)	50	43	1,32
Este estudo*	31	22	1,40

Nota: Rel. m/f= relação masculina/feminina

*Estudos realizados em Florianópolis

Embora a tabela VII mostre predominância masculina em todos os trabalhos citados, é necessária cautela, uma vez que a febre reumática atinge praticamente todas as regiões e lugares do mundo e a literatura que nos chega representa apenas uma fração do que pode estar ocorrendo.

Com relação aos nossos dados, verificamos predominância do sexo masculino em quase todas as faixas etárias, com exceção da de 8-10 anos, na qual predominou o sexo feminino, como pode ser observado na tabela III.

No que se refere a incidência dos critérios maiores, a combinação mais freqüentemente encontrada foi a da cardite e artrite, dados esses confirmados por outros autores (12,13,14, 15,18-20). Quando considerados individualmente, a cardite foi o critério por nós mais encontrado, como pode ser visto no quadro I. No quadro IX comparamos nossos dados com os de ou-

tros autores, onde podemos observar que não há concordância entre os mesmos quanto ao critério mais comum.

QUADRO IX - Febre reumática: Frequência dos critérios maiores segundo vários autores

AUTOR	Artrite	Cardite	Coréia	Nod.S.	Erit.M.	Nº
Moritz(12)	51,72	63,79	24,14	-	-	58
Chun(15)	74,48	33,67	10,20	2,04	2,04	98
Hosier(17)	65,00	50,18	18,00	2,50	13,00	40
Asay(18)	64,64	78,78	24,24	n.d	n.d	99
Shyamal(19)	66,60	33,30	20,00	1,90	1,90	102
Wald(20)	24,00	59,00	30,00	-	-	17
Ferguson(21)	76,90	53,80	n.d	n.d	n.d	39
Blacher(22)	62,50	79,1	6,20	2,00	2,00	43
Este estudo	60,38	94,34	7,55	1,89	1,89	53

Nota: Os número abaixo de cada critério são os percentuais com que eles se apresentaram na casuística do autor.

Nº = Número de pacientes de cada estudo.

n.d = Dado não-disponível.

No quadro acima podemos verificar que a nossa casuística apresenta uma elevada proporção de cardite quando comparada a outras. Sendo a cardite a única manifestação da febre reumática que pode levar a dano permanente ou morte, pode-se considerar que é a manifestação mais importante da febre reumática. E o fato de poder deixar lesão permanente no coração, principalmente nas suas válvulas, faz com que possa ser difícil diferenciar o agravo cardíaco produzido pelo surto atual do produzido pelo surto anterior (22,23). Talvez esteja-se diagnosticando casos de cardite com base em lesões provocadas por surtos anteriores. Outra possibilidade para a elevada percentagem de pacientes com cardite na nossa série é a maior dificuldade de se fa-

zer o diagnóstico de febre reumática na ausência dela, não esquecendo que muitas vezes os doentes demoram a procurar assistência médica, momento no qual é mais difícil documentar a estreptococcia prévia e as alterações laboratoriais que constituem em parte dos critérios menores de Jones.

Podemos, também, supor que pelo fato da febre reumática ser, na ausência de cardite, uma doença relativamente benigna, se esteja internando menos os pacientes nos quais esta não se manifesta (24).

A coréia de Sydenham esteve presente em 7,5% dos casos estudados, o que parece ser inferior ao relatado pela grande parte dos trabalhos consultados, inclusive nos realizados e relatados em nosso meio (12-14). Isso pode ser devido aos casos da chamada coréia "pura" não terem sido diagnosticados como sendo febre reumática.

A coréia de Sydenham é considerada como sendo uma manifestação benigna, tendo os doentes excelente prognóstico quando na ausência de lesão cardíaca (25,26), ao contrário do que ocorreu com os nossos casos, nos quais observamos todos os casos de coréia em associação com cardite.

A associação mais freqüente da coréia foi a cardite, o que concorda com o que é correntemente relatado (25-27).

Quanto aos nódulos subcutâneos, embora considerados raros em nosso meio foram encontrados nesta casuística, embora 1 caso apenas. Quase sempre encontrados associados a cardite e raramente existentes na ausência desta (28), em nosso estudo este fato se verificou também. Daí não podemos tirar maiores conclusões visto que poucos pacientes não apresentaram cardite e apenas um paciente apresentou nódulos.

