

Dr. WASHINGTON G.

MERA C.

## ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA FIEBRE REUMÁTICA EN NUESTRO MEDIO

### INTRODUCCION

La fiebre reumática, antiguo azote de la raza humana, dista mucho de estar derrotada. Su patogénesis sigue siendo oscura. Muchos autores están de acuerdo en que la frecuencia y gravedad de la enfermedad han disminuido en los últimos años, pero no tenemos ideas claras al respecto. Datos recogidos en diversas partes del mundo, demuestran el amplio margen de variación en la incidencia y manifestaciones clínicas de la afección (1-2-3-4-5-6).

Las características socio-económicas de nuestro pueblo, destacan por un déficit de las condiciones higiénicas, de nutrición, educación, etc., factores que son propicios para el desarrollo de esta enfermedad (7-8-9). Por estas razones tenemos la certeza de que en nuestro país la incidencia de fiebre reumática es sumamente alta, tal vez mucho mayor que la señalada para otros países y que sus manifestaciones clínicas y evolución, también difieren, por lo menos en parte (3-6).

El diagnóstico de fiebre reumática es fácil en los casos típicos con sintomatología manifiesta, pero en la mayoría de ocasiones esto no es así, y son las lesiones valvulares, sin antecedentes de brote agudo, las que demuestran la forma subclínica de la enfermedad (10). Estos son los motivos por los cuales, el presente estudio intenta determinar las manifestaciones clínicas iniciales, los factores ambientales, familiares, epidemiológicos, etc., que puedan orientarnos hacia el diagnóstico precoz de esta enfermedad; su reconocimiento correcto y temprano, necesariamente obligará al tratamiento y profilaxis adecuados. Sólo en esta forma se podrá prevenir, en algo, su más temible complicación, la cardiopatía reumática crónica, que en el momento actual se encuentra a la vanguardia de las enfermedades cardíacas en nuestro país (11).

Este trabajo no analiza el tratamiento, profilaxis ni evolución tardía.

## MATERIAL Y METODOS:

El presente estudio ha sido realizado durante un período de 10 años, de 1964 a 1973. Comprende 100 pacientes, 90 de los cuales fueron internados en el Hospital Eugenio Espejo y los 10 restantes observados y tratados en domicilio. Todos tuvieron el diagnóstico provisional de fiebre reumática. El criterio para la selección de estos pacientes como portadores de fiebre reumática, se fundamenta en las clásicas manifestaciones descritas por Jones y que fueron revisadas por la American Heart Association en 1966 (3-4). Debemos reconocer sin embargo, que han sido ciertas manifestaciones como la fiebre, artralgias y fundamentalmente las pruebas de laboratorio anormales, las que mayormente han influenciado en la opinión del médico o interno admissionista para el diagnóstico provisional de fiebre reumática. Estos diagnósticos provisionales fueron formulados por personal cuya familiarización con la afección, ha sido sin duda, diferente.

Ninguno de los casos estudiados tuvo historia previa de esta enfermedad o de cardiopatía y aparentemente no estaban afectados de otra patología. Todos ellos se encontraban sin tratamiento.

En cada uno de los casos, aparte de los datos de filiación (sexo, edad, antecedentes personales y familiares, procedencia, etc.), se han determinado las condiciones socio-económicas, las manifestaciones clínicas (síntomas y signos): cardíacas, articulares, sudoración, fiebre, vasculares (epistaxis), respiratorias, nerviosas, cutáneas y abdominales, complementadas por exámenes de laboratorio, radiológicos y electrocardiográficos.

Para el diagnóstico de la carditis reumática, se ha insistido en lo siguiente: aparición de un nuevo soplo, intensificación del ya existente, insuficiencia cardíaca, aparición de arritmia, agravamiento de la misma o presencia de otra (se excluyen las arritmias sinusales respiratoria y no respi-

ratoria, ya que más bien desaparecen en el curso de esta enfermedad), pericarditis, cambios radiológicos y electrocardiográficos, criterios que son aceptados internacionalmente para el diagnóstico de carditis (3-7-12-13-14).

## RESULTADOS

Los correspondientes al sexo y a la edad, se señalan en la tabla I.

En lo que respecta a los antecedentes personales (infecciosos), se indican en la tabla II.

De los 70 pacientes con historia de infección faringo-amigdalina, en 45 hubo intervalo asintomático y las manifestaciones de fiebre reumática se presentaron de una a cuatro semanas luego de haber desaparecido los síntomas agudos de infección faríngea. En los 25 restantes, a la sistomatología de la infección faringo-amigdalina, se añadió la de la fiebre reumática, o sea, que en éstos no hubo intervalo asintomático.

Lo referente a los antecedentes familiares, procedencia, épocas de presentación y condiciones socio-económicas, se anotan en la tabla III.

Las manifestaciones clínicas se señalan en la tabla IV.

Las manifestaciones cardíacas iniciales fueron: taquicardia, soplo y desdoblamiento de los ruidos (de uno o ambos, especialmente del segundo). Algunas de éstas se presentaron en forma aislada, pero lo frecuente fue la asociación. En cuanto a los caracteres de los soplos, en su mayoría fueron de grado I, menos frecuentemente grado II, sistólicos, de localización mitral o mesocárdica.

Sudoración: Casi siempre ha acompañado a la fiebre, especialmente a la alta o moderada, pero también se ha visto un porcentaje considerable en pacientes con temperatura normal.

