

## Cuadro clínico de la fiebre reumática

ANTONIO ESTANDIA CANO\*

### INFECCIÓN ESTREPTOCÓCCICA

**E**N LA ACTUALIDAD se acepta con criterio casi unánime la íntima relación que existe, en los sujetos susceptibles, entre la infección estreptocócica y la aparición del cuadro clínico de la fiebre reumática.

### PERÍODO PRODRÓMICO

Es el período que media entre la infección estreptocócica y el brote de fiebre reumática. Este período de incubación o de latencia se estima, en términos generales, entre 1 a 2 semanas de duración.

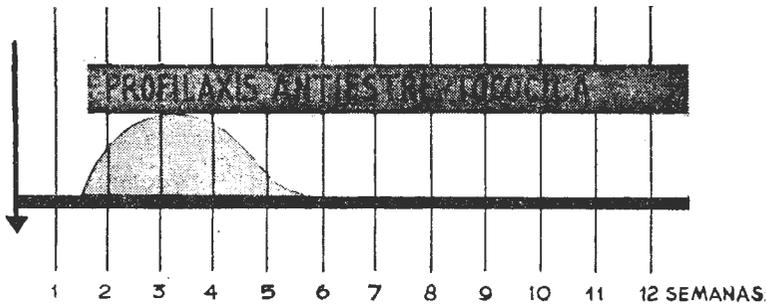
Hasta el momento se desconoce en su intimidad el proceso patogénico por el que el estreptococo hemolítico "produce" la fiebre reumática en los individuos predispuestos. Tampoco se dispone en este período de elementos clínicos o de laboratorio que permitan inferir que a determinada infección estreptocócica seguirá necesariamente el brote de fiebre reumática.

En la gráfica 1 puede verse que entre la primera y segunda semanas posteriores a la infección estreptocócica en los sujetos susceptibles, habitualmente, se inicia el brote de fiebre reumática. Este brote, de no aparecer nuevas infecciones estreptocócicas (tratamiento de erradicación o profiláctico), tiene la peculiaridad de ser *autolimitado* en el 90 a 95% de los casos.

---

\* Jefe del Servicio de Niños del Instituto Nacional de Cardiología.

## GRAFICA I



Gráfica I. Desencadenada la fiebre reumática, al no haberse impedido o tratado oportunamente la infección estreptocócica representada por la flecha vertical, la enfermedad sigue su curso autolimitado. La profilaxis sostenida impide nuevas agresiones estreptocócicas, y ya no se repite el ciclo reumático. (Mendoza)

