



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico para sus graduados en provincia**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

ENFERMEDAD REUMATICA

=====

- En los primeros años de la vida, por una enfermedad aguda.
- En la infancia, por una enfermedad aguda.
- Después de una infección, por una enfermedad aguda.

En el caso de un paciente que padecía de la enfermedad de la infancia.

La evolución natural de la enfermedad consiste en la siguiente:

1. Infección estreptocócica aguda.

Dr. Jean P. Coudeu D.

Departamento de Investigaciones, Centro de Estudios de Ginecología, Obstetricia y Neonatología.

ENFERMEDAD REUMATICA

Dr. Jean P. Coudeu D.

Es una reacción inflamatoria específica, consecutiva a una infección por el estreptococo beta hemolítico grupo A, que se caracteriza por fiebre, poliartritis, Corea, nódulos subcutáneos y eritema marginado. Puede ser aguda, sub-aguda o crónica.

Tiene tres períodos de mayor mortalidad:

- En los primeros años de la vida, por una miocarditis aguda.
- En jóvenes, por una endocarditis agregada.
- Durante toda la vida, por una insuficiencia cardíaca congestiva.

En Chile no se observa gran tendencia a la disminución de la incidencia.

La evolución natural de la enfermedad reumática es la siguiente :

1. Infección estreptocócica aguda

Generalmente faringoamigdalitis, menos frecuente orguitis, sinusitis y escarlatina.

2. Períodos de latencia

De 2 a 4 semanas.

3. Primer brote de fiebre reumática

Muchos pacientes llegan sólo hasta esta etapa.

4. Recidivos reumáticos

Aparentemente el factor etiológico estaría centrado en el estreptococo beta hemolítico del grupo A, desconociéndose el mecanismo por el cual se desencadenaría el primer brote. Todo brote o recidiva de fiebre reumática está precedido por una infección estreptocócica demostrada con curva de antiestreptolisinas.

En las epidemias de faringitis estreptocócicas sólo un 3 % hace un brote reumático; en faringitis endémicas no más de un 1 % hace brote reumático; de ahí que se han buscado otras etiologías. Existe todavía la remota posibilidad de que la causa sea viral. En la actualidad se cree que la fiebre reumática es una reacción anormal de los tejidos por sensibilización individual frente al estreptococo hemolítico.

Las infecciones estreptocócicas tienen como puerta de entrada preferente las narices, multiplicándose en la faringe. La contagiosidad de la infección estreptocócica es en especial durante la primera semana, disminuyendo en la segunda y tercera semana. La faringitis estreptocócica es sintomática en el 50 % de los casos. Un 15 % son asintomáticos y un 25 % son muy leves o atípicas, lo que atenta contra la profilaxis.

Las infecciones estreptocócicas se caracterizan por disfonía, poco frecuente coriza, tos y en un 50 % malestar faríngeo u odinofagia, fiebre, adenopatías,

exudados y malestar general. El principal diagnóstico diferencial es con una faringitis viral.

Apoya el diagnóstico el aumento de anticuerpos que alcanza su máximo en la tercera semana, con títulos crecientes en controles seriados.

ANATOMIA PATOLOGICA

En el ataque fulminante, que termina totalmente a las dos o tres semanas, el examen microscópico revela lesiones inespecíficas : edema, fragmentación del colágeno, infiltración leucocitaria, hiperemia y hemorragia capilar, detentándose de preferencia a nivel de pericardio, miocardio, endocardio, pleura y pulmón.

La lesión reumática específica es proliferativa y está representada por el nódulo de Aschoff. Es una pequeña colección de grandes células retículoendoteliales rodeando un centro de necrosis fibrinoide.

La inflamación de las válvulas cardíacas es una verdadera valvulitis. En el período agudo, la válvula se halla edematosa, dañándose pronto, principalmente a nivel de su borde libre. Al ceder la inflamación, se instala una esclerosis secundaria, que puede comprometer las válvulas propiamente tal, los músculos papilares, las cuerdas tendinosas o el anillo valvular. Cuando la lesión es ligera, la consecuencia más probable es la fusión de la válvula (estenosis) ; si es considerable la consecuencia, es una insuficiencia por el alto grado de alteración. Según Coombs, la estenosis mitral tarda de 2 a 8 años en desarrollarse ; en cambio la insuficiencia suele comenzar enseguida, incluso en el período inflamatorio.