O eritema marginado, também considerado raro na América do Sul, foi encontrado em apenas um paciente, também com cardite e artrite. Essa raridade do eritema marginado entre nós é explicada por alguns como sendo devida a diferentes cepas de estreptococos que causam a febre reumática.

Os critérios menores de Jones revisados podem ser divididos em clínicos e laboratoriais. Dos clínicos o mais frequente foi a febre, que esteve presente em 73,58 % dos casos, o que concorda aproximadamente com a literatura, que apresenta os seguintes valores: 53,45 % (12), 81,01 % (14), 89 % (28).

A artralgia esteve presente em 22,64 %, que se somados aos 60,38 % que tiveram artrite, vão totalizar 83,02 % de pacientes com dor articular, seja ela artrite ou artralgia. Esse percentual é menor do que o encontrado num dos maiores e mais completos estudos sobre febre reumática (28), que apresentava 90 % de casos com dor articular, fosse artrite ou artralgia. Moritz e Schaefer (12) encontraram 27,59 % de artralgia em 58 casos de febre reumática.

Quanto a ocorrência de surtos anteriores, verificamos vinte pacientes que tinham história de surto prévio, o que corresponde a 37,73 %. Moritz e Schaefer observaram 13,80 % de seus casos como já tendo surto anterior. Fedrizzi e Teixeira encontraram 22,53 % como tendo surto prévio, apesar desse estudo englobar apenas a cardite reumática.

O exame laboratorial que apresentou-se mais frequentemente alterado, dos incluídos nos critérios menores, foi a velocidade de hemossedimentação, que esteve elevada em 75,47 % dos casos. Massel (28) encontrou 52 % de casos com elevação da velocidade de hemossedimentação e Lins (14) encontrou 63,82 % de casos com alteração no referido exame.

A antiestreptolisina O esteve aumentada em 62,26 % dos nossos casos. O que pode ser comparado com a literatura da mesma maneira: 81,03 % (12), 48,10 % (14), 93,54 % (17).

O intervalo PR do eletrocardiograma esteve prolongado em 7,55 % dos pacientes. Para esse dado diferentes autores encontraram: nenhum caso (12), 3,79 % (14), 25,00 % (17,28).

Dos outros exames laboratoriais, o que obteve o maior índice de alteração foi o da alfa-2-globulina elevada, que é considerada um dos melhores exames para acompanhamento da ativi-

dade reumática (4), no entanto alguns estudos demonstraram número bem menor de exames alterados (12,13,14).

A anemia foi freqüente nos nossos casos e também nos de outros autores (12-14,18,24,28).

Quanto aos sinais e sintomas não incluídos nos critérios de Jones, o mais freqüente foi a palidez, o que é corroborado pela significativa incidência de anemia (quadro IV).

Como manifestação principal da cardite à ausculta constatamos os sopros cardíacos (quadro V), que são conseqüência da alta incidência de comprometimento do endocárdio, como será discutido adiante. Assim como as alterações na intensidade das bulhas, atritos pericárdicos e frêmitos também eram manifestações esperadas (12-15,17,19,28).

A taquicardia sinusal foi a alteração eletrocardiográfica mais freqüente em nossa casuística como nas outras (12-14, 28). A sobrecarga de câmaras esquerdas foi a segunda alteração mais comum, sendo provavelmente, conseqüente à disfunção miocárdica. O eletrocardiograma foi normal de 26 % dos pacientes com cardite, percentagem essa inferior a encontrada por outros autores (14,19,28).

Quanto ao folheto mais acometido, o endocárdio isoladamente foi o mais freqüente, o que é confirmado amplamente pela literatura (12-15,18,24,28). É importante notar que esses dados foram confirmados pela ecocardiografia, como está descrito na página 4. Entretanto 5 pacientes não dispunham de ecocardiografia, ficando como critério para lesão valvular, e conseqüentemente lesão endocárdica, a ausculta cardíaca.

