

Insuficiência cardíaca aguda secundária a cardite reumática grave e endocardite infecciosa em paciente pediátrico: relato de caso

Acute heart failure secondary to severe rheumatic carditis and infectious endocarditis in a pediatric patient: case report

Pedro Lukas do Rêgo Aquino, Camile Torres Andriani, Guilherme de Souza Silva, Lucas Eduardo Emídio Sarmiento¹, Dário Celestino Sobral Filho

Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil.

Resumo

A febre reumática afeta especialmente crianças e adultos jovens, e a sua mais temível manifestação é a cardite, a qual, em reservados casos, pode propiciar endocardite infecciosa, com o acometimento agudo do endocárdio valvar e promovendo uma maior morbimortalidade. Descrevemos nesse artigo, um caso de cardite reumática grave e endocardite infecciosa evoluindo com insuficiência cardíaca aguda em paciente pediátrico. Terapias específicas foram introduzidas e o paciente apresentou melhora significativa do quadro clínico.

Palavras-chave: Cardite, Febre Reumática, Endocardite, Pediatria

Abstract

Rheumatic fever especially affects children and young adults and the most fearful manifestation is carditis, which in reserved cases can lead to infectious endocarditis, with acute involvement of the valvular endocardium and promoting greater morbidity and mortality. We describe in this article a case of severe rheumatic carditis and infectious endocarditis with acute heart failure in a pediatric patient. Specific therapies were introduced and the patient presented significant improvement of the clinical disease.

Keywords: Carditis, Rheumatic Fever, Endocarditis, Pediatrics

Introdução

A cardite é a mais grave das manifestações da febre reumática (FR) e pode ser classificada em leve, moderada ou grave¹. O principal sintoma da cardite grave é a insuficiência cardíaca. A cardite reumática pode propiciar a endocardite infecciosa (EI) que acomete, sobretudo, o endocárdio valvar e apresenta alta taxa de morbimortalidade. As manifestações clínicas são inespecíficas e resultam da presença de vegetações compostas por plaquetas, fibrina e microrganismos presentes, principalmente, em valva mitral e aórtica^{1,2}. A endocardite pode gerar complicações como eventos embólicos pela vegetação, abscesso valvar e insuficiência cardíaca¹.

Neste relato, descrevemos um caso de cardite reumática grave associada a endocardite infecciosa subaguda evoluindo com perfuração valvar e insuficiência cardíaca (IC) em paciente pediátrico.

Relato de Caso

Criança, 14 anos, sexo masculino, natural e procedente de Macaparana-PE, nascido de parto normal sem intercorrências. Paciente apresentava história de dispnéia há dois meses, associada à ortopnéia, desconforto abdominal, edema de membros inferiores e artralgia migratória, dando entrada no serviço já com diagnóstico de febre reumática. Ao exame físico apresentava supro

diastólico final aórtico e sopro sistólico final mitral. Exames laboratoriais mostraram teste de anti-estreptolisina O (ASLO) positivo, discreta leucocitose (12.200/mm³), anemia (Bb: 11 g/dl), TGO elevado (539 g/dl) e TGP elevado (709 g/dl) no primeiro dia de internamento. Eletrocardiograma revelou taquicardia sinusal, aumento do intervalo PR e sobrecargas ventriculares. Foi realizado ecocardiograma transtorácico que evidenciou fração de ejeção (FE) de 47%, presença de imagem de vegetação em válvula aórtica, insuficiência mitral e aórtica importante e ambas com refluxo importante sugerindo perfuração, hipertrofia excêntrica de ventrículo esquerdo importante, aumento do volume do átrio esquerdo e hipertensão arterial pulmonar moderada. A ultrassonografia de abdome total revelou hepatomegalia. Foi visualizado derrame pleural bilateral volumoso à direita e discreto à esquerda pela tomografia de abdome e infiltrado de padrão alveolar na radiografia de tórax, sugerindo pneumonia. Iniciou-se, então, tratamento para a pneumonia com ceftazidima, azitromicina, ivermectina e corticoterapia com prednisona (após uso do antiparasitário), além disso fez tratamento para insuficiência cardíaca descompensada perfil B, através de furosemida 1 mg/kg e tratamento para endocardite subaguda com oxacilina, penicilina cristalina e gentamicina. Para o tratamento da cardite grave e do comprometimento articular foi usado prednisona 2 mg/Kg/dia e ácido acetilsalicílico (AAS). O paciente evoluiu com melhora progressiva do quadro, sendo realizado um eco-transesofágico, após 5 meses da admissão, mostrando melhora significativa da função cardíaca com FE: 53,95%.

