



ISSN: 0975-833X

Available online at <http://www.journalcra.com>

INTERNATIONAL JOURNAL
OF CURRENT RESEARCH

International Journal of Current Research
Vol. 14, Issue, 02, pp.20726-20730, February, 2022

DOI: <https://doi.org/10.24941/ijcr.43023.02.2022>

RESEARCH ARTICLE

SEVERE ACUTE RHEUMATIC CARDITIS ASSOCIATED WITH NON-INFECTIOUS ENDOCARDITIS IN A PEDIATRIC PATIENT WITH AUTISM– CASE REPORT.

Hallan Dantas de Melo^{1,*}, Gabriel de Brito Fogaça¹ Samuelli Felipe Silva Lima² and Emanuelli Felipe Silva Lima³

¹Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlo – UNIPTAC; Av. Filadélfia, 568; Setor Oeste; CEP: 77.816-540; Araguaína/TO

²Médico do Hospital Regional de Araguaína – HRA; Rua Ademar Vicente Ferreira, 1698 - Lot. Panorama, Araguaína - TO, 77824-140

³Médico Pneumologista e Docente - Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos – UNIPTAC; Av. Filadélfia, 568; Setor Oeste; CEP: 77.816-540; Araguaína/TO

ARTICLE INFO

Article History:

Received 14th November, 2021

Received in revised form

19th December, 2021

Accepted 24th January, 2022

Published online 28th February, 2022

Keywords:

Cardiopatía, Endocardite não-infecciosa, Autismo.

*Corresponding author:

Hallan Dantas de Melo

ABSTRACT

A febre reumática (FR) e a cardiopatia reumática crônica (CRC) são complicações não supurativas da faringoamigdalite causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A e decorrem de resposta imune tardia a esta infecção em populações geneticamente predispostas. Essa é uma doença que está frequentemente associada à pobreza e às más condições de vida. Assim, apesar da reconhecida redução da incidência da FR nas últimas décadas nos países desenvolvidos, com conseqüente redução na prevalência da CRC, a FR permanece como um grande problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento” (Diretriz brasileira Febre Reumática, 2009, p. 4). Neste relato de caso, buscamos evidenciar as características desse achado em que o acometimento cardíaco agudo e grave, evidenciou uma patologia de alta morbimortalidade, associada a endocardite não-infecciosa em uma criança com autismo.

Copyright © 2022. Hallan Dantas de Melo et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Hallan Dantas de Melo, Gabriel de Brito Fogaça, Samuelli Felipe Silva Lima and Emanuelli Felipe Silva Lima. “Severe acute rheumatic carditis associated with non-infectious endocarditis in a pediatric patient with autism– case report.”, 2022. *International Journal of Current Research*, 14, (02), 20726-20730.

INTRODUCTION

A FR afeta especialmente crianças e adultos jovens. A mais temível manifestação é a cardite, que responde pelas sequelas crônicas, muitas vezes incapacitantes, em fases precoces da vida, gerando elevado custo social e econômico” (Diretriz brasileira Febre Reumática, 2009, p. 4). “Em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, a faringoamigdalite e o impetigo são as infecções mais frequentemente causadas pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBGA). No entanto, somente a faringoamigdalite está associada ao surgimento da FR. O EBGA é o responsável por 15%-20% das faringoamigdalites e pela quase totalidade daquelas de origem bacteriana” (Diretriz brasileira Febre Reumática, 2009, p. 4). “A faringoamigdalite acomete preferencialmente indivíduos de 5 a 18 anos. Sua incidência varia conforme os países e, dentro do mesmo país, varia de acordo com as diferentes regiões,

oscilando, basicamente, em função da idade do indivíduo, das condições socioeconômicas, dos fatores ambientais e da qualidade dos serviços de saúde” (Diretriz brasileira Febre Reumática, 2009, p. 4). “Não obstante, seguindo a projeção do modelo epidemiológico da Organização Mundial de Saúde (OMS) e de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que anualmente no Brasil ocorram cerca de 10 milhões de faringoamigdalites estreptocócicas, perfazendo o total de 30.000 novos casos de FR, dos quais aproximadamente 15.000 poderiam evoluir com acometimento cardíaco” (Diretriz brasileira Febre Reumática, 2009, p. 4). “A frequência da FR aguda no Brasil difere de acordo com a região geográfica, porém em todas as regiões observa-se uma redução progressiva do total de internações por esta doença” (Diretriz brasileira Febre Reumática, 2009, p. 4). A Febre Reumática é diagnosticada pela clínica do paciente, existe os critérios de Jones, que auxiliam no diagnóstico, junto