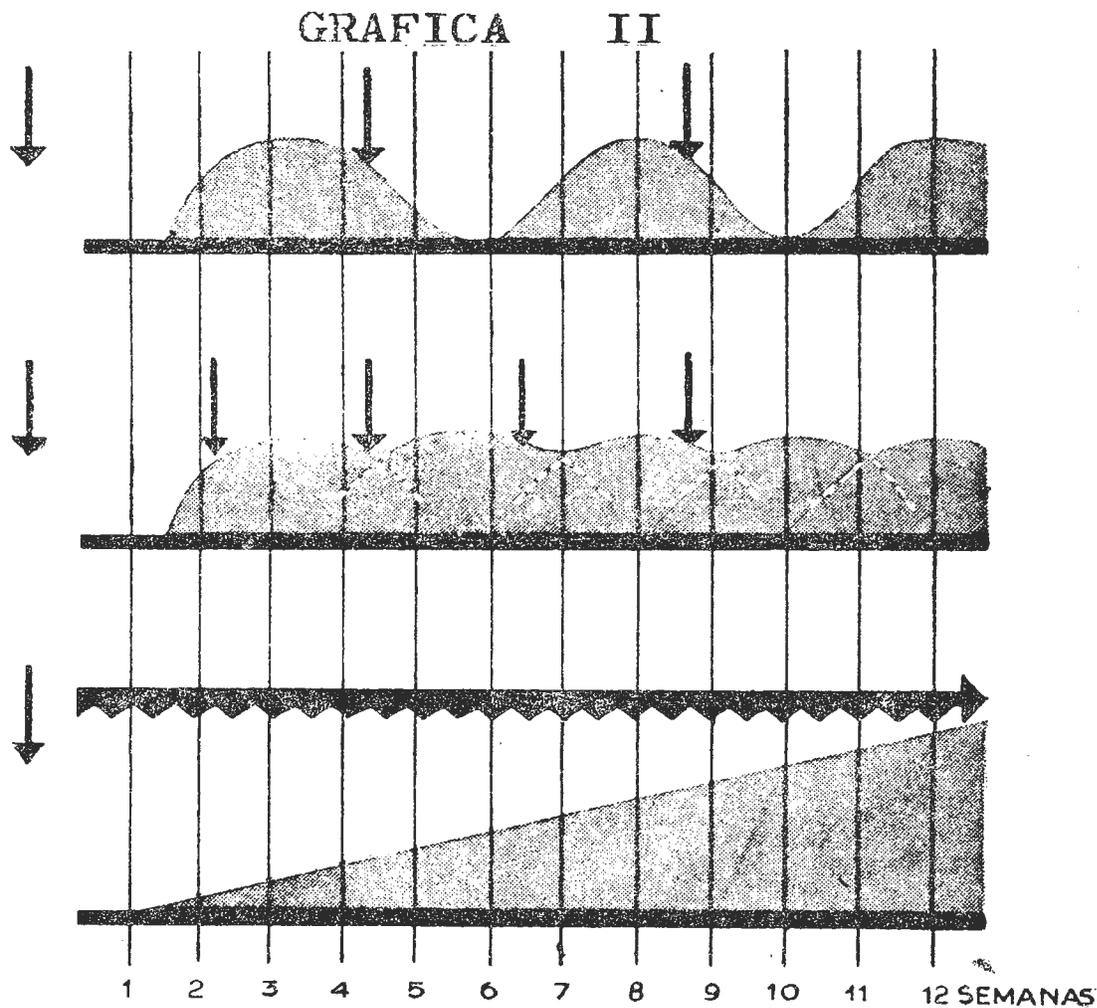
La duración de la enfermedad, si cesó o se controló la agresión estreptocócica, se estima entre 6 a 16 semanas. El brote de fiebre reumática es "autolimitado" y se le pueden reconocer en su ciclo tres fases: la ascendente, la estacionaria y la decreciente.

En los pacientes sin tratamiento al acortarse el intervalo entre las infecciones estreptocócicas, los brotes de fiebre reumática pueden repetirse, aproximarse y aún superponerse. Así se simula una enfermedad crónica, no ya autolimitada, y cuya evolución puede ser ondulante, en meseta o de intensidad progresiva. (Gráfica II).

Por lo expuesto se comprende que el cuadro clínico adoptará modalidades diferentes según la fase del ciclo que se observe, bien sea que evolucione como un brote aislado o como una sucesión de brotes.

Debe tenerse presente que la fiebre reumática afecta los tejidos de estirpe mesenquimatosa. Por encontrarse éstos distribuidos en toda la economía, aparecerán manifestaciones particulares y generales según él o los órganos mayormente comprometidos.

En algunas ocasiones los elementos de juicio se limitarán al extremo de que sea difícil asegurar el diagnóstico, circunstancia no excepcional en las primeras semanas de un primer brote de fiebre reumática.



Gráfica 2. El enfermo reumático, sin protección antiestreptocócica, es víctima de repetidas agresiones estreptocócicas (representadas por las flechas verticales) que producen la iniciación de otros tantos ciclos reumáticos. En la medida en que se acorta el intervalo entre las reinfecciones estreptocócicas, van superponiéndose más y más los brotes reumáticos individuales simulando una enfermedad crónica de evolución ondulante (arriba), de marcha sostenida en meseta (en medio), o de curso progresivamente peor (abajo). (Mendoza).

