

CORÉIA DE SYDENHAM COMO MANIFESTAÇÃO TARDIA DA FEBRE REUMÁTICA

Wilma Nancy Sergio de Melo¹
Maria do Socorro Dias de O. Nunes²

Biomedicina

RESUMO

A Coréia de Sydenham é caracterizada pelo comprometimento do sistema nervoso, os núcleos de base e suas conexões com a região límbica, lobo frontal e tálamo, causando movimentos involuntários, hipotonia e alguns distúrbios psiquiátricos. A Coréia não tem prevalência relacionada ao sexo, porém acomete meninas numa proporção maior que os meninos devido à menarca. A febre reumática é uma patologia inflamatória que ocorre após uma faringoamigdalite ocasionada por *Streptococcus pyogenes* do grupo A, suas manifestações clínicas se apresentam de diversas formas- desde a artrite que é a mais frequente até a Coreia de Sydenham que é a mais tardia. O agente infeccioso descrito na literatura o *Streptococcus pyogenes* é o micro-organismo responsável pelas infecções da orofaringe e, são as espécies mais patogênicas. Este trabalho tem como objetivo revisar as publicações que abordam as manifestações clínicas apresentadas em pacientes com febre reumática, em especial sua manifestação tardia a Coreia de Sydenham, sendo assim o presente estudo consiste em um trabalho descritivo de revisão bibliográfica, com buscas em sites da biblioteca virtual, lilacs, google acadêmico, onde foram analisados artigos científicos, revistas correspondentes ao tema.

PALAVRAS-CHAVE

Coreia de Sydenham, Febre Reumática, micro-organismo patogênico.

ABSTRACT

The Sydenham of Korea is characterized by impairment of the nervous system, the basic nucleus and its connections with the limbic region, frontal lobe and thalamus, causing involuntary movements, hypotonia and some psychiatric disorders. Korea has no prevalence related to sex, but girls affects a higher proportion than boys due to menarche. Rheumatic fever is an inflammatory disease occurring after tonsillitis caused by *streptococcus pyogenes* group A, their clinical manifestations have various forms, from arthritis is most common to Sydenham's chorea which is the latest one. The infectious agent described in the literature *streptococcus pyogenes* is responsible microorganism for oropharyngeal infections, and are the most patogênicas. Este species work aimed to review the publications that addressed the clinical manifestations presented in patients with rheumatic fever, especially its late-onset chorea of Sydenham, and the micro-organism pathogenic cause of this infection.

KEYWORDS

Sydenham's chorea, rheumatic fever, microorganism pathogenic.

1- INTRODUÇÃO

Coréia de Sydenham é uma das manifestações clínicas maiores da febre reumática, que é uma complicação tardia de infecções das vias aéreas superiores por Streptococcus beta- hemolíticos do grupo A, caracterizada por lesões inflamatórias usualmente localizadas no tecido conjuntivo dos órgãos acometidos os quais podem ser o coração, as articulações, o sistema nervoso central, a pele e o tecido subcutâneo. Essa enfermidade desenvolve-se devido a uma certa suscetibilidade de determinados indivíduos, estes respondem de modo diferente a antígenos Streptocóccicos, tanto no que se refere a uma resposta humoral, quanto à celular, originando uma resposta imune cruzada contra tecidos. Quando as lesões comprometem o sistema nervoso, mais especificamente os núcleos da base e suas conexões com a região límbica, lobo frontal e tálamo, desenvolve-se o quadro denominado Coréia de Sydenham, que se caracteriza por movimentos involuntários, rápidos, irregulares e sem finalidade dos membros da face e/ou do tronco, geralmente

associados à hipotonia e a diminuição da força muscular. Possui uma evolução auto-limitada, cuja duração pode variar de uma semana a dois anos, podendo apresentar também distúrbios psiquiátricos como: transtornos obsessivos e compulsivos, labilidade emocional aumentada, irritabilidade e déficit de atenção (RODRIGUES et al., 2012).