com o ecocardiograma, porém é uma doença muito prevalente, nas aulas de formação acadêmica e em provas de residência médica, no entanto, na prática médica a mesma não se apresenta com grande prevalência ou até mesmo sendo de subnotificação.

OBJETIVO

O presente trabalho visa expor algo grave, porém de grande utilidade clínica e diagnóstica, assim como acrescentar as bases de dados mais conteúdo para que o saber científico se aprimore e se aprofunde. As histórias clínica e epidemiológica podem auxiliar no diagnóstico, assim como a comparação com radiografias de tórax, os ecocardiogramas, eletrocardiograma, anticorpos e exames laboratoriais, todos podem ajudar no diagnóstico⁹.

RELATO DE CASO

Paciente, WVB, 12 anos, sexo masculino, natural de Araguaína/TO, é admitida no Pronto Socorro do Hospital Regional de Araguaína – HRA com taquicardia de 170 BPM e taquipneia de 60 IRPM. Ao exame nota-se paciente em mal estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, apresentase esforço respiratório, porém mantendo saturação de oxigênio acima de 95% sem uso de cateter nasal de O₂, com evidente quadro de taquicardia. aparelho pulmonar com expansibilidade normal, murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios. Aparelho cardiovascular com ritmo cardíaco regular, em 2 tempos, bulhas hiperfonéticas e com sopro sistólico em foco mitral e sopro diastólico em foco aórtico. Abdome flácido, globoso, indolor à palpação superficial e profunda. Espaço de traube livre, ruídos hidroaéreos presentes, sinal de Blumberg negativo. Membros inferiores apresentando edema 2+/4 bilateralmente com sinal do cacifo até altura dos malelos. Panturrilhas livres com pulso pedioso palpável bilateralmente, apresentando os exames laboratoriais descritos na tabela 01:

Tabela 01. Exames - dia 01 de internação hospitalar

Hemoglobina	8,60 mg/dL
Leucócitos	16.330 mg/dL
Ureia	26,6 mg/dL
Creatinina	0,74 mg/dL
Troponina	Negativa
CPK	28,90 U/L
CKMB	3,1 U/L
Amilase	30,9 mg/dL
Lipase	22,1 mg/dL
TGO	20,7 mg/dL
TGP	9,3 mg/dL

Fonte: Prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento.

Além de bioquímica direcionada à clínica da paciente, foram solicitados exames de ultrassonografia abdominal, que não identificou nenhuma alteração significativa. Radiografia de tórax PA (figura 01), predispõe uma área cardíaca aumentada sugerindo uma tomografia de tórax, para melhor análise. Nesse primeiro momento que o paciente é transferido da sala vermelha do hospital para a unidade de semicrítica, a equipe que trabalha neste setor, constituída pelo Dr. Emanuell pneumologista, que é o responsável e prescritor, pelo médico plantonista Dr. Samuel, e pelo interno Hallan, decidiram realizar um ecocardiograma beira leito, para poder iniciar uma conduta.

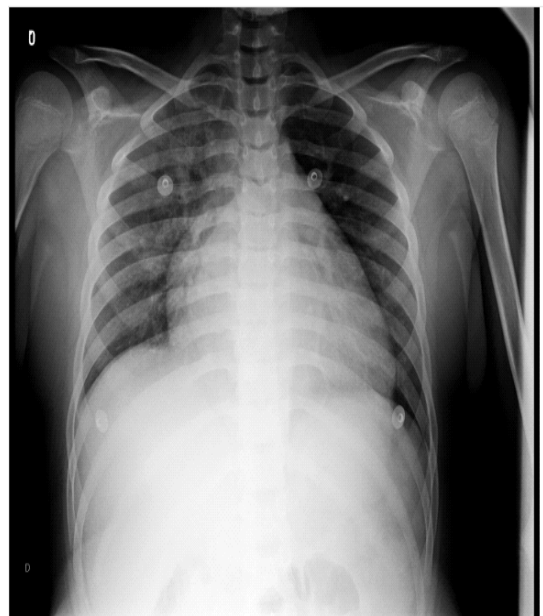


Figura 01. Radiografia de tórax PA Fonte: prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento

