



## Uma análise da cardiopatia reumática

An analysis of rheumatic heart disease

Un análisis de la cardiopatía reumática

Rian Magro Ferreira<sup>1</sup>, Natália Moura Requeijo<sup>1</sup>, Gabriel Michelini Rodrigues<sup>1</sup>, João Vitor Tavares Morais dos Santos<sup>1</sup>, Emílio Conceição de Siqueira<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar as características da Cardiopatia Reumática (CR). **Revisão bibliográfica:** A CR é uma consequência grave e de longo prazo da febre reumática aguda (FRA), uma doença notavelmente comum que se segue a uma infecção superficial não tratada pela bactéria *Streptococcus pyogenes* (*Streptococcus* do Grupo A ou Strep A). A CR tem, portanto, sido vista como uma doença da pobreza associada à superlotação, falta de saneamento e outros determinantes sociais de saúde precária que possibilitam a disseminação do Strep A e o desenvolvimento de CR, causando meio milhão de mortes anualmente. **Considerações finais:** A cardiopatia reumática é uma grave consequência da FRA representando a principal causa de doença cardíaca entre crianças em países de baixa e média renda. A FRA causa pancardite e, mais comumente, problemas valvares. O diagnóstico da CR é feito através do ecocardiograma e deve-se suspeitar de cardiopatia reumática e todos os pacientes com FRA. Em pacientes com febre reumática aguda recomenda-se a profilaxia com injeção de 4 semanas de penicilina G benzatina (PGB) pra prevenir a progressão da CR. O manejo da CR é feito através do diagnóstico precoce e tratamento da insuficiência cardíaca.

**Palavras-chave:** Cardiopatia Reumática, Febre reumática, Doenças das Valvas Cardíacas.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the characteristics of Rheumatic Heart Disease (CR). **Bibliographic review:** CR is a serious and long-term consequence of acute rheumatic fever (ARF), a remarkably common illness that follows an untreated superficial infection with the bacterium *Streptococcus pyogenes* (Group A *Streptococcus* or Strep A). CR has therefore been viewed as a disease of poverty associated with overcrowding, poor sanitation and other social determinants of poor health that enable the spread of Strep A and the development of CR, causing half a million deaths annually. **Final considerations:** Rheumatic heart disease is a serious consequence of ARF, representing the main cause of heart disease among children in low- and middle-income countries. ARF causes pancarditis and, more commonly, valve problems. The diagnosis of CR is made through echocardiography and rheumatic heart disease should be suspected in all patients with ARF. In patients with acute rheumatic fever, prophylaxis with a 4-week injection of benzathine

<sup>1</sup> Universidade de Vassouras (UV), Vassouras - RJ.

penicillin G (PGB) is recommended to prevent progression of CR. The management of CR is done through early diagnosis and treatment of heart failure.

**Keywords:** Rheumatic heart disease, Rheumatic fever, Heart valve diseases.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las características de la Cardiopatía Reumática (CR). **Revisión bibliográfica:** La CR es una consecuencia grave y a largo plazo de la fiebre reumática aguda (FRA), una enfermedad muy común que sigue a una infección superficial no tratada con la bacteria *Streptococcus pyogenes* (estreptococo del grupo A o estreptococo A). Por lo tanto, la CR ha sido vista como una enfermedad de la pobreza asociada con el hacinamiento, el saneamiento deficiente y otros determinantes sociales de la mala salud que permiten la propagación del estreptococo A y el desarrollo de la CR, lo que provoca medio millón de muertes al año. **Consideraciones finales:** La cardiopatía reumática es una consecuencia grave de la IRA, representando la principal causa de cardiopatía en niños de países de ingresos medios y bajos. ARF causa pancarditis y, más comúnmente, problemas de válvula. El diagnóstico de RC se realiza mediante ecocardiografía y la cardiopatía reumática debe sospecharse en todo paciente con IRA. En pacientes con fiebre reumática aguda, se recomienda la profilaxis con una inyección de penicilina G benzatínica (PGB) durante 4 semanas para prevenir la progresión de la RC. El manejo de la RC se realiza a través del diagnóstico y tratamiento temprano de la insuficiencia cardíaca.

