

FIEBRE REUMÁTICA EN EL ECUADOR

Dr. WASHINGTON MERA C.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

RESUMEN

El presente trabajo recoge las observaciones, experiencias y casuística de centros médicos de concentración nacional de la ciudad de Quito, sobre fiebre reumática.

Se relata básicamente los acontecimientos de la fase aguda e inicial de la enfermedad, así como sus características epidemiológicas, de diagnósticos, clínicas, terapéuticas y de evolución de la dolencia. (*Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 10: 39, 1985).

El título de este trabajo podría parecer inadecuado, por cuanto supondría que se lo ha realizado en base al estudio de la población afectada de por lo menos las principales poblaciones o grupos más representativos de la República. Ello no ha ocurrido, recoge las observaciones, experiencia y casuística de centros médicos de concentración nacional de la ciudad de Quito, que por tener este carácter, reflejan, por lo menos en parte, la realidad nacional. A esto se añade el aporte de valiosas publicaciones que sobre el tema han aparecido en la literatura médica nacional. Estos argumentos considero justifican esta presentación.

Deseo comenzar manifestando que los conceptos, comentarios, características clínicas, etc., han sido consecuencia de la observación y contacto con nuestros enfermos a lo largo de cerca de 20 años de servicios especializados del Hospital Eugenio Espejo, del Seguro Social y de la consulta particular.

Básicamente relata los acontecimientos de la fase aguda o inicial de la enfermedad. El desarrollo y evolución de la cardiopatía residual no son comentados.

La fiebre reumática es una secuela tem-

prana y relativamente frecuente de una infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A, generalmente localizada en vías respiratorias superiores. Probablemente obedece a un proceso inmunitario o autoinmunitario que ataca el corazón, articulaciones, cerebro y otros órganos.

Algunas cifras nos darán idea del pretérito y de lo actual del problema. Hasta hace 10 a 15 años el promedio de afectación en la población general fue del 7-8 por mil. Si se exponían los individuos a infecciones estreptocócicas en lugares conglomerados o en condiciones epidémicas, 3 de cada 100 desarrollaba fiebre reumática, de los cuales alrededor del 70-75% tenían complicaciones cardíacas de variable severidad. En situaciones endémicas menos del 1% desarrollaba el padecimiento. El porcentaje de hospitalización por fiebre reumática fue de hasta el 4,6% en los servicios de Medicina Interna y el 39% de todos los cardíacos admitidos fueron de origen reumático. Esto demuestra el tremendo impacto que la enfermedad tuvo en la sociedad ecuatoriana, condenando a una muerte prematura a buena parte de los afectados que no recibieron los beneficios del trata-

miento, o una invalidez permanente de diversa gravedad a los sobrevivientes.

En la actualidad la situación ha mejorado, los índices han disminuído notablemente (tal vez un 50o/o o más), excepto el correspondiente a cardiopatía reumática residual que continúa siendo alto como expresión de la secuela de brotes presentados varios años antes. Creemos que esto obedece a que se manejan con más propiedad las diversas manifestaciones de la enfermedad, disponemos de una amplia gama de exámenes complementarios que ayudan al diagnóstico y a valorar la evolución, de fármacos tan valiosos como los antibióticos y los corticosteroides, pero fundamentalmente es la consecuencia de la bondad en el campo de la profilaxia iniciada hace ya varios años con sacrificio y constancia por visionarios médicos nacionales, que si bien no protege a toda la población, si lo hace en buena parte de ella.

El hecho de que la situación ha mejorado, no significa que la fiebre reumática haya dejado de constituir un importante problema de salud pública en el Ecuador, de igual manera que sucede en la mayoría de naciones con estilo de vida "tercermundista", o sea, con un común denominador de pobreza, desnutrición y falta de adecuada protección médica estatal o particular.

Un factor de susceptibilidad personal parece tener influencia para el desarrollo de la enfermedad. Los que ya padecieron un primer brote se volvieron más vulnerables y ante una nueva exposición al estreptococo, el 80o/o de ellos desarrollaron nuevos brotes.

Como se ha indicado, es una enfermedad grave por el compromiso cardíaco precoz en un alto porcentaje y por la frecuencia de las secuelas tardías en forma de cardiopatías valvulares.

