



Trabalhos Científicos

Título: Desvendando A Febre Reumática: Um Caso Clínico De Diagnóstico Desafiador

Autores: MARIA LUIZA OLIVEIRA (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), THAYNÁ DE OLIVEIRA ALFREDO (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), ANA CLARA GONDIM OLIVEIRA (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), MASARU SANTANA KANDO (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), MOISÉS VICTOR PINHO MARTINS ROCHA (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), CRISTIANO SILVA NEVES (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), TALISSA GOMES DA SILVA DE SOUZA (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), JULIA CARVALHO COSTA (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA)

Resumo: A febre reumática (FR) é uma doença inflamatória pós infecção estreptocócica com manifestações clínicas multissistêmicas. Representa uma das principais causas de cardiopatia adquiridas no Brasil. Neste caso, a paciente cursou com quadro de hipotonia generalizada e cardite reumática (CR). "Menina, seis anos, natural de Penedo/AL, residente de Ituiutaba/MG, com imunizações atualizadas, previamente hígida, desenvolvimento adequado. Admitida com quadro de tetraparasia incompleta e flácida há 15 dias. História pregressa de febre, coriza e odinofagia que cedeu espontaneamente, sem uso de antibióticos, há 7 semanas. Após três semanas, iniciou com artralgia em grandes articulações de membros inferiores, assimétrica, migratória, sem traumas progressivos. Após duas semanas, evoluiu com paresia de membros inferiores e superiores com parada súbita de deambulação, afasia motora e distúrbio de deglutição. Controle esfinteriano preservado. Ao exame físico se mostrou consciente, vigil, força motora nos membros superiores e inferiores, proximal diminuídas grau 2 e distal grau 1 pela Escala Medical Research Council. Ausência de sustentação axial, com reflexos osteotendíneos diminuídos e cutâneo-plantar em flexão. Movimentos coreicos em face e membros superiores. Sem sinal de irritação meníngea ou clônus. Acamada, apatia, prostração, palidez cutâneo-mucosa 2+/4+. Taquipneia discreta, ausculta pulmonar sem alterações. Bulhas rítmicas com sopro sistólico 2+/6+ na área mitral e tricúspide, irradiando para foco aórtico e aórtico acessório. O diagnóstico inicial foi de encefalite, sendo a autoimune a primeira a ser abordada pela neurologia pediátrica e excluído meningite. Indicada pulsoterapia com Metilprednisolona por três dias. Avaliada posteriormente pela cardiologia devido sopro e pensado em FR com CR. Laudado em ecocardiograma disfunção de todas as valvas cardíacas com insuficiência Mitral e Aórtica moderada e discreta das valvas Tricúspide e Pulmonar, miocardiopatia dilatada com função sistólica preservada. Feito, então, tratamento para FR com CR e considerado que as alterações neurológicas foram secundárias à coreia do tipo coreia com hipotonia muscular global (coreia mole). A criança evoluiu com recuperação e resposta rápida ao tratamento. Todos os exames neurológicos foram normais e a ASLO na internação aumentada (1990UI/mL). Recebeu alta hospitalar após cinco dias com recuperação plena da função motora e melhora da CR mostrada no seguimento ambulatorial. ""Diagnóstico: FR com CR e coreia mole""A FR, apesar de simples prevenção, ainda é uma patologia frequente em países em desenvolvimento sendo a CR associada a grande parte das indicações de cirurgias cardíacas com elevados gastos para saúde pública. A suspeição, por meio do exame clínico, e o tratamento adequado são primordiais para prevenção de sequelas. Todavia, o diagnóstico pode ser desafiador e tardio se indisponibilidade de exames complementares, como ASLO e ecocardiograma.