



PROGRESSÃO DA CARDITE REUMÁTICA CRÔNICA: RELATO DE CASO

Maria Thereza Soares de Mattos¹, Flávio Cunha de Faria², Talita de Freitas Souza³, Vinícius Pedro Almeida Valentim⁴

¹Acadêmica de Medicina, Centro Universitário Faculdade de Ciências Gerenciais UNIFACIG, mariathereza78@gmail.com

²Acadêmico de Medicina, Centro Universitário Faculdade de Ciências Gerenciais UNIFACIG, flaviocunhafaria@hotmail.com

³Acadêmico de Medicina, Centro Universitário Faculdade de Ciências Gerenciais UNIFACIG, talitadefreitassouza@gmail.com

⁴Médico especializado em Cardiologia Intervencionista e Hemodinâmica pela Santa Casa de Belo Horizonte, valentim.vpa@gmail.com

Resumo: Febre reumática é uma doença autoimune consequente da infecção das vias aéreas superiores por *Streptococcus beta-hemolíticos* do grupo A. Afeta ambos os sexos e está associada às baixas condições socioeconômicas. Aproximadamente, 233.000 pessoas morrem por ano devido às complicações desta doença. Este estudo apresenta um relato de caso de uma paciente adulta jovem com estenose mitral devido à febre reumática. Uma das principais complicações da estenose mitral é a Fibrilação atrial, que predispõem a fenômenos tromboembólicos. O tratamento inicial da cardite reumática consiste em suprimir o processo inflamatório e erradicar as faringoamigdalites. É necessário que o paciente seja conscientizado sobre a importância do tratamento para evitar recidivas da febre reumática.

Palavras-chave: Febre Reumática; Estenose Mitral; Fibrilação Atrial.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A febre reumática é uma doença autoimune consequente da infecção das vias aéreas superiores por *Streptococcus beta-hemolíticos* do grupo A (PEREIRA *et al.*, 2017). Indivíduos geneticamente predispostos à febre reumática desenvolvem uma resposta imune cruzada que compromete os tecidos das articulações, do coração, da pele e do sistema nervoso central, devido ao mimetismo molecular existente entre a bactéria e tais tecidos (PEREIRA *et al.*, 2017).

Essa patologia está associada às baixas condições socioeconômicas e afeta ambos os sexos, mas o prognóstico desfavorável predomina em mulheres. Crianças e adultos jovens constituem a principal faixa etária de incidência da febre reumática (COSTA *et al.*, 2009).

Aproximadamente, 233.000 pessoas morrem por ano devido às complicações da febre reumática (PEIXOTO *et al.*, 2011). Destaca-se a cardiopatia reumática crônica, visto que é a principal causa de morte por doença cardíaca em menores de 40 anos (KISS, 2016). Além disso, essa complicação é responsável por 90% das cirurgias cardíacas em crianças e 30% em adultos (AMICIS *et al.*, 2012).

A cardite reumática caracteriza-se, comumente, pelo comprometimento do endocárdio, entretanto todos os folhetos cardíacos podem ser afetados – pancardite reumática (COSTA *et al.*, 2009). Os quadros agudos são definidos por insuficiência valvar, enquanto os crônicos consistem em estenose ou dupla disfunção. A valva frequentemente acometida é a mitral, seguida pela aórtica e tricúspide (BARBOSA *et al.*, 2009). Segundo Peixoto *et al.* (2011), 70% dos quadros de cardite reumática apresentam acometimento apenas da valva mitral e os episódios sucessivos de cardite aguda são o fator responsável pela estenose ou dupla disfunção valvar.

O tratamento para a cardite consiste no uso de glicocorticoides. Além disso, é necessário realizar o tratamento profilático, por meio do uso de penicilina G benzatina, visto que existe cerca de 20% a 50% de chance de recidiva após novo contato com o estreptococo (BARBOSA *et al.*, 2009). A baixa adesão ao tratamento profilático é a principal causa de recorrência e complicações da febre reumática (KISS, 2016).

Este trabalho objetiva relatar o caso de uma paciente com estenose mitral consequente à febre reumática, que apresentou piora progressiva da cardite reumática e complicação tromboembólica após abandono da profilaxia secundária.

2 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se da apresentação de um relato de caso, desenvolvido durante o acompanhamento de um paciente internado no hospital de médio porte, de um município da Zona da Mata mineira. A discussão dos achados clínicos no caso se baseou em uma revisão sistemática da literatura.

