

TERAPÊUTICA HORMONAL NA CORÉIA DE SYDENHAM

JOSÉ GERALDO ALBERNAZ *
ROMUALDO JOSÉ DO CARMO **

A coréia de Sydenham é geralmente considerada como parte da síndrome da febre reumática. Na sistematização clássica de Jones¹¹, ao lado da cardite, da poliartrite, dos nódulos subcutâneos e do eritema, a coréia constitui uma das manifestações principais de febre reumática. Bland e Jones³ anotaram a presença de sintomas coréicos em 51% de 709 casos de febre reumática.

Desde a publicação, em 1949, dos trabalhos de Hench e col.^{8,9}, a cortisona e o ACTH têm sido empregados no tratamento da febre reumática em suas várias formas. Já em 1950, Massel e col.¹⁵ relataram resultados favoráveis com o uso de ACTH no tratamento de coréia em um paciente de 7 anos; logo em seguida, Bunim⁴ e Kreidberg e col.¹³ referiram bons resultados com o emprêgo do ACTH, enquanto Cutler⁵ relatava os mesmos resultados com o uso da cortisona. Entretanto, os vários estudos referentes ao valor terapêutico desses hormônios em casos de coréia não têm chegado a conclusões uniformes. Aronson e col.², assim como Glasser e Merrit⁷, estão entre os primeiros a relatar resultados negativos com essa modalidade de tratamento.

Segundo Ainger e col.¹, anormalidades semelhantes, de ordem bioquímica e fisiológica, ocorrem em pacientes com reumatismo poliarticular agudo e coréia de Sydenham, parecendo-lhes ser lógica a eficácia terapêutica do ACTH e da cortisona na coréia de Sydenham, uma vez que êsses medicamentos são considerados eficientes para o reumatismo poliarticular agudo. Dordick e Gluck⁶, empregando a prednisona, considerou-a como substância anti-reumática e anti-inflamatória eficiente; de manejo mais fácil que a cortisona, permitindo emprêgo de doses menores e sem grandes preocupações de dieta, a prednisona, e também a prednisolona, naturalmente obtiveram imediata consideração para o tratamento da coréia.

Trabalho da Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, apresentado ao I Congresso Latino-Americano de Neurologia, 25 a 28 abril 1957, Buenos Aires, Argentina.

* Livre-Docente de Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, em exercício da Cátedra; diplomado pelo American Board of Neurological Surgery; Chefe do Serviço de Neurologia e Neurocirurgia do Hospital "Felício Roxo" (Belo Horizonte, Minas Gerais).

** Assistente voluntário da Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais (Belo Horizonte, Minas Gerais).

Como contribuição às publicações anteriores sobre o assunto, propomos a relatar 5 casos por nós observados.

MATERIAL

Foram observados 5 pacientes (2 meninos e 3 meninas), com idade entre 8 e 15 anos. O critério da escolha dos mesmos baseou-se principalmente na evidência clínica de coréia, pela presença de movimentos involuntários de tipo coréico, com ou sem outras manifestações maiores de febre reumática.

Foram usados esquemas de tratamento à base de cortisona em dois casos e de prednisona nos outros três, sem prejuízo da terapêutica sintomática usual.

OBSERVAÇÕES

CASO 1 — J. G. S., sexo masculino, 11 anos de idade, branco, internado em 25-5-1956. Há 2 meses teve inchação e dor nas articulações do tornozelo, joelho e cotovelo, com caráter migratório. O acometimento articular persistiu por 8 dias mais ou menos. Há 10 dias surgiram movimentos involuntários do tipo coréico. Em 1954 já tivera reumatismo e hemioréia. Exame físico normal. *Hemossedimentação*: 23 mm na 1ª hora e 44 mm na 2ª hora (Westergreen).

Terapêutica e evolução — Na primeira semana, foram usados 100 mg de Cortisona durante 3 dias, 75 mg durante 2 dias e 50 mg nos 2 dias restantes; a resposta não foi a desejada. Nova prova de hemossedimentação revelou 16 mm na 1ª hora e 60 mm na 2ª hora. Foi aumentada a dose diária de Cortisona para 200 mg, durante 27 dias. A melhora foi progressiva, tendo sido diminuída a dose diária para 25 mg, durante 30 dias. Nos últimos 20 dias o paciente já não apresentava sintomas da doença e, ao receber alta, a velocidade de sedimentação das hemácias era de 5 mm na 1ª hora e 10 mm na 2ª hora. Luminal e Clorpromazina foram usados como medicação sintomática auxiliar. Prescreveu-se também Penicilina-Benzotina.

