



GUATEMALA, C. A.

CONTENIDO

1. Introducción
2. Objetivos
 - a. Generales
 - b. Específicos
3. Generalidades
 - a. Definición
 - b. Etiología
 - c. Inmunología
 - d. Patogenia
 - e. Frecuencia y epidemiología
 - f. Manifestaciones clínicas
 - g. Diagnóstico
 - h. Diagnóstico diferencial
 - i. Formas de presentación clínica
 - j. Evolución y pronóstico
 - k. Tratamiento
4. Material y métodos
5. Trabajo de investigación
6. Análisis y resultados
7. Conclusiones
8. Recomendaciones
9. Bibliografía

INTRODUCCION

Las enfermedades estreptocócicas de las vías respiratorias superiores, continúa siendo un “falgelo” en los habitantes de la república, principalmente en los niños. En el área rural, en donde los métodos diagnósticos y terapéuticos continúan siendo deficientes, vienen a constituir un importante índice de morbi-mortalidad.

Bién vale la pena cualquier esfuerzo que se realice científicamente para conocer, al menos, parte de los problemas de salud por los que actualmente atravieza el pueblo guatemalteco; pues este esfuerzo vendría a constituir una muestra fiel sobre la cual puedan basarse programas de investigación más generales que tiendan a evidenciar estos problemas para atacarlos radicalmente, yá que las consecuencias del mal diagnóstico y el mal tratamiento, unidos a los deficientes sistemas de investigación y prevención son evidentes.

La FIEBRE REUMATICA, una de las consecuencias más serias de las estreptococias respiratorias superiores, continúa siendo una entidad patológica importante, tanto clínica como epidemiológicamente, y aunque en gran parte es producto del medio de explotación a que está expuesta la mayoría de la población, principalmente en las áreas rurales, su conocimiento dará al médico y al estudiante una visión más clara para atacarla con más precisión.

A través de mi experiencia, de mi contacto con los problemas sanitarios en la región occidental de la república, he podido detectar algunas características de estos problemas:

1. Existe un gran número de personas con estreptococias de las vías respiratorias superiores.
2. De estas personas, un buen número devienen en FIEBRE REUMATICA.

3. Algunas de estas personas con FIEBRE REUMATICA no tienen acceso a un programa adecuado de tratamiento y profilaxis de sus secuelas.
4. No hay en la república un programa adecuado de detección y profilaxis de la FIEBRE REUMATICA.
5. Aún en los medios hospitalarios, algunos casos de FIEBRE REUMATICA no son manejados como tales: el mal diagnóstico de la enfermedad se deriva de que los laboratorios de los hospitales regionales no se encuentran debidamente dotados y por consiguiente, representa mucha dificultad el hacer determinaciones específicas como proteína C reactiva o antistreptolisinas, para citar las más comunes no hablando ya de otras como difosfopiridin-nucleotidasa o ARN beta-estreptocócica y bacteriología.

En ocasiones no se le pone la debida atención a sus síntomas y puede pasar inadvertida como una artritis o como un "rash de etiología a determinar".

Sin embargo sabemos que la FIEBRE REUMATICA es una enfermedad grave que puede ocasionar la muerte pero que en casos más leves puede degenerar en cardiopatías graves que imposibilitan al paciente en todo sentido.

Dadas estas características, concideré efectuar el presente trabajo, cuya meta no es otra que hacer resaltar la importancia de tener una visión más clara de la FIEBRE REUMATICA, de conocer mejor sus características, principalmente en nuestro medio, y así mismo poner en relieve la importancia de su acertado diagnóstico, su tratamiento oportuno y su profilaxis.

Prof. Jorge López Recinos

OBJETIVOS

GENERALES:

1. Adquirir conciencia, a través del trabajo de campo, de la importancia que la investigación científica tiene, para mejorar las condiciones de vida del pueblo.
2. Conocer con más exactitud el curso de las características de la FIEBRE REUMATICA en el occidente de la república.

ESPECIFICOS:

1. Determinar cuales son los signos y síntomas más frecuentes de la FIEBRE REUMATICA en el occidente de la república y en que edad y sexo se ve la mayor incidencia.
2. Determinar la distribución geográfica de la FIEBRE REUMATICA en el occidente de la república de Guatemala.
3. Determinar hasta que punto la fiebre reumática tiene acceso a métodos diagnósticos y terapéuticos eficaces en esta región.
4. Conocer cuales son los factores determinantes en los casos mal diagnosticados y en los mal tratados.
5. Hacer evidente la necesidad de crear programas de investigación a nivel nacional, tendientes a medir la magnitud de la FIEBRE REUMATICA para conocer mejor sus características y en base de ello crear una mejor política de prevención.
6. Conocer la evolución de los casos de FIEBRE REUMATICA tratados en el hospital general de occidente, para determinar los tratamientos más eficaces.

GENERALIDADES

DEFINICION:

La FIEBRE REUMATICA es una enfermedad febril que aparece como secuela tardía de infecciones con estreptococo hemolítico del grupo "A". Se caracteriza por la presencia de inflamaciones focales múltiples en diversas partes del cuerpo, especialmente corazón, vasos sanguíneos y articulaciones.

Entre las diversas manifestaciones de la enfermedad, las que tienen mayor importancia clínica son las relacionadas con el corazón.

ETIOLOGIA:

En las últimas décadas a consecuencia de diversos estudios efectuados independientemente, cada vez ha resultado más claro que en la patogenia de la FIEBRE REUMATICA corresponde papel fundamental a los ESTREPTOCOCOS HEMOLITICOS DEL GRUPO "A". Estas observaciones se han ratificado por un número creciente de datos inmunológicos que demuestran la presencia de anticuerpos para antígenos estreptocócicos en el curso de la FIEBRE REUMATICA.

Brinda confirmación indirecta el hecho de que la enfermedad puede evitarse con una terapéutica antimicrobiana y profiláctica de las infecciones estreptocócicas.

Solamente un número reducido de personas que sufren faringitis estreptocócica o escarlatina, desarrollan más tarde FIEBRE REUMATICA. En síntesis: Se cree que la FIEBRE REUMATICA es un trastorno del tejido conjuntivo provocado por una reacción de hipersensibilidad a uno o más componentes antígenicos o productos metabólicos del estreptococo hemolítico beta.



La figura 1 presenta el complejo espectro natural de pacientes que pueden padecer dolor de garganta (un síntoma clínico), faringitis estreptocócica (un resultado positivo obtenido cuando el material tomado de la faringe es comprobado por cultivo o por tinción fluorescente), e infecciones estreptocócicas (un resultado positivo en una prueba de anticuerpos serológicos). En este esquema de Venn se hace hincapié en que no todas las faringitis son causadas por estreptococos, que no todas las faringitis estreptocócicas son ulcerosas, y que pueden ocurrir infecciones estreptocócicas aunque no haya faringitis ulcerosa, así pues, la mayor parte de los casos van precedidos de una faringitis estreptocócica con título de antiestreptolisina 0 en alza. Hipersensibilidad demostrada a través de reacción cruzada entre la pared celular estreptocócica y la musculatura cardíaca/voluntaria y por demostración de anticuerpos cardíacos circulantes.

