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

Fiebre reumática y artritis reactiva post-estreptocócica

Version of 2016

1. QUÉ ES LA FIEBRE REUMÁTICA

1.1 ¿En qué consiste?

La fiebre reumática, es una enfermedad que se produce luego de una infección de las amígdalas por una bacteria llamada estreptococo. Existen varias familias de estreptococos, pero solamente los llamados estreptococos del grupo A ocasionan esta enfermedad. Aunque la infección por el estreptococo es una causa muy común de amigdalitis en niños en edad de asistir al colegio (entre los 4 y los 15 años), solamente algunos de ellos desarrollarán la enfermedad. Esta enfermedad puede llegar a ser muy grave debido a que puede dañar el corazón de forma permanente. Inicialmente los síntomas son fiebre alta, dolor e inflamación transitoria (de corta duración) de las articulaciones (artritis) y en ocasiones aparición de brote y pequeñas masas por debajo de la piel (nódulos subcutáneos) y posteriormente puede presentarse inflamación del corazón (carditis). También puede afectarse el sistema nervioso central (cerebro) produciéndose trastornos del movimiento (movimientos anormales) llamados corea, incluso varios meses después del episodio de amigdalitis.

1.2 ¿Es muy frecuente?

Antes de que la amigdalitis bacteriana pudiera ser tratada con antibióticos, la fiebre reumática era una enfermedad más frecuente, sobre todo en los países tropicales. Actualmente gracias a la disponibilidad de tratamiento aunque ha disminuido su frecuencia

todavía sigue presentándose, sobre todo en niños entre los 4 y los 15 años, siendo muy rara antes de los tres años. En países como Colombia se encuentra entre las primeras causas de enfermedad cardíaca adquirida en pacientes jóvenes (es decir enfermedad cardiaca que aparece después del nacimiento). Es considerada una enfermedad reumatológica debido a sus manifestaciones articulares. La carga de la fiebre reumática se distribuye de forma desigual en el mundo: algunos países la presentan con mayor frecuencia debido a pobres condiciones sociales y de acceso a la salud.
La aparición de la fiebre reumática varía de un país a otro. Existen países en los que no se registra ningún caso y otros donde se presenta con una frecuencia media o elevada (más de 40 casos por cada 100.000 personas por año). Se calcula que existen más de 15 millones de casos de enfermedad cardíaca debido a la fiebre reumática en todo el mundo, con 282.000 casos nuevos y 233.000 muertes al año.

1.3 ¿Cuáles son las causas de la enfermedad?

La enfermedad se produce en personas genéticamente predispuestas (es decir hay información en sus genes que hace que tengan mayor probabilidad de sufrir esta enfermedad), que presentan infecciones de la garganta por Streptococcus β hemolítico del grupo A. En estas personas, el sistema de defensas (sistema inmune), reacciona de forma anormal ante la infección atacando no sólo a la bacteria si no también al propio organismo: las articulaciones, la piel, el corazón y/o el cerebro. Característicamente, entre la infección por estreptococo del grupo A y el comienzo de los síntomas transcurre un intervalo de tiempo variable Los antibióticos son necesarios para atacar al estreptococo del grupo A, detener la respuesta del sistema de defensas ante la infección (que es lo que desencadena la enfermedad) y evitar que ésta se repita, ya que otros episodios de amigdalitis bacteriana por este germen, pueden ocasionar recurrencias. Este riesgo de recurrencias, es mayor los primeros tres años.

1.4 ¿Es hereditaria?

La fiebre reumática no es una enfermedad hereditaria, ya que no puede pasarse directamente de padres a hijos. Sin embargo, algunas personas pueden tener impresa información en los genes que aumentan su

probabilidad de sufrir la enfermedad (ver causas de la enfermedad)

1.5 ¿Por qué mi hijo tiene esta enfermedad? ¿Puede prevenirse?

