https://printo.it/pediatric-rheumatology/CL/intro

Fiebre Reumática Y Artritis Reactiva Post-Estreptocócica

Versión de 2016

2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

2.1 ¿Cómo se diagnostica?

Desafortunadamente no existe una prueba específica o un signo que confirme por sí sola el diagnóstico de fiebre reumática. Por este motivo se utilizan los criterios de Jones, que ayudan a establecer el diagnostico con la combinación de criterios mayores y menores. Estos criterios están compuestos por manifestaciones clínicas, como artritis, carditis, corea, compromiso cutáneo, fiebre, alteraciones de laboratorio que orientan a infección estreptocócica y cambios en la conducción del latido cardiaco, observados en un electrocardiograma pueden ayudar a establecer el diagnóstico. La evidencia de una infección estreptocócica que preceda a este cuadro es generalmente necesaria para el diagnóstico.

2.2 ¿Qué enfermedades se parecen a la fiebre reumática?

Existe una enfermedad llamada «artritis reactiva post-estreptocócica» que también se produce tras la faringitis estreptocócica, pero que presenta artritis de mayor duración y que tiene un riesgo menor de carditis. La artritis idiopática juvenil es otra enfermedad que puede confundirse con la fiebre reumática, pero la duración de la artritis es superior a las 6 semanas. Otras enfermedades que cursan con artritis y fiebre y pueden dar manifestaciones similares a la fiebre reumática son: la enfermedad de Lyme, la leucemia o las artritis reactivas causadas por otras bacterias o virus. En ocasiones se puede realizar un

diagnóstico erróneo de fiebre reumática en niños con soplos benignos o soplos por enfermedades cardíacas congénitas o adquiridas

2.3 ¿Cuál es la importancia de los análisis?

Algunas pruebas son esenciales para el diagnóstico y el seguimiento. Para el diagnóstico de fiebre reumática es preciso confirmar que ha habido infección por estreptococo.
En la mayoría de los pacientes no hay signos de infección de garganta y el sistema inmunitario ha eliminado los estreptococos de la garganta en el momento del inicio de la enfermedad, por lo que el frotis faríngeo no será de ayuda. Existen análisis de sangre para detectar los anticuerpos generados contra los estreptococos, conocidos como anti-estreptolisina O (ASLO) o DNAsa B. Un aumento de los títulos (niveles) de estos anticuerpos en muestras separadas por 2 a 4 semanas, indica infección reciente. Sus niveles no se correlacionan con la gravedad de la enfermedad. Al igual que en otras enfermedades reumatológicas, los análisis muestran signos de inflamación sistémica en casi todos los pacientes, excepto en aquellos niños que presentan como único síntoma la corea, estos pacientes pueden tener ,también, valores normales de ASLO, lo que dificulta su diagnóstico.
Un resultado elevado del ASLO y DNAsa B debe valorarse en un contexto clínico, puesto que, por sí solo, no implica en absoluto que exista una fiebre reumática. De hecho, muchos niños sanos presentan una elevación de estos, sin otros síntomas de la enfermedad.

2.4 ¿Cómo se detecta la carditis?

El síntoma más frecuente de la carditis es la aparición de un soplo cardíaco, consecuencia de la inflamación de las válvulas del corazón, y suele detectarse mediante la auscultación de los sonidos cardíacos por parte del médico. Un electrocardiograma, que registra la actividad eléctrica del corazón, es útil para evaluar la presencia de compromiso cardíaco. La radiografía de tórax puede servir para comprobar si existe un aumento de tamaño del corazón. Un examen muy sensible para detectar carditis es el Ecocardiograma Doppler o ultrasonido cardiaco. Estas pruebas son indoloras y la única molestia es que el niño debe mantenerse quieto durante su realización.
Una vez que se sospecha carditis se pueden realizar pruebas más

complejas y sensibles como un ecocardiograma con Doppler. Estas pruebas son indoloros y la única molestia es que el niño debe mantenerse quieto durante su realización.

2.5 ¿Puede tratarse o curarse?

La fiebre reumática es un problema importante de salud en algunos lugares del mundo, pero puede prevenirse tratando la faringitis estreptocócica cuando se detecta. El tratamiento con antibióticos iniciado en el plazo de 9 días tras el comienzo de la faringitis es efectivo a la hora de prevenir la fiebre reumática aguda. Los síntomas de la fiebre reumática se tratan con medicamentos antiinflamatorios no esteroideos. La recuperación completa es frecuente, a no ser que la carditis haya dañado las válvulas cardíacas.
En la actualidad, se están llevando a cabo investigaciones para producir una vacuna que pueda proteger frente a los estreptococos: la prevención de la infección inicial proporcionaría protección frente a la reacción anómala del sistema inmunitario. Este enfoque podría convertirse en la prevención de la fiebre reumática en el futuro.

2.6 ¿Cuáles son los tratamientos?

