

Febre Reumática – Anos 90

MANUELA LIMA

Serviço de Cardiologia Pediátrica – Hospital de Santa Marta

Resumo

Depois de um período de grande redução do número de casos de febre reumática (FR) na década de 80 no sul do país, começa a observar-se um recrudescimento da doença.

Atribuímos tal facto, sobretudo, ao não cumprimento das normas estabelecidas desde há muito para a prevenção primária e secundária da FR. Recordamos os esquemas de terapêutica de orofaringite/amigdalite por estreptococos e de prevenção secundária da FR.

Terminamos com uma chamada de atenção para alguns aspectos particulares da orientação terapêutica e/ou profilática.

Palavras-Chave: cardite reumática; faringoamigdalite estreptocócica; febre reumática; prevenção

Summary

A clear decline in the incidence of rheumatic fever (RF) and rheumatic heart disease has been observed in the south of Portugal, between 1980 and 1989. However, since 1990, the disease has reappeared. We think that the main cause for this is the lack of appropriate practice of therapeutic measures for primary and secondary prevention of RF.

Again, we remember here the recommendations about preventive measures.

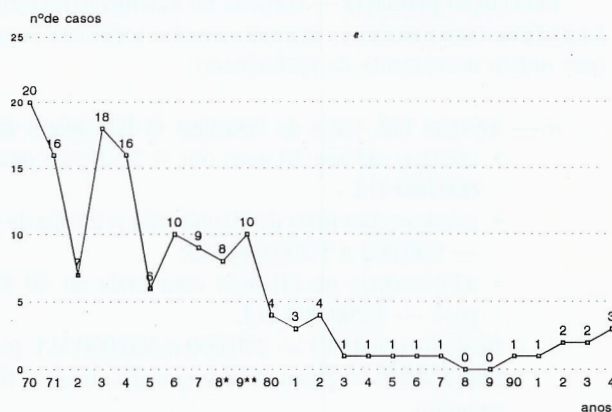
Some special details about treatment and prevention are emphasized.

Key-words: prevention; rheumatic carditis; rheumatic fever; streptococcal pharyngotonsillitis

A evolução da febre reumática (FR) no que respeita a incidência, epidemiologia, morbidade e mortalidade tem sido caracterizada nos chamados países civilizados, por três períodos: na fase inicial (pré-antibióticos), grande difusão da doença e das suas complicações ⁽¹⁾; na fase seguinte (após a elaboração dos critérios de diagnóstico por T.D. Jones ⁽²⁾ e a descoberta da Penicilina), redução drástica até à quase erradicação da doença ^(3,4); na terceira e última fase (décadas de 80 e 90), recrudescimento da F.R. ⁽⁵⁾. A mesma evolução por fases ocorreu no nosso país. Admitem-se vários factores para explicar este recrudescimento: por um lado, modificação da agressividade do estreptococo e/ou do terreno imunitário da população e por outro lado, afrouxamento das medidas preventivas e terapêuticas ⁽⁵⁾.

Entre 1969 e 1973, eram observadas anualmente, em média, no Hospital de Santa Marta, cerca de quinze casos de cardite reumática (CR) ^(6,7). Após a divulgação das medidas adequadas pela equipa de Cardiologia Pediátrica chefiada pela Prof. Doutora Fernanda Sampayo, assistiu-se a uma redução progressiva do número de casos, até que nos anos de 1988 e 1989 não foi registado nenhum internamento por cardite reumática ⁽⁸⁾ (Fig. 1). No entanto, a partir de 1990, a FR volta a causar vítimas: uma

criança em 1990, outra em 1991, duas em 1992, duas em 1993 e já três crianças no primeiro trimestre de 1994, necessitaram de internamento no Hospital de Santa Marta por CR ⁽⁹⁾ (Fig. 1).



* até 09/78; ** desde 09/78; 1994 = Janeiro/Março

FIG. 1 – Representação gráfica do número de crianças internadas no Serviço de Cardio-logia Pediátrica no Hospital de Santa Marta, por cardite reumática em cada ano, desde 1970.

Está anotado o número de casos registados só nos primeiros 3 meses de 1994.

Todas estas crianças constituíram novos casos de CR observados pela primeira vez no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta.

Em todos estes casos observados a partir de 1990 foi possível determinar, pela elaboração da história clínica, a ocorrência de falhas no tratamento dos surtos de faringite/amigdalite sofridos por estas crianças.

As incorrecções encontradas no tratamento da infecção aguda orofaríngea eram devidas a causas variadas: não cumprimento correcto por parte dos doentes, da prescrição médica adequada; ausência de recurso ao médico e administração sómente de terapêutica sintomática; interrupção do tratamento com antibiótico oral por iniciativa dos pais, em presença de sintomas de intolerância gástrica.