**Palabras clave:** Cardiopatía reumática, Fiebre reumática, Enfermedades de las válvulas cardíacas.

---

## INTRODUÇÃO

A cardiopatia reumática (CR) é uma consequência grave e de longo prazo da febre reumática aguda (FRA), uma doença infantil notavelmente comum que se segue a uma infecção superficial não tratada pela bactéria *Streptococcus pyogenes* (*Streptococcus* do Grupo A ou Strep A). Estudos australianos também envolveram estreptococos beta-hemolíticos dos grupos C e G. Infecções superficiais por Strep A incluem faringite aguda e pioderma (impetigo), mas a visão de longa data e amplamente aceita é que a FRA segue apenas a faringite por Strep A. No entanto, foi relatado que em comunidades remotas de aborígenes e ilhéus do Estreito de Torres no norte e centro da Austrália, onde as taxas de FRA e CR estão entre as mais altas do mundo, a incidência de faringite por Strep A é surpreendentemente baixa. A piodermite estreptocócica é hiperendêmica em muitas dessas comunidades, sugerindo que as infecções cutâneas podem ser a fonte local predominante da bactéria e que a patogênese da FRA e da CR nesses ambientes tropicais pode diferir daquela relatada em partes mais temperadas do mundo (DOOLEY LM, et al., 2021; ASFAW T, 2023; KARTHIKEYAN G e KOTHARI SS, 2023).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo menos 15,6 milhões de pessoas em todo o mundo têm CR. Dos 5.00.000 indivíduos que adquirem FRA todos os anos, 3.00.000 desenvolvem CR e 233.000 mortes anuais são atribuídas à FRA ou CR. Um estudo sobre a carga global de CR estimou 319.400 mortes por doença cardíaca reumática em 2015. Embora a carga relacionada à saúde da doença cardíaca reumática tenha diminuído em todo o mundo de 1990 a 2015, altas taxas de doença persistem em algumas das regiões mais pobres do mundo. A maior mortalidade e prevalência foram observadas na Oceania, no sul da Ásia e na África subsaariana central, onde prevalecem os padrões endêmicos da doença. O estudo estimou 33,4 milhões de casos e 10,5 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade em 2015 devido à doença cardíaca reumática globalmente. Verificou-se que a prevalência de CR aumentou progressivamente entre as idades de 5 e 16 anos, com uma taxa de incidência estável, e a doença clinicamente silenciosa foi sete a oito vezes maior do que a doença clinicamente manifesta. As diferenças nas prevalências estimadas representavam disparidades econômicas e associadas à desigualdade social (NEPAL R, et al., 2020; LAMICHHANE S, et al., 2022).

A CR tem, portanto, sido vista como uma doença da pobreza associada à superlotação, falta de saneamento e outros determinantes sociais de saúde precária. Esses fatores possibilitam a disseminação do Strep A e o desenvolvimento de CR, causando meio milhão de mortes anualmente. Em países de alta renda, a CR é identificada com mais frequência entre populações indígenas e migrantes, com 87% dos pacientes com CR na Austrália pertencentes a aborígenes e ilhéus do Estreito de Torres (LAMICHHANE S, et al., 2022; PETERS F, et al., 2020).