En la figura 2, se muestra la aparición de FIEBRE REUMATICA solo en una restringida porción de este espectro: pacientes cuya infección estreptocócica produjo una elevación en los anticuerpos, con dolor de garganta o sin él, y con cultivo positivo o sin él. Para que esta elevación pueda ser descubierta con regularidad, las pruebas en busca de anticuerpos deben ser exhaustivas, comprendiendo el empleo de antígenos múltiples, exámenes de muestras seriadas, demostración de incrementos suficientes y comparaciones concomitantes.

Como el título de antiestreptolisina 0 se elevará en solo un 80o/o de las infecciones del grupo "A", se debe examinar más de un grupo de anticuerpos; entre los antígenos adicionales más útiles se encuentran la antihialuronidasa y la antidesoxirribonucleasa beta-estreptocócicas.

FIGURA 1

ESPECTRO DE LAS IRRITACIONES FARINGEAS,
DE LAS FARINGITIS ESTREPTOCOCICAS Y DE
LAS INFECCIONES ESTREPTOCOCICAS

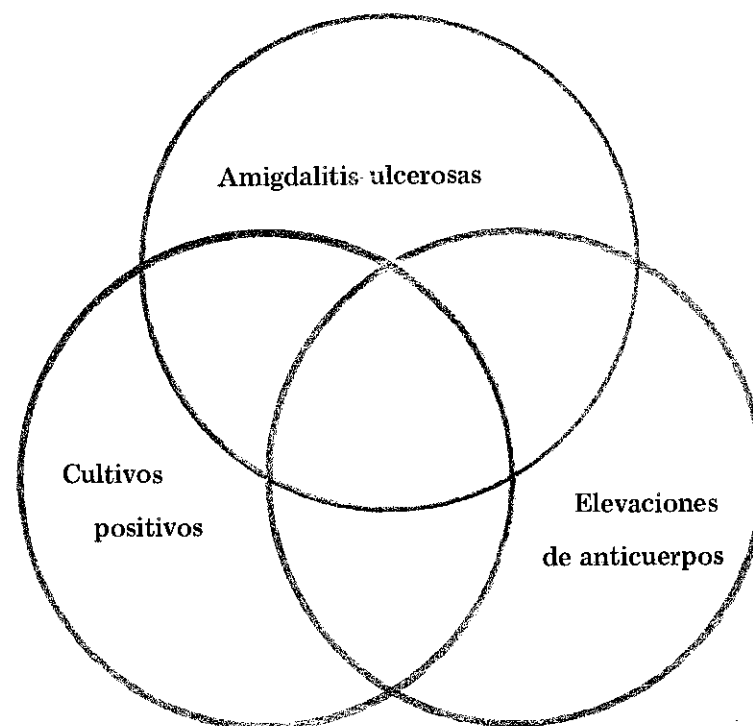
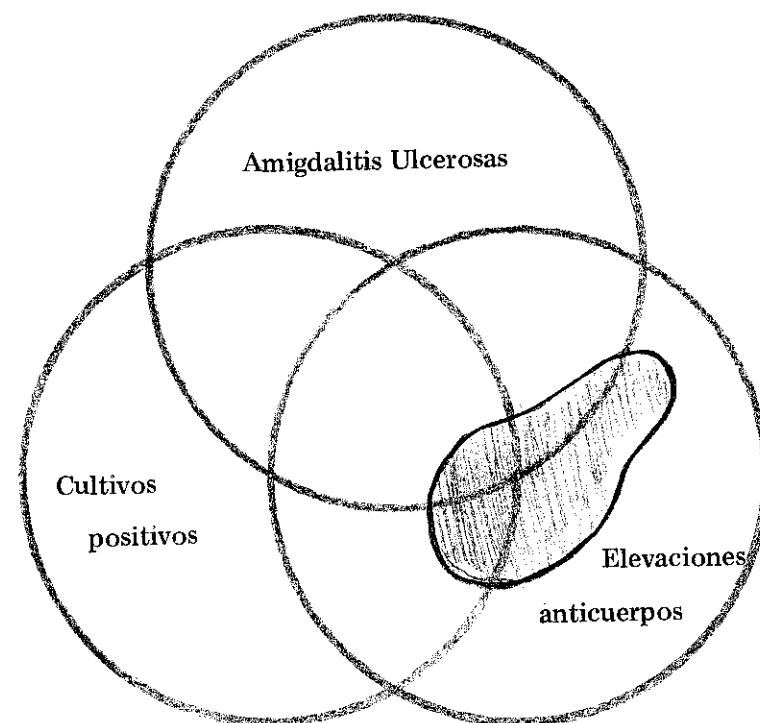


FIGURA 2
FUENTES DE FIEBRE REUMATICA
(sombreado)
EN EL ESPECTRO DE LA FIGURA 1



Debe demostrarse la presencia de una infección reciente por un cambio en el título de muestras secuenciales en vez de tomar como base una sola cifra; el intervalo entre las muestras no debe ser menor de dos semanas y, generalmente puede demostrarse un cambio importante incluso cuando el intervalo entre las muestras sea de dos meses.

INMUNOLOGIA:

De la evidencia epidemiológica (ver adelante), se deduce claramente que la fiebre reumática en el hombre, vá precedida regularmente por infecciones múltiples con diferentes tipos de estreptococos beta-hemolíticos del grupo "A".

Cuando se inyectan repetidamente conejos por vía intradérmica, con diferentes tipos de estreptococos, un número pequeño de ellos desarrolla lesiones en el corazón similar a las de la FIEBRE REUMATICA, las cuales contienen además NODULOS DE ASCHOF.

Puede ser que las inyecciones repetidas permitan en alguna forma el desarrollo de una ANAFILAXIA CRÓNICA que se exprese así misma en órganos específicos. Es posible que los anticuerpos formados contra los tejidos del huesped y la sub-siguiente reacción antígeno-anticuerpo conduzcan hacia la lesión tisular.

Una posibilidad alternativa se basa en reacciones cruzadas entre antígenos de corazón humano y estreptococos. Ciertos estreptococos del grupo "A" contienen antígenos de la membrana celular que reacciona en forma cruzada con las fibras del músculo cardíaco humano, particularmente en el sarcolema. De ahí que anticuerpos antiestreptocócicos puedan reaccionar con el músculo cardíaco. También hay reactividad cruzada entre las glucoproteínas estructurales de las válvulas del corazón y el carbohidrato grupo-específico de los estreptococos.

