

Fiebre reumática, errores diagnósticos comunes y retraso del tratamiento: a propósito de un caso

Rheumatic fever, common diagnostic errors and delay of treatment: about a case

Diana Victoria Moreira Vera*, David Ramón Cedeño Vélez, Egny María Mendoza Guillem

Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Técnica de Manabí. Portoviejo, Ecuador.

*divimv22@gmail.com

Caso clínico

Recibido: 13-11-2018

Aceptado: 08-03-2019

Resumen

La fiebre reumática es la secuela más común por amigdalitis debida al estreptococo β -hemolítico del grupo A, siendo la causa más frecuente de valvulopatía adquirida en niños. Se presenta el caso de una niña de 10 años de edad que acudió a emergencias debido a artralgia en rodillas, piernas y tobillos, de ocho días de evolución alternando su intensidad 48 horas en cada articulación y fiebre de 39°C. Antecedentes de faringoamigdalitis a repetición desde los dos años con sugerencia de amigdalectomía. Se observaron valores de antiestreptolisina positivos. Se encontró artritis como criterio mayor y la fiebre junto con los valores de la antiestreptolisina como criterios menores, además de los antecedentes de amigdalitis a repetición. Su relevancia recae en el abordaje variado que recibió la paciente y la duda diagnóstica de la enfermedad.

Palabras clave: Fiebre reumática, poliartritis, faringitis, criterios de Jones.

Abstract

Rheumatic fever is the most common sequel due to tonsillitis caused by the group A β -hemolytic streptococci, being the most frequent reason of acquired valvulopathy in children. The case of a 10-year-old girl who went to the emergency room due to arthralgia in the knees, legs and ankles of eight days of evolution - alternating its intensity 48 hours in each joint - and fever of 39 °C is presented. History of pharyngotonsillitis repeated since two years-old with suggestion of tonsillectomy. Anti streptolysin values were positive. Arthritis was found as major criterion and fever along with anti streptolysin values as minor criteria, in addition to the history of recurrent tonsillitis. Its relevance lies in the varied approach that the patient received and the diagnostic doubt of the disease.

Keywords: Rheumatic fever, polyarthritis, pharyngitis, Jones criteria.

Introducción

Desde que Rebecca Lancefield desarrollara su sistema de clasificación serológica para las bacterias del género *Streptococcus*¹ hasta la actualidad, estos microorganismos han significado para la humanidad numerosas complicaciones en la salud pública. Entre estas, la más común es la fiebre reumática, después de una afectación de las vías respiratorias superiores por el *Streptococcus pyogenes*, ocurriendo comúnmente en el 20 % de los adultos² que padecieron una faringoamigdalitis sin tratamiento adecuado.

La fiebre reumática afecta principalmente a los países en vías de desarrollo, a niños de 5 a 15 años, con una media de 10 años, que viven en condiciones de pobreza máxima sin prevención primaria alguna, siendo la cardiopatía reumática el 2 % de las causas de defunción en el mundo³.

En el Ecuador, de acuerdo a los datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública⁴, durante 2016, se registraron 2 183 casos de fiebre reumática, con predominio del sexo femenino; de los cuales, 541 correspondieron a la provincia de Manabí, con 128 casos en la ciudad de Portoviejo. Sin embargo, incluso con estadísticas lo suficientemente prevalentes, son pocos los artículos de revisión sobre la misma⁵⁻⁷.

Esta se origina como una complicación después de dos a tres semanas de una infección estreptocócica del grupo A, presentándose exclusivamente después de una faringoamigdalitis. Las razones de su etiopatogenia recaen en una teoría de base inmunológica⁸, por el mimetismo de la proteína de membrana M del estreptococo que simula a proteínas del organismo humano, por lo que, al estimular macrófagos e inmunoglobulinas, lesiona órganos claves como corazón, cerebro, articulaciones y tejido conjuntivo.

De aquí que, Jones en 1944, promulgara criterios para diagnosticar con certeza esta enfermedad inflamatoria⁹. Debido a los órganos que afectaba, dentro de los criterios mayores se incluía a la poliartritis, la carditis, la corea de Sydenham, la presencia de nódulos subcutáneos y eritema marginado y, dentro de los criterios menores, se agrupaban el haber padecido de faringoamigdalitis con valores positivos de antiestreptolisina, valores de reactantes de fase aguda elevados, fiebre mayor a 38,2°C y alteraciones electrocardiográficas como alargamiento del intervalo PR.