Estima-se que 1% a 3% dos pacientes com infecção por estreptococo do grupo A (GAS) não tratada, mais tipicamente faringite por GAS, desenvolverão FRA e, destes, até 60% dos casos resultarão em CR crônica. FRA e CR são comuns em crianças de 5 a 15 anos e causam doença cardíaca multivalvar com disfunção valvar progressiva e morte prematura se a progressão não for evitada ou as lesões não forem corrigidas por cirurgia. A CR é de longe a forma mais importante de doença cardíaca adquirida em crianças e adultos jovens que vivem em países com recursos limitados (que são habitados por 80% da população mundial); A CR representa aproximadamente 15% de todos os pacientes com insuficiência cardíaca (IC) em países endêmicos. Medidas preventivas primárias (tratamento de faringite) e secundárias (prevenção da recorrência de FRA em um paciente com CR) estão disponíveis e são custo-efetivas. Como resultado, FRA e CR são raras no mundo desenvolvido. Mas a história é diferente em países de baixa e média renda (LMICs) e em alguns países desenvolvidos, onde a prevalência de CR continua alta, especialmente entre populações socioeconomicamente desfavorecidas (BELAY W e ALIYU MH, 2021; LOIZAGA SR e BEATON AZ, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a negligência da CR nas políticas e orçamentos nacionais de saúde nos países de baixa e média renda, a escassez de dados disponíveis sobre os esforços da CR, o acesso deficiente aos cuidados e a compreensão clínica insuficiente dos profissionais de saúde primários e comunitários. Seguindo a resolução da OMS sobre febre reumática e doença cardíaca reumática em maio de 2018, a Federação Mundial do Coração estabeleceu uma força-tarefa para doenças cardíacas reumáticas. As abordagens atuais para FRA e CR incluem identificação precoce e tratamento do *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico do Grupo A, triagem e vigilância de CR e estratégias agressivas de tratamento médico, intervencionista e cirúrgico (VERVOORT D, et al., 2021; SHENTHAR J, 2022).

Nesse sentido, torna-se essencial o conhecimento e estudo acerca da Febre Reumática e da Cardiopatia Reumática a fim de propiciar adequada suspeição, diagnóstico e tratamento. O objetivo do estudo foi analisar as características da Cardiopatia Reumática.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### Definição e epidemiologia da febre reumática e da cardiopatia reumática

A FRA resulta de infecção faríngea secundária ao *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico do grupo A (GAS). A FRA é uma síndrome pós-infecciosa que envolve coração, articulações, tecidos subcutâneos e cérebro e, embora quase todos os sintomas se resolvam em semanas ou meses sem nenhuma seqüela, aproximadamente 60% das pessoas com cardite desenvolvem dano valvular residual conhecido como CR. As respostas imunes anormais que caracterizam a febre reumática aguda ocorrem principalmente em sistemas imunológicos imaturos, com pico de incidência entre 5 e 14 anos de idade. O risco aumenta com a exposição repetida a estreptococos. O maior risco de um episódio primário de FRA ocorre em crianças e adolescentes de 5 a 15 anos, enquanto o pico de prevalência de CR ocorre várias décadas depois, entre 25 e 45 anos de idade, refletindo os efeitos cumulativos de episódios recorrentes de FRA. A febre reumática aguda também afeta adultos. Aproximadamente 7% das notificações na Austrália ocorrem em pessoas de 35 a 44 anos (DOUGHERTY S, et al., 2023; RALPH AP e CURRIE BJ, 2022; REGMI PR, et al., 2022).

Em menos de 10% da população, a infecção por *Streptococcus pyogenes* pode desencadear condições autoimunes, incluindo febre reumática aguda ou glomerulonefrite pós-estreptocócica aguda dias a meses após a infecção inicial. A febre reumática aguda não é um quadro homogêneo e apresenta alta diversidade

imunológica e clínica. Também pode ser sutil e imitar outras condições. Não há teste de diagnóstico dedicado e, em vez disso, é diagnosticado usando os critérios de Jones. Esses fatores tornam o diagnóstico altamente desafiador. Em até 75% das pessoas com doença cardíaca reumática, febre reumática aguda anterior não foi reconhecida. A maioria dos casos ocorre quando o risco de exposição é alto, como em condições de vida lotadas ou quando há acesso inadequado a instalações sanitárias e cuidados de saúde (RALPH AP e CURRIE BJ, 2022; ASFAW T, 2023).