En la práctica es difícil predecir a quién le va a dar la enfermedad. El ambiente (sobre todo las condiciones de hacinamiento que favorecen la transmisión de infecciones) y la infección por estreptococo del grupo A en personas genéticamente susceptibles, son factores importantes para el desarrollo de la fiebre reumática. La prevención se basa en identificar tempranamente la amigdalitis por estreptococo e iniciar el tratamiento adecuado con antibióticos. El antibiótico recomendado es la penicilina

1.6 ¿Es contagiosa?

La fiebre reumática en sí misma no es contagiosa, pero la amigdalitis estreptocócica si lo es. Los estreptococos son bacterias que se transmiten de persona a persona, por lo que la infección se asocia a condiciones de hacinamiento (ya sea en casa, en el colegio o en escenarios deportivos). La transmisión de la bacteria puede prevenirse con el correcto lavado de manos y evitando el contacto con personas que estén padeciendo la enfermedad.

1.7 ¿Cuáles son los síntomas principales?

La fiebre reumática puede presentarse con una combinación de síntomas que puede ser diferente en cada paciente. Se presenta luego de una faringitis o amigdalitis causada por estreptococo del grupo A, que no fue diagnosticada a tiempo o que fue tratada de forma insuficiente.

La faringitis o la amigdalitis pueden reconocerse por la presencia de fiebre, dolor de garganta, enrojecimiento del paladar, amígdalas con secreción purulenta así como el aumento de tamaño y el dolor en los ganglios del cuello (adenomegalias) en niños entre los 4 y los 15 años. A veces estos síntomas pueden ser muy leves o incluso estar ausentes, lo que puede dificultar el diagnóstico. Luego de que la infección de garganta pasa , el paciente puede permanecer sin manifestaciones durante 2 o 3 semanas y luego presentar fiebre y los signos de la enfermedad que se describen a continuación:

Artritis

La artritis (inflamación de las articulaciones) afecta principalmente articulaciones de tamaño grande: rodillas, tobillos, codos, hombros y en ocasiones varias al mismo tiempo. Se conoce como "artritis migratoria y transitoria" porque "salta" de una articulación a otra y dura poco tiempo. Esta inflamación suele asociarse a dolor, el cual puede ser muy intenso a pesar de que no se observe mucha hinchazón y suele desaparecer muy rápido una vez se inicia el tratamiento con medicamentos anti inflamatorios, el más utilizado es la aspirina.

Carditis

La carditis (inflamación del corazón) es la manifestación más grave y puede sospecharse por la presencia de taquicardia (corazón latiendo rápido) durante el reposo o el sueño. En algunos pacientes habrá soplo cardíaco que se detecta cuando el médico escucha el corazón con el fonendoscopio. La presencia de soplo puede indicar la inflamación de las válvulas cardiacas o "endocarditis". En otros pacientes se afectará también la pared muscular del corazón la cual puede inflamarse y debilitarse, condición conocida como "miocarditis". En estos niños el corazón no puede bombear la sangre adecuadamente y clínicamente presentan síntomas como tos, dolor en el pecho, taquicardia y aumento de la frecuencia de la respiración. Otros pacientes tendrán inflamación de la membrana externa que recubre al corazón condición conocida como "pericarditis", pudiendo acumularse líquido alrededor. Algunos niños tendrán daño irreversible de las válvulas cardiacas, si bien puede presentarse desde un primer ataque, por lo general es debido a episodios repetidos de fiebre reumática (recurrencias). Este daño a las válvulas puede ser un grave problema en la vida adulta, por lo que es fundamental prevenir nuevos ataques.

