https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/CO/intro

Fiebre reumática y artritis reactiva post-estreptocócica

Version of 2016

2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

2.1 ¿Cómo se diagnostica?

Lamentablemente no existe ningún examen de laboratorio que por sí solo confirme el diagnóstico de fiebre reumática. En su lugar el diagnóstico se sustenta en la presencia de los criterios de Jones. Estos criterios consisten en una combinación de manifestaciones clínicas (artritis, carditis, corea, eritema marginado, nódulos subcutáneos) y de algunos estudios de laboratorio y alteraciones en el electrocardiograma , en niños con el antecedente comprobado de infección reciente en la garganta por estreptococo del grupo A.

2.2 ¿Qué enfermedades se parecen a la fiebre reumática?

Existe una enfermedad llamada «artritis reactiva post-estreptocócica» que también se produce tras la infección de la garganta por el estreptococo del grupo A, 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 mayor a las 6 semanas y frecuentemente se asocia a otros síntomas. Otras enfermedades que cursan con artritis y fiebre y pueden dar manifestaciones similares a la fiebre reumática son: la leucemia o las artritis reactivas causadas por otras bacterias o virus En ocasiones de forma errónea puede diagnosticarse fiebre reumática en niños que tienen soplos por otras causas diferentes a esta enfermedad. De allí que se requiera de una evaluación y seguimiento

cuidadosos

2.3 ¿Cuál es la importancia de los exámenes de laboratorio?

Algunos exámenes son esenciales para el diagnóstico y el seguimiento. Para el diagnóstico de fiebre reumática es preciso confirmar que ha habido infección por estreptococo.
Como los síntomas de la fiebre reumática se producen un tiempo después de la infección de garganta por el estreptococo, la mayoría de los pacientes no tendrá signos de infección al momento de presentar la enfermedad. Existen exámenes de sangre que demuestran evidencia de infección reciente por este germen, detectando los anticuerpos producidos contra el estreptococo por el sistema inmune, conocidos como antiestreptolisina O (ASLO, AELOS o ASTOS) o DNAsa B (no disponible en nuestro país). Un aumento en los niveles de estos anticuerpos en muestras separadas por 2 a 4 semanas, es indicativo de infección reciente por estreptococo, mas no de gravedad de la enfermedad. Al igual que en otras enfermedades reumatológicas, otros exámenes de sangre como la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR) estarán alterados indicando inflamación. Una excepción son los niños con corea; la cual, se presenta varios meses después de la infección de garganta por estreptococo, de allí que ni en la garganta ni en la sangre se encuentre evidencia alguna de tal infección (AELO no aumentados) ni signos de inflamación (es decir la VSG y la PCR pueden estar normales)
Los niños sanos pueden tener los AELOS elevados, por lo cual este hallazgo aislado (sin otros síntomas o manifestaciones clínicas) no implica el diagnóstico de fiebre reumática.

2.4 ¿Cómo se detecta la carditis?

El síntoma más frecuente de la carditis (inflamación del corazón) es la aparición de un soplo cardíaco debido a la inflamación de las válvulas del corazón y se detecta cuando el médico escucha los ruidos cardiacos con el fonendoscopio. El electrocardiograma es útil ya que permite detectar alteraciones en la actividad eléctrica del corazón que pueden producirse cuando hay carditis. La radiografía de tórax puede mostrar aumento del tamaño del corazón.
Una vez que se sospecha la carditis, pueden realizarse otros estudios

que brindan información más completa, como el ecocardiograma. La realización del ecocardiograma no es dolorosa y la única molestia es que el niño debe permanecer quieto mientras se realiza el examen.

2.5 ¿Puede tratarse o curarse?

La fiebre reumática es un problema de salud importante en algunos lugares del mundo, sin embargo puede prevenirse al tratar con antibióticos la infección de garganta por estreptococo una vez es diagnosticada. El tratamiento con los antibióticos adecuados durante los primeros nueve días de aparición de la faringitis es muy efectiva a la hora de prevenir la fiebre reumática. Una vez se ha presentado, los síntomas como la artritis pueden tratarse con anti inflamatorios no esteroides (AINE) incluida la aspirina (ASA). Cuando la inflamación del corazón es muy grave puede requerirse de tratamiento con esteroides orales (prednisolona). Lo más frecuente es que los pacientes se recuperen por completo excepto si la carditis produjo daño en las válvulas cardíacas el cual es irreversible, de allí la importancia de la prevención de las recurrencias y el tratamiento temprano de la infección.

En la actualidad, se están llevando a cabo investigaciones para desarrollar una vacuna que pueda proteger frente a los estreptococos: el prevenir la infección inicial protegería contra la reacción anormal del sistema de defensas. Este podría ser el enfoque de la prevención en el futuro.

2.6 ¿Cuáles son los tratamientos?

La aspirina ha permanecido como la base del tratamiento, aunque su efecto sigue sin estar claro, su acción parece estar relacionada con sus propiedades anti inflamatorias. Otros anti inflamatorios no esteroideos (AINE) están recomendados para el tratamiento de la inflamación de las articulaciones durante 6 a 8 semanas o hasta que desaparezca

Para la carditis grave, se recomienda el reposo en cama y en algunos casos esteroides orales (prednisolona) durante dos o tres semanas, disminuyendo la dosis del medicamento gradualmente una vez se ha controlado la inflamación.