A válvula atingida com maior freqüência foi a mitral de forma isolada, seguida pelo acometimento conjunto desta com a aórtica. Como pode ser observado no quadro XIII, isto está de acordo com a literatura. O comprometimento do aparelho tricúspide, considerado muito pouco freqüente, esteve presente em apenas um de nossos casos e, mesmo assim, associado a lesão mitral. O comprometimento da válvula pulmonar, considerado raríssimo (28), não foi detectado.

É importante dizer que a lesão tricúspide é difícil de ser reconhecida apenas pela ausculta cardíaca(29), fato confirmado neste estudo, no qual a única lesão tricúspide observada foi diagnosticada pela ecocardiografia.

QUADRO X - Cardite reumática: válvulas mais comprometidas segundo alguns autores

VÁLVULAS AUTOR	Mi	Mi+Ao	Ao	Mi+Tri	Mi+Tri+Ao	Nº
Fedrizzi (13)	69,84	25,39	4,76	-	-	63
Chun (15)	66,66	21,22	12,12	-	-	33
Blacher (22)	53,12	31,25	-	6,25	9,35	32
Massel (28)	71,00	22,00	7,00	-	-	240
Este estudo	58,00	34,00	4,00	2,00	-	49

Nota: Os números abaixo de cada válvula são os percentuais sobre o total de casos com comprometimento valvular.

Nº = Número de casos com comprometimento valvular

Mi = válvula mitral

Ao = válvula aórtica

Tri = válvula tricúspide

Na tabela VII foi mostrado que o esquema antibiótico que mais foi utilizado para erradicar o estreptococo foi a penicilina benzatina, o que está de acordo com a literatura (12-15,30). A penicilina benzatina tem a vantagem de poder ser dada em dose única no período de internação e de manter níveis sérios durante semanas (31-35). Nos casos em que os pacientes eram alérgicos à penicilina o antibiótico utilizado foi a eritromicina.

Das outras drogas, a mais utilizada foi o corticóide, o que pode ser visto no quadro VII. A quantidade de pacientes usando corticosteróides pode ser facilmente entendida se lembrarmos que a grande maioria dos pacientes apresentou cardite no curso da internação, o que indica a droga, pelo menos nas suas formas

mais graves (36,37). O ácido acetilsalicílico possui indicação bem estabelecida na febre reumática (36) e foi utilizado por 30,19% dos pacientes. Provavelmente não foi utilizado em maior número de casos devido a elevada incidência de cardite, situação na qual comumente se prefere o corticóide (36,37).

Outras drogas, como diuréticos e digitálicos fazem parte do arsenal contra a insuficiência cardíaca e por certo dispensam maiores comentários.

O fato de possuímos alta taxa de casos com cardite e nenhum número de óbitos pode reforçar a afirmação de alguns autores de que a gravidade, e não somente a frequência, dos casos de febre reumática esteja em declínio (7,10).



No. _____

UNIDADE _____

NOME Leber Benmarker REGISTRO _____

UNIDADE _____ QUARTO/LEITO _____ IDADE _____

ANAMNESE, EXAME FÍSICO E EVOLUÇÃO CLÍNICA – ANOTAÇÕES SEQUENCIAIS

Alcilio
Diogenio
Alcilio
53 anos e 1/2 dias de idade F R 1977 a 1991
62,2% 1º termo 57,5% - 0ª
grávida e termo → 10a 15 dias
Lentecor Jones reversadas Cor de pele 94,3%
Análise 60,3%
Cor de pele 7,5%
ECG → Infarctocárdio anterior
folheto cor de carne + atropia → miocárdio
ventricular + atropia → miocárdio
nada houve obito
Introdução - o objetivo - o estudo desta condição em arterias de aproximadamente 1944
modificado em 1987
epidemiológico
de miocárdio ←

SA/033 DATA _____ MÉDICO _____ C.R.M. _____

4:50 min : Eviducao Citologica no liquido Cefalorraquidiano na meningites
asépticas.

UTORES : ENIO
VERIANO

ANCA : CARLOS EDUARDO, DENISE, BARBOSA.

6:00 min : Perfil descritivo de Estrabismo em Pacientes entre 0 a 14 anos

UTORES : ADRIANO
ERNANI

6:40 min : Acidentes Botrópicos em pacientes Internados no HU

UTORES : OSMAR
ZELIA

7:20 min : Purpura de Henoch-Schonlein

UTORES : GLAUCO
PAULO

IA 22/09/92 - 3ª FEIRA

ANCA : MARIA HELENA , MAURO , LEILA.