Corea

El término corea viene del griego y significa "baile". La corea es un trastorno del movimiento, que se debe a que la enfermedad causa inflamación de las partes del cerebro que controlan los movimientos. De 100 niños que padecen fiebre reumática, entre 10 y 30 presentarán corea. A diferencia de la artritis y la carditis, la corea puede aparecer varios meses después de la infección de garganta (entre 1 y 6 meses). Se caracteriza por presencia de movimientos involuntarios y sin sentido

que dificultan hacer actividades como escribir, vestirse, asearse y en ocasiones hasta comer y caminar. Estos movimientos pueden desaparecer durante el sueño y aumentar durante episodios de estrés o cansancio. Además del trastorno del movimiento, los niños pueden presentar ansiedad, comportamientos obsesivos y labilidad emocional: cambios súbitos en el estado de ánimo. Cuando es leve, puede pasar desapercibido o confundirse con trastornos del comportamiento por otras causas y tics. Aunque suele desaparecer entre dos y seis meses después, requiere tratamiento de apoyo y seguimiento.

Erupción cutánea

Las manifestaciones en la piel son las menos frecuentes. Pueden presentarse como un brote rosado en forma de anillo, de bordes rojizos y centro claro, conocido como "eritema marginado" que se localizan en el tronco, las nalgas y las extremidades. La otra manifestación en piel es la presencia de nódulos subcutáneos, son pequeñas masas duras, localizadas bajo la piel, generalmente sobre las articulaciones, del tamaño de una alverja. Estos dos signos están presentes en menos del 5% de los casos (es decir de 100 niños con fiebre reumática, menos de 5 presentarán lesiones en piel) y pueden pasar desapercibidos debido a que pueden ser poco vistosos y durar muy poco. Cuando están presentes se asocian con miocarditis. Otros síntomas que pueden ser detectados por los padres en las primeras fases de la enfermedad son la fiebre, el cansancio, la pérdida de apetito, la palidez, el dolor abdominal y el sangrado nasal.

1.8 ¿La enfermedad es igual en todos los niños?

Los síntomas iniciales y el desarrollo de la enfermedad son diferentes en cada niño. La presentación más frecuente es la aparición de un soplo cardíaco nuevo en niños mayores o adolescentes que tienen artritis y fiebre. Los niños más pequeños pueden presentar inflamación del corazón con menos síntomas en las articulaciones.
Los niños con corea pueden no presentar otros síntomas, sin embargo pueden tener carditis asociada, por lo que se recomienda un estudio completo del corazón a estos pacientes

1.9 ¿La enfermedad en niños es diferente que la que presentan

los adultos?
La fiebre reumática es una enfermedad que afecta a niños en edad escolar y a jóvenes hasta los 25 años. Es muy poco frecuente antes de los 3 años y más del 80% de los pacientes tiene una edad comprendida entre los 5 y los 19 años. Sin embargo si no se cumple la aplicación periódica del antibiótico, la enfermedad puede recurrir a edades mas tardías, con síntomas idénticos.

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)

3. VIDA COTIDIANA

3.1 ¿Cómo puede afectar la enfermedad a la vida cotidiana del niño y de su familia?

Con la atención y los controles médicos frecuentes, la mayoría de los niños con fiebre reumática llevan una vida normal. Sin embargo, para los pacientes con inflamación del corazón y corea es fundamental el apoyo de la familia en los periodos en los que hay ataques de la

enfermedad
La principal preocupación es el cumplimiento a largo plazo de la prevención secundaria o profilaxis con antibióticos. Los primeros niveles de atención en salud deben hacer parte del cuidado integral del paciente, además es necesaria la educación del niño y de todos los miembros de la familia sobre la enfermedad y sus posibles secuelas, para mejorar el cumplimiento.

3.2 ¿Qué ocurre con la escuela?

Durante la fase aguda de la enfermedad debe guardarse reposo, sobre todo si hay inflamación del corazón. Esto interfiere con la asistencia al colegio y la vida diaria de los niños. Sin embargo, una vez desaparecen los síntomas, es posible retomar todas las actividades escolares. Los niños con corea, pueden tener más dificultades para tener un buen desempeño escolar. Los familiares, los profesores y los médicos, deben estar preparados e informados para ayudar al niño durante esos meses.

3.3 ¿Qué ocurre con los deportes?

