

## Fiebre reumática: Una enfermedad temprana

*Rheumatic fever: an early disease*

Cleber Luiz Santana Bastos Junior

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central del Paraguay  
Pedro Juan Caballero, Paraguay

### Resumen

La fiebre reumática (FR) es una enfermedad inflamatoria sistémica desencadenada por el agente infeccioso *Streptococcus beta*hemolítico del grupo A, que se presenta en personas genéticamente predispuestas. Teniendo en cuenta que la población, en su gran mayoría, no presta atención adecuada a una amigdalitis bacteriana ingiriendo cualquier fármaco que disponga en su hogar, sin tener en cuenta los riesgos que la misma puede traer consigo como es el caso de la fiebre reumática, una enfermedad poco valorada y en muchas veces desconocida por los pacientes. Este estudio tiene como objetivo describir de forma retrospectiva el caso clínico de una persona joven con amigdalitis post faríngea bacteriana de 16 años, demostrando las características de la enfermedad y los resultados obtenidos con la paciente. La comprensión de los principales aspectos de la fiebre reumática permitirá la detección temprana de la enfermedad para la realización del tratamiento pertinente para el efecto. Se espera generar información para orientar las acciones de fortalecimiento de los servicios de salud de acuerdo con la necesidad de cada persona para un manejo adecuado, diagnóstico precoz y tratamiento pertinente.

**Palabras clave:** Fiebre Reumática, Diagnóstico, Tratamiento.

### Abstract

Rheumatic fever (RF) is a systemic inflammatory disease triggered by the infectious agent *Streptococcus beta*hemolytic group A, which occurs in genetically predisposed people. Considering that the population, in its great majority, does not pay adequate attention to bacterial tonsillitis by ingesting any drug available at home, without considering the risks that it can bring with it as is the case of rheumatic fever, a disease little valued and often unknown by patients. This study aims to retrospectively describe the clinical case of a young person with postpharyngeal bacterial tonsillitis of 16 years of age, demonstrating the characteristics of the disease and the results obtained with the patient. Understanding the main aspects of rheumatic fever will allow early detection of the disease for the performance of relevant treatment for the effect. It is expected to generate information to guide actions to strengthen health services according to the need of each person for adequate management, early diagnosis, and relevant treatment.

**Keywords:** Rheumatic Fever, Diagnosis, Tratamiento.

## Introducción

La fiebre reumática (FR) es una enfermedad inflamatoria sistémica desencadenada por el agente infeccioso *Streptococcus betahemolítico del grupo A*, que se presenta en personas genéticamente predispuestas. La literatura registra su descripción inicial por parte de Cheadle en 1889 (1), y la relación entre la faringitis estreptocócica y el desarrollo de fiebre reumática a partir de 1930 (1,2).

Es una enfermedad que puede aparecer a cualquier edad, sin predominio de color y que afecta a ambos sexos por igual, aunque el pronóstico es peor para las mujeres debido a las consecuencias hormonales. Además, existe cierta predisposición genética, siendo más frecuente en ambientes desfavorables caracterizados por pobreza, acceso restringido a servicios de salud y desnutrición (3).

En los últimos datos, en América Latina se producen anualmente 21.000 casos de FR aguda. En Brasil, los datos son incompletos y escasos, pero existe una prevalencia de FR de 3 a 5% en niños y adolescentes. En Paraguay no existen números exactos, ya que no se registran estadísticas nacionales. Se supone que es un número similar al de Brasil, debido a las condiciones demográficas de ambos países.

En general, las manifestaciones clínicas de la FR son más o menos insidiosas. Los síntomas comienzan con malestar general, astenia, adinamia, mialgias, artralgias, hiporexia y fiebre. Puede asociarse a una de las siguientes manifestaciones:

**Artritis:** es el principal signo que afecta a las grandes articulaciones de forma asimétrica y migratoria (rodillas, codos, muñecas, tobillos). Es una enfermedad benigna y no causa deformidad permanente, excepto una forma muy rara llamada artritis de Jaccoud, que debido a la inflamación persistente erosiona las cabezas de los metacarpianos y termina en deformidades típicas de los dedos. Sin

tratamiento, la afección puede durar de 2 a 3 semanas.

**Carditis:** Es la manifestación más grave y la única que puede dejar secuelas y conducir a la muerte. La carditis reumática es una pancarditis característica que afecta el pericardio, el miocardio y los bordes libres de las válvulas valvulares. Su inicio es temprano, generalmente en las tres primeras semanas de la fase aguda, con una duración de hasta dos meses, y se manifiesta clínicamente por insuficiencia de las válvulas mitral y aórtica.

