

III Tema: Enfermedad reumática en la infancia

FORMAS CLINICAS Y DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD REUMATICA

Por el Prof. EUGENIO CIENFUEGOS

Pocas enfermedades de la infancia pueden ostentar formas de aparición y de desarrollo evolutivo de mayor polimorfismo que la enfermedad reumática; pocas presentan mayores diferencias con respecto a la índole sintomática de la afección en el adulto; pocas deben agudizar con mayor intensidad el espíritu clínico del médico para sorprender desde un primer instante la aparición de una enfermedad, cuyas consecuencias dependerán de un precoz diagnóstico, de un tratamiento oportuno, continuado e inteligentemente instituido y vigilado, sin el cual el individuo puede llegar a la más absoluta invalidez. Yo digo que el pediatra puede y debe evitar al médico de adultos la angustia de su impotencia ante la ruina completa de un corazón en derrota, que pudo no llegar a ese estado si a través de la infancia y la adolescencia, el pediatra hubiera conducido al individuo sorteando todas las acechanzas, los errores y las desenfadadas inadvertencias del enfermo, que una vez curado el episodio doloroso o manifiesto de su enfermedad se entrega a su vida normal sin recordar que el virus sor-damente continúa su trabajo destructor.

Al abordar el tema que nos corresponde en este Congreso, debemos partir de nuestra absoluta convicción de que la E. R. es eminentemente cardíaca y que alrededor del corazón se desarrolla todo el polimorfo complejo de sus síntomas.

Habrán casos en que no llegará a revelarse a nuestros sentidos la leve alteración endocárdica o ésta se mantendrá agazapada en la complicidad del virus para mostrarse más tarde en su trágica tarea destructiva, pero no por eso vamos a hablar

de la E. R. sin compromiso del corazón. El 15 a 20 % que dan muchos autores de E. R., que respetan el músculo cardíaco, ¿no corresponderá a esa cifra de traicionero disimulo o a un período más o menos largo de aparente indemnidad? En todo caso, creemos que el clínico debe considerar que la E. R. ataca siempre el corazón. si no en éste, en el brote venidero y como lo que importa es prevenir la invalidez reumática, que no es articular sino cardíaca, considerar a todo reumático como un cardíaco en potencia y como tal, tratarlo, educarlo y vigilarlo.

Decíamos que ninguna enfermedad presenta igual polimorfismo que la E. R. y parecería osado pretender encerrar en el marco de una clasificación las infinitas modalidades clínicas de esta afección. Y, sin embargo, debemos intentarlo a base de centenares de observaciones recogidas en nuestros años de experiencia profesional y cuya revisión en nuestros servicios, ha estado a cargo de su joven colaborador, Dr. Erich Simfendörfer.

I. — **Formas articulares.** — La E. R. puede afectar una o muchas articulaciones. Sin duda que la forma menos frecuente es la que corresponde a la poliarttritis semejante a la de los adultos. Cuando se comprometen varias articulaciones, es raro, si no excepcional, ver la tumefacción dolorosísima con calor, rubicundez e impotencia funcional completa. Por lo común, el compromiso es leve, más funcional que orgánico, transitorio y serpiginoso. El establecimiento de una poliarttritis, si no existe compromiso cardíaco, debe, a nuestro juicio, guiar nuestra inquisición diagnóstica hacia otros males que la E. R. pura.

No es raro ver casos de mono-artritis en criaturas muy pequeñas. Tal ocurrió en un chico de 1 año y 8 meses, que bruscamente cae con fiebre y fenómenos de infección general, diarrea, vómitos y profundo decaimiento. La dieta hídrica no trae ninguna mejoría. A los 3 días ha empeorado considerablemente y 2 días más tarde se presenta rigidez de la nuca y estado tifoideo. El examen del corazón revela un soplo sistólico de la punta. Se inicia un tratamiento con salicilato y al día siguiente, los fenómenos de endocarditis se acentúan, al mismo tiempo que aparece disnea, pulso pequeño, aumento de volumen del hígado. Se aumenta la cantidad de salicilato y el cuadro cede rápidamente. Desaparece la rigidez de la nuca y los fenómenos generales. Persiste el soplo sistólico durante 2 a 3 meses.

En los últimos meses hemos estudiado dos casos de E. R. de forma cervical, en niños mayores, en los cuales una remota duda de espondilitis bacilar nos hace omitir su observación clínica.

Semejante a la observación anterior es la que corresponde a un lactante que cae fulminado por una afección, con intensos fenómenos tóxicos, sudoración abundante y fenómenos nerviosos. La auscultación nos lleva al diagnóstico de E. R., al percibir el signo del primer tono mitral, sobre el cual insistiremos a propósito del diagnóstico.

Al día siguiente, aparece una artritis del dedo pulgar, al mismo tiempo que se acentúan en forma dramática los signos cardíacos y de toxemia, que llevan a la muerte a nuestro enfermo en breves horas.