Discussão

A FR e a cardiopatia reumática crônica (CRC) são complicações não supurativas da faringoamigdalite causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A. O mecanismo patogênico responsável pela doença é associado a uma reação cruzada de anticorpos, produzidos contra produtos de estreptococos com estruturas do indivíduo afetado, desencadeando todo o processo inflamatório^{1,2,3}

A FR afeta especialmente crianças e adultos jovens. A mais temível manifestação é a cardite, que responde pelas sequelas crônicas, muitas vezes incapacitantes, em fases precoces da vida, gerando elevado custo social e econômico³. A cardite

reumática pode propiciar, em uma parcela menor dos casos, EI que acomete o endocárdio valvar e apresenta alta taxa de morbimortalidade.

Os critérios de Jones⁴ tiveram a sua última modificação em 1992^{5,6} e continuam sendo considerados o padrão ouro para o diagnóstico do primeiro surto da FR. O paciente relatado possuía dois critérios maiores (artrite e cardite) e três critérios menores (artralgia, febre e aumento do intervalo PR).

O objetivo do tratamento da FR aguda é suprimir o processo inflamatório, minimizando as repercussões clínicas sobre o coração, articulações e sistema nervoso central, além de erradicar o EBGA da orofaringe e promover o alívio dos principais sintomas.

O tratamento da cardite é baseado no controle do processo inflamatório, dos sinais de insuficiência cardíaca e das arritmias.

Apesar de não haver evidência de melhora da lesão valvar que justifique o emprego da corticoterapia na cardite com perspectiva de melhora do prognóstico da lesão cardíaca, seu uso na cardite moderada e grave, assim como naqueles que cursam com pericardite, tem como objetivo a diminuição do tempo de evolução do quadro clínico de cardite, bem como uma melhora do processo inflamatório⁷. Dessa forma, o tratamento da cardite com corticoide nos casos de cardite moderada e grave é recomendado na literatura^{8,9} e foi instituído no caso descrito a terapia com prednisona 2 mg/Kg/dia, via oral, como tem sido preconizado^{8,9}.

A terapia com furosemida 1mg/kg endovenosa foi instituída devido à evolução do paciente para uma IC descompensada perfil B.

De modo geral, o uso dos antiinflamatórios não esteroides (AINE) apresenta bons resultados no controle da artrite, levando ao desaparecimento dos sinais e sintomas aproximadamente entre 24 e 48 horas⁸. O AAS se mantém como a primeira opção para o tratamento do comprometimento articular⁸ e foi a terapia optada para esse caso. É válido ressaltar, ainda, que na vigência de algum processo viral agudo o AAS seja idealmente suspenso, devido ao risco de Síndrome de Reye¹⁰.

Após o diagnóstico de FR ser realizado, a profilaxia secundária deve ser prontamente instituída, permanecendo a penicilina benzatina como a droga de escolha. Sua eficácia para prevenir

a doença está bem estabelecida^{11,13}. Outras vantagens do uso da penicilina são o baixo custo, pouca incidência de efeitos adversos, o baixo espectro antimicrobiano e inexistência de cepas do microrganismo precursor da doença resistentes à penicilina¹⁴. A dose recomendada de penicilina é de 1.200.000 U por via intramuscular nos pacientes acima de 20 Kg¹⁵ e foi a dose utilizada no caso.