La fiebre fue ligera, moderada o muy alta y con las más variadas curvas de evolución; la más frecuente ha sido ligera o moderada, continua o remitente.

En lo referente a las manifestaciones articulares, lo frecuente ha sido el dolor articular con ligera o moderada hinchazón de las articulaciones; en algunos casos se apreció un moderado aumento local de la temperatura. La artritis —con todas sus características— ha sido muy poco frecuente. Preferentemente se presentaron en las grandes articulaciones (rodillas, codos y tobillos, especialmente), unas veces con el carácter de migratorio y en la mayoría en forma permanente, pero cedieron con bastante rapidez.

La epistaxis (no traumática) ha sido bastante frecuente y en un alto porcentaje ha tenido el carácter de recidivante; generalmente su intensidad ha sido discreta o moderada.

Las manifestaciones respiratorias fueron:

Tos	20 casos
Disnea	8 "
Dolor torácico	4 "

Frecuentemente se asociaron la tos y la disnea.

Las alteraciones nerviosas:

Irritabilidad	14 casos
Apatía	10 "
Corea	6 "

Hemos tenido las siguientes manifestaciones cutáneas:

Erupción tipo roncha (como la urticaria)	8 casos
Eritema marginado	6 "
Nodulos subcutáneos	4 "

El dolor abdominal, tipo cólico o de menor intensidad, ha tenido localización especial en la FID.

Los hallazgos de laboratorio referentes a Hb., Hmto., leucograma, sedimentación, ASTO, PCR y Látex se señalan en la tabla V.

Para la evaluación de la disminución de Hb y Hmto, se tomaron como base los valores normales de acuerdo con la edad y la altura geográfica.

El cultivo faríngeo se realizó en 18 pacientes, habiendo sido positivo para estreptococo hemolítico del grupo A en 12 casos y en las dosis restantes para estreptococo viridans.

En 26 pacientes se solicitó la reacción de Hanger, habiendo sido positiva en todos ellos. Este dato se hace constar solamente como curiosidad, ya que sabemos en la actualidad que a esta reacción se la considera de escasa o de ninguna utilidad, pero como en algunos Servicios se la sigue solicitando de rutina, ha llamado la atención su positividad en pacientes con fiebre reumática.

Los hallazgos electrocardiográficos se describen en la tabla VI, y algunas imágenes demostrativas podemos observar en las figuras 1A-1B-2-3-4-5.

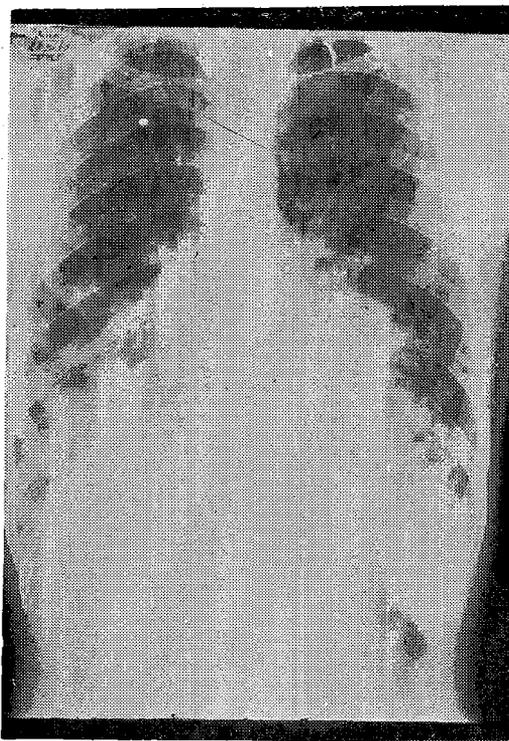
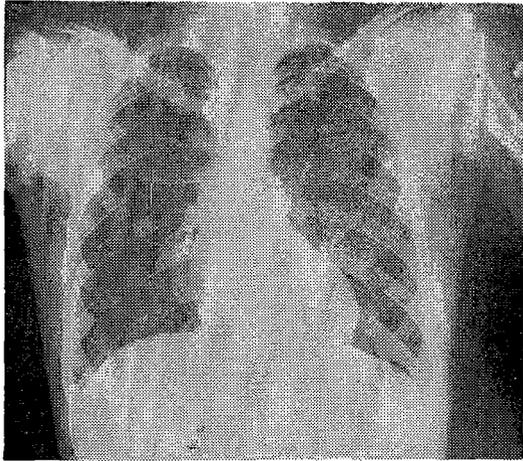


Fig. 1-A.— Cardiomegalia, congestión pulmonar intensa y Neumonitis basal derecha.



