



41º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
Pediatria
Florianópolis-SC

22 A 26
DE OUTUBRO
DE 2024
FLORIANÓPOLIS - SC



Trabalhos Científicos

Título: Coreia De Sydenham Nos Dias Atuais: Prevenir É Preciso

Autores: ANNA CAROLINA CHIGANE DE ANDRADE (FSM), MATHEUS FIGUEIREDO MOUTELA (UERJ), BRUNA LARISSA COSTA LIMA MARANHÃO (FSM), CAROLINA FLECK DOS REIS LARA (), NATHALIA DAVID DE ALMEIDA (FSM), PEDRO HENRIQUE ALVES ZANIBONI (IDOMED), MARIANA FREITAS STUDART DE LIMA (FSM), MARIA URUAHY POVOA DUARTE VILLELA (HMMC), FELIPPE DE SOUZA BONFIM DE SOUZA BONFIM (HMMC), GABRIELA MENDONÇA RIOS (HMMC), THAIS PERES PIVA (FSM), MONICA ROSENBLATT (FSM/HMMC), RENATA DELFINA DE ALMEIDA (HMMC), KÁTIA FARIAS E SILVA (UERJ/FSM), EDUARDO JORGE CUSTÓDIO DA SILVA (UERJ)

Resumo: A Coreia de Sydenham (CS) é consequente da doença autoimune causada pela infecção com o *Streptococcus pyogenes* e consequente desenvolvimento de Febre Reumática (FR), e possui epidemiologia rara na população pediátrica. É caracterizada por movimentos involuntários, arritmicos e incessantes que afetam membros, face e tronco e cessam durante sono. Masculino, 8 anos e 10 meses, sem comorbidades prévias, apresentou um quadro de odinofagia associado a linfonodomegalia cervical e febre, sendo diagnosticado com amigdalite bacteriana e prescrito Amoxicilina + Clavulanato. Evoluiu, na semana seguinte, com artralgia em tornozelos, associado a edema, artrite progressiva de joelhos, punhos e tornozelos. Há 1 mês, apresentou movimentos descoordenados e amplos com braços, pernas e língua, que impediam as atividades de vida diária sendo internado. Realiza ECOTT que evidencia insuficiência mitral leve a moderada e cardite leve, sendo submetido a corticoterapia. Após introdução do ácido valproico apresentou melhora recebendo alta para seguimento ambulatorial com o serviço de cardio e reumatopediatria. A Febre Reumática é uma complicação inflamatória da amigdalite causada pelo estreptococo 946, hemolítico do grupo A (EBGA). A evolução para FR envolve o mimetismo molecular entre proteínas do hospedeiro e do patógeno. A hipótese mais aceita para a patogênese da CS é que os anticorpos do hospedeiro produzidos contra o EBGA fazem reação cruzada com proteínas de superfície de neurônios dos núcleos da base levando à disfunção destes. A CS pode vir isolada e costuma ser uma manifestação tardia, de 1 a 6 meses pós infecção. É em geral limitada, dura de 2 a 3 meses O diagnóstico da CS é clínico de acordo com base em critérios de Jones. O tratamento da CS pode ser com drogas que depletam ou antagonizam a dopamina (haloperidol, risperidona, pimozide, clorpromazina, difenilbutilpiperidina, carbamazepina), drogas que aumentam os níveis de GABA (o ácido valproico) ou drogas que reduzem o processo inflamatório cerebral (corticoides, imunoglobulina venosa). A recorrência ocorre em 15 a 30 por cento dos casos, dentro de dois a três anos, mas pode ocorrer até 10 anos. Recorrências repetidas são menos comuns e a maioria das recidivas se deve a infecções repetidas por estreptococos do grupo A nos pacientes que não recebem profilaxia antibiótica contínua após primeiro episódio, mas pode se dever a autoimunidade. A Coreia de Sydenham é uma doença prevenível e sua persistência sinaliza a necessária otimização da assistência na atenção primária. Suas manifestações autolimitadas, ao lado hepatotoxicidade das drogas, as repercussões psicológicas para o paciente pediátrico limitando atividades cotidianas tornam a decisão do tratamento farmacológico da CS desafiador.