

Carditis reumática en el lactante

Por los Dres.:

ANDRÉS SAVIO BENAVIDES* y GUSTAVO A. COBAS GÓMEZ**

Savio Benavides, A., Cobas Gómez, G. *Carditis reumática en el lactante*. Rev. Cub. Ped. 45: 1, 1973.

Se publica el caso de un niño de 19 meses de edad con carditis reumática de primer brote e I.C.C. confirmada por su cuadro clínico, humoral, radiológico y electrocardiográfico; su evolución fue de inicio grave, aunque mejorando ostensiblemente con tratamiento esteroideo; se recuperó parcialmente, quedando como secuela una insuficiencia mitral. Se realizan algunas consideraciones relativas a lo extremadamente infrecuente de esta patología a esa edad.

En la determinación de la fiebre reumática la edad es uno de los factores más importantes, imprimiéndole características clínicas, evolutivas, profilácticas, y pronósticas de gran significación.

Aproximadamente las primeras crisis de fiebre reumática, en un 90% aparecen entre los 5 y 15 años de edad,¹ siendo más frecuente entre los 5 y 10 años. No es frecuente por debajo de los 5 años.

En un trabajo realizado por Hedley² en la ciudad de Filadelfia, se estudiaron 2 324 pacientes; el 0.7% de los menores de 2 años de edad presentaban un ataque inicial, así como el 8.4% de los que estaban por debajo de los 5 años. Las mayores incidencias ocurrieron entre los 5 y 15 años, haciendo un pico a los 8 años.

Las publicaciones sobre fiebre reumática clínicamente activa en personas de edad avanzada, tal como lo señala Friedberg³ no convencen desde el punto de vista diagnóstico.

La frecuencia de la fiebre reumática según la edad, se ha relacionado con la frecuencia del estreptococo hemolítico beta del grupo A en la garganta, también referido a la edad.⁷

En niños pequeños de 6 a 9 años, los gérmenes del grupo A se obtuvieron de la orofaringe con una frecuencia doble con respecto a niños mayores de 12 a 15 años, y 6 veces mayor que en el adulto.

En un estudio clínico y bacteriológico de infecciones respiratorias superiores en niños, Markowitz⁴ halló que un 40% de las infecciones estreptocócicas ocurría en niños entre 2 y 6 años de edad. En este grupo etario la incidencia de fiebre reumática es baja, si se le compara con la frecuencia de las infecciones estreptocócicas.

Rantz⁵ trató de explicar este hecho considerando que a esta edad existe una pobre formación de anticuerpos.

Mayer y Doyle⁶ consideran que la edad más frecuente para la aparición de fiebre reumática es entre los 6 y los 10 años de edad.

* Pediatra, Especialista de 1er. Grado. J. Serv. Clínica Pediátrica, Hosp. Inf. Sur, Stgo. de Cuba.

** Pediatra, Especialista de 1er. Grado del Serv. Cardiorrenal Hosp. Inf. Sur Stgo. de Cuba.

En Cuba en el año 1944^{6,11} la edad más frecuente encontrada fue entre los 2 y 11 años.

Más recientemente en un estudio sobre 300 casos,¹⁰ (de los cuales 253 fueron ataques iniciales), la edad más frecuente fue entre los 6 y 12 años (fig. 1). La incidencia del ataque inicial de fiebre reumática disminuye después de la pubertad, debido probablemente a que la exposición a las infecciones estreptocócicas disminuye durante la adolescencia.

INFORME DEL CASO

Se trata de un niño de 19 meses de edad (fig. 2), mestizo, ingresado en el servicio de cardiología el día 9 de noviembre de 1971. H.C.I. 24961. Fue remitido del hospital de Palma Soriano al que llegó con historia de catarro de 7 días de evolución, fiebre de 39-40°C, 3 días antes, con quejidos espiratorios, aleteo nasal. F.R. 40.

F.C. 160. Soplos sistólicos grado 2/6 en ápex, palidez cutáneomucosa y dificultad en la marcha por dolor en la rodilla derecha.

Se le realiza radiografía de tórax y se observan discretas lesiones inflamatorias pulmonares y ligero aumento del área cardíaca. Se remite con los diagnósticos presuntivos de bronconeumonía y fiebre reumática.