PATOGENIA:

No se conoce con exactitud la vía patogénica por la cual el estreptococo causa inflamación reumática. Entre los mecanismos propuestos, se cuenta con invasión directa de los tejidos afectados ya sea por el estreptococo inalterado o por la fomas L carnes de pared celular; la acción tóxica directa cuasada por sustancias producidas por el estreptococo, como la estreptolisina S; una reacción alérgica específica al microorganismo o a sus productos; o la aparición de una reacción de autoinmunidad.

La teoría que favorece el último de estos mecanismos es actualmente la más aceptada, aunque ninguna de ellas ha sido comprobada de manera inequívoca.

Debido a la baja tasa de defunciones no se ha logrado precisar la anatomía patológica de la corea.

Las lesiones características de la FIEBRE REUMATICA están representadas por innumerables y diminutos focos de injuria que sufren los tejidos intersticiales y de sostén, es decir, el colágeno y la sustancia basal diseminados en el organismo.

En forma especial se ven dañados el corazón y los vasos sanguíneos, y siempre existe la participación cardíaca. En algunas fases agudas, la reacción inflamatoria puede ser exudativa, pero la alteración importante la constituye un tipo de reacción degenerativa y proliferativa. En los focos de lesiones más severas existen alteraciones degenerativas del tejido conectivo y proliferación de células histiocitarias, que constituye un granuloma "submiliar".

En su forma característica, tal como pueden observarse en el miocardio, cada uno de estos diminutos nódulos de inflamación proliferativa se conoce con el nombre de CUERPOS DE ASCHOFF. El resultado eventual es la fibrosis.

Las lesiones cardíacas más frecuentes se hacen evidentes

como lesiones macroscópicas más que microscópicas, de las válvulas.

La dilatación de los anillos valvulares, la destrucción de los tejidos en la válvula o la contracción de las cuerdas tendinosas producen regurgitación, y la fusión de las hojas valvulares o de las comisuras da lugar a estenosis.

La válvula MITRAL es la más frecuentemente afectada; la aórtica ocupa un segundo lugar, siendo más atacada en los niños que en las niñas, la válvula tricúspide rara vez se altera y la pulmonar casi nunca. Aunque la cicatrización progresiva con la edad puede dañar aún más la válvula lesionada, incluso en la niñez puede producirse suficiente daño como para causar estenosis o regurgitación importantes. En el pericardio puede ocurrir una pericarditis fibrinosa; en las articulaciones edema y ligera reacción inflamatoria en la cápsula y membrana sinovial, sin formación de panus; no existe destrucción de hueso ni cartilagos. Los NODULOS REUMATICOS se componen de alteración fibrinoide con fibrosis circundante; a diferencia de los nódulos reumatoideos no se produce una formación en "empalizada" ni necrosis y siempre puede producirse la resolución. En los pulmones puede verse ocasionalmente la llamada "neumonía reumática" en la que existe una grave inflamación hemorrágica con formación de membrana hialina (muy poco frecuente) que en la actualidad se cree que la mayor parte de los casos obedecen a una intoxicación por salicilatos, lo que da lugar a permeabilidad vascular y exudación edematosa.

La participación del sistema nervioso, que clínicamente se denomina COREA DE SIDENHAM (mal de San Vito), es una meningoencefalitis difusa que raramente es fatal. Los cuerpos de Aschoff no se encuentran en el sistema nervioso pero sí congestión y trombosis de los pequeños vasos.

FRECUENCIA Y EPIDEMIOLOGIA:

La fiebre reumática es ante todo, una enfermedad de la

infancia, con máxima frecuencia entre los 5 y los 15 años de edad pero posible en otras edades. El proceso es raro en lactantes y en la vida adulta cada vez menos frecuente con los años.

Cuando condiciones anormales ocasionan un aumento de enfermedades estreptocócicas en un apoblación de adultos, como ha ocurrido a veces en algunas instituciones militares, la frecuencia de fiebre reumática parece comparable a la que existe en la infancia.

Las infecciones estreptocócicas diagnosticadas y bien tratadas generalmente no causan fiebre reumática, pero cuando no se trata de infección, la frecuencia de ataque reumático varía según el tipo clínico de la infección. Con la faringitis estreptocócica exudativa sintomática la frecuencia es de un 3 por ciento; en los pacientes en que la infección es menos intensa la frecuencia puede ser de 0.4 por ciento o aún menor.

La fiebre reumática parece ser más frecuente entre familias de condiciones socioeconómicas malas. El efecto de la pobreza probablemente dependa de factores como desnutrición, hacinamiento o malas condiciones de la vivienda, lo cual a su vez origina aumento de las enfermedades estreptocócicas.

No se han definido perfectamente los factores que determinan la suceptibilidad a un primer período de fiebre reumática. Se ha observado que se presenta en varios casos en una misma familia, pero no se han descubierto pruebas claras de transmisión genética. Rara vez ocurren ataques agudos de la enfermedad en pacientes con menos de cuatro años de edad. Una vez que la fiebre reumática ha ocurrido, el paciente es más suceptible a las recaídas.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

El proceso no es enfermedad de un solo órgano, sino que aparece afectado todo el tejido mesenquimatoso y pueden estar

interesadas muchas estructuras orgánicas.

Lo más común es que la fiebre reumática comience bruscamente con fiebre y dolor articular. La fiebre puede ser alta y sostenida en casos graves, pero por lo general es leve. El paciente suele quejarse de faringitis a pesar de que solo se observan signos mínimos de inflamación aguda y no pueda demostrarse una infección bacteriana importante. Suelen producirse epistaxis tanto al comienzo como en toda la etapa aguda del proceso; en algunos casos originan graves pérdidas de sangre.

Se advierte dolor abdominal en cerca del 10o/o de pacientes, el cual puede deberse a congestión hepática durante la descompensación cardiaca o a la linfadenitis mesentérica.

A. ARTRITIS:

El dolor de la artritis reumática puede aparecer rápidamente, y la articulación afectada puede volverse extraordinariamente dolorosa antes de enrojecer. Las rodillas y los tobillos resultan afectados con mayor frecuencia, y después siguen, en orden descendente, los codos, las muñecas o las articulaciones de la cadera. Los hombros y las pequeñas articulaciones de los pies y manos rara vez resultan afectados, y menos aún las temporomaxilares y las vertebrales; cabe pensarse en que se trata de una enfermedad distinta de la fiebre reumática cuando estas son las "unicas" articulaciones afectadas. Es característico que el dolor sea migratorio y fugaz y no se producen deformaciones articulares permanentes. Algunos pacientes sufren de artralgia y no de artritis y en estos pacientes el diagnóstico más correcto muchas veces es el de tendonalgia o mialgia.

