



Manejo da Coreia de Sydenham: Uma Revisão das Evidências Atuais

Leonardo Pereira Levada¹, Rubens Rudan Sousa Bezerra², Isabella de Almeida Nascimento³, Chelsya Rafaela Brito Santiago⁴, Alaize Nonato Da Silva⁴, Lucas Antônio Santos Brizen⁴, Renato Henrique Silvestre Rodrigues⁴, Aíssa Sales Vicentim⁴, Gianluca Daniel Fernandes Almeida⁴, Caio Vieites Chu⁴, Isabela Barreiro Honaiser⁴, Gustavo Pires Braga⁴, Silas Almeida Correia da Silva⁵, Rawena Barbosa Melo⁶, Ítalo Dias Bonfim⁷, Isabela Leão Gonçalves de Souza⁸, José Victor Barbosa Melo⁹



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p3231-3241>

Artigo recebido em 28 de Julho e publicado em 18 de Setembro

REVISÃO DA LITERATURA

RESUMO

Este estudo realiza uma revisão abrangente das abordagens terapêuticas para a Coreia de Sydenham (CS), uma condição neuroinflamatória associada à febre reumática e infecções estreptocócicas. A revisão foca nas estratégias de profilaxia com penicilina, controle sintomático com antipsicóticos e anticonvulsivantes, e terapia imunomoduladora com esteróides e imunoglobulina intravenosa (IVIg). A profilaxia antibiótica é recomendada até os 21 anos para prevenir recorrências, enquanto os medicamentos sintomáticos, como ácido valpróico e risperidona, oferecem alívio, embora com efeitos colaterais. A terapia imunomoduladora é reservada para casos refratários, com evidências ainda limitadas sobre sua eficácia. O estudo destaca a importância de uma abordagem multidisciplinar e a necessidade urgente de mais pesquisas para estabelecer diretrizes claras e melhorar os desfechos clínicos para os pacientes com CS.

Palavras-chave: Sydenham, neurologia, tratamento.

Treatment of Sydenham's Chorea: A Review of the Current Evidence

ABSTRACT

This study provides a comprehensive review of therapeutic approaches for Sydenham's Chorea (SC), a neuroinflammatory condition associated with rheumatic fever and streptococcal infections. The review focuses on prophylactic strategies with penicillin, symptomatic management with antipsychotics and anticonvulsants, and immunomodulatory therapy with steroids and intravenous immunoglobulin (IVIg). Antibiotic prophylaxis is recommended up to age 21 to prevent recurrences, while symptomatic medications such as valproic acid and risperidone offer relief, though with significant side effects. Immunomodulatory therapy is reserved for refractory cases, with still-limited evidence regarding its efficacy. The study highlights the importance of a multidisciplinary approach and the urgent need for further research to establish clear guidelines and improve clinical outcomes for SC patients.

Keywords: Sydenham, neurology, treatment.

Instituição afiliada – ¹Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal Fluminense (UFF). ²Acadêmico de Medicina pela Universidade Potiguar. ³Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal do Piauí. ⁴Acadêmico de Medicina pela Faculdade Metropolitana de Manaus. ⁵Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal de Alagoas. ⁶Acadêmico de Medicina pela Unifacisa - PB. ⁷Acadêmico de Medicina pela Universidade Tiradentes - SE. ⁸Acadêmico de Medicina pela Unievangélica. ⁹Acadêmico de Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba.

Autor correspondente: Leonardo Pereira Levada leonardolevada007@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A Coreia de Sydenham (CS), também conhecida como dança de São Vito, é uma condição associada à febre reumática, ocorrendo em até 40% dos pacientes. Embora seja raro nos Estados Unidos, é mais comum em países em desenvolvimento. O distúrbio resulta de uma resposta autoimune ao mimetismo antigênico entre as células dos gânglios da base e os estreptococos β -hemolíticos do grupo A. Esse processo autoimune provoca ataques ao cérebro, principalmente nas áreas do estriado dorsal e ventral, causando os sintomas característicos da doença. Hoje, a condição é menos severa devido ao tratamento mais eficaz de infecções estreptocócicas e melhores condições de higiene (BEIER et al., 2024).

