

FIEBRE REUMATICA

" Es una enfermedad inflamatoria que ocurre como secuela alejada de una infección por estreptococo beta-hemolítico Grupo A, habitualmente faringoamigdalitis o escarlatina. Puede afectar el corazón, articulaciones, sistema nervioso central y tejido subcutáneo. Su nombre proviene del compromiso articular, pero los daños más importantes se producen en el corazón."

Etiología y patogenia.

El mecanismo por el cual se inicia la F.R. es desconocido, sin embargo existe una relación entre las infecciones faringoamigdalinas por estreptococo Grupo A y la Fiebre Reumática (F.R.) que se sustenta en :

- La relación epidemiológica demostrada entre estas infecciones y la aparición de casos de F.R.
- La comprobación inmunológica de infección estreptocócica previa en pacientes con F.R. (Elevación de título de anticuerpos antiestreptolisina)
- El hecho que los episodios primarios y secundarios de F.R. pueden prevenirse mediante el tratamiento antibiótico precoz de las infecciones estreptocócicas.

No hay demostración de gérmenes en las lesiones articulares ni cardíacas.

Incidencia y Epidemiología

La F.R. aparece especialmente entre los 5 y 15 años de edad. Su distribución geográfica es similar a la observada para las infecciones por estreptococo Grupo A : es favorecida por factores climáticos (humedad, frío, etc.) y socioeconómicos (hacinamiento, pobreza, etc.)

En Chile está en declinación: de unos 500-600 casos al año (9 x 100.000 hab.) en la década de los 70, ha disminuido progresivamente, constituyendo el 0,2 por mil de las hospitalizaciones (38 casos hospitalizados el año 2001). Sin embargo, en los países desarrollados se ha observado un ligero aumento de la incidencia en los últimos años.

La F.R. aparece entre el 0,5 y el 5% de los pacientes que hacen una faringoamigdalitis estreptocócica, pero la probabilidad es más alta en quienes ya han tenido un episodio de FR, disminuyendo a medida que pasan los años desde el episodio previo.

Compromiso Cardíaco

La F.R. afecta el pericardio, miocardio y endocardio: es una pancarditis, con algunas lesiones características :

- miocardio : produce un degeneración fibrinoidea del colágeno, siendo su lesión característica el granuloma de Aschoff;
- lesión endocárdica : el daño principal es a nivel de las válvulas, donde se produce una valvulitis verrucosa, que a largo plazo determina lesiones fibrosas, con adherencia, engrosamiento y retracción de velos y cuerdas tendíneas.
- lesión pericárdica : derrame serofibrinoso de tipo inespecífico.

Cuadro Clínico

En general se presenta como un cuadro febril, de evolución insidiosa, con aparición de las siguientes manifestaciones clínicas. Sin embargo, considerando que muchos pacientes con valvulopatía reumático no reconoce haber presentado un episodio de fiebre reumática, es claro que un porcentaje significativo de episodios pasa desapercibido.

***Artritis:** (Incidencia aprox 70-80%): típicamente es una poliartritis migratoria de grandes articulaciones.

***Carditis:** (Incidencia total aprox 40 - 60%; aislada aprox. 15 - 20 %) Generalmente la carditis aparece dentro de las primeras semanas del episodio (70% en la primera semana). Si no hay carditis en los primeros meses el pronóstico es muy bueno. Puede manifestarse por:

- Soplos de Insuficiencia Mitral o Aórtica;
- Frotos pericárdicos;
- Cardiomegalia, galope, congestión pulmonar.

En la mayoría de los casos, las carditis son poco sintomáticas, pero pueden llegar a ser muy graves, con insuficiencia cardíaca congestiva y muerte del paciente.

***Corea :** (Incidencia aprox 10-20%) Es un trastorno del SNC caracterizado por movimientos descoordinados, inesperados e involuntarios. Habitualmente aparece varias semanas después de la artritis. Ocasionalmente se presenta en forma aislada.

***Eritema marginado y nódulos subcutáneos** (Incidencia < 2-3%)

Fenómeno inhabitual en nuestro medio.

