



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

Febre Reumática e Artrite Reactiva Postestreptocócica

Versión de 2016

2. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

2.1 Como se diagnostica?

Desafortunadamente non existe ningunha proba que confirme por si soa o diagnóstico de febre reumática. Por este motivo utilízanse os criterios de Jones, que esixen a combinación de criterios maiores e menores. Estes criterios están compostos polas manifestacións clínicas da febre reumática, afectación cutánea, cardite, artrite, corea, outras e por achados en probas de laboratorio e no electrocardiograma, en nenos con infección estreptocócica recente comprobada.

2.2 Que enfermidades se parecen á febre reumática?

Existe unha enfermidade chamada «artrite reactiva postestreptocócica» que tamén se produce tras a farinxite estreptocócica, pero que presenta artrite de maior duración e que ten un risco menor de cardite. A artrite idiopática xuvenil é outra enfermidade que pode confundirse coa febre reumática, pero a duración da artrite é superior ás 6 semanas. Outras enfermidades que cursan con artrite e febre e poden dar manifestacións similares á febre reumática son: a enfermidade de Lyme, a leucemia ou as artrites reactivas causadas por outras bacterias ou virus. En ocasións pódese realizar un diagnóstico erróneo de febre reumática en nenos con sopros benignos ou sopros por enfermidades cardíacas conxénitas ou adquiridas

2.3 Cal é a importancia das análises?

Algunhas probas son esenciais para o diagnóstico e o seguimento. Para o diagnóstico de febre reumática é preciso confirmar que houbo infección por estreptococo.

Na maioría dos pacientes non hai signos de infección de garganta e o sistema inmunitario eliminou os estreptococos da garganta no momento do inicio da enfermidade, polo que o frotis farínxeo non será de axuda. Existen análises de sangue para detectar os anticorpos xerados contra os estreptococos, coñecidos como anti-estreptolisina ou (ASLO) ou DNAsa B. Un aumento dos títulos (niveis) destes anticorpos en mostras separadas por 2 a 4 semanas, indica infección recente. Os seus niveis non se correlacionan coa gravidade da enfermidade. Do mesmo xeito que noutras enfermidades reumatolóxicas, as análises mostran signos de inflamación sistémica en case todos os pacientes, excepto naqueles nenos que presentan como único síntoma a corea, estes pacientes poden ter, tamén, valores normais de ASLO, o que dificulta o seu diagnóstico.

Un resultado elevado do ASLO e DNAsa B debe valorarse nun contexto clínico, posto que, por si só, non implica en absoluto que exista unha febre reumática. De feito, moitos nenos sans presentan unha elevación destes, sen outros síntomas da enfermidade.

2.4 Como se detecta a cardite?

O síntoma máis frecuente da cardite é a aparición dun sopro cardíaco, consecuencia da inflamación das válvulas do corazón, e adoita detectarse mediante a auscultación dos sons cardíacos por parte do médico. Un electrocardiograma, que rexistra a actividade eléctrica do corazón, é útil para valorar a presenza de afectación cardíaca. A radiografía de tórax pode servir para comprobar se existe un aumento de tamaño do corazón.

Unha vez que se sospeita cardite pódense realizar probas máis complexas e sensibles como un ecocardiograma con Doppler. Estas probas son indoloras e a única molestia é que o neno debe manterse quieto durante a súa realización.

2.5 Pode tratarse ou curarse?

A febre reumática é un problema importante de saúde nalgúns lugares

do mundo, pero pode previrse tratando a farinxite estreptocócica nada máis se detecta. O tratamento con antibióticos iniciado no prazo de 9 días tras o comezo da farinxite é efectivo á hora de previr a febre reumática aguda. Os síntomas da febre reumática trátanse con medicamentos antiinflamatorios non esteroideos. A recuperación completa é frecuente, a non ser que a cardite danase as válvulas cardíacas.

Na actualidade, están a levarse a cabo investigacións para producir unha vacina que poida protexer fronte aos estreptococos: a prevención da infección inicial proporcionaría protección fronte á reacción anómala do sistema inmunitario. Este enfoque podería converterse na prevención da febre reumática no futuro.

2.6 Cales son os tratamentos?

Durante os últimos anos, non houbo novas recomendacións de tratamento. Mentres a aspirina permaneceu como a base do tratamento, a acción exacta do seu efecto segue sen estar clara, aínda que parece estar relacionada coas súas propiedades antiinflamatorias. Outros antiinflamatorios non esteroideos (AINES) están recomendados para tratar a artrite, durante 6 ou 8 semanas, ou ata que esta desapareza.

Para a cardite grave, recoméndase repouso en cama e, nalgúns casos, corticoesteroides (prednisona) por vía oral durante 2 ou 3 semanas, reducindo a dose do fármaco de forma gradual tras controlar a inflamación.