En otras, sin embargo, el cuadro puede ser tan florido que el diagnóstico sea de certidumbre. Entre los dos extremos existe toda la gama que se quiera. Frente a esta realidad los intentos de esquematización del cuadro clínico de la fiebre reumática podrían antojarse artificiosos. Sin embargo, para fines didácticos, se hace necesaria una agrupación de las manifestaciones de la fiebre reumática. A este respecto nos parece muy útil la propuesta por Mendoza, en:

1. Manifestaciones extraviscerales.
2. Manifestaciones viscerales.
3. Datos de laboratorio.

#### MANIFESTACIONES EXTRAVISCERALES

- a*— Artritis o sufrimiento articular.
- b*— Nódulos para-articulares.
- c*— Eritemas.
- d*— Fiebre.
- e*— Diaforesis.
- f*— Palidez y pérdida de peso.
- g*— Astenia, anorexia, fatigabilidad muscular.

**Artritis o sufrimiento articular.** Se caracteriza en su forma típica por ser: poliarticular, flogósica, dolorosa, migratoria, afecta las grandes articulaciones y por no dejar incapacidad ni deformidad se agrega el calificativo de delitesciente.

A pesar de constituir una de las manifestaciones iniciales más frecuentes de la fiebre reumática (82.4% sola o combinada con carditis, Chávez y col.) no es constante en su presentación y con gran frecuencia falta como antecedente en el cardiópata con estenosis mitral "pura". Es más frecuente en el adolescente y adulto joven que en el niño; éste último con frecuencia sólo aqueja simples artralgias o mialgias. La presencia de artritis se considera en la clínica como dato de actividad reumática.

**Nódulos Para-articulares.** Son subcutáneos, para-articulares, adheridos a las vainas tendinosas y a las prominencias óseas, de forma ovalada, de tamaño variable, de unos milímetros hasta 2 cm. Se localizan de

preferencia en las caras de exte-risión de los codos, rodillas y puños. En ocasiones se ven o se palpan en las regiones frontal y occipital y a lo largo de la columna. Son indoloros, no alteran la piel suprad-yacente y son frecuentemente homólogos. Pueden persistir por semanas y aún meses. Según Massell (Symposium de Fiebre Reumática) su incidencia varía del 9.5 al 16%. Se observan con mayor frecuencia en los niños que en los adultos.

**Eritemas.** Se reconocen distintos tipos de eritemas durante la fase aguda de la fiebre reumática. El que reviste mayor significación es el llamado *anular, policíclico o marginado*. Entre sus características principales está el ser Inmacular de color tenue, con agrupaciones redondeadas o dibujos caprichosos de elementos circulares, no es pruriginoso, se localiza preferentemente en el tórax y abdomen aunque también se le puede encontrar en los miembros. Su duración es efímera. Massell en 457 casos estudiados lo encontró en el 11%. Se señala la presencia de eritema marginado como signo de actividad reumática.

**Fiebre.** Casi siempre es moderada, excepcionalmente alta, irregular, remitente o intermitente, sin escalofríos. Puede permanecer en forma de febrícula durante semanas. Es signo de actividad reumática.

**Diaforesis.** Clásicamente se ha señalado este fenómeno como signo de actividad. Habitualmente es profusa, pegajosa y sin relación con la fiebre.

**Palidez y pérdida de peso.** Son signos de actividad, particularmente cuando hay carditis. La palidez, es de tinte terroso como la observable en los infectados crónicos; tiene la característica de no estar en relación con el grado de anemia.

**Astenia, anorexia, fatigabilidad muscular.** Son datos frecuentes de observar al principio y aún en etapas finales de la enfermedad.

#### MANIFESTACIONES VISCERALES

Como ya se dijo, teóricamente, todas las vísceras con mayor o menor tejido mesenquimatoso, pueden verse afectadas en algún momento de la evolución de la fiebre reumática. En la actualidad se identifica únicamente la localización cardíaca pulmonar y cerebral.