CUADRO CLINICO

En el primer brote, el cuadro de poliartritis con fiebre se ve poco, siendo la más frecuente clínicamente la carditis, la corea y la artritis, que en muchos casos es monoartritis y no poliartritis, siendo más frecuente la poliartritis simultánea que migratoria. Se tiende a hablar menos de fiebre reumática y hablar de carditis post-estreptocócica, corea post-estreptocócica o artritis post-estreptocócica. Hay un 15 % de carditis pura y un 15 % de corea pura, pero suele combinarse, siendo la corea la manifestación más tardía.

En el primer brote se decide el pronóstico y éste está condicionado por la carditis, que es más frecuente en los niños, menos en los adultos. El diagnóstico se basa en tres pilares : signos que hablan de un proceso inflamatorio, signos que demuestran su origen reumático y signos de afección cardíaca.

A. Signos de Proceso Inflamatorio

Lo constituyen las fiebres, leucocitosis y aumento de la VHS. La fiebre es variable : moderada o alta en niños, moderada o baja en adultos. La leucocitosis inicialmente es discreta, 10.000 a 15.000 leucocitos. La fórmula muestra ligero aumento de polinucleares o es normal.

La VHS es un dato más valioso, siendo los exámenes semanales un índice seguro de evolución.

Otros signos igualmente inespecíficos que pueden presentarse son : anemia, pérdida de peso, epistaxis.

B. Signos que demuestran el Origen Reumático

1. Poliartritis :

Característica de grandes articulaciones es a líquido estéril. La articulación puede estar tumefacta y dolorosa, rubicunda o bien sólo con un derrame articular, sin otros síntomas o signos, o sólo dolores articulares con exámenes negativos, como ocurre en el reumatismo subagudo. A mayor edad mayor compromiso de pequeñas articulaciones, siendo difícil de distinguir de la artritis reumatoídea.

2. Parentesco con la infección estreptocócica :

Antecedentes de proceso faríngeo u otra infección estreptocócica, dos a cuatro semanas antes, o títulos de antiestreptocócica, de 200 ó más unidades. Todos los títulos altos no demuestran que el enfermo es reumático, sino que ha sufrido recientemente una infección por estreptococo beta hemolítico.

La proteína C-reactiva también aboga en favor, pero no es específica, encontrándose en muchas infecciones.

3. Respuesta a los salicilatos :

Los derrames y dolores de la fiebre reumática ceden con salicilatos o aspirinas.

4. Corea :

Se presenta aisladamente y de preferencia sin otras manifestaciones reumáticas. Aproximadamente un 20 % de los enfermos coreicos desarrollan cardiopatías reumáticas ; inversamente, cerca de

un 20 % de los reumáticos han tenido corea. Se caracteriza por movimientos espontáneos, involuntarios o incoordinados, hipotonía muscular y debilidad de los reflejos, inestabilidad emocional y alteraciones corticales. A veces los movimientos predominan en una mitad del cuerpo. Des aparece durante el sueño.

5. Lesiones cutáneas :

Peculiar del reumatismo, es el eritema marginado. Aparece en forma de anillos más o menos redondos o irregulares, constituidos por delgadas líneas rojas, que se distribuyen de preferencia en tronco y partes proximales de las extremidades.

Ejemplo típico de lesión reumática proliferativa son los nódulos subcutáneos. Su tamaño varía entre muy pequeño, que escapa al examen, al tamaño de una nuez. La piel se desliza fácilmente sobre ellos y se ven los nudillos y parte posterior de la cabeza.

C. Signos de Carditis

Para hacer el diagnóstico de carditis reumática se ha de comprobar por lo menos una de sus cinco principales manifestaciones :

1. Valvulitis mitral :

Debe estudiarse el desarrollo de un soplo holosistólico mitral en la punta. Apoya a la insuficiencia mitral el pulso pequeño, saltón; agrandamiento del ventrículo izquierdo; un tercer ruido intenso.

En ausencia de otros síntomas de estenosis mitral, la sola presencia de un soplo mitral diastólico corto y suave (soplo de Carey Coombs) constituye uno de los signos más valiosos para afirmar la presencia de valvulitis mitral. Se ausculta mejor con campana y el enfermo ladeado hacia la izquierda, después de un esfuerzo.

