

IMPORTÂNCIA DA FEBRE REUMÁTICA E ENDOCARDITE INFECCIOSA EM ODONTOPEDIATRIA

**Rogério Lopes Di Nicoló¹, Sabrina Fróes Faria Campos²,
Marcos Augusto do Rego³**

¹Especialista em Odontopediatria/UNIVAP

²UNIVAP, Curso Especialização em Odontopediatria

³UNIVAP e UNITAU, Curso de Odontologia. Rua José Pereira dos Santos, 233 – URBANOVA – São José dos Campos, SP. CEP 12 244 484 marcosreg@uol.com.br

Resumo- A febre reumática e a endocardite bacteriana são importantes alvos de estudo na odontopediatria, pois, apesar de raras em crianças, quando as acometem podem ser fatais. A preocupação maior do odontopediatra é saber reconhecer pacientes de risco, realizando uma anamnese minuciosa e a partir dos dados recolhidos, indicar ou não, profilaxia antibiótica adequada. É certamente a profilaxia, a conduta que deve ser considerada pelo cardiologista e pelo dentista para realização do tratamento odontológico em criança cardiopata. Agentes infecciosos da microbiota bucal, particularmente estreptococos alfa hemolíticos e *Staphylococcus aureus*, podem atingir circulação sanguínea e instalar-se em estruturas valvares atingidas pela doença reumática ou por outros processos, proliferar-se e causar síndrome infecciosa aguda ou subaguda do endocárdio. A profilaxia da endocardite bacteriana deve ser dirigida para estreptococos alfa hemolíticos e *S. aureus*, devendo o antibiótico específico para o caso, ser instituído uma a duas horas antes do procedimento, devendo-se aguardar no mínimo dez dias para um novo procedimento.

Palavras-chave: Endocardite bacteriana, febre reumática, odontopediatria.

Área de Conhecimento: Odontologia

Introdução

A Febre Reumática e a Endocardite Infecciosa ou Endocardite bacteriana são duas enfermidades muito importantes na Odontologia, principalmente em Odontopediatria, pois existem chances de se desencadear uma bacteriemia associada a manipulações dento-gengivais. Estudos revelam que as bactérias que podem desencadear essas enfermidades são constantemente encontradas na cavidade bucal, portanto um procedimento odontológico bem planejado com uma profilaxia antibiótica adequada em pacientes de risco poderá evitar o desenvolvimento ou mesmo a reativação dessas doenças, que em casos extremos podem ser fatais.

Ambas são patologias que, uma vez diagnosticadas na anamnese do paciente em uma consulta odontológica, devem ter atenção especial, pois será um paciente que necessitará de cuidados especiais por toda sua vida.

Este estudo pretende discutir aspectos destas doenças, desde sua epidemiologia e etiopatogenia, passando por manifestações clínicas e diagnósticos diferenciais, e dando ênfase aos cuidados terapêuticos que um Odontopediatra deve ter em relação ao seu paciente portador ou suscetível a essas patologias.

Revisão de Literatura

Febre Reumática

A prevalência da febre reumática em crianças escolares em países desenvolvidos é 0,1 por mil e é muito alta (22:1000) em países em desenvolvimento. Ocorre mais comumente entre seis e quinze anos de idade, é mais prevalente em zonas temperadas e de elevada altitude e é mais comum e severa em crianças que vivem em condições sócio-econômicas abaixo dos padrões (McDONALD; AVERY, 2000).

A incidência e a prevalência da doença vêm apresentando real declínio nas últimas décadas. Apesar da decisiva influência da introdução da penicilina, o início da queda precedeu o advento da antimicrobiano. Esse fato teve relação com as melhores condições socioeconômicas da população e com a atenção mais adequada às infecções estreptocócicas de vias aéreas superiores. Nos países desenvolvidos, a frequência da Febre Reumática apresentou redução expressiva, sendo raro o relato de casos novos. Já nos países em desenvolvimento, a doença ainda é a principal causa de cardiopatia adquirida na criança em idade escolar, no adolescente e no adulto jovem. No entanto, os registros de frequência da doença, tanto na fase aguda como crônica, não são precisos,

estimando-se prevalência de 0,7 a 24:1000 escolares (MOTA; MEIRA, 2002).

A febre reumática ocorre após infecção nasofaríngea causada por estreptococo beta-hemolítico do grupo A em cerca de 2 a 3% dos indivíduos. A incidência depois de faringites exsudativas em epidemias é de aproximadamente 3%. A incidência é bem mais baixa quando a faringite estreptocócica é menos grave. Pode ser considerada uma doença multissistêmica, não supurativa, que se manifesta entre uma e cinco semanas após infecção por estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield e é desencadeada por respostas imunológicas inadequadas, humoral e celular, em indivíduos geneticamente predispostos (ARGUEDAS; MOHS, 1992; McDONALD; AVERY, 2000, MOTA, MEIRA, 2002).