Practicar deporte es un aspecto muy importante en la vida de los niños. Uno de los objetivos del tratamiento es permitir que los niños puedan llevar una vida normal en la medida de lo posible. Luego del periodo agudo de la enfermedad, en la que el niño debe estar en reposo, no es necesario tener restricciones en la actividad deportiva, a no ser de que exista daño cardíaco, en cuyo caso debe discutirse con el cardiólogo tratante que tipo de actividad deportiva es adecuada y segura

3.4 ¿Qué ocurre con la dieta?

No existen pruebas de que la alimentación influya en la enfermedad. En general, el niño debe disfrutar de una alimentación balanceada y normal para su edad. Si el niño está recibiendo prednisolona es necesario evitar que coma en exceso, ya que este medicamento puede aumentar el apetito

3.5 ¿Puede influir el clima en la evolución de la enfermedad?

No existen pruebas de que el clima pueda influir sobre las

manifestaciones de la enfermedad.

3.6 ¿Puede vacunarse al niño?

El médico debe decidir que vacunas puede recibir el niño, considerando cada caso de forma individual. En general no se ha comprobado que las vacunas tengan algún efecto sobre la gravedad de la enfermedad o provoquen efectos adversos graves. Sin embargo si el paciente está tomando esteroides (prednisolona) y/o inmunosupresores (medicamentos que bajan las defensas) debe consultarse al pediatra antes de aplicar cualquier vacuna, ya que las denominadas vacunas vivas atenuadas no deben administrarse.

3.7 ¿Qué ocurre con la vida sexual, el embarazo y la anticoncepción?

No existen restricciones sobre la actividad sexual o el embarazo como consecuencia de la enfermedad. Sin embargo las mujeres que durante su niñez presentaron esta enfermedad y sufrieron daño irreversible a las válvulas cardíacas, deben discutir con su médico la seguridad de un embarazo, ante la posibilidad de un riesgo mayor de algunas complicaciones. Si el paciente está tomando inmunosupresores y tiene vida sexual activa debe recibir asesoría sobre planificación familiar ante los posibles efectos de estos medicamentos sobre el feto.

4. ARTRITIS REACTIVA POST-ESTREPTOCÓCICA

4.1 ¿En qué consiste?

Se ha descrito algunos casos donde se presenta inflamación de las articulaciones asociada a la infección por el estreptococo, tanto en los niños como en los adultos, sin que haya otra manifestaciones que hagan parte de los "Criterios de Jones" que son la combinación de manifestaciones clínicas y de laboratorio que sirven como base para el diagnóstico de fiebre reumática.
La artritis reactiva post-estreptocócica (ARPS) suele afectar a los niños entre 8 y 14 años de edad y a los jóvenes entre los 21 y 27 años. Generalmente ocurre alrededor de 10 días después de una infección de

garganta y se manifiesta por artritis de grandes y pequeñas articulaciones, pudiéndose afectar también las articulaciones de la espalda (a diferencia de la fiebre reumática que afecta principalmente las grandes articulaciones). La artritis suele durar más que la que se presenta en la FRA, (alrededor de dos meses)
Los pacientes con ARPS pueden presentar fiebre baja y alteraciones en los exámenes de laboratorio que indican inflamación, aunque generalmente hay menos alteraciones que en el caso de la fiebre reumática. El diagnóstico de ARPS, se basa en la artritis en pacientes con antecedente de infección de garganta por estreptococo reciente, con elevación de anticuerpos contra estreptococos (AELO) y que no cumplen los otros criterios de fiebre reumática
Algunos pacientes con ARPS pueden desarrollar inflamación del corazón (carditis). Actualmente las recomendaciones de las sociedades científicas apoyan la administración periódica de antibiótico durante un año luego del inicio de los síntomas. Además durante los episodios agudos, estos pacientes deben vigilarse en busca de evidencia clínica y por ecocardiograma de carditis. Si se demuestra carditis, el paciente debe recibir los mismos cuidados a corto y a largo plazo que la fiebre reumática aguda.