Evidências apoiam a visão de que a FRA é o resultado de uma resposta autoimune à infecção faríngea por GAS em um indivíduo geneticamente suscetível, que é mediada por mimetismo molecular. A pobreza e as desvantagens sociais estão entre os fatores predisponentes mais fortes para o desenvolvimento de FRA. A CR é predominantemente um problema para pessoas em países de baixa e média renda, que abrigam 79% das pessoas que vivem com CR, bem como indígenas e outras populações socioeconomicamente desfavorecidas em países de alta renda. É a principal causa de doença cardíaca entre crianças em países de baixa e média renda, a terceira causa mais comum de insuficiência cardíaca na África, e responsável por quase 3 vezes o número de mortes causadas pelo sarampo. A CR é a doença cardíaca adquirida mais comum em crianças e jovens com menos de 25 anos em países de baixa e média renda, podendo levar a complicações cardíacas graves, incapacidade e morte. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Federação Mundial do Coração preconizam uma redução de 25% na mortalidade por causas cardiovasculares, incluindo doenças cardíacas reumáticas, até o ano de 2025 (MUTAGAYWA RK, et al., 2020; LAMICHHANE S, et al., 2022; SHAWAR YR e SHIFFMAN J, 2020).

A incidência global de CR em 2015 foi > 300.000 com prevalência de > 30 milhões, taxa de mortalidade anual > 300.000 e 11,5 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade. No Brasil, quase 40.000 pacientes desenvolvem CR crônica a cada ano, uma carga que cresce a cada ano e é considerada amplamente subestimada. Tendências semelhantes são observadas no Caribe, onde a carga anual de CR cresce e afeta uma população jovem, mas a disponibilidade de cuidados cirúrgicos e intervencionistas não atende às necessidades das populações locais. Nos Estados insulares do Pacífico, estima-se que até oito por cento da população adulta tenha CR. Na África subsaariana, a epidemiologia e a demografia da IRA e da CR continuam sendo grandes desafios, com uma prevalência de 5,7 por 1.000 crianças de 5 a 14 anos, enquanto as regiões endêmicas têm taxas de adolescentes de até 21,0 por 1.000 pessoas aos 16 anos. Embora a IRA e a CR sejam causadas por uma combinação de fatores imunológicos, ambientais e genéticos, foi demonstrada alta herdabilidade. Além disso, as formas mais virulentas e rapidamente progressivas de IRA e CR foram encontradas na África (VERVOORT D, et al., 2021; ZILLA P, et al., 2021).

A evolução da FRA e da CR pode ser dividida em três fases. A fase um é a doença transmissível, seguida pela doença imunomediada e, finalmente, doença não transmissível, ou seja, CR com as alterações inflamatórias das válvulas cardíacas resultantes, bem como possíveis sequelas que incluem insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, endocardite, acidente vascular cerebral, tromboembolismo sistêmico e hipertensão pulmonar. Embora a CR seja amplamente erradicada em países de alta renda devido à detecção e tratamento oportunos da IRA, ela permanece altamente prevalente em países LMICs (VERVOORT D, et al., 2021).

### **Quadro clínico, diagnóstico e complicações**

Normalmente, as características clínicas da FRA ocorrem duas a três semanas após uma infecção estreptocócica na garganta, e as manifestações clínicas mais comuns são cardite reumática (30 a 80 por cento dos casos) e artrite (35 a 66 por cento). Há evidências crescentes de que, em alguns países, as infecções cutâneas têm desempenhado um papel patogênico importante. Deve-se suspeitar de cardite reumática em todos os pacientes com suspeita de febre reumática aguda. A cardite reumática é uma das cinco principais manifestações da FRA, mas a única associada à mortalidade e danos permanentes. A cardite é um critério diagnóstico importante em populações de baixo e moderado/alto risco. O diagnóstico de FRA requer evidência de infecção estreptocócica anterior e outros critérios baseados nos critérios revisados de Jones de 2015 (LOIZAGA SR e BEATON AZ, 2021; RALPH AP e CURRIE BJ, 2022).

