

Diretrizes

Brasileiras para o Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática (2009)

Realização

Sociedade Brasileira de Cardiologia
Sociedade Brasileira de Pediatria
Sociedade Brasileira de Reumatologia

Coordenadores

Paulo José Bastos Barbosa
Regina Elizabeth Müller

Coordenador de Normatizações e Diretrizes da SBC

Jadelson Pinheiro de Andrade

Participantes

Adriana Lopes Latado Braga (SBC), Aloyzio Cechella Achutti (SBC), Auristela Isabel de Oliveira Ramos (SBC), Clara Weksler (SBC/INC), Cleonice de Carvalho Coelho Mota (SBP/SBC), Cleusa Cavalcanti Lapa dos Santos (SBC), Deuzeny Tenório Marques de Sá (SBC), Dilce Léa Magno da Silva (SBC), Edmundo José Nassri Câmara (SBC), Fátima Maria da Silva Borges (SBC), Helenice Alves Teixeira Gonçalves (SBR), Geodete Batista Costa (SBC), Joice Cunha Bertoletti (SBC), Jorge Yusef Afiume (SBP), Luiza Guilherme (INCOR), Lurildo Cleano Ribeiro Saraiva (SBC), Marcia de Melo Barbosa (SBC), Maria Cristina Caetano Kuschnir (SBP/INC), Maria Odete Esteves Hilário (SBR), Maria Helena Bittencourt Kiss (SBR), Marta Silva Menezes (SBC), Patrícia Guedes de Souza (SBP), Renato Pedro de Almeida Torres (SBC), Rui Fernando Ramos (SBC), Sheila Knupp Feitosa de Oliveira (SBP/SBR).

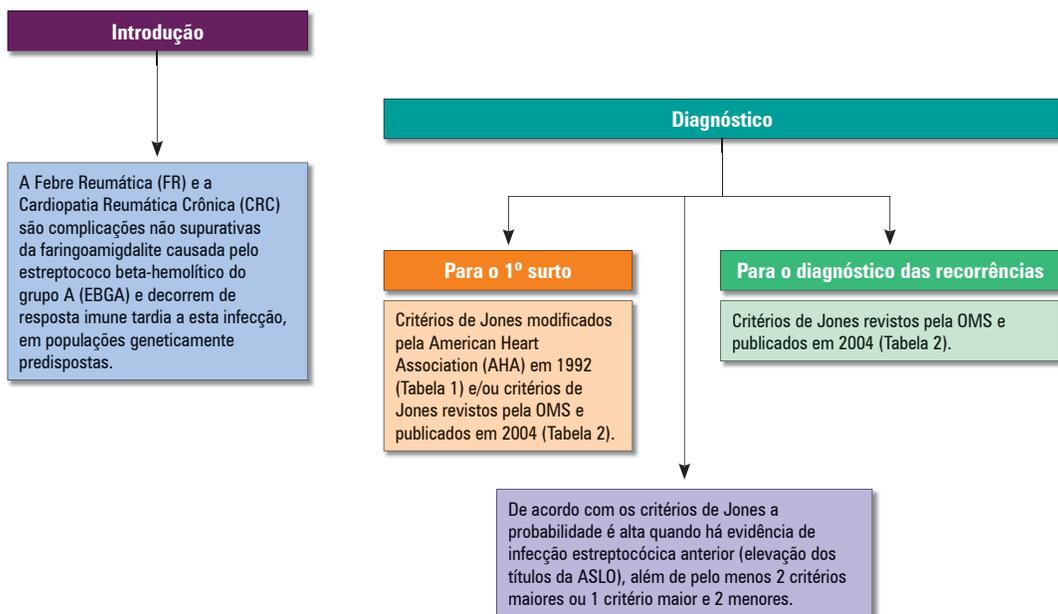


Tabela 1. Critérios de Jones modificados para o diagnóstico de febre reumática.

