

editorial **A febre reumática e suas complicações: impacto e desafios**

Cleonice de Carvalho Coelho Mota¹

Apesar do declínio da incidência da febre reumática (FR) e da prevalência da cardiopatia reumática crônica (CRC), a doença permanece como importante problema de saúde pública nos países em desenvolvimento e um desafio para a comunidade científica. Nos países industrializados, onde ocorreu redução significativa da doença, o risco potencial de ressurgimento permanece considerando-se que a doença não foi erradicada com as intervenções que causaram seu declínio. Em algumas regiões dos Estados Unidos da América no período de 1985 a 1988, foi registrado aumento do número de casos de 5 a 12 vezes em relação à década anterior e taxa de 14,8: 100.000 crianças hospitalizadas por febre reumática no ano de 2000.^(1,2)

A CRC é a principal causa de cardiopatia adquirida em crianças, adolescentes e adultos jovens nos países em desenvolvimento. A prevalência estimada no mundo é de 15, 6 milhões de casos, dos quais um sexto encontra-se na faixa etária entre 5 e 14 anos.⁽³⁾ Entretanto, ao considerar a maior sensibilidade e acurácia do Doppler ecocardiograma, estudos populacionais mais recentes vêm demonstrando que a frequência de valvopatia reumática é de 5 a 10 vezes maior quando a investigação por esse método de imagem é comparada ao exame clínico.⁽⁴⁻⁹⁾ Nesse contexto, o diagnóstico pela ecocardiografia com a utilização de critérios rigorosos deveria justificar a inclusão da valvite subclínica como cardite leve nos critérios maiores de Jones.⁽¹⁰⁾

Quanto ao impacto clínico, a doença, nas fases aguda ou crônica, determina repercussões em todas as idades. Elevados índices de morbidade são observados nas crianças e adolescentes, faixa etária na qual se observa maior frequência de sintomas e internação devido à fase aguda. Entretanto, quando a análise envolve procedimentos intervencionistas e óbito ocorre inversão da distribuição por idade com maior inclusão de adultos.⁽¹¹⁾ Em áreas com elevada prevalência da doença, pacientes com CRC apresentam internações hospitalares freqüentes devido a quadros de insuficiência cardíaca e outras complicações, que respondem por 12 a 65% das admissões por doença cardiovascular.⁽¹²⁾ Na avaliação do impacto socioeconômico da doença, devem ser considerados os custos pessoais e coletivos. O cálculo do índice *DALY*— *disability-adjusted life years* (anos potenciais de vida perdidos ajustados para incapacidade) registra o total de 6,6 milhões de anos perdidos por ano no mundo em decorrência da FR e suas complicações.⁽¹²⁾

O diagnóstico da FR é clínico. Os critérios de Jones⁽¹³⁾ sistematizados em manifestações maiores e menores com base na especificidade têm sido periodicamente revisados pela *American Heart Association* e são amplamente utilizados para o diagnóstico do primeiro surto da doença.⁽¹⁴⁾ Entretanto, como não existem sinais e sintomas patognômicos, nem laboratório específico, muitas vezes encontram-se dificuldades para a caracterização da doença, o que contribui para o subdiagnóstico.

Admite-se que para cada paciente com cardiopatia reumática crônica com surto inicial identificado, existe outro sem registro das manifestações de fase aguda. Episódios agudos com sintomas cardíacos de leve intensidade podem não ser adequadamente reconhecidos ou não constituírem motivo para a procura de assistência médica, como ocorre com os dolorosos episódios de artrite ou sinais mais evidentes da coréia de Sydenham. Da mesma forma, contribuem para o subdiagnóstico da FR e da CRC a *valvite subclínica* – caracterizada pela ausência de sintomas cardiovasculares e de achados auscultatórios anormais durante o surto agudo, mas com regurgitação patológica das valvas

¹ Professora Titular da Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. 30130-100 Belo Horizonte-MG, Brasil. cleomota@medicina.ufmg.br

mitral e/ou aórtica ao Doppler ecocardiograma – e a *valvopatia reumática subclínica* na fase crônica da doença com as mesmas características. Nesses casos, a evolução sem profilaxia secundária expõe os pacientes às recorrências da doença. Em decorrência, há elevado risco de piora das lesões valvares pré-existentes ou aparecimento de novas sequelas ou ainda de comprometimento de cirurgias valvares prévias. O diagnóstico de surtos subsequentes em pacientes com valvopatia grave é um desafio à parte. Nos países em desenvolvimento, fatores adicionais para o alto risco de novos episódios agudos incluem as dificuldades de acesso aos serviços médicos e os fatores sociais e econômicos, além do contexto ambiental que favorece a propagação do estreptococo. Por outro lado e em paralelo ao subdiagnóstico, nas regiões com elevada frequência da doença, existe o risco potencial de diagnóstico abusivo, quando se considera a possibilidade de evolução com grave acometimento cardíaco, diante da falha diagnóstica. Com base na última revisão dos critérios de Jones, a Organização Mundial de Saúde publicou, em 2004, os critérios para o diagnóstico das recorrências e da CRC.⁽¹²⁾

Nesse contexto, o diagnóstico precoce e acurado é fundamental para a instituição de prevenção adequada das recorrências, bem como a sua exclusão, ao se considerar as consequências da submissão de pacientes não-reumáticos aos rigores da profilaxia secundária. Com o advento da ecocardiografia, a incorporação dessa importante ferramenta à prática clínica tem possibilitado a identificação de lesões subclínicas, diagnóstico mais acurado do tipo e grau do envolvimento cardíaco e informações valiosas para análise evolutiva. Em 2012, sob os auspícios da Federação Mundial de Cardiologia e com o objetivo de contribuir para a acurácia diagnóstica, um grupo de investigadores desenvolveu os critérios ecocardiográficos para o diagnóstico da CRC, baseados nas evidências disponíveis e com padronização em três subcategorias: CRC definitiva, borderline e acometimento reumático ausente.⁽¹⁵⁾