A profilaxia primária da febre reumática implica no controle das infecções estreptocócicas para prevenção do primeiro surto de febre reumática, através da redução do contato com o estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBHGA) e do tratamento das faringoamidalites por EBHGA. Na vigência de uma faringoamidalite pelo EBHGA, a medicação curativa é eficaz como profilática da febre reumática quando iniciada até o nono dia de infecção. Para que ocorra a erradicação do estreptococo, deve-se utilizar droga antibiótica, com manutenção dos níveis séricos por dez dias (MOTA; MEIRA, 2002).

A penicilina é o antimicrobiano de escolha, exceto em pacientes alérgicos ao medicamento. Ela pode ser administrada por via intramuscular ou oral. A forma mais segura de garantir o tratamento adequado é o uso da penicilina G benzatina por via intramuscular. O antibiótico oral de escolha é a penicilina V. Para pacientes com história de hipersensibilidade à penicilina, deve ser prescrito eritromicina (LOCKHART; SCHMIDTKE, 1994).

A *American Heart Association* (AHA) faz as seguintes recomendações quanto à duração da profilaxia secundária da febre reumática: a) febre reumática com cardite e cardiopatia reumática crônica residual: profilaxia no mínimo por 10 anos após o último surto e até os 40 anos de idade, algumas vezes a vida toda; b) febre reumática com cardite mas sem cardiopatia reumática crônica residual: 10 anos de profilaxia após o último surto, ou até os 21 anos de idade, valendo o período que for mais longo; c) febre reumática sem cardite: 5 anos de profilaxia, ou até a idade de 21 anos, valendo o período que for mais longo (PASSERI et al., 1991).

Endocardite bacteriana ou infecciosa.

Em 1945 Holt; Howland, afirmaram em seu livro que endocardite aguda não é observada com frequência nos lactentes, tanto quanto a subaguda, que entre cinqüenta mil crianças internadas no "*Harriet Lane Home*" só foram comprovados 15 casos, dos quais a criança mais jovem tinha quatro anos; entretanto, este estado pode ser observado nos lactentes.

A ocorrência de bacteriemias podem ser decorrentes de procedimentos odontológicos ou simples hábitos, como escovação e uso de fio dental, pois a cavidade bucal abriga um grande número de microrganismos que podem entrar na corrente sanguínea (DUFFIN, 1992; LIEBERMAN, 1992; HOBSON; CLARK, 1993; ARAÚJO; FIGUEIREDO, 2002).

Os microrganismos piogênicos mais encontrados na endocardite aguda, segundo Décourt (1988) são: a) estreptococos do grupo *viridans*; b) estreptococos do grupo D (*E. faecalis*; *S. bovis*); c) estafilococos (*S. aureus* e *S. albus*); d) bactérias Gram-negativas; e) riquesias (*Coxiella burnetti*, *Chlamydia psittaci*); f) anaeróbios; g) fungos (principalmente gêneros *Candida* e *Aspergillus*); h) saprófitas habituais (*S. epidermidis*), bacteróides e diferóides;

Segundo Magalhães; Marques (2005), estima-se que apenas 10-20% dos casos de endocardite bacteriana estão associados a tratamentos dentários. Os tratamentos dentários que envolvem manipulações dento-gengivais com risco de hemorragia estão associados a bacteriemia. É este pressuposto que tem permitido identificar os procedimentos dentários que requerem profilaxia nos pacientes de risco. Os autores salientam que é provável que as lesões microscópicas dos vasos sanguíneos, causadas pelas pressões positivas e negativas geradas pelo movimento do dente no alvéolo em manipulações dentárias (como a colocação de dique de borracha), sejam a porta de entrada das bactérias na corrente sanguínea. Isto ajuda a explicar a bacteremia freqüentemente associada à mastigação ou à simples exploração supragengival do dente com sonda.

