

Una nueva dimensión de la fiebre reumática

G. G. BERRI

En 1984 sosteníamos que la fiebre reumática aguda en el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" de Buenos Aires, en la década de 1971-1980, había modificado su forma de presentación con disminución de su gravedad y frecuencia en el ataque inicial y de la morbimortalidad en la evolución inmediata y alejada, en relación con los 30 años precedentes. El total de la población evaluada era de 1.019 pacientes. (1) En los países desarrollados, también era evidente la dramática y casi misteriosa declinación de esta afección y las estadísticas marcaban una disminución del 90 al 95%. (2) Más aún, algunos autores señalaban que la fiebre reumática había sido virtualmente **eliminada** en los Estados Unidos. (3) Hablábamos entonces de "una nueva dimensión de la fiebre reumática", que se transformaba en un problema menor en relación con otras enfermedades. (1) También mencionábamos que, en países en desarrollo de Latinoamérica y especialmente de Oriente y Africa, esta afección tenía un perfil especial, constituyendo un problema mayor de salud por su frecuencia y morbimortalidad. En la actualidad, en muchos de estos países la fiebre reumática continúa siendo la enfermedad cardíaca que en los niños y adolescentes encabeza la estadística de ingreso al hospital. (4)

En 1985, un brote de fiebre reumática hizo su aparición en el Oeste de los Estados Unidos y 74 casos de fiebre reumática aguda fueron examinados entre enero de 1985 y junio de 1986, en el Centro Médico Pediátrico de Salt Lake, Utah. (5) La frecuencia de la afección en este brote era comparable a la obtenida en dicho país 30 años atrás (18 por cada 100.000 personas entre 5 y 17 años de edad). Los pacientes provenían de familias de clase media, de raza blanca, con acceso fácil a la atención médica y seguros médicos adecuados. Padeían de carditis con frecuencia elevada (72%), que era de grado moderado o severo en el 53% de ellos. En el resto de la década anterior y en la actual el resurgimiento de la fiebre reumática aguda continuó en esa zona de Estados Unidos, con una frecuencia de 26 pacientes/año (a diferencia de lo ocurrido en las misma área entre 1975 y 1985 con una frecuencia de 6 pacientes/año). (6)

En una encuesta realizada en los grandes hospitales de los Estados Unidos se diagnosticaron, entre 1984 y 1990, 6.238 casos de fiebre reumática aguda y se verificó una disminución anual en el número de pacientes afectados (32,9% menos en 1990 que en 1984). (7) Este hallazgo demuestra que el comentario recrudescimiento de la afección en este país refleja exclusivamente un aumento multifocal o zonal. (5, 6, 8) También en Europa han sido descritos algunos brotes aislados. (9)

En el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", desde 1980 a 1995, han sido estudiados 232 pacientes con una edad promedio de comienzo de 9,7 años (entre 3,5 y 16 años). Esta estadística representa un promedio de 14 pacientes/año. En la década de 1971-80, el promedio era de 18 pacientes/año. En la serie reciente, el 48% padecían de carditis reumática, y en la anterior el 50,8%, sin diferencias significativas en el grado de agresión o compromiso cardíaco con respecto a la estadística de 1971-80 (clases 2, 3, 4, 5). (1) La válvula y el tipo de lesión más frecuente en el ataque inicial resultó la insuficiencia mitral (110 casos) y en menor proporción la insuficiencia aórtica (25 casos), generalmente con insuficiencia mitral asociada. En relación con la década 1971-1980 se aprecia un incremento del número de pacientes que quedan sin lesión cardíaca en su evolución alejada (62% en la estadística actual y 42% en la anterior).

En conclusión, la fiebre reumática persiste en el mundo, con tendencia a disminuir en los países desarrollados. En el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" continúa la tendencia decreciente en el número de niños con ataques iniciales y en la cantidad de los mismos que quedan sin secuelas. Todo nos confirma que las infecciones estreptocócicas de fauces no han disminuido y, con ellas, el potencial para el desarrollo de esta enfermedad, quizás con cambios en el estreptococo grupo A responsable. De ahí surge la importancia del reconocimiento y tratamiento adecuados de las faringitis y amigdalitis, así como también de la aplicación de los criterios diagnósticos de fiebre reumática para lograr su identificación temprana (4, 10) y la iniciación de investigaciones epidemiológicas. (10, 11)

Agradecimiento

Agradecemos la inestimable colaboración de la Dra. Graciela Espada, del Centro de Prevención de Fiebre Reumática del Hospital de Niños, quien ha suministrado los datos de la estadística reciente del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez".

BIBLIOGRAFIA

1. Berri GG, Vargas JF, Nogales M, Orence V, Lladó D. Fiebre reumática. Cuarenta años de experiencia en el Hospital de Niños de Buenos Aires. Buenos Aires, H Macchi, 1984.
2. Tandon R. Rheumatic fever today. *En: Pediatric Cardiology* (Vol 4). World Congress. London, Churchill Livingstone, 1981; 606.
3. Gordis L. The virtual disappearance of rheumatic fever in the United States: lessons in the rise and fall of the disease. *Circulation* 1985; 72: 1155-1162.
4. Djani AS, Ayoub E, Bierman FZ y col. Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever. Jones criteria, 1992 Update. *JAMA* 1992; 268: 2073-2096.
5. Veasy LG, Wiedmier SE, Orsmond GS y col. Resurgence of acute rheumatic fever in the intermountain area of the United States. *N Engl J Med* 1987; 316: 421-427.
6. Veasy LG, Lloyd, Tani, Hill HR. Persistence of acute rheumatic fever in the intermountain area of the United States. *J Pediatr* 1994; 124: 9-16.
7. Taubert KA, Rowley A, Shulman S. Seven year national survey of Kawasaki disease and acute rheumatic fever. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13: 704-708.
8. Zangwill K, Wald E, Londino A. Acute rheumatic fever in Western Pennsylvania: A persistent problem into the 1990's. *J Pediatr* 1991; 118: 561-563.
9. Bonora G, Rogary P, Acerbi L y col. Outbreak of acute rheumatic fever in northern Italy (Letter). *J Pediatr* 1989; 114: 334.
10. World Health Organization Study group. Rheumatic fever and rheumatic heart disease. Geneva. Switzerland: World Health Organization, 1988. Technical report series 764.
11. Kaplan EL, Hill HR. Return of rheumatic fever: consequences, implications and needs. *J Pediatr* 1987; 111: 244-246.