Acredita-se que a CS seja desencadeada por uma infecção estreptocócica β -hemolítica do grupo A. O sistema imunológico reage à infecção produzindo anticorpos que atacam as células dos gânglios da base, responsáveis pelo controle motor. Essa reação provoca a morte celular, levando aos sintomas da doença, que incluem movimentos involuntários, fraqueza muscular e alterações comportamentais. A doença é mais comum entre crianças de 5 a 18 anos e afeta mais meninas do que meninos. Em adultos, a condição geralmente é uma recorrência de um episódio ocorrido na infância (BEIER et al., 2024).

Os sintomas da CS surgem normalmente de 6 a 8 semanas após uma infecção de garganta causada por estreptococos. Caracteriza-se por movimentos involuntários dos membros, dificuldade para controlar os movimentos motores e perda da coordenação. Além dos sintomas físicos, os pacientes podem apresentar problemas comportamentais como ansiedade, depressão e transtorno obsessivo-compulsivo. A coreia gravídica é uma variante rara que pode ocorrer durante a gravidez, geralmente relacionada a alterações hormonais ou ao uso de anticoncepcionais orais (BEIER et al., 2024).

A patofisiologia da doença envolve uma resposta imune exacerbada aos antígenos estreptocócicos, que cruzam com os antígenos das células nervosas, levando à inflamação no estriado. Isso provoca um desequilíbrio nos sistemas dopaminérgico e colinérgico do cérebro, resultando nos sintomas motores e comportamentais. A CS é muitas vezes considerada um modelo para distúrbios neuropsiquiátricos autoimunes pediátricos, sendo estudada em associação com outras condições autoimunes, como os transtornos associados às infecções estreptocócicas (PANDAS) (BEIER et al., 2024).

O diagnóstico da CS requer uma avaliação neurológica e cardíaca completa, embora não existam exames específicos para confirmá-lo. Títulos elevados de antiestreptolisina-O e anti-DNAse B indicam uma infecção prévia por estreptococos. Exames de imagem como ressonâncias magnéticas e tomografias podem ser solicitados, embora geralmente não mostram anormalidades. A avaliação cardíaca é essencial, pois até 80% dos pacientes apresentam cardite associada, podendo evoluir para doença cardíaca valvular (BEIER et al., 2024).

O presente estudo teve como objetivo primordial realizar uma meticulosa e abrangente revisão da literatura científica, com o escopo de condensar e apresentar de maneira concisa os mais atuais e pertinentes achados acerca das estratégias terapêuticas empregadas no manejo do paciente acometido por essa complexa condição. O propósito inextricavelmente entrelaçado com esta empreitada reside na

compilação e análise exaustiva das mais recentes abordagens, terapias e descobertas científicas, com vistas a fornecer uma visão panorâmica que possa subsidiar de forma substancial a tomada de decisão clínica e orientar a prática médica contemporânea frente a esta patologia multifacetada e desafiadora.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa, realizada em setembro de 2024, por meio de uma busca avançada na base de dados PubMed. Para a seleção dos artigos na referida plataforma, foram utilizados o seguinte descritor a partir do Medical Subject Headings (MeSH): “Sydenham” e “Treatment”, e seus respectivos termos traduzidos na língua portuguesa: “Sydenham” e “Tratamento”. Tais descritores foram relacionados através do Operador Booleano “AND”.

Os critérios de inclusão da pesquisa são descritos a seguir: Revisões Narrativas, Revisões Sistemáticas e Meta-análises, em inglês “Narrative Reviews”, “Systematic Reviews” e “Meta-analyses”, com a possibilidade de uma análise homogênea do estudo; artigos publicados no último ano, com o intuito de se analisar avanços de novos estudos publicados nesse período; que possuíam texto completo disponível, nos idiomas português ou inglês e que abordassem acerca de novas evidências sobre o tratamento da Coreia de Sydenham. Foram excluídos artigos em duplicidade na base de dados e aqueles que não abordassem a temática analisada.