2. Valvulitis órtica :

La inflamación de la válvula órtica conduce por lo común a una insuficiencia con el clásico soplo diastólico aórtico.

3. Bloqueo cardíaco parcial :

En un 30 % de los casos hay alargamiento del espacio P = R .

4. Pericarditis :

Se presenta en el 10 % de los casos. Su evolución es aguda, comenzando en general durante el primer mes y no dejando secuelas. En los casos ligeros sólo hay fiebre con o sin dolor; sin embargo, en la mayoría de los casos es severa con fiebre alta, dolor intenso, taquipnea, leucocitosis y VHS elevada.

5. Insuficiencia cardíaca :

La insuficiencia cardíaca congestiva es rara en ausencia de una enfermedad mitral o córtica avanzada y su desarrollo en el curso de la fiebre reumática asegura la existencia de una carditis activa.

Es importante en el primer brote comprobar si ha habido valvulitis, hecho importante en profilaxis y pronóstico. La evolución de un primer brote puede ser :

CON VALVULITIS = 17 % desaparecen
 = el grueso queda con valvulopatía

1° brote

SIN VALVULITIS = 30 % hace una valvulopatía
 = resto queda sin cardiopatía

Las recidivas son mucho más frecuentes en enfermos que han quedado con cardiopatía, lo que obliga a una cuidadosa profilaxis. Las recidivas tienden a reproducir el cuadro del primer brote y así un enfermo que no hizo carditis en el primer brote, es poco probable que lo haga en la recidiva.

TRATAMIENTO

1. Reposo en cama :

En los enfermos que sólo han hecho poliartritis, puede acostarse a 15 días después que han cesado los índices de actividad. En los casos con carditis leve, el reposo debe ser de un mes después de cesados los signos, y en las carditis graves de 2-3 meses.

2. Aspirinas :

Se usan especialmente en casos con artritis o carditis leve, dando preferencia a los corticoides en

las carditis graves o cuando a pesar de las aspirinas se agrava el episodio. Ni la aspirina ni los corticoides acortan la duración del brote, sino que lo apagan. El brote reumático dura entre tres y doce semanas y durante todo este período debería haber reposo y tratamiento de 3 a 6 g al día en adultos y 100 mg/Kg en niños.

3. Corticoides :

1 a 15 mg de prednisona por Kg de peso mínimo durante dos semanas, bajando lentamente. La duración depende del caso.

4. Profilaxis :

Penicilina benzatina o eritromicina, 2 gr diarios, por 10 días. Posteriormente penicilina benzatina : 900.000 U en niños, 1.200.000 en adultos, cada 21 días, o sulfediacina 1 g diario en dos dosis.

La profilaxis debe hacerse hasta los 15 años, con un mínimo de 3 años. En casos de carditis leve debe hacerse hasta los 20 años, mínimo 5 años. Si la carditis fue grave, la profilaxis debe ser por toda la vida.

5. Amigdalectomía :

No es recomendable, porque sólo enmascara brotes faríngeos.

6. En caso de corea, los pacientes deben permanecer en cama durante la fase activa ; puede ser necesario el uso de sedantes potentes. No ha mostrado eficiencia ningún tipo de farmacoterapia.

7. Insuficiencia cardíaca :

Es a menudo controlada con reposo y esteroides. De no ser así, puede añadirse diuréticos y digitálicos en caso necesario. Los digitálicos deben usarse con precaución. En presencia de disnea o cianosis, está indicado el oxígeno ; en el edema pulmonar están indicados la morfina y los torniquetes rotatorios.

8. Prevención de la Endocarditis Bacteriana :

Deben administrarse antibióticos a los pacientes con cardiopatía reumática sometidos a extracción de piezas dentarias, cirugía oral, extracción de amígdalas o adenoides, broncoscopía, manipulación instrumental genitourinario y posiblemente cirugía de tracto intestinal inferior y parto.

Estos pacientes deben recibir 600.000 U de penicilina, procaína y 200.000 U de cristalina m. 1 ó 2 horas antes del procedimiento y durante los dos primeros días posteriores. Los pacientes alérgicos deben recibir entromicina 500 mg dos horas antes y luego 250 mg cada seis horas, por dos días (niños 40 / Kg al día en 3 - 4 dosis). En los casos (2) hay que agregar 1 - 2 g de estreptomina al día, el día de la intervención y dos días después.