A Coréia de Sydenham é própria da idade escolar, acometendo meninas numa proporção duas vezes maior em relação à observada em meninos. A prevalência de doenças autoimunes vem aumentando nas últimas décadas, especialmente em razão do maior conhecimento médico referente ao assunto e ao desenvolvimento de métodos diagnósticos específicos. Com isso, tais afecções obtiveram uma magnitude extremamente relevante, uma vez que o diagnóstico precoce e correto é capaz de reduzir morbidade e mortalidade em grande parte dos pacientes. Contudo, pouco se conhece sobre a associação entre diferentes doenças autoimunes. É relatada a suposição que um mesmo mecanismo imunológico seria responsável por manifestações clínicas distintas, entretanto sem comprovação fisiopatológica do fenômeno, em especial por causa da raridade dos casos; (BARBOSA et al, 2009).

Observa-se que para tratamento da Coreia de Sydenham leve e moderada, estão indicados repouso e a permanência do paciente em ambiente calmo, evitando-se estímulos externos. Os benzodiazepínicos e fenobarbital também podem ser utilizados. Os tratamentos mais específicos estão indicado apenas nas formas graves da doença, quando os movimentos involuntários estiverem interferindo nas atividades habituais do paciente. Nesses casos mais específicos, a hospitalização poderá ser necessária para um acompanhamento contínuo da equipe médica e enfermagem, bem como medicações injetáveis para uma resposta mais rápida. Os fármacos mais utilizados no controle dos sintomas da Coreia são: Haloperidol 1mg duas vezes ao dia, aumentando 0,5mg a cada três dias até atingir a dose máxima de 5mg ao dia; Ácido Valpróico 10mg/ kg/dia, aumentando 10mg/kg a cada semana até dose máxima de 30mg/Kg/dia; Carbamazepina 20mg/kg/dia. Pesquisas afirmam a eficácia semelhante entre o Haloperidol e o Ácido Valpróico no tratamento da Coréia, no entanto, relatam uma gama de efeitos colaterais do Haloperidol tais como: hipertonia, vômito, distúrbio comportamental, tremores, distonia. A Penicilina Benzatina também é utilizada no tratamento da Coréia, sendo a dose de 1200

ui a cada 21 dias, para evitar recorrência da infecção streptocócica e novo surto reumático, o tempo do tratamento vai depender de vários fatores como: a idade do paciente, a gravidade da doença e outras complicações existentes (VINICIUS, 2016).

2- METODOLOGIA

O estudo consiste em um trabalho descritivo de revisão bibliográfica. A pesquisa utilizou-se de buscas em sites da Biblioteca Virtual de Saúde BVS, Sielo, Lilacs e Google Acadêmico, utilizando os descritores Coreia de Sydenham, febre reumática, *Streptococcus pyogenes*. Onde foram selecionados e analisados artigos científicos, revistas e revisões bibliográficas correspondentes ao tema e publicados em português. Esta opção se justifica porque, o método escolhido permite o conhecimento com riqueza de dados suficientes para a construção do estudo monográfico.

De posse do material documentado, bem como, das respectivas análises, procedeu-se a leitura minuciosa de cada publicação, destacando aqueles que responderam ao objetivo proposto por este estudo. Estas serão organizadas conforme as normas técnicas para conclusão da elaboração do projeto.

3 – DESENVOLVIMENTO

3.1 - STREPTOCOCCOS PYOGENES

Streptococcus pyogenes é uma espécie de bactéria gram-positivas com morfologia de coco, pertencentes ao gênero *Streptococcus* Beta-Hemolítico do grupo A. As várias cepas patogênicas de *streptococcus* são agrupadas de acordo com seu comportamento, suas características químicas e seu aspecto. Cada grupo tende a produzir tipos específicos de infecções, sinais clínicos e sintomas. (MURRAY et al, 2010).

