

Uma Nova Visão da Patologia Reumatológica Reativa Estreptocócica

Sheila Knupp Feitosa de Oliveira
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira
Serviço de Reumatologia Pediátrica

Algumas doenças inflamatórias do campo da Reumatologia Pediátrica estão associadas com infecção estreptocócica prévia. A mais importante é a febre reumática (FR) devido a sua significativa morbidade e mortalidade em países em desenvolvimento. Outras doenças como artrite reativa pós-estreptocócica (AREPE) e PANDAS foram descritas nas duas últimas décadas e até hoje levantam controvérsias. Foi também sugerido que os estreptococos podem ser importantes em alguns casos de púrpura de Henoch-Schönlein (PHS), poliartrite nodosa (PAN) e eritema nodoso.

Em relação à Febre Reumática, uma quantidade apreciável de conhecimentos sobre fatores estreptocócicos, predisposição genética e resposta auto-imune foi acrescentada nos últimos anos mas a patogenia ainda não foi totalmente elucidada. Em quase metade dos casos, a história de faringite estreptocócica falta porque pode ser assintomática. O conceito de reumatogenicidade de algumas cepas é matéria de debate já que foram isolados múltiplos e diferentes sorotipos ou genotipos de estreptococos em pacientes de diferentes partes do mundo. A principal hipótese para justificar a autoimunidade que leva a FR em um hospedeiro geneticamente suscetível é o mimetismo molecular. A importância da proteína M nos prováveis mecanismos autoimunes e os avanços da biologia molecular podem ser a chave para o desenvolvimento de uma vacina antiestreptocócica multivalente no futuro. A predisposição genética tem sido sugerida como importante fator na FR e diversas associações com HLA foram encontradas em diferentes populações. Apesar de alguns autores enfatizarem o fato de que o D/17 pode ser um marcador em células B de pacientes com FR, existe apenas uma fraca associação em algumas populações.

Como existe polimorfismo na apresentação clínica e faltam testes laboratoriais específicos para o diagnóstico,

é necessário reconhecer uma das cinco principais manifestações clínicas dos critérios de Jones e identificar nos exames laboratoriais a presença de inflamação e alguma evidência de infecção estreptocócica prévia.

O diagnóstico pode ser difícil quando a artrite é isolada e não segue o padrão clássico de poliartrite migratória, causando alguma confusão com a artrite reativa pós-estreptocócica (AREPE) e febre reumática atípica, já que ambas compartilham alguns sinais, sintomas e alterações laboratoriais. O correto diagnóstico pode ser problemático já que não existe um marcador capaz de diferenciá-las. Tendo em vista que alguns pacientes diagnosticados inicialmente com AREPE desenvolveram cardite, recomenda-se o uso de profilaxia secundária, semelhante àquela usada na FR, principalmente em países em desenvolvimento.

O início da cardite é bastante variável: em pacientes jovens (< 6 anos de idade), a cardite frequentemente tem início insidioso, com dores articulares vagas e o diagnóstico costuma ser retardado por semanas; em pacientes mais velhos, artralgia e artrite são importantes a ponto de levar o paciente ao médico que detecta a cardite no exame físico; mas em 50% dos pacientes diagnosticados com cardite reumática crônica não referem nenhuma história de dor articular no passado. Cardite aguda pode se resolver completamente sem deixar dano residual ou evoluir com seqüela valvar. O diagnóstico clínico requer a presença de sopro. Embora alguns artigos reconheçam a presença de cardite silenciosa (sem sopro), um ECHO/Doppler positivo, demonstrando somente incompetência valvular não foi considerado suficiente para o diagnóstico na última revisão dos critérios de Jones em 1992.

Coréia pode ter um longo período de latência e desde 1992, aceita-se o diagnóstico de FR em pacientes com coréia isolada mesmo faltando a evidência de infecção,

estreptocócica anterior. Além de movimentos incoordenados, involuntários, hipotonia e labilidade emocional, outras manifestações psiquiátricas como tiques e sintomas obsessivos compulsivos têm sido reconhecidas em um considerável número de pacientes desde a última década. Pacientes com coréia podem ter recorrências mesmo quando estão em profilaxia secundária com penicilina benzatina.

Nódulos subcutâneos e eritema marginado também são considerados sinais maiores de FR mas são raros. Eles não oferecem dificuldades para o diagnóstico já que se acompanham de cardite.

É necessário confirmar a presença de infecção estreptocócica prévia mas raramente as culturas de orofaringe são positivas devido ao período de latência ou uso anterior de antibióticos; e a anti-estreptolisina O é normal em 20% dos casos. Nestes casos recomenda-se a pesquisa de outros anticorpos como a anti-DNAse.

Antiinflamatórios não esteroidais são suficientes para

tratar artrite mas a cardite responde mais rápido aos esteróides. Coréia oferece uma variedade de opções de tratamento mas recentemente, um estudo duplo-cego usando esteróides, mostrou que a associação desta droga diminuiu mais rapidamente a intensidade e duração dos sintomas.

Até que seja desenvolvida uma vacina eficaz contra o estreptococo, a estratégia mais importante e viável, capaz de reduzir a FR em países em desenvolvimento, será o tratamento apropriado da faringite estreptocócica (profilaxia primária). A melhor escolha nestes países é a penicilina benzatina, é mais econômica e apenas uma dose é capaz de eliminar o problema de aderência. A prevenção de novos ataques em pacientes com FR (profilaxia secundária) também deve ser feita com esta droga, obedecendo ao intervalo de 21 dias entre as doses.

Alguns casos de vasculites como a púrpura de Henoch-Schönlein e poliarterite nodosa em crianças, às vezes estão associadas com evidência de infecção estreptocócica prévia..