

Reumatismo articular agudo

Informe estadístico de abril de 1964 a abril de 1965
del Hospital Infantil Docente
"Juan de la Cruz Martínez Maceira"

Por los Dres.:

HUGO TORRES ALDRICH,^(*) LILIA JEANJACQUES,^(**) FELIPE SUROS LORA^(***)

INTRODUCCION

Motiva la publicación de este trabajo, la preocupación que ha despertado en nosotros la frecuencia del Reumatismo Articular Agudo en nuestro Servicio y la alta incidencia de carditis con sus secuelas de valvulopatías permanentes.

Alertar a los compañeros médicos que ejercen en las zonas rurales, ya que una gran parte de los casos que tuvimos y que se reportan en este trabajo estadístico procedían de esos medios. El gran beneficio que se deriva para estos niños de su remisión oportuna ante la menor sospecha para su estudio y tratamiento precoz.

Dar a conocer además de la existencia de una consulta de Seguimiento del Reumático, donde cada caso se sigue rigurosamente en su evolución y quimioprofilaxis.

(*) Jefe de Servicio del Hospital Infantil Docente "Juan de la Cruz Martínez Maceira".

(**) Aux. de Servicio del Hospital Infantil Docente "Juan de la Cruz Martínez Maceira".

(***) Residente 2do. año del Hospital Infantil Docente "Juan de la Cruz Martínez Maceira".

Y por último dejar constancia de nuestro reconocimiento al profesor Dr. Ramón Casanova quien a su paso por nuestro Hospital, dejó sentadas las bases para el funcionamiento del mismo.

MATERIAL Y METODO DE ESTUDIO

Nosotros hemos basado nuestro diagnóstico en los criterios de Jones, auxiliados por los informes electrocardiográficos y radiológicos, además de las investigaciones de laboratorio. No contamos en nuestro Hospital con las pruebas para la determinación de Antiestreptolisina O, ni Proteína C reactiva.

Debemos referir que no hemos mantenido un criterio rígido, ni esquemático en la interpretación clínica de los casos; y que debido a esta actitud hemos detectado casos que se nos presentaron en su inicio en forma atípica y que la evolución y el chequeo periódico aclararon más adelante el diagnóstico.

Fueron revisadas 74 Historias Clínicas con el diagnóstico de *fiebre reumática*, de las cuales fueron positivas 61 y dudosas 13.

Resultados de acuerdo con su procedencia

Procedencia	No. de casos	%
Zona Rural	30	49.1
Zona Urbana	31	50.81

Fueron agrupados en relación a su edad en la forma siguiente:

Años	No. de casos	%
4-7	17	27.8
8-11	28	45.9
12-15	16	26.2

Raza	No. de casos	%
Blanca	20	32.7
Negra	14	22.9
Mestiza	27	44.2

Sexo	No. de casos	%
Masculino	34	55.7
Femenino	27	44.2

Antecedentes	No. de casos	%
Amigdalitis aguda, faringitis ..	11	18
Rinitis catarral aguda	3	4.9
Fiebre aislada	4	6.5
Atrialgia	5	8.1
Brote reumático anterior ...	21	34.4
Asintomáticos	7	11.4

Formas Clínicas	No. de casos	%
Poliartritis pura	5	8.1
Corea simple	5	8.1
Carditis	49	80.3
Carditis más poliartritis ...	25	40.9
Carditis más Corea	1	1.6
Carditis pura	23	37.7
Corea más poliartritis	1	1.6
Corea más nódulo subcutáneo	1	1.6

Formas Clínicas	No. de casos	%
Carditis de primer brote	21	42.8
Carditis recidivantes	28	57.1
Carditis recientes	9	18.3
Carditis no recientes	12	22.4

Frecuencia de los síntomas y signos encontrados en las carditis

	No. de casos	%
Soplos	49	100
Taquicardia	44	85.7
Cardiomegalia	41	83.5
Insuficiencia cardíaca		49.9
Cardíaca	23	
Galope	20	40.7

Hallazgo electrocardiográfico

Se estudiaron los electros correspondiente a 30 casos de carditis, teniéndose en cuenta los siguientes casos:

- Alteraciones del ritmo y frecuencia.
- Eje Eléctrico.
- Duración de P. R.
- Duración de Q. R. S.
- Espacio QT.
- QTC.
- Índice de Taran.
- Alteraciones del segmento ST.
- Morfología Voltaje y dirección de la onda T.