Aproximadamente 50% dos casos de FRA envolvem febre com dor nas articulações. A dor nas articulações associada à febre reumática pode ser sutil (sem calor, derrame ou eritema nas articulações; apenas dor e claudicação) ou intensa com poliartrite migratória clássica, afetando predominantemente as grandes articulações. Cardite com artrite é a próxima manifestação mais comum, seguida em ordem decrescente por coreia, cardite isolada ou outras combinações desses critérios "principais" de Jones. Eritema marginado e nódulos subcutâneos são relatados em menos de 1% dos casos locais. Pacientes com FRA apresentam uma combinação de febre, dor nas articulações, cardite, coreia e manifestações cutâneas (critérios de Jones) (LOIZAGA SR e BEATON AZ, 2021; LAMICHHANE S, et al., 2022; RALPH AP e CURRIE BJ, 2022).

A cardite isolada pode incluir apenas febre com evidência de doença valvar, como espessamento da válvula mitral e regurgitação leve na ecocardiografia. Pode se manifestar com ou sem sopro e com ou sem anormalidade de condução observada no eletrocardiograma, como bloqueio cardíaco de primeiro grau. A febre reumática aguda deve, portanto, ser considerada em uma criança com alto risco de exposição estreptocócica apresentando febre inexplicável. Eletrocardiografia, medidas de marcadores inflamatórios (concentração de proteína C-reativa, velocidade de hemossedimentação), sorologia estreptocócica e ecocardiograma podem ser indicados para investigação, pois a febre pode ser o único sinal de que a criança está com febre reumática aguda (RALPH AP e CURRIE BJ, 2022; ASFAW T, 2023).

A FRA causa pancardite, afetando o pericárdio (pericardite), epicárdio, miocárdio (miocardite, às vezes manifestada como doença do sistema de condução) e endocárdio (valvulite). Como a valvulite geralmente é uma manifestação proeminente da cardite reumática, um diagnóstico de cardite reumática deve ser reavaliado se ocorrer pericardite, miocardite ou anormalidade de condução na ausência de valvulite. A cardite comumente envolve as válvulas mitral (35%) e aórtica (12%), enquanto as válvulas tricúspide e pulmonar raramente estão envolvidas. Em regiões com alta prevalência de CR, é comum ver pacientes com mais de uma válvula acometida. As complicações da CR incluem fibrilação atrial, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, hipertensão pulmonar e endocardite infecciosa (MUTAGAYWA RK, et al., 2020; LONGENECKER CT, 2019).

A correlação clínica da valvulite é a regurgitação valvular patológica, que pode ser detectada clinicamente (como sopros regurgitantes) ou apenas na ecocardiografia. A regurgitação mitral (RM) pode ser detectada como um sopro holossistólico apical e pode ou não ser acompanhada por um sopro mesodiastólico apical (sopro de Carey-Coombs) e/ou regurgitação aórtica (RA; que pode ser detectada como um sopro diastólico inicial basal). Aproximadamente 10 por cento dos pacientes com FRA desenvolvem valvulite aguda grave com insuficiência mitral e/ou aórtica após o primeiro episódio de FRA, com sintomas consequentes incluindo dispneia e intolerância ao exercício. Uma proporção destes necessitará de tratamento médico e intervenção precoce. A cardite reumática detectada apenas por ecocardiografia (como doença valvular com regurgitação valvular) é denominada cardite subclínica, que pode constituir até 53 por cento dos casos de cardite reumática (RENTTA NN, et al., 2022; LEAL MTBC, et al., 2019).

A RM é a manifestação valvular precoce mais comum e pode ser acompanhada por RA e/ou raramente por regurgitação tricúspide (RT); RA isolada é menos comum. Postula-se que o mecanismo da RM durante a IRA está relacionado a uma combinação de anulite com dilatação anular, cordite com alongamento de cordas e valvulite resultando em prolapso do folheto mitral tipicamente anterior e RM patológica. A ruptura de cordas é uma complicação rara da cardite reumática, que em alguns casos pode requerer reparo emergencial da válvula mitral (KUMAR RK, et al., 2020).