3:30 min : Terapia Intensiva Pediatrica

UTORES: GINA
SHEILA

4:10 min : Febre Reumática: Análise de 53 casos Pediatricos

UTORES : ALCÉLIO
SÉRGIO

4:50 min : Pericardite Aguda na Infância

UTORES : CARLOS FERNANDO
DANILO

ANCA : CRISTIANO, ALVARO, CÚTULO

5:40 min : Perfil dos pacientes internados por asma brônquica

UTORES : CÉLIO
LUCIANO

6:10 min : Retinoblastoma : um desafio

UTORES : RENATE

30 min : Glomerulonefrite Difusa Aguda

: ANTONIO MARCOS
ALEXANDRE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

TRABALHOS CIENTÍFICOS DA 11ª FASE DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA 1992

1. NORMAS GERAIS DA APRESENTAÇÃO

- a) Os trabalhos serão avaliados por uma banca composta de 3 (três) membros designados pelo Departamento, em reunião aberta, na qual os alunos farão exposição e defesa dos mesmos.
- b) Serão conferidos aos trabalhos notas de 0 (zero) a 10 (dez) a critério da banca, sendo que a apresentação escrita terá peso 2 (dois) e a oral, peso 1 (um).
- c) Para a apresentação oral será dado 15 (quinze) minutos a um dos autores após a qual cada membro da banca disporá de 5 (cinco) minutos para comentários e interpelações.
- d) Os autores terão 5 (cinco) minutos cada um para responderem as perguntas ou rebaterem as críticas feitas pelos membros da banca.
- e) É obrigatória a presença de ambos autores dos trabalhos na hora da apresentação do mesmo.
- f) O conceito final resultará da média das notas emitidas por cada um dos membros da banca.

2- LOCAL DAS APRESENTAÇÕES:

Sala de aula da Divisão de Pediatria do Hospital Universitário

3- ESCALA DE APRESENTAÇÕES E BANCAS

DIA 16/09/92 - 4ª FEIRA

BANCA : ADILSON OSORIO , MAURICIO, JOSÉ ANTONIO.

13:30 mim : Cisto Broncogênico na Infância

AUTORES : SANDRO
LUCIANO

14:10 mim : Carcinoma de Tiroide na Infância

AUTORES : RENATO
CASSIANO

14:50 mim : Enterocolite Necrotizante Neonatal - Análise 12 casos

AUTORES : ADRIANA
RUI

AUTORES : AMAURI
ODIVAL

DATA : 18/09/92 - 6ª FEIRA

BANCA : ADILSON, MAURICIO, JOSÉ ANTONIO

13:30 min : Apendicite aguda na criança

AUTORES : KAISER
ANDRÉ

14:10 min : Tratamento Conservador do abdome agudo hemorrágico

AUTORES : BETINA

14:50 min : Invaginação Intestinal.

AUTORES : HEDA
ROSE

15:30 min : Tratamento da Hipospádia pela tecnica de Mathieu

AUTORES : ANA APARECIDA
MONICA

DATA : 21/09/92 - 2ª FEIRA

BANCA : SUELI, MARIA MARLENE, AIRSON

09:30 min : Diarréia : Conduta do balconistas de Farmácia.

AUTORES : MAURICIO
YURI

10:10 min : Levantamento dos Antigos Hábitos Alimentares dos Lactentes

AUTORES : MAYARA

10:50 min : Loxoscelismo na Infancia X Loxoscelismo em adulto

AUTORES : LUCIANO

BANCA : RONALDO, GASTALDI, MARILZA.

13:30 min : Epilepsia Ausencia - Estudo de 30 casos

AUTORES : FABIO
MARCELO

14:10 min : Traumatismo Cranioencefálico e Raqui-medular na infância.