Inicialmente na busca, identificou-se 495 artigos, mas para garantir uma literatura mais recente, excluímos aqueles publicados antes de 2014, resultando em 133 artigos. Após aplicar os filtros descritos acima na plataforma, obteve-se 34 artigos. O processo exigiu um esforço considerável por parte dos autores, que analisaram minuciosamente títulos e resumos, organizando os artigos selecionados por tópicos. Para assegurar precisão e uma abordagem mais descritiva, excluiu-se a literatura não relevante ao estudo ou que não abordava o tratamento da CS como tema principal. Dessa forma, apenas 8 dos artigos encontrados foram explorados nesta revisão.

Ademais, vale ressaltar que esta pesquisa dispensou a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo em vista que não aborda e nem realiza pesquisas clínicas em seres humanos e animais. Por conseguinte, asseguram-se os preceitos dos aspectos de direitos autorais dos autores vigentes previstos na lei (BRASIL, 2013).

REVISÃO DA LITERATURA

O tratamento da CS pode ser dividido em três abordagens principais: profilaxia com penicilina, controle dos sintomas com antipsicóticos ou anticonvulsivantes, e terapia imunomoduladora com esteroides, imunoglobulina intravenosa (IVIg) ou troca de plasma. O uso de penicilina visa prevenir infecções estreptocócicas futuras e reduzir o risco de complicações neurológicas e cardíacas. A OMS recomenda profilaxia antibiótica secundária até os 21 anos para evitar recorrências. No manejo sintomático, medicamentos como ácido valpróico e risperidona são frequentemente utilizados, mas suas eficácias variam e efeitos colaterais como discinesia tardia são preocupações (BEIER et al., 2024).

A terapia imunomoduladora é geralmente reservada para casos resistentes de

CS. Esteróides têm mostrado ser eficazes em alguns pacientes, mas os dados sobre IVIg e troca de plasma são limitados. No passado, acreditava-se que CS fosse uma doença benigna com recuperação rápida, mas estudos recentes indicam que os sintomas podem durar até dois anos, e recorrências são comuns, mesmo sem novas infecções estreptocócicas. Além disso, um risco significativo é o desenvolvimento de cardite e doenças valvulares, relacionadas à febre reumática (BEIER et al., 2024).

O diagnóstico de CS deve considerar outras possíveis causas de coreia, como doenças autoimunes, vasculares e genéticas. Doenças como lúpus, acidente vascular cerebral e a doença de Huntington precisam ser excluídas com base na apresentação clínica e na história familiar. Em crianças, a CS e o lúpus eritematoso sistêmico são as causas mais comuns de início agudo de coreia. O acompanhamento médico especializado é fundamental para minimizar complicações, como problemas cardíacos, e para otimizar o tratamento a longo prazo (BEIER et al., 2024).

A CS é uma doença neuroinflamatória associada à febre reumática aguda e frequentemente apresenta sintomas obsessivo-compulsivos e outras alterações neuropsiquiátricas. Cerca de 80% dos pacientes com CS exibem sintomas como ansiedade, irritabilidade e comportamento inapropriado, além dos movimentos involuntários característicos. Acredita-se que a CS seja causada por um processo autoimune induzido por infecção estreptocócica, afetando os circuitos dos gânglios basais. Estudos de neuroimagem e modelos animais indicam alterações significativas nos gânglios basais, como inchaço e hipoperfusão, que podem ser revertidos parcialmente com tratamento imunomodulador, como corticosteroides e IVIg. Contudo, a eficácia dos tratamentos ainda não foi totalmente estabelecida em ensaios clínicos (VREELAND et al., 2023)

A CS é uma manifestação neurológica da febre reumática, afetando entre 15% e 26% dos pacientes com essa condição. A doença ocorre após uma infecção estreptocócica e envolve sintomas como coreia, hipotonia e, em casos graves, paralisia. Além dos sintomas motores, até 20% dos pacientes apresentam manifestações neuropsiquiátricas, como comportamento obsessivo-compulsivo e disfunção executiva. O diagnóstico da CS baseia-se nos Critérios de Jones para febre reumática, com a neuroimagem geralmente normal, embora possam ocorrer alterações nos gânglios da base em alguns casos. Tratamentos incluem tetrabenazina, ácido valpróico e, em casos refratários, imunoterapia com esteroides ou IVIg, sugerindo uma origem autoimune (KYLE et al., 2022).