1) *Localización cardíaca:*

	Miocarditis
I) Actividad reumática (carditis o pancarditis)	Pericarditis
	Endocarditis
	Valvulopatías
II) Cardiopatía reumática cicatrizal	Miocarditis residual
	Pericarditis residual

La complicación o consecuencia de mayor gravedad y significación de la fiebre reumática radica en el daño que produce en el corazón. Se tiene la evidencia de que en el 65 a 75% de quienes sufren el primer brote de fiebre reumática muestran, a la exploración clínica, alteraciones cardíacas de tipo inflamatorio. Es más aún estas alteraciones o daño cardíaco pueden aumentar en intensidad y en frecuencia con cada nueva recaída. Se debe tener presente que la fiebre reumática puede considerarse como una enfermedad de recaídas.

Como expresión dominante en el proceso inflamatorio de la fiebre reumática se produce la carditis reumática. Es por ello que la carditis constituye el centro de atención en los brotes de fiebre reumática, máxime que el futuro del enfermo dependerá de su correcta demostración, y de su presencia descansará en la mayor parte de las ocasiones, el diagnóstico de certidumbre de la fiebre reumática.

El proceso inflamatorio de la fiebre reumática afecta en forma, extensión y grado variable las tres estructuras cardíacas fundamentales: miocardio, pericardio y endocardio. La carditis reumática así constituida se reconoce como una verdadera pancarditis. Probablemente el proceso inflamatorio ataca en primer término y con mayor frecuencia al miocardio y se produce la:

*Miocarditis:* Se reconoce por:

Taquicardia en desproporción con la temperatura del enfermo.

Ritmo de galope.

Crecimiento global del corazón.

Insuficiencia cardíaca caracterizada por ingurgitación yugular, hepatomegalia dolorosa, y edema de magnitud variable.

En el Electrocardiograma se observa: P—R alargado (bloqueos auriculo-ventriculares de primer grado). Prolongación de Q—T y alteraciones de las ondas P y T.

### *Pericarditis.*

La pericarditis aguda puede manifestarse por:

- a) dolor de tipo pungitivo en plano anterior del tórax. Aumenta con los movimientos respiratorios, con los cambios posturales y la presión sobre precordio. Se alivia o disminuye con la posición genupectoral.
- b) frote pericárdico. Se trata de un fenómeno rasposo, áspero, en “vaivén” y cuyo sitio de máxima auscultación no corresponde a los focos valvulares convencionales.
- c) En el trazo electrocardiográfico inicialmente ondas T positivas, acuminadas y simétricas, corresponden a la fase de hiperemia superepicárdica. Más tarde, ondas T negativas, acuminadas y simétricas reveladoras de isquemia subepicárdica. En ocasiones, elevación del segmento S—T en función de zona lesionada.

La pericarditis aguda se acompaña casi siempre de derrame; según su magnitud el área cardíaca crece y la silueta radiológica pierde sus contornos habituales, adquiere la forma descrita en “garrafa” con movilidad y latido disminuídos y se escuchan muy apagados los ruidos cardíacos. En las pericarditis agudas con derrame pueden no escucharse frotés; éstos se registran con mayor frecuencia al reabsorberse el líquido pericárdico.

La aparición de la pericarditis aguda se considera como signo de actividad reumática accentuada y va siempre asociada a un mayor o menor grado de miocarditis inflamatoria.

### *Endocarditis.*

El proceso inflamatorio agudo puede alterar las válvulas con producción de edema y depósito de fibrina en sus bordes libres. Con frecuencia se escuchan soplos sistólicos generalmente apexianos, pueden

deberse al proceso inflamatorio valvular y también pueden explicarse por la dilatación cardíaca.

En este estadio no es posible determinar con certidumbre el verdadero daño orgánico valvular.

Al terminar el proceso inflamatorio y aminorar o desaparecer las manifestaciones miocárdicas, pericárdicas y aún las endocárdicas, la silueta cardíaca puede reducirse, en no pocas oportunidades regresar a dimensiones normales; desaparecer la taquicardia, el galope, la insuficiencia cardíaca y en algunos casos los fenómenos soplantes.

Mendoza acepta que en las dos terceras partes de los casos sólo quedan fenómenos auscultatorios reveladores de alteración, valvular residual.