A ecocardiografia é o padrão ouro para o diagnóstico de cardite. A principal manifestação da cardite é a valvulite, que se manifesta mais comumente como incompetência mitral e aórtica. Do ponto de vista prático, o diagnóstico de cardite deve ser evitado se não houver evidências de disfunção valvular. Nos critérios revisados de Jones de 2015, a cardite pode ser clínica ou subclínica. Cardite subclínica refere-se à detecção de anormalidades valvulares ecocardiográficas consistentes com IRA na ausência de sinais de disfunção valvular na ausculta padrão. A ecocardiografia também pode ser utilizada para identificar derrame

pericárdico, bem como disfunção ventricular esquerda focal ou global, que são outras manifestações de suporte da cardite. Talvez o maior papel da ecocardiografia seja identificar diagnósticos alternativos, como cardiopatia congênita, prolapsos da válvula mitral ou excluir sopros fisiológicos que podem ser mal interpretados pela avaliação clínica como evidência de cardite. A cardite recorrente pode ser diagnosticada em pacientes conhecidos com FRA prévia ou que apresentam sinais ecocardiográficos de CR crônica e têm evidência de infecção recente por Strep A e exibem outras características de FRA (PETERS F, et al., 2020).

Pacientes com suspeita ou confirmação de FRA ou novo sopro devem ser submetidos a ecocardiograma para determinar se há anormalidades valvares. Conforme observado nos critérios de Jones revisados em 2015, o diagnóstico de cardite reumática pode ou não ser suspeitado clinicamente, mas em todos os casos deve ser confirmado com um ecocardiograma mostrando envolvimento valvar morfológico das válvulas mitral e/ou aórtica (exceto em casos muito precoces com morfologia valvular normal) e evidência Doppler de regurgitação valvular patológica. A CR definida é diagnosticada se um ou mais dos seguintes critérios estiverem presentes: Regurgitação mitral patológica e pelo menos duas características morfológicas VM de CR; gradiente médio da EM  $\geq 4$  mmHg (devem ser excluídas anomalias congênitas da VM e calcificação não reumática do anel mitral); Regurgitação aórtica patológica e pelo menos duas características morfológicas de CR da VM; Para indivíduos  $\leq 20$  anos, valva aórtica bicúspide, raiz dilatada e hipertensão devem ser excluídos; Para indivíduos  $\leq 20$  anos, doença limítrofe tanto da valva aórtica quanto da VM (a combinação de RA e RM, particularmente em regiões de alta prevalência e na ausência de cardiopatia congênita, é considerada reumática); para indivíduos  $< 35$  anos de idade, RA patológica e pelo menos duas características morfológicas de CR da válvula aórtica; válvula aórtica bicúspide, raiz aórtica dilatada e hipertensão devem ser excluídas (JAITEH LES, et al., 2021).

### **Prevenção e manejo da cardiopatia reumática**

A prevenção do desenvolvimento inicial da febre reumática aguda envolve diagnóstico imediato e tratamento antibiótico da infecção estreptocócica do grupo A predominantemente devido a amigdalofaringite, mas também da associada a piodermite (TORRES RPA, et al., 2021; ASFAW T, 2023).

A profilaxia secundária com injeção de 4 semanas de penicilina G benzatina (PGB) continua sendo a intervenção mais eficaz para prevenir a progressão da CR. Para indivíduos com febre reumática prévia com valvulite prévia, mas sem doença valvular residual (com critérios adicionais para confirmar o diagnóstico definitivo de CR), sugere-se profilaxia secundária por 10 anos após o último ataque ou pelo menos até os 21 anos de idade (o que for mais longo). Para pacientes com febre reumática prévia com valvulite com doença valvular persistente, a profilaxia secundária é geralmente sugerida por 10 anos após o último ataque ou até os 40 anos de idade, o que for mais longo. Para pacientes neste grupo com dano valvular mais grave (por exemplo, causando insuficiência cardíaca ou tratados por cirurgia valvular), sugere-se profilaxia secundária vitalícia (JAITEH LES, et al., 2021; BAERLER B e EMRICH T, 2021; REGMI PR, et al., 2022).