B. CARDITIS:

La carditis es casi invariable en la fiebre reumática, pero solo en un 50 por ciento de los casos la participación clínica es



aparente. Las más importantes manifestaciones son:

- Murmullo pansistólico apical, transmitido a la axila.
- Murmullos diastólicos mitrales o aórticos
- Taquicardia sinusal persistente
- Pérdida de la arritmia sinusal
- Extrasístoles múltiples (significativas en los niños)
- Grados de bloqueo cardíaco
- Hipertrofia cardíaca (dilatación de un miocardio debilmente inflamado)
- Pericarditis (rara). Los derrames pericárdicos que se presentan en fases tardías tienen escasa importancia pronóstica.
- Insuficiencia cardíaca, señalada por elevación de la presión venosa yugular e hígado doloroso (edema periférico infrecuente en niños)
- Alteraciones electrocardiográficas: prolongación P-R.

Como no se dispone de pruebas objetivas específicas, puede ser difícil hacer el diagnóstico clínico de la carditis aguda. La prolongación del intervalo P-R en el electrocardiograma no puede considerarse prueba definitiva de carditis, porque este signo no es específico y se presenta solamente en la tercera parte de los pacientes con fiebre reumática.

El diagnóstico de carditis depende del reconocimiento clínico de cuatro eventos que pueden ocurrir aislados o en diversas combinaciones: soplo(s) anormal(es), frote pericárdico, crecimiento del corazón e insuficiencia cardíaca congestiva.

Una vez que se ha iniciado el tratamiento antirreumático puede ser que se diagnostique insuficiencia cardíaca congestiva incorrectamente si la taquipnea causada por la toxicidad de los salicilatos se confunde con disnea, o si la ligera hepatomegalia que puede desarrollarse con tratamiento esteroide se confunde con congestión hepática.

El primer ruido cardíaco en la fiebre reumática se escucha

con frecuencia débil o "amortiguado" no por la carditis sino porque la prolongada conducción auriculoventricular permite que las hojas valvulares se acerquen más entre sí antes de cerrarse.

C. ERITEMA MARGINADO:

Es una manifestación principal y específica de la fiebre reumática aguda. Esta erupción no pruriginosa, plana o ligeramente elevada, eritematosa con borde circinado, aparece solo en un 5 por ciento de los pacientes con fiebre reumática; esta erupción con frecuencia es evanescente, adopta una distribución serpiginosa o circular y ataca generalmente el tronco y los muslos, la cara casi nunca está afectada, por lo general se acompaña de carditis grave.

D. NODULOS SUBCUTANEOS:

Son duros, indolores, incoloros, rara vez su tamaño pasa de 1 a 2 cm.; lo más frecuente es que se desarrollen cerca de los tendones o prominencias óseas, sobre todo en los codos; se les encuentra en cerca del 5 por ciento de pacientes con fiebre reumática, y con mucha frecuencia coexisten con carditis grave.

E. COREA SIMPLE (Corea de Sydenham):

La corea puede ocurrir en combinación con otros síntomas de la fiebre reumática, pero se observa más frecuentemente como manifestación única de la enfermedad.

Es más frecuente entre las niñas que entre los varones.

Los movimientos coreicos son contracciones espasmódicas, no repetitivas y sin propósito que pueden afectar cualquier músculo voluntario, sean los de la cara o los de la lengua. No se producen durante el sueño, pero persisten mientras el paciente está despierto, y son parcialmente controlables mediante un esfuerzo

voluntario concentrado, el cual, a veces también puede exacerbarlo. También se caracteriza por la aparición de trastornos emocionales, seguidos por el desarrollo de inestabilidad emocional y de movimientos anormales referidos anteriormente. Estos signos se agravan progresivamente y a menudo les sigue la aparición de ataxia y trastornos del habla.

El ataque individual de la corea es limitado, pero puede durar hasta 3 meses. No es raro encontrar afección unilateral (hemicorea).

F. OTRAS CARACTERICAS O MANIFESTACIONES MENORES:

Fiebre superior a 37.5° , velocidad de sedimentación globular elevada, cultivo positivo a estreptococos hemolíticos; título elevado de antiestreptolisinas O, leucocitosis, títulos de proteína C reactiva elevados; intervalo P-R del EKG elevado e historia reciente de angina o infecciones faringicas así como historia fidedigna de Fiebre Reumática.

DIAGNOSTICO:

Criterio de JONES (revisado para la orientación en el diagnóstico de la FIEBRE REUMATICA:

MANIFESTACIONES MAYORES:

- Carditis
- Poliartritis
- Corea simple
- Eritema marginal
- Nódulos sub-cutáneos

MANIFESTACIONES MENORES:

Clinicas:

Fiebre reumática previa o enfermedad cardíaca reumática
 Poliartralgia (no se puede considerar cuando entre las mayores se incluye poliartritis.
 Fiebre.

Laboratorio:

Reacciones en fase aguda: Velocidad de sedimentación globular acelerada, proteína C reactiva, leucocitosis.

Intervalo P-R prolongado

Además evidencia de infección estreptocócica precedente: elevación de antiestreptolisinas o de otros anticuerpos estreptocócicos; cultivo de exudado faringeo positivo para estreptococos del grupo A; escarlatina reciente. Dos manifestaciones menores o una mayor con dos menores, son indicios claros de FIEBRE REUMATICA si existe evidencia de infección estreptocócica precedente; sin esta evidencia el diagnóstico es dudoso salvo cuando se descubre Fiebre Reumática después de un largo periodo de latencia (corea)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

1. Artritis reumatoide juvenil (enfermedad de Still).
 Principales características diferenciales: fiebre remitente más elevada; ausencia de cardiopatía orgánica; respuesta menos rápida a los salicilatos en la enfermedad de Still.
2. Infecciones en la infancia, en particular la osteomielitis aguda y poliomiелitis aguda.
3. Urgencias abdominales agudas en la infancia. (La FIEBRE

REUMATICA se presenta con dolor abdominal).

4. Trastornos sistémicos del tejido conjuntivo, en particular poliarteritis nudosa y lupus eritematoso diseminado o sistémico.
5. Púrpura de Henoch-Schönlein. La poliarteritis en niños asociada a petequias obedece generalmente al síndrome de Henoch-Schönlein. La fiebre reumática es muy rara en este grupo de edad.
6. Leucemia aguda. Debe sospecharse cuando la poliarteritis se acompaña de anemia grave sobre todo si se afectan predominantemente las muñecas.
7. Artritis por virus, especialmente rubéola, parotiditis, mononucleosis.
8. Artritis del eritema nudoso.