No exame de ecocardiografia, nota-se que as câmaras cardíacas esquerdas estavam dilatadas e com sinal de uma pequena pericardite. Então, foi solicitado uma tomografia de tórax como sugerido pela radiografia e um ecocardiograma para ser realizado pela equipe de cardiologia. Na coleta da história clínica do paciente a mãe e acompanhante da criança, relata que esse mal-estar foi de origem súbita, relata que ele há cerca de um mês apresentou problemas renais, pela descrição que ela forneceu, parecia ser condizente com glomerulonefrite. A mesma, referiu que ele teve episódios de febre não aferidos. Portanto, por conta dos achados do ecocardiograma a beira leito e os relatos da mãe e a clínica, foi coletada hemocultura de 2 amostras do paciente e urocultura, e iniciado o tratamento empírico para endocardite, com esquema de Oxacilina e Gentamicina. Já o eletrocardiograma da paciente (figura 02), apresentou ritmo sinusal e taquicardia.

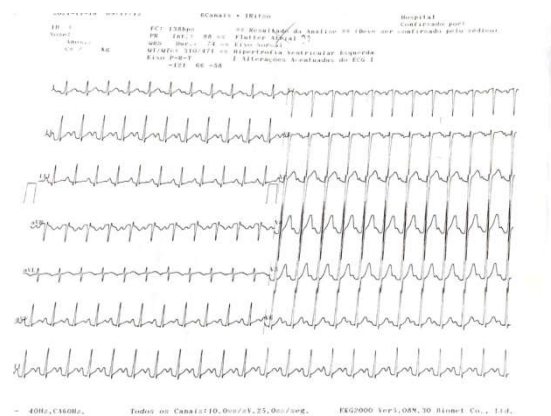


Figura 02. Eletrocardiograma. Fonte: prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento

Diante de todos os exames e suspeições diagnósticas, uma tomografia computadorizada de tórax sem contraste fora solicitada para confirmação diagnóstica, sendo apresentada pelas figuras 03, 04 e 05:

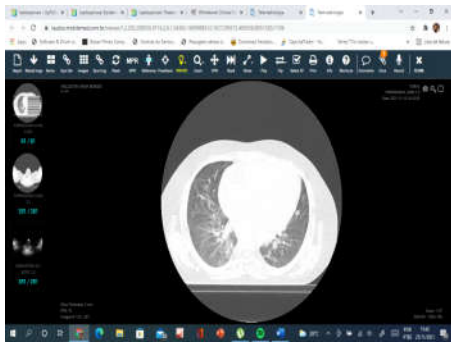


Figura 03. Tomografia de tórax. Janela pulmão. Fonte: prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento

Laudo da tomografia de tórax: Opacidades multifocais com atenuação em vidro fosco e distribuição randômica, comprometendo até 50% do parênquima pulmonar. Atelectasias laminares esparsas. Não há evidências de derrame pleural. Traqueia e brônquios principais de calibre e situação normais. Ausência de massas patológicas comprometendo o mediastino. Cardiomegalia. Pequeno derrame pericárdico. Conclusão: achados tomográficos sugestivo de processo inflamatório/infeccioso pulmonar não se podendo afastar hipóteses diagnósticas, de congestão. Cardiomegalia e derrame pleural.

