

FIEBRE REUMÁTICA EN LOS ADULTOS: CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SANTO TOMÁS, DE 1973 A 1979 *

Dr. Luis Górriz **, Dr. Rolando E. Sáenz, APMC, FACP ***

Se estudiaron los expedientes clínicos de todos los pacientes adultos que habían sido admitidos en el Hospital Santo Tomás (HST) con el diagnóstico de fiebre reumática, en el período comprendido entre 1973 y 1979, y se seleccionaron los de trece pacientes adultos que fueron atendidos en su primer episodio y que se ajustaban estrictamente a los criterios revisados de Jones. La mayoría (85 %) de los pacientes seleccionados eran adultos jóvenes, entre los 8 y los 28 años de edad; siete (54 %) eran del sexo femenino y seis (46 %) eran del sexo masculino. Nueve pacientes (69 %) procedían del área metropolitana y cuatro (31 %) procedían del interior de la República.

La artritis fue la manifestación clínica más frecuente y se presentó en el 100 % de los casos. Se

caracterizó por afectar las grandes articulaciones, principalmente de las extremidades inferiores, y por ser poliarticular, simétrica y aditiva, en el 85 % de los casos. La clásica migratoriedad sólo se presentó en el 15 % de los pacientes. La carditis fue leve y se observó en el 38 % de los casos. En ninguno de los pacientes se presentó eritema marginado, nódulos subcutáneos o corea.

El mejoramiento de las condiciones de vivienda de las poblaciones y la introducción de la penicilina, han sido relacionados con la disminución progresiva de la incidencia de las infecciones estreptocócicas y de sus complicaciones no supurativas (1). Porque al disminuir el hacinamiento que favorecía la diseminación de estas infecciones y al intensificarse el uso de los antibióticos se diezmaron las cepas reumatogéni-

* Recibido para publicación en marzo de 1981.

** Residente en el Departamento de Medicina del Hospital Santo Tomás y Asistente de la Cátedra de Medicina en la Escuela de Medicina de la Universidad de Panamá.

*** Sub-Director del Laboratorio Conmemorativo Gorgas, Profesor Agregado y Jefe del Departamento de Medicina en la Escuela de Medicina de la Universidad de Panamá.

cas prevalentes (serotipos de proteínas M), que fueron reemplazadas por cepas de estreptococos más atenuadas; y porque al parecer hubo también un aumento gradual en la resistencia del hospedero frente a estas infecciones (1, 2).

Como consecuencia de esos cambios se ha producido en los países desarrollados, en la interrelación estreptococo y hospedero, una disminución en la incidencia de la fiebre reumática, menor severidad del cuadro clínico en los adultos, y una diferente forma de presentación de la poliartrosis (2, 3).

A pesar de ser Panamá un país en desarrollo, también se ha producido en los últimos diez años un descenso significativo en la incidencia de la fiebre reumática (4). En este trabajo demostraremos, al delinear la manifestación clínica del primer episodio de fiebre reumática observada en los adultos, que también hay coincidencia con las manifestaciones clínicas descritas recientemente en los países desarrollados (5, 6).

Material y método

Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes admitidos en el HST con el diagnóstico de fiebre reumática, en el período comprendido entre enero de 1973 y diciembre de 1979. De estos expedientes se seleccionaron los de 13 pacientes con edades mayores de 18 años, que

fueron atendidos durante su primer episodio de fiebre reumática, y que cumplían estrictamente con los criterios revisados de Jones (7).

Los estudios de laboratorio incluyeron hemograma completo, velocidad de sedimentación (método de Wintrobe), títulos de antiestreptolisina O (unidades Todd), proteína C reactiva, así como electrocardiograma y radiografía del tórax, que se efectuaron en todos los pacientes. Además, se efectuaron los siguientes exámenes complementarios: la prueba del factor reumatoideo en 11 pacientes, el factor antinuclear en 4, y la prueba de estreptozyma en 3; en 5 pacientes se hicieron cultivos faríngeos y en un caso se realizó un ecocardiograma. No se efectuaron estudios del líquido articular.

Resultados

Nueve pacientes (69 %) procedían del área metropolitana y cuatro (31 %), del interior de la República (Tabla No. 1). La gran mayoría de los pacientes (85 %) eran adultos jóvenes, entre 18 y 28 años de edad. El paciente de mayor edad tenía 51 años. Seis pacientes eran del sexo masculino (46 %) y siete (54 %) eran del sexo femenino.

Todos los pacientes estaban febriles al momento de la admisión. La temperatura más alta registrada osciló entre 38 y 39.5 grados centígrados (Tabla No.2).