FORMAS DE REPRESENTACION CLINICA:

Como el eritema marginado y los nódulos sub-cutáneos rara vez aparecen aisladamente, el espectro clínico básico de la FIEBRE REUMATICA puede representarse (FIG. 3) como la superposición de "conjuntos" de pacientes con artritis corea o carditis. En la FIGURA 4 el espectro clínico completo está construido para distinguir además un sub-conjunto de carditis grave, y añadiendo un conjunto de pacientes con artralgia pos-estreptocócica. El espectro presenta el amplio margen de manifestaciones clínicas —algunas de las cuales no son ni reumáticas ni febriles— que pueden ser diagnosticadas como FIEBRE REUMATICA. La artralgia solo se muestra en la FIGURA 4 con una línea a trazos debido a que no satisface los criterios diagnósticos de JONES. Este espectro de constituyentes clínicos diversos nos muestran que la FIEBRE REUMATICA No necesita tener un solo patrón de presentación. Sus características pueden ser tan diversas como

artritis sola, corea "pura", o insuficiencia cardíaca congestiva sin artritis o corea. En la situación clínica más frecuente, un niño o adolescente desarrolla síntomas inespecíficos y después presenta fiebre y aumento de tamaño con dolor en una articulación grande. Después resultan afectadas articulaciones simétricas contralaterales o en otra localización. Aunque el término poliarteritis migratoria se emplea regularmente para describir a este síntoma de FIEBRE REUMATICA, la artritis muchas veces no es migratoria ni múltiple; varias articulaciones pueden empezar a doler simultáneamente, solo una articulación puede permanecer afectada, en particular cuando se ha instituido reposo en la cama rápidamente o tratamiento antiinflamatorio.

FIGURA 3

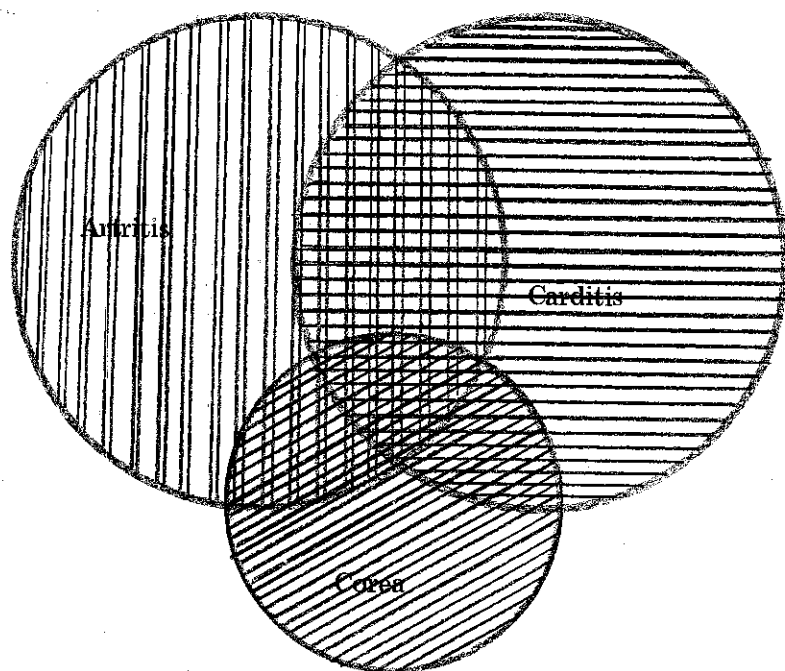
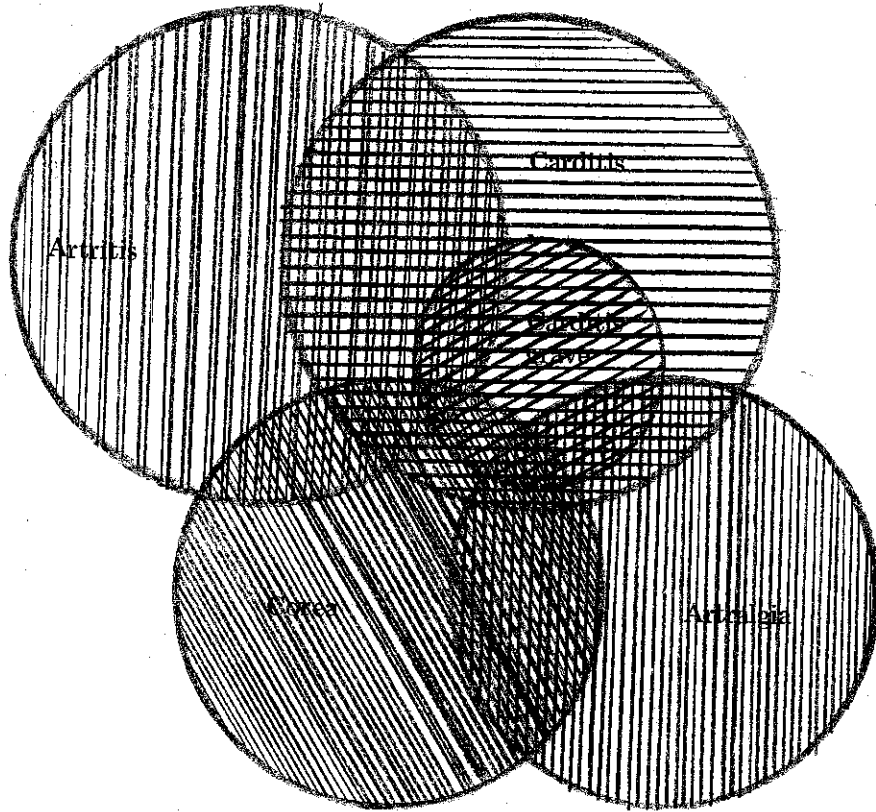


FIGURA 4



EVOLUCION CLINICA Y PRONOSTICO:

Aparte de la carditis, cada una de las manifestaciones principales de la FIEBRE REUMATICA desaparece después de cierto tiempo, sin dejar efectos residuales. El eritema marginado no dura sino unos cuantos días; los nódulos sub-cutáneos perduran de 1 a 2 semanas; y la artritis desaparece a las 2 o 3 semanas y solo en raras ocasiones dura más de 1 mes. La corea tiene curso variable, a veces dos semanas hasta 3 o 4 meses.

Cuando se produce la carditis, generalmente la sintomatología se manifiesta cuando el paciente llega en busca de atención médica. Posteriormente, el daño cardíaco puede aumentar o disminuir, pero las manifestaciones de carditis rara vez aparecen de nuevo en un paciente con FIEBRE REUMATICA AGUDA que fue cuidadosamente examinado después de haberse iniciado un ataque y al que anteriormente se le halló libre de carditis.