O estudo é uma pesquisa de abordagem qualitativa e explicativa, proporcionando um melhor esclarecimento sobre o assunto abordado. Para estruturação e discussão desse artigo foram utilizados como base literária trabalhos acadêmicos pesquisados nos sites: *Google Acadêmico*, *PubMed*, *Scielo*, *LILACS*, *MedLine*, em língua portuguesa e inglesa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado à paciente, que por meio da assinatura do mesmo, autorizou a exposição dos dados do caso clínico.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

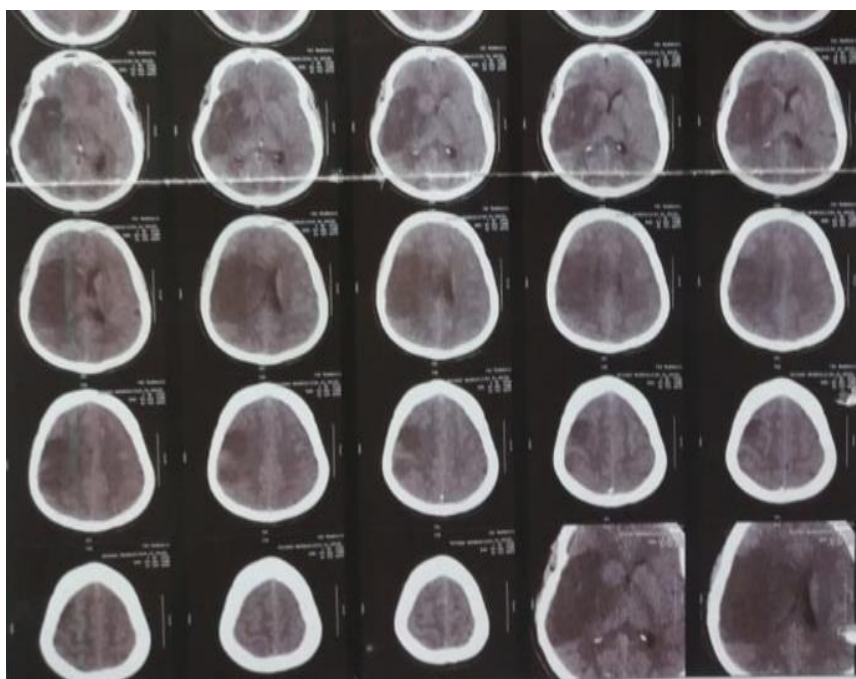
3.1 RELATO DE CASO

D. H. R. 30 anos, sexo feminino, caucasiana, lavradora, moradora da zona rural, em união estável há 10 anos e mãe de dois filhos (um de 7 anos, outro de 1 ano e 4 meses), com histórico de estenose mitral consequente à febre reumática devido a sucessivas faringoamigdalites.

Aos 13 anos recebeu diagnóstico de cardiopatia reumática crônica e aos 16 anos realizou valvoplastia por cateter balão. Informa, ainda, tratamento profilático com penicilina G (benzetacil) dos 13 anos até 23 anos, interrompendo-o quando descobriu a primeira gravidez.

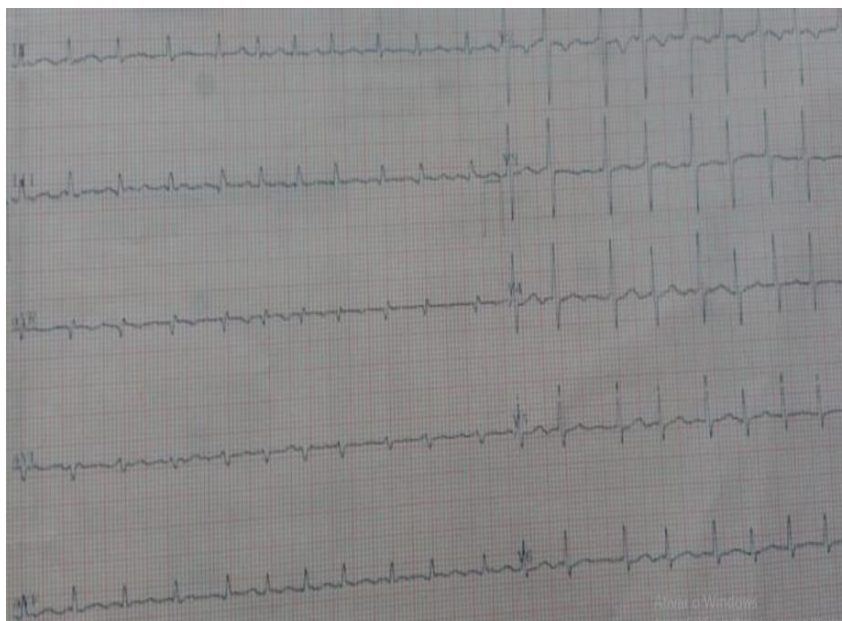
Há três meses a paciente foi internada com sintomatologia de AVC. A tomografia cerebral evidenciou isquemia em território de artéria cerebral média direita (Figura 01). Neste mesmo período, diagnosticou-se fibrilação atrial (FA) confirmada pelo eletrocardiograma (Figura 02). Para prevenção de novos episódios de AVC, a paciente foi medicada com AAS e marevan.