O monitoramento cardíaco é essencial, pois até 60% dos pacientes podem desenvolver doença cardíaca reumática. A profilaxia secundária com antibióticos é recomendada para reduzir o risco de recorrência, com duração variando de acordo com a presença de cardite. Recorrências são comuns, especialmente na gravidez ou com o uso de anticoncepcionais. Pesquisas indicam que anticorpos direcionados aos gânglios da base podem desempenhar um papel na patogênese, mas ainda há debate sobre sua especificidade e relação exata com a disfunção neuronal observada na CS (KYLE et al., 2022).

Os regimes de tratamento da CS incluem diversas abordagens, destacando-se os antagonistas da dopamina, antiepilépticos e imunomoduladores. O haloperidol, um antagonista da dopamina, mostrou eficácia em estudos, embora apresente efeitos colaterais como sonolência e distúrbios motores. Outros antagonistas, como a pimozida, demonstraram menos efeitos colaterais, mas com maior tempo de resposta e remissão.

Apesar de sua eficácia em muitos casos, a recorrência da doença foi observada em vários estudos com o uso desses medicamentos (TARIQ et al., 2023).

Entre os antiepilépticos, o ácido valpróico destacou-se por sua rápida resposta no tratamento da coreia, com remissão completa relatada em alguns estudos. A carbamazepina também foi eficaz, mas o tempo de remissão foi mais longo comparado ao ácido valpróico. Outros antiepilépticos, como o levetiracetam, mostraram resultados promissores em estudos retrospectivos, embora com dados limitados. Esses medicamentos são opções de tratamento devido à sua capacidade de controlar os sintomas de maneira eficaz e relativamente rápida (TARIQ et al., 2023).

Os imunomoduladores, como corticosteroides e IVIg, foram utilizados em diversos estudos com resultados positivos, particularmente em casos onde a coreia é considerada de origem autoimune. A terapia com corticosteróides reduziu o tempo de remissão da doença, enquanto a IVIG mostrou eficácia na redução dos sintomas. Entretanto, essas terapias apresentam riscos, especialmente em pacientes imunocomprometidos, tornando seu uso uma escolha cuidadosa (TARIQ et al., 2023).

A literatura destaca a necessidade de mais pesquisas sobre os tratamentos para a CS. Estudos controlados e com amostras maiores são escassos, o que limita a compreensão sobre a eficácia e segurança de alguns medicamentos. A variabilidade nas opções de tratamento, baseada em fatores como efeitos colaterais e gravidade dos sintomas, dificulta a padronização de um regime terapêutico adequado (TARIQ et al., 2023).

Apesar das opções terapêuticas existentes, o tratamento da CS ainda carece de consenso devido à falta de dados robustos e estudos clínicos em larga escala. A revisão sugere que estudos futuros devem focar em determinar um regime mais definido e padronizado, que permita aos médicos tomar decisões de tratamento mais objetivas e baseadas em evidências (TARIQ et al., 2023).

Uma meta-análise, a mais abrangente sobre CS até o momento, incluiu 1.479 casos e identificou que a imunoterapia, especialmente com corticosteróides, acelera a resolução da coreia no primeiro episódio. Também foi encontrado que antibióticos, corticosteróides e valproato de sódio reduzem a taxa de recidiva, que ocorre em 34,3% dos pacientes. Embora 86,1% dos pacientes apresentem um bom resultado funcional final, nenhum fator de tratamento foi especificamente associado a esse desfecho positivo (EYRE et al., 2024).

Ao longo de mais de 100 anos, a idade média de início da CS (10 anos) e a predominância em meninas (2,2:1) permaneceram consistentes. Porém, a frequência de febre, artrite ou artralgia diminuiu na era moderna, com 12% dos pacientes apresentando perda funcional completa dos membros e 64,5% manifestando sintomas psiquiátricos. Transtornos como TDAH e TOC foram diagnosticados em 9,9% dos pacientes, embora a avaliação formal de saúde mental tenha sido limitada, indicando que as taxas desses transtornos podem ser subnotificadas (EYRE et al., 2024).