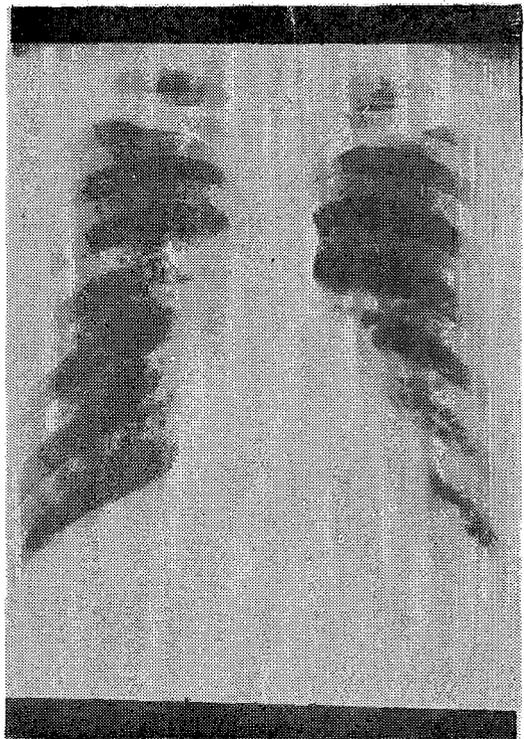
**Fig. 1-B.**—El mismo caso que después de un tratamiento adecuado mejoró completamente. Nótese la reducción del tamaño de la silueta cardíaca y la mejora de las alteraciones pulmonares.



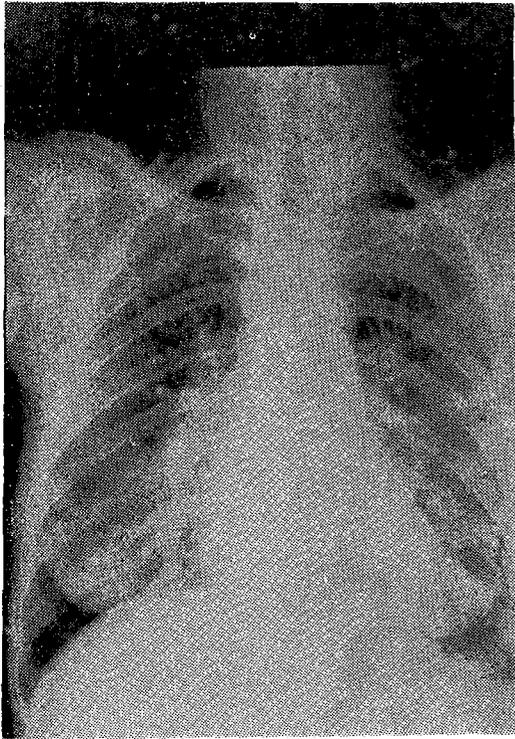
**Fig. 2.**—Cardiomegalia, congestión pulmonar severa y neumonitis basal derecha.



**Fig. 3.**—Neumonitis parahiliar izquierda y discreta congestión pulmonar.



**Fig. 4.**—Neumonitis parahiliar derecha, hiliis congestivos.



**Fig. 5.**—Neumonitis paracardiaca derecha (infiltrado fino en esa zona). Acentuación discreta de la trama pulmonar.

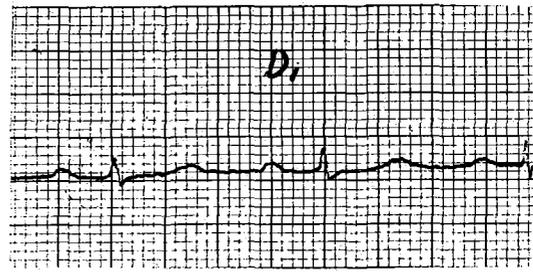
Los pacientes que presentaron las anomalías radiológicas señaladas, fueron los que clínicamente y electrocardiográficamente sufrieron *carditis*.

Los hallazgos electrocardiográficos se anotaron en la tabla VII, y algunos trazos característicos podemos observar en las figuras: 6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17 y 18.

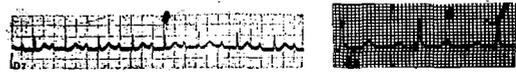
Electrocardiogramas de pacientes con sintomatología y signología clínica de *Carditis Reumática Aguda*.



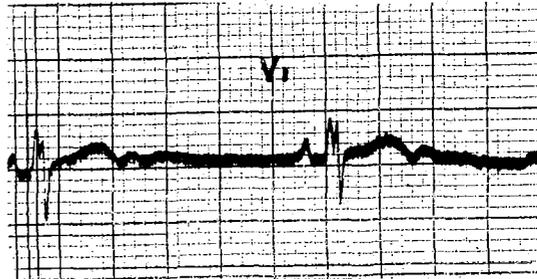
**Fig. 6.**—Taquicardia Sinusal y bloqueo A-V de primer grado.



**Fig. 7.**—Bloqueo auriculo-ventricular de primer grado.



**Fig. 8.**—Dos trazados de bloqueo A-V de primer grado.



**Fig. 9.**—Probable bloqueo A-V de segundo grado tipo Mobitz. Onda R' en V<sub>1</sub>, sin aumento del tiempo de conducción intraventricular ni alteración de la fase terminal.



**Fig. 10.**—Dos casos de bloqueo A-V de segundo grado tipo Mobitz.

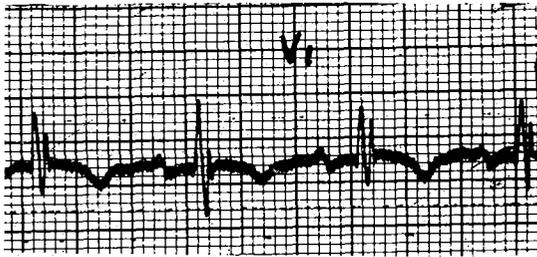


Fig. 11.—Bloqueo A-V de primer grado y presencia de onda R' en V<sub>1</sub> (complejos en M), sin aumento del tiempo de conducción.

