

COREIA EM ADULTO JOVEM - UM RELATO DE CASO

Orientador: RODRIGUES, Carlos Frederico Almeida

Pesquisadoras: CONTE, Talita Aparecida

FILLUS, Isadora Cavenago

A manifestação de coreia é um achado da clínica neurológica que pode estar associado a diversas etiologias. Quando se apresenta em um adulto jovem, pode relacionar-se a uma forma juvenil de Coreia de Huntington (CH), reativação imunológica cruzada na Coreia de Sydenham (CS), uso de anovulatórios e primeira manifestação de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), entre outras causas. No entanto, o caso aqui apresentado possui peculiaridades que não permitem enquadrá-lo perfeitamente nos achados dessas patologias que poderiam estar causando a coreia, sendo colocada em discussão a hipótese diagnóstica e a escolha da conduta. O objetivo foi apresentar e discutir um relato de caso clínico de coreia em adulto jovem, com apresentação atípica para a idade, com poucos fatores clínicos relacionados e de diagnóstico intrincado em razão das características diferenciadas do caso. F. C. P., sexo feminino, 22 anos, trabalha como auxiliar administrativa e procurou o atendimento médico com a queixa de “dor de cabeça”. Referiu uma cefaleia holocraniana em peso iniciada há cinco meses, exacerbada com o movimento e aliviada ao se deitar, concomitante a náuseas e vertigem. Juntamente a essa queixa, passou a apresentar parestesia nas falanges distais dos 10 quirodáctilos e do terço distal da língua, seguida de perda de sensibilidade profunda do primeiro pododáctilo. Foi encaminhada ao neurologista há cerca de dois meses quando passou a apresentar disestesia no membro superior esquerdo e movimentos coreicos no dimídio corporal esquerdo e face. O distúrbio de movimento era exacerbado com a movimentação da paciente e diminuía ao repouso. A paciente relata que essa foi a primeira apresentação do quadro, tendo sido medicada apenas com corticoides para melhora do quadro álgico. Nega histórico de trauma, uso de drogas, infecções de vias aéreas recentes e, também, nega histórico familiar de distúrbios do movimento. Solicitou-se RMN de crânio com resultado normal. Ecocardiografia normal e BhCG negativo. Foi suspenso anovulatório, e entre os exames solicitados, o único com resultado significativo foi antiestreptolisina O (ASLO) limítrofe, sendo, então, prescrita Ampicilina. Sem particularidades ao exame físico e ao exame neurológico apresenta força 4/6+ no membro inferior esquerdo e coordenação diminuída em todo o dimídio esquerdo. A coreia pode ser definida como movimento anormal resultante de contrações musculares ao acaso, que resultam em fluxo contínuo e imprevisível de movimentos anormais. Apresentam-se na prática neurológica sob diversas etiologias, desde distúrbios degenerativos, genéticos até o uso de determinados medicamentos. No caso de F. C. P., poderia ser considerada a hipótese de Coreia de Huntington (CH), pois mesmo estando fora da faixa etária de manifestação mais incidente, de 30 a 55 anos, existe uma apresentação de CH juvenil, que ocorre abaixo dos 21 anos de idade. No entanto, como essa patologia é uma distúrbio genético autossômico dominante, a inexistência de familiares com esse diagnóstico ou, ao menos, sintomatologia inicial, não sustenta essa hipótese diagnóstica. A hipótese de Coreia de Sydenham (CS) também foi levantada, mas a falta de evidência clínica ou mesmo la-

