

Fiebre reumática. Perfil clínico de una enfermedad persistente

ARTURO LOREDO-ABDALA*
J. JULIO SIERRA-G. DE QUEVEDO
LUIS CARBAJAL-RODRIGUEZ

Se analizan los aspectos clínicos y sociales de pacientes con fiebre reumática atendidos en el Departamento de Medicina Interna del Instituto Nacional de Pediatría durante la última década. Las variaciones en el perfil clínico de estos enfermos en diversas partes del mundo y el súbito e inesperado brote de esta enfermedad observado en los Estados Unidos de Norteamérica hacen necesaria esta revisión para mantener al pediatra actualizado sobre este padecimiento. Se enfatiza que el daño que sufre la viscera cardíaca de estos niños, sigue siendo la mayor preocupación para los clínicos. Se validan los exámenes de laboratorio y gabinete necesarios para apoyar el diagnóstico clínico y para mantener la vigilancia posterior de estos enfermos. Se mencionan algunos aspectos sociales de este grupo en los Estados Unidos.

CLAVES: Fiebre reumática, aspecto social, perfil clínico.

SUMMARY

Clinical and social aspects of patients with rheumatic fever that were studied at the Internal Medicine Department of the "Instituto Nacional de Pediatría" during the last decade were analyzed. Variations observed in the clinical profile all around the world and the sudden and unexpected outbreak of the disease in the United States made this revision necessary so that the pediatrician remains actualized and aware. Damage to the heart is as always a major concern. Laboratory and radiological tests necessary to sustain the clinical diagnosis and those needed for further evaluation are discussed. To mention some social aspects regarding this group is essential because of the great difference between our patients and those recently seen in the United States.

KEY WORDS: Rheumatic feves, social aspect, clinical profile.

Introducción

El hombre sufre diversas enfermedades estrechamente relacionadas con la pobreza que son fundamentalmente, consecuencia de una alimentación inadecuada.¹⁻⁶ Así mismo, existen otros problemas médicos que están condicionados a la existencia de un nivel sociocultural bajo, aunque el problema nutricional esté resuelto. Un ejemplo de esta situación lo constituye la fiebre reumática (FR), padecimiento que se da en una determinada

condición biosocial.⁷⁻⁹ La relación con este fenómeno ha sido tan marcada que cuando las condiciones socioculturales de diversos grupos humanos mejoraron, disminuyó la frecuencia de la enfermedad en los mismos. De hecho, en las últimas tres décadas este padecimiento había dejado de ser un problema de salud pública en los países industrializados, aunque en los que constituyen el llamado tercer mundo sigue siendo un azote.¹⁰⁻¹¹ Sin embargo, en diversos estados de la Unión Americana han aparecido actualmente brotes de la enfermedad, ocasionando un estado de alarma a las autoridades sanitarias y al grupo médico.¹²⁻¹⁷

Con este problema vigente, es necesario determinar

Trabajo de ingreso del doctor Arturo Loredo-Abdala presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 8 de agosto de 1990.

* Académico numerario.

Todos los autores: Instituto Nacional de Pediatría.

el mecanismo fisiopatogénico de la enfermedad mediante el estudio del comportamiento inmunológico de estos enfermos condición que no se ha logrado a pesar de que el agente causal se conoce perfectamente. Sin embargo, mientras esto se lleva al cabo y considerando lo complejo del problema, se puede iniciar una línea de investigación estableciendo el perfil clínico que caracteriza a la población infantil afectada.

Por ejemplo, Kaplan¹⁶ señala que la afección articular de la FR aún antes de la aparición de los brotes actuales, se observaba más frecuentemente en los EEUU que en otros países. Jamal y col¹⁸ encuentran que en Pakistán la severidad de la carditis es la característica fundamental en ese grupo humano. En un trabajo previo, establecimos que el 84 por ciento de los pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) cursaron con un grado variable de afección cardíaca.¹⁹ Sin embargo, nuestra impresión es que probablemente la severidad de la carditis se ha modificado mientras que la Corea de Sydenham se observa con mayor frecuencia en los últimos años ochenta que en la década de los setenta.

