

CORÉIA DE SYDENHAM NO CURSO DA FEBRE REUMÁTICA

VITOR PEREIRA LIRA (HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES); TATIANA BERG MOURÃO TEIXEIRA BERGAMIN (HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES); ANA PAULA AMANCIO (HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES); ELAINE RODRIGUES CEZÁRIO (HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES); LUANA CASTRO SERRA EBERIENOS (HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES); MARIANA DAROS DE PINHO WANDERLEY (HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES); RENAN VIEIRA CURY INACIO (HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES); BRUNO VIEIRA CURY INACIO (HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES); CINTIA SALLES GOMES (HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES)

Introdução: A febre reumática é uma complicação da faringoamigdalite causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (*Streptococcus pyogenes*). A clínica pode englobar sinais e sintomas reumatológicos, cardiológicos, neurológicos e dermatológicos. O diagnóstico é estabelecido seguindo os critérios de Jones somados a evidência de infecção recente pelo estreptococo. A presença isolada de coréia na fase aguda também permite o diagnóstico. O tratamento inicial é baseado em antibioticoterapia.

Descrição do Caso: V.S.S, 10 anos, 52 kg, admitida com quadro de movimentos involuntários de grande amplitude em face e membros iniciados quatro dias antes da internação, sem outras queixas. A investigação complementar evidenciou elevação do anticorpo antiestreptolisina O e o ecocardiograma evidenciou a presença de valvula mitral espessada com regurgitação leve. Prescrito Benzilpenicilina em dose única, haloperidol e prednisolona. Apresentou melhora importante do quadro neurológico. Recebeu alta com discretos movimentos involuntários, em uso de haloperidol e com prescrição de profilaxia antibiótica de longa duração.

Discussão: A coréia de Sydenham é caracterizada por movimentos rápidos, involuntários e incoordenados dos membros e face, além de distúrbios da fala e conduta, os quais desaparecem durante o sono e se agravam com estresse. O caso evidenciou a presença isolada de coréia como sintoma da febre reumática, o que pode ocorrer de modo agudo, em até 15% dos casos, ou de modo tardio, geralmente após o aparecimento de outros sintomas. O envolvimento, somente, da valvula mitral evidenciado no ecocardiograma ocorre em até 70% dos casos. Sabe-se que as recidivas estão associadas a altas taxas de cardite.

Conclusão: O pediatra deve estar atento as diferentes apresentações clínicas possíveis no paciente com febre reumática. Faz-se necessário a suspeita clínica somada a pesquisa laboratorial e ecocardiografica para um diagnóstico preciso e condutas traçadas com embasamento para o tratamento agudo e a prevenção das possíveis recorrências tendo em vista a gravidade das complicações