CASO 2 — J. H. S., sexo masculino, 9 anos de idade, mulato, internado em 18-6-1956. Há 2 meses começou a repuxar todo o corpo. Inicialmente, um ou outro repuxão num braço ou numa perna; aos poucos, estes movimentos se foram acentuando, sendo que há 8 dias pioraram bastante. Seus parentes informam que os movimentos desaparecem durante o sono e o paciente dorme tranqüilo. Atualmente, repuxa os cantos da boca, mexe com a cabeça, o braço, uma ou outra perna, em sucessão indefinida. Refere ter, também, sensação de picadas e dores nas pernas. Há 4 dias vem tendo dificuldades para falar. Queixa-se de dor de cabeça de vez em quando. Dispnéia quando anda ou corre. Palpitações, às vezes. Há 2 anos sentiu pontadas no coração. Queixa-se de crises de aflição, como se houvesse alguma coisa a sufocá-lo, mas não relata dispnéia paroxística noturna. *Antecedentes pessoais* — Com 1 ano de idade, teve febre alta durante vários dias, diagnosticada como tifo; teve esquistossomose, tendo sido tratado com Fudina, há 1 ano; além disso, coqueluche e sarampo, sem gravidade. *Exame físico* — Movimentos involuntários do tipo coréico, bilaterais. Aparelho circulatório: Ictus visível no 4º espaço intercostal; pela palpação, frêmito de média intensidade, sistólico, na ponta; ictus intenso, coberto por 3 polpas digitais; pela ausculta: sopro sistólico rude, com irradiação para a axila esquerda. Pulso radial duro, ritmado, cheio, com 68 batimentos por minuto. Tensão arterial: Mx 110, Mn 65. Dores à palpação, no hipocôndrio direito, logo abaixo da reborda costal. Fígado palpável a um dedo da reborda. Baço não palpável.

Terapêutica e evolução — Foram administradas 150 mg de Cortisona durante 4 dias, 100 mg durante 16 dias e 50 mg durante 48 dias. Melhora clínica 20 dias de-

pois do início da administração da Cortisona; assintomático após mais 28 dias. Alta após mais 20 dias de observação. Foram empregados também o Luminal como medicação sintomática auxiliar, e a Penicilina-Benzatina. Neste caso, antes de ser iniciado o uso de Cortisona, fora administrada Butazolidina, sem resultado, durante 20 dias.

CASO 3 -- M. G. P. S., sexo feminino, 8 anos de idade, branca, examinada no ambulatório em 8-8-1956. Movimentos involuntários bilaterais há 20 dias, mais acentuados nos braços e discretos na boca. Início insidioso, com piora progressiva, estabilizando-se nos últimos 10 dias. Nada de importante nos antecedentes pessoais. *Exame* — Exceto quanto aos movimentos involuntários do tipo coréico, os exames físico e neurológico foram normais. *Hemossedimentação*: 5 mm da 1ª hora e 16 mm na 2ª hora (Westergreen).

Terapêutica e evolução — Prescreveu-se Prednisona, na dose de 7,5 mg por dia. Como tratamento sintomático, deu-se Luminal (0,04 g por dia). A paciente foi reexaminada 15 dias após; tinha melhorado bastante; notava-se ainda algum movimento nas mãos. Continuou com a mesma medicação e, em mais 5 dias, ficou assintomática. Após mais 10 dias suspendeu-se a Prednisona e prescreveu-se Penicilina-Benzatina.

CASO 4 — A. L. C., sexo feminino, 15 anos de idade, branca, examinada no ambulatório em 20-9-1955. Há 15 dias foi notado que a paciente estava muito inquieta, com movimentos desordenados, derrubando objetos, esbarrando aqui e ali, beliscando a si própria. Perdeu a vontade de estudar. Ficou mais nervosa. Tem dormido bem, mas custa conciliar o sono. *Antecedentes pessoais*: Aos 10 anos teve processo de tuberculose pulmonar. Difteria aos 6 anos. Coqueluche, sarampo, cachumba e catapora (brandas). Não há história de reumatismo. Há 3 meses fez tratamento anti-rábico, após mordida de cão desconhecido. Menarca aos 14 anos, com atraso nos últimos 2 meses. *Exame* — Além dos movimentos coreiformes contínuos, os exames físico e neurológico foram negativos. *Hemossedimentação*: 12 mm na 1ª hora e 48 mm na 2ª hora (Westergreen).