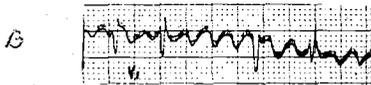
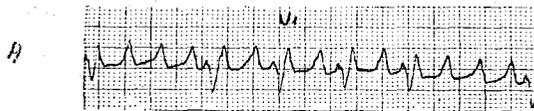


Fig. 12.—Casos de flutter auricular: irregular A, B y regular en C.

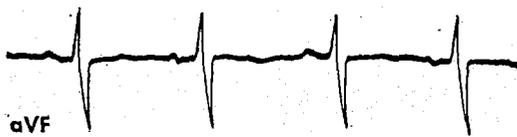


Fig. 13.—Marcapaso variable.

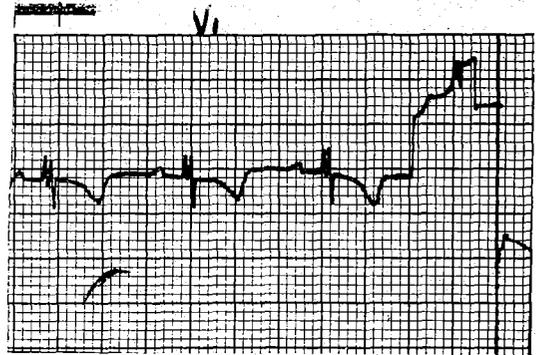


Fig. 14.—Complejos ventriculares en M en V<sub>1</sub>, con tiempo de conducción normal.

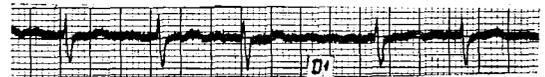


Fig. 15.—Fibrilación Auricular.

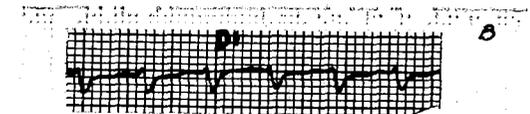
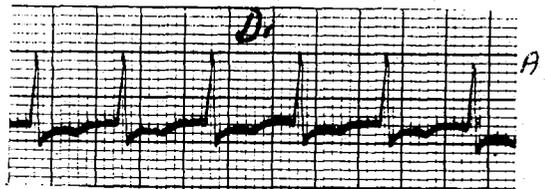


Fig. 16.—En A: Taquicardia paroxística supra-ventricular y en B: Taquicardia Sinusal (intensa bloqueo de rama derecha).



Fig. 17. —Ritmo de Seno coronario.

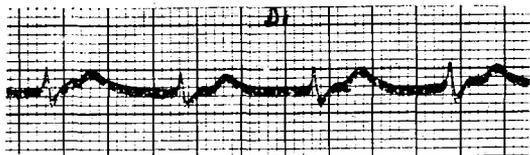


Fig. 18. —Ritmo Nodal inferior.

En los pacientes sin franco compromiso cardíaco, el ECG fue normal, excepto por la taquicardia que se presentó en la mayoría, pero también se encontraron los cambios eléctricos que en orden frecuencia se mencionan en la tabla V.II.

Las alteraciones más frecuentes fueron: bloqueo A-V de primer grado, alteraciones del QRS en precordiales derechas y arritmias.

Cualquiera de las anomalías electrocardiográficas observadas, aisladas o en combinación, se presentaron en 42 casos, la mayoría de los cuales clínica y radiológicamente presentaron carditis.

Los elementos clínicos para el diagnóstico de carditis reumática están señalados en la tabla VIII.

Dos o más de estas alteraciones se presentaron en 24 casos en un mismo paciente (asociación más frecuente: arritmia + in-

tensificación del soplo existente o aparición de otro); en los 16 pacientes restantes, algunas de estas anomalías se presentaron en forma aislada.

Hay que destacar que las alteraciones que nos han servido de base para el diagnóstico de carditis, se presentaron, en su mayor parte, luego de algunos días de iniciadas las manifestaciones de fiebre reumática.

Para el diagnóstico de carditis, a más de la exploración física, fueron de utilidad de ECG y la radiografía, notándose bastante correlación entre estos tres elementos de diagnóstico.

En lo referente a los soplos, se considera que los siguientes pueden indicar carditis (3-12):

1. —Un soplo pansistólico de insuficiencia mitral que se oye mejor en el apex.
2. —Un soplo diastólico mitral, sordo y corto, debido a valvulitis (Carey Coombs).
3. —Un soplo diastólico progresivamente decreciente de insuficiencia aórtica.

Los soplos anotados en esta casuística, tuvieron de los caracteres anotados.

## DISCUSION

Si bien el objetivo de este trabajo, no ha sido hacer referencia a la incidencia, creo conveniente anotar algunas cifras, que demuestran el amplio margen de variaciones y que ponen en evidencia la magnitud del problema. Lamentablemente, la mayoría de estadísticas se funda en poblaciones hospitalarias. Sin embargo, un cálculo prudente de 1970, afirma que incluso en un país tan avanzado como los EE. UU., se diagnostica todos los años un número aproximado de 200.000 nuevos casos (2), y que el 7% de la población de México enferma de fiebre reumática y que hasta el 40% de los cardíacos vistos en el Instituto Nacional de Cardiología Mexicano, son de origen reu-