TABLA No. 1

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y POR SEXO

EDAD AÑOS	SEXO		TOTAL	%
	M	F		
18-28	4	7	11	85
29-39	1	-	1	8
40-50	-	-	-	-
+ 50	1	-	1	8
TOTAL	6	7	13	

TABLA No. 2

SINTOMAS CLINICOS

SINTOMATOLOGIA	NUMERO CASOS	%
PIEBRE	13	100
ARTRITIS	13	100
CARDITIS	5	38
ERITEMA MARGINADO	0	0
COREA	0	0
NODULOS SUBCUTA- NEOS	0	0

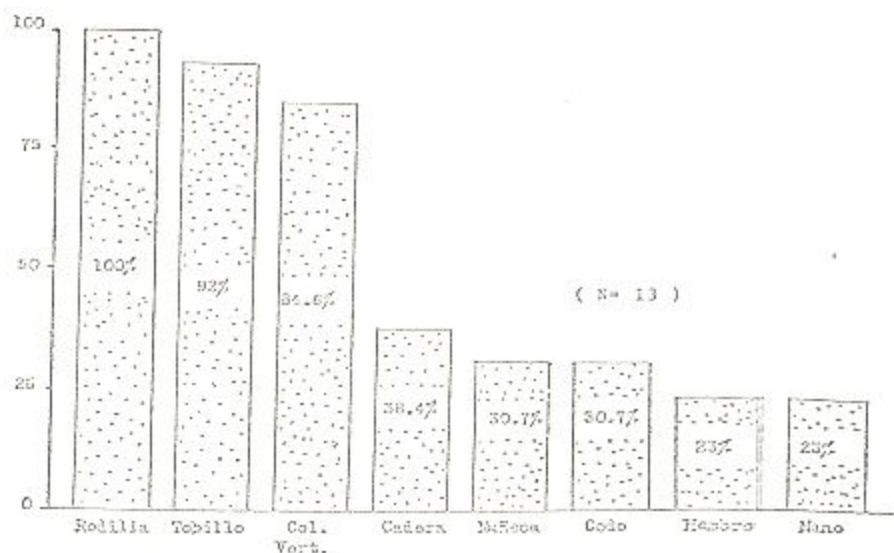
El cuadro de artritis fue el síntoma más destacado en todos los pacientes. Se inició de uno a cuatro días antes de su admisión; pero en diez de 13 pacientes (77 o/o), que presentaron sintomatología sugestiva de faringitis, el cuadro articular se presentó de una a tres semanas después del inicio de la infección faríngea. La artritis se caracteri-

zó por su presentación poliarticular y simétrica, es decir, que una vez iniciada en una articulación, interesaba la contralateral en forma rápida. Este fenómeno se presentó en todos los casos estudiados. Las articulaciones de los miembros inferiores fueron las más afectadas (Fig. No.1), seguidas por las de la columna vertebral, especialmente por las de la columna cervical en ocho pacientes (73 o/o) y por las de la columna lumbar en tres pacientes (27 o/o). En dos pacientes (15 o/o) se encontró el patrón migratorio clásico, caracterizado por signos inflamatorios que cedieron antes de aparecer en otra articulación. Una evolución rápidamente aditiva se observó en once pacientes (85 o/o).

La carditis se diagnosticó en cuatro casos, por la presencia de un soplo sistólico apical que sugería compromiso valvular mitral; y en un caso, por la aparición de frote pericárdico. La carditis fue leve, en los cuatro pacientes que presentaron soplo sistólico apical; fue de tipo severo, en el paciente que presentó pericarditis y que requirió terapia con prednisona. En ningún paciente de esta serie se observaron nódulos subcutáneos, corea o eritema marginado.

Se consideró como requisito fundamental para el diagnóstico la evidencia de una infección estreptocócica anterior al cuadro de fiebre reumática, y que se ma-

LOCALIZACIÓN DE LA ARTRITIS



nifestara por títulos elevados de anticuerpos contra los antígenos estreptocócicos (Tabla No. 3). El valor promedio de la antiestreptolisina 0 fue de 732 U. Todd, con valores que oscilaron entre 250 y 1250 U. El valor promedio de la estreptozyoma fue de 450 U, la cuenta de glóbulos blancos mostró leucocitosis (más de 10,000/mm³) en ocho de los 13 pacientes (61 %) y la velocidad de sedimentación estuvo elevada en todos los pacientes, con cifras promedio de 56 mm/hr. La proteína C reactiva fue positiva en 12 (92 %) de los 13 casos. El factor reumatoideo y el factor antinuclear se practicaron en 11

y en cuatro casos respectivamente, y fueron negativos en todos. El cultivo faríngeo se practicó en cinco casos y en ninguno se logró aislar estreptococos beta hemolíticos del grupo A. Se practicó radiografía del tórax en todos los pacientes; en dos casos se observó cardiomegalia. El electrocardiograma, que también fue efectuado en todos los pacientes, mostró crecimiento ventricular izquierdo en tres casos. En ninguno se observó prolongación del espacio PR. En un paciente se efectuó un ecocardiograma, que fue interpretado con evidencias de insuficiencia mitral leve.