Hallazgos	No. de casos	%
Taquicardia	24	8.0
PR largo	5	16.7
QTC alargado	13	43.3
Ind. de Taran alargado	13	43.3
Alteraciones de la Onda T ..	16	53.3

Hallazgos de laboratorio

	No. de casos	%
Leucocitos	14	22.9
Eritro Alta	51	83.6
Anemia	48	78.6

Estudio Bacteriológico

Se encontró un porcentaje de positividad al estreptococo beta hemolítico grupo A de un 5.1%.

El método que se utilizó para la siembra de las muestras correspondientes fueron: Enriquecimiento B. H. I. y siembra en placa de Endo y Agar sangre.

En cuanto a las edades en la incidencia de reumatismo articular agudo, la mayor proporción correspondió al gru-

po entre 8 y 11 años. La edad menor fue un niño de 4 años (portador de una carditis pura) y la mayor a 12 años.

En cuanto al sexo, una proporción discretamente mayor en el masculino. En cuanto a los antecedentes, 22.9% presentaron infección respiratoria alta. Cuatro ingresaron con el antecedente de fiebre prolongada y dos de ellos con dolor abdominal intenso y defensa muscular.

Tuvimos 7 casos libres de antecedentes patológicos; cinco pertenecían al primer brote y dos con manifestaciones de insuficiencia mitral como secuela de posibles brotes anteriores.

En cuanto a las formas clínicas, la mayor incidencia correspondió a la carditis con 80.3% (49 casos). De éstos correspondieron al primer brote 21 casos (42.8%), de los cuales 9 fueron recientes (menos de tres semanas de evolución) y 12 casos no reciente (más de tres semanas de evolución).

De los 21 casos de carditis del primer brote, la mayor incidencia correspondió al grupo de edades comprendida entre los 4 y 7 años, lo que representó el 50% de los casos.

Los 9 casos de carditis reciente tuvieron a su ingreso cardiomegalia discreta grado 1 y soplo sistólico en punta significativos, se fueron de alta sin cardiomegalia y sin soplo lo que representa sobre el total de casos del primer brote que fueron 21, el 42.8%. En relación a la carditis crónica recidivante que fueron 28 casos todos mantenían al alta las mismas manifestaciones soplantes y cardiomegalia que presentaron a su ingreso como expresión de lesiones valvulares ya establecidas. De ellos 20 correspondieron a insuficiencia mitral (71.4%). Cinco a enfermedad mitral (17.8%) y mitro aortitis tres casos (10.7%).

En cuanto a la poliartritis pura tuvimos cinco casos. Es ésta de las formas clínicas del reumatismo la que nos presentó más dificultades en cuanto al diagnóstico definitivo. Muchos de estos casos nos llegan con fiebre, manifestaciones articulares de tipo doloroso (artralgia y eritro alta). En estos casos después de un estudio de eliminación de todas las posibilidades y observados en su evolución, algunos los clasificamos como casos sospechosos y seguimos por consulta externa, confirmándose en ocasiones nuestra impresión diagnóstica. Como quiera que no contamos en estos momentos con la determinación de anticuerpos estreptocócicos se comprenderá nuestras dificultades en relación a esta forma clínica. Es por eso que pensamos que este grupo de 5 casos de poliartritis que arroja nuestra estadística se vea aumentada más adelante al confirmarse como R. A. A. en el transcurso de su chequeo periódico los 13 casos cerrados como dudosos.

En cuanto a la evolución de los casos de poliartritis pura podemos informar que todos han sido satisfactorios, habiéndose dado de alta entre 3 y 4 semanas libres de actividad reumática. Tenemos el cuidado por supuesto del chequeo cuidadoso del aparato cardiovascular en la evolución de estos casos. Queremos referir que la mayor incidencia de esta forma clínica ocurrió en el grupo de edades correspondiente entre los 7 y 11 años... (65% de los casos).

En cuanto a la forma coreica simple tuvimos 5 casos lo que representó el 8.1% del total de casos, además de dos casos asociados, uno a nódulo subcutáneo y otro a poliartritis.

En los casos de corea simple la evolución ha sido en todos los casos favorable, recibiendo el alta alrededor de las 4 semanas.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO EN LOS
CASOS DE FIEBRE REUMÁTICA

El esquema de tratamiento que seguimos es el mismo que se sigue en el servicio de Cardiología del Hospital William Soler.