Para señalar los aspectos clínicos predominantes en niños con FR atendidos exclusivamente en el departamento de Medicina Interna del INP, se revisaron expedientes de casos vistos entre enero de 1979 y diciembre de 1988. Los enfermos habían sido tratados por el mismo grupo médico.

Material y métodos

Se tomaron en cuenta expedientes de casos con diagnóstico de FR según los criterios de Jones revisados en 1984,²⁰ y que se atendieron únicamente en el Departamento de Medicina Interna entre enero de 1979 y diciembre de 1988.

Las variables aceptadas fueron: lugar de origen; edad, agrupándolos en menores de cinco años, de cinco años un mes a diez años y en mayores de diez años; los criterios mayores y menores característicos de dichos cuadros, puntualizando el predominante y señalando las diferentes combinaciones posibles y su correlación con edad y sexo.

Se precisó cuál fue la cardiopatía principal y cuántos casos desarrollaron insuficiencia cardíaca así como su relación con la carditis existente o no, pura o asociada con otro criterio mayor. También se revisó el tratamiento antiinflamatorio que recibieron los pacientes.

Resultados

En un lapso de 10 años se atendieron en total 132 pacientes con diagnóstico de FR en el departamento de

Medicina Interna 70 (53 %) procedían de diferentes Estados de la República y 62 (47 %) eran de Ciudad de México.

El cuadro I presenta la distribución de casos por año. Por cuanto al sexo, 52 eran varones (39.3 %) y 80 mujeres (60.6 %). De acuerdo a la edad no hubo ningún paciente menor de cinco años; 52 niños tuvieron entre cinco y 10 años y 80 fueron mayores de 10 años. El cuadro II analiza la correlación entre estas dos variables.

77 casos presentaron exclusivamente una manifestación mayor con la siguiente distribución clínica: con carditis 40 (30.3 %) Corea de Sydenham 32 (24.2 %) y artritis 5 (3.7 %). El cuadro III relaciona estas manifestaciones con el sexo.

Analizando las diversas combinaciones se observa que la asociación más frecuente resultó ser carditis-artritis en 20 casos (15.15 %). El cuadro IV presenta las asociaciones existentes respecto al sexo.

Considerando estos resultados, se puede decir que el 65.95 por ciento de los enfermos desarrollaron carditis; la Corea de Sydenham, en sus diversas combinaciones, sigue siendo más frecuente en pacientes del sexo femenino.

En el cuadro V se pueden observar las diferentes manifestaciones clínicas que tuvieron los 132 pacientes.

Todos los pacientes con carditis desarrollaron valvulopatía mitral con insuficiencia (IM) en grado variable; 11 casos tuvieron doble lesión mitral (DLM), cuatro DLM más insuficiencia aórtica (IA) y otros cuatro IM e IA. De ellos solamente a dos se les colocó una prótesis valvular, por la existencia de DLM.

El fenómeno de insuficiencia cardíaca (IC) fue observado en 39 de los 87 niños que desarrollaron afección cardíaca. De ellos, 27 tuvieron exclusivamente carditis y en 12 este fenómeno se acompañó de otro u otros criterios mayores. Resalta que cuando la carditis ocurrió en niños mayores de 10 años de edad, éstos frecuentemente desarrollaron IC. En el cuadro VI se puede analizar la relación entre desarrollo de IC y edad.

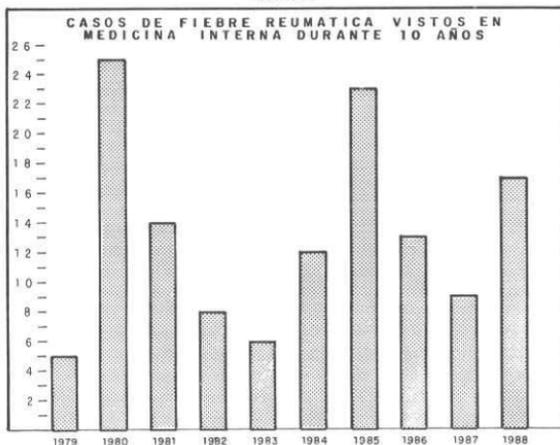
Ocho pacientes tuvieron IC. Con carditis, exclusivamente; requirieron tratamiento antiinflamatorio con esteroides, los restantes se manejaron sólo con ácido acetil-salicílico. Únicamente un caso necesitó del primer medicamento pues la carditis estaba asociada con otro criterio mayor.

