

Fiebre reumática

Alejandra Pringe ▪ María Isabel Brusco ▪ María B. Marcantoni ▪ Rubén J. Cuttica

Definición

La fiebre reumática (FR) es una enfermedad sistémica caracterizada por reacciones inflamatorias locales o difusas del tejido conectivo que afecta, fundamentalmente, el sistema articular, cardiovascular y sistema nervioso central. La enfermedad cardíaca es la manifestación más grave. Puede evolucionar a la cronicidad, lo que confiere gravedad al pronóstico.

Etiología

La FR es una complicación no supurativa de una infección faríngea causada por el estreptococo beta hemolítico del grupo A (EβHA) no tratada o inadecuadamente tratada.

Se presenta después de un período de latencia que oscila entre 1 a 3 semanas en la poliartritis y carditis, y entre 3 a 6 meses en la corea. Desde el punto de vista clínico no siempre se registra el antecedente de faringitis, ya que la infección faríngea no siempre es sintomática (solo 30% de las faringitis presentan síntomas evidentes).

Epidemiología

La FR se caracteriza por sus frecuentes brotes y recidivas (especialmente, en los tres primeros años del brote). Afecta, fundamentalmente, a niños y adolescentes.

Las personas con antecedentes familiares de FR son más proclives a padecerla.

La mayor frecuencia de FR se registra en las poblaciones que viven en hacinamiento, en el conurbano de las grandes ciudades, sin acceso a la atención médica y con bajo nivel sociocultural. También se ha descrito en áreas rurales.

Las estadísticas en países desarrollados ubican la incidencia de FR en 0,5/100 000 habitantes.

Formas clínicas

Las formas clínicas, según la clasificación de Kreutzer modificada, se incluyen en la Tabla 22.4.1.

Manifestaciones clínicas

Generales

Fiebre, palidez, anorexia, astenia, pérdida de peso, vómitos, taquicardia (excepto en la corea).

TABLA N°22.4.1

Formas clínicas. Clasificación de la fiebre reumática (Kreutzer modificada)

Clase	Características clínicas
I	Poliartritis o corea
II	Carditis sin agrandamiento cardíaco
III	Carditis con agrandamiento cardíaco
IV	Carditis con insuficiencia cardíaca inicial
V	Carditis crónicamente activa
VI	Valvulopatía residual: Sin agrandamiento cardíaco Con agrandamiento cardíaco Con insuficiencia cardíaca

Articulares

Poliartritis migratoria que afecta grandes articulaciones, sumamente dolorosa con impotencia funcional. Las manifestaciones articulares son fugaces (más de 24 horas y menos de una semana en la misma articulación), nunca dejan secuelas y es frecuente el compromiso de la primera articulación metatarsofalángica.

En pacientes pequeños, se presenta con menor gravedad y localizaciones atípicas: pequeñas articulaciones o monoarticular. La respuesta de la artritis a la aspirina es sumamente rápida.

Cardíacas

Auscultación:

- Soplo holosistólico de insuficiencia mitral que irradia a axila y no se modifica con el decúbito.
- Soplo diastólico de insuficiencia aórtica.
- Cuando la carditis está activa se ausculta un R3 con soplo mesodiastólico.
- Frotos pericárdicos.

A mayor gravedad de la carditis, mayor posibilidad de compromiso simultáneo aórtico y mitral.

- Esto aumenta el riesgo de recidiva.

La carditis se acompaña de taquicardia en des-

proporción con la fiebre; primer ruido habitualmente disminuido; prolongación PR en ECG.

Corea

Manifestación tardía de la enfermedad. Aparece luego de un período de latencia de 3 a 6 meses después de la infección estreptocócica. El inicio de los síntomas se presenta con cambios de carácter, afectividad, torpeza de movimientos y debilidad muscular. Movimientos involuntarios incoordinados que se exacerban con las emociones y desaparecen con el sueño. Suelen persistir semanas o meses, pero siempre se autolimitan. Predominan en miembros superiores y pueden generalizarse o presentarse en un hemicuerpo (hemicorea).

El largo período de latencia entre la infección y la aparición de la corea es la razón por la cual esta no se presenta asociada a poliartritis en el primer brote de la enfermedad.

