
FIEBRE REUMATICA

Por: Humberto Martínez Urrea, M.D.*

PALABRAS CLAVES: *Fiebre Reumática - Estreptococo ' Diagnóstico - Prevención*

RESUMEN

Se presenta una revisión bibliográfica de la Fiebre Reumática y algunos de sus aspectos cambiantes de acuerdo con las nuevas técnicas de diagnóstico.

Se analizan aspectos etiológicos, clínicos, diagnóstico, terapéutica y prevención de la enfermedad.

SUMMARY

A bibliographic review of the Rheumatic Fever and some of its changing aspects with the new diagnosis thecnics is presented.

Ethiologics, clinics, diagnosis, therapeutics and prevention are analyzed.

KEY WORDS: Rheumatic Fever - Streptococcus - Diagnosis - Prevention

INTRODUCCION

La fiebre reumática es la causa adquirida más frecuente de enfermedad cardíaca infantil y juvenil en casi todos los países del mundo, especialmente en los países en desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud la ha considerado como una verdadera "enfermedad social", pues históricamente se la ha asociado con la pobreza, malas condiciones de vivienda, hacinamiento y carencia de atención médica (1).

La responsabilidad del médico, es pues, trascendente en este problema, ya que se trata de una forma prevenible de invalidez cardíaca con su gran impacto social, psicológico y económico para el individuo, la sociedad y el Estado.

DEFINICION

La Fiebre Reumática es un Síndrome inflamatorio que se produce después de infecciones faríngeas por el estreptococo betahemolítico del grupo A, en individuos susceptibles. No se produce por infecciones estreptocócicas en otras partes del cuerpo. En su evolución natural son frecuentes las recaídas, si no se trata adecuadamente. Su importancia radica en las lesiones cardíacas que pueda ocasionar, pues todas las demás manifestaciones llegan a desaparecer completamente: "La Fiebre Reumática lame las articulaciones, pero muerde el corazón".

* Dr. Humberto Martínez Urrea
Pediatra Cardiólogo
Profesor Titular Pediatría
Jefe de Postgrados Clínicos
Instituto de Ciencias de la Salud CES
Medellín - Colombia

EPIDEMIOLOGIA

La Fiebre Reumática se presenta en los pacientes con faringitis por estreptococo Betahemolítico del grupo A, no tratados. El tratamiento oportuno de la faringitis aguda reduce, casi totalmente, el riesgo de la enfermedad. Se estima que solamente el 3% de los individuos, que no hayan tenido previamente la fiebre reumática, presentarán un primer ataque después de una faringitis aguda no tratada.

La Fiebre Reumática no se presenta como consecuencia de infecciones por estreptococos del grupo A en otros sitios del cuerpo, tales como piodermitis.

La severidad de la faringitis no se correlaciona con la gravedad de los síntomas de la Fiebre Reumática. Casos asintomáticos, leves o moderados de faringitis pueden ir seguidos de formas graves de carditis.

Los pacientes con faringitis severas, muy sintomáticos, acuden con mayor frecuencia al médico, con lo cual al ser tratados oportunamente pueden disminuir el riesgo de un primer ataque.

Por su estrecha relación, la epidemiología de las infecciones estreptocócicas y la de la Fiebre Reumática, están íntimamente ligadas (2).

FACTORES DEL HUESPED

Edad: La máxima frecuencia tanto de primeros ataques como de recidivas se encuentra entre los 5 y los 15 años de edad. No obstante, en los países en desarrollo, no es raro que comience entre los 3 y los 5 años de edad. La distribución por edades coincide con la de las infecciones estreptocócicas (1-2).

Ataques previos de la enfermedad: Los pacientes que ya han padecido un primer ataque de Fiebre Reumática, son susceptibles en una proporción mucho más alta que la población general, de sufrir nuevos ataques.

Herencias: Los pacientes enfermos de Fiebre Reumática tienen mayor propensión a sufrir la enfermedad. Sin embargo estos pacientes pueden tener otros factores comunes, como la pobreza, el hacinamiento, etc., como común denominador en sus familias. La herencia como un factor importante también se ha encontrado entre nosotros.

Medio Ambiente: La Fiebre Reumática y la enfermedad reumática del corazón han sido históricamente una enfermedad de pobres. Sin embargo, otras capas sociales no están exentas totalmente de padecerlas.

Entre las manifestaciones de la pobreza, el hacinamiento es la que más estrechamente se asocia con la Fiebre Reumática.

Otros factores como la asistencia médica oportuna, la vivienda y la nutrición también juegan un papel de importancia para el desarrollo de la enfermedad.