A duração mediana da coreia no primeiro episódio foi de três meses, prolongando-se para quatro meses nas últimas décadas. O uso de corticosteroides foi associado a uma resolução mais rápida da coreia, especialmente quando administrados por mais de um mês. Cardite foi o único fator relacionado a uma duração mais longa da coreia, sugerindo maior atividade inflamatória. O uso de medicamentos sintomáticos, como carbamazepina e antipsicóticos de segunda geração, foi comum, mas o

haloperidol foi associado a mais eventos adversos graves, como hipertonia e parkinsonismo (EYRE et al., 2024).

Recidivas ocorreram em 34,3% dos casos, e o tratamento com antibióticos e corticosteróides mostrou-se eficaz na redução do risco de recaída. O valproato de sódio também foi associado à diminuição das recidivas, embora o mecanismo ainda não seja claro. Em contraste, o haloperidol aumentou as chances de recidiva. Pacientes com resultados funcionais ruins tendiam a ser mais jovens no início da doença e a passar por tratamentos mais intensivos, como troca de plasma. Embora a troca de plasma esteja ligada a gravidade da doença, sua associação com desfecho ruim pode refletir o estado grave desses pacientes (EYRE et al., 2024).

O tratamento sintomático da SC enfrenta limitações devido à escassez de estudos clínicos robustos, especialmente em crianças. Decisões terapêuticas frequentemente dependem da experiência médica e da utilização de antagonistas da dopamina e anticonvulsivantes. Apesar de alguns medicamentos, como haloperidol e ácido valproico, serem utilizados para tratar movimentos involuntários, suas potenciais complicações, como distúrbios do movimento e efeitos colaterais a longo prazo, exigem cautela (DEPIETRI et al., 2021).

Acredita-se que a coreia associada à SC seja causada por disfunções na neurotransmissão dopaminérgica e colinérgica nos gânglios da base. O uso de bloqueadores de dopamina, como o haloperidol, mostrou eficácia na redução dos movimentos, mas pode induzir efeitos colaterais neuropsiquiátricos graves, como discinesia tardia e arritmias cardíacas, o que limita seu uso a casos graves. Alternativas como carbamazepina e ácido valpróico são opções terapêuticas iniciais para crianças, mas também apresentam seus próprios riscos (DEPIETRI et al., 2021).

O tratamento imunomodulador, com corticosteroides como a prednisona, é utilizado em casos graves e refratários, com a intenção de encurtar o curso da doença e prevenir complicações. Estudos observacionais e randomizados mostraram que a terapia com esteróides melhora rapidamente os sintomas motores em casos agudos. No entanto, efeitos colaterais, como a síndrome de Cushing e ganho de peso, são preocupações constantes nestes tratamentos (DEPIETRI et al., 2021).

A IVIg e a plasmaférese são opções de segunda e terceira linha para pacientes com sintomas resistentes à terapia convencional. A IVIG tem sido eficaz na redução dos sintomas da SC em casos severos, mas os estudos sobre sua utilização ainda são limitados. A plasmaférese, por sua vez, demonstrou benefícios em estudos com pequenos grupos de pacientes, mas também carece de evidências mais amplas (DEPIETRI et al., 2021)

A recuperação completa da SC é esperada na maioria dos casos, mas alguns pacientes podem experimentar coreia persistente (PSC), que pode durar por anos. Alterações estruturais nos gânglios da base, observadas em exames de imagem, podem estar associadas à persistência dos sintomas motores. Essas alterações, juntamente com distúrbios psiquiátricos, como depressão, podem complicar o curso da SC, especialmente em casos recorrentes (DEPIETRI et al., 2021).

A recorrência dos sintomas é comum, com uma taxa de até 30%, especialmente em pacientes que não seguem profilaxia antibiótica rigorosa. Pesquisas indicam que infecções repetidas por estreptococos do grupo A estão frequentemente associadas a essas recaídas, embora, em alguns casos, não haja infecções precedentes detectáveis.