mático (1). L. Muñoz, de Colombia, en un estudio recientemente realizado, dice que en poblaciones no hospitalarias de edades comprendidas entre 5 a 25 años, la incidencia de fiebre reumática es del 1.2% (1). Datos obtenidos en el Japón y proporcionados por O. Tatsuzawa dan una incidencia de 0.02—0.04% en poblaciones de 5 a 25 años, y de 0.19% de cardiopatía reumática (15). Estadísticas chilenas de 1941, dan un porcentaje del 9‰ de fiebre reumática en la población general y de 2‰ de cardiopatía reumática, pero informan que desde ese año hasta 1968, la incidencia de fiebre reumática ha disminuido un 50% aproximadamente (16). Una investigación rumania menciona un número de casos sorprendentemente elevado, entre adultos jóvenes que habían sufrido infección estreptocócica, y la Dra. C. Trimescu (Bucarest), al referirse a esta investigación, observa una serie de factores que favorecen la aparición de la enfermedad (17).

Desafortunadamente, no disponemos de información sobre la incidencia en nuestro país; datos obtenidos del Hospital Eugenio Espejo en la década de 1964 a 1973 (11), dan un porcentaje del 1.07%, y de 2.3% entre los pacientes hospitalizados en Medicina Interna, de lo cual el 2.26% corresponde a pacientes entre los 5 y 25 años, o sea, que su mayor incidencia se encuentra en estas edades, lo cual está de acuerdo con datos proporcionados por varios autores (3-8-13-18). El porcentaje de hospitalización por cardiopatía reumática crónica es de 2.13% y de 4.6% para Medicina Interna, y de esto, el 2.76% se encuentra entre los 20 a 40 años. El 38.99% de todos los cardíacos admitidos en este Hospital son reumáticos, o sea, que la incidencia es casi igual a la del Instituto Nacional de Cardiología Mexicano (13).

Si consideramos, que una estadística hospitalaria refleja por lo menos en parte, la incidencia de la afección en la población general, tenemos que aceptar que en nuestro país la incidencia de fiebre reumática y de cardiopatía crónica es elevada, y este

porcentaje sería mayor si todos los enfermos pudieran ser admitidos en las salas hospitalarias, o si la atención médica se extendiera a todos los sectores poblacionales, como ocurre en otros países. Estadísticas chilenas de hospitalizados por fiebre reumática y por cardiopatía reumática señalan un 5% para el quinquenio de 1963 a 1967 (16), o sea, un porcentaje algo inferior al del Hospital E. Espejo.

De los datos anotados se concluye que la incidencia de esta afección es menor mientras más adelantado sea un pueblo, social y económicamente (2-13-15-16).

En cuanto a las formas de evolución en nuestro país y en general en todos los occidentales, lo habitual es una remisión completa de la fiebre reumática y/o de la carditis, o una invalidez tardía por daño valvular crónico (3-19). En otros países, especialmente en algunos africanos y asiáticos como en la India, por ejemplo, a más de la primera forma de evolución (remisión), es corriente observar casos de carditis reumática fulminante que conducen a una muerte precoz, o el rápido desarrollo de una estenosis mitral (3). Estas diferencias posiblemente dependen de factores radicales, ambientales o genéticos.

El hecho de que la incidencia sea mayor en mujeres, más frecuente de los 5 a los 25 años (especialmente de 10 a 15), que haya tendencia a incidir familiarmente y que sea más frecuente en las épocas frías y lluviosas, hace suponer que los mecanismos inmunológicos se modifican por la herencia, sexo, edad y medio ambiente. A este respecto, cabe anotar lo que dice la Dra. C. Trimescu al referirse al estudio de la fiebre reumática en Rumania: "ciertos factores como la pubertad, embarazo y trastornos endocrinos, entre otros, parecen favorecer la aparición de la enfermedad, a la vez que empeoran el pronóstico y que infecciones víricas y nuevas infecciones estreptocócicas pueden precipitar su recaída (17).

En lo referente al sexo nuestro estudio revela que de cada 5 reumáticos, 3 son mujeres y 2 hombres, lo cual está de acuerdo

con datos de autores nacionales y latinoamericanos, al igual que en lo referente a la edad presentación, incidencia familiar y factor ambiental (3-13-16-18). Las edades extremas de presentación han sido 4 y 42 años, pero estudios chilenos revelan casos de fiebre reumática en personas de hasta 51 años (16). M. Salvador en nuestro país, hace más de 10 años, denunció la presencia de fiebre reumática en un número importante de niños de 4 años (8), lo cual no es habitual en otros países (3-17-20). Este dato implica que la afección se presenta desde los primeros años de la vida hasta etapas tardías, lo cual constituye razón suficiente para investigar las manifestaciones prematuras de fiebre reumática independientemente de la edad.

Las condiciones socio-económicas bajas predisponen a desnutrición, falta de higiene y de atención médica, factores que son importantes para el desarrollo de esta enfermedad (7-8).

Se ha visto que las infecciones faringoamigdalinas constituyen un antecedente importante, por lo que se concluye que en la mayoría de casos, la fiebre reumática y la carditis reumática son secuelas más o menos tempranas de las infecciones de las vías respiratorias altas, causadas por estreptococo hemolítico del grupo A; pero hay que tener en cuenta la elevada incidencia de infecciones no manifiestas —25% en nuestra serie, hasta 43% en otros estudios (7-16)—, lo cual obliga a ser muy cuidadosos en su búsqueda y a no esperar siempre este antecedente para formular el diagnóstico de fiebre reumática. En este punto hay discordancia con otros estudios, que dicen que en ausencia de infección estreptocócica procedente, el diagnóstico de fiebre reumática es dudoso o falso (21). También hay que señalar la importancia de las infecciones de piel y del TCS.