En el Cuerpo de Guardia se consigna como motivo de ingreso.

Dificultad respiratoria y, como historia de la enfermedad actual, la anteriormente descrita.

A.P.F. —Un abuelo asmático. Es el producto del 4to. embarazo. A. perinatales.—Parto fisiológico, hospitaliterio. Peso al nacer: 8.5 lbs.

Desarrollo psicomotor: Normal.

Inmunizaciones: BCG al nacer, las tres dosis de la triple. No lo han vacunado con antiopolio.

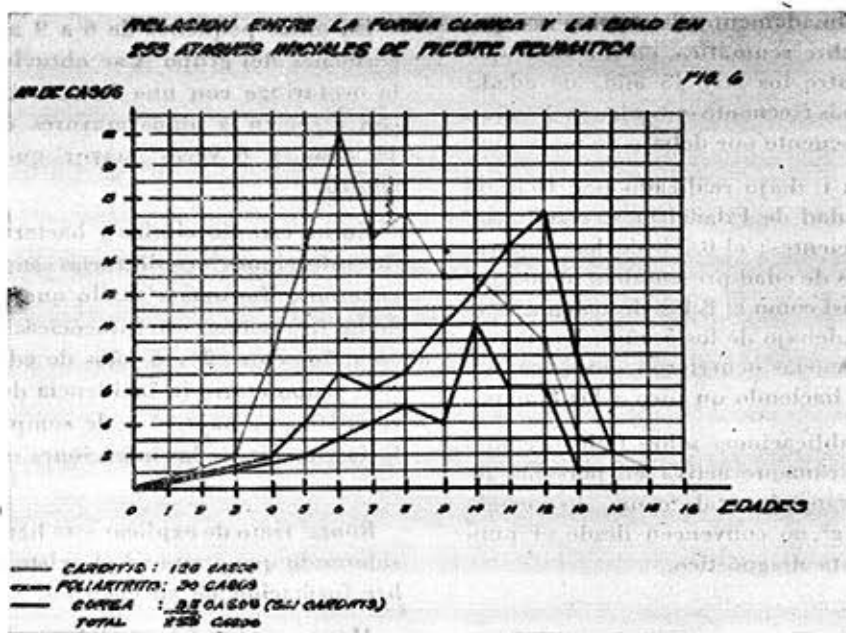


Fig. 1. Relación entre la forma clínica y la edad en ataques iniciales de fiebre reumática.



Fig. 2. Aspecto del niño a su ingreso; obsérvese la toma del estado general y el grado de desnutrición

Lactancia materna hasta los 15 meses. luego leche de vaca, 8 onzas cada 3 horas. No precisa ablactación. Actualmente come de todo.

Género de vida: Malo. Vivienda piso de tierra, techo de guano, agua de pozo. Conviven 5 personas. Letrina sanitaria.

A.P.P. No enfermedades infectocontagiosas. En ocasión anterior bronconeumonía. Quince días antes de su ingreso había expulsado áscaris.

Examen físico: Es un paciente con facies no característica de patología, con piel y mucosa hipocoloreadas. Peso 26 libras. Talla 85 cm y con temp. de 38°C.

Al examen del aparato respiratorio sólo presentó una F. R. de 50'. No se constataron estertores.

Aparato cardiovascular: El choque de la punta no era visible, palpándose en el cuarto espacio intercostal izquierdo a nivel de la línea medioclavicular izquierda. Los ruidos cardíacos se auscultaban disminuidos de intensidad. Soplo sistólico 2/6 en ápex audible en los otros

focos. La F.C. era de 120'. T.A. 90-50. En las arterias periféricas no se observaron anomalías. El hígado rebasó un centímetro el roborde costal derecho. El resto del examen físico fue negativo.

En el Cuerpo de Guardia se le realizó una radiografía de tórax a distancia de tele, donde se apreciaba: Cardiomegalia grado uno, discretas lesiones inflamatorias del parénquima pulmonar así como un reforzamiento de la trama vascular. También se le hizo un hemograma que arrojó 9.4 gramos de hemoglobina % y 12 000 leucocitos.