En caso de corea, se requiere el apoyo de los padres en el cuidado personal y en la realización de las tareas escolares. La corea requerirá

tratamiento con medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central como el haloperidol y el ácido valpróico, los cuales pueden producir somnolencia, temblor y alteraciones en la sangre (ácido valpróico) que pueden resolverse ajustando la dosis. En casos seleccionados el médico podrá indicar tratamiento con esteroides orales (prednisolona). A pesar de recibir tratamiento adecuado, los movimiento anormales pueden durar varios meses.
Una vez se ha confirmado el diagnóstico, se recomienda la aplicación periódica de antibiótico a largo plazo, de forma preventiva para evitar nuevos episodios de fiebre reumática (prevención secundaria)

2.7 ¿Cuáles son los efectos secundarios del tratamiento farmacológico?

Tanto la aspirina como otros anti inflamatorios no esteroideos como el naproxeno y el ibuprofeno suelen ser bien tolerados, sin embargo se recomienda su administración con "estómago lleno" y con abundante agua. La utilización de esteroides orales (prednisolona) en dosis altas, puede producir aumento del apetito y ganancia de peso, acné, estrías, aumento del vello corporal, muchos de estos efectos mejoran en la medida en que se ajusta la dosis. La disminución de la dosis y su suspensión definitiva debe hacerse bajo estricto control médico. Dado que la administración periódica de penicilina es la base de la prevención de nuevos ataques de fiebre reumática (prevención secundaria o proflilaxis), existe un riesgo (aunque muy bajo) de desarrollar alergia a la penicilina, por lo que su aplicación debe llevarse a cabo en instituciones de salud que cuenten con servicio de urgencias. Las inyecciones de penicilina son dolorosas lo que puede complicar el cumplimiento de la profilaxis

2.8 ¿Cuánto tiempo debería durar la prevención secundaria?

El riesgo de nuevos episodios de fiebre reumática después de que se ha sufrido un primer ataque (recurrencia), es más alto los primeros 3 a 5 años luego del inicio de la enfermedad. Con cada recurrencia, aumenta cada vez más el riesgo de desarrollar carditis. Se recomienda entonces que los pacientes que han sufrido un primer ataque, reciban tratamiento periódico con penicilina para evitar nuevas infecciones por estreptococo.

La mayoría de los médicos están de acuerdo en que después de un primer ataque de fiebre reumática, la aplicación periódica de antibiótico (profilaxis secundaria) debe continuar al menos durante cinco años o hasta que el niño tenga 21 años. Si hubo inflamación del corazón así haya habido recuperación completa, se recomienda la profilaxis durante 10 años o hasta que el paciente tenga 21 años (lo que sea más largo). Si hubo daño permanente al corazón, la profilaxis debe durar 10 años o hasta los 40 años de edad e incluso hasta más tarde si hubo daño a las válvulas del corazón y se requirió cirugía para sustituirlas
Los pacientes con daño permanente en las válvulas cardíacas que requieran extracciones o manipulaciones dentales, deben recibir antibióticos previo a los procedimientos para prevenir una enfermedad llamada endocarditis bacteriana, la cual consiste en la infección de las válvulas cardíacas por bacterias que migran desde otra parte del cuerpo (como la boca)

2.9 ¿Existe algún tratamiento no convencional o complementario?

Posiblemente escuche de "tratamientos alternativos", lo cual puede causarle confusión. Antes de decidirse a probar estos tratamientos piense con atención en los riesgos. En términos generales, el tratamiento ordenado por el médico es el que ha mostrado los mayores beneficios. Los "tratamientos alternativos" pueden ser costosos y de poca utilidad. Si desea explorar la posibilidad de estos tratamientos, debe comentarlo con el reumatólogo pediátrico que esté tratando al niño, ya que puede haber interacciones con los medicamentos utilizados de forma regular. La mayoría de los reumatólogos no se opondrán a los tratamientos complementarios, siempre y cuando se siga el consejo médico. Es muy importante que no se suspendan los medicamentos ya recetados sin que haya sido definido por el reumatólogo o el cardiólogo ya que puede llegar a ser muy peligroso. Comente con el médico de su hijo las preocupaciones que pueda tener acerca de los medicamentos, especialmente sobre los beneficios esperados y los efectos adversos.

2.10 ¿Qué tipo de revisiones periódicas son necesarias?

Es necesario realizar controles médicos periódicos. En los casos donde

hubo inflamación del corazón y/o corea, puede requerirse un seguimiento más frecuente. Luego de que los síntomas del episodio agudo hayan cedido, debe establecer un calendario para la aplicación periódica del antibiótico (profilaxis) y para las revisiones por parte de cardiología.

2.11 ¿Cuánto tiempo durará la enfermedad?

Los síntomas de la enfermedad en el período agudo, mejoran en algunos días o semanas. Sin embargo, siempre existe el riesgo de recurrencia (nuevos ataques de fiebre reumática), sobre todo en los primeros cinco años después del primer ataque. Si hay compromiso cardíaco, este puede producir secuelas que pueden causar síntomas durante toda la vida. El mantenimiento de la profilaxis es obligatorio para prevenir nuevos episodios de fiebre reumática que causen daños irreparables al corazón

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

No es posible predecir con certeza cuando y qué tan intensos serán los nuevos ataques de fiebre reumática (recaídas). El hecho de haber tenido carditis en el primer episodio aumenta el riesgo de tener secuelas, aunque algunas personas se curan completamente. Cuando hay daño irreparable a las válvulas del corazón debido a la enfermedad, se requiere de una cirugía de recambio valvular

2.13 ¿Es posible recuperarse completamente?

Es posible recuperarse completamente, a excepción de los casos donde la inflamación del corazón haya producido un daño grave en las válvulas cardíacas, en cuyo caso puede llegarse a necesitar medidas adicionales (ver evolución a largo plazo)