MANIFESTACIONES CLINICAS MAYORES DE LA FIEBRE REUMATICA AGUDA

Carditis: La carditis se asocia con fiebre reumática aguda, entre nosotros, en un 58% de los casos. Esta cifra es un poco superior a la estadística usual del 50% que se observa en otras partes (3, 4).

Sin embargo el resurgimiento de la Fiebre Reumática en algunas áreas de Estados Unidos demostraron unos porcentajes mucho más alarmantes. En Florida y en Utah se encontró carditis en un 75% de los pacientes, si esta estadística se basaba en la auscultación solamente, pero si se agregaban otros métodos diagnósticos como la ecocardiografía-Doppler, tal como se hizo en el estudio de Utah, el compromiso cardíaco se demostró en un 91% de los casos (5).

ARTRITIS

La artritis ocurre en 70% de los pacientes con fiebre reumática. Aunque es la más común de las manifestaciones mayores es la menos específica y es a menudo la mayor causa de diagnósticos erróneos (6).

COREA DE SYDENHAM

También llamada baile o mal de San Vito, afecta el 15% de los pacientes con fiebre reumática, pero en la epidemia de Utah, USA, la incidencia fue del 31% (5 - 6).

ERITEMA MARGINADO

Es el exantema característico de la Fiebre Reumática y se observa raramente en otras enfermedades, por su especificidad se incluye dentro de las manifestaciones mayores. Ocurre en cerca de 5% de los pacientes, habitualmente a comienzos del ataque de la enfermedad suele ocurrir solamente en pacientes afectados de carditis (1).

NODULOS SUBCUTANEOS

La frecuencia de esta manifestación ha disminuido y se observa más que todo en pacientes con enfermedad reumática del corazón crónica. Se encuentran en 5% a 10% de los pacientes (1 - 2).

ESTUDIOS DE LABORATORIO

No hay examen de laboratorio hasta el momento, que por sí solo o con otras pruebas haga el diagnóstico específico de fiebre reumática.

Existen tres categorías de exámenes que junto con los criterios clínicos se utilizan en el diagnóstico de fiebre reumática. La primera categoría son aquellos exámenes que nos demuestran un fenómeno inflamatorio tisular agudo.

La segunda categoría son aquellas pruebas bacteriológicas y serológicas que evidencian el antecedente de una infección por estreptococo del grupo A y una tercera categoría que incluye pruebas electrocardiográficas, radiológicas, ecocardiográficas, etc. que nos demuestran la presencia y severidad de la lesión cardíaca (1).

PRUEBAS QUE INDICAN EL COMPROMISO CARDÍACO Y LA SEVERIDAD DE LA LESION

Radiología: Las radiografías de tórax son útiles para determinar el tamaño cardíaco. Una radiografía de tórax normal no excluye la presencia de carditis. Pueden encontrarse signos radiológicos que evidencien una ICC o una pericarditis con derrame.

Electrocardiograma: Los hallazgos comunes en pacientes con fiebre reumática incluyen: Bloqueo AV de 1er. grado (PR prolongado), taquicardias de unión con disociación Av. Cambios difusos, no específicos en ST y T, ensanchamiento de QRS e invasión de Ondas T que evidencian la presencia de miocarditis.

Ecocardiograma - Doppler: Es útil en demostrar lesiones valvulares en pacientes cuyo examen físico es negativo, pueden valorarse de manera objetiva tanto la insuficiencia mitral como la aórtica y otro tipo de lesiones cardíacas como el daño miocárdico y la presencia de derrames pericárdicos.

Con el estudio ecocardiográfico-Doppler puede demostrarse que hay compromiso cardíaco en la fiebre reumática hasta en el 91% de los pacientes, resultado que se mencionó anteriormente del estudio de Utah-USA (1-5-6).

DIAGNOSTICO

Como se dijo anteriormente, no hay ninguna prueba que haga el diagnóstico definitivo de fiebre reumática.

Los criterios revisados de Jones siguen siendo la mejor orientación para el diagnóstico de la enfermedad si son rigurosamente interpretados (7 - 8).

TRATAMIENTO

La erradicación del estreptococo es un requerimiento común en el tratamiento de todos los pacientes con fiebre reumática. Otros aspectos del tratamiento dependen de la forma de presentación de la enfermedad. Es importante planificar con los pacientes y la familia el tratamiento a largo plazo para la profilaxis de las infecciones estreptocócicas. Además, aquellos pacientes con lesión cardíaca establecida requerirán también de la profilaxis para la endocarditis bacteriana.

PREVENCION DE LOS PRIMEROS ATAQUES DE FIEBRE REUMATICA (PREVENCION PRIMARIA):

Si se tratan adecuadamente las faringitis estreptocócicas, los primeros ataques de la fiebre reumática pueden prevenirse en un 90%.