EVOLUCION

En el primer día en nuestro Servicio no tiene cambio apreciable alguno en su cuadro clínico de ingreso, aunque el segundo día hace un pico febril, toma del estado general y presenta un cuadro de franca I.C.C. con facies abotagada, palidez cutánea marcada que contrastaba con la cifra de hemoglobina, ruidos

cardíacos apagados, ritmo de galope, soplo sistólico grado 2-3/6 en ápex con escasa irradiación axilar y retumbo diastólico en punta F. C. 148'. En el aparato respiratorio el M. V. era normal, no había estertores, F. R. 44'. El borde inferior hepático rebasaba el reborde costal derecho 4 centímetros, siendo el hígado de características congestivas. Se establece el diagnóstico de carditis reumática de primer brote con I. C. C., lo que se confirmó con los exámenes complementarios y la evolución posterior.

En estas condiciones se le impone tratamiento con Digital (Digoxima), esteroides, anticongestivos, penicilina, oxigenoterapia y otras medidas de carácter general.

Durante los diez días siguientes hace una evolución grave, tormentosa, en los que al cuarto día de estar recibiendo Digital presentó signos de intoxicación digitálica que obligaron a suspender la droga con lo que desaparecieron aquellos. Tuvo gran toma del estado general con anorexia rebelde. Se acentuaron los signos y síntomas de carditis reumáticas, a tal punto que a la auscultación del corazón se escuchaba una verdadera *Melodía reumática*.

Al cabo de los diez días antes señalados, comenzó a mejorar lenta, pero progresivamente: Se hizo más sociable, fue recuperando el apetito, comenzó a ganar peso, los ruidos cardíacos fueron recuperando su tono normal, el pulso se normalizó durante el sueño, desapareciendo en fin, todos los síntomas y signos de I. C. C. y de actividad reumática, quedándole como secuela una insuficiencia mitral.

Al cabo de dos meses de permanencia en nuestro servicio, clínicamente recuperado, fue dado de alta por exigencia de los padres.

Los exámenes complementarios arrojaron los siguientes resultados:

Hemograma: 9.4 g de hemoglobina %.

Hematócrito: 33 vol %.

Leucocitos: 12 000 \times mm³

Segmentados: 72%.

Eocinófilos: 4%.

Monocitos: 2%.

Linfocitos: 22%.

Eritrosedimentación (Westergreen): 75 mm en la primera hora.

Urea: 22 mg %.

Serología: negativa.

Orina parcial: normal.

Haces fecales: negativa.

Hemocultivo: negativo.

Exudado nasofaríngeo: negativo.

Título de antiestreptolisina O:1125 Uds Toood.

No se le realizó proteína C reactiva ni proteína por electroforesis debido a dificultades técnicas.

Telecardiograma: Mostró: cardiomegalia grado 3 con crecimiento de cavidades izquierdas. (fig. 3)

Electrocardiograma: Ritmo sinusal, F.C. 125'. Bloqueo A.V. de primer grado. Bloqueo incompleto de rama derecha del haz de His y trastornos de la repolarización ventricular. (fig. 4)

Durante el período de gravedad en que hizo la intoxicación digitálica, el E.K.G. arrojó: Extrasístoles bigeminadas, bloqueo de rama derecha y trastornos de la repolarización.

Podemos decir, en forma general, que durante la etapa de gravedad los complementarios se modificaron poco, lo que comenzó a suceder en coincidencia con la mejoría clínica del enfermo, a tal punto, que cuando se le dio el alta tenía normalizada la eritrosedimentación, la titulación de la A. S. O. era de 300 Uds Toood, la hemoglobina no se modificó y la cifra de leucocitos se hizo normal. El E. K. G. (figs. 5 y 6), si bien mantuvo el bloqueo de rama derecha, mejoró dis-