#### I) *Cardiopatía reumática cicatrizal.*

El proceso inflamatorio agudo del miocardio o miocarditis deja en el corazón cicatrices o alteraciones miocárdicas de tipo residual. Las alteraciones fibrosas cicatrizales que pudieron afectar y deformar los aparatos valvulares se reconocen en la clínica cuando se habla de cardiopatía reumática y se identifican bien la estenosis mitral, la doble lesión mitral o aórtica, la tricuspídea o sus combinaciones.

La pericarditis reumática puede reabsorberse sin dejar secuelas. En ocasiones quedan procesos adherenciales y aún podría llegarse a la adhesión completa de las hojas parietal y visceral en aquellos enfermos con brotes múltiples de larga evolución. Debe, sin embargo, enfatizarse que la pericarditis reumática residual nunca llega a ser constrictiva.

#### II) *Localización pulmonar*

*Neumonitis reumática:* En las pancarditis graves con insuficiencia cardíaca pueden aparecer procesos inflamatorios en el pulmón. En ocasiones se limitan a la pleura, con pleuritis serofibrinosa y sólo excepcionalmente atacan el parénquima pulmonar constituyendo las verdaderas neumonitis.

En la clínica pueden sospecharse porque el enfermo presenta polipnea e intensa disnea; tos seca con expectoración hemoptoica o francamente hemorrágica; aumento de la palidez, gran postración y cianosis.

Esta anoxemia se debe, al parecer, al boqueo alvéolo-capilar por la formación de exudados y pseudo membranas que tapizan los alvéolos. Llama la atención el poco o ningún dolor torácico. La exploración del tórax es pobre y revela respiración ruda y zonas aisladas con estertores crepitantes o subcrepitantes y en otras silbantes, con la particular característica de que tales signos cambian de localización en el curso de los días, pueden mantenerse por semanas; pero en lo general la sintomatología y signología pulmonar es desproporcionada con los hallazgos radiológicos.

Radiográficamente se observa de preferencia en la región para-hiliar un moteado pequeño pero confluyente, de contorno irregular, de tipo "bronco-neumónico", sin predominio basal. Tarda días y aún semanas en desaparecer.

Con alguna frecuencia en las pancarditis reumáticas de curso grave y fatal, por fortuna raras en la actualidad, se hace con el criterio anterior el diagnóstico de neumonitis reumática sin encontrar la comprobación al estudio histopatológico. En otras ocasiones la observación opuesta, hallazgo anatómico sin sospecha en la clínica.

### III) *Localización cerebral.*

Se reconocen dos tipos de alteraciones encefálicas en la fiebre reumática:

- a) *Corea.* Se la observa en los niños y adolescentes, meses después de la infección estreptocócica. Puede aparecer en la forma pura o raramente asociada a otras manifestaciones de fiebre reumática (carditis, poliartritis, nódulos, etc.).

La corea de Sydenhan o "mal de San Vito" se caracteriza por movimientos amplios unas veces, finos otras e incoordinados en los miembros, músculos faciales, cuello, etc., no dependientes de la voluntad, incrementados por las emociones en contraste con su atenuación o desaparición durante el sueño.

Se acepta la corea como una manifestación reumática significativa; sin embargo, algunos autores se oponen a este criterio. Puede evolucionar sin otros síntomas sugestivos de fiebre reumática, sin alteraciones en las pruebas de laboratorio. Tiene de

característica no dejar secuelas neurológicas ni psiquiátricas. Puede ser recurrente.

- b) *La Encefalopatía reumática* descrita por Costero y col. en su cuadro clínico e histopatológico, es de presentación rara. Se puede encontrar en los casos más graves y severos de pancarditis reumática. Sus manifestaciones revelan ataque encefálico difuso, no sistematizado y caracterizadas por estupor y coma que alternan con excitación, depresión motora, hipotonía sin parálisis, alteraciones en la sensibilidad, fiebre muy elevada o hipotermia con líquido cefalorraquídeo normal. El cuadro es generalmente irreversible.