Os pilares do manejo da cardite (que se manifesta principalmente como valvulite) na febre reumática aguda) são o diagnóstico precoce e a avaliação da gravidade por ecocardiografia, o manejo da insuficiência cardíaca e outras complicações quando presentes e o início da profilaxia secundária. Sugere-se não tratar a cardite com glicocorticóides e imunoglobulina intravenosa (IVIG). Pacientes com cardite grave (insuficiência cardíaca geralmente causada por regurgitação grave com ou sem graus variáveis de bloqueio atrioventricular) devem ser tratados com terapia médica padrão para essas condições. A causa da insuficiência cardíaca na FRA é geralmente regurgitação mitral grave (RM; por exemplo, associada a uma corda rompida). O paciente deve ser estabilizado e tratado com tratamento médico ideal e encaminhado para uma equipe de válvulas cardíacas para avaliar a necessidade do momento ideal e do tipo de cirurgia. A cirurgia valvar raramente é necessária durante um episódio agudo de FRA, geralmente apenas em pacientes com ruptura de cordoalha tendínea (segmento instável) com insuficiência mitral grave aguda, para os quais a cirurgia pode salvar vidas. Se o paciente puder ser estabilizado clinicamente, a cirurgia deve ser adiada, pois os resultados cirúrgicos geralmente são melhores se a cirurgia valvular for realizada quando a cardite estiver quiescente (WATKINS DA, et al., 2018; RALPH AP e CURRIE BJ, 2022).

Pacientes com valvopatia reumática devem ser submetidos a avaliação clínica e ecocardiográfica periódica com frequência baseada na gravidade da doença, conforme descrito abaixo para lesões valvares individuais. Aplicam-se as indicações padrão para intervenção na válvula. A escolha do procedimento (por exemplo, reparo ou substituição da válvula mitral) é baseada nas características do paciente e nas opções de tratamento disponíveis. A prevenção secundária da febre reumática é recomendada em pacientes com história de febre reumática aguda e/ou CR. Vacinação anual contra influenza e higiene dental meticulosa com check-ups anuais são recomendados para pacientes com CR. A profilaxia contra endocardite infecciosa (EI) é recomendada para pacientes com válvulas cardíacas protéticas ou história prévia de EI que se submetem a procedimentos odontológicos invasivos. As diretrizes de profilaxia da endocardite são discutidas em detalhes separadamente (AUALA T, et al., 2022; ASFAW T, 2023).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cardiopatia reumática é uma grave consequência da FRA representando a principal causa de doença cardíaca entre crianças em países de baixa e média renda. A FRA causa pancardite e, mais comumente, problemas valvares. O diagnóstico da CR é feito através do ecocardiograma e deve-se suspeitar de cardiopatia reumática e todos os pacientes com FRA. Em pacientes com febre reumática aguda recomenda-se a profilaxia com injeção de 4 semanas de penicilina G benzatina (PGB) pra prevenir a progressão da CR. O manejo da CR é feito através do diagnóstico precoce e tratamento da insuficiência cardíaca.

