

ARTÍCULO ORIGINAL**Fiebre reumática. Estudio de 16 años en el Hospital Pediátrico Docente "Pedro Agustín Pérez" de Guantánamo****Rheumatic fever. 16-year study at the Pediatric Teaching Hospital "Pedro Agustín Pérez" of Guantánamo**

Dra. María Felina Hernández Cardoza¹, Dr Juan Orlando Perdomo², Dr Waldo Manuel Ferrer Hernández, Ana Zuceth Ferrer Hernández

¹ Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Titular. Hospital Pediátrico Docente "Pedro Agustín Pérez". Guantánamo. Cuba

² Especialista de I Grado en Pediatría. Instructor. Hospital Pediátrico Docente "Pedro Agustín Pérez". Guantánamo. Cuba

³ Médico General. Diplomado en Medicina Física y Rehabilitación. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

⁴ Estudiante de Quinto Año de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se estudian los casos atendidos por fiebre reumática en el Hospital Pediátrico Docente "Pedro Agustín Pérez" de Guantánamo, en el período enero de 1996 - diciembre de 2011. Se investiga la incidencia de la enfermedad, procedencia, modo de convivencia de los niños, antecedentes de amigdalitis, cumplimiento del tratamiento, síntomas y signos al ingreso, resultado de complementarios, estadía hospitalaria y secuelas valvulares. Los resultados muestran que hubo mayor incidencia de la enfermedad en 2006 y menos en 2000 y 2002. La mayoría de los pacientes procedía de área rural, predominaron los que tenían hacinamiento y fue frecuente el antecedente de amigdalitis y el incumplimiento del tratamiento. La fiebre y la taquicardia predominaron entre los síntomas y la tercera parte de los niños tuvo secuelas valvulares, sobre todo Insuficiencia mitral. La positividad del hemograma y eritrosedimentación, sobresalieron.

Palabras clave: carditis, poliartritis, valvulopatías

ABSTRACT

The cases treated by rheumatic fever were studied in the Pediatric Teaching Hospital "Pedro Agustín Pérez" of Guantánamo, from January 1996 to December 2011. It was investigate the incidence of the disease, origin, way of coexistence of children, antecedents Of tonsillitis, treatment compliance, symptoms and signs at admission, complementary outcome, hospital stay and valve sequelae. The results show that there was a higher incidence of the disease in 2006 and less in 2000 and 2002. The majority of the patients came from the rural area, those with overcrowding predominated, and the history of tonsillitis and noncompliance were frequent. Fever and tachycardia predominated among the symptoms and a third of the children had valve sequelae, mainly mitral insufficiency. The positivity of the hemogram and erythrocyte sedimentation occurred.

Keywords: carditis; polyarthritis; valvulopathies

INTRODUCCIÓN

La fiebre reumática es un proceso inflamatorio sistémico y no supurativo, que afecta de forma aguda a las articulaciones, sistema nervioso central, piel y tejido celular subcutáneo y de forma crónica, al corazón, especialmente a las válvulas.¹

Continúa siendo un problema de salud en nuestro medio, especialmente en niños, y está relacionada directamente con la infección faríngea por estreptococo beta hemolítico del grupo A, esta entidad es la causa más frecuente de enfermedad cardíaca adquirida en niños y adultos jóvenes en todo el mundo, afecta fundamentalmente la válvula mitral y con menor frecuencia la aórtica.^{2,3} La amplia introducción de los agentes antimicrobianos después de la II Guerra Mundial permitió el desarrollo de estrategias para la prevención primaria y secundaria de esta enfermedad.^{4,5}

La fiebre reumática y sus alteraciones cardíacas, son propias de pacientes con desventaja socioeconómica.⁶ Existen dos consideraciones que obligan a mantener su estudio: aún el mecanismo fisiopatológico no se conoce, a pesar de que su patogenia está bien establecida y su reaparición a partir de la segunda mitad de la década de los 80, asociada a la emergencia de serotipos de estreptococos del grupo A, poco usuales en épocas anteriores.⁷

Los factores que podrían incrementar el riesgo de padecer fiebre reumática incluyen: edad entre 5 y 15 años, caso previo de fiebre reumática, desnutrición y condiciones de vivienda superpoblada.^{8,9}

Guillaume de Baillon (1538-1616), fue el primero que distinguió claramente la artritis aguda de la gota; Tomás Sydenham (1624-1689), describió la corea, pero no la relacionó con esta entidad y Raymond Vieussens (1641-1715), publicó la descripción anatomopatológica de la estenosis mitral y la insuficiencia aórtica. Años más tarde William Charles Wells (1812) remarcó la asociación entre reumatismo y carditis y proporcionó la primera descripción clara de los nódulos subcutáneos.

En 1936, Jean Baptista Bouillard y luego Walter B. Cheadle, en 1839, publicaron estudios extensos acerca de la carditis y la artritis reumática, los cuales constituyeron la base de los conceptos clínicos modernos de esta afección. Ludwig Aschoff (1904) describió la lesión miocárdica específica y Fowler señaló la asociación entre inflamación de la garganta y fiebre reumática.