El hecho de que en el 25% de los pacientes no haya existido un intervalo asintomático entre la infección faríngea y la aparición de fiebre reumática, podría explicarse por la persistencia de la infección fa-

ringea, debida a falta de defensas naturales y de tratamiento.

Entre las manifestaciones clínicas (síntomas y signos), destacan por su frecuencia las cardíacas, la sudoración, fiebre, las articulares y vasculares (epistaxis), y entre las secundarias, las respiratorias, nerviosas, cutáneas y abdominales. En los hallazgos clínicos se encuentran similitudes con resultados de estudios nacionales (6-18) y diferencias con estudios extranjeros (4-51-20-22); así por ejemplo, mientras Jones y otros, dan a la epistaxis una importancia secundaria, este estudio ha demostrado que entre nosotros su presentación es frecuente, lo que nos obliga a investigar fiebre reumática en todo paciente, especialmente niño o joven que presente epistaxis, particularmente recidivante. M. Moreano en 1962 (6), destaca la importancia de la epistaxis como antecedente de la fiebre reumática. Algo parecido podemos decir de la sudoración, especialmente de la que no se acompaña de fiebre, por lo que bien pudiera constituir una manifestación temprana y valiosa de fiebre reumática.

El eritema marginado y los nódulos subcutáneos han sido manifestaciones poco frecuentes, pero su presentación constituye un presagio casi inminente de carditis (3).

La corea también ha sido poco frecuente (6%) en comparación con otros estudios que dan un porcentaje de hasta el 29% (16-23-24), y al igual que el eritema marginado o los nódulos subcutáneos, su presencia es anuncio de carditis (3).

De los pacientes estudiados, los 92 posiblemente presentaron un ligero grado de afección cardíaca inicial, lo cual determinó la taquicardia, los soplos y el desdoblamiento de los ruidos, pero debemos reconocer que estas alteraciones bien pudieron ser producidas por otros factores como la fiebre, la anemia, el aumento de la velocidad circulatoria, etc.; con la evolución del proceso y se supone que por la falta de un tratamiento adecuado, se desarrolla una mayor afección en un 40% de pacientes, que es el porcentaje de los que presentaron carditis. Es posible

también que mientras más severa sea la infección faríngea, las probabilidades de presentar carditis sean mayores.

El hecho de que entre 18 pacientes a los que se les realizó cultivo de exudado faríngeo, en 6 haya sido positivo para estreptococo viridans, hace pensar que acaso este germen sea responsable de algún caso de fiebre reumática.

Para el diagnóstico de carditis se han seguido los criterios clínicos internacionalmente aceptados, complementados con datos radiológicos y electrocardiográficos. Los pacientes que, presentaron las mayores anomalías de laboratorio tuvieron carditis, así como también los que presentaron eritema marginal, nódulos subcutáneos y coquea. Últimamente se ha postulado que los valores elevados de antiestreptolisacáridos (25) son casi diagnósticos de carditis reumática, así como lo sería para la fiebre reumática, una titulación alta de ASTO leucocitario (26).

Las alteraciones radiológicas anotadas, se supone que básicamente pueden haber sido producidas por congestión pulmonar, secundaria a insuficiencia ventricular izquierda, principalmente.

En lo referente a los cambios electrocardiográficos, suponemos que son consecuencia de la inflamación de la fibra miocárdica y especialmente de su tejido específico, salvo la taquicardia, que puede ser consecuencia de factores cardíacos y extracardíacos. En cuanto a la prolongación del intervalo PR, que para algunos autores es sugestivo de carditis hasta en un 60-70% de casos, y que es conocido como el signo electrocardiográfico más importante para el diagnóstico (27-28-29), creemos que es un dato que debe tomarse con las debidas reservas, por no considerarlo de valor absoluto; así lo hemos encontrado prolongado en niños totalmente asintomáticos, probablemente por problemas congénitos (29), otras veces lo hemos encontrado alargado en personas anémicas y poliparasitadas (sin ninguna manifestación de fiebre reumática), y una vez superados estos problemas, el in-

tervalo PR ha adquirido sus caracteres normales. Pero si durante el curso de lo que se presume es una fiebre reumática, se prolonga el intervalo PR o aparecen alguna o algunas de las anomalías eléctricas indicadas (excepto la taquicardia), éstas sugieren la existencia de carditis, siempre que el paciente no haya estado recibiendo digitálicos, diuréticos o antiarrítmicos.

## RESUMEN

Se ha hecho un análisis de los factores biológicos, de las condiciones socio-económicas, de las manifestaciones clínicas, de laboratorio, radiológicas y electrocardiográficas en pacientes enfermos con fiebre reumática en nuestro medio. Es un estudio de casos iniciales de la enfermedad. Se ha hecho también un análisis de las manifestaciones clínicas, radiológicas y electrocardiográficas, en los afectados de carditis reumática. En la discusión se anotan algunos datos estadísticos de frecuencia, formas de evolución, y se formulan hipótesis que tratan de explicar los hallazgos encontrados.