La asociación corea-artritis sólo se presenta si previamente al desarrollo de los síntomas coreicos el paciente padece una nueva infección por estreptococo en cuyo caso se trataría de una recidiva y no un primer brote.

En general, la corea no se acompaña de manifestaciones generales ni reactantes de fase aguda y puede tener títulos normales de anticuerpos antiestreptolisina (ASTO).

Nódulos subcutáneos

Son de tamaño pequeño o mediano, habitualmente no dolorosos y frecuentemente múltiples. Se localizan en zona de roce, cara extensora de articulaciones, región occipital y apófisis espinosas.

Eritema marginado

Máculas de tamaño variable con centro pálido y un borde eritematoso. Son circulares, pero pueden confluir. Habitualmente es fugaz, dura 48 horas, pero puede ser recurrente. Se localiza en tórax, abdomen y raíz de miembros. Nunca afecta la cara, no es doloroso ni pruriginoso, no descama y aumenta con el calor.

Diagnóstico (Algoritmo 22.4.1)

El diagnóstico es clínico. La presencia de dos criterios mayores o un criterio mayor y dos menores indica FR, si hay evidencia de infección estreptocócica previa como elevación de ASTO o cultivo positivo para EβHA (Tabla 22.4.2).

Anamnesis

- Antecedente de faringitis previa, escarlatina o infección respiratoria de vía aérea superior.
- Antecedentes de brotes previos de FR, forma clínica, tratamiento recibido, prevención reali-

zada, último episodio; inicio, características y duración de los síntomas.

- Antecedentes familiares de FR.

Examen físico

- Estado general, peso, temperatura axilar, presión arterial, características de pulso.
- Examen de fauces y linfoganglionar.
- Evaluación de la piel y las mucosas: búsqueda de nódulos subcutáneos, eritema marginado, edemas.
- Examen articular de grandes y pequeñas articulaciones: número de articulaciones tumefactas, dolor espontáneo o a la movilidad articular, coloración y temperatura.
- Examen cardiovascular que incluya inspección precordial y cuello, choque de la punta, auscultación de ruidos cardíacos, soplos audibles, presencia de frote, R3.
- Examen neurológico: cambios de carácter, labilidad emocional, trastornos del habla y escritura, fasciculaciones, movimientos anormales.

Exámenes complementarios

- Hemograma, ERS, proteína C reactiva, glucemia, hepatograma, proteinograma electroforético, LDH, CPK, CPK MB, uremia, creatinemia, análisis químico y de sedimento urinario.
- Cultivo de fauces, ASTO, *streptozyme*. Tanto para ASTO como para *streptozyme* se deben realizar dos o más determinaciones con intervalo de 10 a 15 días para obtener una curva. Cuando la infección fue reciente debe observarse una variación de más de dos diluciones en dos determinaciones consecutivas.
- Telerradiografía de tórax: frente y perfil izquierdo con relleno esofágico para evaluar agrandamientos de la aurícula izquierda.
- Evaluación cardiológica con electrocardiograma y ecocardiograma.

Diagnóstico diferencial

- AIJ: se compromete además la columna cervical y pequeñas articulaciones, y con una duración superior a 6 semanas.
- AIJ de inicio sistémico: fiebre, exantema, poliadenoopatías, hepatoesplenomegalia y serositis.
- Lupus eritematoso sistémico (LES): el compromiso articular puede ser inicialmente migratorio. La corea puede ser la primera manifestación en LES.
- Púrpura de Schönlein-Henoch: puede tener como etiología la infección por EβHA. El compromiso articular puede preceder a la vasculitis.
- Infecciones virales: mononucleosis, rubéola, hepatitis, varicela parvovirus B19.
- Poliartritis nodosa: puede estar asociada a EβHA.

- Artritis reactivas: *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*.
- Endocarditis infecciosa.
- Artritis infecciosa.

Criterios de internación

Deben internarse todos los pacientes en el período agudo de la enfermedad y aquellos que presenten corea.

Tratamiento (Tabla 22.4.3 y Algoritmo 22.4.1)

Medidas generales

El paciente debe permanecer en reposo, en cama, mientras persista la actividad reumática.

Dieta hiposódica para pacientes con FR Clase III a VI y en caso de tratamiento con corticoides.