AUTORES : ALDRIM
OSVALDO

CONCLUSÃO

1. A febre reumática continua sendo uma doença importante no nosso meio, apesar de existirem indícios de que a sua incidência esteja em declínio. ⁷⁷ ¹⁹⁸⁹

2. Não parece ^{ocorrer} variação sazonal importante da incidência de febre reumática na região da grande Florianópolis.

3. A maior proporção de doentes do sexo masculino por nós encontrada é corroborada por grande parte da literatura.

4. A doença atingiu com maior freqüência a faixa etária de 10 a 15 anos incompletos, achados que são compartilhados pela literatura existente.

5. Houve uma elevada proporção de pacientes que apresentaram cardite, o que pode ser um problema para o futuro devido às seqüelas potenciais que possui.

6. O eritema marginado e o nódulo sub-cutâneo, considerados raros em nosso meio, ocorreram em apenas um paciente cada.

7. A febre esteve presente em 73% dos casos, o que apóia a opinião de que o nome "febre" reumática é inadequado para a doença, pois a febre não ocorre em todos os casos.

8. Das chamadas reações de fase aguda, a velocidade de hemossedimentação é a que mais vezes se mostrou alterada, o que indica que este exame pode ser útil para o diagnóstico desta doença, já que faz parte dos critérios menores de Jones revisados.

9. O folheto mais freqüentemente comprometido foi o endocárdio, e o menos freqüente foi o pericárdio.

10. A válvula mais acometida foi a mitral, seguida pela aórtica. Nosso estudo confirmou a raridade do comprometimento da válvula tricúspide.

11. A alteração eletrocardiográfica mais comum foi a taquicardia sinusal. O intervalo PR esteve prolongado em 4 pacientes, dado este que não foi registrado nos primeiros trabalhos publicados em nosso meio, talvez por menor número de exames realizados.

12. A ecocardiografia foi útil diagnosticando disfunções valvulares não diagnosticadas pela ausculta cardíaca.

13. O fato de não terem sido registrados óbitos, poderia apoiar a opinião de alguns autores de que, além de estar ocorrendo a queda na incidência de febre reumática, estaria ocorrendo possivelmente, queda na gravidade média dos episódios da doença.

ABSTRACT

In the present work, the records of 53 children with the diagnosis of rheumatic fever all of them hospitalized at Hospital Infantil Joana de Gusmão and Hospital Universitário in Florianópolis, in the period from 1988 to 1991 were analysed.

From the total of the case, 62,2% were having their first attack and 58,5% were male.

The most affected age group was the one from 10 to 15 years. The revised Jones major criteria took place in the following frequency: cardites in 94,3%, artrites in 60,3%, chorea in 7,5%, erytema marginatum and subcutaneous nodules in 1,9% each.

The eletrocardiographic alterations more frequently found was the sinusal tachycardia.

The endocardial leaflet was the most affected, followed by the association of the endo and myocardium. Pericardium and myocardium were not affected isolatedly.

The most affected cardiac valve was the mitral, followed by the aortic valve. The tricuspid valve was affected in only one patient.

There were no deaths during the hospitalization period and no surgery was needed in the same period.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bisno AL. Group A streptococcal infections and acute rheumatic fever. N Engl J Med 1991; 325:783-790.
2. Wannamaker LW. Differences between streptococcal infections of the throat and the skin. N Engl J Med 1970; 282:23-31.
3. Zabrinskie JB. Rheumatic fever: the interplay between host genetics, and microbe. Circulation 1985; 71:1077-1089.
4. Denny FW. T. Duckett Jones and Rheumatic fever in 1986. Circulation 1987; 76:963-970.
5. Jones Criteria (Revised) for Guidance in the diagnosis of Rheumatic fever. Circulation 1984; 69:204 A.
6. DiSciascio G, Taranta A. Rheumatic fever in children. Am Heart J 1989; 99:635-58.
7. Quinn RW. Comprehensive review of morbidity and mortality trends for rheumatic fever, streptococcal disease, and scarlet fever: the decline of rheumatic fever. Rev Infect Dis 1989; 11:928-953.
8. Wakkace MR e cols. The return of acute rheumatic fever in young adults. JAMA 1989; 262:2557-61.
9. Bisno AL, Shulman ST, Dajani AS. The rise and fall (and rise?) of rheumatic fever. JAMA 1988; 259:728-9.
10. Markowitz M. The decline of rheumatic fever: role of medical intervention. J Pediatr 1985; 106:545-56.
11. Bisenden JG. Transatlantic warning bells sounds on rheumatic fever. Br Med J 1988; 296:1215.
12. Moritz JNS, Schaefer MB. Aspectos clínicos e epidemiológicos da moléstia reumática na infância. Trabalho de conclusão de curso 1980; Biblioteca HU/UFSC.