Solamente un paciente desarrolló una complicación seria durante su estancia hospitalaria, ésta consistió en osteomielitis localizada en el hombro izquierdo y apareció 24 días después de establecido el diagnóstico.

Discusión

Los resultados de esta revisión permite señalar algunos

Cuadro I



Correlación de edad y sexo en 132 pacientes con fiebre reumática

Edad	Sexo		
	masculino	femenino	
<5 años	0	0	
5 años 1/12 a 10 años	23	28	
> 10 años	29	52	
Total	52	80	132

Relación de manifestación mayor y sexo en 132 pacientes con fiebre reumática

Manifestación	Sexo		Nº casos	%
	Masculino	Femenino		
Carditis + Corea	5	11	16	29
Carditis + Artritis	16	4	20	36
Carditis + Otros	3	8	11	20
Corea + Artritis	2	3	5	9
Corea + Otros	1	2	3	5
Total	27	28	55	100

Cuadro III

Relación de manifestación mayor y sexo en 132 pacientes con fiebre reumática

Manifestación	Sexo		Nº casos	%
	Masculino	Femenino		
Carditis	15	25	40	52
Corea de Sydenham	7	25	32	41
Artritis	3	2	5	7
Total	25	52	77	100

Cuadro V

Diversas manifestaciones clínicas en 132 casos de fiebre reumática aguda

Manifestaciones	Nº casos	%
Carditis pura	40	30.3
Corea pura	32	24.2
Carditis + Artritis	20	15.1
Carditis + Corea	16	12.1
Carditis + Otros	11	8.3
Corea + Artritis	5	4.0
Artritis pura	5	4.0
Corea + Otros	3	2.0
Total	132	100

Cuadro VI

Casos que desarrollaron insuficiencia cardiaca con respecto al tipo de carditis y la edad			
Tipo	<10 años	>10 años	Nº casos
Carditis pura	7	20	27
Carditis + Combinaciones	4	8	12
Total	11	28	39

aspectos de suma importancia tanto para el clínico-pediatra como para el médico que de una u otra forma atiende niños. El primero es el énfasis sobre el lugar de procedencia de los pacientes. De hecho, la FR es una enfermedad que se ha reportado en todo el mundo²¹ y, obviamente, nuestra población infantil no podía quedar excluida. El haber mayor número de niños afectados procedentes de otras entidades que no son Ciudad de México, debe alertar a la comunidad médica nacional sobre la enorme posibilidad de enfrentarse, en cualquier momento, con esta enfermedad.

Respecto al aspecto social es necesario insistir en que este tipo de enfermos proceden de una condición socio-económica baja.¹⁹ Sin embargo, la información de los EE UU que habla de niños con FR de condición socio-económica media o alta,¹⁷ obliga a considerar cualquier niño con infección estreptocócica como candidato potencial para desarrollar esta entidad si la infección no se trata correctamente.

Aunque en esta revisión predominaron casos de sexo femenino este no es un dato para señalarse como característico de la enfermedad. De hecho, en las casuísticas de los últimos años hay discrepancias a este respecto.^{22,23} La explicación más plausible en nuestro caso es la cifra tan elevada de pacientes que manifestaron la enfermedad como Corea de Sydenham. Esta interrelación se trata posteriormente.

Con respecto a la edad Kaplan²⁴ insiste en que tanto las infecciones estreptocócicas como sus complicaciones no supurativas son un problema característico del "escolar". De hecho, todos tienen entre 5 y 15 años de edad; el que un mayor número de ellos fluctuaran entre los 10 y 15 años probablemente radica que fueron enfermos con más de un ataque de la enfermedad, independientemente de que tuvimos un mayor número de casos con Corea de Sydenham.

La enorme variabilidad en el perfil clínico de los niños que sufren FR y el hecho de que esta sea la causa más importante de cardiopatía adquirida en el adulto, enfatizan la necesidad de que el clínico conozca el patrón

predominante de la enfermedad en el lugar donde trabaja.