boratorial de infecção estreptocócica, bem como Beta-HCG negativo, falavam contra a pressuposição de reatividade imunológica cruzada entre esse grupo de micro-organismos e os núcleos da base, que pode ocorrer em adultos jovens e grávidas com manifestação prévia de CS. A coreia como manifestação inicial do LES, desencadeada por uso de anovulatórios orais, é uma possibilidade diagnóstica rara e também afastada do caso de F. C. P. após anticorpo antinuclear negativo (FAN-) em dois exames. A ausência de qualquer injúria cerebral na tomografia de crânio e a falta de dados na história da paciente que pudessem levar a outras etiologias para o achado, também não condiz com a conjectura de manifestação aguda da coreia após AVE, neoplasias ou lesões iatrogênicas em região próxima aos núcleos da base. O único achado digno de nota entre os exames complementares foi estiestreptolisina O (ASO) limítrofe, o que, mesmo com ausência de outras manifestações da Febre Reumática, guiou a conduta para o uso de Ampicilina por 10 dias. Após a retirada do antibiótico, o ASO apresentou-se aumentado, com o valor de 400 UI/ml, com uma referência de limite de normalidade sendo de 200 UI/ml. Dessa forma, reafirmou-se a possibilidade de um quadro de febre reumática, sendo reiniciada a antibioticoterapia, agora com uso de Penicilina G. A paciente teve regressão dos sintomas coreicos, o que parece confirmar o diagnóstico, mesmo sem ter cumprido os critérios de Jones da American Heart Association (AHA), em 1992 (Quadro 1), necessários para diagnosticar o primeiro surto de Febre Reumática e/ou critérios de Jones revistos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2003 e publicados em 2004 (Quadro 2).

Quadro 1 - Critérios de Jones (1992) para o diagnóstico do surto inicial de Febre Reumática

SINAIS MAIORES	SINAIS MENORES
Artrite	Artralgia
Cardite	Febre
Coreia	Aumento da VHS
Eritema marginado	Aumento do PCR
Nódulos subcutâneos	Aumento do espaço PR
Evidência de infecção estreptocócica prévia	
ASO e/ou outro anticorpo antiestreptocócico elevado ou em elevação; cultura de orofaringe ou teste rápido para estreptococos positivos	

Fonte: os autores.

Nota: VHS = velocidade de hemossedimentação; PCR = proteína C-reativa; ASO antiestreptolisina O.

Quadro 2 - Critérios diagnósticos para Febre Reumática e Cardiopatia Reumática Crônica - OMS 2002-2003 (com base nos critérios de Jones)

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS	CRITÉRIOS
Surto inicial ou recorrente de FR	2 maiores ou 1 maior e 2 menores + evidência estreptocócica recente
Surto recorrente de FR em pacientes com cardiopatia reumática	2 menores + evidência estreptocócica recente
Coreia reumática	Outras manifestações maiores ou evidência estreptocócica recente
Cardite reumática insidiosa	
Lesões valvares crônicas de cardiopatia reumática	Não é necessário qualquer outro critério para o diagnóstico de cardiopatia reumática clínica

Fonte: os autores.

A coreia em pacientes jovens possui uma variedade de hipóteses diagnósticas, entre elas a de Febre Reumática. No entanto, o caso deixa claro que existem outras manifestações da doença, de início não acompanhada de endocardite, artrite, febre, eritema marginado, entre outros sintomas necessários para o diagnóstico de tal patologia com base nos critérios de Jones. O não tratamento imediato e a espera para que apareçam tais sintomas é prejudicial para o bom prognóstico do paciente. Logo, é necessário que o médico tenha bom embasamento da clínica apresentada pelo paciente, para que o guie na conduta de tratamento de Febre Reumática quando apresentada somente por coreia e ASLO limítrofe, mesmo com o paciente negando infecções prévias por *Streptococos* do grupo A Beta Hemolítico, como apresentado neste relato. Palavras-chave: Coreia. Febre Reumática. Adulto jovem.

REFERÊNCIAS

- BRASIL NETO, J. P.; TAKAYANAGUI, O. M. *Tratado de neurologia da Academia Brasileira de Neurologia*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- KAKEHASI, A. M. et al. Movimentos involuntários anormais como primeira manifestação do lúpus eritematoso sistêmico: relato de caso. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 59, n. 3A, p. 609-612, 2001.
- MEZA ESCOBAR, L. E. et al. Retraso en el diagnóstico de un cuadro grave de enfermedad de Huntington juvenil: un reporte de caso. *Archivos Argentinos de Pediatría*, v. 112, n. 1, p. e23-e26, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.e23>>. Acesso em: 25 mar. 2014.
- NANCE, M. A.; MYERS, R. H. Juvenile onset Huntington's disease-clinical and research perspectives. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, v. 7, n. 3, p. 153-157, 2001.
- PATHANIA, M. et al. Chorea gravidarum: a rarity in West still haunts pregnant women in the East. *BMJ Case Reports*, 2013.
- PEIXOTO, A. et. al. Febre reumática: revisão sistemática. *Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 234-238, maio/jun. 2011.