As vacinas antiestreptocócicas provavelmente ainda não estarão disponíveis nos próximos anos, haja vista a dificuldade de cobertura dos diferentes sorotipos, bem como provável custo elevado, dificultando a sua utilização pela totalidade da população suscetível a estreptococcias em países em desenvolvimento, os quais são acometidos pela doença.

Conclusão

Descrevemos um caso de cardite reumática grave associada a endocardite infecciosa subaguda evoluindo com perfuração valvar e insuficiência cardíaca em paciente pediátrico. Através de terapias específicas o paciente apresentou melhoras clínicas significativas e boa evolução do quadro.

Referências:

1. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO expert consultation on rheumatic fever and rheumatic heart disease. World Health Organization. Geneva, 2001 Oct 29 - Nov 1. Geneva: WHO; 2004.
2. Kaplan EL. Recent epidemiology of group A streptococcal infections in North America and abroad: an overview. *Pediatrics*. 1996 Jun; 97 (6 Pt. 2): 945-8.
3. Terreri MT, Ferraz MB, Goldenberg J, Len C, Hilario MO. Resource utilization and cost of rheumatic fever. *J Rheumatol*. 2001 Jun; 28 (6): 1394-7.
4. Jones TD. The diagnosis of rheumatic fever. *JAMA*. 1944; 126: 481-4.
5. Dajani AS. Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever: Jones Criteria, 1992 update. Special writing group of the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease on the Council of Cardiovascular Disease in the Young of the American Heart Association. *JAMA*. 1992; 268: 2069-73.
6. Dajani AS, Ayoub E, Bierman FZ. Guidelines for diagnosis of rheumatic fever: Jones Criteria, 1992 updated. *Circulation*. 1993; 87: 302-7.
7. Cilliers AM, Manyemba J, Saloojee H. Anti-inflammatory treatment for carditis in acute rheumatic fever. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (2): CD003176.
8. Da Silva NA, Pereira BA. Acute rheumatic fever. Still a challenge. *Rheum Dis Clin North Am*. 1997 Aug; 23 (3): 545-68.
9. Atatoa-Carr P, Lennon D, Wilson N. Rheumatic fever diagnosis, management, and secondary prevention: a New Zealand guideline. *N Z Med J*. 2008 Apr 4; 121 (1271): 59-69.
10. Carapetis JR, Brown A, Walsh W; National Heart Foundation of Australia (RF/RHD guideline development working group), Cardiac Society of Australia and New Zealand. Diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease in Australia: an evidence-based review. Heart Foundation; 2006.
11. Cohen R, Reinert P, De La Rocque F, Levy C, Boucherat M, Robert M, et al. Comparison of two dosages of azithromycin for three days versus penicillin V for ten days in acute group A streptococcal tonsillopharyngitis. *Pediatric Infect Dis J*. 2002 Apr; 21 (4): 297-303.
12. Carapetis JR, McDonald M, Wilson NJ. Acute rheumatic fever. *Lancet*. 2005; 366: 155-68.
13. Dajani A, Taubert K, Ferrieri P, Peter G, Shulman S; Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the American Heart Association. Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever: a statement for health professionals. *Pediatrics*. 1995 Oct; 96 (4 Pt. 1): 758-64.
14. Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, Gewitz M, Rowley AH, Shulman ST, et al; American Academy of Pediatrics. 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. *Circulation*. 2009; 119: 1541-51.

15. Beggs S, Peterson G, Tompson A. Antibiotic use for the prevention and treatment of rheumatic fever and rheumatic heart disease in children. Report for the 2nd Meeting of World Health

Organization's subcommittee of the Expert Committee of the Selection and Use of Essential Medicines; 2008 Oct 29-Sept 3; Geneva: WHO; 2008.

Autor correspondente:
Pedro Lukas do Rêgo Aquino
pedrolukas7477@gmail.com

Recebido: 17/12/2019.

Aceito: 29/12/2019