El diagnóstico se pudo establecer en forma fácil y rápida, aunque a menudo ofreció dificultades el deslinde nosológico preciso. Las lesiones inflamatorias asépticas focales, regionales o sistémicas (según los territorios afectados y de la intensidad del ataque), son las manifestaciones primordiales con las que se inicia el padecimiento, a las que se suman una serie de

síntomas y signos secundarios. En base de estos cambios, Jones elaboró un listado de las manifestaciones más frecuentes de la fase aguda, divididas por el autor en mayores y menores y que constituyeron el fundamento para el diagnóstico clínico por muchos años. Las mayores son: carditis, artritis, corea, nódulos subcutáneos y eritema marginal. Las menores: fiebre, dolor torácico o abdominal, epistaxis, alteraciones pulmonares, datos eléctricos y de laboratorio. Daba a entender que la combinación de dos manifestaciones mayores o de una mayor y dos menores, sugerían fuertemente el diagnóstico de fiebre reumática. En la última revisión de estos criterios por la American Heart Association, se hace énfasis en la presencia actual o antecedente de infección estreptocócica.

Hoy en día, aplicar rigidamente estos criterios en el diagnóstico de fiebre reumática resulta inconveniente y hasta peligroso, han experimentado cambios, ya no conservan la frecuencia, intensidad y más características de la descripción original; por otra parte, en estudios de diferentes grupos poblacionales, el cuadro clínico no es el mismo, explicable por factores geográfico-ambientales, raciales, económico-biológicos, etc. Esto lleva a considerar que cada población debería tener criterios "propios" para el diagnóstico. Así por ejemplo entre nosotros, la epistaxis no traumática o "espontánea", por lo regular repetitiva, discreta o moderada, en el paciente pálido, sudoroso y generalmente afebril, pudiera ser considerada una manifestación de gran importancia o "criterio mayor" por su alta incidencia. Pero como son datos tan inespecíficos, merecen mayor observación y comprobación. Otras veces, son las lesiones valvulares, sin antecedentes de manifestaciones agudas, las que a distancia evidencian su presentación. Lo cierto es que por lo menos fuera del área de Norteamérica los criterios originales han disminuído en credibilidad.

El diagnóstico provisional fue formulado en base al antecedente de pasado reciente de infección de vías respiratorias altas, especialmente faringo-amigdalitis de presumible etiología

estreptocócica, en conjunción con los criterios de Jones y las alteraciones que en nuestro ámbito de observación las consideramos de valor. Debemos reconocer, sin embargo, que fueron manifestaciones tan inespecíficas como fiebre, artralgias y fundamentalmente pruebas de laboratorio anormales, las que mayor influencia tuvieron en el criterio de selección, en su gran mayoría realizado por personal cuya familiarización con la afección fue escasa o nula, por lo que en su gran mayoría fueron erróneos, pero que desencadenaron una "psicosis de diagnóstico" que perduró hasta no muy lejanos días.

La fiebre reumática ataca ambos sexos, en la fase aguda predomina en el femenino (60o/o), diferencia que se amplía en el resultado final del proceso o valvulopatía crónica (cerca relación de 2 a 1).

La mayor incidencia se la ha encontrado en grupos poblacionales jóvenes, con amplia ventaja de los 10 a los 15 años; las edades extremas han variado de 4 a 43 años.

Predominó en épocas frías y en zonas urbanas.

La mayoría de pacientes fueron de condición socio-económica baja.

Se apreció la importancia de la infección faringo-amigdalina, especialmente de las recidivantes y que en su mayoría precedieron en 2 a 3 semanas a las manifestaciones de fiebre reumática, pero que en ocasiones no hubo intervalo asintomático. Sin embargo, no dejó de valorarse el alto porcentaje de aparente ausencia de este antecedente (30 - 40o/o).

Las manifestaciones clínicas sobresalientes han sido: las cardíacas, articulares, vasculares (epitaxis), generales (fiebre, palidez, diaforesis afebril), respiratorias, nerviosas, cutáneas y abdominales.

Entre las manifestaciones cardíacas se anotan la taquicardia, galope, soplos, arritmias, ocasionalmente frote y derrame pericárdico. La insuficiencia cardíaca hizo su aparición con relativa frecuencia. Estas alteraciones indican una pancarditis y se presentaron solas o en variables combinaciones. La presentaron un

40o/o de los enfermos.

Los soplos en su mayoría fueron sistólicos, de intensidad II a III/VI, de preferente localización mitral; los diastólicos mitrales fueron menos frecuentes y de más baja intensidad. En casos de primer ataque de la enfermedad, generalmente disminuyeron o desaparecieron, paralelamente a la mejoría del cuadro, pero en casos graves o de actividad sostenida, no fue excepcional su intensificación o aparición de otros,

Las arritmias fueron frecuentes en pacientes con intenso proceso inflamatorio del corazón o en quienes presentaron profundas alteraciones de la fibro-célula cardíaca.

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

Las manifestaciones respiratorias fueron: tos, disnea y dolor torácico; frecuentemente se asociaron la tos y la disnea.

Las alteraciones nerviosas: irritabilidad, apatía y corea; no se detectaron casos de franca encefalopatía reumática.

La corea, el eritema marginado y los nódulos subcutáneos, fueron manifestaciones poco frecuentes, pero su presentación constituyó un presagio de carditis.

