

# recomendações

## Atualização de Condutas em Pediatria

nº **59**

Departamentos Científicos SPSP - gestão 2010-2013  
Dezembro 2011



Departamento de Saúde  
Mental/Grupo de Trabalho  
Alcool na Gravidez

**O espectro dos  
distúrbios fetais  
alcoólicos**

Departamento de Reumatologia

**Febre reumática**

Núcleo de Estudos  
da Violência

***Bullying*  
começa em  
casa**



**Sociedade de Pediatria de São Paulo**

Alameda Santos, 211, 5º andar  
01419-000 São Paulo, SP  
(11) 3284-9809

# Febre reumática

### Autoras:

Gecilmar Cristina S. Pileggi,  
Lucia Maria Campos  
e Maria Teresa Terreri

### DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGIA

Gestão 2010-2013

### Presidente:

Maria Teresa Terreri

### Vice-presidente:

Lucia Maria M. de Arruda  
Campos

### Secretários:

Eunice Mitiko Okuda, Roberto  
Marini

### Membros:

Adriana Almeida de Jesus,  
Adriana Maluf E. Sallum, Ana  
Paola N. Lotito, Bernadete de  
Lourdes Liphauts, Cássia M.  
Passarelli L. Barbosa, Claudia  
G. Schainberg, Claudia Saad  
Magalhães, Claudio Arnaldo Len,  
Clóvis Artur Almeida da Silva,  
Daniela Gerent Petry Plotto,  
Gleice Clemente de Souza Silva,  
Gecilmar Cristina S. Pileggi,  
Juliana de Oliveira Sato, Luciana  
Martins de Carvalho, Luciana  
Tudech S. Pedro Paulo, Marcos  
V. Ronchezel, Maria Carolina  
dos Santos, Maria Helena B.  
Kiss, Maria Odete E. Hilário,  
Marilda Trevisan Aidar, Melissa  
Mariti Fraga, Nadia Emi Aikawa,  
Octávio Augusto Bedin Peracchi,  
Patrícia Corte Faustino, Paulo  
Roberto S. Romanelli, Rosa Maria  
R. Pereira, Silvana B. Sacchetti,  
Sonia Maria Savaya Hirscheimer,  
Tania Caroline Monteiro de  
Csatro, Virgínia Paes L. Ferriani,  
Vanessa Monteiro Bugni, Wanda  
Alves de Bastos.

A Febre Reumática (FR) é uma complicação não supurativa decorrente da infecção de orofaringe pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBHA). Ela ainda é considerada a principal causa de cardiopatia adquirida da infância em países em desenvolvimento.

Aproximadamente 30% das amigdalites são subclínicas, o que dificulta seu diagnóstico e tratamento adequados, propiciando o aparecimento da FR. Estima-se que a incidência de FR, após uma faringoamigdalite estreptocócica não tratada, varie entre 1 e 5%.

Em 2009, foram publicadas as Diretrizes Brasileiras para o diagnóstico, tratamento e prevenção da FR. O diagnóstico do surto inicial da FR baseia-se nos critérios de Jones modificados em 1992, segundo os quais a presença de dois critérios maiores - ou um critério maior e dois menores-, associados à evidência de infecção pelo EBHA,

confere alta probabilidade diagnóstica. À época do início dos sintomas da FR, duas a três semanas após a infecção aguda pelo EBHA, apenas 20-30% das culturas de orofaringe são positivas. Assim, a evidência da infecção estreptocócica baseia-se, muitas vezes, em testes sorológicos [dosagem da antiestreptolisina O (ASLO) que é considerada positiva quando os títulos são maiores do que 320UI]. Nos casos limítrofes, recomenda-se a repetição do teste após 15 dias, quando se espera a duplicação do título, no caso de infecção recente. A taxa de falso negativo do teste é de cerca de 20%.

Exceção aos critérios de Jones faz-se nos casos de coréia de Sydenham isolada ou de cardite indolente, pois, dado seu aparecimento habitualmente tardio, dispensam a presença de outros critérios ou mesmo da evidência de infecção estreptocócica anterior para o diagnóstico, desde que outros diagnósticos diferenciais tenham sido excluídos.

A artrite, presente em 75% dos casos, afeta classicamente grandes articulações de membros inferiores, de forma assimétrica, migratória, com duração de 3 a 5 dias em cada articulação e duração total do surto entre 3 e 4 semanas. A artrite é intensamente dolorosa, mas responde bem à terapia anti-inflamatória (AINH). Formas atípicas acontecem em cerca de 20-50% dos casos. A artralgia só pode ser considerada como critério menor na ausência de artrite.

