



41º CONGRESSO  
BRASILEIRO DE  
**Pediatria**  
Florianópolis-SC

**22 A 26**  
**DE OUTUBRO**  
**DE 2024**  
FLORIANÓPOLIS - SC



## Trabalhos Científicos

**Título:** Febre Reumática: Ainda Uma Ameaça Na Pediatria?

**Autores:** JÚLIA CHAVES CABRAL (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), MATHEUS ANDRÉ GOMES DA SILVA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), MARIA MANOELA COLOMBINI CARRASCOSA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), CLICIA RODE BISPO DE OLIVEIRA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), FELIPE MAATALANI BENINI (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), SILVANA ANTONIETTA D´ALESSIO DE SOUZA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO), ALESSANDRA CAVALCANTE FERNANDES (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO)

**Resumo:** A febre reumática (FR) é uma doença inflamatória multissistêmica, deflagrada após infecção pelo *Streptococcus*  $\beta$  hemolítico do grupo A e prevalece em crianças e adolescentes. Melhores condições socioeconômicas e acesso à saúde reduziram significativamente casos no Brasil, tornando-os incomuns na prática clínica diária. Criança do sexo feminino, 8 anos, é internada em hospital terciário de São Paulo, com dor, distensão abdominal, adinamia, febre diária de 38-39°C por 5 dias e histórico de amigdalite recente sem tratamento. Apresentava regular estado geral, descorada, emagrecida, com sopro sistólico 3+ em foco mitral e irradiação para axila e dorso. Avaliação laboratorial evidenciou anemia, aumento de provas inflamatórias, antiestreptolisina O (ASLO) elevada e ecocardiograma com insuficiência mitral. Devido presença de febre, cardite, aumento de provas inflamatórias e evidência de infecção estreptocócica prévia aventada hipótese de febre reumática com cardite e realizado Penicilina G Benzatina e prednisolona. Apresentou em hemocultura *Streptococcus* sanguinis e histórico de tratamento odontológico cirúrgico há 1 mês, e realizado novo ecocardiograma com espessamento valvar e imagem sugestiva de vegetação/trombo, com hipótese de Endocardite Infecciosa (EI). Recebeu Ceftriaxone por 4 semanas, enoxaparina, espironolactona e captopril. Manteve seguimento ambulatorial, realizando profilaxia com Penicilina G Benzatina, e em uso de captopril, espironolactona e AAS. A febre reumática prevalece em países em desenvolvimento e regiões desfavorecidas com o acesso limitado à saúde e seu diagnóstico é feito pelos critérios de Jones modificados. O tratamento envolve manejo sintomático, atenuação de danos cardíacos, erradicação estreptocócica e prevenção de recorrências. A Penicilina G Benzatina é medicação de escolha na erradicação de cepas reumatogênicas (profilaxia primária) e na profilaxia secundária. No caso descrito, o diagnóstico tardio culminou em atraso terapêutico e, sem as profilaxias adequadas, promoveu cenário ideal para o estabelecimento da EI e de novos surtos de FR. Os desafios diagnósticos da FR incluem: a ampla gama de manifestações clínicas e sintomatologias inespecíficas, como febre e artralgia, o uso inadvertido de antiinflamatórios, mascarando sintomas, o intervalo entre a infecção inicial e o desenvolvimento da doença, o acesso limitado ao serviço de saúde e a exames diagnósticos da infecção estreptocócica. Estratégias de saúde pública focadas na prevenção primária, educação comunitária sobre sintomas e a importância da adesão terapêutica são essenciais para reduzir efeitos adversos potencialmente incapacitantes. O diagnóstico de febre reumática deve ser considerado em crianças com febre inexplicada e alto risco de exposição estreptocócica. A necessidade de vigilância médica contínua e educação pública é fundamental, especialmente em áreas de maior prevalência.