La respuesta a la terapia con

TABLA No. 3

EXAMENES DE LABORATORIO Y DE GABINETE

	NUMERO POSITIVOS	NUMERO EXAMINADOS	%
ANTIESTREPTOLISINA O *	13	13	100
ESTREPTOZYMA **	3	3	100
LEUCOCITOSIS ***	8	13	61
SEDIMENTACION ELEVADA ****	13	13	100
PROTEINA C REACTIVA	12	13	92
FACTOR REUMATOIDEO	0	11	0
FACTOR ANTINUCLEAR	0	4	0
CULTIVO FARINGEO	0	5	0
RADIOGRAFIA TORAX	0	13	0
CARDIOMEGALIA IZQDA	2	13	15
ELECTROCARDIOGRAMA	0	13	0
CRECIMIENTO VENT. IZQDO	3	13	23
PROLONGACION P-R	0	13	0
ECOCARDIOGRAMA	1	1	0
INSUFICIENCIA MITRAL	1	1	0

* MAYOR DE 250 U TODD. PROMEDIO 732 U.T.

** VALOR PROMEDIO 450 U.

*** MAYOR 10,000 MM₃.

**** PROMEDIO DE 56 MM₃/HR.

salicilatos fue dramática en todos los casos y hubo remisión de los síntomas y de los signos articulares en un tiempo promedio de 78 a 96 horas.

El seguimiento de los pacientes se pudo cumplir en dos de los cinco enfermos que presentaron carditis y en cuatro de los ocho casos que no la presentaron. Un

paciente continuaba asintomático, de los dos que tenían antecedentes de carditis, nueve meses después de su egreso; el otro caso continuaba clínicamente asintomático, a los ocho meses de su egreso; pero la auscultación cardíaca reveló un chasquido de apertura y un soplo diastólico, de estenosis mitral. Uno de los cuatro pacientes que no tuvieron an-

tecedentes de carditis reingresó a los dos meses, porque presentaba un cuadro similar poliartritico; otro paciente desarrolló una estenosis mitral, cuatro años después; los otros dos pacientes permanecen asintomáticos después de uno y de dos años de haber tenido la fase aguda, respectivamente.

Comentarios

La fiebre reumática en los adultos, aparte de ser mucho menos frecuente que en los niños, se caracteriza por el predominio del compromiso articular, el poco compromiso cardíaco, que generalmente es leve, y lo extremadamente raro del eritema marginado, de los nódulos subcutáneos y de la corea (8, 9). Para plantear el diagnóstico de fiebre reumática, conforme a los postulados revisados de Jones (7), esperábamos que la poliartitis de las grandes articulaciones fuera migratoria. La ausencia de esta característica hacía dudar seriamente del diagnóstico. Los trabajos de McDonald y Weisman (5) ampliaron este concepto y nos enseñaron que en los adultos esta poliartitis puede ser rápidamente aditiva, a veces simétrica, y afectar principalmente las articulaciones de las extremidades inferiores. Observamos también estas características en la revisión de los casos del HST en los cuales, al igual que en la serie de McDo-

nald y Weisman, la forma aditiva de presentación de la artritis fue mucho más frecuente que la forma clásica migratoria. En nuestra serie se destacó, después del compromiso de las articulaciones de las extremidades inferiores, el compromiso de la columna vertebral, especialmente de la columna cervical, lo cual no hemos encontrado en otros estudios similares.

La presencia de carditis fue el otro síntoma de importancia observado en esta serie. En un paciente se manifestó por la presencia de un frote pericárdico; y, en los demás, por un soplo sistólico apical, de curso benigno, durante la fase aguda de la enfermedad, igual que lo informado en la literatura (10). Debemos destacar la importancia del seguimiento prolongado de estos pacientes porque permitió detectar la aparición de una valvulopatía mitral en uno de los pacientes, que había presentado "carditis leve", y en otro que, aparentemente, no la había presentado. Esta complicación valvular tardía sería, de acuerdo con Freidberg (8), un hallazgo raro en la fiebre reumática de los adultos.

Es importante subrayar el hecho de que en ningún caso se pudo demostrar en el EKG la prolongación del espacio P-R, el cual es un signo que generalmente busca el clínico para sustentar su diagnóstico.