Tratamiento de la Faringoamigdalitis: (7 - 8)

Penicilina benzatínica: Para niños con peso menor de 30 kgms, aplicar 600.000 uds. musculares, dosis única. Para niños con peso mayor de 30 kgms, aplicar 1'200.000 uds.

Penicilina Oral: Administrar 500.000 uds. dos veces al día por 10 días.

La alergia a la penicilina en los niños es extremadamente rara, 0,047%, comparado con el 1,1% en los adultos.

Eritromicina: Se puede en los raros casos de alergia a la penicilina, dosis 30 mgms. por kilo de peso, dos veces al día por 10 días.

PREVENCION DE LAS RECIDIVAS DE FIEBRE REUMATICA (PREVENCION SECUNDARIA)

Las recidivas son una de las características más importantes de la enfermedad. Si no se administra la profilaxis, el 75% de los pacientes puede tener uno o más ataques durante su vida. El riesgo es mayor durante el primer año después del primer ataque, en este caso el paciente tiene sólo un 50% de posibilidades de escapar, pero en el 5o. año, después de haber estado sin infecciones estreptocócicas, las probabilidades de escapar son del 90%. Esta es la evidencia de que la profilaxis debe mantenerse por lo menos 5 años después de un primer ataque.

PROFILAXIS PARENTERAL CONTINUA:

Penicilina Benzotínica: A las dosis ya mencionadas en el tratamiento de la faringoamigdalitis, se aplica por vía muscular, cada mes. Prácticamente elimina las recaídas pues tiene una eficacia de 99% (1 - 7 - 8).

PROFILAXIS ORAL CONTINUA

Sulfadiacina: Niños menores de 30 kgms. de peso, se les administra 0,5 gms/día y a los mayores de 30 kgms. 1,0 gm/día.

Está indicada de segunda elección en los raros casos de alergia a la penicilina, está contraindicada durante el embarazo y se deben hacer controles periódicos del leucograma. Su eficacia en la prevención de recurrencias del 97%.

Penicilina Oral: Se administra a dosis de 200.000 Uds., dos veces al día. Es más costosa, un poco menos eficaz, 95% y puede aumentar la presencia del estreptococo alfa productor de endocarditis, en la garganta.

El mayor inconveniente de la profilaxis oral continua es el cumplimiento.

Duración de la Profilaxis:

La profilaxis debe administrarse durante un tiempo mínimo de 5 años para los casos sin carditis.

Para los que han tenido carditis, deben recibir profilaxis de por vida, aún después de cirugías valvulares o prótesis cardíacas (8).

SITUACIONES ESPECIALES

- Fallas del tratamiento: Más común en el tratamiento oral.
- Portadores: Los portadores crónicos asintomáticos usualmente no necesitan tratamiento.
- Contactos asintomáticos: No está indicado buscarlos en la mayoría de los casos (8).

OBSTACULOS CONTRA LA PROFILAXIS CONTINUA

- Demora en el diagnóstico
- Carencia de observación continua: Por dificultades económicas de los pacientes. (La fiebre reumática es una enfermedad de pobres).

Pacientes remisos (es preciso localizarlos a través de la trabajadora social).
- Costo de la medicación.
- Temor a reacciones penicilínicas.
- Es importante para lograr los mejores resultados, el trabajo en equipo (1 - 8).

BIBLIOGRAFIA

1. Taranta A, Markowitz M. La fiebre reumática. Kluwer Academic Publishers. 1989.
2. Rheumatic Fever and Rheumatic Heart disease. Technical series OMS (WHO) 1988.
3. Oberndorfer L, Martínez H., Mejía W.: Evolución de 709 niños con fiebre reumática. XII Congreso Colombiano de Pediatría. Medellín. 1979.
4. Martínez H., Oberndorfer L. y Mejía W.: Cardopatía Reumática. Estudio de 403 casos. XII Congreso Colombiano de Pediatría. Medellín 1979.
5. Veasy LG, Wiedmeier SE, Orsmond GS, et al: Resurgence or acute Rheumatic Fever in the intermountain area of the United States. New Engl. J. Med. 316 (8): 421-27, 1987.
6. Martínez H., Fiebre Reumática. Fundamentos de Pediatría. CIB (en imprenta).
7. Committee on Rheumatic Fever and bacterial endocarditis (1982) American heart Association: Jones criteria (revised) for guidance in the diagnosis of Rheumatic Fever. Circulation 69: 204A-108A, 1984.
8. Committee on Rheumatic fever and infective endocarditis of the council on cardiovascular disease in the young. American Heart Association: Prevention of Rheumatic Fever. Circulation 70: 1118A-1122A. 1985.