La velocidad de sedimentación retorna a la normalidad en cerca de dos meses cuando no hay carditis, y en aproximadamente 3 meses cuando hay carditis. En ocasiones, la velocidad de sedimentación puede permanecer ligeramente elevada, entre 25 a 35 mm/hora durante meses incluso años después de que ha desaparecido cualquier otro signo clínico de inflamación aguda. En estos pacientes, una prueba de proteína C reactiva normal debe tomarse como signo de que la inflamación ha desaparecido. Los resultados a largo plazo de la FIEBRE REUMATICA dependen del estado del paciente durante el ataque agudo. Los pacientes que no desarrollan carditis casi siempre permanecen después libres de cardiopatía reumática. Los pacientes con carditis grave tienen el peor pronóstico: algunos mueren durante el ataque agudo, 20% de sobrevivientes morirán en el siguiente decenio y en la mayoría de los otros queda una cardiopatía reumática residual.

TRATAMIENTO:

En ocasiones no puede demostrarse un estreptococo del



grupo A en la faringe, pero una vez que se ha establecido el diagnóstico de FIEBRE REUMATICA se justifica todo esfuerzo por erradicar a este microorganismo. Generalmente basta para este fin una sola inyección de penicilina benzatínica de 900000 a 12000000 unidades, aunque pueden utilizarse diferentes esquemas de tratamiento con penicilina o de otros antibióticos en pacientes con hipersensibilidad a la penicilina. En cualquier caso, la eficacia del tratamiento debe controlarse con un cultivo faríngeo, estando indicado un segundo tratamiento si no se ha logrado erradicar al estreptococo.

Aunque se ha considerado durante mucho tiempo como parte integral del tratamiento antirreumático el reposo en cama, no se ha comprobado su utilidad y puede ser psicológicamente contraproducente si se sostiene demasiado tiempo.

Cuando se usa salicilatos en el tratamiento de la FIEBRE REUMATICA, la dosis debe aumentarse hasta que el fármaco produzca un efecto clínico manifestado por la supresión de la fiebre o de los dolores articulares o se presenten toxicidades sistémicas caracterizadas por tinitus, cefalalgia o taquipnéa.

La COREA debe manejarse como si se tratara de una forma de evolución limitada completamente reversible, de parálisis cerebral. El aspecto más crítico del tratamiento no es la administración de fármacos, sino evitar el impacto emocional o psicológico del paciente y de todos los que tratan con él, pues deben recibir información en el sentido de que sus peculiares movimientos se deben a un trastorno neurológico específico, de duración finita, que no produce ningún trastorno del intelecto.

Los barbitúricos o los tranquilizantes pueden a veces constituir medicamentos que son útiles para reducir en los pacientes la intensidad de los movimientos coreícos.

Aproximadamente un 5 por ciento de los ataques reumáticos persisten durante 8 meses o más, ya sea en forma de recrudescencias agudas espontáneas o como rebotes post-terapéuticos. Estos ataques

“crónicos” que son más factibles de ocurrir en pacientes con lesiones cardíacas o con episodios reumáticos previos, a veces pueden eliminarse con FARMACOS INMUNOSUPRESORES como el NITROGENO DE MOSTAZA o la 6-MERCAPTOPURINA.

SALICILATOS: Una dosis inicial útil es de 75 a 150 g/día para alcanzar niveles en suero de 25 a 35 mg/ml. De las diversas preparaciones de salicilatos, la aspirina ordinaria es la más barata y eficaz. La absorción de preparaciones con cubierta entérica es demasiado irregular y las preparaciones con un amortiguador rara vez contienen una cantidad suficiente de este último para ejercer un efecto fisiológico. La intolerancia gástrica puede evitarse generalmente con un plan de comida y antiácidos de 15 a 20 minutos después de administrar aspirina.

ESTEROIDES: Los corticosteroides son de mucho valor e inequívocamente superiores a los salicilatos en el paciente con insuficiencia cardíaca congestiva crítica; este tipo de pacientes responden notablemente bien a la administración de corticosteroides y, frecuentemente, estos medicamentos le salvan la vida. La fiebre elevada, el marcado malestar general y la anorexia desaparecen rápidamente. La terapéutica con corticosteroides se recomienda vigorosamente en todos los pacientes con signos de insuficiencia cardíaca congestiva.

La dosificación de esteroides es la siguiente: Prednisona, 2 a 3 mg/kg, oralmente (o cortisona 10 a 15 mg/kg oral) durante 4 a 6 semanas; el medicamento se retira después gradualmente, durante las siguientes 2 a 4 semanas.

En las últimas semanas se puede emplear aspirina en dosis de 100 mg/kg, oralmente, al día para prevenir el fenómeno de “rebote”.

Cuando se emplean los corticosteroides, la sal se debe restringir de la dieta, administrando potasio en forma de jugo de naranja o en solución saturada. En el caso de pacientes que tienen FIEBRE REUMATICA AGUDA sin carditis, no se justifica el

empleo de corticosteroides.

Si la insuficiencia cardíaca congestiva persiste a pesar del uso de grandes dosis de corticosteroides, se debe administrar DIGITAL bajo rigurosa vigilancia clínica y con EKG. Otros medicamentos anticongestivos como los diuréticos y las dietas bajas en sal, son procedimientos auxiliares útiles. Como los corticosteroides y los diuréticos provocan empobrecimiento en potasio, se debe administrar este elemento, especialmente porque es muy probable que ocurra intoxicación con DIGITAL en pacientes con bajo nivel de potasio intracelular y en el suero.

ANTIBIOTICOS: Aunque solamente el 50o/o de pacientes con fiebre reumática aguda producen cultivos positivos de exudado faringeo con estreptococos beta hemolíticos, se debe atender a todos ellos con un curso terapéutico completo de penicilina; de preferencia se administrará penicilina por vía parenteral, en dosis de 300,000 a 800,000 unidades de penicilina procaína una vez al día, durante 7 a 10 días. Después de erradicar los estreptococos al iniciarse el tratamiento, debe prescribirse un régimen profiláctico para evitar infecciones estreptocócicas recurrentes que a su vez pueden provocar recaídas reumáticas. El régimen más efectivo es una inyección mensual de 1.2 millones de unidades de penicilina benzatina.

El tratamiento bucal profiláctico evita el dolor y la inconveniencia de las inyecciones, y una sola dosis diaria de 1 g. de sufadiazina o sulfisoxazol es tan eficaz como 250,000 unidades de penicilina oral 2 veces al día pero no tan buena como la penicilina benzatínica inyectada.

No se ha llegado a un acuerdo acerca del tiempo durante el que debe mantenerse la profilaxis antirreumática. Una medida razonable para todos los pacientes es continuar la profilaxis por lo menos durante 5 años después del último ataque agudo y hasta que el paciente llegue a la edad de 25 años. Después, la profilaxis debe suspenderse en los pacientes que no hayan tenido carditis, pero debe mantenerse de manera indefinida en los que con anterioridad presentaron síntomas de alguna afección cardíaca.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo es un estudio retrospectivo basado en 22 casos de FIEBRE REUMATICA detectados en los archivos del Hospital General de Occidente.