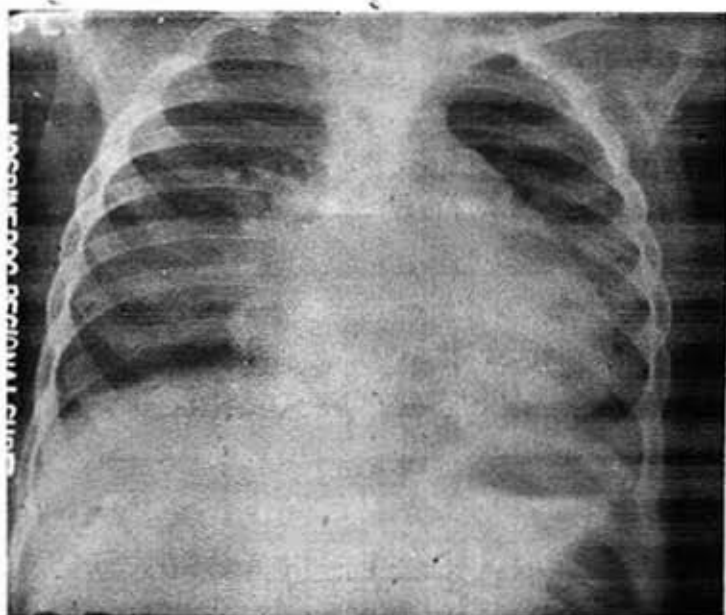


Fig. 3A Obsérvese la cardiomegalia grado III con signos de estasis pasivo pulmonar.

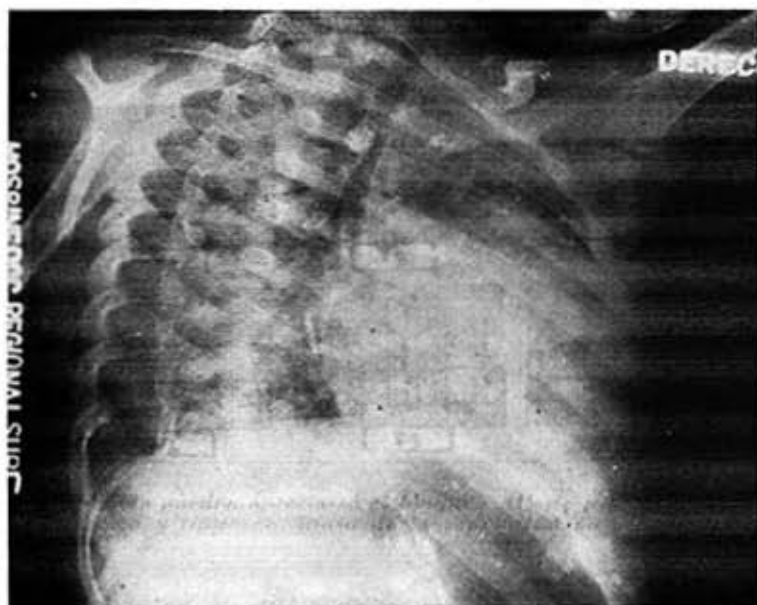


Fig. 3B Vista OAD que muestra el desplazamiento del esófago por crecimiento auricular 12 Q.



Fig 3C. Vista OAI donde se aprecia el crecimiento auricular y ventricular 12 Q.

