

## **Fiebre reumática aguda**

**Dres. EDUARDO A. KREUTZER y PATRICIO M. COSSIO**

La fiebre reumática (FR) es una enfermedad aún frecuente en nuestro medio. En el año 1968 se internaron en los hospitales de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (comprende el 55 % de las internaciones en dicha área) 585 pacientes con FR aguda, lo que representa el 3,5 % de los ingresos, con un promedio días de internación de 27 días. De este grupo de pacientes, el 61 % tenía poliartritis, el 33 % carditis, y el 6 % corea, sin haberse registrado mortalidad en las poliartritis y corea, y con el 9,3 % de mortalidad en las carditis. En las edades comprendidas entre 5-14 años las enfermedades del aparato circulatorio comprenden el 3,5 % de los ingresos y la FR es responsable del 76 % de los mismos. En nuestra experiencia en el Hospital de Niños de Buenos Aires, de los pacientes internados con FR la forma más común ha sido la poliartritis con carditis (56,5 %), luego la poliartritis aislada (30 %) y finalmente la carditis aislada (13,5 %). La corea la hemos encontrado en el 10 % de los casos, los nódulos reumáticos en el 1 % y el eritema circinado en el 10 %.

Dado que la FR abarca síndromes clínicos (poliartritis, carditis, corea) de muy diferente pronóstico y tratamiento, seguimos la clasificación de R. Kreutzer modificada (año 1968):

Clase 1. Fiebre Reumática (poliartritis o corea) sin carditis.

Clase 2. Carditis reumática sin agrandamiento cardíaco.

Clase 3. Carditis reumática con agrandamiento cardíaco.

Clase 4. Carditis reumática con insuficiencia cardíaca en el brote.

Clase 5. Carditis reumática crónicamente activa.

Clase 6. Valvulopatía reumática residual con o sin antecedentes de fiebre reumática:

- a) Sin agrandamiento cardíaco.
- b) Con agrandamiento cardíaco.
- c) Con insuficiencia cardíaca.

La enfermedad cardíaca (verdadera pancarditis) es la manifestación más seria de la enfermedad, y la que le confiere gravedad en el pronóstico; en cambio la artritis y la corea son de por sí autolimitadas, retrogradando espontáneamente. La auscultación cardíaca es el elemento fundamental para el diagnóstico de la carditis y la regla es un soplo sistólico de regurgitación mitral, que debe diferenciarse del frecuente soplo sistólico accidental que es solamente mesosistólico, y un tercer ruido con soplo mesodiastólico "ruido de actividad reumática de R. Kreutzer" que desaparece en el período inactivo de la enfermedad. El primer ruido en el área mitral se encuentra disminuido en la mitad de los pacientes, y frecuentemente se ausculta un desdoblamiento amplio del segundo ruido con reforzamiento del componente pulmonar en el área pulmonar. En el 25 % de los pacientes se ausculta un soplo protodiastólico, aspirativo y decreciente, habitualmente de débil intensidad, debido a una insuficiencia aórtica. En el 10 % de las carditis se auscultan frotos pericárdicos evidenciando una pericarditis aguda. El electrocardiograma muestra en el 40 % de los pacientes en el comienzo de la enfermedad un PR largo, y en un porcentaje similar un QTc prolongado; debemos recalcar, sin embargo, que la sola prolongación del PR no es un elemento confirmatorio de carditis. El agrandamiento cardíaco se encuentra en el 50 % de las carditis, y la insuficiencia cardíaca en el 25 % de los pacientes con carditis reumática. Las arritmias acompañan a las carditis en el 10 % de los pacientes; extrasistolia y

Unidad de Cardiología. Hospital Durand, Díaz Vélez 5044, Capital Federal.

Jefe: Dr. Bernardo Malamud.

disociación aurículo-ventricular con o sin taquicardia nodal son las más frecuentes.

En cuanto al laboratorio, la FR aguda (1º al 30º días de evolución) con poliartrosis y/o carditis se caracteriza serológicamente por reacciones de fase aguda de reglas positivas y en orden de frecuencia: a) eritrosedimentación (98 %); b) mucoproteínas o seromucoide (81 %); c) beta 1 C - beta 1 A (C'3) aumentada en el 80 % de los pacientes; d) proteína C reactiva (46 %) siendo positiva en el 93,3 % de los casos en los primeros 15 días de la enfermedad. El proteinograma se encuentra alterado el 100 % de los pacientes con FR aguda; con alfa 2 y gamma globulina elevadas en el 90 %, alfa 1 en el 62 %, e inmunoglobulinas frecuentemente elevadas (Ig G en el 65 % de los casos, Ig M en el 39 %, Ig A en el 21 %). De las enzimas, la transaminasa glutámico-oxalacética y la dehidrogenasa láctica se encuentran aumentadas en el 50 % de las carditis agudas de grado severo (con agrandamiento cardíaco y/o insuficiencia cardíaca). Los autoanticuerpos anti-corazón (FAMI) se encuentran presentes en el 30 % de los pacientes con FR aguda, sin relación estadísticamente significativa con la existencia o no de carditis.