A cardite (40-70%) pode afetar os 3 folhetos. A lesão mais característica é a insuficiência mitral, seguida pela aórtica, caracterizadas clinicamente pela ausculta de sopro cardíaco, aumento de área cardíaca ou sinais de insuficiência cardíaca. Ao ecocardiograma com *doppler*, as regurgitações patológicas devem ser diferenciadas da regurgitação fisiológica. As estenoses são manifestações observadas mais tardiamente. A cardite subclínica é definida pela ausência de sinais clínicos, mas a presença de alterações ecocardiográficas. O tratamento consiste no uso de prednisona oral ou endovenosa nos casos agu-

dos e graves, com redução gradual da dose até sua suspensão em um período de três meses. O alargamento do intervalo PR ao eletrocardiograma é considerado como critério menor, estando presente em pacientes com ou sem cardite.

A coréia de Sydenham é de aparecimento tardio e ocorre em 5-30% dos casos, com movimentos involuntários difusos ou localizados, que cessam durante o sono e se exacerbam com o estresse, podendo vir associados à labilidade emocional, fraqueza muscular, tiques e transtorno obsessivo compulsivo. Quando necessário, os sintomas podem ser controlados com o uso de haloperidol, ácido valproico, carbamazepina ou corticosteroides.

A profilaxia primária (Quadro1) consiste no tratamento das infecções estreptocócicas agudas, com a finalidade de se evitar o aparecimento do surto inicial da FR. A penicilina benzatina intramuscular é a droga de escolha. No caso de tratamento oral, pode-se optar por penicilina V, amoxicilina, ampicilina e cefalosporinas de primeira geração, sempre

por 10 dias para a erradicação do agente. No caso de pacientes alérgicos à penicilina, recomenda-se o uso de eritromicina, clindamicina, claritromicina também por 10 dias de tratamento ou azitromicina.

A profilaxia secundária (Quadro 2) deve ser instituída tão logo se confirme

o diagnóstico de FR, tendo a finalidade de prevenir recorrências do quadro. A penicilina benzatina é considerada como a primeira opção terapêutica, dado seu baixo custo, pouca incidência de eventos adversos e inexistência de cepas de EBHA resistentes. O risco de anafilaxia é de 0,01%, recomendando-

### Quadro 1 – Recomendações para a profilaxia primária da febre reumática

Fármaco/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	25-50.000 U/Kg/dia VO 8/8h ou 12/12h Adulto – 500.000 U VO 8/8h	10 dias
Amoxicilina	30-50 mg/Kg/dia VO 8/8h ou 12/12h Adulto – 500 mg VO 8/8h	10 dias
Ampicilina	100 mg/kg/dia VO 8/8h	10 dias
<b>Em caso de alergia à penicilina:</b>		
Estearato de eritromicina Clindamicina	40 mg/kg/dia VO 8/8h ou 12/12h Dose máxima – 1 g/dia	10 dias
Azitromicina	15-25 mg/Kg/dia de 8/8h Dose máxima – 1.800 mg/dia	10 dias
	20 mg/Kg/dia VO 1x/dia (80)	5 dias Dose máxima – 500 mg/dia

se aguardar no serviço de saúde por 30 minutos após a aplicação. A dose recomendada é de 600.000UI em crianças menores que 20kg e 1.200.000UI nos maiores de 20kg, a cada 21 dias. No caso de pacientes alérgicos podem ser utilizadas sulfadiazina (500mg dose única diária em menores de 30kg e um grama nos maiores de 30kg) ou eritromicina (250mg de 12/12hs, diariamente).

A duração da profilaxia depende da idade, do intervalo do último surto e do acometimento cardíaco. Pacientes sem comprome-

timento cardíaco devem receber a profilaxia até 21 anos ou 5 anos após o último surto (o que for mais longo). Pacientes com história de cardite prévia, com resolução da lesão valvar ou insuficiência mitral residual leve podem suspender a profilaxia aos 25 anos ou 10 anos após o último surto. No caso de lesões residuais moderadas ou graves, os pacientes devem manter a profilaxia até os 40 anos ou por toda a vida. Nos casos em que for necessária cirurgia corretiva, a profilaxia não deve ser suspensa.

### Quadro 2 – Recomendações para a profilaxia secundária da febre reumática

Fármaco/Opção	Esquema	Duração
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
<b>Em caso de alergia à penicilina:</b> Sulfadiazina	Peso < 30 Kg – 500 mg VO Peso ≥ 30 Kg – 1 g VO	1x ao dia
<b>Em caso de alergia à penicilina e à sulfá:</b> Eritromicina	250 mg VO	12/12h

#### Referências bibliográficas

Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, Gewitz M, Rowley AH, Shulman ST, et al. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute Streptococcal pharyngitis: a scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research; endorsed by the American Academy of Pediatrics. *Circulation* 2009; 119(11):1541-51.

Barbosa PJB, Müller RE, Latado AL, Achutti AC, Ramos AIO, Weksler C, et al. Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática da Sociedade Brasileira de Cardiologia, da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Reumatologia. *Arq Bras Cardiol* 2009;93(3 supl.4):1-18.