La presentación de este caso tiene el propósito de estimular la búsqueda de experiencia clínica para la detección y manejo de la patología, considerando los errores comunes que se cometen en dicha enfermedad debido a su baja frecuencia en la población general, particularmente en los casos de presentación atípica. Por tanto, se hace énfasis en los procedimientos actuales para su diagnóstico.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente pediátrica de 10 años de edad que acudió a emergencias debido a artritis en muñecas rodillas y tobillos de ocho días de evolución, alternando su intensidad 48 horas en cada articulación y fiebre de 39°C con antecedentes de faringoamigdalitis a repetición desde los dos años de edad.

Se le administró penicilina benzatínica 2,4 millones por vía intramuscular, omeprazol 20 mg, paracetamol 400 mg y ampicilina, sin presentar mejoría, por lo cual retorna a los dos días con la misma sintomatología, a la que se añadió lesión eritematosa en tórax. Se le administró amoxicilina más ácido clavulánico durante 7 días junto con azitromicina.

Seis días después, la artritis en la rodilla derecha se tornó incapacitante, impidiéndole la deambulación. Se le administró prednisona 5 mg durante tres días, ibuprofeno 400 mg y terapia de frío y calor.

A la semana siguiente, la madre decidió llevarla a otra institución médica debido a la fiebre, la artritis y la odinofagia que presentaba la paciente, sin mejoría. Se le realizó una amigdalectomía debido a la faringoamigdalitis a repetición. Aquí, se realizaron varios exámenes. Los resultados de laboratorio indicaron valores de antiestreptolisina positivos, mayores a 850 UI/ml, con cultivo normal y una marcada leucocitosis con desviación a la izquierda.

Debido al uso excesivo de antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno), la poliartritis migratoria que presentaba la paciente, se convirtió en una monoartritis con predominio en

la rodilla derecha, por lo cual, se diagnosticó la artritis idiopática juvenil (AIJ). Sin embargo, los dolores no cedieron con el tratamiento y la madre decidió regresar a la institución anterior.

Fue valorada por la especialista en pediatría, quien al observar el edema y eritema en las articulaciones inflamadas, especialmente las de las muñecas y tobillos (conjuntamente al cuadro clínico descrito), prescribió penicilina benzatínica (Benzetacil) 1,2 millones cada 21 días por vía intramuscular, cediendo el dolor hasta la actualidad, y se recomendó la profilaxis hasta los 18 años de edad.

De acuerdo al cuadro clínico descrito, se estableció el diagnóstico de fiebre reumática, ya que se encontró artritis como criterio mayor y la fiebre junto con los valores de la antiestreptolisina como criterios menores, además de los antecedentes de amigdalitis a repetición.

Aspectos éticos

Se informó de los procedimientos a realizar y la publicación del presente caso a la madre de la paciente, debido a la minoría de edad de la misma, otorgando su consentimiento y colaborando con la investigación.

Discusión

Si bien la fiebre reumática ha sido definida como una reacción inflamatoria, hoy en día es ya conceptualizada como una enfermedad inflamatoria pues posee signos y síntomas, además de criterios para su diagnóstico¹⁰ debida a una faringoamigdalitis por el estreptococo β -hemolítico del grupo A, que se caracteriza por la afectación del corazón, articulaciones, tejido conjuntivo y cerebro, siendo la causa más frecuente de valvulopatía adquirida en niños.

Es clave entender que, dentro del diagnóstico diferencial de la fiebre reumática, se tendrá a diversas enfermedades como el lupus eritematoso sistémico y la AIJ; es decir, enfermedades con una base inmunitaria en su patogénesis. La paciente por la presencia de artralgias fue diagnosticada en primera instancia con AIJ; debida a la administración excesiva de antiinflamatorios no esteroideos, como el ibuprofeno, que terminaron por convertir su poliartritis migratoria característica de la fiebre reumática en una monoartritis que suele confundir el diagnóstico. Sin embargo, la intensidad del dolor y la manifestación del mismo, hicieron cambiar el diagnóstico a fiebre reumática, junto con los valores de antiestreptolisina positivos, la leucocitosis y la fiebre sumamente elevada.

El tratamiento adecuado es la administración de penicilina benzatínica a dosis de 1,2 millones, utilizándola también como profilaxis. En este caso, la paciente recibió múltiples medicamentos desde su primera llegada a emergencias. Desde una penicilina benzatínica en dosis excesivas de 2,4 millones que no rindió efectos, hasta varios antibióticos como ampicilina, amoxicilina-ácido clavulánico y azitromicina, que no produjeron mejoría alguna. Cuando se diagnosticó la fiebre reumática, fue que su madre decidió comprar la penicilina benzatínica (Benzetacil) aparte, siendo aplicada cada 21 días, con una mejoría notable.