Entre las formas no articulares, debemos mencionar primero la forma ambulatoria. No pasaría de un simple estado catarral que trascurre calladamente, pero que deja en el corazón la huella de su paso traicionero. Tal la observación N.º 96, en que tras un estado grippal leve de una semana, aparece su sintomatología cardíaca bien neta.

El aspecto grippal adquiere en ocasiones, jerarquía mayor cuando se hacen presentes mialgias intensas, que algunos autores niegan como fenómeno reumático y que nosotros hemos visto en más de un caso (Obs. N.º 35).

Mayor embarazo pueden traer aquellas formas en que el síntoma dolor articular o muscular faltan y en que el criterio clínico puede extraviarse con peligrosa trayectoria por el dédalo de suposiciones justificadas, pero en riesgo de error.

Tal la forma tifoidea:

Un chico de 10 años llega a nosotros después de algunos días de fiebre que sube día a día, con cefalalgia, epistaxis, profunda palidez y sudoración y estado infeccioso de tipo tifoideo. Justamente lo traen del campo con ese diagnóstico, para hacer los exámenes pertinentes. Examinado el corazón, se encuentra el signo del primer tono, se inicia un tratamiento a base de piramidón y al día siguiente, la temperatura y los fenómenos infecciosos han desaparecido. Los signos de insuficiencia mitral se intensifican, pero a los 15 días, en vista de una escasez manifiesta del medicamento en plaza, lo sustituimos por salicilato. Al día siguiente, el cuadro se reagudiza intensamente y aparecen signos netos de pericarditis, que va rápidamente a una manifiesta exudación. Se instituye de nuevo el tratamiento de piramidón y todo vuelve rápidamente a entrar en orden.

La Obs. N.º 119 reviste caracteres semejantes: Niño de 11 años, que acude al Servicio por una afección febril de 3 meses, que ha sido clasificada con fiebre tifoidea, a pesar de carecer de afirmación diagnóstica serológica. La explo-

ración del corazón nos revela su lesión mitral. La sedimentación acelerada, el electrocardiograma y la radiología nos confirman el compromiso del corazón.

OBS. N.º 7. — Niña de 11 años. 12 días de dolores musculares y articulares, gran decaimiento e inapetencia absoluta. Llega al servicio sospechada de fiebre tifoidea. Se comprueba en el servicio una enfermedad reumática con su correspondiente lesión mitral.

OBS. 38. — Varón de 12 años. Llega con dolores generalizados, fiebre, decaimiento. A los 3 días se comprueba soplo sistólico de la punta y a base de salicilato el cuadro general, la sedimentación y los fenómenos cardíacos van aplacándose.

OBS. 40. — Varón de 10 años. 17 días con temperaturas altas. Se piensa en fiebre tifoidea y tífus exantemático. Todas las reacciones son (—). La alteración cardíaca da la clave del diagnóstico.

Las Obs. 2, 4, 25, 63 y 84 tienen evolución semejante.

La forma meníngea puede presentarse ya como una pseudo-meningitis en los casos de la forma cervical ya descrita, o bien como verdadera meningitis serosa reumática o con convulsiones (encefalitis reumática o reumatismo cerebral).

De tipo análogo serían las manifestaciones coreicas en que el virus reumático afecta primariamente los núcleos grises, sin dar otra manifestación que la del corea menor, aparte del cuadro cardíaco. A este respecto debemos manifestar que para nosotros el síndrome coreico no tiene fatalmente que ser reumático y que cualquier otro virus puede producir el complejo sintomático. El signo del primer tono mitral tiene como en todos los casos, decisiva importancia diagnóstica. En ocasiones, como en toda expresión de la E. R., el cuadro coreico precede a la lesión cardíaca, lo que confirmaría nuestra oposición ya sustentada de que el virus afecta al corazón muchas veces, sin dar desde un comienzo síntomas precisos, lo que no significa que la E. R. pueda, en ocasiones, respetar el corazón.

OBS. 87. — Varón de 10 años. Enferma con dolores generalizados a todo el cuerpo. Sobrevienen pronto fenómenos coreicos y 20 días después aparece un soplo mitralico evidente.

De mayor importancia, a nuestro entender, son las formas abdominales en que el error diagnóstico puede llevar a intervenciones innecesarias.

Una tarde, al llegar a mi clase, el médico de guardia me presenta un chico con un cuadro abdominal agudo intenso, con fiebre alta de 39.4. Hay un vientre en tabla y vómitos intensos. Está ya listo para una laparatomía, que se estima necesaria por la agudeza y la intensidad del cuadro peritoneal. Examinando al enfermito, me sorprende su palidez, su

sudoración, la falta de la facies peritoneal. Al auscultar el corazón, encuentro la modificación del primer tono, que me permite sospechar la E. R., a pesar de la absoluta falta de síntomas articulares. Postergo la intervención y prescribo piramidón en las dosis habituales. Al día siguiente, todos los fenómenos infecciosos habían desaparecido y se iniciaba la percepción de un soplo típico de la mitral. Dos o tres días después, el compromiso cardíaco era evidente y la sedimentación mostraba una cifra acelerada en pleno período afebril.