Las observaciones realizadas, nos permiten señalar las siguientes conclusiones:

- 1.—La fiebre reumática es más frecuente en mujeres que en hombres.
- 2.—Su mayor incidencia se encuentra entre los 10 y 15 años.
- 3.—Predomina en épocas frías y en zonas urbanas.
- 4.—La mayoría de pacientes fueron de posición socio-económica baja.
- 5.—Se aprecia la importancia de la infección faringo-amigdalina, especialmente de las recidivantes, sin dejar de valorarse el alto porcentaje de ausencia de este antecedente.
- 6.—Destaca asimismo, el número importante de casos en los cuales no hubo intervalo asintomático entre las manifestaciones de la infección faríngea y las de la fiebre reumática.

7. —Entre las manifestaciones clínicas, sobresalen por su frecuencia las cardíacas, la sudoración, la fiebre, las articularias y vasculares (epistaxis).
8. —En lo referente a los exámenes de laboratorio, se encontró leucocitosis con desviación a la izquierda de la fórmula en el 50%, ASTO elevado en el 67%, PCR positiva en el 64%. En el cultivo faríngeo fue frecuente la presencia de estreptococo viridans.
9. —En el examen radiológico los hallazgos más importantes fueron: neumonitis, cardiomegalia y congestión pulmonar; alteraciones que se observaron en casos de carditis.
10. —Los hallazgos electrocardiográficos más importantes fueron PR alargado, alteraciones del QRS en precordiales derechas y arritmias, anomalías que se presentaron únicamente en los que sufrieron carditis.
11. —La carditis se presentó en el 40 de los casos estudiados y generalmente se desarrolla algunos días después de iniciadas las manifestaciones de fiebre reumática.
12. —La fiebre reumática y la cardiopatía reumática en nuestro medio, son un problema que rebasa los límites médicos para convertirse en un trastorno médico-social que reclama urgente solución. Creo que una campaña a nivel nacional contra la fiebre reumática constituiría un excelente objetivo, tanto por sus alcances como por su importancia para la Cardiología Ecuatoriana.

**TABLA I**

SEXO Y EDAD EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS:

Sexo:	Mujeres	60
	Hombres	60

Edad:

DE 1	— 5 años	1 caso
5	—10 "	20 casos
10	—15 "	35 "
15	—20 "	15 "
20	—25 "	7 "
25	— o más	2 "

EDADES EXTREMAS: 4 Y 42 AÑOS

**TABLA II**

ANTECEDENTES PERSONALES (INFECCIOSOS):

Historia de infección faringo-amigdalina.	70 casos
faringo-amigdalitis a repetición.	50 "
sólo un episodio previo . . . . .	20 "
Antecedentes de infección de piel y TCS.	5 "
Sin antecedentes de infección manifiesta.	25 "

**TABLA III**

ANTECEDENTES FAMILIARES, PROCEDENCIA, EPOCAS DE PRESENTACION Y CONDICIONES SOCIO - ECONOMICAS:

**Antecedentes familiares:**

Historia de la enfermedad en hermanos.	18 casos
" " " " " padres . . .	12 "

**Procedencia:**

De zonas urbanas . . . . .	78 "
" " rurales . . . . .	22 "

**Epoocas de presentación:**

Durante el invierno . . . . .	65 "
" " verano . . . . .	35 "

**Condiciones socio-económicas:**

Alrededor del 70% de estos enfermos correspondió a clase económicamente baja (promedio de ingreso familiar mensual de 28 dólares).

**TABLA IV**

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Tipo	Nº
Cardíacas .....	92
Sudoración .....	90

Fiebre .....	86
Articulares .....	85
Vasculares (epistaxis) .....	62
Respiratorias .....	28
Nerviosas .....	20
Cutáneas .....	18
Abdominales .....	8

**TABLA V**

HALLAZGOS DE LABORATORIO: HB., HMTO., LEUCOGRAMA, SEDIMENTACION,  
ASTO PCR Y LATEX

**Hb. y Hmto.:**

Disminuidos hasta el 15% .....	65	casos
" " " 30% .....	12	"

**Leucograma:**

Leucocitos superior a 11.000 (máximo hasta 17.000) con desviación a la izquierda .....	50	"
Numeración de leucocitos normal con linfocitos .....	17	"
" " " " " eosinofilia .....	6	"
Leucopenia .....	8	"

**Sedimentación:**

Elevada sobre su valor normal, máximo hasta 30 mm. en la 1ª hora .....	50	casos
" entre 30 y 50 " " " " " .....	40	"
" más de 50 " " " " " .....	7	"

**ASTO:**

De su valor máximo considerado normal hasta 500 U. ....	25	casos
Entre 500 y 1.000 U. ....	32	"
Superior a 1.000 U. ....	10	"

(Valor máximo encontrado: 2.500 U.)

**PCR:**

Positiva +	23	casos
" ++	19	"
" +++	12	"
" ++++	10	"
<b>Látex:</b> + a + +	4	"

**TABLA VI**

**HALLAZGOS RADIOLOGICOS:**

**(Telerradiografía frontal)**

Neumonitis (aislada) .....	6 casos
Cardiomegalia (aislada) .....	4 "
Neumonitis, cardiomegalia y congestión pulmonar .....	26 "

LA CARDIOLOGIA EN TODOS LOS CASOS FUE DE GRADO I A II.

**TABLA VII**

**HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRAFICOS:**

Bloqueo A- V de primer grado

Imagen en M o W, o simplemente melladuras del QRS en V1 y V2 (especialmente en V1), con o sin alteración de la fase terminal.

