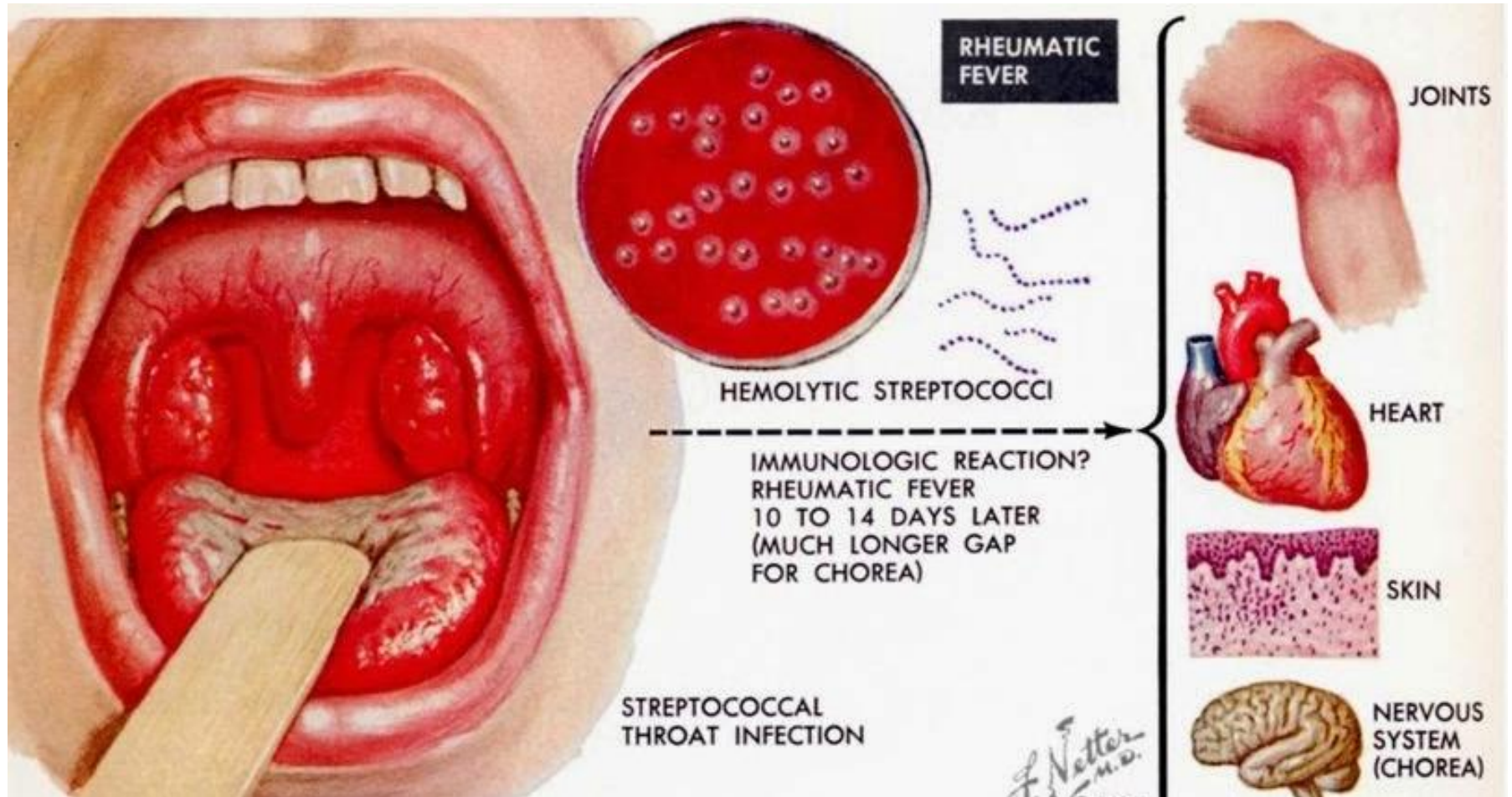


FIEBRE REUMÁTICA EN NIÑOS



Marcos González

clínicas pediátricas

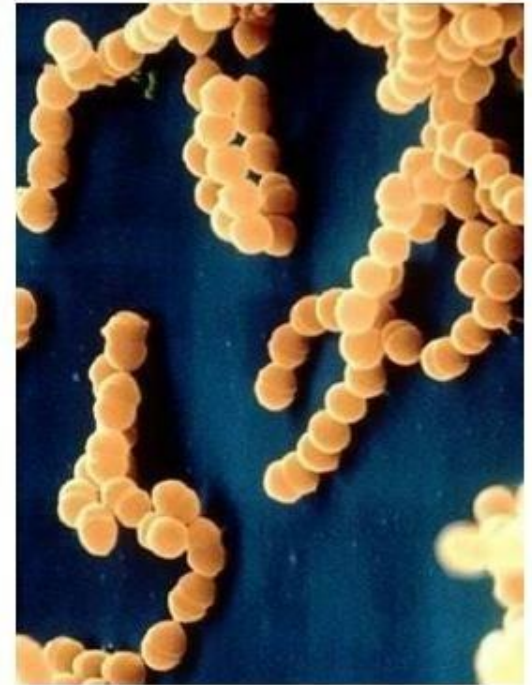
DEFINICIÓN

- **Enfermedad inflamatoria sistémica.**
- **Afecta al tejido conectivo.**
- **Presentación aguda o subaguda.**
- **Secuela retardada de una infección faríngea.**
- **Agente : Estreptococo del grupo A.**
- **Predisposición genética.**
- **Afecta : Corazón, articulaciones y SNC.**



ETIOLOGÍA

- **Es incierta.**
- **Lesión inmunológica.**
- **Secuela de una infección faríngea.**
- **Nunca es secuela de infección de piel.**
- **Agente : Estreptococo A (0.3 – 3 %).**
- **Pueden existir factores :**
 - + Historia familiar de fiebre reumática.**