Tratamiento médico

- Aspirina o corticoides como antiinflamatorios.
- Antibióticos.
- Penicilina benzatínica: 1 200 000 UI cada 15 días el primer mes y luego cada 28 días como prevención secundaria.

En casos de alergia a la penicilina: eritromicina 30 a 50 mg/kg/día cada 8 horas VO 10 días y luego continuar con 250 mg VO dos veces por día como prevención secundaria.

- En FR clases I y II, si la aspirina es efectiva, debe mantenerse la dosis durante 2-3 semanas o hasta ERS normal. Luego, se debe disminuir 50% dosis y continuar durante 2 a 4 semanas más.
- En las clases III, IV y V, se indica prednisona:
 - Pacientes hasta 25 kilos de peso: 2 mg/kg/día, VO.
 - Pacientes entre 25 y 40 kilos: 1,5 mg/kg/día, VO.
 - Pacientes más de 40 kilos: 1 mg/kg/día, VO.

La dosis inicial de prednisona para cada paciente según peso y clase funcional se mantiene un mes para luego descender 20% cada semana y se suspende en cinco semanas, si la evolución clínica del paciente lo permite. Cuando se comienza a reducir la dosis de prednisona, se indican 50 mg/kg/día de aspirina, VO. Antes de administrar corticoides realizar radiografía de tórax y PPD2 UT.

TABLA N°22.4.3

Tratamiento de la fiebre reumática

Clase	Características clínicas	Reposo absoluto	Reposo relativo	Antiinflamatorio
I	Poliartritis o corea	15 días-1 mes	1 mes	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirina: 50 mg/kg/día c/6 h VO. • Si en 24-48 h no mejora aumentar a 80 mg/kg/día • Si no mejora en 48 h dar prednisona a 1 mg/kg/día VO una semana
II	Carditis sin agrandamiento cardíaco	2 meses	2 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirina: 50 mg/kg/día c/6 h VO • Si en 24-48 h no mejora aumentar 80 mg/kg/día • Si no mejora en 48 h dar prednisona a 1 mg/kg/día durante una semana
III	Carditis con agrandamiento cardíaco	3 meses	3 meses	Prednisona: 1-2 mg/kg/día VO
IV	Carditis con insuficiencia cardíaca inicial	4 meses	4 meses	Prednisona: 1-2 mg/kg/día VO
V	Carditis crónicamente activa	4-6 meses	4-6 meses	Prednisona: 1-2 mg/kg/día VO
VI	Valvulopatía residual: <ul style="list-style-type: none"> • Sin agrandamiento cardíaco • Con agrandamiento cardíaco • Con insuficiencia cardíaca 	De acuerdo con valvulopatía*	De acuerdo con valvulopatía*	No

* Luego del año del brote inicial si queda valvulopatía: si no tiene agrandamiento cardíaco, vida normal, pero evitando deportes competitivos; con agrandamiento cardíaco, vida relativamente normal, evitar esfuerzos.

Tratamiento particular de la corea

Administrar haloperidol, inicialmente 3 gotas dos veces por día; se aumenta una gota cada 48 horas; si no hay mejoría, se administrarán 0,025-0,05 mg/kg/día de haloperidol cada 12 horas + 1 mg/kg/día de clorpromazina, VO, en dos tomas. Ante la mejoría del cuadro, se desciende lentamente. El haloperidol se presenta en comprimidos de 1,5 y 10 mg y gotas 2 mg/mL (0,1 mg/gota), y la clorpromazina en comprimidos de 25 y 100 mg. Eventualmente se indicará tratamiento quirúrgico. El paciente y la familia deben realizar tratamiento psicológico.

Prevención secundaria

- Penicilina G benzatinica:
 - 1 200 000 UI cada 28 días, intramuscular, en pacientes hasta 50 kg.
 - 2 400 000 UI cada 28 días, intramuscular, en pacientes de peso mayor a 50 kg.
- Duración de la prevención secundaria:
 - Mínimo de 5 años o hasta superar la escola-

ridad secundaria cuando en el brote presentaron artritis o corea.

- Pacientes con carditis y valvulopatía residual, de por vida.
- Opción vía oral:
 - Penicilina: 200 000 UI dos veces por día.
 - Eritromicina: 250 mg dos veces por día.