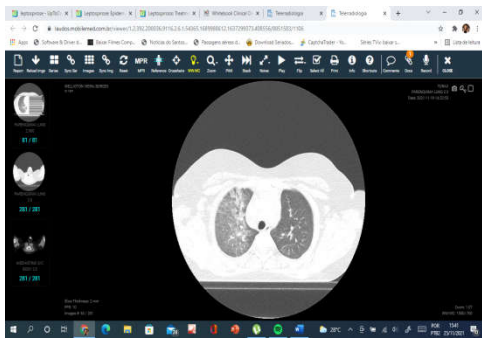


Figura 04. Tomografia de tórax. Janela precordial. Fonte: prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento

A figura 04 nos permite confirmar a suspeição de cardiomegalia (cardite), questionado na radiografia de tórax.

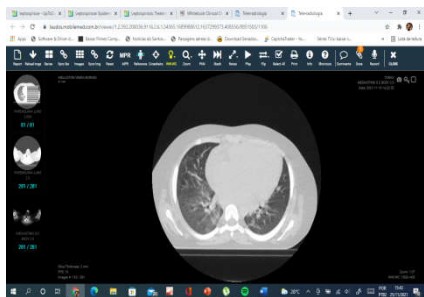


Figura 05. Tomografia de tórax. Janela de pulmão e coração. Fonte: prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento

A janela de parênquima pulmonar (figura 05) nos permite confirmar a existência uma imagem com opacidades multifocais. Diante dos dados colhidos na anamnese e exame físico, bem como pelos exames complementares solicitados, manteve-se como principal hipótese diagnóstica endocardite.

Com a abordagem terapêutica iniciada e com suporte clínico e monitoramento dos sinais vitais do paciente, que apresentou melhora clínica, então foi decidido manter os antibióticos até o resultado da cultura e a realização do ecocardiograma, com embasamento que ele apresentou resposta terapêutica. Porém, em uma nova discussão, levantamos a hipótese de febre reumática no mesmo, por conta dos achados de imagem. Então em uma nova conversa com a mãe foi levantado os critérios de Jones clínicos, ela afirmou que ele tem amigdalites de repetição, e que há 2 meses apresentou poliartrite migratório e assimétrica. Unindo esses novos dados, com a clínica e a história de febre progressiva, solicitamos os exames com mais direcionamento e alguns exames pensando em doenças reumáticas.

Exames laboratoriais apresentam dados descritos na tabela 02

VHS	45 mm/hora
PCR	●mg/L
ASLO	>200
EAS	Sem alteração
Sódio	142 mg/dL
Potássio	3,35 mg/dL

Fonte: Prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento.

Portanto, o diagnóstico de febre reumática, começou a ser interrogado, a prescrição foi atualizada, porém não foram retirados os antibióticos, visto que, endocardite pode ser uma complicação e o paciente teve melhora do quadro com uso deles.

- Ceftriaxona 1 grama, EV, 12/12 horas (esse antibiótico, já estava prescrito pela equipe da porta de entrada);
- Oxacilina 2 gramas, EV, 4/4 horas;
- Gentamicina 240 mg, EV 12/12 horas;
- Penicilina Benzatina 1.200.000 UI, IM, dose única;
- Ibuprofeno 200 mg, VO, 6/6 horas, a preferência por esse, ao invés o tradicional AAS, é devido doses menores e melhor adaptação e risco;
- Prednisona 40 mg 1 cp, VO, 1 x ao dia (iniciada essa dose, para evitar imunossuprimir o paciente com risco de endocardite);
- OBS: Paciente de 12 anos com peso de 65 quilogramas.

Paciente, obteve melhora significativa, do quadro clínico, porém ainda com quadro de taquicardia esporádica. No dia 4 dias após as condutas mencionadas e a melhora clínica, o resultado da hemocultura, foi entregue:

- Hemocultura automática para aeróbios, 1ª amostra: negativa;
- Hemocultura automática para aeróbios, 2ª amostra: negativa;
- Cultura de bactérias para identificação, urina, automático: negativa;

De ante desse resultado, reforçamos no serviço a realização do ecocardiograma, para enfim, fechar um diagnóstico.