Figura 01 - Tomografia encefálica apresenta isquemia em área de artéria cerebral média direita.



Fonte: Dados do prontuário da paciente, maio de 2018.

Figura 02: Eletrocardiograma: ausência de ondas P, taquicardia, ritmo cardíaco irregular, QRS estreito, o que indica fibrilação atrial.



Fonte: Dados do prontuário da paciente, maio de 2018.

O ecocardiograma realizado há 30 dias evidenciou aumento expressivo do átrio esquerdo, leve depressão da função sistólica do ventrículo esquerdo, dupla lesão mitral e valva aórtica com folhetos levemente espessados, mas sem restrição à abertura valvar.

A nova internação da paciente ocorreu devido a descompensação da insuficiência cardíaca, com melhora após a otimização do tratamento clínico.

3.2 DESENVOLVIMENTO

Os principais sintomas da estenose mitral são a dispneia aos esforços e, para os quadros avançados, a ortopneia (TARASOUTCHI *et al.*, 2017). Tais sintomas podem ser acompanhados por palpitações, disfonia, hemoptise, disfagia, fácies mitralis, fenômenos tromboembólicos e insuficiência cardíaca direita (TARASOUTCHI *et al.*, 2017). A ausculta é marcada por ruflar distólico, hiperfonese de B1 e estalido de abertura (TARASOUTCHI *et al.*, 2017).

A obstrução ao fluxo sanguíneo do átrio esquerdo para o ventrículo esquerdo devido à estenose mitral causa sobrecarga pressórica e volumétrica do átrio esquerdo (AMATO; MOFFA, 2016). A sobrecarga pressórica é transmitida ao leito venocapilar pulmonar, o que promove ingurgitamento venoso e extravasamento capilar de líquido para o pulmão, tem-se, portanto, a síndrome congestiva (AMATO; MOFFA, 2016).

Essa síndrome é responsável pela dispneia aos esforços e ortopneia (PEREIRA *et al.*, 2017). Durante o esforço físico há um aumento súbito da pressão atrial esquerda e venocapilar pulmonar, consequentemente ocorre piora aguda da congestão (PEREIRA *et al.*, 2017). Assim, a congestão pulmonar é a justificativa para o quadro de dispneia aos esforços, fadiga e ortopneia apresentado pela paciente em estudo.

A tosse com hemoptise deve-se ao ingurgitamento e hipertensão das veias e capilares pulmonares que levam à ruptura desses vasos (KISS, 2016). Tal sintoma foi agravado pelo RNI: 8,73, apresentado pela paciente e esclarece a leve anemia encontrada.

A sobrecarga pressórica atrial esquerda leva, ainda, à dilatação dessa câmara cardíaca o que predispõe à fibrilação atrial (FA), uma das principais complicações da estenose mitral (AMATO; MOFFA, 2016). Em relação à paciente desse estudo, a dilatação atrial esquerda foi confirmada pelo ecocardiograma e pela radiografia (Figura 03). A FA confirmou-se por meio do eletrocardiograma.

Figura 03: Raio x de tórax na posição lateral: identifica alterações no tamanho do átrio esquerdo.



Fonte: Dados do prontuário da paciente, maio de 2018.

A fibrilação atrial é a principal causa cardiogênica de AVE isquêmico devido à estase sanguínea no átrio esquerdo dilatado e sem contração (GAGLIARDI; GAGLIARDI, 2014). De acordo com Gagliardi, Gagliardi (2014), essa arritmia aumenta em 5 a 8 vezes a chance de AVE e a medicação mais utilizada é a varfarina. A FA apresentada pela paciente em estudo explica o AVC isquêmico em área de artéria cerebral média direita e a varfarina esclarece o RNI: 8,73. O ritmo cardíaco irregular e o ruflar diastólico encontrados durante o exame físico da paciente em questão deve-se, respectivamente, à FA e à estenose mitral (KISS, 2016).