La corea de Sydenham se caracteriza por movimientos rápidos, involuntarios y descoordinados de las extremidades y la cara, así como alteraciones en la conducta y el habla. También puede causar debilidad con pérdida de la capacidad de sujetar objetos, caída del paciente, además de escritura que puede volverse ilegible. Ocurre predominantemente en niñas y adolescentes. El inicio suele ser tardío, meses después de la infección estreptocócica y el brote dura, en promedio, de 2 a 3 meses, y hasta un año. La corea de Sydenham, por sí sola, hace el diagnóstico de FR (4).

**Nódulos subcutáneos:** representan una manifestación rara y están estrechamente asociados con carditis severa. Son firmes, indoloros y móviles, por lo general se presentan en la cara extensora de las articulaciones, particularmente en los codos, las rodillas y las muñecas.

El eritema marginado es la manifestación menos común y afecta áreas como el tronco y partes proximales de las extremidades, sin extenderse más allá de los codos y las rodillas. Son lesiones en forma de anillo, de color rosa brillante, con un centro claro, que se extienden de forma centrípeta, migratorias y con tendencia a diseminarse a través de la piel. Suele acompañarse de carditis y nódulos subcutáneos.

La fiebre puede ser frecuente al comienzo del brote agudo y ocurre en casi

todos los brotes de artritis.

El diagnóstico de FR es clínico y se basa en los Criterios de Jones de la American Heart Association (AHA) en 1992 (tabla 1)

(7) y/o los criterios de Jones revisados por la OMS en 2003 y publicados en 2004 (tabla 2), revisados periódicamente. Cada revisión aumenta la especificidad, pero disminuye la sensibilidad.

**Tabla 1** - Criterios de Jones (1992) para el diagnóstico del brote inicial de fiebre reumática.

Criterios Mayores	Criterios Menores
Carditis	Fiebre
Pericarditis	Artralgias
Corea de Sydenham	Sedimentación eritrosa alta
Eritema marginado	Proteínas C reactivas positivas
Nódulos subcutáneos	Leucocitosis
	Intervalo PR extendido

En cuanto a las presentaciones vinculadas a los Criterios de Jones, es importante destacar que el diagnóstico requiere confirmación con dos criterios mayores, uno mayor y dos menores (Tabla 1), junto con la confirmación de infección previa por BHGA, que se puede verificar durante el RF, elevación de los niveles séricos de anticuerpos de antiestreptolisina (ASLO), así como de marcadores inflamatorios: velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR) y alfa glucoproteína (tabla 3,4).

**Tabla 2** – Criterios diagnósticos de fiebre y cardiopatía reumática crónica – OMS 2002-2003 (basado en los criterios de Jones modificados)

Categorías Diagnósticas	Criterios
Brote inicial o recurrente de FR	2 mayores o 1 mayor y 2 menores + evidencia de faringitis estreptocócica reciente
Brote recurrente de FR en paciente con cardiopatía reumática	2 menores + evidencia de faringitis estreptocócica reciente
Corea de Sydenham, Carditis reumática insidiosa	Otras manifestaciones importantes o evidencia de estreptococos
Lesiones valvulares crónicas de cardiopatía reumática (pacientes que inicialmente presentan estenosis mitral pura, lesión mitral doble y/o enfermedad de la válvula aórtica)	No se necesitan otros criterios para el diagnóstico de CCR

Leyenda: FR = fiebre reumática; CCR = cardiopatía reumática clínica; ESR = tasa de sedimentación de eritrocitos.

**Tabla 3**- Antígenos y anticuerpos correspondientes a estudios de Infecciones por estreptococos del grupo A.

Antígenos	Anticuerpos (test)
Estreptolisina o Estreptococina	ASTO
Hialuronidasa	Anti-estreptococina
ADNasa B	Anti-hialuronidasa
NADasa	Anti-DNasa B
Múltiples Antígenos	Anti-NADasa
	Streptozima

<b>Componentes celulares</b>	Anticuerpos de tipo específico
Proteína M	
Polisacárido específico del grupo	Anti-carbohidrato A

Leyenda: ASTO: anti-estreptolisina o; DNasa B: Deoxi-ribonucleasa B; NADasa: Nicotinamida adenina dinucleotidasa. Adaptado de: Ayoub eM. Strep-tococcal antibody tests in rheumatic fever. Clin Immunol Newsletter 1982;3:107-111

Otros exámenes recomendados, radiología de tórax para investigación de cardiomegalia y signos de congestión pulmonar, electrocardiograma (ECG), donde los hallazgos son inespecíficos, generalmente transitorios, y ecocardiograma.

Una vez realizado el diagnóstico, se debe instaurar prontamente una profilaxis secundaria, permaneciendo la penicilina benzatínica como fármaco de elección (Tabla 4) y perdurando según la afectación cardíaca (Tabla 5).