Ecocardiograma

Valvas

- Mitral: Prolapso da cúspide;

- Aórticas: Espessada com insuficiência;
- Tricúspide: Insuficiente;
- Pulmonar: Sinais de hipertensão arterial pulmonar;

Estudo Doppler Ecocardiográfico

- Fluxo sistólico turbulento em átrio direito compatível com insuficiência tricúspide, pressão sistólica no ventrículo direito (Pico-mmHg) =72;
- Fluxo sistólico turbulento em átrio esquerdo compatível com insuficiência mitral;
- Fluxo diastólico turbulento em via de saída de ventrículo esquerdo compatível com insuficiência aórtica;
- Fluxo diastólico na via de saída do ventrículo direito compatível com insuficiência pulmonar;
- Dp/Dt pela insuficiência mitral=1.259 mmHg/s.

Observação

- Abaulamento posterior sistólico do folheto anterior da valva mitral;
- Espessamento e redução da mobilidade do folheto posterior da valva mitral;
- Deslizamento do folheto anterior sob o folheto posterior da valva mitral, sugerindo rotura de cordoalha;

Conclusão

- Prolapso de valva mitral com insuficiência;
- Insuficiência mitral de grau importante;
- Insuficiência aórtica de grau importante;
- Insuficiência tricúspide de grau moderado;
- Hipertensão pulmonar;
- Insuficiência pulmonar de grau moderado;

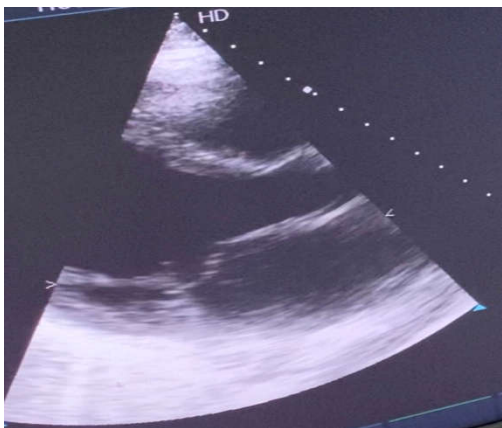


Figura 06. Ecocardiografia após o início do tratamento. Nota-se a dilatação das câmaras cardíacas. Fonte: Prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento

Prescrição em conjunto com a equipe de cardiologia, devido a insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada do paciente:

- Furosemida 20 mg, VO, 1 vez ao dia;
- Carvedilol 3,125 mg, VO, 1 vez ao dia;
- Captopril 12,5 mg, VO, 12/12 horas;

OBS: A dose da prednisona foi ajustada para 60 mg, VO, 1 vez ao dia às 08:00 horas;

Portanto, aplicando os **Critérios de Jones modificados** para Febre Reumática Aguda:

- Cardite (critério maior)
- Poliartrite migratória (critério maior)
- Febre (critério menor)
- VHS ou PCR elevados (critério maior)

De acordo com os critérios, ele possui ao menos 1 maior e 2 menores. Mais infecção estreptocócica documentada com ASLO, já referida. Logo, diagnóstico, primário é Febre Reumática Aguda, que evoluiu com Cardite grave, concomitante Endocardite-não infecciosa e associada a paciente pediátrico com diagnóstico de autismo.

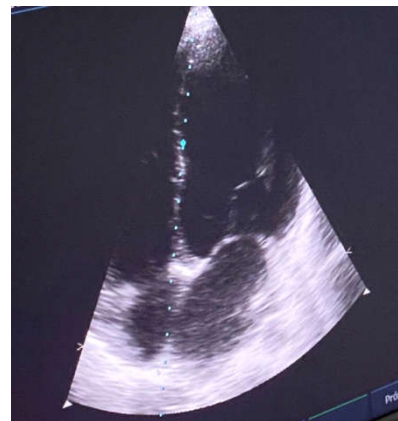


Figura 07. Ecocardiografia após o início do tratamento. Nota-se a dilatação das câmaras cardíacas e insuficiência grave. Fonte: Prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento.



