

# Fiebre reumática (FR)

Joan B. Ros Viladoms

## Concepto

La FR es una enfermedad inflamatoria sistémica, caracterizada por la existencia de lesiones que pueden afectar articulaciones, piel, tejido celular subcutáneo, corazón y sistema nervioso.

## Etiología

Es secuela de una infección faríngea por estreptococo beta hemolítico del grupo A.

## Patogenia

No está suficientemente aclarada, pero tiene una base inmunológica. Tras una infección faríngea estreptocócica se liberan componentes del germen parecidos a los tejidos humanos, iniciándose el proceso autoinmune con afectación de corazón, sistema nervioso y articulaciones. Todos los estudios relacionan la faringoamigdalitis estreptocócica con la FR. La infección debe ser faríngea para que se inicie el proceso reumático; las infecciones cutáneas estreptocócicas no van seguidas de FR. Otros estreptococos como los del grupo C y G son capaces de producir respuesta inmunológica, pero no FR.

## Clínica

El cuadro clínico clásico va precedido, 2-3 semanas antes, por una faringoamigdalitis estreptocócica, con enrojecimiento amigda-

lar, con exudado o no, petequias en paladar, adenopatías submaxilares o laterocervicales, disfagia, fiebre alta o moderada, dolor abdominal y, a veces, exantema escarlatiniforme, apareciendo posteriormente la sintomatología propia de la enfermedad.

## Criterios mayores

- *Artritis*: Es poliarticular, aguda y migratoria, curando sin secuelas. Presente en el 75% de los casos.
- *Carditis*. Es una pancarditis que se aprecia en la 3ª semana en forma de soplo cardíaco de nueva aparición, cardiomegalia, insuficiencia cardíaca congestiva, pericarditis. Puede verse en el 40-50% de casos.
- *Eritema marginado*. Es rosado, fugaz y no es pruriginoso; a veces es anular. Poco frecuente (1-7% de casos).
- *Nódulos subcutáneos*. Son duros, indoloros. En el 10% de casos.
- *Corea minor o de Sydenham*. Se considera una manifestación tardía. Afecta a niñas adolescentes. Cursa con movimientos incoordinados, muecas, irritabilidad, torpeza y alteraciones del carácter. Sólo en el 2% de los casos.

## Criterios menores

- *Síndrome febril*: Alto o moderado, de 10-15 días de duración.

- *Artralgias*. Son dolores generalizados sin inflamación.
- *Historia previa de FR*. Tras el ataque inicial tienden a aparecer de nuevo.
- *Reactantes de fase aguda*. VSG y PCR elevadas; leucocitosis; alfa-2 y gammaglobulinas aumentadas.
- *Alteraciones ECG*. Alargamiento del espacio P-R que indica un enlentecimiento en la conducción auriculoventricular.

#### Signos de infección estreptocócica

- Son imprescindibles para establecer el diagnóstico. Se pueden demostrar por la existencia de una escarlatina reciente, por el cultivo faríngeo o por el título de antiestreptolisinas elevado (más de 333 U Todd) o por otros antígenos estreptocócicos.

### Diagnóstico

No existe ninguna prueba de laboratorio ni signo clínico patognomónico. Se basa en la correcta aplicación de los criterios de Jones. La asociación de dos criterios mayores o uno mayor y dos menores, junto con la evidencia de infección estreptocócica reciente, hacen muy probable el diagnóstico. (tabla I).

### Diagnóstico diferencial

Es amplio según la sintomatología articular y/o cardíaca. La evidencia de infección estreptocócica previa ayuda a eliminar bastantes posibilidades. En cuanto a la afectación articular, debe diferenciarse de las infecciones articulares, la artritis crónica juvenil, otras colagenosis que pueden empezar con sintomatología articular, la borreliosis de Lyme, la sarcoidosis, la enfermedad del suero y otros cuadros menos frecuentes, como la drepanocitosis y la gota.

Desde el punto de vista cardíaco, debe pensarse en la endocarditis, la miocarditis, las miocardiopatías y la enfermedad de Kawasaki. También debe hacerse el diagnóstico diferencial con lesiones cutáneas que cursan con nódulos y erupciones variadas, así como con síndromes coreicos de causa no reumática.

### Evolución

Puede tener una intensidad y evolución distintas, desde formas articulares puras (mono o poliarticulares) a formas con corea o carditis aisladas o asociaciones (carditis con eritema y/o nódulos).

La gravedad viene determinada por las secuelas cardíacas que pueden producirse.

TABLA I. Criterios de Jones

Manifestaciones mayores	Manifestaciones menores	Signos de infección estreptocócica
Carditis	Fiebre	Escarlatina reciente
Poliartritis	Artralgia	Frotis y/o cultivo positivo
Corea	FR previa	ASLO u otros
Eritema marginado	VSG alta	Anticuerpos estreptocócicos elevados
Nódulos subcutáneos	PCR alta	
	Leucocitosis	
	PR alargado	

Actualmente, se aprecian menos casos pero con manifestaciones atípicas.

## Tratamiento

El tratamiento de elección continúa siendo la penicilina. Debe orientarse a eliminar el germen, a controlar la inflamación y a prevenir las posibles secuelas.

- Reposo en cama. Es indispensable en la fase aguda y sobre todo, si hay carditis.
- Tratamiento antiinflamatorio. Salicilatos a 75-100 mg/kg/día (tabla II).
- Tratamiento antibiótico. Penicilina-benzatina. (tabla III).

## Profilaxis

La prevención de la FR está en función del tratamiento adecuado de las infecciones respiratorias estreptocócicas producidas por el *estreptococo* del grupo A.

- Prevención primaria. Es la prevención de los ataques iniciales de FR aguda y depende del correcto diagnóstico y tratamiento de las infecciones faringoamigdalares.
- Prevención secundaria. Consiste en la prevención de las recaídas tras un primer ataque de FR aguda. Precisa de un programa continuado de profilaxis. (tabla IV).
- Prevención terciaria. Es la profilaxis de la endocarditis infecciosa en pacientes con secuelas de cardiopatía reumática.

**TABLA II. Tratamiento antiinflamatorio en la FR**

Manifestaciones	Tratamiento
Artritis moderada o grave y/o carditis leve sin cardiomegalia ni insuficiencia cardíaca	Salicilatos a 75-100 mg/kg/día en 4 tomas (2 sem.) y después rebajar a 60-70 mg/kg/día (4-6 sem.)
Carditis moderada o grave con cardiomegalia, pericarditis o insuficiencia cardíaca	Prednisona a 1-2 mg/kg/día (2-3 sem.) Al reducir la dosis, continuar con salicilatos a 60-70 mg/kg/día (4-8 sem.)

**TABLA III. Tratamiento antibiótico en la FR**

Fármacos	Erradicación del estreptococo betahemolítico grupo A (dosis)
Penicilina-benzatina	600.000 U i.m. (-30 kg) 1.200.000 U i.m. (+30 kg)
Penicilina V	125 mg/12 h, oral, 10 días (-30 kg) 250 mg/12 h, oral, 10 días (+30 kg)
Sulfadiazina	No recomendada
Eritromicina (en alérgicos a penicilina)	40 mg/kg/día, oral, 10 días