Os *Streptococcus* do grupo A, são as espécies mais patogênicas para o ser humano, embora seja seu hospedeiro natural. Podem causar infecção streptocócica da orofaringe, tonsilite, infecções de feridas, da pele, e pneumonia. Esse grupo pode causar infecções não supurativas como

reumatismo, Coreia de Sydenham e glomerulonefrite. Além disto, as infecções streptocócicas da orofaringe podem ser seguidas de uma seqüela grave, a febre reumática. Os *Streptococcus* do grupo B, causam mais frequentemente infecções perigosas aos recém-nascidos (ex: sépsis neonatal) e infecções articulares (artrite séptica). O *Streptococcus* do grupo C e G, frequentemente são transportados por animais, mas também crescem na orofaringe, no intestino, na vagina e no tecido cutâneo do ser humano. Os streptococos do grupo D e os enterococos crescem normalmente no trato digestivo baixo, na vagina e na pele adjacente. (TRABULSI et al,2008).

Vários antibióticos apresentam boa atividade contra o *Streptococcus pyogenes*, mas o de escolha é a penicilina. Um aspecto importante da terapêutica pela penicilina é o fato de que, até agora, não ocorreu seleção de amostras resistentes a esse antibiótico. Dessa maneira, infecções causadas pelo microrganismo podem ser tratadas sem a necessidade de antibiograma para verificar se amostra é resistente. Recomenda-se o uso de eritromicina para pacientes alérgicos a penicilina. As cefalosporinas de primeira ou segunda geração, são também indicadas para o tratamento de pacientes alérgicos que não manifestam hipersensibilidade imediata aos betalactâmicos. Certos antimicrobianos como as sulfonamidas e as tetraciclínas, não são recomendados para o tratamento de faringite Streptocócica devido aos altos índices de resistência microbiana e pela frequente falha na erradicação até mesmo de cepas sensíveis. A resistência aos antibióticos vem aumentando nos últimos anos, este aumento pode estar relacionado ao uso indiscriminado desses medicamentos, pois a maioria das faringites são tratadas com antibióticos, porém, apenas uma pequena parte é de origem bacteriana. (ANDREOLA et al, 2007).

3.2 - FEBRE REUMÁTICA

A Febre Reumática é uma patologia inflamatória que ocorre após uma faringoamigdalite, ocasionada pelo *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A, em indivíduos predispostos geneticamente. A faixa etária mais acometida são as crianças e adolescentes entre 5 e 15 anos de idade, sem predomínio de sexo, apresentando prognóstico pior nas mulheres devido à menarca segundo

a literatura. A Febre Reumática é considerada uma patologia de difícil diagnóstico, pois não dispomos de qualquer teste laboratorial específico. No entanto, alguns exames podem comprovar a presença da inflamação, como: velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR) e alfa-2-glicoproteína. A presença de infecção na 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). Além das suas diversas formas de apresentação clínica, a manifestação mais frequente é a artrite, que se caracteriza por dor intensa e inchaço, as articulações mais acometidas são os joelhos e tornozelos. O acometimento cardíaco na febre reumática se manifesta pela pancardite (acometimento dos três folhetos: pericárdio, miocárdio e endocárdio); todavia, são as lesões valvares que ditam o quadro clínico e prognóstico. Uma das complicações tardias da febre reumática é a Coreia de Sydenham, quando a lesão está direcionada aos núcleos de base, acometendo o cérebro difusamente, causando alterações nos movimentos, na fala, no humor, tiques e transtorno obsessivo compulsivo. É importante saber que esta manifestação pode vir isoladamente sem a artrite reumatoide e sem a cardite (NUNES et al 2015).

O tratamento inicial é erradicar o *Streptococcus* com o uso de antibióticos. Os melhores resultados são conseguidos com penicilina G benzatina. O objetivo é suprimir o processo inflamatório, minimizando as repercussões clínicas sobre o coração, articulações e sistema nervoso central, além de erradicar o streptococos da orofaringe e promover o alívio dos principais sintomas. (MOTA et al, 2014).

É possível que o controle da doença em países desenvolvidos esteja mais relacionado à melhoria das condições socioeconômicas do que tão somente à introdução de esquemas terapêuticos profiláticos. No entanto, nos países em desenvolvimento, enquanto não se conseguir um melhor nível de desenvolvimento humano para a população, com menos desigualdade social, as profilaxias (primárias e secundárias) na atenção à saúde individual precisam ser adequadamente ministradas. A profilaxia primária, é baseada no reconhecimento e tratamento das infecções streptocócicas, com a finalidade de prevenir o primeiro surto de FR, já a profilaxia secundária consiste na

administração contínua de antibiótico específico ao paciente portador de FR, para prevenir novos episódios da doença e reduz a severidade da cardiopatia. (BARBOSA et al,2009).