Uma vez que se verificaram sempre falhas na terapêutica da faringite / amigdalite aguda, parece-nos incongruente tentar explicar o recrudescimento da FR entre nós, por factores tão difíceis de demonstrar como são os ligados à constituição antigénica do estreptococo ou a alterações do sistema imunitário humano.

Tal como afirmavam Luísa Silveira e cols. em 1992⁽¹⁰⁾ consideramos que «...o diagnóstico precoce e tratamento adequado de todas as infecções estreptocócicas continua a constituir a atitude mais indicada...».

Além disso, nos trabalhos aparecidos a seguir ao ressurgimento da FR nos Estados Unidos da América, os autores admitem como uma das causas prováveis, o facto de os médicos de gerações mais jovens não terem tido, durante a sua formação, oportunidade de observar qualquer caso de FR^(2, 11). Isto pode explicar o «esquecimento» involuntário das consequências nefastas de não se tratar devidamente a infecção aguda estreptocócica da orofaringe⁽¹¹⁾.

Admitimos que o mesmo se passe no nosso meio⁽⁷⁾, mais propriamente no sul do país — área seguida pelo Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta.

Passemos, pois, a recordar a prevenção primária e a secundária da febre reumática.

Prevenção primária — consiste no tratamento da faringite / amigdalite estreptocócica, segundo um dos seguintes esquemas (por ordem decrescente de preferência):

- a — injeção I.M. única de Penicilina G Benzatínica **isolada**
 - crianças até aos 10 anos (ou \leq 25 Kg de peso) — 600.000 U.I.
 - crianças com mais de 10 anos (ou $>$ 25 Kg de peso) — 900.000 a 1.200.000 U.I.
 - adolescentes ou crianças com mais de 40 Kg de peso — 1.200.000 U.I.
- b — Penicilina oral (V) — 250.000 a 500.000 U.I. (consoante a idade e o peso), 4 vezes por dia, durante 10 dias seguidos.
- c — no caso de história de alergia à Penicilina ou de terreno fortemente alérgico: Eritromicina oral — 250 mg 4 vezes por dia, durante 10 dias seguidos.

As sulfamidas estão absolutamente contraindicadas na prevenção primária.

Prevenção secundária — consiste na prevenção das recidivas de FR, efectuando terapêutica contínua com um dos seguintes esquemas (por ordem decrescente de preferência):

- a — Penicilina G Benzatínica isolada — uma injeção I.M. de 1.200.000 U.I. de 4 em 4 semanas (ou de 3 em 3 semanas, quando surjam recidivas com aquela posologia).
- b — Penicilina oral (V) — 200.000 a 250.000 U.I., duas vezes por dia.
- c — Sulfadiazina oral — 0,5 gr. por dia (crianças \leq 25 Kg de peso);
1 gr. por dia (crianças $>$ 25 Kg de peso)
- d — Eritromicina oral — 250 mg duas vezes por dia em casos de alergia comprovada à Penicilina e/ou às sulfamidas.

Duração da prevenção secundária — mínimo de 5 anos; em casos de cardite, deve ser **por toda a vida**.

Queremos, por fim, salientar a importância de alguns aspectos no que respeita à orientação terapêutica.

Exsudado oro-faríngeo

Nem sempre é possível ter a confirmação laboratorial da presença do estreptococo β -hemolítico tipo A de Lancefield na orofaringe: por falta de bacteriologista perto do local onde reside o doente, por más condições sócio-económicas do agregado familiar, etc.. Na impossibilidade de obter confirmação bacteriológica, é preferível tratar a infecção da orofaringe como sendo causada por estreptococo.

Terapêutica oral

Quanto ao tratamento oral da faringite/amigdalite aguda estreptocócica, preferimos o esquema recomendado pela OMS⁽¹²⁾ que preconiza 4 tomas diárias de Penicilina oral.

O papel esclarecedor do pediatra junto do doente e seus familiares é fundamental⁽¹³⁾. É sabido que a administração oral de um medicamento quatro vezes por dia durante 10 dias, está muito mais sujeita a falhas de disciplina do que a de uma injeção única I.M. de Penicilina. Portanto, se for a via oral a escolhida, há que mentalizar e esclarecer o doente e respectiva família, da necessidade absoluta de seguir com rigidez o horário das tomas do antibiótico.

Dosagem e concentrações de Penicilina no mercado

As doses de Penicilina G Benzatínica indicadas para a terapêutica da faringite/amigdalite pelo nosso grupo de trabalho nas décadas de 60/70 estão inteiramente correctas.