Segundo Andrade (2002), o protocolo indicado para a prevenção da endocardite infecciosa não deve incluir simplesmente a administração do antimicrobiano, previamente à intervenção como: a) sempre que possível, procurar trocar informações com o médico do paciente ou com um cardiologista de confiança. Além de ético, este comportamento transmite maior confiabilidade e segurança ao paciente; b) solicitar ao paciente para bochechar uma solução de digluconato de clorexidina a 0,2%, por um

minuto, antes de cada sessão de atendimento; c) somente iniciar o atendimento após certificar-se que o paciente tomou a medicação antibiótica profilática; d) planejar o tratamento de tal forma que seja possível realizar o maior número de procedimentos odontológicos, sob a mesma cobertura antibiótica; e) evitar traumatismos gengivais desnecessários; f) procurar estabelecer um intervalo mínimo de 10 dias entre as sessões, para evitar a resistência bacteriana; g) instituir medidas de prevenção das doenças bucais; h) quando houver dúvida sobre a necessidade de se fazer ou não a profilaxia da endocardite infecciosa, FAÇA.

Segundo Andrade (2002), o protocolo padrão para crianças é de 50mg/kg de peso corporal, Via oral, 1 hora antes do procedimento. Para crianças alérgicas às penicilinas a dose é de 20mg/kg de peso corporal, via oral, 1 hora antes do procedimento ou Cefalexina, 50mg/kg de peso corporal, via oral, 1 hora antes do procedimento ou ainda Azitromicina 15 mg/kg de peso corporal, Via oral, 1 hora antes do procedimento. Já para pacientes incapazes de fazer uso da via oral o antibiótico indicado é ampicilina 50 mg/kg de peso corporal, via IM ou IV, aplicada 30 minutos antes do procedimento. E para pacientes incapazes de fazer uso da via oral e, alérgicos às penicilinas é indicado clindamicina, 20 mg/kg de peso corporal, VI aplicada 30 minutos antes ou cefazolina 25 mg/kg de peso corporal, via IM ou IV também 30 minutos antes.

Segundo Magalhães; Marques (2005), um bochecho com digluconato de clorexidina a 0,2% durante 30 segundos no início de cada consulta diminui drasticamente o número de microorganismos da cavidade oral, e reduz em cerca de 93% o número de bactérias viáveis na saliva durante mais de uma hora. A redução da placa bacteriana na cavidade oral deve ser uma prioridade.

Discussão

Admite-se que a febre reumática é complicação tardia, não supurativa, de uma infecção respiratória alta por estreptococo beta-hemolítico do grupo A, em indivíduos sensíveis. A doença caracteriza-se por lesões inflamatórias envolvendo principalmente as articulações, o coração e os tecidos subcutâneos.

A endocardite infecciosa é uma doença grave causada por infecção microbiana de uma válvula cardíaca ou do endocárdio, geralmente na proximidade de defeitos cardíacos congênitos ou adquiridos. Essa doença é fatal, sempre que o tratamento médico agressivo não for realizado. A taxa de mortalidade não é alta, mas as

complicações geradas podem encurtar a vida do paciente (WANNMACHER; FERREIRA, 1995).

No caso do aparecimento da febre reumática não há muito que se discutir sobre seus cuidados terapêuticos, é importante saber diagnosticar o estágio da doença e de acordo com a sua evolução administrar a medicação correta. Vários autores citam a penicilina V por via oral no caso de profilaxia primária, exceto em pacientes alérgicos, no qual é administrado eritromicina. Na profilaxia secundária a droga de escolha é a penicilina G benzatina via intramuscular, e nos alérgicos, a sulfadiazina.

Para os cuidados terapêuticos da endocardite bacteriana a discussão é maior. Sabia-se que a endocardite bacteriana era uma doença rara, grave e que sem tratamento levaria ao óbito. Assim sendo, a discussão se baseará em quando e como trata-la.

Apesar disso, a grande maioria dos autores concordam que a profilaxia antibiótica se faz necessária toda vez que se corre o risco de uma bacteriemia, como no caso de extrações dentárias, raspagem subgengival e cirurgia oral, ou seja, em todos procedimentos odontológicos que causem sangramento gengival. Vários autores estão adotando a prática de usar a clorexidina, ou semelhantes, para uma assepsia bucal antes de qualquer procedimento que possa causar bacteriemia, ou mesmo para reduzir a inflamação gengival, pedindo-se para que o paciente faça o bochecho domiciliar com tal substância. Sobretudo orientar o paciente quanto sua saúde e higiene oral, pois a própria mastigação, escovação e uso do fio dental e até mesmo infecções periapicais, pode causar bacteriemia. Portanto, a orientação ao paciente quanto sua saúde e higiene oral, e quanto às suas consultas periódicas deve ser feita pelos dentistas (PASSERI; ANDRADE; MATTOS FILHO, 1991; MELLOR, 1992; TAN; GILL, 1992; SMITH; ADAMS, 1993).

Deve-se também alertar o paciente quanto ao risco de falhas da profilaxia, mesmo o paciente estando corretamente coberto. E cabe ao dentista acompanhar esse paciente durante alguns meses a fim de investigar possíveis sinais e sintomas da doença da doença, o mais precoce possível.