A. *Forma poliarticular pura:*

1. Penicilina procaínica 1 millón por día durante 10 días.
2. Profilaxis con penicilina benzatínica 1 millón 200,000 unidades por mes.
3. Reposo absoluto de 15 días a dos meses.
4. Vigilar cuidadosamente el aparato cardiovascular.
5. Aspirina: 100 mgls., por kilo por día administrada cada 4 horas de 4 a 6 semanas. Continuar durante tres meses más si la tolera.

B. *Corea simple:* Sin carditis ni artralgia, con eritro normal.

1. Tratamiento de erradicación del estreptococo.
2. Reposo mientras duren las manifestaciones coreicas.
3. Tratamiento sintomático: Fenobarbital, etc.
4. Vigilar la eritrosedimentación, leucocitos y la aparición de signos de carditis.
5. Estudio psiquiátrico.

C. *Carditis:*

I. *Reciente:* con insuficiencia cardíaca.

1. Profilaxis y erradicación del estreptococo igual al A1 y A2.
2. Reposo absoluto durante 4 meses. No ir al colegio durante los 6 meses siguientes. Reanudar actividades normales un año después de iniciado el brote. El ideal para todo esto es el tratamiento sanatorial.
3. Aspirina: 100 mgls. por kilo y por día, como en la forma poliarticular pura cada seis horas.
4. Prednisona: 2 a 3 mgls. por kilo y por día repartida en dosis cada seis horas durante siete días, al cabo de los cuales valoramos el caso, pudiendo continuarse una semana más si el caso lo requiere; si al cabo de dos semanas la evolución ha sido favorable se retira el medicamento en caso contrario se continúa con el esquema de Massell.¹
5. Reciente con insuficiencia cardíaca. Utilizamos Prednisona de 3 a 5 mgls. por kilo por día. Resto del proceder igual al anterior.

II. *No reciente:* (Más de tres semanas de evolución).

1. Reposo, penicilina erradicativa, y profiláctica con benzatínica, tratamiento con aspirina igual que en la carditis reciente.
2. Prednisona.

ESQUEMA DE MASSELL¹

Día	Pred. Total Día	No. Dosis Día	Milgs.	Tabletas
21	60	4	15-15-15-15	3-3-3-3
7	50	4	15-10-15-10	3-2-3-2
7	45	4	15-10-10-10	3-2-2-2
7	40	4	10-10-10-10	2-2-2-2
7	35	4	10- 5-10-10	2-1-2-2
7	30	4	10- 5-10- 5	2-1-2-1
7	25	4	10- 5- 5- 5	2-1-1-1
5	20	4	5- 5- 5- 5	1-1-1-1
5	15	3	5- 5- 5	1-1-1
5	10	2	5- 5	1-1
6	5	1	5	1

N. B. No dar sulfamidados durante la actividad reumática.

Administrar Hidrazida si el Mantoux es positivo, durante todo el tiempo que dure el tratamiento y continuar durante un mes, después de suspender la prednisona.

Suspender la prednisona en caso de enfermedad viral intercurrente (varicela, sarampión, etc.)

Tuvimos dos casos durante el tratamiento con prednisona que presentaron varicela. Suspendido el tratamiento la evolución de ambos fue favorable.

Dos perforaciones gástricas intervenidas quirúrgicamente por úlcus; en ninguno de estos casos en sus antecedentes hubo manifestaciones clínicas que hicieran sospechar las mismas.

Un caso de psicosis en una niña de 13 años, portadora de carditis crónica recidivante en la cual nos vimos obligados a suspender la prednisona.

El síndrome de Cushing no lo hemos observado completo y sí frecuentemente la facies de luna y aumento de peso como fenómeno pasajero y que hubieron de desaparecer a los pocos días de suspender el tratamiento.

El fenómeno del rebote lo observamos en dos casos, cediendo los síntomas antes de la semana.

Tenemos el cuidado en los casos que reciben prednisona de administrar una dieta hipocalórica y restricción de líquido, además de administrar cloruro de potasio en dosis de 1 a 1.5 grms. en su dieta, lo cual conseguimos administrando diariamente jugo de naranja.

En cuanto al uso de la digital en la carditis reumática con insuficiencia congestiva la usamos en algunos casos con buenos resultados, sobre todo en aquellos casos que eran portadores de carditis crónica recidivante activa en los cuales existían trastornos hemodinámicos como consecuencia de valvulopatías establecidas. En los casos de carditis reciente, sin embargo, hemos conseguido controlar la insuficiencia con la prednisona y las otras medidas terapéuticas.