Critérios maiores	Critérios menores
Cardite	Febre
Artrite	Artralgia
Coreia de Sydenham	Elevação dos reagentes de fase aguda (VHS, PCR)
Eritema marginado	Intervalo PR prolongado no ECG
Nódulos Subcutâneos	

Evidência de infecção pelo estreptococo do grupo A por meio de cultura de orofaringe, teste rápido para EBGA, elevação dos títulos de anticorpos (ASLO). Adaptado de Dajani et al, Jones criteria 1992 Update – AHA .

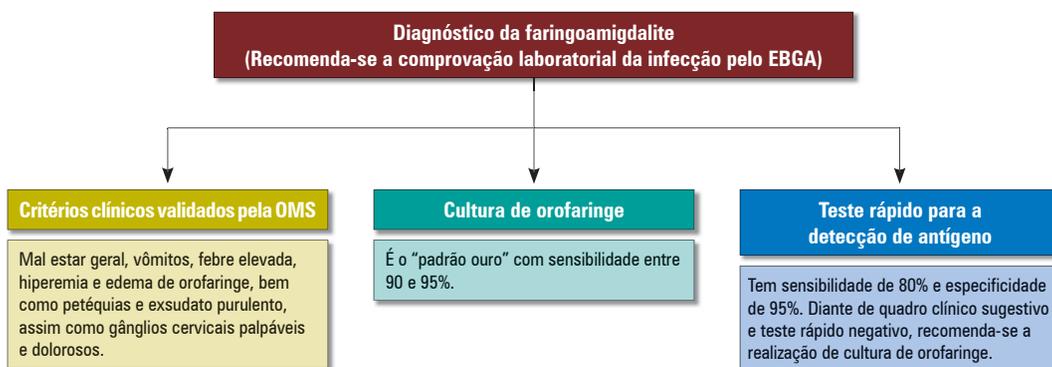
Tabela 2. Critérios da Organização Mundial da Saúde (2004) para o diagnóstico do 1º surto, recorrência e CRC (baseados nos critérios de Jones modificados).

Categorias diagnósticas	Critérios
1º episódio de FR*	2 critérios maiores ou 1 maior e 2 menores mais a evidência de infecção estreptocócica anterior.
Recorrência de FR em paciente sem CRC estabelecida [†]	2 critérios maiores ou 1 maior e 2 menores mais a evidência de infecção estreptocócica anterior.
Recorrência de FR em paciente com CRC estabelecida	2 critérios menores mais a evidência de infecção estreptocócica anterior. [‡]
Coréia de Sydenham CRC de início insidioso [†]	Não é exigida a presença de outra manifestação maior ou evidência de infecção estreptocócica anterior.
Lesões valvares crônicas da CRC: diagnóstico inicial de estenose mitral pura, ou dupla lesão de mitral e/ou doença na valva aórtica, com características de envolvimento reumático [§]	Não há necessidade de critérios adicionais para o diagnóstico de CRC.

*Pacientes podem apresentar apenas poliartrite ou monoartrite + ≥ 3 sinais menores + evidência infecção estreptocócica prévia. Esses casos devem ser considerados como "febre reumática "provável" e devem ser orientados a realizar profilaxia II, devendo ser submetidos a avaliações periódicas.

[†]Endocardite infecciosa deve ser excluída. [‡]Alguns pacientes com recidivas não preenchem esses critérios. [§]Cardiopatía congênita deve ser excluída.

Fonte: OMS 2004 ou Adaptado de WHO Technical Report Series 923, Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease, Geneva 2004 (2).



Exames sorológicos não têm valor para o diagnóstico do quadro agudo. Os mais utilizados são a ASLO e a antidesoxyribonuclease B (anti-DNase). A elevação dos títulos da ASLO se inicia no 7º dia após a infecção e atinge o pico entre a 4ª e a 6ª semana, mantendo-se elevada por meses até um ano após a infecção. Recomenda-se a realização de 2 dosagens de ASLO com intervalo de 15 dias (IB).