Conclusões

A Febre Reumática dificilmente acomete crianças muito pequenas, ocorrendo mais frequentemente em idade escolar. Paciente com história de febre reumática é suscetível a endocardite bacteriana, a qual pode ser desencadeada por procedimentos odontológicos que geram bacteriemia, como raspagem

periodontal, extração e cirurgia oral, entre outros procedimentos discutíveis.

Cabe ao dentista alertar o paciente que mesmo fazendo uso de cobertura antibiótica profilática, pode ocorrer a endocardite bacteriana. O próprio paciente, quando tem saúde oral pobre, pode estar desencadeando bacteriemia em casa (através da mastigação, escovação ou uso do fio dental).

Como a maior fonte de infecção dessas patologias é a cavidade bucal, cabe ao dentista o cuidado pela saúde oral do paciente, quando este procura o seu consultório (profilaxia e aplicação de antissépticos bucais para diminuir o nível de bactérias, restaurações de altíssima qualidade, cobertura antibiótica quando necessário). Somente assim é possível diminuir o risco de bacteremias. Sendo assim, o melhor caminho encontrado é, sem dúvida, o da prevenção.

Referências

- ANDRADE, E.D. et al. Prevenção da endocardite infecciosa. In: ANDRADE, E. D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. 4ªed. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p.141-148.
- ARAUJO, N.C.B.I.; FIGUEIREDO, M.M.M. Endocardite bacteriana e Odontologia: um risco ao Cirurgião Dentista. *Odontologia.com.br* Ago. 2002. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=288>>. Acesso em 18 out. 2006.
- ARGUEDAS, A.; MOHS, E. Prevention of rheumatic fever in Costa Rica. **J. Pediatr.** v.121, n.4, p.569-572, 1992.
- DECOURT, L.V. Endocardites infecciosas. In: MACRUZ, R.; SNITCOWSKY, R. **Cardiologia Pediátrica**. São Paulo: Savier, 1988. cap.46, p.632-642
- DUFFIN, P.R. Dental care of patients susceptible to infective endocarditis. **Br. Dent. J.** v.173, n.5, p.169-172, 1992.
- HOBSON, R.S.; CLARK, J.D. Infective endocarditis associated with orthodontic treatment: a case report. **Br. J. Orthod.** v.20, n.3, p.241-4, 1993.
- HOLT, L.E.; HOWLAND, J. Doenças do endocárdio. In: **Medicina Infantil**. 11.ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1945. p.558-63
- LIEBERMAN, M.B.A.A. Life-threatening, spontaneous, periodontitis-induced infective endocarditis. **J. Calif. Dent. Assoc.**, v.20,n.9, p.37-39, 1992.
- LOCKHART, P.B.; SCHMIDTKE, M.A. Antibiotic considerations in medically compromised patients. **Dent. Clin. North. Am.** v.38, n.3, p.381-401, 1994.
- MAGALHÃES, S.; MARQUES, P. Prevenção da endocardite bacteriana – que mudanças no futuro. **Rev. Port. Estoma. Méd. Dent. Cir. Maxilo.** v.46, n.2. p.119-125, 2005.
- McDONALD, R.E.; AVERY, D.R. **Odontopediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 7ªed. 2001
- MELLOR, A.C. Dental care of patients susceptible to infective endocarditis. **Br. Dent. J.** v.173, n.8, p.261-262, 1992.
- MOTA, C.C.C.; MEIRA, Z.M.A. A prevenção da febre reumática. **Rev. Méd. Minas Gerais** v.12, n.3 (supl.1), p.S3-S8, 2002.
- PASSERI, L.A.; ANDRADE, E.D.; MATTOS FILHO, T.R. Prevenção da endocardite bacteriana. Recomendações da American Heart Association. **Rev. Bras. Odontol.** v.48, n.5, p.28-31, set/out. 1991.
- SMITH, A.J.; ADAMS, D. The dental status en attitudes of patients at risk form infective endocarditis. **Br. Dent. J.** v.174, n.2, p.59-64, 1993.
- TAN, S.Y.; GILL, G. Selection of dental procedures for antibiotic prophylaxis against infective endocarditis. **J. Dent.** v.20, n.6, p.375-6, 1992.
- WAHL, M.J.; WAHL, P.T. Prevention of infective endocarditis: an update for clinicians. **Quintessence Int.** v.24, n.3, p.171-5, 1993.
- WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C. Indicações de quimioprofilaxia antimicrobiana em odontologia. In: **Farmacologia Clínica Para Dentistas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. cap.26, p.141-148.