**Tabla 4** - Recomendaciones para la duración de la profilaxis secundaria.

Medicamentos/ Opciones	Dosis/Vías de Administración	Intervalos
Penicilina G benzatínica	Peso < 20 kg 600.000UI IM Peso ≥ 20 kg 1.200.000UI	21/21 días
Penicilina V	250mg VO	12/12H

En caso de alergia a la penicilina	Peso < 30 kg – 500 mg VO	01x al día
Sulfadiazina	Peso ≥ 30 kg – 1g VO	
En caso de alergia a la penicilina y la sulfadiazina		12/12H
Eritromicina		

VO = por vía oral - J. Vega et al. / Rev. Parag. Reumatol. 2015;1(2):73-84

**Tabla 5** – Recomendaciones para la profilaxis secundaria.

Categoría	Duración
FR con carditis prévia.	Hasta 21 años o 5 años después del último brote, lo que cubra el período más largo.
FR con carditis prévia, insuficiencia mitral leve, residual o resolución de lesión de la válvula.	Hasta 25 años o 10 años después del último brote.
Daño residual moderado a severo de la válvula	Hasta los 40 años o de por vida
Después de la cirugía de válvula	Por toda vida

Leyenda: R = fiebre reumática J. Vega et al. / Rev. Parag. Reumatol. 2015;1(2):73-84

### Informe de caso

Paciente, masculino, blanco, 16 años, estudiante, residente y nacido en Pedro Juan Caballero - Paraguay, atendido el 15/05/2022, en la Clínica I, acompañado de su madre, para seguimiento de rutina. Con diagnóstico de fiebre reumática en tratamiento desde el 2019, el paciente no presenta quejas de dolor, niega otros síntomas y ausencia de fiebre.

Se observa al paciente con biotipo ectomorfo, sin cambios en la marcha, lúcido, colaborador y adopta posición sentada. Los signos vitales incluyen presión

arterial de 110x75 mm/Hg, pulso radial de 85ppm, frecuencia respiratoria de 18 rpm, saturación del 98% y temperatura axilar de 36,3°C.

Paciente no tiene ninguna enfermedad de base, refiere que el padre es hipertenso, la madre no tiene comorbilidades y hay un primo diagnosticado con Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

A la auscultación respiratoria conserva soplos de ápice a base, en ambos hemitórax, y cardiopatía normofonética en 2T, sin soplos ni galopes.

No hay poliartralgia migratoria, limitación del movimiento en las articulaciones de los miembros inferiores y edema.

Vive en una casa con mampostería y saneamiento completo. Hace referencia a una dieta baja en grasas y sodio, niega hábitos tóxicos y hábitos fisiológicos normales.

Paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, sin signos meníngeos. Glasgow 15.

Además, consulta, datos de la tarjeta de atención primaria, registro de atención médica (tabla 6) y diagnóstico de FR en 2019, a los 13 años.

**Tabla 6 – Controles periódicos.**

Fecha	Diagnóstico
11/11/06	Faringoamigdalitis
17/08/06	Rinitis
12/09/06	Rinitis Infectoalérgica
27/10/06	Tratamiento de erupción
18/12/06	Dermatitis Atópica
04/01/07	Faringitis Viral de Repetición

Fu

Fuente: Folleto de la Sociedad Paraguaya de Pediatría.

El paciente refiere que el motivo inicial de consulta fue por cefalea intensa sin mejoría con analgésicos, además de dolor torácico a la palpación, dolor articular de

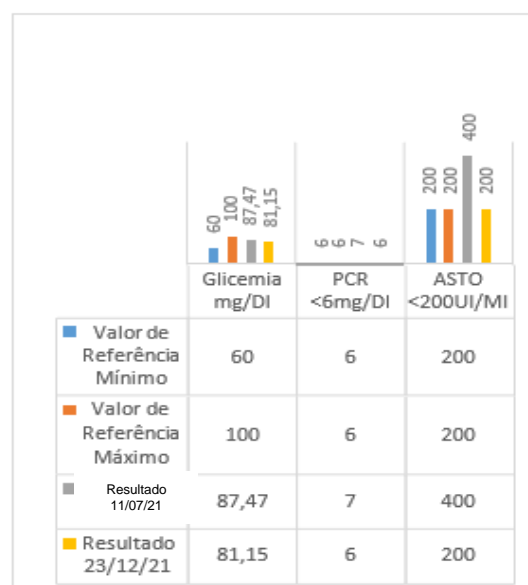
rodilla (bilateral), lumbalgia, palpitaciones al esfuerzo y desmayo. Desde entonces se han realizado una serie de pruebas de imagen, electrocardiogramas y pruebas laboratoriales como diagnóstico diferencial.