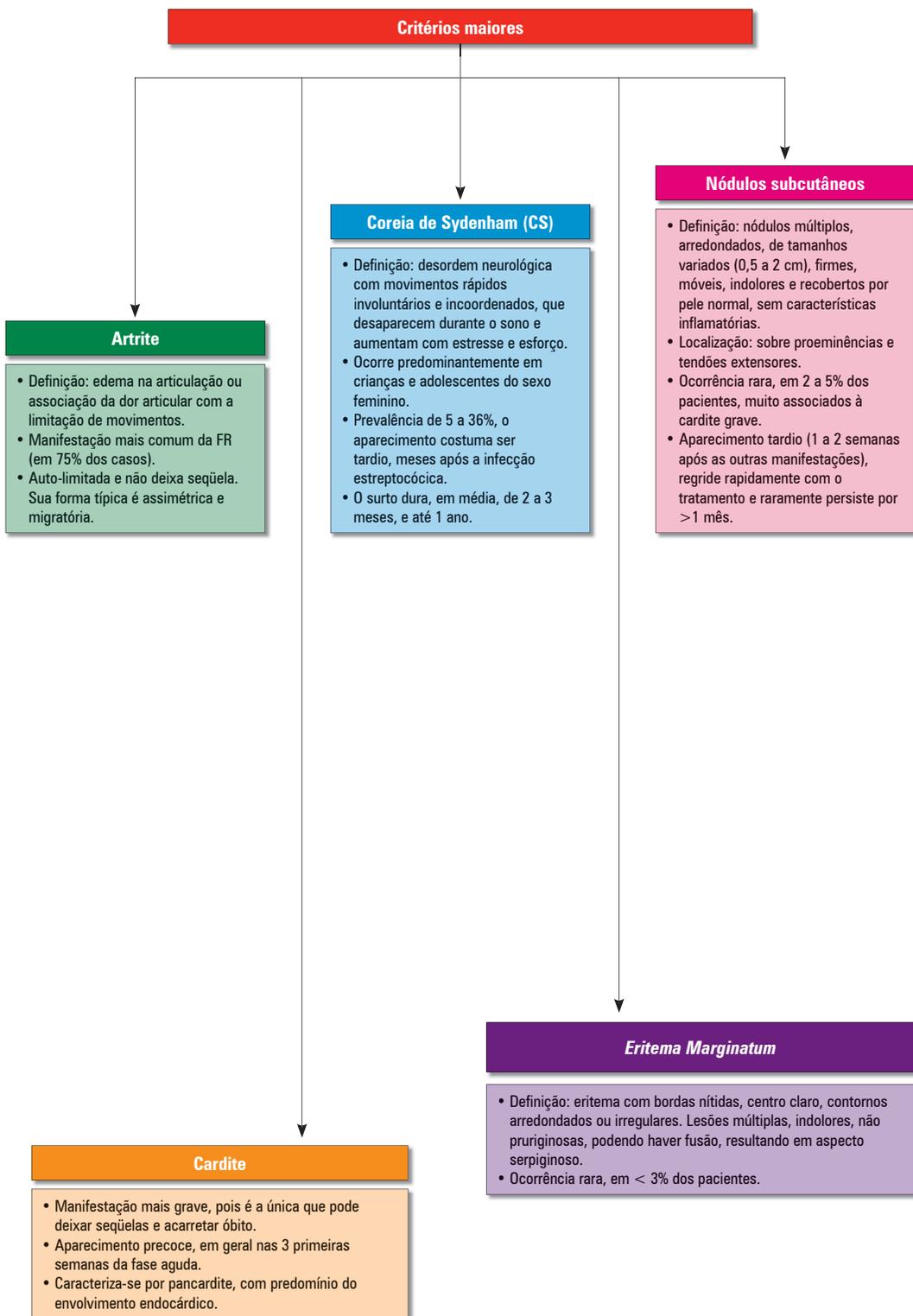
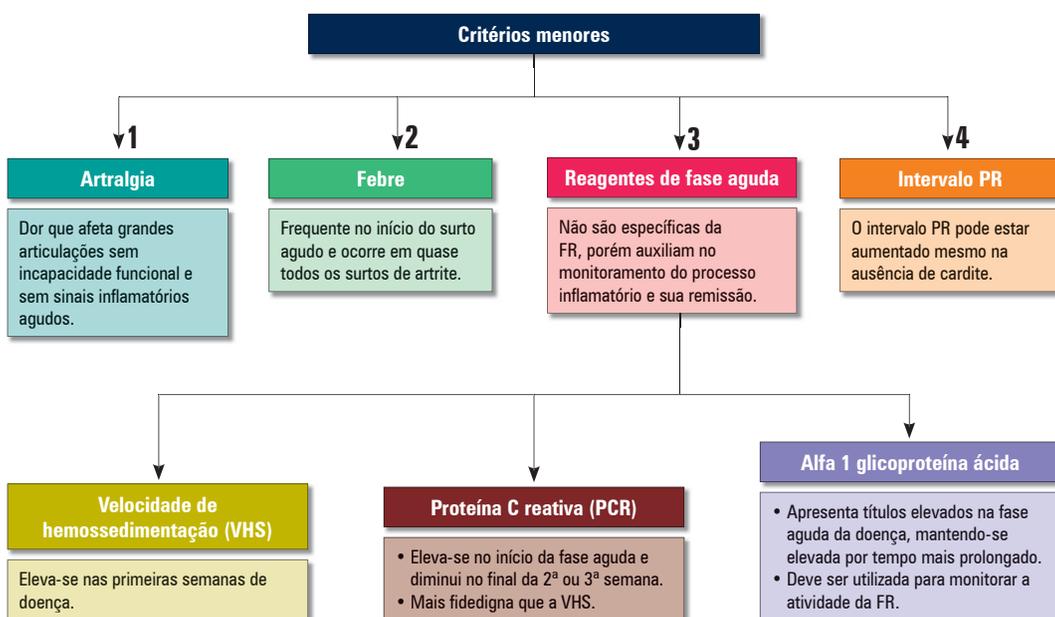