En caso de corea, é necesario o apoio dos pais nos coidados persoais e nas tarefas escolares. A corea pódese tratar con esteroides, haloperidol ou ácido valproico. Os efectos secundarios habituais destes fármacos son tremor e somnolencia, que poden controlarse con facilidade axustando a dose. A pesar de recibir un tratamento adecuado os movementos anormais poden durar varios meses.

Tras confirmar o diagnóstico, recoméndase a protección a longo prazo con antibióticos para evitar a reaparición da febre reumática aguda.

2.7 Cales son os efectos secundarios do tratamento farmacolóxico?

Tanto os salicilatos, como outros antiinflamatorios non esteroideos

adoitan ser ben tolerados. A utilización dos corticoesteroides, a doses altas, pode producir ganancia de peso, acne, estrías e aumento da lanuxe corporal. Dado que a prevención da enfermidade baséase na administración periódica de penicilina, convén ter presente que existe un risco, aínda que moi baixo, de que o paciente desenvolva alerxia á penicilina. As inxeccións de penicilina son dolorosas, o que complica o cumprimento do tratamento preventivo.

2.8 Canto tempo debería durar a prevención secundaria?

O risco de recaída é alto durante os primeiros 3 ou 5 anos tras o inicio da enfermidade e o risco de desenvolver cardite aumenta con cada episodio da enfermidade. Durante este tempo, para todos os pacientes que presentasen febre reumática, independentemente da súa gravidade, recoméndase o tratamento con antibióticos para evitar novas infeccións por estreptococos, xa que as formas leves tamén poden presentar brotes.

A maioría dos médicos están de acordo en que a prevención con antibióticos debe continuar durante polo menos 5 anos tras o último ataque, ou ata que o neno teña 21 anos. En caso de cardite sen dano cardíaco, recoméndase a profilaxe secundaria durante 10 anos ou ata que o paciente teña 21 anos de idade (o que sexa máis longo). Se se produce dano cardíaco, recoméndanse 10 anos de profilaxe, ou ata a idade de 40 anos, ou máis tarde, se a enfermidade se complicou e precisou valvuloplastia (substitución de válvulas).

Recoméndase a prevención da endocardite bacteriana con antibióticos para todos os pacientes con dano nas válvulas cardíacas que se sometan a extraccións ou manipulacións dentais, ou a calquera cirurxía. Esta medida é necesaria porque as bacterias poden moverse dun sitio a outro do corpo, especialmente desde a boca, e causar infección das válvulas cardíacas.

2.9 Existe algún tratamento non convencional ou complementario?

Existen moitos tratamentos complementarios e alternativos dispoñibles, isto pode confundir os pacientes e os seus familiares. Pense con atención os riscos e beneficios de probar estes tratamentos, posto que o beneficio demostrado é escaso e poden ser custosos, tanto en termos

de tempo, carga para o neno e diñeiro. Se desexa explorar tratamentos complementarios e alternativos, convén comentar estas opcións co seu reumatólogo pediátrico. Algunhas estratexias poden interaccionar cos medicamentos convencionais. A maioría dos médicos non se opoñerán aos tratamentos complementarios, a condición de que se siga o consello médico. É moi importante que non deixe de tomar os medicamentos que lle receitaron. Cando se necesitan medicamentos como os corticoesteroides para manter a enfermidade baixo control, pode ser moi perigoso deixar de tomalos se a enfermidade segue activa. Comente co médico do seu fillo as preocupacións que poida ter sobre os medicamentos.

2.10 Que tipo de revisións periódicas son necesarias?

É necesario realizar controis periódicos que se manterán a longo prazo. Recoméndase un seguimento máis estreito nos casos que presenten cardite e corea. Tras a remisión dos síntomas, débese establecer un calendario para o tratamento preventivo e para as revisións por parte do cardiólogo.

2.11 Canto tempo durará a enfermidade?

Os síntomas agudos da enfermidade remiten en varios días ou semanas. Con todo, sempre existe o risco de recorrencia sobre todo nos primeiros 5 anos tras a enfermidade. A afectación cardíaca pode causar síntomas para sempre. O mantemento do tratamento preventivo (profilaxe) con penicilina é obrigatorio para diminuír a probabilidade de recaídas.

2.12 Cal é a evolución a longo prazo (o prognóstico) da enfermidade?

As recaídas son impredecibles, tanto no relativo a cando sucederán como á súa intensidade. O ter unha cardite no primeiro brote, aumenta o risco de ter secuelas, aínda que se pode producir unha curación completa. En ocasións é necesaria a cirurxía de recambio valvular para os pacientes con lesións significativas nas válvulas do corazón.

2.13 É posible recuperarse completamente?

A recuperación completa é posible, a menos que a cardite dese lugar a un dano grave nas válvulas cardíacas.