Danos permanentes nos gânglios da base durante o curso da doença podem contribuir para a recorrência e prolongamento dos sintomas, sugerindo que as complicações da CS podem persistir muito após a resolução dos movimentos involuntários (DEPIETRI et al., 2021).

Uma revisão conduzida por Pudukollu (2015) examina a associação entre transtornos neuropsiquiátricos e a CS, destacando evidências de uma conexão com transtornos obsessivo-compulsivos, TDAH e transtornos afetivos, embora a relação entre o início dos sintomas e a progressão da doença ainda não seja clara. Os transtornos de tiques, ansiedade e sintomas psicóticos também são associados à CS, mas com evidências menos robustas. Deficiências neuropsicológicas, possivelmente ligadas a disfunções nos gânglios da base, são observadas, sugerindo uma possível vulnerabilidade genética. Apesar da falta de estudos robustos sobre o impacto de longo prazo e a necessidade de mais pesquisas para entender melhor os fatores de risco e os efeitos da CS, os tratamentos atuais incluem terapia ocupacional, suporte educacional e medicação, com a possibilidade de uso de terapias imunomoduladoras. A abordagem multidisciplinar é essencial para tratar os sintomas neuropsiquiátricos associados. A revisão também destaca limitações metodológicas dos estudos existentes e a necessidade de futuras pesquisas para melhorar o diagnóstico e tratamento da CS.

Ademais, uma revisão analisou criticamente a literatura existente sobre o tratamento da CS. Os dados disponíveis são limitados e baseiam-se principalmente em relatos de casos e pequenas séries, com apenas um estudo controlado por placebo que mostrou melhora após tratamento com placebo. Essa situação torna difícil determinar se o sucesso dos tratamentos relatados é devido ao efeito real da terapia ou simplesmente ao curso natural da doença. A falta de uniformidade nos métodos de avaliação e a variação no tempo de início dos tratamentos indicam a necessidade de estudos maiores e mais bem controlados, preferencialmente utilizando o USCRS para avaliar a resposta à terapia (DEAN & SINGER, 2017).

Atualmente, o tratamento sintomático da CS é baseado em medicamentos usados off-label e estudos com pequena amostra, sem controle placebo. A farmacoterapia pode não ser necessária em casos leves, pois a coreia tende a se resolver espontaneamente. Em pacientes com sintomas mais graves, a terapia é recomendada, mas a falta de evidências robustas não permite uma recomendação clara de um medicamento específico sobre outro. Vários agentes antidopaminérgicos e antiepilépticos têm sido utilizados, com alguns mostrando eficácia, mas a evidência é inconclusiva quanto à superioridade de qualquer tratamento (DEAN & SINGER, 2017).

As terapias imunomoduladoras permanecem controversas devido a sua natureza invasiva e efeitos colaterais potenciais. Embora haja evidências de que esteroides podem ser benéficos, eles devem ser reservados para casos graves ou aqueles que não respondem a tratamentos sintomáticos. Outras abordagens, como IVIG e plasmaférese, ainda são pouco testadas. A revisão sugere que, para tratamento inicial, ácido valpróico e carbamazepina podem ser preferíveis, com neurolépticos reservados para casos refratários. A necessidade urgente de estudos bem controlados é evidente para esclarecer a terapia mais apropriada para a CS (DEAN & SINGER, 2017).

O tratamento da CS é complexo e multifacetado, refletindo a variabilidade na apresentação clínica da doença e na resposta aos diferentes tratamentos. A profilaxia com penicilina é uma estratégia fundamental para prevenir infecções estreptocócicas subsequentes, o que, por sua vez, pode reduzir o risco de complicações neurológicas e

cardíacas. A recomendação da OMS para a profilaxia antibiótica até os 21 anos visa minimizar as recorrências e suas complicações associadas. No entanto, a eficácia desta abordagem deve ser constantemente avaliada, dado que a doença pode persistir mesmo com tratamento profilático rigoroso.