Ahora bien insistimos en que nuestros niños se están comportando en esta década un poco diferente respecto a lo que se pudo observar durante los años setenta en este hospital.

El fenómeno carditis sigue siendo en esta población la manifestación predominante, tanto en su presentación "pura" como en sus diferentes combinaciones con otros criterios mayores. Esta situación es diferente a lo señalado por Kaplan,¹⁸ a lo observado por otros médicos en los nuevos brotes de la enfermedad en los Estados Unidos de Norteamérica¹²⁻¹⁷ o a lo que se describe en Pakistán,¹⁸ por presentar sólo algunos ejemplos.

El porqué se desarrolla así este fenómeno no está bien entendido. Sin embargo, podría considerarse la existencia de una variación cíclica, tanto en la frecuencia de la enfermedad como en sus manifestaciones clínicas y ser en nuestro país este el patrón actual el cual se encuentra en un momento diferente al de otras latitudes.

Debe considerarse de una manera especial la severidad de la carditis que desarrollaron los pacientes en este análisis. El hecho de que un pequeño porcentaje de los enfermos desarrollaran IC y de ellos una mínima parte requirieran el empleo de esteroides, señala indirectamente que la gravedad de la misma no fue tan importante como estábamos acostumbrados a ver en años anteriores. Sin embargo, el médico tratante debe mantenerse alerta al hecho de que cuando la enfermedad se manifiesta exclusivamente con carditis, existe una mayor posibilidad de que el paciente caiga en IC que cuando esta manifestación clínica se asocia a otros criterios mayores.

El porqué han disminuído en nuestro medio los casos tan severos de carditis, no tiene una explicación lógica. Sin embargo, una posibilidad estaría basada en una probable variación del potencial reumatogénico del estreptococo beta hemolítico del grupo A (EbhA) como Bisno¹⁵ lo ha señalado para el caso de cepas "nefritogénicas" y "reumatogénicas", las que pueden ocasionar glomerulonefritis o FR respectivamente.

O bien, que existan algunas características del paciente, de acuerdo a la presencia de ciertos marcadores genéticos. Así, Patarroyo y Zabriskie²⁵⁻²⁶ han podido establecer que los niños portadores del haloantígeno 883 desarrollan cuadros de carditis más severos que los que tienen el anticuerpo monoclonal, clona, 256-10.

El que se haya observado que los pacientes mayores de 10 años desarrollaron frecuentemente carditis seguramente obedece al hecho de que estos son portadores de una cardiopatía adquirida más compleja, como consecuencia de ataques previos, que los enfermos de novo.

La mayor parte de los niños que desarrollaron carditis e IC fueron tratados con ASA. Sin embargo, 8 de ellos recibieron esteroides para la resolución rápidamente satisfactoria del cuadro de carditis y de la IC. Es necesario enfatizar que en estos pacientes el antiinflamatorio debe ser administrado antes o al mismo tiempo que la digital y el diurético. De hecho, mientras el niño no reciba la medicación antes señalada es muy probable que transcurra más tiempo en resolver la IC y se incrementa el riesgo de que ocurra un cuadro de intoxicación digital, a pesar de prescribir dosis adecuadas del medicamento, por la inflamación existente en la fibra miocárdica.²⁷

Respecto a las valvulopatías vistas en estos casos, la afección de la mitral sigue siendo lo habitual, en forma de insuficiencia de la misma. Los casos con doble lesión (DLM) y/o ataque a la válvula aórtica y a la pulmonar generalmente señalan que el enfermo ha tenido diversos ataques de la enfermedad.

Es muy difícil que estos enfermos desarrollen complicaciones infecciosas tipo endocarditis bacteriana, septicemias, osteomielitis etc. durante la fase de hospitalización. Solamente un paciente del estudio desarrollo un problema de esta naturaleza, sin que hubiera un mecanismo claro que explicara tal situación. Realmente los médicos que atendemos a este tipo de pacientes debemos estar más alertas al manejo adecuado del fenómeno inflamatorio y la resolución correcta del IC, que a la posible aparición de otras complicaciones.