La clasificación de Rebeca Lancefield, de los grupos de estreptococos beta hemolíticos, permitió aclarar la epidemiología de la enfermedad por parte de cierto número de investigadores.¹⁰

MÉTODO

Se realiza un estudio longitudinal y retrospectivo de los niños atendidos en el Hospital Pediátrico Docente "Pedro Agustín Pérez" de Guantánamo, con diagnóstico de fiebre reumática, entre enero de 1996 y diciembre de 2011.

Los datos se obtienen de las historias clínicas de los pacientes y se investiga: la incidencia de la enfermedad, procedencia y modo de convivencia de los niños, además, los antecedentes de amigdalitis y el cumplimiento del tratamiento, síntomas y signos al ingreso, resultado de complementarios y secuelas valvulares.

La información es procesada y se crea una base de datos al respecto. Estos resultados se expresaron en tablas y gráficos. Se emitieron conclusiones y recomendaciones.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La fiebre reumática es una condición inflamatoria que afecta los tejidos conectivos del cuerpo. La complicación más grave es la enfermedad cardíaca reumática, que puede dañar de forma permanente las válvulas cardíacas. Las válvulas afectan el flujo sanguíneo que entra y sale del corazón. Los síntomas de daño valvular con frecuencia no aparecen hasta 10 a 30 años después del episodio inicial.⁷

En nuestro hospital, la incidencia aumento entre el 2004 y el 2006 (Ver Tabla 1), lo que atribuimos a una mayor exigencia, en el pesquisaje de los casos, de los 124 pacientes estudiados el 65.9 % procedía de área rural (Tabla 2), y el 87.4 % vivía en condiciones de hacinamiento (Tabla 3), coincidiendo con lo planteado por la literatura, que las malas condiciones socioeconómicas favorecen la aparición de esta enfermedad.⁶

Tabla 1. Número de pacientes atendidos por año de estudio

Año	No.	%
1996	7	5.6
1997	4	3.2
1998	5	4.0
1999	9	7.2
2000	6	4.8
2001	5	4.3
2002	4	3.2
2003	7	5.6
2004	21	16.9
2005	9	7.2
2006	23	18.8
2007	3	2.4
2008	5	4.0
2009	7	5.6
2010	5	4.0
2011	4	3.2
Total	124	100

Tabla 2. Procedencia

Procedencia	No.	%
Urbana	82	65.9
Rural	42	34.1
Total	124	100

Tabla 3. Hacinamiento

Hacinamiento	No.	%
Si	108	87.4
No	16	12.6
Total	124	100

Comúnmente la enfermedad ocurre en niños cuya habitación y alimentación son muy precarios como consecuencia de un ingreso familiar mínimo. El hacinamiento favorece las infecciones estreptocócicas mediante la diseminación del agente y esto a su vez, el desarrollo de fiebre reumática.^{8,9}

Se recogió el antecedente de amigdalitis (Tabla 4) reciente en 114 pacientes y 98 no habían cumplido correctamente el tratamiento de dicha enfermedad (Tabla 5), lo cual constituye un factor de riesgo bien definido para la enfermedad.

Tabla 4. Antecedentes de amigdalitis

Antecedentes de amigdalitis	No.	%
Si	114	91.9
No	10	8.1
Total	124	100

Tabla 5. Cumplimiento adecuado del tratamiento de la amigdalitis

Cumplimiento adecuado del tratamiento de amigdalitis	No.	%
Si	16	14.1
No	98	85.9
Total	114	100

En múltiples estudios se ha planteado la predisposición genética, por la mayor incidencia de fiebre reumática en una misma familia y por el hecho de que los individuos afectados tienen mucha más posibilidad de recidivas después de una faringitis estreptocócica.^{10,11}

Con relación a los síntomas que presentaron los pacientes (Tabla 6), la fiebre estuvo presente en 103 casos y la taquicardia en 81, la artritis afectó a 93 niños y en, 32, se auscultó soplo, solo 3 tuvieron movimientos involuntarios. La fiebre y la artritis, son síntomas muy frecuentes en la fiebre reumática, tanto que hay literatura que la incluyen en la definición de la enfermedad como la manifestación más frecuente, del mismo modo que señalan a la carditis como la más grave.

