

Etiologia: cepas reumatogênicas da bactéria *Estreptococo beta-hemolítico do grupo A (SGA): M1, M2, M5, M18 e M24*

Patogenia: devido ao mimetismo molecular (semelhança bioquímica) dos antígenos bacterianos com proteínas humanas, anticorpos dirigidos contra os antígenos dos estreptococos apresentam reação cruzada com antígenos do hospedeiro, desencadeando lesão auto-imune

Fisiopatologia: complicação tardia não supurativa após uma infecção faringoamigdaliana pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (SGA) que cursa com inflamação de vários órgãos, principalmente das articulações, coração, tecido subcutâneo e núcleos da base

Sintomas constitucionais:
- mal estar
- fadiga
- febre > 38 graus

Manifestações clínicas: iniciadas 2-4 semanas após episódio de faringite estreptocócica (início súbito, dor à deglutição, febre alta, eritema tonsilofaríngeo, exsudato amigdaliano, petéquias no palato e linfadenopatia cervical anterior)

Sinais e sintomas localizatórios

Artrite (75% dos pacientes): poliartrite migratória (persiste 1 a 3 dias em cada articulação) de grandes articulações (joelhos, tornozelos, punhos e cotovelos) que melhora significativamente com salicilatos

Cardite (50-60% dos pacientes): taquicardia, cardiomegalia, sintomas de insuficiência cardíaca aguda, derrame pericárdico e síndrome de insuficiência valvar mitral e/ou aórtico

Coreia de Sydenham (10-15 dos pacientes): pode se iniciar em até meses após primo-infecção estreptocócica e se apresenta como quadro insidioso de labilidade emocional, queda no rendimento, comportamentos obsessivo-compulsivos, incoordenação motora, movimentos de caretamento facial, exacerbados pelos estresse e bloqueados com o sono. Associa-se a movimentos breves, involuntários, bruscos, arritmicos, irregulares e desordenados que predominam, unilateralmente, na face e membros em sua porção distal.

Eritema marginatum (3% dos casos): lesões maculares, eritematosas, serpinginosas, com centro pálido e não pruriginosas, de localização principalmente em tronco e extremidades, poupando face

Nódulos subcutâneos (1-5% dos casos): nódulos firmes, indolores, de 0,5-2cm de diâmetro, localizados na superfície extensora das articulações

Exames complementares:
- ECG: bloqueio AV de 1º grau
- VHS: aumentado
- PCR: aumentado
- ASLO (anti-estreptolisina O): aumentada (em 80-85% dos casos)
- Anti-DNAse B: aumentada
- Anti-hialuronidase: aumentado
- Teste rápido do antígeno estreptocócico ou cultura de orofaringe positivos (em 10-20% dos casos)

Critérios menores:
- Artralgia
- Febre
- Elevação de reagentes de fase aguda
- ECG: prolongamento de intervalo PR

Critérios diagnósticos de Jones (2015): preenchimento de 2 critérios maiores ou 1 critério maior e 2 menores

Critérios maiores:
- Cardite
- Poliartrite migratória
- Eritema marginatum
- Nódulos subcutâneos
- Coreia de Sydenham

Cardiopatia reumática: geralmente ocorre 10-20 anos após a cardite reumática aguda e estabelece Valvopatias (

Complicação

Febre reumática

Epidemiologia:
- Incidência: 282 casos / 100.000 pessoas nos países em desenvolvimento
- Predominância: febre reumática aguda predomina na faixa etária de 5 aos 15 anos e a cardiopatia reumática (principal causa de Cardiopatia adquirida em adultos) se estabelece já na a de 25-40 anos

Tratamento: resposta terapêutica avaliada pelo desaparecimento de febre e normalização das provas inflamatórias

Erradicação do agente causador com Antibioticoterapia na situação de Faringoamigdalite estreptocócica (prevenir primeiro surto de FR): opções terapêuticas
- Penicilina G Benzatina 600.000 UI, IM, DU em crianças com peso < 27kg ou 1.200.000 UI em crianças com peso > 27kg
- Amoxicilina 50mg/kg/dia, VO, 8/8hr, durante 10 dias
- Eritromicina 40mg/kg/dia, VO, 6/6hr, durante 10 dias

Anti-inflamatórios na situação de Poliartrite e Cardite leve (sem cardiomegalia e sem insuficiência cardíaca aguda): Aspirina 100mg/kg/dia, VO, 6/6hr, por 3-5 dias seguido de 75mg/kg/dia durante 4 semanas

Tratamento da Cardite grave (com cardiomegalia e sinais de insuficiência cardíaca aguda): Prednisona 2mg/kg/dia, VO, 6/6hr, por 2-3 semanas, seguida pela redução progressiva de 5mg a cada 3 dias e Aspirina 75mg/kg/dia, VO, 6/6hr, iniciada no momento da redução da dose de Prednisona e mantida por 6 semanas, associado a tratamento para IC (diuréticos, restrição de água, etc)

Tratamento da Coreia: opções
- Fenobarbital 3mg/kg/dia, VO, 6/6hr
- Haloperidol 0,01-0,03mg/kg/dia, VO, 12/12hr
- Clorpromazina 0,5mg/kg/dia, VO, 6/6hr

Prevenção secundária (evitar recorrência de novos surtos de FR):
- Penicilina G Benzatina 600.000 UI, IM, DU em crianças com peso < 27kg ou 1.200.000 UI em crianças com peso > 27kg a cada 3-4 semanas
- Penicilina V 250mg, VO, 12/12hr, todos os dias
- Eritromicina 250mg, VO, 12/12hr, todos os dias

Seguimento com Rx, ECG e ECO após 4 semanas para avaliar possibilidade de doença valvar residual

Duração:
- FR sem cardite: até 5 anos após o último episódio ou até 21 anos
- FR com cardite e sem doença valvar residual: até 10 anos após o último episódio ou até 25 anos
- FR com cardite e com doença valvar residual: até 40 anos ou por toda vida
- FR com cardite e cirurgia para troca valvar: por toda vida