Se consideró el sexo, la edad y la procedencia de los casos, así como la frecuencia de los signos y síntomas de la FIEBRE REUMATICA más frecuentes en esta región.

Se detectaron, así mismo, 5 casos con diagnóstico diferente al de FIEBRE REUMATICA y que según el criterio de Jones, corresponderían a ésta, analizándose las causas que interfieren con el diagnóstico preciso. Para lo cual se efectuó un análisis del laboratorio utilizado, del tratamiento y de la evolución de los casos.

El presente trabajo se realizó en los archivos del hospital general de occidente, en un estudio retrospectivo en los años comprendidos de 1973 a 1976, con la colaboración del personal de archivo.

CUADRO No. 1

EDAD		
Grupos Etareos	Casos	o/o
0 - 6 años	1	4.54
6 - 8 años	9	40.90
8 - 10 años	5	22.72
10 - 12 años	2	9.09
12 - 14 años	2	9.09
14 - 16 años	3	13.63
Total	22	100.00

CUADRO No. 2

SEXO Y EDAD

Grupos Etareos	Masc.	o/o	Fem.	o/o
de 0 - 6 años	0	0.0	1	4.54
de 6 - 8 años	5	22.72	4	18.18
de 8 - 10 años	4	18.18	1	4.54
de 10 - 12 años	1	4.54	1	4.54
de 12 - 14 años	2	9.09	0	0.0
de 14 - 16 años	2	9.09	1	4.54
Total	14	63.63	8	36.36

CUADRO No. 3

PROCEDENCIA

Procedencia	Casos	o/o
San Marcos	7	31.80
Rural Quetz.	7	31.80
Urbana Quetz.	3	13.63
Escuintla	2	9.09
Totonicapán	1	4.54
Huehuetenango	1	4.54
Retalhuleu	1	4.54
Total	22	100.00

CUADRO No. 4
LABORATORIO UTILIZADO

CUA

Edad Sexo	0-7a		7-8a		8-10a		10-11a		12-14a		14-16a	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Leucositosis			2	1		2	1	1	1	1	1	10
Proteína C. Reactiva				2					1			3
Antiestrepto lisinas				1								1
Cultivo Faringeo Positivo a Estreptococo B. hemolítico			2	1				1		1		5
Eritrosedimentación elevada		1	5	3		2		1	1	2	1	16

	0-6 a		6-8a		8-10a		10-12a		12-14a		14-16a	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
ARTRITIS	0	0	2	1	2	2	0	4	1	0	2	0
CARDITIS	0	1	0	0	0	2	0	2	1	0	0	0
ERITEMA	--	--	1	--	1	--	1	--	--	--	--	--
COREA	--	--	--	1	2	--	1	--	--	--	--	4
NODULOS	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	0

CUADRO No. 5
SIGNOS MAYORES, FRECUENCIA, EDAD Y SEXO

CUADRO No. 6
SIGNOS MENORES, FRECUENCIA, EDAD Y SEXO

Edad Sexo	0-6a		6-8a		8-10a		10-12a		12-14a		14-16a		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
FR PREVIA	0	0	1	2	0	1	0	1	1	0	0	0	6
FIEBRE	0	1	4	3	1	1	1	1	2	0	1	1	16
ARTRALGIAS	0	0	1	2	0	1	1	0	2	0	0	1	8
	0	1	6	7	1	3	2	2	5	0	1	2	30

Como se puede ver en el cuadro No. 1 que analiza en que edad fueron más o menos frecuentes los casos, se puede observar que en grupo de 6 a 8 años hubo 9 casos constituyendo el 40.90o/o de todos los casos encontrados, siguiendo el grupo de 8 a 10 años en el cual se encontraron 5 casos que constituyen el 22.72o/o, disminuyendo luego el los grupos subsiguientes en que se encontraron 2 casos en cada uno (9.09o/o) y aumentando en el grupo etareo de 14 a 16 años en el cual se encontraron 3 casos que constituyen el 13.63o/o.

Al relacionar la edad con el sexo (CUADRO No. 2) encontramos el mayor número de casos en el sexo MASCULINO al cual le corresponde el 63.63o/o y al femenino el 36.36o/o. En el grupo de 0 a 6 años solamente se encontró un caso 4.54o/o que corresponde al sexo femenino.

En el CUADRO No. 3 en el que se estudia la procedencia de los casos se puede apreciar que estos pertenecen a LAS AREAS RURALES de los departamentos de San Marcos de donde procedieron 7 casos constituyendo el 31.80o/o; del área RURAL de Quetzaltenango también procedieron 7 casos con el mismo porcentaje; el área URBANA de Quetzaltenango dio procedencia a 3 casos (13.63o/o); departamento de Escuintla con 2 casos (9.09o/o) y los departamentos de Totonicapán, Huehuetenango y Retalhuleu con 1 caso cada uno.

En el laboratorio utilizado para el diagnóstico de FIEBRE REUMÁTICA (CUADRO No. 4) se obtuvieron los siguientes resultados:

CUADRO No. 7
TRATAMIENTO RECIBIDO

[illegible]

De los 22 casos encontrados 16 acusaban en la papeleta eritrosedimentación elevada, 10 presentaban leucocitosis; 5, cultivo faringeo positivo a estreptococos hemolíticos del grupo A; 3 proteína C reactiva y solamente 1 con antiestreptolisinas elevadas; de todos los casos encontrados solamente este laboratorio se utilizó.

En este mismo cuadro que representa la utilización del laboratorio en relación a la edad y sexo, se observa que el grupo de 6 a 8 años fue en donde se utilizó más frecuentemente el laboratorio.

En relación a la SINTOMATOLOGIA se puede observar en el CUADRO No. 5 que la ARTRITIS fue, entre los signos mayores, la más frecuente, ya que se encontraron 14 casos correspondiente 7 al sexo femenino y 7 al sexo masculino y los grupos etareos más afectados fueron los de 8 a 10 y 10 a 12 años con 4 casos cada uno.

La CARDITIS fue el segundo signo mayor mas frecuente ya que hubo 6 casos y llama la atención ver que el sexo femenino fue el más frecuentemente afectado con 5 casos y solamente 1 en el sexo masculino; los grupos etareos más afectados fueron los mismos que para la artritis, es decir de 8 a 10 y de 10 a 12 años.

Se encontraron 2 casos de eritema marginado 2 de los cuales afectaron al sexo femenino en los grupos etareos de 6 a 12 años.

Se encontraron 4 casos de corea en los mismos grupos etareos y que afectaron, 3 de ellos, al sexo femenino.