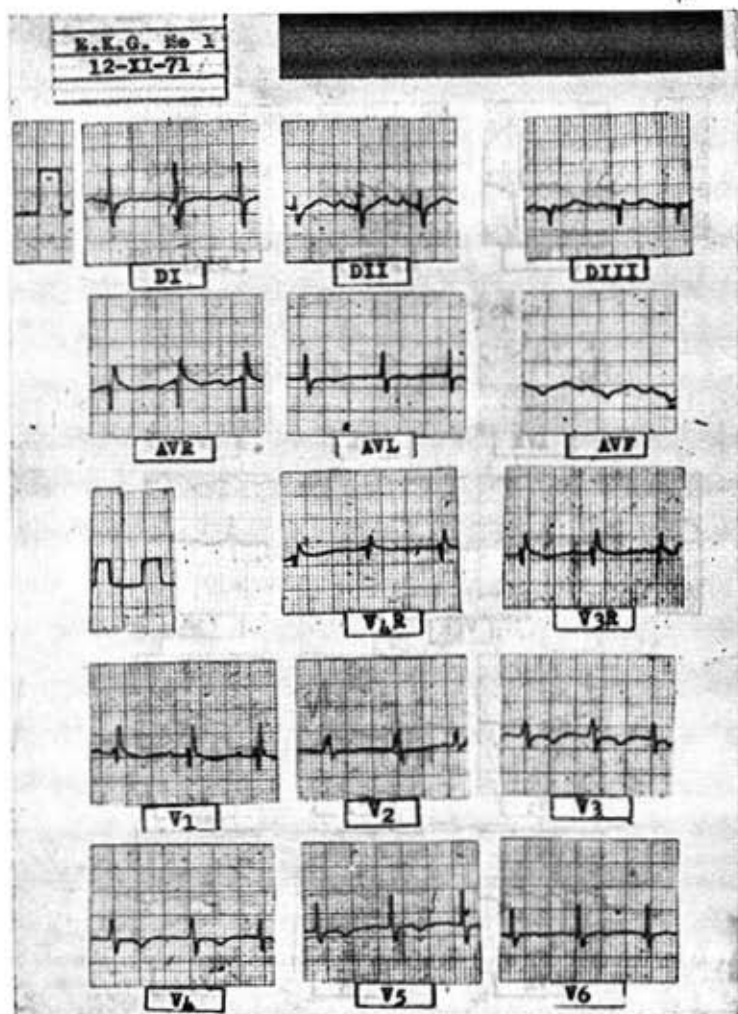


Fig. 4. EKG No. 1 donde pueden apreciarse el bloqueo AU de primer grado, índice de Taran positivo y trastorno difuso de la repolarización ventricular.

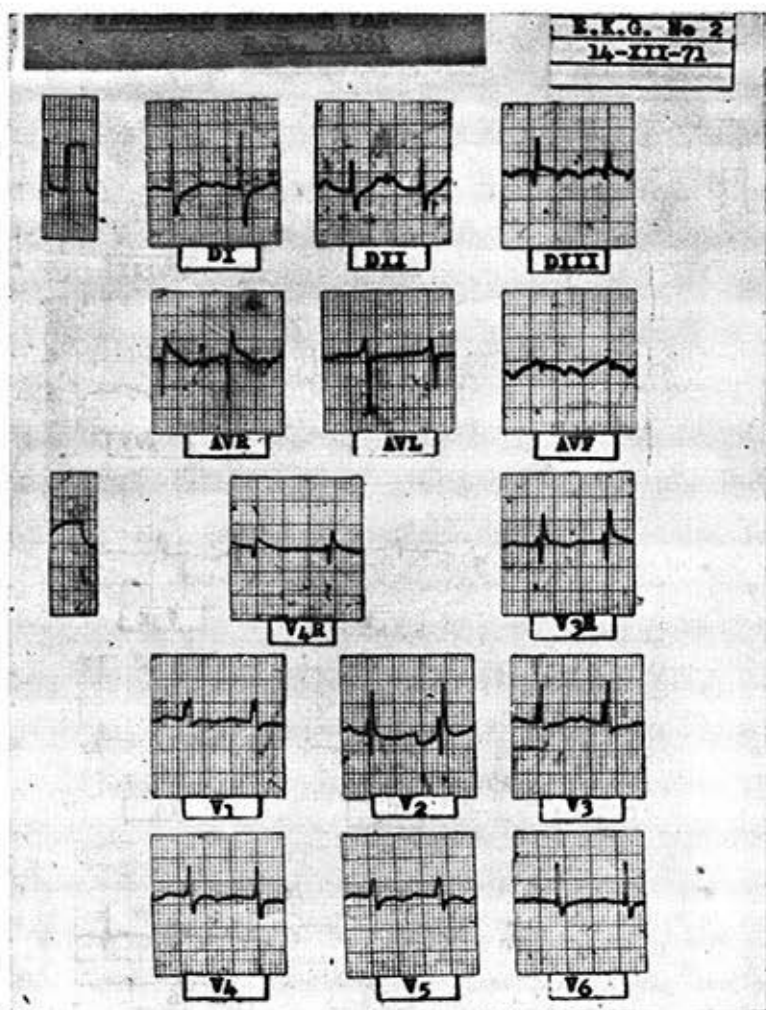


Fig. 5. El bloqueo AU de primer grado se mantiene mejorando discretamente la repolarización ventricular.