En estos casos que han recibido la digital con cuidado en cuanto a la dosis, observación de su aparato cardiovascular y electros seriados, no hemos tenido ningún caso de intoxicación digitalica.

QUIMIOPROFILAXIS

La profilaxis del reumatismo lo enfocamos en dos aspectos:

1. Profilaxis del primer brote.
2. Profilaxis de las recurrencias.

En cuanto a la profilaxis del primer brote con el diagnóstico precoz y tratamiento de las infecciones estreptocócicas de las vías respiratorias superiores.

Desde 1931 en que Coburn señaló el papel que jugaba el estreptococo beta hemolítico del tractus respiratorio superior en el desencadenamiento de la fiebre reumática y con el descubrimiento a partir de 1935 de la acción bacteriostática de la sulfanilamida y poco tiempo después de la penicilina y otros antibióticos, se da un paso de avance extraordinario en la prevención de la enfermedad reumática.

Partiendo además del hecho conocido que la fiebre reumática es una entidad crónica que evoluciona por crisis y que cada nuevo brote aumenta el daño cardíaco siendo la causa de fallecimiento en muchos niños y adultos jóvenes, ya que la mortalidad producida en el primer brote es relativamente baja.

De estos agentes antimicrobianos se han empleado en estudios comparativos entre otros la sulfa y la penicilina tanto por vía oral como parenteral; habiéndose demostrado la superioridad de la penicilina sobre los otros agentes, sobre todo por vía parenteral.

Existen dos formas de aplicación de la penicilina para la prevención de las infecciones estreptocócicas entre la población infantil reumática.

1. Con dosis diarias y continuas de pequeñas dosis o la administración de penicilina benzatínica cada 2 ó 4 semanas.

2. Con el tratamiento precoz de las infecciones estreptocócicas cuando éstas se presenten.

Como quiera que una gran proporción de infecciones estreptocócicas no son detectables (casos subclínicos), este último método o forma de aplicación tendría grandes limitaciones en los niños con carditis reumática quienes son especialmente vulnerables a las recurrencias de nuevos brotes.

Por todas estas consideraciones, y siguiendo las orientaciones recomendadas y aceptadas, aplicamos en nuestro servicio la penicilina por vía parenteral, administrando 1.200.000 unidades tipo benzatínica cada 30 días, para lo cual contamos con un departamento (Consulta de Seguimiento), donde además de ser chequeado el paciente, se le aplica la dosis preventiva con lo cual tenemos un buen control en cuanto a su cumplimiento. Debemos referir que hemos contado en la mayoría de los casos con una buena cooperación por parte de los padres.

Sin embargo, debemos señalar que no ha sido infrecuente la protesta por parte de los niños argumentando molestias de tipo local como dolor sobre todo, induraciones y en algunos casos malestar general y fiebre. No hemos tenido ningún caso de reacciones alérgicas que nos hayan obligado a suspenderla, en ningún caso.

Como existe en este servicio un tarjetero donde se lleva rigurosamente el control de cada caso, citamos por telegrama a los padres inmediatamente en caso de irregularidad en su cumplimiento. A continuación se señala en tabla: Número de casos, tiempo que han recibido la penicilina benzatínica y número de reingresos.

PENICILINA BENZATINICA
1'200,000 unidades mensual

Meses	Total	Reingresos	% de Reingresos
0- 5	28	0	0
6-11	30	3	10
12-18	35	3	8.5

Como explica la tabla han recibido la penicilina benzatínica durante 5 meses, 11 y 18 meses un total de 93 niños con un total de 6 reingresos lo que representa un 6.43% de casos que han presentado recurrencias.

Es conveniente aclarar que de estos seis reingresos, dos no cumplieron con absoluta regularidad con la quimioprofilaxis. Si tomamos en cuenta estos dos casos serían en realidad 4 reingresos que sobre el total de 93, representaría entonces el 4.3% de recurrencias.

Debemos señalar que tuvimos un fallecido por carditis reumática e insuficiencia congestiva en un niño de 6 años de edad que hacía 5 meses no recibía los beneficios de la dosis de penicilina benzatínica mensual, por no traerlo sus padres a la consulta de seguimiento. Este caso falleció antes de las 24 horas de ingreso. De los reingresos tres pertenecían a carditis severa, con gran cardiomegalia e insuficiencia congestiva.