4 - CONCLUSÃO

Diante do exposto, os resultados do presente estudo enfatizam a importância do diagnóstico bacteriológico no tratamento adequado da faringoamigdalite estreptocócica, que permite a prevenção das complicações supurativas ou não supurativas, e a erradicação do microrganismo da orofaringe. Sendo assim, prevenindo também a febre reumática e conseqüentemente sua manifestação tardia que é a Coreia de Sydenham. É uma doença pouco conhecida, mas que acomete uma parte significativa de pacientes com diagnóstico de infecção por streptococcus. Em países desenvolvidos essa patologia é quase esquecida, devido a uma saúde pública de qualidade e condições socioeconômicas favoráveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FARIA, A. O .P,Coreia de Sydenham e cardite como manifestação da febre reumática,**BR.408.1:M.616.32,F224**, 2011.

GOMES, M. M, Coreias e histerias desdobrando o conhecimento. **Revista Brasileira de Neurologia**, v.49,nº1,jan-fev-mar. 2013

LR, Saraiva, Aspectos atuais da doença reumática,**Revista Soc.Bras.Clinica Médica**, jan-mar;12(1):pp.76-83, 2014.

SOEIRO, A. M, et,al.Associação entre doenças imunológicas e suas manifestações clínicas semelhantes.**Arq.Bras.Cardiologia**,v.98,nº2,São Paulo,Google acadêmico, 2012.

SOUSA, V. C., et al. Revisão bibliográfica sobre o tratamento da Coreia de Sydenham. **Revista Médica**, v.2, nº34, pp. 23-31, 2016.

TORRES, K. C. L, et al,Coreia de Sydenham não associada à disfunção por linfócitos, **Arq.Neuropsiquiatria**.v.74,nº1,pp 5-9,São Paulo 2016.

RODRIGUES,I.P,et al, Características da febre reumática em crianças e adolescentes:Convivendo com a doença. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Ver Rene**,v.11,nº3,2012.

NUNES, M. M, et al, Diagnóstico inicial de febre reumática. **Revista Pediatria Moderna**, v.51, nº 12, pp. 427-434, 2015.

MOTA, C. Nascer e crescer, **Revista Pediatria**, v.23,nº 03, pp 121-123, 2014.

BARBOSA,P,J,B. Diretrizes brasileiras para diagnóstico, tratamento e prevenção da febre reumática. **Arq.Bras.Cardiologia**.2009;93(3 supl.4);1-18

ANDREOLA,E,et al.Perfil da suscetibilidade de streptococcus pyogenes isolados de pacientes com faringite. **Infarma-Ciencias Farmaceuticas** , v.19, nº5/8,2007.

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CURSO - TCC

Ao 12º. dia do mês de dezembro de 2016, no auditório da Faculdade Integrada de Pernambuco - FACIPE, campus Saúde o aluno **WILMA NANCY SERGIO DE MELO**, defendeu, perante Banca Examinadora, o Trabalho de Curso intitulado **COREIA DE SYDENHAM COMO MANIFESTAÇÃO TARDIA DA FEBRE REUMÁTICA**, para obtenção do grau de Bacharel em Biomedicina. A avaliação pela Banca Examinadora, formada pelos Professores EMERSON AZEVEDO DE ARAUJO, MARIANA ARAGAO MATOS DONATO e ALICELY ARAUJO CORREIA para o aluno foi **7,5**, sendo assim, considerado o aluno **APROVADO** pela Banca Examinadora. A nota do aluno foi condicionada à entrega do trabalho, com as devidas alterações até a data de 13 de dezembro de 2016, até às 18 h.

Assinatura do (a) Professor (a) 1º Examinador (a) / Presidente:

Alicely Araújo Correia

Assinatura do (a) Professor (a) 2º Examinador (a):

Mariana A. M. Donato

Assinatura do (a) Professor (a) 3º Examinador (a):

Guilherme