 - + Bajo estado socioeconómico.**
 - + Edad entre 6-15 años (pico 8 años).**



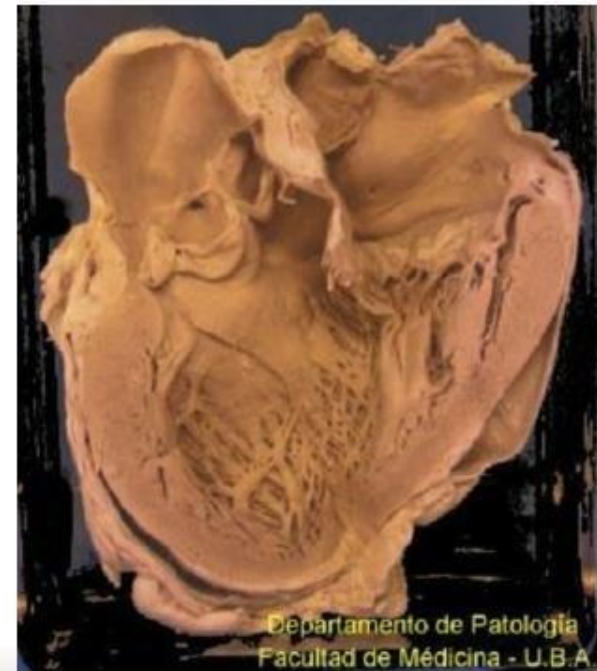


EPIDEMIOLOGÍA

- La frecuencia ha venido decreciendo en el 1er. mundo.
+ Mejores condiciones de vida.
- En los países en desarrollo las estadísticas son escasas :
+ No hay estudios sobre prevalencia e incidencia.
+ No hay estudios sobre la evolución natural a través de los años.

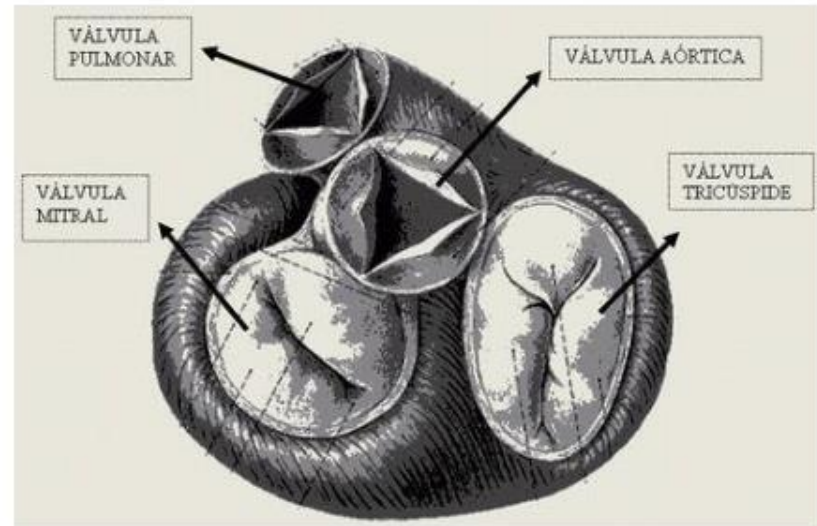
PATOGENIA

- La lesión patológica principal es una reacción inflamatoria difusa exudativa, proliferativa y no supurativa del tejido conectivo.
- Afecta muchas partes del cuerpo pero, más notablemente en el corazón, cerebro, articulaciones y piel.