Durante los últimos años, no han habido nuevas recomendaciones de tratamiento. Mientras la aspirina ha permanecido como la base del tratamiento, la acción exacta de su efecto sigue sin estar clara, aunque parece estar relacionada con sus propiedades antiinflamatorias. Otros antiinflamatorios no esteroideos (AINES) están recomendados para tratar la artritis, durante 6 u 8 semanas, o hasta que esta desaparezca. Para la carditis grave, se recomienda reposo en cama y, en algunos casos, corticoesteroides (prednisona) por vía oral durante 2 o 3 semanas, reduciendo la dosis del fármaco de forma gradual tras controlar la inflamación.
En caso de corea, es necesario el apoyo de los padres en los cuidados personales y en las tareas escolares. La corea se puede tratar con esteroides, haloperidol o ácido valproico. Los efectos secundarios habituales de estos fármacos son temblor y somnolencia, que pueden controlarse con facilidad ajustando la dosis. A pesar de recibir un tratamiento adecuado los movimientos anormales pueden durar varios meses.

Tras confirmar el diagnóstico, se recomienda la protección a largo plazo con antibióticos para evitar la reaparición de la fiebre reumática aguda.

2.7 ¿Cuáles son los efectos secundarios del tratamiento farmacológico?

Tanto los salicilatos, como otros antiinflamatorios no esteroideos suelen ser bien tolerados. La utilización de los corticoesteroides , a dosis altas, puede producir ganancia de peso, acné, estrías y aumento del vello corporal. Dado que la prevención de la enfermedad se basa en la administración periódica de penicilina, conviene tener presente que existe un riesgo, aunque muy bajo, de que el paciente desarrolle alergia a la penicilina. Las inyecciones de penicilina son dolorosas, lo que complica el cumplimiento del tratamiento preventivo.

2.8 ¿Cuánto tiempo debería durar la prevención secundaria?

El riesgo de recaída es alto durante los primeros 3 ó 5 años tras el inicio de la enfermedad y el riesgo de desarrollar carditis aumenta con cada episodio de la enfermedad. Durante este tiempo, para todos los pacientes que hayan presentado fiebre reumática, independientemente de su gravedad, se recomienda el tratamiento con antibióticos para evitar nuevas infecciones por estreptococos, ya que las formas leves también pueden presentar brotes.

La mayoría de los médicos están de acuerdo en que la prevención con antibióticos debe continuar durante al menos 5 años tras el último ataque, o hasta que el niño tenga 21 años. En caso de carditis sin daño cardíaco, se recomienda la profilaxis secundaria durante 10 años o hasta que el paciente tenga 21 años de edad (lo que sea más largo). Si se produce daño cardíaco, se recomiendan 10 años de profilaxis, o hasta la edad de 40 años, o más tarde, si la enfermedad se ha complicado y ha precisado valvuloplastia (sustitución de válvulas).

Se recomienda la prevención de la endocarditis bacteriana con antibióticos para todos los pacientes con daño en las válvulas cardíacas que se sometan a extracciones o manipulaciones dentales, o a cualquier cirugía. Esta medida es necesaria porque las bacterias pueden moverse de un sitio a otro del cuerpo, especialmente desde la boca, y causar infección de las válvulas cardíacas.

2.9 ¿Existe algún tratamiento no convencional o complementario?

Existen muchos tratamientos complementarios y alternativos disponibles, esto puede confundir a los pacientes y a sus familiares. Piense con atención los riesgos y beneficios de probar estos tratamientos, puesto que el beneficio demostrado es escaso y pueden ser costosos, tanto en términos de tiempo, carga para el niño y dinero. Si desea explorar tratamientos complementarios y alternativos, conviene comentar estas opciones con su reumatólogo pediátrico. Algunas estrategias pueden interaccionar con los medicamentos convencionales. La mayoría de los médicos no se opondrán a los tratamientos complementarios, siempre y cuando se siga el consejo médico. Es muy importante que no deje de tomar los medicamentos que le han recetado. Cuando se necesitan medicamentos como los corticoesteroides para mantener la enfermedad bajo control, puede ser muy peligroso dejar de tomarlos si la enfermedad sigue activa. Comente con el médico de su hijo las preocupaciones que pueda tener acerca de los medicamentos.

2.10 ¿Qué tipo de revisiones periódicas son necesarias?

Es necesario realizar controles periódicos que se mantendrán a largo plazo. Se recomienda un seguimiento más estrecho en los casos que presenten carditis y corea. Tras la remisión de los síntomas, se debe establecer un calendario para el tratamiento preventivo y para las revisiones por parte del cardiólogo.

2.11 ¿Cuánto tiempo durará la enfermedad?

Los síntomas agudos de la enfermedad remiten en varios días o semanas. Sin embargo, siempre existe el riesgo de recurrencia sobre todo en los primeros 5 años tras la enfermedad. La afectación cardíaca puede causar síntomas de por vida. El mantenimiento del tratamiento preventivo (profilaxis) con penicilina es obligatorio para disminuir la probabilidad de recaídas.

2.12 ¿Cuál es la evolución a largo plazo (el pronóstico) de la

enfermedad?

Las recaídas son impredecibles, tanto en lo relativo a cuándo sucederán como a su intensidad. El haber tenido una carditis en el primer brote, aumenta el riesgo de tener secuelas, aunque se puede producir una curación completa. En ocasiones es necesaria la cirugía de recambio valvular para los pacientes con lesiones significativas en las válvulas del corazón.

2.13 ¿Es posible recuperarse completamente?

La recuperación completa es posible, a menos que la carditis haya dado lugar a un daño grave en las válvulas cardíacas.