Figura 08. Ecocardiografia após o início do tratamento. Nota-se a dilatação das câmaras cardíacas, insuficiência grave e ruptura de cordoalhas. Fonte: Prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento



Figura 9. Nota-se o início do baqueteamento digital. Fonte: Prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento

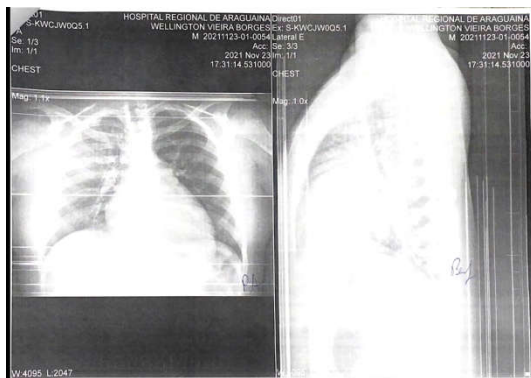


Figura 10. Radiografia de Tórax PA e Perfil, após início do tratamento, demonstrando repercução da intervenção. Fonte: Prontuário médico. Dados autorizados por meio de termo de consentimento e livre esclarecimento

DISCUSSÃO

Não são raras as situações em que lesões cardíacas frente a febre reumática aconteça, porém esse artigo, visa atualizar o acervo de trabalhos nessa patologia e demonstrar que casos gravíssimos podem surgir e que podem ser de penoso diagnóstico. A fisiopatologia da febre reumática está associada a infecção com estreptococos beta-hemolítico do grupo A, então fazer a profilaxia primária em casos de amigdalites com suspeita bacteriana com Penicilina G Benzatina, pode evitar uma morbimortalidade e sequelas cardíacas. O caso apresentado aborda uma clínica ampla e de vastas hipóteses diagnósticas, porém, quanto mais precoce o diagnóstico e o tratamento, maiores as probabilidades de se evitar sequelas, e este caso vislumbra algo agudo, uma cardite avassaladora e súbita que deixará um paciente jovem dependente de profilaxia secundária com Penicilina G Benzatina para o resto de sua vida, e ainda com possibilidade enorme de uma intervenção cirúrgica, devido ruptura de cordoalhas.

CONCLUSÃO

A febre reumática é uma entidade que sempre deve ser levada em consideração diante de um paciente com descompensação cardíaca que apresenta sinais clínicos e radiológicos de cardite, que apresente os critérios Jones. Reconhecer precocemente essa patologia é importante para evitar procedimentos diagnósticos desnecessários e erros terapêuticos¹². Trazendo uma abordagem polida e eficaz aos pacientes.

REFERÊNCIAS

- Asconcelos, José Tupinambá Sousa (Ed.). Livro da sociedade brasileira de reumatologia. Barueri : Manole, 2019.
- BRAUNWALD – Tratado de doenças cardiovasculares, 10ª edição, by Elsevier.
- Carvalho MA, Lanna CCD, Bertolo MB, Ferreira GA. Reumatologia - Diagnóstico e Tratamento. 4ª ed. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.
- Cecin HA, Ximenes AC. Tratado Brasileiro de Reumatologia. São Paulo: Atheneu, 2015.
- Classificações e Recomendações da Liga Européia Contra o Reumatismo (EULAR).
- Classificações e Recomendações do Colégio Americano de Reumatologia (ACR).
- Consensus e Diretrizes da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR).
- Diretrizes de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Cardiologia. Goldman, Lee; Ausiello, Dennis. Cecil Medicina Interna. 24. ed. Saunders Elsevier, 2012.
- Long, Dan L. et al. Medicina Interna de Harrison. 18 ed. Porto Alegre, RS: AMGH Ed., 2013. 2v.
- Lopes AC. Tratado de Clínica Médica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016.
- McPHEE, Stephen J.; Papadakis, Maxine A. Current Diagnosis & Treatment: Medical. 53.ed. Lange Current Series/ McGraw-Hill, 2014
- Nelson textbook of pediatrics, 20th edition.
- Oliveira A: Febre reumática. J Bras Med 45: 31-42, 1983.
- Rachid A: Diagnóstico diferencial das artropatias da infância. Rev Bras Reumatol 23: 3-6, 1983.
- Recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR).
- Ribeiro D, Andrade PJ, Ribeiro HH: Estudo comparativo das hospitalizações por cardiopatias reumática e chagásica em Fortaleza. Rev Med Univ Fed Ceará 23: 43-7, 1983.
- Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria, 4ª edição, Barueri, SP: Manole, 2017.
