

Fiebre Reumática

Informe de un Caso y Revisión de la Literatura

Rheumatic Fever Case Report and Review

Dr. Roberto Lozano Lando.; Dr. Fausto Várela'*

RESUMEN. Informamos el caso de una paciente de ocho años de edad, con fiebre alta no cuantificada de inicio súbito de un mes de duración. Se presentó espontáneamente en el Hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos de Tegucigalpa. En base a los estudios clínicos de gabinete y laboratorio se postuló el diagnóstico de fiebre reumática con insuficiencia mitral leve. El electrocardiograma mostró hipertrofia ventricular izquierda leve.

Palabras clave: Fiebre reumática

SUMMARY. We report a case of a 8 year old patient seen at the Pediatrics Department San Felipe General Hospital, complaining high fever of sudden initiation of one month duration. A diagnosis of rheumatic fever was considered based on clinical finding and laboratory studies.

Key words: Rheumatic Fever

Médico del Hospital General San Felipe.
Pediatra del Hospital General San Felipe

INTRODUCCIÓN

La fiebre reumática es una enfermedad inflamatoria que afecta principalmente a las articulaciones y al corazón y, menos frecuentemente, al sistema nervioso central, piel y tejido subcutáneo.

Es complicación tardía de las infecciones faríngeas por estreptococos del grupo A.

La fiebre reumática causa arteritis, o enfermedad vascular¹².

En fiebre reumática aguda se ha encontrado niveles altos de 8 (Plasma Interlukin)^{*7}.

Las infecciones del tracto respiratorio superior por el estreptococo del grupo A son predisponentes para el desarrollo de fiebre reumática.⁽¹⁸⁾

La enfermedad no se presenta en niños con infección cutánea activa por estreptococo.¹⁸⁾

No todos los pacientes con fiebre reumática tienen una historia previa de infección respiratoria de vías altas. La incidencia de fiebre reumática varía desde el 0.3 % a 3% en la población general.

El grupo más vulnerable es entre los 5 y los 15 años de edad.¹⁰¹

La incidencia en los trópicos es alta.⁽²⁰⁾

Con alta incidencia en familias numerosas⁽⁵⁾

Los síntomas articulares son las manifestaciones que

más comúnmente se presentan, y la carditis es la manifestación más seria.

La lesión patognomónica de la fiebre reumática es el nódulo de Aschoff miocárdico.⁽⁹⁾ La corea es una manifestación llamativa de la fiebre reumática¹¹⁷⁵

Desde 1944, los criterios de Jones se han utilizado para el diagnóstico de fiebre reumática³.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de ocho años de edad de nombre S.R.A. procedente de Villa de San Francisco, Aldea Guaymurás, Francisco Morazán. Es admitida en el Servicio de Pediatría 16 de enero de 1997.

Subjetivamente: Fiebre de un mes de duración, alta no cuantificada de inicio súbito sin patrón característico, acompañada de escalofríos, diaforesis, sin antecedentes de una historia previa de infección respiratoria de vías altas.

Objetivamente: Se le encontró en mal estado general, nutrición buena, astenia, adinamia, acompañada de artritis migratoria, afectando las rodillas y codos, pulso 86x', presión arterial 110/80, se localizó abultamientos pequeños indoloros localizados sobre prominencias óseas (nódulos subcutáneos), disnea de moderados esfuerzos.

En el corazón se ausculta soplo holosistólico apical de tono alto, soplante de una intensidad de grado III, VI, irradiado a la axila. No se observó cambios inflamatorios en las extremidades superiores e inferiores.

Resultado de exámenes de laboratorio, gabinete y tratamientos: El hemograma con serie eritrocítica 9, Serie granulocítica: leucocitos 22,440, neutrófilos 83%, linfocitos 16%, serie megacariocítica: plaquetas 440,000/mm³. La velocidad de sedimentación globular 60 mm., la proteína C reactiva positiva, la antiestreptolisina ó 122, heces con ascaris, el examen general de orina con nitritos negativos, eritrocitos 3-4 por campo, la gravedad específica 1020.

La radiografía de tórax: El corazón de tamaño normal, no se encontró derrame pericárdico.

El electrocardiograma reveló: Signos de hipertrofia ventricular izquierda leve.

No se realizó eco cardiografía por carecer de este equipo.

Medicamentos, plan de manejo en sala: reposo completo en cama, oxígeno con mascarilla, penicilina benzatinica (parenteral), penicilina cristalina, aspirina tabletas de 500 mg., prednisona tabletas de 5 mg., dieta hiposódica, sulfato ferroso tabletas de 300 mg. albendazol de 400 mg.

