

## **Fiebre Reumática**

### **Rheumatic fever**

#### **Silicani Armando<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Departamento de Medicina, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Peru.

La fiebre reumática es un grave problema de salud en los países en vías de desarrollo, debido fundamentalmente a la pobreza y falta de educación adecuadas, que producen por un lado hacinamiento con mayor predisposición a las infecciones producidas por el *Estreptococo A* (orofaringitis) y por otro a la falta de solicitud oportuna y continua de atención médica.

La referida enfermedad puede definirse como reactiva e inflamatoria, caracterizada clínicamente principalmente por poliartritis, carditis y corea, bacteriológicamente e inmunológicamente por evidencia de infección previa de la orofaringe por el *Estreptococo A* e histopatológicamente por compromiso del tejido conectivo de los órganos afectados, y el nódulo de Aschoff en el corazón. Ocurre con mas frecuencia en pacientes menores de 14 años y presenta una alta morbimortalidad.

Epidemiológicamente se reconocen 80 serotipos de *Estreptococo A* que contienen proteína M, sin embargo cabe señalar que los tipos 5 y 18 son los mas reumatogénicos y en consecuencia son los mas frecuentes iniciadores del proceso etiopatogénico de la fiebre reumática (2). La tasa de fiebre reumática en el Perú es de aproximadamente 65/10000 habitantes (5).

En la etiopatogenia interviene incuestionablemente el *Estreptococo A*, aunque la patogénesis no está bien establecida, atribuída a la ausencia de un buen modelo de experimentación en animal apropiado; existen varias teoría. La mas aceptada es la referida a la existencia de fenómenos "autoinmunes"(2) en los que habría inmunidad cruzada entre los anticuerpos antimembrana del *estreptococo* y el tejido conectivo de los órganos agredidos , por presentar éstos características antihigiénicas semejantes a los de la membrana del *estreptococo* (2).

Podría haber una predisposición genética, pero no se han descrito antígenos de histocompatibilidad definidos.

La patología revela exudación y proliferación inflamatoria en el tejido conectivo del corazón, las articulaciones y el tejido celular subcutáneo.

En el corazón puede producirse pericarditis, miocarditis y valvulitis con formaciones verrucosas en los bordes de las válvulas. La más comprometidas son la válvula mitral y aórtica, siendo mucho más frecuente el compromiso sea ya de insuficiencia y/o estenosis de la válvula mitral, con frecuente prolapso de una de las hojas de la misma (1,2). El nódulo de Aschoff es característico y está constituido por necrosis fibrinoide rodeada por linfocitos, células plasmáticas y células basófilas, algunas con el núcleo alargado simulando un ojo de lechuza.

En las articulaciones se encuentran exudación, pero sin erosiones óseas ni formación de panus. Los nódulos subcutáneos tienen las mismas características que los nódulos de Aschoff.

Un trabajo realizado con 56 pacientes en el Hospital Cayetano Heredia(4) reveló que el 59% era mujeres y demostró que la edad oscilaba entre 5 y 52 años; que el 46, 5% tenían menos de 14 años, 26,7% estaban entre 14 y 20 y que 26,7% tenían más de veinte años.

Las manifestaciones clínicas, ecocardiográficas y hemodinámicas son algo diferentes a las de los países desarrollados, siendo en ellos usualmente menos marcadas (1-5).

Es infrecuente encontrar con precisión el antecedente de orofaringitis en países en vías de desarrollo (1,4).

Las manifestaciones del primer ataque de fiebre reumática desafortunadamente pueden no recibir atención médica oportuna y como consecuencia las secuelas cardiológicas son mayores (1)(2)(4), habiendo sido más intensa la agresión de las válvulas cardíacas, sobre todo de la mitra.

En pacientes jóvenes con enfermedad reumática clásica, el primer ataque se caracteriza por fiebre, soplo, sistólico intenso en el foco mitral, irradiando hacia la axila, puede existir un soplo mesodiastólico mitral con cierto grado de cardiomegalia confirmada radiológicamente e insuficiencia cardíaca de grado variable. Es usual la poliartritis migratoria aunque menos frecuente que en los adultos; el eritema circinado y los nódulos subcutáneos son de presentación menos frecuentes.

La corea, con manifestaciones características, se presenta usualmente al final del primer ataque. El primer ataque dura de 4 a 12 semanas generalmente y se autolimita aún sin tratamiento médico bien conducido. La evolución depende del tratamiento y si la prevención de las recurrencias no se efectúa como es debido, los ataques se repiten agrediendo cada vez más al corazón con sus funestas consecuencias.