Figura 1. Articulación edematizada y eritematosa. En ese momento, la artritis ya era incapacitante. Foto: Cortesía de la madre de la paciente.

La prevención del resto de complicaciones que se pudieran presentar, pero que la paciente aún no padece, como la carditis, corea de Sydenham, nódulos subcutáneos y eritema marginado, es posible^{11,12}. De esta manera, se sugiere la profilaxis de la paciente con Benzetacil hasta los 18 años de edad.

Conclusiones

La fiebre reumática ha dejado de tener la importancia epidemiológica que tenía hace 50 años, pero continúa como problema de salud pública: A pesar de que no sea de interés entre las nuevas generaciones de pediatras, es necesario conocer su importancia y descartar la posibilidad de que un niño la padezca.

Incluso, cuando el uso de penicilina se ha extendido a lo largo del mundo, la fiebre reumática aún es causa de morbilidad infantil sobre todo en países subdesarrollados, llegando a ser incapacitante para el paciente si no se da un diagnóstico a tiempo.

El buen diagnóstico y tratamiento precoz son sumamente importantes para la prevención de complicaciones y un mejor pronóstico. Si bien la fiebre reumática cursa con varios diagnósticos diferenciales, los criterios de Jones permiten, tanto al médico general, como al especialista capacitado, su abordaje adecuado. Un error común que se ha observado en la práctica clínica es sobreestimar el valor de anticuerpos antiestreptolisina elevados aislados, el cual tiene poco valor para el diagnóstico de fiebre reumática. Por tanto, el pediatra tiene el papel cardinal en el abordaje precoz que permita la determinación de los hallazgos clínicos y analíticos sugestivos de fiebre reumática aguda, así como en la detección incidental de pacientes con enfermedad cardíaca reumática mediante auscultación de soplos cardíacos. Es indispensable conocer la fisiopatología, presentación clínica, criterios diagnósticos de fiebre reumática aguda, tratamiento adecuado de faringitis estreptocócica y tratamiento, como prevención secundaria de fiebre reumática aguda.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

1. Lancefield R. A serological differentiation of human and other groups of hemolytic streptococci. *Journal of Experimental Medicine* [Internet]. 1933;57(4):571-95. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2132252/>
2. Cáceres G, Aceval S, Campos G, Ponce de León L, Echevarría MF. Fiebre Reumática. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina* [Internet]. 2009;194:14-20. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista194/3_194.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. 2015. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/
4. Ministerio de Salud Pública. Principales Causas de Morbilidad Ambulatoria 2016. Obtenido de Estadísticas. 2016. Disponible en: <https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/Perfildemorbilidadambulatoria2016/Men?publish=yes>
5. Castillo FE. Prevalencia de portación asintomática de *Streptococcus pyogenes* causante de faringoamigdalitis en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, en el período enero a febrero 2017. Quito: Repositorio Universidad Central. 2017. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11433>
6. Mera W. Algunas consideraciones sobre la fiebre reumática en nuestro medio. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)* [Internet]. 1975; 2(1):51-64. Disponible en: http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/401
7. Peñafiel YV. *Streptococcus beta hemolítico grupo a* en el diagnóstico de faringitis aguda en niños/as de 5-10 años que acuden al Seguro Social de Portoviejo periodo junio-noviembre 2014. Jipijapa: Repositorio UNESUM. 2015. Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/588?mode=full>
8. Castillo K, Nieto N, Núñez A. Un caso de poliartritis y pancarditis secundario a faringitis no tratada. *Revista Médico Científica* [Internet]. 2011;23(1):48-55. Disponible en: <https://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/267>
9. Nordet P, López R, La Llave G, Muñoz R, Castro E, Rojas J. Fiebre reumática: incidencia, prevalencia y aspectos clinicoepidemiológicos. *Revista Cubana Cardiología y Cirugía Cardiovascular* [Internet]. 1991;5(1):25-33. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-97016>
10. Berrios CX, Quesney LF. Enfermedad reumática activa y cardiopatía reumática crónica. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas* [Internet]. 2017;13(2):87-91. Disponible en: <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/832/0>
11. Mendoza F, Neri R. Epidemiología de la fiebre reumática. *Salud Pública de México* [Internet]. 1960;2(1):83-104. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/4425/4306>
12. López J, Mosquera J. Fiebre reumática y artritis reactiva post-estreptocócica. *Revista de Pediatría Integral* [Internet]. 2017;XXI(3):196-206. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-04/fiebre-reumatica-y-artritis-reactiva-post-estreptococica-2/>