## REFERÊNCIAS

1. ASFAW T. Prevalence of rheumatic heart disease in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *SAGE Open Med*, 2023; 11: 20503121231169389.
2. AUALA T, et al. Acute Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease: Highlighting the Role of Group A Streptococcus in the Global Burden of Cardiovascular Disease. *Pathogens*, 2022; 11(5): 496.
3. BAEßLER B e EMRICH T. The role of cardiovascular magnetic resonance imaging in rheumatic heart disease. *Clin Exp Rheumatol*, 2018; 36 (5): 171-176.
4. BELAY W e ALIYU MH. Rheumatic Heart Disease is Missing from the Global Health Agenda. *Ann Glob Health*, 2021; 87(1): 110.
5. DOOLEY LM, et al. Rheumatic heart disease: A review of the current status of global research activity. *Autoimmun Rev*, 2021; 20(2): 102740.
6. DOUGHERTY S, et al. Rheumatic Heart Disease: JACC Focus Seminar 2/4. *J Am Coll Cardiol*, 2023; 81(1): 81-94.
7. KARTHIKEYAN G e KOTHARI SS. How should the burden of rheumatic heart disease be reduced? *Lancet Glob Health*, 2023; 11(3): 316-317.
8. KUMAR RK, et al. Contemporary Diagnosis and Management of Rheumatic Heart Disease: Implications for Closing the Gap: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 2020; 142(20): 337-357.
9. JAITEH LES, et al. Rheumatic heart disease in The Gambia: clinical and valvular aspects at presentation and evolution under penicillin prophylaxis. *BMC Cardiovasc Disord*, 2021; 21(1): 503.
10. LAMICHHANE S, et al. Rheumatic heart disease in the heart of Himalayas. *Ann Med Surg (Lond)*, 2022; 82: 104672.
11. LEAL MTBC, et al. Rheumatic heart disease in the modern era: recent developments and current challenges. *Rev Soc Bras Med Trop*, 2019; 52: e20180041.
12. LOIZAGA SR e BEATON AZ. Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease in the United States. *Pediatr Ann*, 2021; 50(3): 98-104.
13. LONGENECKER CT. Echo Screening for Rheumatic Heart Disease. *Circ Cardiovasc Imaging*, 2019; 12(2): e008818.
14. MUTAGAYWA RK, et al. Rheumatic heart disease anno 2020: Impacts of gender and migration on epidemiology and management. *Eur J Clin Invest*, 2020; 50(12): e13374.
15. NEPAL R, et al. Patterns of Rheumatic Heart Disease and Treatment Practices at Tertiary Care Center in Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc*, 2020; 58(230): 784-788.

16. PETERS F, et al. Rheumatic heart disease: current status of diagnosis and therapy. *Cardiovasc Diagn Ther*, 2020; 10(2): 305-315.
17. RALPH AP e CURRIE BJ. Therapeutics for rheumatic fever and rheumatic heart disease. *Aust Prescr*, 2022; 45(4): 104-112.
18. REGMI PR, et al. Secondary Prevention of Rheumatic Heart Disease in Nepal: Are We Going Backward? *JNMA J Nepal Med Assoc*, 2022; 60(253): 832-835.
19. RENTTA NN, et al. Medical Treatment for Rheumatic Heart Disease: A Narrative Review. *Heart Lung Circ*, 2022; 31(11): 1463-1470.
20. SHAWAR YR e SHIFFMAN J. Generating Global Priority for Addressing Rheumatic Heart Disease: A Qualitative Policy Analysis. *J Am Heart Assoc*, 2020; 9(8): e014800.
21. SHENTHAR J. Management of atrial fibrillation in rheumatic heart disease. *Heart Rhythm O2*, 2022; 3(6): 752-759.
22. TORRES RPA, et al. Improvement of Rheumatic Valvular Heart Disease in Patients Undergoing Prolonged Antibiotic Prophylaxis. *Front Cardiovasc Med*, 2021; 8: 676098.
23. VERVOORT D, et al. Rheumatic heart disease: The role of global cardiac surgery. *J Card Surg*, 2021; 36(8): 2857-2864.
24. ZILLA P, et al. TAVR for Patients With Rheumatic Heart Disease: Opening the Door for the Many? *J Am Coll Cardiol*, 2021; 77(14): 1714-1716.
25. WATKINS DA, et al. Rheumatic Heart Disease Worldwide: JACC Scientific Expert Panel. *J Am Coll Cardiol*, 2018; 72(12): 1397-1416.