En esta serie excluimos a tres pacientes por no presentar evidencia de una infección estreptocócica, a pesar de que tenían síntomas mayores (carditis y/o poli-artritis) y síntomas menores. Estos casos plantean al clínico dificultades diagnósticas e interrogantes sobre su etiología. ¿Podemos acaso dejar de considerar el diagnóstico de fiebre reumática, con todas sus implicaciones pronosticadas, por la falta de confirmación de una infección estreptocócica? Existen dificultades para aislar el estreptococo de la faringe, semanas después de la faringitis, o cuando ha mediado una terapia antibiótica. Los estudios serológicos, que son los de mayor utilidad diagnóstica, también tienen sus limitaciones; y así se ha informado, en pacientes con fiebre reumática, cuando los títulos de antiestreptolisina O se han mantenido por debajo de 300 U Todd (11, 12). También es conocido que los niveles de anticuerpos pueden estar bajos, si el intervalo entre el episodio agudo de la infección estreptocócica y la detección de la fiebre reumática ha sido mayor de dos meses (7).

La respuesta de la artritis a los salicilatos fue impresionante en esta serie, al igual que en otras (5, 13), por su rapidez y efectividad, y porque fue un valioso apoyo al diagnóstico en los casos.

La gran mayoría de los pacientes atendidos en el HST son de bajo nivel económico; viven fre-

cuentemente en condiciones de hacinamiento y no reciben muchas veces los beneficios de una adecuada terapia antiestreptocócica. Estas características epidemiológicas favorecen la incidencia de la fiebre reumática y de las manifestaciones clínicas que tradicionalmente son observadas en los países en desarrollo. En Panamá hemos observado, sin embargo, una disminución en la incidencia de la fiebre reumática (4) y que los pacientes adultos, que fueron atendidos por nosotros, presentaron formas clínicas similares a las descritas en los países desarrollados. Esto permite suponer que otros factores podrían estar actuando, independientemente de los ambientales y del socioeconómico, y que tal vez podrían estar relacionados con diferentes cepas reumatogénicas prevalentes.

SUMMARY

Charts from all rheumatic fever patients admitted to Santo Tomas Hospital between 1973 to 1979 with the diagnosis of rheumatic fever were reviewed. Thirteen adult patients who were admitted during their first episode and which met the revised Jones' criteria were studied in detail. The majority (85 %) were young adults between the ages of 18 and 28 years; 7 (54 %) were females and 6 (46 %) were males. Nine (69 %) were

from the metropolitan area and 4 (31 %) from the interior of the Republic of Panama.

Arthritis was the most frequent clinical manifestation and was observed in all the patients. It was characteristic by involvement of large joints, particularly of the lower extremities, and by

being polyarticular, symmetric and additive in 85 % of the cases. Classical migratory arthritis was observed in only 15 % of the patients. A mild carditis was observed in 38 %. None of the patients had erythema marginatum, subcutaneous nodules or chorea.

BIBLIOGRAFIA

1. McCarty M: The streptococcus and human disease. *Am J Med* 65: 717-718, 1978
2. Stollerman GH: Immunization against Group A streptococcal infection: The immunology of M protein, en *Rheumatic fever and streptococcal infection*, ed por Stollerman GH, New York, Grune & Stratton, 1975, pp 277-303
3. Besterman E: Changing Face of Acute Rheumatic Fever. *Br Heart J* 32:579-82, 1970
4. Estadísticas de Salud, Departamento de Estadísticas y Cómputos Electrónicos del Ministerio de Salud, República de Panamá años 1973-1979
5. McDonald EC, Weisman MH: Articular Manifestations of Rheumatic Fever in Adults. *Ann Intern Med* 89:917-920, 1978
6. Mund DJ: Rheumatic Fever in Adults. *Ann Intern Med* 90:435, 1979
7. Stollerman GH, Markowitz M, Taranto A, Wannamaker LW: Jones Criteria (revised for Guidance in the Diagnosis of Rheumatic Fever). *Circulation* 32: 664-668, 1965
8. Friedberg CK: Rheumatic fever in the adult: criteria and implications. *Circulation* 19:161-164, 1955
9. Barnert AL, Terry EE, Persellin RH: Acute Rheumatic Fever in Adults. *JAMA* 232: 925-928, 1975
10. Stollerman GH: Clinical Manifestation of Acute Rheumatic Fever, en *Rheumatic Fever and Streptococcal infection*, ed por Stollerman GH, New York, Grune & Stratton, 1975, pp 147-179
11. Stollerman GH, Lewis AJ, Schultz I: Relationship of immune response to Group A Streptococci to the course of acute, chronic and recurrent rheumatic fever. *Am J Med* 20: 163-169, 1956
12. Bisno AL, Ofek T: Serologic diagnosis of streptococcal infection. Comparison of a rapid hemagglutination technique with conventional antibody tests. *Am J Dis Child* 127: 676-679, 1974
13. Adatto IJ, Poske RM, Pouget JM, Pilz CG, Montgomery MM: Rheumatic fever in the adult. *JAMA* 194:1043-1048, 1965.