Señalar el comportamiento clínico de estos enfermos en un centro hospitalario de tercer nivel, la terapéutica que se debe seguir en ellos de acuerdo a la manifestación clínica y el enfatizar que este problema clínico puede ser prevenido si se da un tratamiento antibiótico correcto cuando el niño cursa con un problema infeccioso por EhbA de la encrucijada faringoamigdalina, son aspectos que debe tener siempre presentes el pediatra y el médico que de una u otra forma atiende niños en edad escolar y/o adolescentes, para evitar la atención inadecuada del mismo, no solamente cuando este cursa con dicho problema²⁸ o con fiebre reumática y así mismo evitar que la sobre diagnóstico, considerando que puede existir un número importante de médicos, sobre todo jóvenes, que muy seguramente no han tenido la oportunidad de atender a este tipo de enfermos.²⁹

Referencias

- Gómez F, Vázquez SJ, Ramos Galván R, Cravioto J y Frenk S. La anemia en el desnutrido. Bol Med Hosp Infant Mex 1953; 10: 236-242.
- Down EF. Nutritional dwarfism. A syndrome of early protein

- caloric malnutrition. Amer J Clin Nutr 1964; 15: 275-280.
- Ramos-Galván R. Desnutrición y crecimiento físico. Bol Med Hosp Infant Mex 1964; 21: 11 (supl.)
- Garn SM, Rohmann CG, Behar M, Viteri F and Guzman MA. Compact bone deficiency in protein caloric malnutrition. Science 1964; 145: 1444-1449.
- Garrow JS and Pike MC. The long-term prognosis of severe infantile malnutrition. Lancet 1967; 1: 1-7.
- McDougall LG and Rasmussen G. Serum vitamin B12 concentrations in kwashiorkor and marasmus. J Pediatr 1960; 57: 589-596.
- Bisno AL, Pearce JA and Stollerman GH. Streptococcal infections that fail to cause recurrences of rheumatic fever. J Infect Dis 1977; 136: 278-285.
- Strasser T. Rheumatic fever and rheumatic heart disease in the 1970's. WH O Chron 1978; 32: 18-36.
- Obenrother L, Mejía-Vargas W and Martínez VH. Evolución de 709 niños con fiebre reumática. Bol Med Hosp Infant Mex 1983; 40: 624-632.
- Kaplan EL. Acute rheumatic fever. Clin Pediatr N Amer 1978; 25: 817-829.
- El Sadr W and Taranta A. The spectrum and the specter of rheumatic fever in the 1980's. En Franklin EC. Clinical Immunol Update. Elsevier NY 1979: 183-209.
- Veasy G, Wiedmeier SE, Orsmond GS, Ruttenberg HD, Boucer MM, Roth S J et al. N Engl J Med 1987; 316: 421-427.
- Hosier DM, Craenen JM, Teske DW, Wheller JJ. Resurgence of rheumatic fever. AJDC 1987; 141: 730-733.
- Ferrieri P. Acute rheumatic fever: The come-back of a disappearing disease. AJDC 1987; 141: 725-727.
- Bisno AL, Shulman ST, Dajani AS. The rise and fall (and rise?) of rheumatic fever. JAMA 1988; 259: 728-729.
- Wald ER, Dashefsky B, Feidt C, Chiponis D and Byers C. Acute rheumatic fever in Western Pennsylvania and the Tristate area. Pediatrics 1987; 80: 371-374.
- Kaplan EL. Return of rheumatic fever: Consequences, implications, and needs. J Pediatr 1987; 111: 244-246.
- Jamal M and Abbas KA. Clinical profile of acute rheumatic fever in children. J Trop Pediatr 1989; 35: 10-13.
- Loredo AA, Sandoval GR, Lastra EL. Comportamiento clínico de 200 casos de fiebre reumática. Acta Pediatr Mex 1976; 1: 83-89.
- Special Report. Jones Criteria (Revised) for guidance in the diagnosis of rheumatic fever. Circulation 1984; 69: 204 A.
- Recent advances in rheumatic fever control and future prospects. A WHO Memorandum. Bull WHO 1978; 56: 887-912.
- Tolaymat A, Goudarzi T, Soler GP, Miller RH, Ayoub EM. Acute rheumatic fever in North Florida. South Med J 1984; 77: 819-823.
- Okoroma EO, Ibenacho H N C, Anyanwu C H H. Rheumatic fever in Nigerian children. A prospective study in 66 patients. Am J Dis Child 1981; 135: 236-238.
- Kaplan EL. The group A streptococcal upper respiratory tract carrier state: An enigma. J Pediatr 1980; 97: 337-345.
- Patarroyo ME. Monoclonals detect likely rheumatic fever victims. Science 1983; 219: 832.
- Zabrickie JB, Lavenchy D, Williams RC. Rheumatic fever-associated B cell alloantigen as identified by monoclonal antibodies. Arthritis Rheum 1985; 28: 1047-1051.
- Loredo AA. Fiebre reumática. En Loredo AA: Medicina Interna Pediátrica. 2a. ed. Nueva Editorial Interamericana México 1990.
- Breese BB, Denny FW, Dillon HC, Stullerman M, Nelson JD, and McCracken JH. Consensus: difficult management problems in children with streptococcal pharyngitis. Pediatr Infect Dis 1985; 4: 10-13.
- Markowitz M. The decline of rheumatic fever: Role of medical intervention. J Pediatr 1985; 106: 545-550.