Semejante es la observación de un chico en que el diagnóstico puede hacerse retrospectivamente. Se trataba de un niño que llega a un hospital de provincia con un cuadro abdominal agudo con fenómenos tóxicos, que hacen al cirujano intervenir de urgencia con el diagnóstico de apendicitis. La operación reveló una inflamación de la serosa peritoneal con líquido exudado, apéndice rojo y erecto, que fué extirpado fácilmente. La fiebre y los fenómenos tóxicos no se amenguaron, sin embargo, y al segundo día aparece una artritis agudísima tibio tarsiana, con fluctuación, rubicundez intensa y dolores insoportables. Pensando en un estado septicémico del mismo origen que el cuadro abdominal, el cirujano incide los tejidos infiltrados, sin encontrar supuración. Veo en esas condiciones al enfermito y, al auscultarlo, compruebo la alteración del primer tono. Instituyo el tratamiento por el piramidón y todos los síntomas retroceden con espectacular velocidad, al mismo tiempo que se hace rápidamente visible la endocarditis mitral de tipo reumático.

OBS. N.º 1. — Niño de 14 años, consulta por dolores abdominales, que hacen pensar al médico en una apendicitis. La auscultación revela el compromiso cardíaco. Sedimentación: 79|124. Se instituye el tratamiento por el piramidón y rápidamente los síntomas retroceden y la sedimentación se normaliza.

OBS. N.º 43. — Niño de 6 años llega al servicio con un cuadro infeccioso catalogado como estado gripal. Amígdalas grandes y crípticas, dolores abdominales, sobre todo en la región epigástrica. Soplo sistólico de la punta.

OBS. N.º 56. — Niña de 8 años, que presenta desde hace 8 días dolor abdominal y disnea, que hacen pensar en una neumonía. A los 4 días de estada en el servicio, dolores poliarticulares y soplo sistólico de la punta.

OBS. N.º 65. — Niña de 11 años, que 3 años antes ha estado en el servicio con un brote de E. R. Llega con el antecedente de que desde hace 1 semana tiene dolores abdominales y opresión precordial. Es manifiesto su soplo mitral, sedimentación: 111|117.

Con el tratamiento apropiado, la niña mejora y se va de alta a los 74 días, para ser vigilada en el Policlínico. Su soplo mitral no es perceptible al ser dada de alta.

OBS. N.º 84. — Varón de 11 años. Empieza su enfermedad hace 1 mes con decaimiento general. Hace 5 días disnea de esfuerzo, fiebre de 38°, dolores abdominales intensos. Se comprueba una enfermedad reumática de síndrome abdominal con insuficiencia mitral.

OBS. N.º 95. — Niña de 9 años. empieza bruscamente con cólicos abdominales y retención de orina. Consulta Policlínico de Cirugía, donde se le hace cateterismo vesical. Vuelve 3 días después a consultar, porque, si bien han pasado sus dolores abdominales, presenta ahora una artritis tibio tarsiana izquierda. Se comprueba una alteración del primer tono de la punta y una sedimentación de 100|125. El tratamiento con piramidón hace retroceder muy pronto el cuadro patológico.*

Si esta forma puede inducir a errores, que lleven a una intervención, pueden existir otras que perturben el criterio y hagan pensar en una afección de índole eminentemente quirúrgica.

OBS. N.º 59. — Un chico de 6 años llega al Policlínico con dolores en la región coxofemoral, con alguna claudicación. Se ha pensado en una psoitis, pero el examen del corazón revela la lesión reumática, que cede al tratamiento.

OBS. N.º 102. — Niña de 9 años que hace un mes recibe un golpe en la región inguinal. Desde ese día, claudicación permanente, por lo que viene al Policlínico. Temperatura: 37.6. Al examen cardíaco se comprueba la leve insuficiencia mitral, Sedimentación: 100|120.

Describiremos, además, las formas de tipo anafilactoideo como un púrpura de Schönlein Henoch con su endocarditis mitral característica. Tenemos también observaciones de enfermedad reumática con exantemas de tipo morbiliforme y escarlatiniformes. Llama la atención que no encontremos los nódulos reumáticos tan frecuentes, según la descripción de los autores americanos.

Queremos también referirnos a las formas que denominaríamos cardíacas puras, tales como la Obs. N.º 98.