Outro desafio na abordagem de crianças e adolescentes com valvopatia reumática é a definição da época ideal para abordagem cirúrgica, quando são considerados entre outros fatores, a expectativa de vida e padrão de crescimento somático. A cirurgia de reconstrução valvar é sempre preferida, mas tecnicamente desafiante na dependência da gravidade das lesões e da presença de acometimento de mais de um sítio valvar. Dificuldades no manuseio desses pacientes permanecem, quando a cirurgia, indicada pela ineficácia da abordagem clínica, é analisada no âmbito da durabilidade restrita das biopróteses nessa faixa etária e das complicações envolvendo anticoagulação no paciente pediátrico com prótese mecânica. Vários fatores podem intervir nos resultados cirúrgicos e entre eles as condições de vida desfavoráveis com elevada exposição aos estreptococos do grupo A, acesso limitado à assistência médica e necessidade de troca valvar com o crescimento somático.

Apesar do avanço científico e do conhecimento acumulado, a patogênese da FR não está totalmente elucidada e, conseqüentemente, não existe tratamento curativo para a doença. Na análise do mecanismo de lesão, surge a pergunta: por que apenas um pequeno percentual de indivíduos com faringoamigdalite estreptocócica não tratada desenvolve a doença? A resposta tem implicações diretas com fatores genéticos e de suscetibilidade individual. A história evolutiva da FR analisada no contexto dos aspectos etiopatogênicos mostra que não podemos intervir nesses fatores e tão pouco no processo de resposta imunológica após seu desencadeamento e, na falta de uma terapia específica, resta a profilaxia, que quanto mais precoce, maior a sua eficácia. Atenção especial deve, portanto, ser dada à prevenção da FR e prevenção das recorrências da doença por meio da implantação de programas de profilaxia secundária com estratégias para favorecer a adesão dos pacientes aos regimes de prevenção.

Nesse cenário de impacto e desafios da doença, principalmente a ausência de terapia curativa, nossas melhores perspectivas incluem a implementação da pesquisa nessa área e a produção de uma vacina antiestreptocócica eficaz e segura, capaz de proteger os indivíduos suscetíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miyake C, Gauvreau., Tani, Sundel., Newburger JW. Characteristics of Children Discharged From Hospitals in the United States in 2000 With the Diagnosis of Acute Rheumatic Fever. *Pediatrics* 2007; 120:503-8.
2. Kaplan EL. 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; 88:1964-72.
3. Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, Weber M. The global burden of group A streptococcal diseases. *Lancet Infect Dis* 2005; 5:685-94.
4. Marijon E, Ou P, Celermajer DS, Ferreira B, Mocumbi AO, Jani D, et al. Prevalence of rheumatic heart disease detected by echocardiographic screening. *N Engl J Med* 2007; 357:470-6.
5. Paar JA, Berrios NM, Rose JD, Cáceres M, Peña R, Pérez W, et al. Prevalence of rheumatic heart disease in children and young adults in Nicaragua. *Am J Cardiol* 2010; 105:1809-14.
6. Saxena A, Ramakrishnan S, Roy A, Seth S, Krishnan A, Misra P, et al. Prevalence and outcome of subclinical rheumatic heart disease in India: the EUMATIC (Rheumatic Heart Echo Utilisation and Monitoring Actuarial Trends in Indian Children) study. *Heart* 2011; 97:2018-22.
7. Webb RH, Wilson NJ, Lennon DR, Wilson EM, Nicholson RW, Gentles TL, et al. Optimising echocardiographic screening for rheumatic heart disease in New Zealand: not all valve disease is rheumatic. *Cardiol Young* 2011; 21:436-43.
8. Robert K, Colquhoun S, Steer A, Reményi B, Carapetis J. Screening for rheumatic heart disease: current approaches and controversies. *Nat Rev Cardiol* 2013; 10:49-58.
9. Miranda LP, Camargos PAM, Torres RM, Meira ZMA. Prevalence of rheumatic heart disease in a public school of Belo Horizonte. *Arq Bras Cardiol* 2014; 103:89-97. DOI: 10.5935/abc.20140116.
10. Mota, CCC. Doppler echocardiographic assessment of subclinical valvitis in the diagnosis of acute rheumatic fever. *Cardiol Young* 2001; 11:251-4.
11. Mota CCC. Limitations and perspectives with the approach to rheumatic fever and rheumatic heart disease. *Cardiol Young* 2005; 15:580-2.
12. World Health Organization. Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease. Report of a WHO Expert Consultation. Geneva, 29 October – 1 November 2001. WHO technical report series 2004; 923:122p.
13. Jones TD. The diagnosis of rheumatic fever. *JAMA* 1944; 126: 481-4.
14. Dajani AS, Ayoub E, Bierman FZ. Guidelines for diagnosis of rheumatic fever: Jones Criteria, 1992 updated. *Circulation* 1993; 87: 302-7.
15. Reményi B, Wilson N, Steer A, Ferreira B, Kado J, Kumar K et al. World Heart Federation criteria for echocardiographic diagnosis of rheumatic heart disease an evidence-based guideline. *Nat Rev Cardiol* 2012; 9: 297-309.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Cleonice de Carvalho Coelho Mota
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Avenida Prof. Alfredo Balena, 190
30130-100 Belo Horizonte-MG, Brasil
Telefone: 31 3409 97 72 | Fax: 31 3409 9770
E-mail: cleomota@medicina.ufmg.br