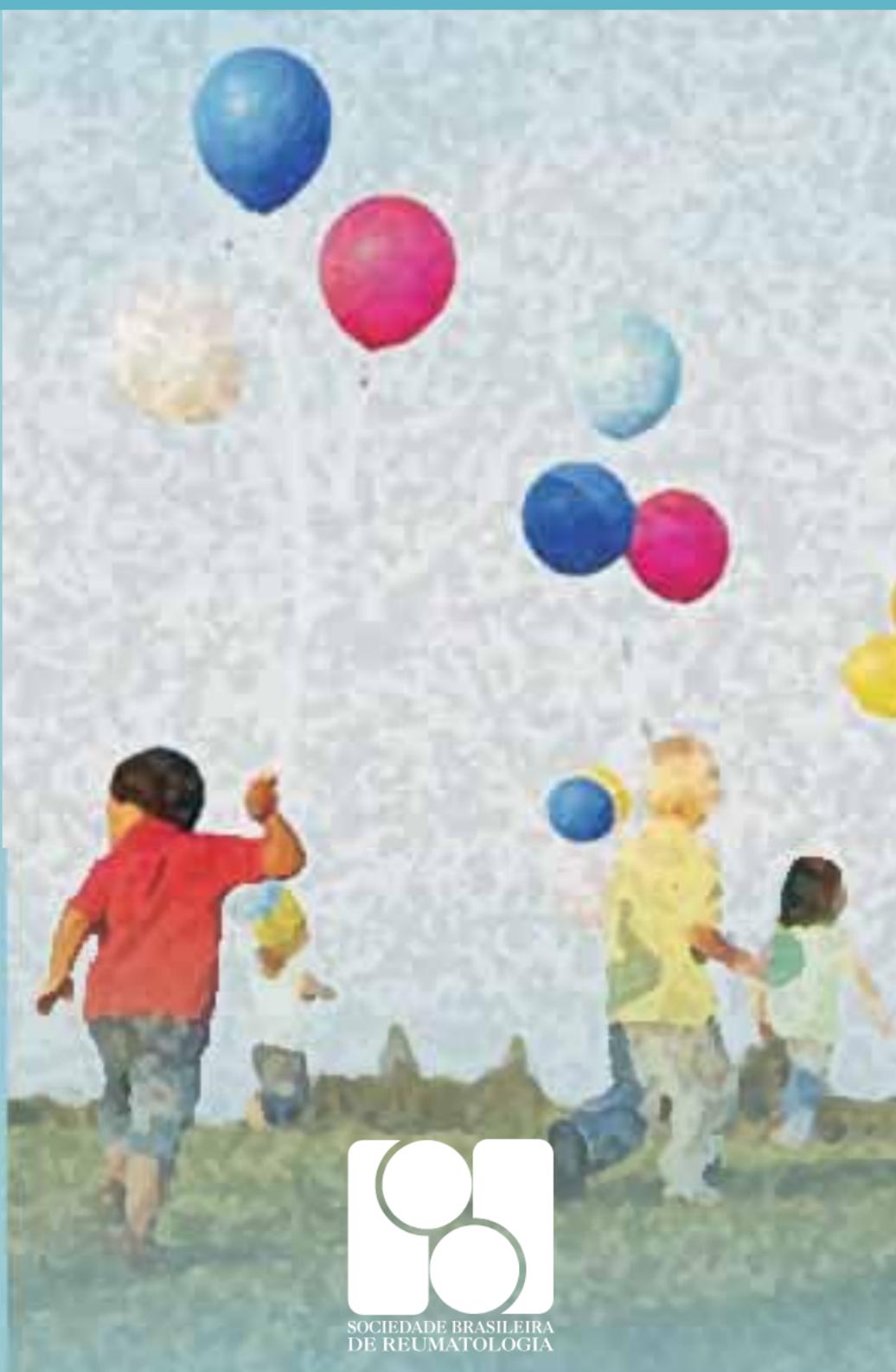


Febre Reumática



SOCIEDADE BRASILEIRA
DE REUMATOLOGIA

CRIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO:

CREDITO IMAGEM DA CAPA:

<http://www.guildford.gov.uk/play>

EDITORACÃO:

Rian Narcizo Mariano

PRODUÇÃO:

www.letracapital.com.br



Copyright©SBR- , 2011

O conteúdo desta cartilha pode ser reproduzido desde que citada a fonte.