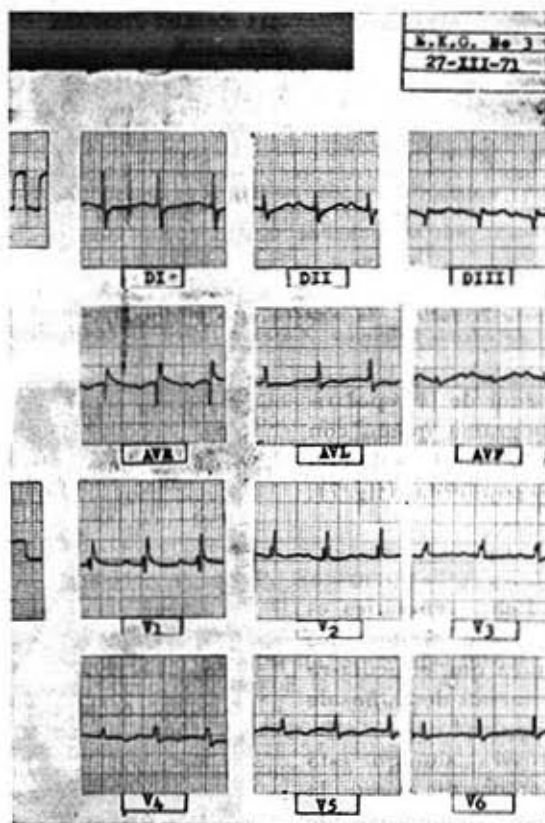


Fig. 6. Comparando con el trazo anterior se aprecia mejoría del trastorno de la repolarización ventricular.

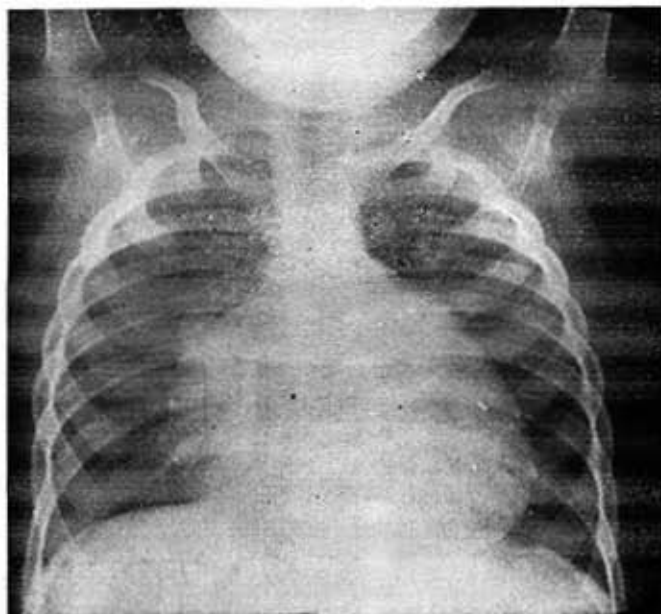


Fig. 7. Telecardiograma evolutivo. Se observa arco medio prominente con desaparición de los signos de edema pulmonar. Corazón típico de configuración mitral.

cretamente los trastornos de la repolarización. El telecardiograma quedó con cardiomegalia grado 3, sugestiva de crecimiento de cavidades izquierdas (fig. 7).

COMENTARIOS

Evidentemente la fiebre reumática es excepcional por debajo de los dos años de edad, lo cual plantea que el pediatra frente a un niño con menos de 2 años de edad y con I. C. C., no debe pensar solamente en miocarditis viral, sino que está obligado además a tener *in mente* la fiebre reumática como etiología posible de la I. C. C., ya que el tratamiento correcto es salvador en función de los esteroides, mientras que el uso de la digital puede producir, por el deterioro de la fibra miocárdica, fenómenos tóxicos, como ocurrió en nuestro paciente, que si bien no tuvo mayores consecuencias, pudo poner en peligro la vida del enfermo.



Fig. 8. Aspecto del niño a su egreso

No quiere esto decir que si las circunstancias nos obligan al uso de la Digital no lo hagamos, pero siempre con la preocupación pertinente. Por lo tanto insistimos que frente a un niño con I. C. C., es fundamental su diagnóstico etiológico preciso, para lo que debemos tener presente la fiebre reumática, a pesar de lo infrecuente de la misma a esa edad. Como quiera que el daño cardíaco ini-

cial plantea entre otras, consideraciones profilácticas y pronósticas, y las lesiones residuales se relacionan directamente con aquél, no hay la menor duda de que estos enfermos se benefician grandemente con el tratamiento de penicilina benzatínica, debiendo servirse mensualmente por consulta de seguimiento de reumáticos, manteniendo un correcto control humoral, radiológico y electrocardiográfico.