13. Fdreizzi EN, Teixeira GV. Cardite reumática, a fase aguda e a evolução em 71 crianças - Trabalho de conclusão se curso 1988; Biblioteca HU/UFSC.
14. Lins HHS, Pereima MJL. Fatores determinantes e auxiliativos no diagnóstico da moléstia reumática, baseado na análise de 79 casos no período de 1980 a 1983 - Trabalho de conclusão de curso 1983; Biblioteca HU/UFSC.
15. Chun LT e cols. Rheumatic fever in children and adolescents in Hawaii. Pediatrics 1987; 79:549-552.
16. Granzotti JA. Doença reumática - Estudo dos critérios de Jones para diagnóstico clínico. Jornal de pediatria 1991; 67: 254-6.
17. Hosier DM e cols. Resurge of acute rheumatic fever. AJDC 1987; 141:730-2.
18. Asay E e cols. Acute rheumatic fever - Utah. JAMA 1987;257: 1578-9.
19. Shyamal KS e cols. The initial attack of acute rheumatic fever during childhood in north India. Circulation 1974; 49: 7-12.
20. Wald E e cols. Acute rheumatic fever in western Pennsylvania and the Tristate area. Pediatrics 1987; 80:371-79. -
21. Ferguson GW e cols. Epidemiology of acute rheumatic fever in a multiethnic, multiracial urban community: the Miami-Dade county experience. J Infec Dis 1991; 164:720-5.
22. Blacher C. Doença reumática ativa, estudo prospectivo. Arg. Bras. Cardiol. 1982; 39:373-5.
23. Holmberg SD, Faich GA. Streptococcal pharyngitis and acute rheumatic fever in Rhode Island. JAMA 1983; 250:2307-12.
24. Veloso LG e cols. Doença reumática ativa fatal. Estudo de 13 casos de necrópsia. Arg Bras Cardiol 1991; 56:269-73.

25. Nausieda PA e cols. Sydenham chorea: an update. Neurology 1980; 30:331-4.
26. Sousa ACS e cols. Coréia de Sydenham e lesão orovalvar cardíaca. Arq Bras Cardiol 1987; 165-8.
27. Silva RJM e cols. Coréia de Sydenham. Arq Cat Med 1988;17: 141-6.
28. Massel BF e cols. The clinical picture of rheumatic fever. Am J Cardiol 1958; 1:436-49.
29. Chun LT. Ocurrence and prevention of rheumatic fever among ethnic groups of Hawaii. AJDC 1984; 138:476-8.
30. Griffiths SP e cols. Acute rheumatic fever in New York City (1969 to 1988): a comparative study of two decades. J Pediatr 1990; 116:882-7.
31. Odio A. The treatment of streptococcal pharyngitis. JAMA 1987; 257:186.
32. Randolph MF e cols. Effect of antibiotic therapy on the clinical course of streptococcal pharyngitis. J Pediatr 1985; 106:870.
33. Bass COL. Treatment of streptococcal pharyngitis revisited JAMA 1986; 256:740-3.
34. Masseli BF e cols. Penicilin and the marked decrease in morbidity a mortality from rheumatic fever in the United States. N Engl J Med 1988; 318:280-6.
35. Kim KS, Kaplan EL. Association of penicilin tolerance with failure to eradicate group A streptococci from patients with pharyngitis. J Pediatr 1985; 107:681-4.
36. Czoniczer EV e cols. Therapy of severe rheumatic carditis Circulation 1964; 29:816-9.
37. Couto e cols. Duração da atividade reumática em pacientes tratados com corticóide oral vs. pulsoterapia. Arq Bras Cardiol 1987; 48:371-3.

**TCC
UFSC
PE
0336**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0336

Autor: Amaral, Alcélío de

Título: Febre Reumática.



973204827

Ac. 265918

Ex.1 UFSC BSCCSM