Tabela 3. Classificação da cardite.

Formas de cardite	Descrição
Cardite subclínica	Exame cardiovascular, Rx e ECG normais, (exceto intervalo PR), ecocardiograma com regurgitação mitral e/ou aórtica leves com características patológicas (Tabela 4)
Cardite leve	Taquicardia desproporcional à febre, abafamento da 1ª bulha, sopro sistólico mitral, área cardíaca normal, Rx e ECG normais (exceto intervalo PR), regurgitações leves ou leves a moderadas ao ecocardiograma, com ventrículo esquerdo de dimensões normais
Cardite moderada	Taquicardia persistente e sopro de regurgitação mitral mais intenso, sem frêmito, associado ou não ao sopro aórtico diastólico; sopro de Carey Coombs pode estar presente; sinais incipientes de insuficiência cardíaca (IC), aumento leve da área cardíaca e congestão pulmonar discreta. Extrassístoles, alterações de ST-T, baixa voltagem, prolongamento dos intervalos do PR e QTc podem estar presentes; ao ecocardiograma, a regurgitação mitral é leve a moderada, isolada ou associada à regurgitação aórtica de grau leve a moderado e com aumento das câmaras esquerdas em grau leve a moderado
Cardite grave	Sinais e sintomas de IC; arritmias, pericardite e sopros mais importantes de regurgitação mitral e/ou aórtica podem ocorrer; no Rx, identificam-se cardiomegalia e sinais de congestão pulmonar significativos; o ECG demonstra sobrecarga ventricular esquerda e, às vezes, direita; ao ecocardiograma, regurgitação mitral e/ou aórtica de grau moderado a importante, e as câmaras esquerdas mostram, no mínimo, aumento moderado