Con respecto a las pruebas de contacto reciente con el estreptococo, el cultivo de fauces positivo para el estreptococo beta hemolítico del grupo A se encuentra solamente en el 10 % de los pacientes con FR aguda (en el 20 % de los pacientes en los primeros 15 días de evolución de la enfermedad) lo que demuestra su poco valor clínico para el diagnóstico de la enfermedad. La baja incidencia de cultivos positivos se debe probablemente a que cuando aparece la FR los mecanismos inmunológicos normales ya han erradicado al estreptococo de las fauces, así como también a la frecuente administración de antibióticos previamente al cultivo. En cambio, la determinación de antiestreptolisina O muestra resultados elevados en el 93 % de los pacientes con FR aguda, demostrando su gran valor en el diagnóstico retrospectivo de una estreptococcia.

El tratamiento antimicrobiano lo efectuamos con penicilina benzatínica cada 15 días, salvo en carditis severas en que utilizamos eritromicina por vía oral. La clase 1 se trata con aspirina (0,05 gr/kg/

día) repartido cada 6 horas durante 2 semanas; luego se disminuye la dosis a la mitad. Reposo absoluto durante 4 semanas y vida completamente normal después de los 2 meses. La clase 2, se trata también con aspirina (0,05 gr/kg/día) durante 4 semanas y luego se reduce la dosis a la mitad por un período similar; el reposo absoluto se mantiene durante 2 meses, y luego reposo relativo durante 2 meses. Vida normal, sin esfuerzos extenuantes durante 1 año.

La clase 3 se trata con corticoides (prednisona; 1 a 2 mg/Kg/día) durante 3 semanas, luego se disminuye el 20 % de la dosis por semana, hasta suprimir la droga en 5 semanas más. Reposo absoluto durante 3 meses y relativo durante 3 meses adicionales. No deben efectuar esfuerzos durante 1 año.

La clase 4 con insuficiencia cardíaca, aparte de la administración de digitálicos, diuréticos y régimen hiposódico, se trata con corticoides igual que la clase 3 y con reposo absoluto de 3 a 6 meses y relativo de 3 a 6 meses más. La neumonitis reumática tiene mal pronóstico y requiere habitualmente asistencia respiratoria. Debe efectuarse siempre la reacción de Mantoux como paso previo al tratamiento con corticoides para evitar una siembra miliar en un paciente tuberculoso; asimismo con los corticoides se indica régimen hiposódico, aporte de potasio, de calcio, y frecuentemente diuréticos para evitar la retención hídrica.

El pronóstico de la FR aguda no ha variado significativamente en los últimos años. En un estudio comparativo efectuado en el Hospital de Niños entre un grupo de 466 pacientes estudiados en el decenio 1937/1946, y otro grupo de 289 pacientes del decenio 1950/1959, a los 2 1/2 años del brote los fallecidos eran el 10 %, quedaba sin lesión cardíaca un 30 %, y con lesión cardíaca residual un 60 %, sin notarse diferencias significativas entre ambos grupos; a pesar del tratamiento con corticoides solamente el 50 por ciento de los pacientes de la clase 3 y el 20 % de los pacientes de la clase 4 tuvieron una evolución favorable.

Todo esto nos lleva a concluir, que a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento de la FR, la prevención es el punto fundamental en la lucha contra la enfermedad. Sin embargo, ello no se cumple adecuadamente ni aún en países desarrollados socio-económicamente co-

mo en los Estados Unidos de Norteamérica en donde se producen anualmente 100.000 nuevos casos de FR y 16.000 fallecimientos por cardiopatía reumática. Todo ello, a pesar que desde hace 20 años se reconoce que las anginas agudas por estreptococo beta hemolítico del grupo A en niños y adultos jóvenes (especialmente las que se acompañan de adenopatías y las exudativas) son seguidas de FR en el 3 % de los casos cuando se trata de una epidemia y en el 0.3 % cuando se trata de casos esporádicos, y que dicha complicación se reduce en su frecuencia más de 10 veces, con el tratamiento adecuado con antibióticos (1 sola inyección de penicilina benzatínica IM, o bien con penicilina o eritromicina oral durante 10 días); esto es lo que se conoce como prevención primaria de la FR, vale decir prevenir el brote inicial de la enfermedad, mediante el tratamiento correcto de la angina estreptocócica aguda, aún hasta la semana del comienzo de la misma. Por otra parte, de los pacientes que han padecido FR aproximadamente la mitad reactivan su en-

fermedad dentro de los primeros 5 años del episodio inicial de FR, determinando habitualmente una mayor agresión cardíaca en cada brote. Mediante la antibioticoterapia crónica con penicilina benzatínica mensual, o con penicilina o sulfadiazina oral diariamente, el porcentaje de reactivaciones disminuye al 1 %, vale decir se reducen las posibilidades de un nuevo brote en forma muy significativa. Esto es lo que se conoce como prevención secundaria de la FR. Sin embargo, la prevención primaria no es sencilla; cerca de la mitad de las anginas estreptocócicas no son sintomáticas o bien no consultan al médico, y por otra parte el diagnóstico clínico de la misma nunca es seguro sin cultivo de fauces correctamente efectuado. Además, y en el otro aspecto, es muy común que la prevención secundaria sea abandonada por los enfermos al encontrarse aparentemente curados. Por todo ello, se piensa que solamente con la vacunación antiestreptocócica, o bien con el avance de la inmunopatología, será posible erradicar definitivamente a la FR.