Temos, porém, deixado de recomendar a dose de 900.000 U.I. na medida em que só existem à venda no mercado, actualmente, concentrações de 600.000, 1.200.000 e 2.400.000 U.I. de Penicilina G Benzatínica. Na prática, é preferível recomendar 600.000 U.I. ou 1.200.000 U.I., conforme as crianças tenham um peso igual ou inferior a 25 Kg. ou pesem mais de 25 Kg, respectivamente.

Prevenção secundária

O tratamento com Penicilina G Benzatínica depois do primeiro surto de cardite reumática seguido da injeção I.M. do mesmo antibiótico regularmente administrado de 4 em 4 semanas (isto é, de 28 em 28 dias) por toda a vida, permite em muitos casos^(7, 11), a cura da insuficiência da válvula mitral. Também aqui, o papel do pediatra é essencial, no sentido de conseguir obter uma adesão perfeita da criança e sua família a uma prevenção contínua, sem falha de doses.

Alergia à Penicilina

Durante quase 3 décadas de actividade do Serviço de Cardiologia Pediátrica no Hospital de Santa Marta, não foi reconhecido nenhum caso de alergia comprovada à Penicilina. Além do mais, as poucas crianças que nos surgiram com referência de «test de alergia positivo à Penicilina», tinham afinal sido submetidas à injeção sub-cutânea ou intradérmica de uma pequena quantidade de Penicilina injectável I.M.!

Nos casos, porém, em que exista uma história bem definida de terreno alérgico, não recorremos à Penicilina injectável e optamos por um dos outros esquemas terapêuticos⁽¹¹⁾.

Conclusão

Verificamos em 1994 que, tal como afirmámos em 1989⁽⁷⁾,... «muitos dos médicos das gerações mais jovens não viram ainda um doente com febre reumática. Mas no seu espírito clínico deve permanecer a importância que esta doença ainda tem em Portugal... a preocupação em diagnosticar e tratar correctamente a amigdalite estreptocócica... e de encorajar junto das famílias, o cumprimento da profilaxia secundária de modo a que a maioria das crianças com cardiopatia tenham oportunidade de... curarem a lesão valvular».

BIBLIOGRAFIA

1. Thomas C B and France R. A preliminary report of the prophylactic use of sulfanilamide in patients susceptible to rheumatic fever. Bull. Hopkins Hosp., 1939, cit. por Moss A and Adams F-Heart Disease in Infants, Children and Adolescents, 1968; pg. 64-67 Baltimore Ed. Williams & Wilkins Co.
2. Denny F. W. T. Duckett Jones and rheumatic fever in 1986. *Circulation* 1987; 76 (5): 963-70
3. Kaplan E L. Acute rheumatic fever. *Ped Clin N Am* 1978; 25 (4): 817-29
4. Gordis L. The virtual disappearance of rheumatic fever in the United States: lessons in the rise and fall of disease. *Circulation* 1985; 72 (6): 1155-62
5. Kaplan E L. Global assessment of rheumatic fever and rheumatic heart disease at the close of the century. Influences and dynamics of populations and pathogens: a failure to realize prevention? *Circulation* 1993; 88(4): 1964-72
6. Sampayo F, Lima M, Kaku S, Veiga C e Mata Antunes A. Cardiopatia reumática em idades pediátricas. Estudo epidemiológico, acção preventiva e avaliação a longo prazo. *J Med.* 1980; 103: 49-54
7. Macedo A, Primo M, Kaku S, Lima M e Sampayo F. Cardiopatia reumática na criança. Estudo comparativo em dois períodos sucessivos de nove anos. *Acta Med Port* 1989; 3: 127-31
8. Kaku S. Febre reumática. Textos de Apoio para o I Curso Pós-Graduado de Cardiologia Pediátrica (H. Sta. Maria). 1993 — Dezembro
9. Lima M. Febre reumática de novo. *Notícias Med.* 1994; 2.200: 2
10. Silveira LH, Mimoso G, Castela E e Gonçalves O. Febre reumática: um diagnóstico ainda actual. *Rev Port Pediatr* 1992; 23: 105-8
11. Bland E F. Rheumatic fever: the way it was. *Circulation* 1987; 76(6): 1190-5
12. WHO Technical Report Series, N.º 764, 1988 (Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO study group).
13. Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the young, the American Heart Association. Prevention of rheumatic fever. *Circulation* 1988; 78: 1082-6

Correspondência: Manuela Lima
Serviço de Cardiologia Pediátrica
Hospital de Santa Maria
1000 Lisboa