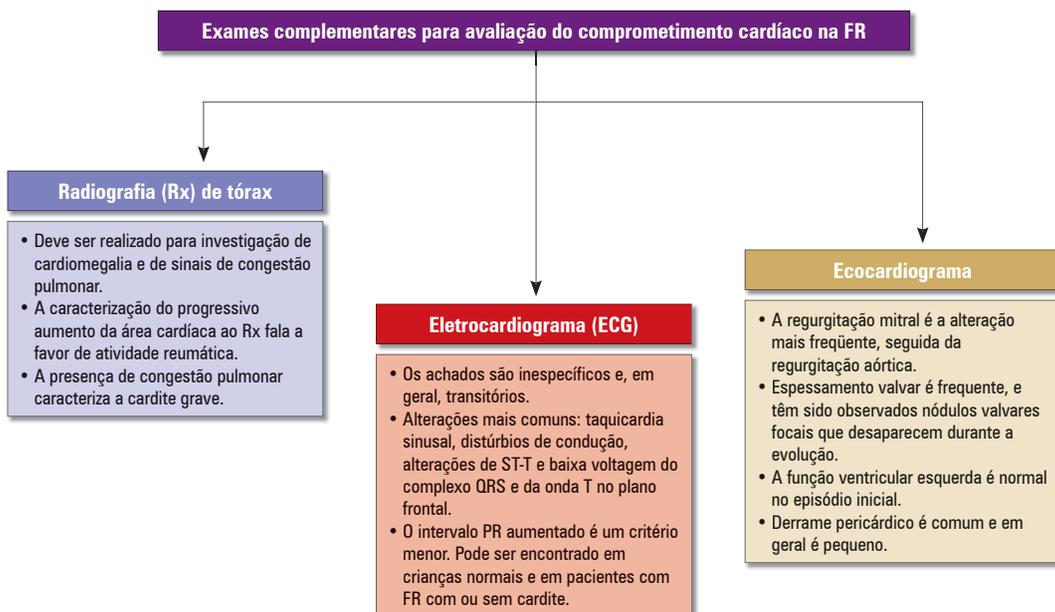


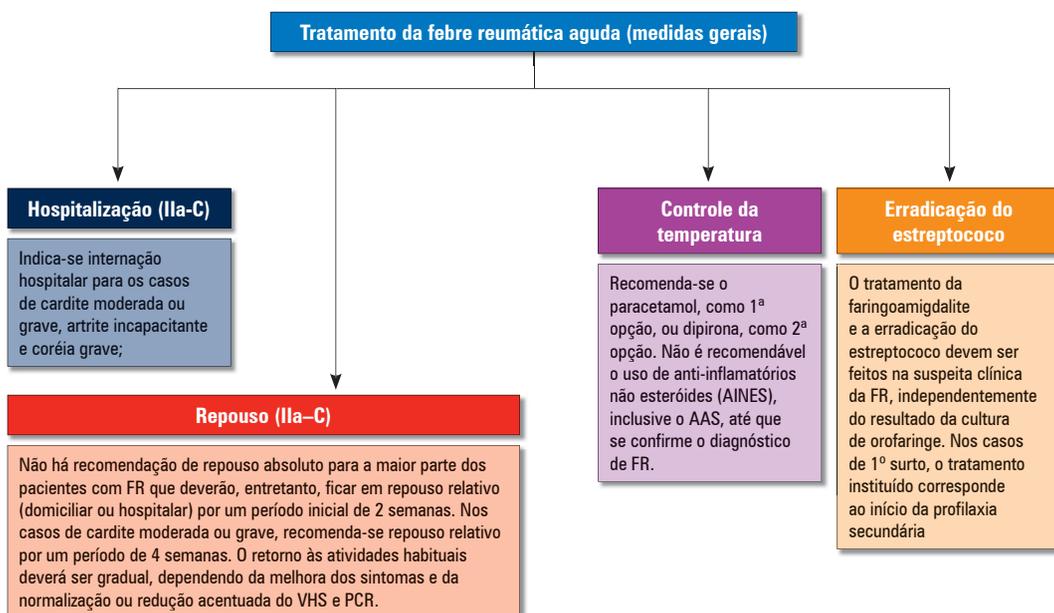
Tabela 4. Critérios ecocardiográficos para diagnóstico de valvite subclínica.