Terapêutica e evolução — Prescreveu-se Prednisona, na dose de 2,5 mg 3 vezes ao dia e, como medicação auxiliar, Luminal 0,05 g 2 vezes ao dia. Desapareceu a sintomatologia após 25 dias. A paciente continuou em uso de Prednisona durante mais 15 dias. Penicilina-Benzatina também foi usada.

CASO 5 — M. C. G., sexo feminino, 13 anos de idade, branca, examinada no ambulatório em 27-9-1956. Aos 10 anos de idade, começou a apresentar sinais de coréia: repuxava o rosto, as mãos e as pernas. A primeira crise forte durou uns 15 dias. A seguir, ficaram mais fracos os sintomas, mas não desapareceram completamente. Dessa época para cá, a paciente sofreu mais três crises fortes, durante as quais teve que ficar acamada. A última dessas crises iniciou-se há 10 dias. Geralmente, passa melhor quando toma salicilatos, mas, desta vez, como não houvesse melhora, deixou de tomar este medicamento. Atualmente, mesmo durante o sono, a paciente não fica quieta. *Antecedentes pessoais* — Amigdalectomia há 3 anos e apendicectomia há 2 meses. Já teve, há anos, dores reumatóides, porém sem outros indícios de reumatismo poliarticular agudo. *Exame* — Movimentos involuntários do tipo coréico, mais acentuados na boca. Exames físico e neurológico, no mais, negativos. Discreta hipertrofia do ventrículo esquerdo, sugerida pelo eletrocardiograma. Telerradiografia do coração revelando aumento da área cardíaca, principalmente do ventrículo esquerdo e diâmetro cárdio-torácico de 2,2. *Hemossedimentação*: 12 mm na 1ª hora e 31 mm na 2ª hora (Westergreen).

Terapêutica e evolução — Prescreveu-se Prednisona, na dose de 2,5 mg 4 vezes ao dia, e, como medicação coadjuvante, luminal 0,10 g por dia. Além disso, a paciente fez uso de Penicilina-Benzatina, na dose de 1.200.000 U. de 3 em 3 dias, até completar 6.000.000 U. Depois de 20 dias estava bem melhorada. Notavam-se ligeiros movimentos nos lábios; a mãe referiu-se a alguns movimentos discretos nas

mãos e pés que não observamos durante a consulta. Prescreveu-se Prednisolona, na dose de 7,5 mg diários, Penicilina-Benzatina na dose de 2.400.000 U., uma vez por mês, e 0,05 g de Luminal duas vezes ao dia. Em mais 20 dias a paciente estava assintomática; nessa ocasião suspendeu-se o Luminal, continuando-se o uso de Prednisolona por mais 40 dias.

Casos	Duração da doença antes do tratamento hormonal	Tratamento mg/dia	Nº de dias	Total mg	Desaparecimento da movimentação coréica	
1	10 dias	Cortisona	100,0	2	6.675	44 dias
			75,0	3		
			50,0	2		
			200,0	27		
			25,0	30		
2	60 dias	Cortisona	150,0	4	4.600	48 dias
			100,0	16		
			50,0	48		
3	20 dias	Prednisona	7,5	27	200	20 dias
4	15 dias	Prednisona	7,5	40	300	25 dias
5	10 dias	Prednisona	10,0	20	200	40 dias
		Prednisolona	7,5	60	450	

Quadro 1 — Resultados obtidos nos 5 casos.

COMENTARIOS

Em todos os casos houve desaparecimento completo dos sintomas coréicos, em períodos que variaram de 20 a 48 dias. Nos dois pacientes em que foi usada a cortisona, as doses totais empregadas foram altas, respectivamente, 6.675 mg e 4.600 mg; se tivéssemos suspenso a medicação ao alcançarmos doses equivalentes às usadas por Aronson, Douglas e Lewis² ou Glaser e Merrit⁷, certamente teríamos obtido resultados insatisfatórios nesses dois casos. Com o uso da prednisona e da prednisolona, alcançamos resultados bons com doses bem reduzidas e períodos de tratamento menos prolongados.