SUMMARY

Savio Benavides, A. et al. *Infant rheumatic carditis. Rev. Cub. Ped.* 45: 1, 1973.

A case a 19 month old child with first-outbreak rheumatic carditis and chronic carditis failure confirmed by his clinic, humoral, radiological and electrocardiographic picture is reported. The patient showed and initial serious evolution but notably improved with steroid treatment and partially recovered remaining as a sequela a mitral failure. Several considerations about extremely infrequent cases seen with that pathology at this age were made.

RESUME

Savio Benavides, A. Cobas Gómez G. *Carditis rhumatique chez l'enfant. Rev. Cub. Péd.* 45: 1, 1973.

On présente le cas d'un garçon âgé de 19 mois, avec carditis rhumatique d'une première apparition et I.C.C. confirmé par son cadre clinique, humoral radiologique et électrocardiographique, ayant été son évolution initiale grave, mais s'améliorant notablement avec un traitement de stéroïde. Il s'est rétabli partiellement, restant comme séquelle une insuffisance mitrale. On a fait quelques considérations relatives à la rare fréquence de cette pathologie à cet âge.

РЕЗЮМЕ

Савио Бенавидес А. и Кобас Гомез Г. Ревмокардит у грудного ребенка. *Rev. Cub. Ped.* 45: 1, 1973.

Представляется случай ребенка 19-месячного возраста с первичным ревмокардитом и хроническим сердечным недостатком, подтвержденным клинической, гуморальной, радиологической и электрокардиографической картинами. Сначала развитие болезни было тяжелым, но отмечилось заметное улучшение при использовании стероидного лечения. Больной выздоровил, но вследствие осталось митральная недостаточность. Приводятся некоторые комментарии о крайней редкости появления данного заболевания в таком возрасте.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Cohn, S. E. and Lingg, C.: The Natural History of Rheumatic Cardiac Disease. *J.A.M.A.* 121: 1-8, 1943.
- 2.—Friedberg, Ch. K.: Enfermedades del Corazón 2da. Edición Pág. 821. Edición Revolucionaria. La Habana. 1967.
- 3.—Hedley, O. F.: Rheumatic Heart Disease in Philadelphia Hospitals. *Public Health Rep.* 55: 1647, 1940.
- 4.—Markowitz, M.: Cultures of the Respiratory Tract in Pediatric Practice. *Amer. J. Dis Child.* 105: 12; 1963.
- 5.—Mayer, F. E.; Doyle, E. F.; Herrera, L. and Brownell, K. D.: Decline in Severity of Initial Attack of Acute Rheumatic Fever. *American Journal of Disease of Children.* Págs. 146-152, Feb. 1963.
- 6.—Pérez de los Reyes, R.; de la Torre, H.; Labourdette, J. and Junco, J. A.: Rheumatic Fever in Cuban Children. *Archivos de Medicina Infantil Havana.* *J.A.M.A.* 126: 60, 1944.
- 7.—Rantz, L. L. Moroney, M. and Di Caprio, J.: Antistreptolysin O Response Following Hemolytic Streptococcus Infection in

Early Childhood. Arch Int. Med. 87: 360, March, 1951.

- 8.—*Stollerman, G. H.: Prognosis and Treatment of Acute Rheumatic Fever.: The Possible Effect of Treatment on Subsequent Cardiac Disease. Progress in Cardiovascular Diseases. 3: 193-201. 1960.*
- 9.—*Stollerman, G. H.; Lewis, A. J.; Schultz, I. and Taranta, A.: Relationship of Immune*

Response to Group A Streptococci to the Course of Acute, Chronic and Recurrent Rheumatic Fever. Am. J Med. 20: 163. 1956.

- 10.—*Savio, A.: Fiebre Reumática y Carditis Reumática. Tesis de Grado. Habana. 1969.*
- 11.—*Tavares, M.: Reumatismo Articular Agudo en el Lactante. Estudio de un caso. R.v. Port. Pediat. 29: 69-89. 1966.*