Tipo	Critérios*
Regurgitação mitral*	Jato regurgitante holossistólico para o átrio esquerdo com velocidade de pico > 2,5 mm/s e com extensão > 1 cm; padrão em mosaico e identificado no mínimo em 2 planos.
Regurgitação aórtica*	Jato regurgitante holodiastólico para o ventrículo esquerdo com velocidade de pico > 2,5 mm/s e identificado no mínimo em 2 planos.

Adaptado de Veasy LG (1995). *Espessamento dos folhetos valvares aumenta a especificidade dos achados.

Tabela 5. Diagnóstico diferencial das principais manifestações da febre reumática.

Artrite	Cardite	Coreia	Nódulos subcutâneos	Eritema marginado
Infeciosas virais Rubéola, caxumba, hepatite	Infeciosas virais Pericardites e perimiocardites	Infeciosas Encefalites virais	Doenças reumáticas Artrite idiopática juvenil, lúpus eritematoso sistêmico	Infeciosas Septicemias
Bacterianas Gonococos, meningococos, endocardite bacteriana	Doenças reumáticas Artrite idiopática juvenil, lúpus eritematoso sistêmico	Doenças reumáticas Lúpus eritematoso sistêmico	Outros nódulos subcutâneos benignos	Reações a drogas
Reativas Pós-entéricas ou pós infecções urinárias	Outros Sopro inocente, sopro anêmico, aorta bicuspidé, prolapso de valva mitral	Outros Síndrome anti-fosfolípide, coreia familiar benigna		Doenças reumáticas
Doenças hematológicas Anemia falciforme				Idiopático
Neoplasias Leucemia linfoblástica aguda				
Doenças reumáticas Lúpus eritematoso sistêmico, artrite idiopática juvenil, vasculites.				



Tratamento das complicações da febre reumática aguda

Tratamento da artrite

- Com o uso dos AINES observa-se o desaparecimento dos sintomas com 24 a 48 horas.
- O AAS se mantém como a 1ª opção. O naproxeno é uma boa alternativa ao AAS, com a mesma eficácia, maior facilidade posológica e melhor tolerância (I-A).
- As artrites reativas pós-estreptocócicas podem não apresentar boa resposta clínica ao tratamento com AAS e naproxeno. Nesses casos, está indicado o uso da indometacina.
- Os corticóides (CE) não estão indicados nos casos de artrite isolada.

Tratamento da cardite

- Controle da ICC com medidas higienodietéticas e farmacológicas.
- Controle do processo inflamatório com o uso de CE nos casos de cardite moderada e grave (I-B). Recomenda-se prednisona, 1 a 2 mg/Kg/dia, via oral, sendo a dose máxima de 80mg/dia. Dose plena por 2 a 3 semanas, com controle clínico e laboratorial (PCR e VHS), reduzindo-se 20 a 25% da dose a cada semana, com tempo total de tratamento de 12 semanas. Na cardite leve as recomendações são bastante controversas, podendo-se: a) não usar terapia anti-inflamatória; b) usar AAS ou c) usar CE em doses e duração menores.

Tratamento da coreia

- Repouso e permanência em ambiente calmo, evitando-se estímulos externos.
- O tratamento específico está indicado apenas nas formas graves da coreia, sendo que a hospitalização poderá ser necessária.
- Os fármacos mais utilizados no controle dos sintomas da coreia são: a) haloperidol 1 mg/dia em duas tomadas, aumentando 0,5 mg a cada três dias, até atingir a dose máxima de 5 mg ao dia; (I-B) b) ácido valproico 10 mg/kg/dia, aumentando 10 mg/kg a cada semana até dose máxima de 30 mg/kg/dia; (I-B) e c) carbamazepina 7-20 mg/kg/dia 66,67. (I-B).
- Alguns estudos mais recentes têm sugerido efeito benéfico do uso de CE no tratamento sintomático da coreia (IIb-B).