***Otros síntomas:**

Compromiso del estado general, fiebre, artralgias, etc. como manifestación de un proceso inflamatorio general

Laboratorio :

- Elevación de los títulos de anticuerpos antiestreptolisinas O: se elevan desde los primeros días y pueden durar elevados alrededor de 6 -8 semanas. En caso de Corea, pueden haber bajado a niveles normales.

- Elevación de la velocidad de sedimentación (VHS) y de la Proteína C Reactiva.

- Bloqueo AV simple al ECG, fenómeno no diagnóstico de carditis,

Diagnóstico

Se utilizan los llamados *Criterios de Jones*, que separa los elementos diagnósticos en criterios "mayores" y "menores ":

- Mayores : Poliartitis; Carditis; Corea; Eritema marginado; nódulos subcutáneos;

- Menores : Fiebre; Artralgias; F.R. previa; VHS

y PCR elevada; Prolongación del PR.

El diagnóstico se hace si hay 2 criterios mayores o 1 mayor + 2 menores , junto con alguna evidencia de infección estreptocócica, tal como elevación de las ASO o antecedente de escarlatina.

Evolución y pronóstico.

Los episodios de F.R. tienden a remitir espontáneamente: un 75% antes de 6 semanas y un 90% antes de 12 semanas. Sin embargo un 5% se prolonga más de 6 meses. En nuestro medio la mortalidad es baja (< 1%) y se debe a casos de carditis grave.

El pronóstico largo plazo, está determinado por el daño cardíaco permanente, que dependerá de la gravedad de la carditis; de la aparición de nuevos brotes de F.R.y de la magnitud del daño valvular.

La importancia de la prevención secundaria radica en que nuevos episodios de F.R. sólo se **presentan si hay nuevos episodios de infección faringoamigdalina por estreptococo**

Tratamiento

Frente a un episodio de F.R. debemos tener presente dos aspectos

- el tratamiento del episodio propiamente tal y

- la prevención de su recurrencia.

Los elementos del tratamiento del episodio agudo son:

- erradicación de eventuales focos de infección estreptocócica, con Penicilina benzatina 1.200.000 U. o Eritromicina, en caso de alergia a la Penicilina.

- el **reposo**, que debe prolongarse hasta la desaparición de los síntomas de artritis o carditis.

- En casos de artritis, el medicamento de elección es la **Aspirina**;

- En casos de carditis importante, puede usarse **corticoides**.

Ninguna de estas medidas previene la aparición de daño valvular.

Prevención Primaria y Secundaria de la F.R.¹

¹ Ver Normas de Control de la Fiebre Reumática. Ministerio de Salud.

El objetivo más importante en el tratamiento de la Fiebre Reumática, es el prevenir su aparición (prevención primaria) o recurrencia (prevención secundaria).

El éxito de cualquier programa de prevención se basa fundamentalmente en la educación de los individuos en riesgo, de sus familiares cercanos, del personal de la Salud y de la población general.

La Prevención Primaria consiste en el tratamiento adecuado de todas las faringoamigdalitis estreptocócicas - o sospechosas de estreptocócicas - con Penicilina Benzatina o Eritromicina durante 10 días. El diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica se basa principalmente en sus características clínicas (marcadamente febriles y exudativas), cuando se presenta como escarlatina o cuando hay evidencias de contagio (en el hogar, colegios, internados, etc.) Ocasionalmente será recomendable el cultivo faringeo.

La Prevención Secundaria consiste en el uso prolongado de Penicilina Benzatina 1.200.000 U. cada 30 días - Sulfadiazina 1 gr/día en casos de alergia a PNC - para prevenir la reaparición de infecciones estreptocócicas.

La duración de la prevención secundaria dependerá de:

Presencia de carditis y valvulopatía residual	mínimo 10 años y hasta los 40 años
Presencia de carditis sin valvulopatía residual	mínimo 10 años y hasta los 21 años
Sin evidencias de carditis	mínimo 5 años y hasta los 21 años

Por ejemplo, si un paciente tuvo un episodio único a los 7 años y no tiene secuela valvular, se puede suspender la prevención secundaria a los 21 años. Sin embargo, si se trata de un paciente que ha tenido varios episodios de actividad reumática, el último a los 20 años de edad y tiene una valvulopatía residual, se deberá mantener en profilaxis por lo menos hasta los 40 años.

JAR/Jul-06