As alterações endócrinas durante a gestação provocam o aumento da frequência e do débito cardíaco (MANGIONE; MAIOR, 2005). O aumento desses fatores associado ao quadro de estenose mitral eleva ainda mais a pressão atrial esquerda e venocapilar pulmonar, o que pode evoluir para edema agudo de pulmão (MANGIONE; MAIOR, 2005). A estenose mitral consequente à febre reumática corresponde a aproximadamente metade das cardiopatias gestacionais e está relacionada ao retardo do crescimento fetal, à prematuridade, ao baixo peso ao nascimento e morte materna não obstétrica (AVILA *et al.*, 2006). Portanto, a paciente em questão apresentou gravidez de alto risco.

O diagnóstico da febre reumática é clínico laboratorial e baseia-se nos critérios de Jones (BARBOSA *et al.*, 2009). Radiografia de tórax, eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma e cateterismo cardíaco constituem os principais exames complementares que auxiliam o diagnóstico (BARBOSA *et al.*, 2009). Devido à cardite e sucessivas faringoamigdalites, a paciente em estudo foi diagnosticada com febre reumática.

A radiografia de tórax é marcada principalmente pelo aumento do átrio esquerdo. As alterações pulmonares radiológicas são perceptíveis nos quadros avançados (AMATO; MOFFA, 2016). No raio-X apresentado pela paciente em questão, é notório a dilatação atrial esquerda (Figura 03).

O eletrocardiograma é essencial para determinar se há ou não fibrilação atrial. O ECG referente à essa arritmia é caracterizado pela ausência de onda P, taquicardia, ritmo cardíaco irregular e QRS estreito (MATEOS *et al.*, 2016, p. 391). O eletrocardiograma da paciente em estudo evidenciou todas as alterações correspondentes à FA.

O ecocardiograma analisa o diâmetro e a função das câmaras cardíacas, bem como o aspecto e a função das valvas, além do fluxo sanguíneo pelo coração (AMATO; MOFFA, 2016). As alterações que se destacam no ecocardiograma referente à paciente desse estudo foram a expressiva dilatação atrial esquerda e a dupla lesão mitral.

A valvoplastia mitral percutânea é uma técnica de dilatação por balão efetiva para correção da estenose mitral (CARDOSO *et al.*, 2009). Pode ser utilizada mesmo para os pacientes com elevado risco cirúrgico, por ser um procedimento pouco agressivo (CARDOSO *et al.*, 2009). A idade e as condições anatômicas são os maiores preditores sobre o efetivo benefício da valvoplastia mitral percutânea (CARDOSO *et al.*, 2009). Esse procedimento foi utilizado na paciente do relato, indicado por seu grau de estenose e sua idade jovem.

Segundo Cardoso *et al.* (2009), a reestenose está presente em 23,3% dos pacientes, em um tempo médio de 62 meses após o procedimento, e para tal, apresenta como fatores atividade

reumática subclínica, e/ou uma válvula deformada recebendo pressão de um fluxo turbulento, refletindo no espessamento e calcificação da valva. A reestenose da paciente corrobora para as informações da literatura, ou seja, manteve atividade reumática.

No Brasil, a prevalência de febre reumática em jovens encontra-se por volta dos 5%, principalmente na faixa etária entre 5 e 15 anos, o que alerta para o grave impacto na saúde pública do país (JUSTO; SILVA, 2014). 75% desses pacientes que evoluem com valvopatia crônica, por recidivas da febre reumática, apresentam fibrilação atrial (JUSTO; SILVA, 2014). A fibrilação atrial, presente em jovens, apresenta grave consequência ao organismo devido os eventos tromboembólicos, que na sua grande maioria provocam acidente vascular cerebral, com alta prevalência de sequelas e morbidade (MASSARO; LIP, 2016).

O tratamento da febre reumática consiste em profilaxias primária e secundária (TARASOUTCHI *et al.*, 2017). A primeira visa erradicar o estreptococo beta-hemolítico do grupo A da orofaringe dos pacientes com febre reumática (TARASOUTCHI *et al.*, 2017). Já a profilaxia secundária previne reinfecções estreptocócicas e, portanto, impede a recorrência da febre reumática (TARASOUTCHI *et al.*, 2017). Em ambos os tratamentos o antibiótico de escolha é a penicilina benzatina (KISS, 2016).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda que o tratamento profilático para os pacientes com cardite seja feito por 5 anos após o último episódio de febre reumática ou até os 21 anos, prevalecendo o período maior (PEIXOTO *et al.*, 2011). Já os que apresentam lesão valvar devem realizar a profilaxia secundária até os 25 anos ou por 10 anos após o último surto, enquanto aqueles que realizaram procedimentos cirúrgicos valvares devem realizar o tratamento profilático por toda vida (BARBOSA, 2009).