Dolor abdominal tipo cólico o continuo se presentó con alguna frecuencia, con predilección en la fosa ilíaca derecha.

De una publicación del autor "Algunas consideraciones sobre la fiebre reumática en nuestro medio", publicada hace 11 años, de 100 pacientes reumáticos agudos, transcribo el por ciento de presentación de las diferentes manifestaciones clínicas, observándose que en un mismo paciente se presentaron varias de ellas:

cardíacas	92
sudoración	90
fiebre	86
articulares	85
vasculares	
(epistaxis)	62
respiratorias	28
nerviosas	20
cutáneas	10
abdominales	8

Como se ha indicado, los exámenes de laboratorio y de gabinete son útiles para reforzar el diagnóstico clínico, estimar la intensidad de la afectación y para valorar la evolución. Recordemos que no existen pruebas específicas para el diagnóstico de fiebre reumática.

La hemoglobina y hematocrito se los ha encontrado disminuídos hasta en un 30o/o.

La leucocitosis discreta o moderada con desviación a la izquierda de la fórmula, ha sido lo más frecuente.

La sedimentación globular se la encontró elevada en todos los casos, observándose el mayor aumento en los casos graves.

Hasta en un 30o/o de enfermos, no se encontró el ASTO elevado. Los que presentaron titulaciones elevadas por encima de 1.500U, por lo general coincidieron con carditis.

La PCR fue positiva hasta en el 80o/o de enfermos; la mayor positividad se la encontró en casos de gran actividad. Junto a la velocidad de sedimentación, constituyen el mejor parámetro para conocer la evolución.

El cultivo faríngeo sólo en pocos casos fue positivo para estreptococo beta hemolítico del grupo A, pese a que la clínica apoyaba esta etiología.

Creemos que en el futuro, los avances en las técnicas de laboratorio serán de enorme valor en la fiebre reumática. Desde hace algún tiempo se trabaja con los antiestrepotopolisacáridos y el ASTO leucocitario. Títulos elevados al parecer confirman el diagnóstico clínico.

En lo que respecta al examen radiológico, si el enfermo no presentó carditis, por lo general fue normal; pero tratándose de cardi-

tis aparecieron anomalías radiológicas que estuvieron de acuerdo a su severidad. Así, en casos de carditis grave, o sea, la que ocasionó insuficiencia cardíaca, lo habitual fue encontrar cardiomegalia y congestión pulmonar acentuadas.

En casos de derrame pericárdico, se observó la silueta cardíaca en "garrafa".

En lo referente a los cambios electrocardiográficos, suponemos fueron la consecuencia de la inflamación de la fibra miocárdica y especialmente de su tejido específico. En cuanto a la prolongación del intervalo PR que para algunos autores es sugestivo de carditis hasta en un 70o/o de casos, y que es conocido como el signo electrocardiográfico más importante para el diagnóstico, creemos que es un dato que debe tomarse con las debidas reservas, por no considerarlo de valor absoluto; así lo hemos encontrado prolongado en personas totalmente asintomáticas, probablemente de origen congénito; otras veces se lo ha visto alargado en personas anémicas y poliparasitadas —sin ninguna manifestación de fiebre reumática—, y una vez superados estos problemas, ha adquirido su valor normal. Pero si durante el curso de lo que se presume es una fiebre reumática, se prolonga el intervalo PR, aparecen arritmias ventriculares o supraventriculares o trastornos de la conducción, especialmente intraventriculares, sugieren la existencia de carditis, de preferencia si el paciente no ha recibido digitálicos, diuréticos o antiarrítmicos y no existe una alteración electrolítica.

Respecto a la evolución, la gran mayoría de enfermos se recuperaron de la crisis aguda. La muerte en esta etapa fue rara. Una buena parte de enfermos que durante la crisis aguda presentaron carditis, evolucionaron hacia la cardiopatía valvular reumática en tiempos variables, lo que fue facilitado por un tratamiento a destiempo o incompleto. Sin embargo, la ausencia de carditis durante la crisis aguda no garantiza contra el desarrollo subsiguiente de una deformidad valvular.

Por lo general, la invalidez crónica y la muerte por cardiopatía reumática guardaron

relación con crisis recidivantes y ausencia de profilaxis.

De las anteriores consideraciones se deduce la importancia creciente de saber reconocer los modelos epidemiológicos y formas de evolución de la enfermedad que permiten tomar medidas activas dirigidas a su prevención y tratamiento.

La profilaxis estuvo encaminada a en lo posible eliminar los factores que contribuyen a la diseminación de la infección estreptocócica.

La prevención primaria se la realizó con penicilina procaína.