Febre Reumática

Cartilha para pacientes



Índice

O que é a Febre Reumática?	4
O que causa a Febre Reumática?	4
Qualquer criança que tem infecção de garganta pode apresentar Febre Reumática?	4
É possível saber quem tem essa predisposição?	5
Quais são as manifestações da Febre Reumática?	5
A criança com Febre Reumática sempre tem febre?	6
Como se faz o diagnóstico da Febre Reumática? ..	7
A ASLO dá o diagnóstico de Febre Reumática?	7
Como se trata a Febre Reumática?	8
Por quanto tempo a criança terá que tomar a penicilina?	9
Quais as complicações que a criança pode apresentar se tomar a penicilina por muito tempo?	9
E quanto à alergia à penicilina?	10
Qual o problema se a criança tiver mais de um surto de Febre Reumática?	11
A retirada das amídalas pode melhorar a Febre Reumática ou impedir que criança tenha outros surto?	11
Não existe uma vacina para evitar estas infecções ou a Febre Reumática?	11

1. O que é a Febre Reumática?

A Febre Reumática é uma doença inflamatória que pode comprometer as articulações, o coração, o cérebro e a pele de crianças de 5 a 15 anos.

2. O que causa a Febre Reumática?

A Febre Reumática é uma reação a uma infecção de garganta por uma bactéria conhecida como estreptococo. Essa infecção de garganta é caracterizada clinicamente por febre, dor de garganta, caroços no pescoço (gânglios aumentados) e vermelhidão intensa, pontos vermelhos ou placas de pus na garganta. A criança, geralmente maior de 3 anos de idade, poderá apresentar a infecção de garganta como qualquer outra criança e, geralmente, uma a duas semanas depois começa a apresentar as queixas da Febre Reumática.

3. Qualquer criança que tem infecção de garganta pode apresentar Febre Reumática?

Não. Somente aquelas com predisposição para apresentar a doença. Inúmeras crianças apresentam frequentes infecções de garganta,

especialmente nos primeiros anos de vida, porém isto não é suficiente para predispor-las a apresentar a Febre Reumática. A predisposição necessária para apresentar a doença é herdada dos pais e já nasce com a criança.

4. É possível saber quem tem essa predisposição?

Ainda não. Têm sido feitas pesquisas, tanto aqui no Brasil como em outros países, para sabermos qual o marcador da doença e acreditamos que em pouco tempo teremos resultados animadores.

5. Quais são as manifestações da Febre Reumática?

A manifestação mais frequente é a artrite que se caracteriza por dor intensa, que dificulta o caminhar, e por inchaço e calor discretos. As articulações mais acometidas são os joelhos e tornozelos. É comum a dor e as outras alterações passarem de uma articulação para outra, permanecendo de dois a três dias em cada uma. A simples presença de dor em uma ou mais articulações ou nas pernas, e sem as outras alterações (inchaço e calor), não é um sinal da doença. A segunda manifestação da Febre Reumática é o comprometimento do coração (cardite) caracterizado por inflamação

nas três camadas (na membrana que o reveste, no músculo e no tecido que recobre as válvulas). Clinicamente nós identificamos esse comprometimento pelo sopro cardíaco, pelo aumento da frequência dos batimentos do coração e pelas queixas de cansaço e batedeira aos esforços. Este é o comprometimento mais importante porque pode deixar sequelas e limitar a vida do paciente. A terceira manifestação é a coréia, que se caracteriza por fraqueza nos braços e nas pernas, por sensibilidade emocional (a criança torna-se mais irritada e chora) e por movimentos dos braços e das pernas que pioram quando a criança fica tensa e desaparecem durante o sono. É importante saber que esta manifestação da febre reumática pode vir isoladamente (sem a artrite e/ou cardite) e meses após o quadro da infecção de garganta.

6. A criança com Febre Reumática sempre tem febre?

Não. Embora o nome seja sugestivo, nem todas as crianças apresentam febre como manifestação da doença. Ela aparece com maior frequência durante a infecção de garganta e não necessariamente quando ela começa a apresentar as manifestações da Febre Reumática.

7. Como se faz o diagnóstico da Febre Reumática?

Com base nas queixas que a criança vem apresentando nos últimos dias, ou seja, da presença de dor e inchaço nas articulações, do sopro cardíaco e/ou da coréia associada às alterações nos exames de sangue que podem comprovar a presença de inflamação: velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR) e alfa2-glicoproteína. A presença de infecção de garganta antes do início das alterações articulares ou cardíacas é muito importante para o raciocínio do médico que poderá comprová-la por meio da dosagem da antiestreptolisina O (ASLO).

8. A ASLO dá o diagnóstico de Febre Reumática?

Não. Ela é um anticorpo que o nosso organismo produz para combater o estreptococo durante ou logo após uma infecção de garganta. Portanto, ela serve apenas para dizer se a criança teve infecção por esta bactéria. Na ausência das manifestações típicas da Febre Reumática, a ASLO não tem nenhum valor para o diagnóstico desta doença. Oitenta por cento das crianças com infecção de garganta pelo estreptococo apresentam elevação da ASLO, porém somente 3% delas poderão apresentar Febre Reumática. É importante ressaltar que a presença de dor

nas pernas e ASLO elevada não significam febre reumática.