En cuanto a la confidencialidad de la información: el paciente solicitó la preservación personal, garantizando la confidencialidad de las imágenes referentes a los resultados de los exámenes.

Se utilizó ecografía renal, prueba de imagen realizada el 07/02/2020 en un Hospital Privado, para evaluar posibles alteraciones renales. Las anomalías no se diagnostican.

Posteriormente se solicitó ECG, realizado el 09/07/2020. El análisis secuencial caracterizó los cambios electrocardiográficos en la Rama Derecha y Haz de His, durante la fase de actividad reumática.

**Gráfico 4 – Pruebas complementarias.**



Fuente: Informe médico del Hospital Privado. PCR: Proteína C reactiva. ASTO: Anticuerpos antiestreptolisina.

Dado el cuadro clínico sugestivo, también se solicitaron exámenes de sangre complementarios. Tras analizar los resultados y cumplir los criterios de Jones

de la American Heart Association (AHA) en 1992 (tabla 1) (7) - con dos criterios mayores: carditis y artritis migratoria; criterio menor: artralgia y criterio obligatorio: títulos elevados de anticuerpos antiestreptolisina - ASTO, el paciente fue diagnosticado de Fiebre Reumática e inició tratamiento con Penicilina G Benzatínica 1.200.000 UI/kg/dosis cada 30 días.

En el seguimiento, después de aproximadamente 90 días, se solicitaron nuevos exámenes y, aunque inespecíficos, no presentaron cambios negativos, con mejoría del cuadro (Gráfico 3).

Sin embargo, como existe el riesgo de una segunda condición aguda, el paciente debe usar antibióticos hasta los 21 años, o 5 a 10 años después del último ataque (Tabla 5), y seguimiento con un cardiólogo.

## Discusión

En el caso clínico, en particular, llama la atención la falta de un diagnóstico infeccioso, la necesidad de anti-DNasa B y el tratamiento de enfermedades asociadas.

Debido a la falta de acceso a la historia clínica inicial, es imprescindible prescribir tratamiento con AINE y/o prednisona.

Además, informar al paciente sobre la importancia del reposo en las primeras 8 - 10 semanas, debido a la carditis.

Una vez que el FR ya está colocado, reconocerlo a través de los Criterios de Jones es fundamental para el manejo terapéutico.

Debido a este problema de salud pública, es necesario promover acciones de medicina preventiva, encaminadas al cuidado de las infecciones del tracto respiratorio superior, previniendo futuras complicaciones de esta enfermedad.

De esta forma, es posible reducir significativamente los impactos negativos en la vida de los niños y jóvenes afectados por esta condición.

## Conclusión

A partir de esta investigación se pudo identificar que la Fiebre Reumática es un problema de salud pública debido al precario acceso de la población a la atención médica, sumado a la difícil realidad socioeconómica, manejo inadecuado de las infecciones estreptocócicas, además del diagnóstico tardío de la enfermedad o abandono del tratamiento.

## Referencias

- (1) Olivier. Aspectos anatomopatológicos de la fiebre reumática. *Rev Soc Cardiol* 2005;15(1):18-27.
- (2) Idem.
- (3) Décourt LV. *Enfermedad Reumática*. São Paulo: Editora Savier; 1972.
- (4) Fiebre Reumática [internet]. [Citado 20 de Mayo de 2022]. <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/pediatria/miscel%C3%A2nea-de-infec%C3%A7%C3%B5es-bacterianas-em-lactentes-ecrian%C3%A7as/febre-reum%C3%A1tica>
- (5) Costa LP, Domiciano DS, Pereira RMR. Características demográficas, clínicas, laboratoriais e radiológicas da febre reumática no Brasil: revisão sistemática. *Rev Bras Reumatol* 2009;49(5):606-10.
- (6) Romero CM, Ángel JF, Bermúdez AC, et al. Febre reumática, Consenso Nacional 2005. *Rev Costarricense Cardiol* 2005;6(5):59-62
- (7) American College of Cardiology Foundation, American Heart Association. *Methodology Manual for ACCF/AHA Guideline Writing Committees: methodologies and policies from the ACCF/AHA task force on practice guidelines*. 2009 Mar. Disponible en: [www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3039683](http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3039683)
- (8) Pereira BAF, Associação Médica

Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Sociedade Brasileira de Pediatria. Projeto Diretrizes: febre reumática [Internet]. 2002. Disponible en:  
[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/051.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/051.pdf)

- ⊙ El trabajo no recibió financiamiento.
- ⊙ Los autores declaran no tener conflictos de interés.
- ⊙ Correspondencias pueden encaminarse al correo electrónico del autor o del equipo editorial.