Tabla 6. Síntomas presentados

Síntomas	No.
Fiebre	103
Taquicardia	81
Artritis	92
Soplo cardiaco	32
Movimientos involuntarios	3

La Corea por su parte se caracteriza, además de la hipotonía muscular y los trastornos emocionales, por los típicos movimientos involuntarios.¹²⁻¹⁴

En la casuística, 29 pacientes quedaron con secuelas valvulares, 13 de las cuales asentaron en la válvula mitral, en algunos la lesión afectó la mitral y la aórtica y, en otros, solo la aórtica, no tuvimos informe de afectación tricúspide o pulmonar (Tabla 7), la válvula mitral es según recoge la literatura la más afectada comúnmente¹³

Tabla 7. Secuelas valvulares

Secuelas valvulares	No.	%
Si	29	25.4
No	95	74.6
Total	114	100

Aunque la afectación de las articulaciones justifica incluir este síndrome dentro de las enfermedades reumáticas, la importancia fundamental está relacionada con la afectación cardíaca, la cual puede ser fatal durante la fase aguda e incluso originar cardiopatía reumática, enfermedad crónica y progresiva causada por cicatrización y deformidad de las válvulas cardíacas.²

La positividad de los complementarios (Tabla 8), incluyó el hemograma, la eritrosedimentación, el electrocardiograma y sobre todo el exudado nasofaríngeo, donde se aisló en 113 pacientes de los estudiados el estreptococo, lo que resulta definitorio para la certeza del diagnóstico.^{4,8,10}

Tabla 8. Positividad de los complementarios

Complementarios	No.
Hemograma	101
Eritrosedimentación	98
Electrocardiograma	46
Exudado nasofaríngeo	113

De manera general, la presentación de la enfermedad en los pacientes estudiados se comporto, similar a lo que se encuentra en los estudios anteriores y vale notar como a pesar de nuestra excelente cobertura de salud, no se logra profilaxis adecuada de la misma.

CONCLUSIONES

El hacinamiento y el incumplimiento del tratamiento de la amigdalitis pultácea, favorecieron, la aparición de fiebre reumática, con predominio de fiebre y poliartritis. Dejaron secuelas valvulares, sobre todo mitrales,

lo que demuestra que aun esta enfermedad, es una amenaza para la salud de nuestra población infantil y merece investigación y estrategias para su reducción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fiebre reumática
<<http://www.drscope.com/cardiologia/pac/fiebre.htm> > [consulta: 21 enero 2008]
2. Cáceres Pallavidino GH, Aceval SA, Campos GS, Ponce de León LF. Fiebre reumática
<http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista194/3_194.pdf > [consulta: 21 enero 2008]
3. Dajani AS, Taubert K Ferrieri P. Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever. *Pediatrics* 2005; 96:758-64.
4. Echeverría JR. Epidemiología y prevención de la fiebre reumática
<<http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/tl508/tl508.41:PDF> > [consulta: 21 enero 2008].
5. *Pediatric Clinics Of North America* [Pediatr Clin North Am] 2009 Dec; Vol. 56 (6), pp. 1401-19. Tipo de publicación: Journal Article; Review
6. Fonseca Ponce I, Garnier Ávila T, Zaldívar M. Enfermedad pediátrica neuropsiquiátrica autoinmune asociada a infección por estreptococo. [Artículo en línea] *Correo Científico Médico de Holguín* 2008; 12(5)
<<http://www.cocmed.sld.cu/no125/n125rev1.htm> > [consulta: 21 enero 2008]
7. Bessen DE, Veasy LG, Hill HR, Fischetti UA. Serologic evidence for a class I group A streptococcal infection among rheumatic fever patient. *J Infect Dis* 2005; 172 (6):1608-
8. Fiebre Reumática Por: contribuyentes, Equipo editorial y, Condiciones y Procedimientos En-Breve, diciembre 2011 Base de datos: Salud en Espanol.
9. Pérez Díaz C, Borda A, Katime Zúñiga A. Interpretación clínica de anticuerpos anti-estreptococo en fiebre reumática. *Rev Panam Infectol* 2008; 10(3) <http://www.revista-api.com/3_edicao_2008/pdf/mat_06.pdf > [consulta 21 enero 2008].
10. MEDISAN *versión On-line* ISSN 1029-3019 MEDISAN v.14 n.2 Santiago de Cuba 10/feb-21/mar.2010 ARTÍCULO ORIGINAL Caracterización de la población infantil con fiebre MsC. Elisa Juy Aguirre, ¹ Dr. Enrique Céspedes Floirian, ² MsC. Alina de la C. Rubal Wong, ³ Dr. Alexis Columbié Singh ⁴ y MsC. Erlys Mengana López
11. Poliartrosis y fiebre.
<http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol34_3_95/med09395.htm> [consulta: 21 enero 2008]

12. Cardiopatía reumática. Lancet Infect Dis 2005; 5(11):685-94. <<http://www.slideshare.net/ehernandezmd/cardiopatia-reumatica> > [consulta: 21 enero 2008]
13. Fonseca Ponce I, Garnier Ávila T, Zaldívar M. Enfermedad pediátrica neuropsiquiátrica autoinmune asociada a infección por estreptococo. [Artículo en línea] Correo Científico Médico de Holguín
14. Australian Family Physician [Aust Fam Physician] 2012 Jan-Feb; Vol. 41 (1-2), pp. 31-5. Tipo de publicación: Journal Article; Research Support, Non-U.S. Gov't

Recibido: 3 de abril de 2013

Aprobado: 12 de abril de 2013

Dra. María Felina Hernández Cardoza. Hospital Pediátrico Docente "Pedro Agustín Pérez". Guantánamo. Cuba. **Email:** mfelina@infosol.gtm.sld.cu