En ningún caso se encontraron nódulos.

En el cuadro No. 6, que analiza los signos MENORES de la FIEBRE REUMATICA se encontraron 16 casos de FIEBRE que afectó a ambos grupos sexuales y que predominó en el grupo etareo de 6 a 8 años; seguidamente se encontraron 8 casos de artralgias 6 casos con antecedentes de FIEBRE REUMATICA

PREVIA. En general, los signos menores predominaron en el grupo etario de 6 a 8 años.

En el cuadro No. 7 se analizó el tratamiento recibido y puede comprobarse que 20 de todos los casos recibieron tratamiento con PENICILINA BENZATINICA en las dosis adecuadas, 14 recibieron salicilatos, 13 penicilina procaina, solamente 3 recibieron digitálicos, 2 esteroides.

Se encontraron, durante la revisión, 5 casos con diagnóstico diferente al de FIEBRE REUMATICA, y que sin embargo, tomando en cuenta el criterio de Jones deberían haber sido diagnosticadas y tratadas como tal:

CASO NUMERO UNO:

Paciente femenina de 20 años de edad, originaria y residente en el área rural de Quetzaltenango.

La impresión que prevaleció hasta el greso fue la de ARTRITIS REUMATOIDEA.

Signos mayores encontrados: Artritis, Eritema marginado.

Signos menores encontrados: Fiebre, Antecedentes de faringitis, eritrosedimentación elevada.

Tratamiento recibido: ASA 3 grs. diariamente, Penicilina procaina (Por Faringitis), Allercur.

La paciente salió de su cuadro agudo y fue referida a la consulta externa a la cual no asistió.

CASO NUMERO DOS:

Paciente femenina de 16 años, procedente del área rural de Totonicapán.



Dx de impresión y de egreso: ARTRITIS REUMATOIDEA.

Signos mayores encontrados: Artritis, Eritema marginado.

Signos menores encontrados: Fiebre, eritrosedimentación elevada, antiestreptolisinas: 2,500 unidades Todds, antecedentes de amigdalitis a repetición.

Tratamiento recibido: Penicilina Benzatínica, Esteroides y Asa. Evolución: Buena.

CASO NUMERO TRES:

Paciente femenina de 16 años de edad procedente del área rural de Quetzaltenango.

Dx de impresión y de egreso: ARTRITIS REUMATOIDEA.

Signos mayores encontrados: Artritis, carditis.

Signos menores encontrados: Fiebre, Eritrosedimentación elevada, antecedentes de faringitis.

Tratamiento recibido: Penicilina procaina y ASA.

Evolución: Mejoró su cuadro artrítico por lo que fue referida a la consulta externa.

CASO NUMERO CUATRO:

Paciente masculino de 15 años de edad, procedente del área rural de San Marcos.

Diagnósticos que aparecen en su papeleta: IC TB ganglionar, Artritis infecciosa.

Signos mayores encontrados: Artritis

Signos menores encontrados: Fiebre, antecedentes de faringitis a repetición, leucositosis, eritrosedimentación elevada, secreción faringea positiva a estreptococos.

Tratamiento recibido: Butazolidina, Penicilina Benzatínica.

Evolución: Buena.

CASO NUMERO CINCO:

Paciente femenina de 16 años de edad procedente del área rural de Retalhuleu con Dx de ARTRITIS REUMATOIDEA JUVENIL.

Signos mayores encontrados: Artritis migratoria, carditis.

Signos menores encontrados: Fiebre, antecedentes de amigdalitis sedimentación elevada.

Tx penicilina procaina, ASA.

Referida a consulta externa.

CONCLUSIONES

1. La mayor incidencia de FIEBRE REUMATICA se encuentra en el grupo de 6 a 10 años.
2. En cuanto al sexo la mayor incidencia se encuentra en el sexo masculino (64o/o).
3. La artritis es el signo mayor más frecuente.
4. En ningún caso se encontró nodulos sub-cutáneos.
5. La fiebre es el signo menor de mayor frecuencia.
6. Con respecto a la distribución de casos, la mayor cantidad, en el occidente de la república, correspondió a las áreas rurales de San Marcos y Quetzaltenango.
7. Existieron algunos casos diagnosticados hospitalariamente, como una entidad diferente a la FIEBRE REUMATICA, que correspondía a tal según el criterio de JONES.
8. El factor más importante en el diagnóstico, que contribuyó a que este no fuera preciso, fue la mala dotación y el mal uso de los laboratorios.
9. NO existen programas adecuados de prevención de la FIEBRE REUMATICA.
10. No pudo conocerse la evolución de la mayoría de los casos debido a que no se encontró en las papeletas y los pacientes no asistieron a la consulta externa a donde la mayoría fue referido.

RECOMENDACIONES

1. Es básica la creación de un programa adecuado de investigación tendiente a conocer la incidencia de FIEBRE REUMATICA y sus características, en la totalidad de la república para crear programas de prevención.
2. Es indispensable una mejor dotación a los laboratorios de los hospitales regionales e incrementar en el estudiante su práctica a fin de prestar un diagnóstico más preciso de la FIEBRE REUMATICA.
3. Debe tomarse en cuenta, siempre que sea factible, las posibilidades de FIEBRE REUMATICA dentro del diagnóstico diferencial de las artropatías y otras para que su diagnóstico precoz evite sus consecuencias muchas veces graves.
4. Debe crearse conciencia en el estudiante que la FIEBRE REUMATICA, como tantas otras enfermedades, son producto, en parte, del medio de explotación y de hambre en que vive la mayor parte de la población, principalmente rural y que su modificación, en favor de estas mayorías vendría a constituir un punto clave en su erradicación.



BIBLIOGRAFIA

1. GOLDING, D. N. ENFERMEDADES REUMATICAS, Editores SALVAT, Barcelona, 1975.
2. ANDERSON, W. A. D., SINOPSIS DE PATOLOGIA, López Libreros Editores, Buenos Aires, 1973.
3. HARRISON, MEDICINA INTERNA. La prensa Médica Mexicana, México 1973, 4a. edición en español.
4. JAWETZ, Ernest, MANUAL DE MICROBIOLOGIA MEDICA, Ed. El Manual Moderno, México 1971.
5. CECIL-LOEB, TRATADO DE MEDICINA INTERNA, Duodécima edición, Ed. Interamericana S.A., México, 1978.
6. KEMPE, Hnery, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PEDIATRICOS. Ed. El Manual Moderno, México 1972.
7. ARCHIVO DEL HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE.

Prof. Jorge Guillermo López Recinos

Salvador Coyoy Méjía
sor

Dr. Luis Maldonado
Revisor

Julio de León Méndez
ector de Fase III

Dr. Raúl A. Castillo R.
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Rolando Castillo Montalvo
Decano