Cardite refratária

- A pulsoterapia com metilprednisolona EV (30mg/Kg/dia) em ciclos semanais intercalados pode ser utilizada em casos de cardite muito grave, refratária ao tratamento inicial com CE ou naqueles pacientes que necessitam de cirurgia cardíaca em caráter emergencial (I-C). Ainda pode ser usada em pacientes que não possam receber corticóide por via oral (IIb-B).
- Cirurgia cardíaca na FR aguda esta indicada na cardite refratária na presença de lesão valvar grave, principalmente da valva mitral com ruptura de cordas tendíneas ou com perfuração das cúspides valvares (I-C).

Monitorização da resposta terapêutica

- Observar o desaparecimento da febre e das principais manifestações clínicas. Atentar para a normalização das provas inflamatórias, PCR e/ou VHS que devem ser dosados a cada 15 dias.
- Nos pacientes com cardite, recomenda-se ecocardiograma, Rx de tórax e ECG após 4 semanas do início do quadro.

Profilaxia

Profilaxia primária

Baseia-se no reconhecimento e tratamento das infecções estreptocócicas.

Tabela 6. Recomendações para a profilaxia primária da febre reumática.

Medicamento/Opção	Esquema	Duração
Penicilina G Benzatina	Peso < 20 kg 600.000 UI IM Peso ≥ 20 kg 1.200.000 UI IM	Dose única
Penicilina V	25-50.000U /Kg/dia VO 8/8h ou 12/12h Adulto: 500.000U 8/8 h	10 dias
Amoxicilina	30-50 mg/Kg/dia VO 8/8h ou 12/12h Adulto: 500 mg 8/8h	10 dias
Ampicilina	100 mg/kg/dia VO 8/8h	10 dias
Em caso de alergia à penicilina		
Estearato de Eritromicina	40 mg/kg/dia VO 8/8h ou 12/12h Dose máxima: 1g/dia	10 dias
Clindamicina	15-25 mg/Kg/dia de 8/8h Dose máxima: 1800 mg/dia	10 dias
Azitromicina	20 mg/Kg/dia VO 1x/dia (80) Dose máxima: 500 mg/dia	3 dias

Profilaxia secundária

Após o diagnóstico de FR ser realizado, a profilaxia secundária deve ser prontamente instituída, permanecendo a penicilina benzatina como a droga de escolha (I-A).

Tabela 7. Recomendações para a profilaxia secundária.

Medicamento/Opção	Dose / Via de administração	Intervalo
Penicilina G Benzatina	Peso < 20 kg 600.000 UI IM Peso ≥ 20 kg 1.200.000 UI IM	21/21 dias
Penicilina V	250 mg VO	12/12h
Em caso de alergia à penicilina		
Sulfadiazina	Peso < 30Kg – 500 mg VO Peso ≥ 30Kg – 1g VO	1x ao dia
Em caso de alergia à penicilina e à sulfa		
Eritromicina	250 mg VO	12/12h

Duração da profilaxia

Tabela 8. Recomendações para a duração da profilaxia secundária.

Categoria	Duração	Nível de evidência
FR sem cardite prévia	Até 21 anos ou 5 anos após o último surto, valendo o que cobrir maior período	I-C
FR com cardite prévia; insuficiência mitral leve residual ou resolução da lesão valvar	Até 25 anos ou 10 anos após o último surto, valendo o que cobrir maior período	I-C
Lesão valvar residual moderada a severa	Até os 40 anos ou por toda a vida	I-C
Após cirurgia valvar	Por toda a vida	I-C