PATOGENIA

- El compromiso cardiaco es el de una pancarditis.
- La lesión cardíaca es la única que se considera patognomónica : Nódulo de Aschoff.
- La endocarditis consiste en una valvulitis verrucosa :
 - + **Regurgitación valvular.**
 - + **Estenosis (válvula mitral).**



PATOGENIA

- **Auto anticuerpos contra componentes cardiacos específicos.**
- **Reaccionan especialmente con el sarcolema.**
- **Producen el depósito de grandes cantidades de C3.**



PATOGENIA

- **Sinovitis exudativa.**
- **No proliferativa.**
- **No deja cicatriz.**





MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- El cuadro clínico clásico va precedido, 2-4 semanas antes, por una faringoamigdaüitis estreptocócica.
 - Adenomegalias submaxilares o láterocervicates.
 - Disfagia, fiebre alta o moderada.
 - Dolor abdominal.
 - Exantema escarlatiforme.
 - Criterios de Jones : Mayores y menores.
-

CRITERIOS MAYORES

- **Artritis.**
- **Carditis.**
- **Eritema marginado.**
- **Nódulos subcutáneos.**
- **Corea de Sydenham**



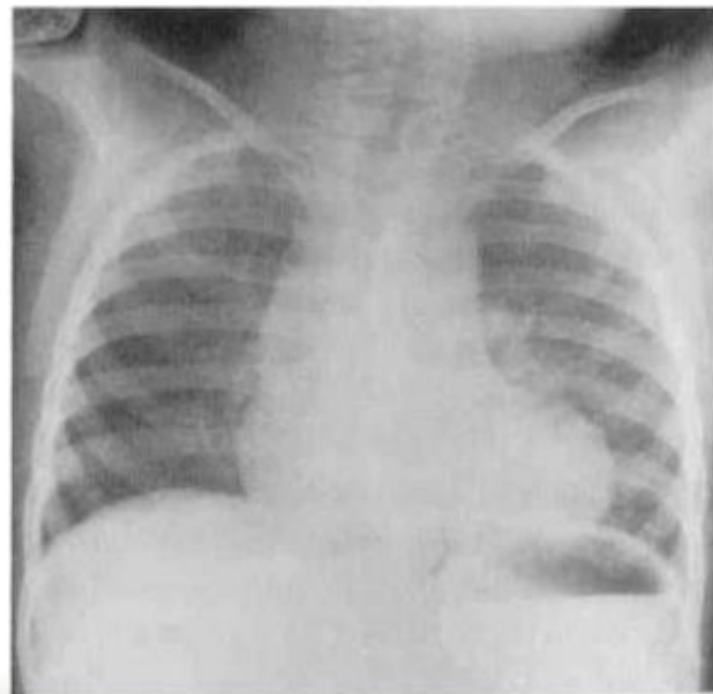
ARTRITIS

- Es la manifestación más común (70% de casos).
- Poliarticular (rodilla, codos y tobillos).
- Migratoria y aguda.
- Signos de Celsius.
- Responde dramáticamente al tratamiento.
- Nunca deja secuelas.



CARDITIS

- **Ocurre en el 40-50% de casos.**
- **Taquicardia.**
- **Soplo (causado por ingurgitación mitral y/o aórtica).**
- **Pericarditis.**
- **Cardiomegalia.**
- **Signos de insuficiencia cardíaca congestiva.**



ERITEMA MARGINADO

- **Ocurre en menos del 10%.**
- **Rush no pruriginoso, serpiginoso y eritematoso.**
- **Más prominente en el tronco y en porciones proximales de extremidades.**
- **Nunca en cara.**
- **Es fugaz.**



NÓDULOS SUBCUTÁNEOS

- **2 - 10% de los casos.**
- **Duros, no dolorosos, no pruriginosos, móviles, de 0.2 - 2 cm. de diámetro.**
- **Simétricos, únicos o en grupo.**
- **En las superficies extensoras de articulaciones, cuero cabelludo o en la columna.**
- **No son transitorios, duran por semanas.**
- **Se asocian a carditis.**



COREA DE SYDENHAM

- **15 % de casos.**
- **Mayor en niñas (8-12 años).**
- **Trastorno neuropsiquiátrico.**
- **Movimientos involuntarios sin objeto e hipotonía.**
- **Inestabilidad emocional.**
- **Hiperactividad.**
- **Ansiedad.**
- **Obsesión.**
- **Compulsión.**





CRITERIOS MENORES

- **Artralgia.**
 - **Fiebre. Se presenta tempranamente en el curso de la enfermedad no tratada.**
 - **Reactantes de fase aguda, VSG y PCR elevadas, leucocitosis, alfa-2 gammaglobulinas aumentadas.**
 - **Alteraciones en ECG : alargamiento del espacio P-R. Es específico para fiebre reumática.**
-