CONCLUSIONES

La mayor incidencia de brotes reumáticos ocurrió en el grupo de edades entre los 8 y 11 años. En relación a los antecedentes el 22.9% presentaron infección de las vías respiratorias superiores y 11.4% fueron asintomáticos.

La mayor incidencia en cuanto a la forma clínica, correspondió a la carditis con un 80.3%. De estas correspondieron a carditis del primer brote el 42.8% y a carditis recidivante el 57.1%.

De las carditis del primer brote se fueron de alta libres de manifestaciones

el 42.8%, correspondiendo todos estos casos a los casos recientes, (menos de tres semanas de evolución).

De las carditis recidivantes, 57.1%, no hubo modificación ninguna al alta.

La forma poliarticular pura con un por ciento de 8.1 es la forma clínica en que más dificultad contamos para un diagnóstico definitivo, debido a lo poco elocuente o manifiesto que resultan a veces las manifestaciones articulares y a la ausencia en nuestro hospital de las pruebas para la determinación de la Antiestreptosilina O y Proteína C reactiva.

Que muchos casos los catalogamos como dudosos con chequeos periódicos a nivel de consulta y que en varias ocasiones hemos podido agrupar como casos de R.A.A. al demostrarlo así la evolución de algunos de estos casos.

En cuanto a las manifestaciones cardiovasculares podemos informar que las manifestaciones soplantes no faltaron en ningún caso, siguiéndole en orden de frecuencia la taquicardia con un 85% y la cardiomegalia con un 83.5%.

Los hallazgos electrocardiográficos más frecuentemente encontrados, fueron: taquicardia sinusal 80%, alteraciones de la onda T 53.3%. Índice de Taran alargado 43.3%.

En cuanto al tratamiento hemos seguido el esquema del Hospital "William Soler", de la Habana. El empleo de la prednisona nos ha sido de gran utilidad en los casos de carditis reciente y en la carditis severa, no habiendo tenido en este último grupo casos de fallecidos.

De todo lo cual se desprende que:

La incidencia de la fiebre reumática en nuestro medio es relativamente alta.

Que las manifestaciones de infección estreptocócica en muchos casos son subclínicas.

Que la existencia de brotes atípicos es una realidad que debemos tener en mente siempre.

Que la existencia en nuestro hospital de una consulta de seguimiento ha venido a llenar una gran necesidad para el control y quimioprofilaxis de estos casos.

Y que la creación de un sanatorio para la reclusión y seguimiento de estos casos es una necesidad que urge en estos momentos.

SUMARIO

Se revisaron 74 Historias Clínicas de las cuales 61 fueron positivas y 13 dudosas, la mayor incidencia de las formas

clínicas correspondió a la carditis. La evolución de la forma reciente fue favorable en casi la mitad de los casos, se fueron de alta sin soplos ni cardiomegalia.

En cuanto al tratamiento encontramos de gran utilidad la prednisona sobre todo en los casos de carditis reciente y severa.

Las formas clínicas-atípicas son una realidad que debemos siempre tener presente.

La existencia del servicio de seguimiento ha sido de una utilidad extraordinaria en nuestro hospital, donde se sigue la evolución de estos casos y se aplica la quimioprofilaxis con regularidad y buen resultado.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Masell, B. F.*: Management o Rheumatic fever. Therapy of the acute attack and prevention of recurrences. *Pediatric Clin. of N. A.* Nov., 1958. Pág. 1143.
- 2.—*Joseph M. Miller*: Prophylaxis of Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease. *Journal of Medicine.* Pág. 220, junio, 1959
- 3.—*Alexander S. Nadas*: *Cardiología Pediátrica* 1959. Pág. 157.
- 4.—*Waldo E. Nelson*: *Tratado de Pediatría*. Tomo 2: Pág. 1053.
- 5.—*Gene H. Stollerman, M. D.*: Treatment and Prevention of Rheumatic Fever and Heart Rheumatic Disease. Pág. 213, mayo, 1964.
- 6.—*Damalo E. Gassels, M. D.*: The Diagnosis of Rheumatic Fever. *Pediatric Clinics, of N. A.* febrero, 1964. Pág. 251.
- 7.—*L. Steimberg*: *El Reumatismo en los niños.* 1959.
- 8.—*L. M. Ginabreda*: *Enfermedades Infecciosas en la Infancia.* Tomo 2: Pág. 1161, 1962.