No Brasil, a febre reumática é um problema de saúde pública visto que é a principal causa de cardiopatia em adultos jovens e corresponde a aproximadamente 40% das cirurgias cardíacas (PEIXOTO *et al.*, 2011). Cerca de 6 milhões de amigdalites estreptocócicas ocorrem no Brasil por ano, dessas 18.000 a 180.000 evoluem para febre reumática (BERTOLETTI, 2004). Portanto, a profilaxia secundária é fundamental para evitar que os pacientes evoluam para cardite reumática crônica (BERTOLETTI, 2004). Assim, cabe aos médicos explicar aos seus pacientes a importância da adesão ao tratamento profilático visto que permitirá o aumento da expectativa de vida (BERTOLETTI, 2004).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil, por ser um país com grande número de casos de febre reumática, necessita de maior atenção da gestão em saúde e dos médicos para reduzir as sequelas da cardite reumática, por meio do diagnóstico e tratamento precoce.

De acordo com o relato, pode-se perceber que é a cardite reumática é uma patologia de evolução crônica que apresenta graves complicações para vida do indivíduo. É necessário que o paciente seja sensibilizado sobre a importância do tratamento correto para evitar recidivas da febre reumática, refletindo assim, em uma melhoria da sua qualidade de vida.

6 REFERÊNCIAS

- AMATTO, M.; MOFFA, P. J. **Cardiopatas valvares**. In: Lopes AC. Tratado de clínica médica. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. P. 436-54.
- AMICIS, K. M.; SANTOS, N. M.; GUILHERME, L. Febre Reumática – patogênese e vacina. **Rev Med**. v. 91, n. 4, p. 253-60, out./dez. 2012.
- AVILA, W. S.; *et al.* Estudo da reatividade vascular induzida pelo estresse mental na gravidez de mulheres portadoras de estenose mitral. **Arq Bras Cardiol**. v. 87, n. 2, p. 128-36, ago. 2006.
- BARBOSA, P. J. B.; *et al.* Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática. **Arq Bras Cardiol**. v. 93, sup.4, p. 1-18, 2009.
- BERTOLETTI, J. C. Profilaxia da febre reumática: quando e como fazer. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**. v. 1, n. 1, mar./abr. 2004.

CARDOSO, L. F.; AYRES, C. V.; BENTO, A. M.; TARASOUTCHI, F.; VIEIRA, M. L.; GRINBERG, M. Resultados imediatos e tardios da valvoplastia mitral percutânea em pacientes com estenose mitral. **Arq Bras Cardiol.** v. 94, n. 3, p. 406-13, mar. 20103.

COSTA, L. P.; DOMICIANO, D. S.; PEREIRA, R. S. R. Características demográficas, clínicas, laboratoriais e radiológicas da febre reumática no Brasil: revisão sistemática. **Rev Bras Reumat.** out. 2009: 49(5): 617-22.

GAGLIARDI, R. J.; GAGLIARDI, V. D. B. Fibrilação atrial e acidente vascular cerebral. **Rev. Neuro.** v. 22, n. 1, p. 144-8, fev. 2014.

JUSTO, F. A.; SILVA, A. F. G. Aspectos Epidemiológicos da Fibrilação Atrial. **Rev. São Paulo.** v. 93, n. 1, p. 1-13, jan./mar. 2014.

KISS, M. H. **Febre reumática.** In: LOPES, A. C. Tratado de clínica médica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. v. 1, p. 1100-5.

MASSARO, A.R.; LIP, G. Y. H. Prevenção do Acidente Vascular Cerebral na Fibrilação Atrial: Foco na América Latina. **Arq. Bras. Cardiol.** v.107, n. 6, p. 576-89, dez. 2016.

MATEOS, J. C. P.; *et al.* **Fibrilação atrial.** In: Lopes AC. Tratado de clínica médica. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. P. 391-6.

PEIXOTO A.; *et al.* Febre reumática: revisão sistemática. **Rev Soc Bras Clin Med.** v. 9, n.3, p. 234-8, 2011.

PEREIRA, B. A. F.; BELO, A. R.; SILVA, N. A. Rheumatic fever: update on the Jones criteria according to the American Heart Association review - 2015. **Rev Bras Reumat.** v. 57, n. 4, n. 364-8, 2017.

TARASOUTICHI F.; *et al.* Atualização das Diretrizes Brasileiras de Valvopatias: Abordagem das Lesões Anatomicamente Importantes. **Arq Bras Cardiol.** v. 109, n.6, supl. 2, p. 1-34, 2017.