9. Como se trata a Febre Reumática?

O primeiro passo logo que se suspeita desta doença é tratar a infecção de garganta mesmo que ela tenha acontecido duas ou três semanas antes e isto deve ser feito com a penicilina benzatina em uma única aplicação na dose de 600.000 unidades para crianças com menos de 20 kg e 1.200.000 unidades para aquelas com 20 kg ou mais. O segundo passo é tratar a artrite com anti-inflamatório não hormonal como o ácido acetil salicílico (AAS) na dose de 80 a 100 mg/kg/dia por quatro a seis semanas. Para o tratamento do comprometimento do coração, utiliza-se o corticóide na dose de 1 a 2 mg/kg/dia por seis a oito semanas. E, para o tratamento da coréia, o haloperidol ou o ácido valpróico até os movimentos cessarem. Embora estas etapas sejam muito importantes no tratamento da criança com Febre Reumática, a medida que poderá fazer a diferença na evolução do paciente é o que chamamos de profilaxia secundária, ou seja, a administração da penicilina benzatina nas doses acima referidas a cada três semanas (21 dias) para evitar que a criança tenha novos surtos da doença. Outro aspecto importante no tratamento das crianças com Febre Reumática é o repouso que deverá ser individualizado para cada paciente. Logo que se faz o diagnóstico desta doença, orienta-se a família para manter a criança em

casa (fora da escola) em repouso relativo (evitar brincadeiras na rua ou no playground) por pelo menos 15 dias para podermos avaliar a intensidade das manifestações. Se a criança apresentar cardite importante, deverá fazer repouso no leito por pelo menos duas a três semanas até podermos avaliar a melhora clínica e dos exames laboratoriais. Se não houver o comprometimento do coração, ela poderá retornar à escola após os 15 dias, porém ainda evitar as brincadeiras de rua. A dispensa da educação física deverá durar de dois a três meses.

10. Por quanto tempo a criança terá que tomar a penicilina?

Se durante o surto a criança não apresentou comprometimento do coração, deverá ser até os 21 anos ou por no mínimo cinco anos caso seja um adolescente; entretanto, se a criança apresentou cardite, poderá ter que fazê-lo até os 25 anos ou por toda a vida, dependendo da gravidade do quadro.

11. Quais as complicações que a criança pode apresentar se tomar a penicilina por muito tempo?

O maior inconveniente desta medicação é a dor no local da aplicação. Não há qualquer

efeito indesejável para o crescimento, para o esmalte dos dentes ou mesmo para os ossos da criança com o uso da penicilina por vários anos. Também não se tem observado resistência da bactéria (estreptococo) com o uso prolongado desta medicação.

12. E quanto à alergia à penicilina?

Felizmente a alergia à penicilina é muito rara, em torno de 1,5% a 3% em todas as idades. Na criança com menos de 12 anos, as reações graves, como o choque anafilático, são mais raras ainda, estando na faixa de 0,7%. Portanto o medo que muitas famílias têm em utilizar esta medicação é infundado. Há alguns anos, era comum os farmacêuticos fazerem um teste nas crianças para avaliarem se eram alérgicas ou não à penicilina. Em muitos casos o diagnóstico de alergia era feito por causa de uma reação vermelha que aparecia no local do teste. Este procedimento foi proibido porque era realizado de maneira errada. Os farmacêuticos utilizavam a própria penicilina que não é adequada para a realização do teste e, além disso, por ser irritante para a pele ela pode ocasionar a vermelhidão sem que isso signifique alergia. Desse modo, muitas crianças deixaram de beneficiar-se deste tratamento por um diagnóstico errado de alergia à penicilina.

13. Qual o problema se a criança tiver mais de um surto de Febre Reumática?

O risco de ela apresentar o comprometimento do coração vai aumentando na medida em que outros surtos vão aparecendo, assim como um importante agravamento deste comprometimento, podendo ser necessária cirurgia para troca da valva cardíaca. Ou seja, a cada surto novo de Febre Reumática o coração irá piorar.

14. A retirada das amídalas pode melhorar a Febre Reumática ou impedir que criança tenha outros surtos?

Não. Isto porque a criança poderá continuar tendo infecções pela mesma bactéria nas paredes da garganta mesmo na ausência das amídalas.

15. Não existe uma vacina para evitar estas infecções ou a Febre Reumática?

Ainda não, mas acreditamos que muito em breve isto será possível graças ao esforço de grupos de pesquisa, inclusive do Brasil, que continuam trabalhando com este objetivo.



Atenção:
uma simples dor de garganta pode comprometer
o futuro do seu filho.