Schwartzman e col.¹⁶ preconizam o emprêgo simultâneo de ACTH e cortisona, de 6 em 6 horas, usados até desaparecimento dos sintomas, o que

ocorreu, em sua experiência, em períodos de 7 a 32 dias; êsses autores consideram essa forma de tratamento superior à terapêutica com apenas uma das drogas ou durante prazos limitados. Kroop¹⁴ chama a atenção para as vantagens de doses elevadas, sugerindo, em média, de 200 a 400 mg diários de cortisona por períodos de 2 a 3 semanas, seguidos de 150 a 200 mg diários por uma ou duas semanas e, depois, por 100 mg diários durante uma semana e mais 50 mg diários por outra semana; o tratamento deve durar em média de 6 a 12 semanas, com doses individualizadas de acôrdo com a gravidade e a evolução da moléstia; com essas dosagens, de 5 casos de coréia, 3 apresentaram melhoras em uma semana.

Kelly¹², em 18 casos de febre reumática aguda, dentre os quais 3 com coréia, obteve resultados dramáticos com a Corticotropina, estabelecendo, como dose diária inicial ótima, a de 1 a 2 unidades internacionais por libra de pêso corporal; êste autor analisa as possíveis causas de insucesso da terapêutica hormonal nas moléstias reumáticas. É óbvio que essas mesmas causas devem prevalecer para a coréia de Sydenham: a) variabilidade da doença no que diz respeito à gravidade e duração de cada uma de suas várias manifestações; b) variação no critério empregado para estabelecer o diagnóstico da doença; c) variação na dosagem das drogas empregadas; d) seleção dos casos, incluindo primariamente pacientes que exibem predominância de determinada manifestação da doença; e) falta de seleção de pacientes no que diz respeito a ataques iniciais agudos, recidivantes agudos e fase crônica ativa da doença.

É sabido que um episódio de coréia de Sydenham pode desaparecer espontâneamente em prazo variável entre 6 a 10 semanas. Entretanto, as recidivas são freqüentes, possivelmente acima de 70%, segundo Ainger e col.¹

Nossos casos ficaram assintomáticos em menos de 6 semanas e em nenhum registrou-se recidiva após a terapêutica hormonal, pelo menos até agora. Com o fim de afastar as recidivas, valemo-nos da antibioticoterapia profilática, como sugeriram Bland e Jones³, em forma semelhante à preconizada recentemente por Stollerman¹⁷, que sugere, entre outras alternativas, uma injeção mensal de 1.200.000 U. de Penicilina-Benzatina.

Com a intenção de observar os resultados da terapêutica hormonal na coréia, abstivemo-nos do uso de salicilatos, embora Holt e col.¹⁰ relatem magníficos resultados na febre reumática com o uso da Cortisona associada aos salicilatos.

RESUMO E CONCLUSÕES

Cinco casos de coréia de Sydenham foram submetidos à terapêutica hormonal com Cortisona, Prednisona e Prednisolona; o fenobarbital e a clorpromazina foram utilizados como medicação sintomática e a Penicilina-Benzatina como profilática. Depois de analisadas as referências bibliográficas, comparados os resultados de vários autores, e ajuizados os resultados obtidos em nossos casos, acreditamos poder concluir que: 1) a terapêutica hormonal da coréia de Sydenham, com o uso de ACTH, Cortisona, Prednisona ou Pred-

nisclona apresenta resultados satisfatórios; 2) a Prednisona e a Prednisolona são os hormônios mais úteis no tratamento da coreia de Sydenham, sendo possível que sua associação aos salicilatos permita obter resultados ainda melhores; 3) o tratamento deve prolongar-se até o completo desaparecimento dos sintomas, as doses variando de acôrdo com a gravidade e a evolução da moléstia; 4) a terapêutica hormonal deve ser usada sem prejuízo de medicação sintomática (sedativa) e profilática (antibiótica).

SUMMARY AND CONCLUSIONS

Hormonal therapy of Sydenham's chorea.