La paciente fue evolucionando satisfactoriamente, recuperando en forma espectacular su reserva cardíaca, en base a una terapéutica general bien elegida, con el plan de seguimiento por la Consulta Externa del Servicio de Pediatría del Hospital San Felipe con profilaxis permanente con penicilina benzatinica un millón doscientas mil cada veintiún día, y control en el Servicio de Cardiología del Hospital Materno Infantil.

DISCUSIÓN

Las infecciones por estreptococo beta hemolítico y su secuela la fiebre reumática presenta distribución mundial.¹⁵¹ La afectación reumática de las válvulas y del endocardio es la manifestación más importante de la fiebre reumática.

Es causa sobresaliente de enfermedad cardíaca adquirida en niños y adultos jóvenes en países en desarrollo⁹.

Es un problema importante de salud con alta incidencia en familias numerosas pobres con bajos ingresos.^{8*}

No se conoce como estos gérmenes faríngeos producen las variadas manifestaciones muí tisis témicas, aunque está establecida la etiología estreptocócica de la fiebre reumática, los estreptococos se demuestran en vías respiratorias altas únicamente. La infección por estreptococo sobresale a enfermedad Reumática Cardíaca que informa un tercio a la mitad de entradas cardíacas, en países en desarrollo, con sobrepoblación.⁽²¹⁾

La incidencia de fiebre reumática es alta en los trópicos, una proporción alta de niños sufre carditis en el primer ataque, la profilaxis secundaria permanece como el medio más práctico en los trópicos.²⁰

La teoría más extensamente difundida es que la fiebre reumática es una enfermedad autoinmune.

Tiene mayor incidencia en las escuelas campestres que en el distrito urbano, con riesgo alto en mujeres y niños de grupo socioeconómico bajo.^{4,51}

La incidencia de fiebre reumática varía desde el 0.3 % en la población general tras infecciones estreptocócicas, hasta el 3 % en epidemias de faringitis no tratadas.

El grupo más vulnerable es de cinco a quince años de edad, período en el cual las infecciones estreptocócicas son más frecuentes.¹⁰¹

El método más efectivo para control es la prevención primaria tratando la garganta inflamada por estreptococo y prevención secundaria percibiendo tempranamente, y profilaxis continua con penicilina.¹⁰¹

Es crucial en niños la terapéutica de juego, para controlar el estrés.¹²¹

La incidencia de fiebre reumática declina con costos moderados, pero deben ser programas continuos por riesgo de reaparición.⁸¹

Se agregan sobrepoblación, pobre facilidad de transporte, exceso de pacientes en clínicas.²⁰¹

Informes recientes revelan una incidencia en ascenso de fiebre reumática en los Estados Unidos y Europa.⁹¹

La enfermedad se caracteriza por lesiones específicas en el músculo cardíaco y válvulas (Nódulos de Aschoff), ellos presentan tres estadios Necrosis fibrinoide central sin linfocitos, 2.- Linfocitos T ocasionales, 3.- Agregado linfoide con linfocitos t, b, y macrófagos.⁹¹

La válvula mitral es la más afectada, y se debe identificar tempranamente el ataque, para garantizar la pro-

filaxis secundaria con penicilina, que previene recurrencia de severidad en la lesión valvular.⁴⁻²³

El diagnóstico de carditis en fiebre reumática aguda depende tradicionalmente de hallazgos auscultatorios, soplos de insuficiencia mitral como el presente caso, ó aórtica.¹⁴¹

En países menos desarrollados se presenta, la fiebre reumática primaria y secundaria diagnosticada por criterios de Jones, precedida por garganta inflamada.^{8*}

Desde 1944 los criterios de Jones para el diagnóstico de fiebre reumática aguda se han revisado con regularidad para la integración de innovaciones en técnica y diagnóstico.³¹

La ecocardiografía en niños con fiebre reumática es útil en el hallazgo de lesiones cardíacas, estenosis, incompetencia mitral y aórtica.¹¹

Los autores proponen la Ecocardiografía Doppler valvedera en carditis necesaria para identificar casos de fiebre reumática.³¹

La corea menor es la manifestación más curiosa de la fiebre reumática descrita por primera vez por Sydenham (médico inglés) en 1686, es manifestación tardía ocurre meses después de una infección por estreptococo, el haloperidol es agente efectivo, útil en las manifestaciones motoras.¹⁷¹

En la carditis reumática el electrocardiograma muestra signos de hipertrofia ventricular izquierda, hay anemia por supresión de la eritropoyesis y leucocitosis que traduce la existencia de una inflamación, datos presentes en este caso clínico, el valor de la velocidad de sedimentación globular para un test positivo es de 30m.m.²¹

Los medicamentos antiinflamatorios son muy efectivos en la supresión de las manifestaciones agudas de la fiebre reumática, se deben tratar con salicilatos los pacientes con artritis definida o con carditis pero sin cardiomegalia, los pacientes con carditis y cardiomegalia se deben tratar con prednisona, el tratamiento simultáneo reduce las recaídas post-terapéuticas.