No manejo sintomático, a utilização de antipsicóticos e anticonvulsivantes oferece alívio para muitos pacientes, mas a eficácia desses medicamentos pode variar e os efeitos colaterais são uma preocupação significativa. O ácido valpróico e a risperidona são frequentemente empregados, com o primeiro mostrando uma resposta rápida em alguns casos, mas ambos podem causar discinesia tardia e outros efeitos adversos. A necessidade de monitoramento cuidadoso e ajustes de dosagem é crucial para minimizar os riscos associados a esses tratamentos. Além disso, a terapia imunomoduladora, incluindo corticosteroides e IVIg, é considerada para casos resistentes, embora a evidência sobre sua eficácia ainda seja limitada.

O diagnóstico diferencial é outro aspecto importante do manejo da CS, considerando condições como lúpus, acidente vascular cerebral e doença de Huntington. A exclusão dessas condições é essencial para garantir um tratamento adequado e evitar diagnósticos incorretos. A relação entre a CS e transtornos neuropsiquiátricos, como transtorno obsessivo-compulsivo e disfunção executiva, destaca a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para o tratamento, integrando suporte médico, psicológico e educacional.

A literatura destaca a necessidade de mais pesquisas para estabelecer diretrizes claras para o tratamento da CS. Muitos estudos disponíveis têm limitações, incluindo amostras pequenas e falta de controle rigoroso, o que torna difícil determinar a eficácia relativa dos diferentes tratamentos. A escassez de dados robustos e ensaios clínicos controlados aponta para a necessidade urgente de mais investigações para definir a melhor abordagem terapêutica e melhorar os desfechos para os pacientes com CS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento da CS é multifacetado e envolve profilaxia com penicilina para prevenir infecções estreptocócicas futuras, manejo sintomático com antipsicóticos e anticonvulsivantes, e terapia imunomoduladora com esteroides ou IVIg. A profilaxia antibiótica é recomendada até os 21 anos para evitar recorrências e complicações, embora a doença possa persistir apesar do tratamento. Os antipsicóticos e anticonvulsivantes, como ácido valpróico e risperidona, oferecem alívio, mas podem causar efeitos colaterais significativos. A terapia imunomoduladora é considerada para casos resistentes, mas a evidência de sua eficácia é limitada. O diagnóstico deve excluir outras condições neurológicas e autoimunes. A literatura destaca a necessidade de mais pesquisas para definir melhores diretrizes de tratamento, dado que muitos estudos têm amostras pequenas e metodologias variáveis.

REFERÊNCIAS

BEIER, K.; LUI, F.; PRATT, D. P. Sydenham Chorea. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28613588/>>.



BRASIL. Lei Nº 12.853. Brasília: 14 de agosto de 2013. COPP, A. J. et al. Spina bifida. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 1, n. 1, p. 15007, 30 abr. 2015.

VREELAND, A. et al. Postinfectious Inflammation, Autoimmunity, and Obsessive-Compulsive Disorder: Sydenham Chorea, Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal Infection, and Pediatric Acute-Onset Neuropsychiatric Disorder. *Developmental Neuroscience*, v. 45, n. 6, p. 361–374, 22 set. 2023.

KYLE, K. et al. Autoimmune and Paraneoplastic Chorea: A Review of the Literature. *Frontiers in Neurology*, v. 13, 18 mar. 2022.

TARIQ, S. et al. Managing and treating Sydenham chorea: A systematic review. p. e3035–e3035, 7 maio 2023.

EYRE, M. et al. Treatments and Outcomes Among Patients with Sydenham Chorea: A Meta-Analysis. *JAMA Network Open*, v. 7, n. 4, p. e246792, 16 abr. 2024.

DEPIETRI, G. et al. Therapeutic aspects of Sydenham's Chorea: an update. *PubMed*, v. 92, n. S4, p. e2021414–e2021414, 21 mar. 2022.

PUNUKOLLU, M. et al. Neuropsychiatric manifestations of Sydenham's chorea: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 58, n. 1, p. 16–28, 28 abr. 2015.

DEAN, S. L.; SINGER, H. S. Treatment of Sydenham's Chorea: A Review of the Current Evidence. *Tremor and Other Hyperkinetic Movements*, v. 7, 1 jun. 2017.