Five cases of Sydenham's chorea were treated with Cortisone, Prednisone and/or Prednisolone; Phenobarbital and Chlorpromazine were used as symptomatic and Benzathine-Penicillin as prophylactic medications. Reports of other workers were analyzed and their results compared. It is believed that the following conclusions are justified: 1) hormonal therapy of Sydenham's chorea with ACTH, Cortisone, Prednisone or Prednisolone brings satisfactory results; 2) Prednisone and Prednisolone are the most useful hormones for treatment of Sydenham's chorea, their association with salicylates possibly promising even better results; 3) treatment should be continued until symptoms disappear and the dosage should be individualized according to the severity and progression of the disease; 4) hormonal therapy should be done together with symptomatic (sedatives) and prophylactic (antibiotics) medications.

REFERÊNCIAS

1. AINGER, L. E.; ELY, R. S.; DONE, A. K.; BRILL, A. B.; KELLY, V. C. — *a*) Sydenham's chorea: Evidence of abnormal adrenal cortex function. *Am. J. Dis. Child.*, 89:575, 1955; *b*) Sydenham's chorea: Effects of hormone therapy. *Am. J. Dis. Child.*, 89:580, 1955. 2. ARONSON, N.; DOUGLAS, H. S.; LEWIS, J. M. — Cortisone in Sydenham's chorea: report of 2 cases. *J.A.M.A.*, 145:30, 1951. 3. BLAND, E. F.; JONES, T. D. — The natural history of rheumatic fever: a 20 year perspective. *Ann. Int. Med.*, 37:1006, 1952. 4. BUNIM, J. J. — The clinical effects of Cortisone and ACTH on rheumatic disease. *Bull. New York Acad. Med.*, 27:75, 1951. 5. CUTLER, M. — Cortisone dosage in Sydenham's chorea. *J. Med. Soc. New Jersey*, 48:226, 1951. 6. DORDICK, J. R.; GLUCK, E. J. — Preliminary clinical trials with Prednisone (Meticorten) in rheumatic diseases: comparative antirheumatic potency, metabolic activity and hormonal properties. *J.A.M.A.*, 158:166, 155. 7. GLASSER, G. H.; MERRIT, H. H. — Effects of Corticotropin (ACTH) and Cortisone on disorders of the nervous system. *J.A.M.A.*, 148:898, 1952. 8. HENCH, P. S.; KENDALL, E. C.; SLOCUMB, C. H.; POLLEY, H. F. — Effect of hormone of adrenal cortex (17-hydroxydehydrocorticosterone: compound E) and of pituitary adrenocorticotropin hormone on rheumatoid arthritis. *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, 24:181, 1949. 9. HENCH, P. S.; SLOCUMB, C. H.; BARNES, A. R.; SMITH, H. L.; POLLEY, H. F.; KENDALL, E. C. — Effects of adrenal cortical hormone 17-hydroxydehydrocorticosterone (compound E) on acute phase of rheumatic fever. *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, 24:277, 1949. 10. HOLT, K. S.; ILLINGWORTH, R. S.; LORBER, J.; RENDLE-SHORT, J. — Cortisone and salicylates in rheumatic fever. *Lancet*, 2:1144, 1954. 11. JONES, F. D. — The diagnosis of rheumatic fever. *J.A.M.A.*, 126:481, 1944. 12. KELLY, V. C. — Cortico-

tropin (ACTH) therapy of initial attacks of acute rheumatic fever in children. *Am. J. Dis. Child.*, 84:151, 1952. 13. KREIDBERG, M. B.; CLEROUX, A. P.; ROSENBERG, I. N. — Clinical evaluation of corticotropin therapy in children. *J. Pediat.*, 39:392, 1951. 14. KROOP, I. X. A. — Treatment of rheumatic fever with large doses of Cortisone. *New York J. Med.*, 54:2699, 1954. 15. MASSEL, B. F.; WARREN, J. E.; STURGIS, A. P.; HALL, B.; CRAIGE, E. — The clinical response of rheumatic fever and acute carditis to ACTH. *New England J. Med.*, 242:641, 1950. 16. SCHWARTZMAN, J.; ZAONTZ, J. B.; LUBOW, H. — Chorea minor. Preliminary report in six patients treated with combined ACTH and Cortisone. *J. Pediat.*, 43:278, 1953. 17. STOLLERMAN, G. H. — *The Prevention of Rheumatic Fever*. W. B. Saunders Co., Filadélfia e Londres, 1957, pág. 133.

*Clinica Neurológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais —
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.*