La insuficiencia cardiaca moderada se controla con reposo completo en cama y oxígeno.

La fiebre reumática en niños se previene con antibióticos, profilaxis primaria en la garganta inflamada y terapia con antibióticos, profilaxis secundaria en progresión a enfermedad reumática cardiaca. El estreptococo beta hemolítico A responsable de casi todos los casos de garganta inflamada bacteriana en niños y adultos jóvenes es el objetivo primero en el tratamiento con antibiótico, algunos autores dudan de el tratamiento con penicilina por el auge en el número de portadores, sugieren compuestos de amplio espectro de actividad²²¹

El ceftibuten es seguro y más efectivo que penicilina en faringitis por estreptococo, a dosis 9 mg/Kg/día/vía oral, en suspensión, para edades^{H3)} de 3 a 18 años.

CONCLUSIONES

La revisión de la literatura pretende describir la etiología, incidencia, características y métodos de diagnóstico en la fiebre reumática.

Una terapéutica general bien elegida reduce la mortalidad y morbilidad.

Los problemas cardíacos y son causa importante de invalidez y muerte en niños y adolescentes.

Ninguna, manifestación clínica, ni prueba de laboratorio es característica para diagnóstico; la uniformidad diagnóstica está basada en una combinación de manifestaciones clínicas y hallazgos de laboratorio; sin embargo la corea de Sydenham, es criterio de gran valor diagnóstico.

AGRADECIMIENTO:

El Doctor SERGIO MURILLO Reumatólogo del Hospital Viera, por su fina colaboración en la orientación de referencias. Al Doctor PLUTARCO CASTELLANOS, Nefrólogo del Hospital Viera, Jefe de la Unidad de Hemodiálisis y Trasplante Renal por el uso correcto de las referencias.

Al señor GONZALO VIRGILIO INESTROZA, Sub-Jefe de Archivos Médicos y Asilo de Inválidos.

A la Señora BLANCA ISBELA CHAVEZ AREVALO, Secretaria del Servicio de Pediatría del Hospital San Felipe y Asilo de Inválidos.

REFERENCIAS

- 1.- Alves, Meira, ZM; de Castilho-SR,Lins-Barros, Maria-Vitarelli-A Moreira-Camargos-PA: Prevalence Of Rheumatic Fever in Children From a public high School in Belo Horizonte. Arq. Bras. Cardiol.1995 Oct. 65 (4): 331-4
- 2.- Zaman. MM, Yoshiike-N: Chowdhury-AH; Ahmed-J,Hassan-MM; Faruque-GM; Rouf. Ma, Haque. S; Tanaka-H The reference value of Erythrocyte sedimentation for differential diagnosis among Bangladeshi Children. J, Epidemiology.1996 Jun (612): 109-13.
- 3.- Maheu-B, costes-P; Lionet-P; Kamblock-J, Papoin-G; Mansonrati-J, Genet- L; Blanc-11. Doppler echocardiography to the diagnosis of the first attack of acute Rheumatic Fever. Arch-Mal-Coeur-Vaiss. 1995 Dec,88 (12):1833-9
- 4.- Thakur-Js;Neg:-Pc; Ahluwalia. SK; Vaidya-NK. Epidemiological Survey of -Rheumatic heart disease among school children in northern India: Prevalence and risk factors. J.- Epidemiol- Community-Health 1996, Feb.:50 -(1): 62-7.
- 5.- Faruq- Qo;Rashid-Ak; Ahmed-J; Waiz-A;Haque-Km; Rouf-Ma, Khan-SM;Khan- TN.Ptevalence of Streptococcal sorethroat in the school children of! Dhaka. Bangladesh-Med-Res-Counc-Bull,1995 Dec, 21 (3):87-94.
- 6.- Masuyama-T;Is hii-F; Muraoka-K; Honjo-S; Yamaguchi-H, Hara-T; Shimazaki- K;oa-T,Moriya-K,Outbreak of acute glomerulonefritis in children:OBS. Association With the TI Subtype of Streptococcal group A northern kyushu Japan. Acta-Paeditr-Jpn.1992 Apr;38 (2): 128-31
7. Kutukculer-N;Narin-N.Plasma interleukin-7 in acute Rheumatic Fever and chronic Rheumatic heart disease.Scand-J Rheumatol.1995; 24 (6):383-5
- 8.- Bach-Jf; Chalons-S;Foirier-E;G; Jonanelle-J;Kay embas. S: DELbois-D; Mosser-a; Saint-Alme-C: 10 year programme Aiming at Rheumatic Fever in two French Caribbean Islands.Lancet 1996 Mar 9,347 (9002): 644-8.
- 9.- Fraser-WJ; Haffejee-Z;Cooper-K. Rheumatic Aschoff nodules. Histopathology, 1995 Nov,27 (5): 457-61
- 10.- Padmati -S: Present Status of Rheumatic Fever and Rheumatic heart disease in India. Indian-Heart.J.1995 July-aug, 47 (4):395-8
- 11.- Pelkonen-P.Childhood Systemic L.E,Vasculitis and Rheumatic Fever.Curr-Opin 1995,Sep.- Rheumatol; 7 (5): 430-6