Para el diagnóstico de esta enfermedad se han establecido los criterios de Jones modificados (2), los que se ha aplicado en el estudio realizado en el Hospital Cayetano Heredia (4).

En este estudio (4) se señalan los resultados de acuerdo a los criterios diagnósticos mayores y menores, que coinciden con los encontrados en los otros países en vías de desarrollo (1).

Con dos criterios mayores o un criterio mayor y dos menores se establece el diagnóstico de alta probabilidad; pero es indispensable la evidencia, usualmente inmunológica, de una infección estreptocócica significativa (mas de 250 unidades Todd de anticuerpos antiestreptolisinas del tipo 0)

Los resultados fueron los siguientes:

Los criterios mayores de 56 pacientes se señalan en porcentajes:

#### CRITERIO MAYOR

Carditis	78,8%
Artritis	55,4%
Corea	35,9% en <20años
Nódulos subcutáneos	11,5% en <14años
Eritema circinado	3,8% en <14 años

Igualmente se señalan los criterios menores en porcentajes:

#### CRITERIO MENOR

Fiebre	62,5%
Fiebre reumática	
Anterior con daño	
Valvular	59,0%
Artralgias	23,2%
PCR elevada	66,0%
VSG	53,6%
PR prolongado	23.2%

#### EVIDENCIA DE ENFERMEDAD

##### ESTREPTOCOCICA

Aso mayor 250 U.T.	86%
Cultivo faríngeo+	9%

Los 56 pacientes reunieron los requisitos para hacer el diagnóstico de alta probabilidad de Fiebre Reumática o su reactivación.

El diagnóstico diferencial según las manifestaciones prominentes tiene que hacerse con otros reumatismos reactivos, infecciones virales, artritis séptica, endocarditis infecciosa, gota y otras enfermedades.

El manejo debe ser fundamentalmente preventivo, utilizando penicilina bezatínica de 600,000 a 1'200,000 unidades intramusculares según la edad, desde que se hizo el diagnóstico y luego debe de aplicarse en la dosis señalada, siempre por vía

intramuscular cada cuatro semanas indefinidamente. El tratamiento para erradicar al Streptococo se debe realizar con penicilina G administrada por 10 días.

La medicación antiinflamatoria que más se usa es la aspirina en dosis de 90 a 100 mgs. Por día en dosis fraccionada por dos semanas, reduciéndola según tolerancia y nivel sérico de salicilato (cifra terapéutica promedio de 25mg, por dicilitro) hasta completar usualmente cuatro semanas en los niños.

Los adultos tienen menor tolerancia a la aspirina y usualmente no pueden recibir más de 4 gr. Diarios en dosis divididas por más o menos cuatro semanas.

La administración de corticoides se reserva para pacientes seleccionados. Sea que por intolerancia a la aspirina o por una respuesta inadecuada. La corea requiere aislamiento del paciente y sedantes, tales como diazepam, puesto que no controla con la aspirina.

El tratamiento de soporte es variable según las manifestaciones clínicas, pero requiere reposo temporal estricto.

El tratamiento quirúrgico es necesario para determinados pacientes, los que deben ser adecuadamente evaluados por un equipo de expertos multidisciplinarios.

El pronóstico como es fácilmente comprensible es muy variable; algunos pacientes fallecen por insuficiencia cardíaca irreversible como consecuencia de un daño valvular y/o miocárdico marcado, por tromboembolismo en pacientes con fibrilación auricular y/o por endocarditis infecciosa no reconocida o inadecuadamente manejada.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Marcus RH, Sarelli P, Pocok WA and Barloww JB. The Spectrum of severe Rheumatic Mitral valve disease in a developing country. Ann Intern Med 1994; 120: 177-183.
2. Bisno AL. Rheumatic Fever. In: Cecil Textbook of medicine. 1992; pp 1632-1938.
3. Massel BF, Chute CG, Wolker AA and Kurland GS. Penicilin and the marked decrease in morbidity and mortality from Rheumatic fever in the United States. N Engl J Med 1988; 318: 280-6.
4. Sosa A, Calvo A, Silicani A y Tapia F. Fiebre Reumática aguda en un hospital general. Acta Médica Peruana 1986; 13 (1-2): 19-21.
5. Mispireta A. Fiebre Reumática. Tesis Doctoral UPCH. 1972.