COMENTARIO

JOSE FERNANDO GUADALAJARA-BOO*

El trabajo del doctor Loredo Abdala contempla varios puntos de interés para la medicina contemporánea de nuestro país. En primer término, quisiera mencionar el hecho de que aborda el tema de la fiebre reumática, padecimiento que constituye todavía un importante problema de salud en México, a juzgar por la alta prevalencia de la valvulopatía de este origen observada en nuestro país, la cual es causante de invalidez y mortalidad considerable. Asimismo, la cirugía valvular también ocupa un lugar preponderante en el porcentaje de la cirugía cardíaca que se realiza en nuestros centros hospitalarios altamente especializados, lo cual también es reflejo de la frecuencia con la que la enfermedad afecta nuestra población. Este hecho lo enfatizo porque la fiebre reumática ha dejado de interesar a nuestros investigadores clínicos, quienes han dedicado más su esfuerzo creativo a trabajar sobre otros padecimientos que son más novedosos por aparecer con gran profusión en revistas extranjeras.

En segundo término, quisiera resaltar el hecho de que flota en el ambiente la creencia de que la fiebre reumática es un problema resuelto en lo que se refiere al diagnóstico, y que no hay necesidad de realizar mayor esfuerzo investigador a este respecto, cuando realmente existe un atraso impresionante en este renglón. Si tomamos en cuenta que los exámenes de laboratorio que usamos para tal fin (sedimentación globular, proteínas C reactiva y antiestreptolisina) son arcaicos, y los cuales sin res-

tarles utilidad podemos afirmar que son inespecíficos y pocos sensibles para establecer con certeza el diagnóstico de actividad reumática, especialmente cuando ésta afecta a un adulto.

Por otro lado, el propio doctor Loredo nos enseña en su trabajo cómo el espectro clínico de la fiebre reumática ha cambiado, cuando su grupo de enfermos estudiados se compara con otras observaciones antiguas, aportación valiosa para el clínico que en la actualidad se enfrenta en la práctica diaria a estos pacientes. Estos ejemplos son sólo una muestra de la imperiosa necesidad existente para que los investigadores clínicos y básicos de nuestro país, orienten su interés hacia la investigación de un gran número de aspectos oscuros que todavía hay en el complejo espectro de esta enfermedad.

En tercer lugar, quisiera llamar la atención respecto a que el trabajo del doctor Loredo Abdala cuenta con una revisión bibliográfica bien escogida y fundamental para el sustento académico de sus ideas, pero creo que éste podría indudablemente enriquecerse con la basta experiencia obtenida en México entre los años 1950 y 1980, en que han surgido numerosos trabajos de investigación clínica, estando a la cabeza nuestro querido y recordado maestro el doctor Felipe Mendoza, expresidente de la Academia Nacional de Medicina, los cuales hicieron aportaciones fundamentales acerca del comportamiento de la fiebre reumática en nuestro país, en lo referente al cuadro clínico, respuesta al tratamiento y valor de la profilaxis, datos que hubieran sido de gran importancia al compararse con los actualmente obtenidos.

* Académico numerario.