- 12.- Peterson-Sweeney-KL: Systemically induced vasculitis in children. *Aacn- Clin- Issues*.1995.nov; 6 (4): 657-69
- 13.- Pichichero-ME; Melinn-SE; Gooch-WM-3 r D: 19.- Rodriguez-W Goldfarb-J; Reiden berg,-Be: Ceftributen VS.Penicilina V in a group a beta-hemolytic streptococcal Pharyngitis,*Pediatr-Infect-Dis-J*,1995 Jul; 14 (7 Suppl): S 102-7
- 14.- Wilson-NJ; Neutze-JM: Echocardiographic Diagnosis of subclinical carditis in acute Rheumatic Fever. *Int- J. Cardiol*.1995 Jun,2:50 {1}:1-6.
- 15.- Omar-A: Pattern of acute Rheumatic fever in a local teaching Hospital: *Med-J Malaysia*, 1995 Jun, 50 (2):125-30
- 16.- Thakus-JS; Negi-PC; Ahluwalia-SK; Sharma-R; Bhardwaj-R Congenital Heart Disese, Among School Children in Shimla Hills, *Indian Heart-J* 1995 may-jun; 47 (3): 232-5
- 17.- Miyakawa-M,Ohkubo-o;Fuchigami-T;Fujita-Y; Moriuchi-R,Hiyoshi-: Efective ness of haloperidol in chorea Minor. *No-To Hattatsu*,1995 may;27 (3): -191-6.
- 18.- Robles-G; Nava-Zavala-17; Reyes-Pa: Antibodies Against extracellular -producís of group A Streptococcus. *Arch-inst-Cardiol-Mex*.1995 mar-apr; - 65 <2>;115-9.
- 19.- Klein Jo: Antimicrobial Therapy issues Facing Pediatricians. *Pediatr - InfecLDis - J*. 1995 may: 14 (5): 415-9.
- 20.- Spencer - Re: Invasive Strotococci. *EUZ - J Clin - Microbiol-Infect. Dic*.1995; 14 Suppl 1: S26- 32
- 21.- HAFFEJEE - IE. Rheumatic Fever. *Bailli eres - Clin - Rheumatol*. 1995 Feb. 9 (1): 111-20
- 22.- KUMAR - R. Controlling Rheumatic Heart Disease In Developing countries, *World - Health - Forum*. 1995; 16 (1): 47 - 51.
- 23.- BEGUE - P. Therapeutic Strategy For sore Throat. *Allerg- Immunol- París*. 1994 Nov. 26 (9): 341 - 4
- 24.- KARADEMIR - S; Demirceken - F; Atalay - S; Demircin - G: Acute Rheumatic Fever ín Children in The Ankara Área in 1990-1992. *Acta - Paediatr*. 1994 Aug; 83 (8): 862
- 25.- TAUBERT - KA; Rowley - A; Shulman - st; Seven - year National Survey Of Kawasaki Disease and acute Rheumatic Fever. *Pediatr - Infect. Dis - J*. 1994 Aug; 13 (8): 704 - 8.

*El coraje es el púncipal de los talentos del se
humano porque es la cualidad que da confianza
a los demás*

Winston churchill