SIGNOS DE INFECCIÓN ESTREPTOCÓCICA

- Imprescindibles para establecer el diagnóstico.
 - + **Existencia de una escarlatina reciente.**
 - + **Cultivo faríngeo.**
 - + **Título de ASO elevado (más de 333 U Todd)**
 - + **Otros antígenos estreptocócicos.**
-

DIGNÓSTICO

- Imprescindibles para establecer el diagnóstico.
- No hay prueba *de* laboratorio ni signo clínico patognomónico.
- Se basa en los criterios de Jones y evidencia de infección estreptocócica reciente :
 - + **Dos criterios mayores.**
 - + **Un criterio mayor y dos menores.**
- Excepciones en los criterios de Jones :
 - + **Corea de Sydenham.**
 - + **Carditis indolente.**
 - + **Fiebre reumática recurrente.**



DIGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Artritis reumatoidea juvenil.**
 - **Otras enfermedades vasculares y del colágeno :**
 - + Lupus eritematoso sistémico.**
 - + Artritis reactiva.**
 - + Enfermedad del suero.**
 - + Artritis infecciosa.**
 - **Asociación de virus y artritis aguda : Rubéola, parvovirus, hepatitis B, herpesvirus, enterovirus.**
 - **Desórdenes hematológicos : Anemia drepanocítica, leucemia.**
-

Diagnóstico.

- ▶ La asociación de criterios de Jones y la evidencia de infección estreptocócica reciente, hacen muy probable el diagnóstico.
- ▶ 2 criterios mayores
- ▶ 1 criterio mayor y 2 menores

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	



EVOLUCIÓN CLÍNICA

- **Carditis :**
 - + **Sólo la carditis puede causar daño permanente.**
 - + **Carditis moderada desaparece en semanas.**
 - + **Carditis severa puede durar de 2-6 meses.**
 - **Artritis :**
 - + **Dura pocos días a varias semanas, aún sin tratamiento.**
 - + **No causa daño permanente.**
 - **Corea :**
 - + **Desaparece gradualmente en 6 - 7 meses.**
 - + **Usualmente no hay secuelas neurológicas permanentes.**
-



TRATAMIENTO

- **Orientado a :**
 - + **Eliminar el germen.**
 - + **Controlar la inflamación.**
 - + **Prevenir las posibles secuelas.**
 - **Reposo es indispensable :**
 - + **En la fase aguda : 2-3 semanas mínimo.**
 - + **Si hay carditis : 6 semanas.**
 - **Tratamiento antiinflamatorio inmediato.**
 - **Tratamiento antibiótico : Penicilina benzatínica.**
-

TRATAMIENTO

Manifestaciones Tratamiento

Artritis moderada o grave y/o carditis leve sin cardiomegalia ni insuficiencia cardiaca

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 cardiaca

Prednisona 1- 2 mg / kg / d (2 - 3sem)
Al reducir la dosis , continuar con salicilatos 60 - 70 mg / kg /d (4 - 8 sem)

TRATAMIENTO

Fármacos Erradicación del estreptococo G A

Penicilina - benzatínica

600.000 U IM (- 30 kg)
1.200.000 U IM (+ 30 kg)

Penicilina V

125 mg / 12 h, oral , 10 d (- 30 kg)
250 mg / 12 h, oral , 10 d (+30kg)

Sulfadiazina

No recomendada

Eritromicina (alergia a penicilina)

40 mg / kg / d , oral , 10 d



PROFILAXIS

- En función del tratamiento adecuado de las infecciones respiratorias producidas por el estreptococo del grupo A.
 - Prevención primaria : Prevención de los ataques iniciales de FR aguda.
 - + **Correcto diagnóstico.**
 - + **Correcto tratamiento de las infecciones faringoamígdalares.**
-

PROFILAXIS

Prevención secundaria : Prevención de las recaídas tras un primer ataque de FR aguda.

+ Precisa de un programa continuo de profilaxis.

Farmaco	Dosis-intervalo	Via
Penicilina Benzatinica	1,200,000 U, 3 sem.	IM
Penicilina V	250 mg/ 12 horas	Oral
Eritromicina (alérgicos)	250 mg/ 12 horas	Oral
Sulfadiazina	0.5 g/ día (-30 kg) 1 g/ día (+30 kg)	Oral Oral

Duración: Sin carditis, 5 años desde el último brote, 0 hasta los 20 años.

Con carditis, toda ía vida



PROFILAXIS

- **Prevención terciaria : Profilaxis de la endocarditis infecciosa en pacientes con secuelas de cardiopatía reumática.**
-