Extrasistolia supraventricular.

Marcapasos variable.

Taquicardia paroxística supraventricular.

Fibrilación auricular.

Bloqueo A- V de 2º grado (tipo Mobitz o Wenckebach).

Ritmo de seno coronario.

Ritmo de aurícula izquierda.

Extrasistolia ventricular.

Ritmos nodales.

**TABLA VIII**

**HALLAZGOS CLINICOS EN CARDITIS REUMATICA:**

Aparición de un nuevo soplo .....	8 casos
Intensificación del ya existente .....	10 "
Insuficiencia cardíaca .....	5 "
Pericarditis .....	2 "
Arritmias .....	25 "

**REFERENCIAS**

- 1.—Muñoz, L.: Fiebre Reumática, Trabajo presentado al XIII Congreso Mundial de Reumatología, Kyoto, Japón, 1973.
- 2.—Vaughan, J.: Fiebre Reumática, Trabajo presentado al XIII Congreso Mundial de Reumatología, Kyoto, Japón, 1973.
- 3.—Carson, P.: Diagnóstico en Cardiología, 1ª Ed., Ediciones Toray, Barcelona, 1971.
- 4.—Jones, D.: Heart Association, Circulation, 32: 664, 1966.
- 5.—Mispireta, A. y col.: Fiebre Reumática Activa, Resúmenes del VI Congreso Sudamericano de Cardiología, Quito, 1973.
- 6.—Moreano, M.: Consideraciones sobre el Cuadro Clínico de la Fiebre Reumática, Actas del V Congreso Nacional, Quito, 1962.
- 7.—Gross, H. and Jezer, A.: Tratamiento de las Enfermedades del Corazón, 1ª Ed. Editorial Bernades, Buenos Aires, 1958.
- 8.—Salvador, M.: Epidemiología de la Fiebre Reumática, Actas del V Congreso Médico Nacional, Quito, 1962.
- 9.—Okuni, M. and Rhoe, D.: Fiebre Reumática, Trabajo presentado al XIII Congreso Mundial de Reumatología, Kyoto, Japón, 1973.
- 10.—López Linares, M.: Fiebre Reumática, Historias Clínicas Pediátricas Comentadas, Monografía 10, Ediciones Roche, Madrid, 1969.
- 11.—Archivo del Hospital Eugenio Espejo.
- 12.—Weitzman, D.: Compendio de Cardiología, 1ª Ed., Ediciones Toray, Barcelona, 1966.
- 13.—Espino Vela, J.: Introducción a la Cardiología, 3ª Ed., Impresiones Modernas, México, 1969.
- 14.—Lyght, Ch.: Manual Merck, 4ª Ed., Editada por Merck Sharp & Dohme Research Laboratories, New Jersey, 1968.
- 15.—Tatssuzawa, O.: Fiebre Reumática, Trabajo presentado al XIII Congreso Mundial de Reumatología, Kyoto, Japón, 1973.
- 16.—Guasch, J. y col.: La Fiebre Reumática y su Prevención en Chile, Rev. Fed. 11, 1968.
- 17.—Irimescu, C.: Fiebre Reumática, Trabajo presentado al XIII Congreso Mundial de Reumatología, Kyoto, Japón, 1973.
- 18.—Villamar, F.: Enfermedades Infecciosas más Frecuentes en Nuestro País. 1ª Ed. Oficina de

- Publicaciones de la Junta Nacional de Planificación, Quito, 1974.
- 19.—Moreano, M., Pérez Morgan, R., y González, L.: Evolución de la Valvulopatía Reumática, Resúmenes del VI Congreso Sudamericano de Cardiología, Quito, 1973.
  - 20.—Wannamaker, L. En: Nelson, W.: Tratado de Pediatría. 6ª Ed., Editorial Salvat, Barcelona, 1971.
  - 21.—Knause, R. En: Cecil — Laeb: Tratado de Medicina Interna. 13ª Ed., Editorial Interamericana, México, 1972.
  - 22.—Sodeman, W.: Fisiopatología Clínica. 4ª Ed., Editorial Interamericana, México, 1969.
  - 23.—Pedro Pons, A.: Patología y Clínica Médicas, Enfermedades del Sistema Nervioso. 1ª Ed., Salvat Editores, Barcelona, 1952.
  - 24.—Litter, M. y Wexselblatt, M.: Tratado de Neurología. 4ª Ed., El Ateneo, Buenos Aires, 1950.
  - 25.—Tatsuzawa, O. y Fujikawa, S.: Fiebre Reumática, Trabajo presentado al XIII Congreso Mundial de Reumatología, Kyoto, Japón, 1963.
  - 26.—Tamura, H.: Fiebre Reumática, Trabajo presentado al XIII Congreso Mundial de Reumatología, Kyoto, Japón, 1973.
  - 27.—Tranchesì, J.: Electrocardiograma Normal y Patológico. 3ª Ed., Editorial La Médica, Rosario, 1968.
  - 28.—Fattorusso, V. y Ritter, O.: Atlas de Electrocardiografía. 2ª Ed., Editorial Universitaria, Buenos Aires, 1960.
  - 29.—Stock, J.: Diagnóstico y Tratamiento de las Arritmias Cardíacas. 1ª Ed., Editorial Jims, Barcelona, 1972.

Quito. Diciembre de 1974.