#### DATOS DE LABORATORIO

Los numerosos exámenes de laboratorio hasta hoy empleados no son específicos en el diagnóstico de fiebre reumática. Pueden, sin embargo, aportar elementos útiles para la confirmación del diagnóstico clínico, de la infección estreptocócica, grado de actividad y evaluación terapéutica. Los más frecuentemente utilizados, entre otros, se refieren a:

*Anemia.* La fiebre reumática produce anemia generalmente poco intensa de tipo normocítico, más frecuentemente normo que hipocrómica. Está condicionada no sólo a la actividad reumática sino también puede atribuirse a las epistaxis más o menos abundantes y frecuentes. Tiene de característica el no responder al tratamiento habitual; cede al terminar la actividad reumática o con el empleo de esteroides. En las carditis severas la anemia puede ser muy importante.

*Fórmula leucocitaria.* Revela leucocitosis moderada durante las primeras semanas del brote reumático, desaparece después. Neutrofilia con desviación hacia la izquierda. Por lo general se acompaña de eosinopenia, a excepción de los casos de corea pura en los que es frecuente la eosinofilia.

*Sedimentación globular.* La sedimentación globular puede estar acelerada, en parte, por la anemia; siendo ésta habitualmente de poca cuantía, una importante aceleración en la velocidad de sedimentación eritrocítica es reveladora de proceso inflamatorio. Este método de fácil realización, a pesar de su inespecificidad, es uno de los mejores datos

aislados de laboratorio para el control y determinación del grado de actividad reumática. Se la encuentra elevada en los períodos agudos y sus cifras pueden sobrepasar los 100 mm. en la primera hora. Recuérdese que la insuficiencia cardíaca congestiva y la terapia hormonal (córticoesteroides) pueden reducir las cifras en la velocidad de sedimentación globular a pesar de que el brote de fiebre reumática se mantenga activo.

*Cultivos.* Puede investigarse la presencia del estreptococo beta hemolítico en el organismo, para ello se hace frotis y cultivo de exudado faríngeo y amigdalino.

El cultivo del estreptococo beta hemolítico del grupo A, efectuado precozmente, es positivo en el 70/80% de los casos de fiebre reumática.

*Proteína C Reactiva.* En los procesos inflamatorios agudos es posible identificar en el plasma la presencia de una proteína anormal denominada Proteína C Reactiva. Es una prueba inespecífica; sin embargo, si aparece al instalarse el brote o en sus períodos de agudización, es un análisis muy aceptable para juzgar la fase inflamatoria de período agudo de la fiebre reumática. Desaparece en las primeras semanas que siguen al tratamiento de erradicación, aunque la actividad reumática esté aún presente.

Los resultados se estiman por la negatividad o positividad de la Proteína C Reactiva valorándose de + a +++++. La fiebre reumática da resultados positivos en casi el 100% de los casos y es negativa en la corea.

*Antiestreptolisina "O".* El brote de fiebre reumática va precedido de una infección estreptocócica. Por tal causa, se encuentra en la sangre un título de antígeno estreptocócico alto con la formación de anticuerpos. Así el registro de antiestreptolisina "O" con cifras por encima de 200 unidades por cm.<sup>3</sup> es frecuente en el 92% de los pacientes con fiebre reumática. Esta elevación alcanza su máximo cuatro a seis semanas después de la infección estreptocócica. Sin que aparezcan otras reinfecciones, puede mantenerse elevada por largo tiempo y en algunos pacientes persiste con títulos altos por más de ocho meses.

La curva de antiestreptolisina "O" con valores superiores a 200 unidades por cm.<sup>3</sup> si bien informa de infección o reinfección estreptocócica,

no puede servir para el diagnóstico, severidad y cronología de la actividad reumática.

La corea pura puede coexistir con cifras de antiestreptolisina "O" normales.

Estos exámenes, los más frecuentemente utilizados, no determinan ni prueban la susceptibilidad de una persona para contraer la fiebre reumática. Tampoco se conocen elementos aislados de laboratorio o de gabinete que específicamente demuestren la existencia de la fiebre reumática.

El análisis en conjunto de las manifestaciones extraviscerales y viscerales, así como los datos de laboratorio pueden ser de gran utilidad en el diagnóstico de la fiebre reumática y para valorar, una vez identificada, sus modalidades y grado de actividad.