El manejo terapéutico de las manifestaciones agudas dependió del tipo y severidad. Fueron elementos de valor la aspirina, corticosteroides, reposo y dieta adecuados, precedidos de una cura de erradicación estreptocócica.

La profilaxis secundaria se la realizó con penicilina benzatínica y su duración guardó relación con el cuadro clínico, pero tratándose de carditis, cualquiera fue su severidad, se la continuó tanto tiempo como fue posible, después de la adolescencia. En casos graves especialmente, fue norma indicar a los pacientes esta profilaxia de "por vida".

He realizado una panorámica descripción de la fiebre reumática en el Ecuador, relevando los aspectos y cifras que los he considerado de mayor utilidad.

NOTA: Con este trabajo quiero rendir un homenaje póstumo de cariño, admiración y agradecimiento a mi hijo Pablo Mera Orcés, joven de alma noble y bondadosa y corazón de médico, cuya existencia se extinguió muy prematuramente, cuando más deseos tenía de vivir y de servir a sus semejantes. Su aporte a esta comunicación fue decisiva en la obtención de datos.

Bibliografía

1. American Heart Association: Jones criteria (revised) for guidance in the diagnosis of Rheumatic Fever. *Circulation*, 32: 664, 1965.
2. Archivos del Hospital Eugenio Espejo, Quito.
3. Archivos del Dispensario Médico Central y ex Clínica del IESS, Quito.
4. Correa Suárez, R.: Tratamiento de la fiebre reumática. *Rev. Fac. Med.*, 3: 515, 1961.
5. Irimescu, C.: Fiebre Reumática. *Trabajo presentado al XIII Congreso Mundial de Reumatología*. Kyoto, 1973.
6. Jones, T. D.: Some practical considerations of the rheumatic fever problem. *Arch. Inst. Cardiol.*, 16: 10, 1946.
7. Markowitz, M. and Gordis, L.: *Rheumatic fever, diagnosis management and prevention*. Saunders, Philadelphia, 1972.
8. Markowitz, M. and Gordis, L.: *Rheumatic fever. Vol 2. Major problem in clinical pediatrics*. 2ed. Saunders, Philadelphia, 1972.
9. Markowitz, M. y Taranta, A.: Manejo de las estreptococias. En *Drug Therapy*., Nueva York, 1973.
10. Mendoza, F.: Profilaxis de la fiebre reumática. *Rev. Fac. Med.*, 6: 459, 1964.
11. Mera, W.: Cardiopatía reumática. *Rev. Med. Disp. Central IESS*, 1: 25, 1974.
12. Mera, W.: Algunas consideraciones sobre la fiebre reumática en nuestro medio. *Rev. Fac. Med. U.C.*, 2: 51, 1975.
13. Mera, W.: Algunos consejos de cómo vivir con el corazón enfermo. *Rev. Med. IESS*, 3: 53, 1975.
14. Mera, W.: Generalidades sobre rehabilitación de los pacientes cardíacos. *Rev. Med. Disp. Central IESS*, 6: 26, 1975.
15. Mera, W.: Tratamiento de la fiebre reumática. *Rev. Fac. Med. U.C.*, 4: 63, 1978.
16. Mera, W.: *Temas de electrocardiografía*. Ied. Offigra. Quito, 1980.
17. Mera, W.: Tratamiento actualizado de la fiebre reumática. *Rev. Fac. Med. U.C.*, 5: 93, 1980.

18. Mera, W.: Fiebre reumática en el adulto. *Rev. Med. IESS*, 6: 97, 1982.
19. Mispireta, A.: Fiebre reumática activa. *Resúmenes del VI Congreso Sudamericano de Cardiología*. Quito, 1973.
20. Moreano, M.: Consideraciones sobre el cuadro clínico de la fiebre reumática. *Actas del V Congreso Médico Nacional*, Quito, 1962.
21. Moreano, M., Pérez Morgan, R. y González, L.: Evolución de la valvulopatía reumática. *Resúmenes del VI Congreso Sudamericano de Cardiología*. Quito, 1973.
22. Muñoz, L.: *Fiebre Reumática*. Trabajo presentado al XIII Congreso Mundial de Reumatología. Kyoto, 1973.
23. *Prevención de la fiebre reumática*. OMS, Ser. Inf. Téc. 342, 1966.
24. Rodríguez, R. S.: Algunos problemas en el diagnóstico de la fiebre reumática. *Bol. Med. Hosp. Inf.*, 26: 419, 1969.
25. Taranta, A. y Markowitz, M.: *La fiebre reumática, cómo reconocerla, prevenirla y curarla*. MTP Press Limited. Boston —Lancaster—The Hague, 1982.
26. Villamar, F.: *Enfermedades infecciosas más frecuentes en nuestro país*. led. Oficina de Publicaciones de la Junta Nacional de Planificación. Quito, 1974.