Pronóstico y seguimiento

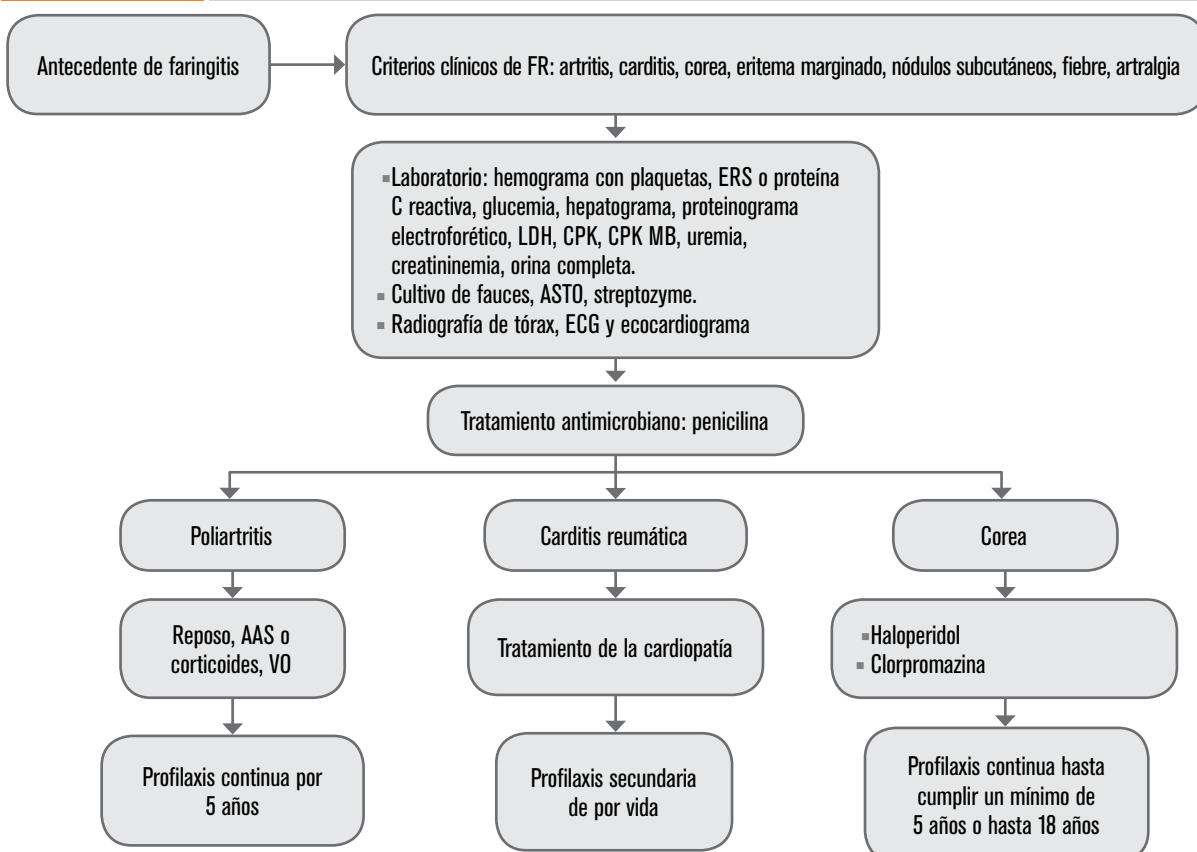
En general, el pronóstico es bueno. En la etapa aguda la carditis puede provocar complicaciones relacionadas con falla cardíaca, taquiarritmias y bloqueo cardíaco. Las complicaciones tardías dependen del grado de disfunción valvular y de la miocardiopatía secundaria.

Es importante un adecuado tratamiento de las infecciones estreptocócicas con antibióticos y profilaxis secundaria.

Los pacientes con carditis requieren profilaxis de endocarditis infecciosa ante procedimientos quirúrgicos.

ALGORITMO N°22.4.1

Fiebre reumática: diagnóstico y tratamiento.



FR: fiebre reumática; AAS: ácido acetilsalicílico.

Bibliografía

Cassidy JT, Petty M. Textbook of pediatric rheumatology. 5° ed. Philadelphia: Elsevier, 2005.