OBS. N.º 98. — Varón de 9 años, que desde hace 2 meses está decaído y con cansancio al jugar. Se comprueba un soplo sistólico de la punta. No hay antecedente alguno de ataque articular. Sedimentación: 67|102. El tratamiento con piramidón reduce la sedimentación a la normal y los fenómenos cardíacos se aplacan considerablemente.

OBS. N.º 46. — Niño de 11 años, que desde hace 15 días presenta palpitaciones, ahogos y dolor precordial. No hay el menor antecedente reumático. Se comprueba una insuficiencia mitral de tipo reumático.

OBS. PARTICULAR. — Niña de 12 años cae bruscamente con dolor precordial, fiebre alta y palidez marcada. Al examen se perciben frotos pericardíacos y al día siguiente hay signos evidentes de exudación. Se instituye el

tratamiento con piramidón, con lo cual la fiebre baja, así como retroceden los signos infecciosos, pero la exudación pericardiaca aumenta en tal forma que al tercer día es menester una punción que extrae 330 grs. de líquido, con las características de la pericarditis reumática. La niña mejora rápidamente. Sigue su tratamiento muy bien vigilado y dos años después el electro-cardiograma es plenamente satisfactorio y la niña hace una vida absolutamente normal.

Diagnóstico.

Esta variedad sintomática exige del clínico pediatra una agudeza especial para desenmarañar la E. R. de la complejidad de cuadros que la ocultan o disimulan.

Ahora bien, ¿cuáles son los signos que deben guiarnos en esta inquisición diagnóstica?

Es fácil pensar en ella cuando existen fenómenos dolorosos que llamen la atención hacia las articulaciones. El estado febril, a veces intenso, la sudoración, la palidez, la rino-faringitis de iniciación, pueden guiarnos a una suposición que ha de confirmarse con el acucioso examen del corazón, no solamente en una sesión, sino en cada visita al lado del enfermo. Con paciencia y auscultando el niño en posiciones variadas y sobre todo sentado y echado hacia adelante, es posible sentir lo que yo he llamado el algodonomiento del primer tono de la punta. No es todavía un soplo, sino un tono algo sordo, como si la válvula revestida de algodón o terciopelo, no vibrara en la localidad clásica del niño. Poco a poco se irá percibiendo el soplo con sus caracteres esenciales.

En todo cuadro agudo de la infancia, que no sea claramente delineado, deberá suponerse la posibilidad reumática y vigilar el funcionamiento del corazón.

Los clásicos exámenes de laboratorio no tienen para nosotros la importancia diagnóstica que le asignan los autores.

Así, por ejemplo, aun en el período agudo de la enfermedad, no hemos encontrado una leucocitosis elevada. En el 35 % de los casos hallamos cifras algo superiores a 10.000 glóbulos blancos por mm.². El 65 % presenta cifras inferiores a aquélla.

La anemia es siempre leve y la hemos visto bajar de 4.000,000 en el 48 % de los casos. El 52% ostenta cifras superiores a 4.000,000.

Nos llama la atención y esto sobre todo ha sido puesto de relieve por mi colaborador Erich Simfendörfer, que ha hecho los resúmenes clínicos de nuestra estadística, la constante eosinofilia, que los niños presentan en su período evo-

lutivo y que no se observa en los casos cuya gravedad por el daño cardíaco los lleva hasta la muerte.

La sedimentación globular es, a nuestro juicio, un método de laboratorio que ayuda al diagnóstico y nos puede guiar en la evolución del cuadro clínico. El comportamiento del pulso, la normalización de la sedimentación globular, la reducción de la cifra de eosinófilos, junto con la justipreciación de la energía cardíaca, pueden ser los signos que guíen nuestro diagnóstico y nuestra conducta frente a la evolución de una E. R.

La cifra de leucocitos que puede ser perfectamente normal y aun algo baja en plena evolución reumática, del mismo modo que la anemia no puede a este respecto tener análoga importancia a la de los signos anteriormente anotados.

Conclusiones.

1.º La E. R. asume en la infancia un polimorfismo extraordinario.

2.º Las formas poli-articulares se hacen más frecuentes a medida que el niño aumenta en edad.

3.º Mucho mayor importancia que los signos dolorosos articulares tiene el estado infeccioso un tanto oscuro.

4.º Es frecuente observar las formas abdominales, los cuadros tifoideos, nerviosos, pseudo-meníngeos.

5.º Deberán tenerse presentes las formas mono-articulares, las formas ambulatorias, que llevan con cierta frecuencia a la complicación cardíaca sin antecedente algico de ninguna especie.

6.º La E. R. debe considerarse en la infancia como una afección eminentemente cardíaca y se debería buscar en el examen del corazón extraordinariamente minucioso la clave de un diagnóstico dudoso.

7.º La sedimentación globular constituye un procedimiento de laboratorio indispensable en el estudio de la E. R., tanto para su diagnóstico como para apreciar la evolución del padecimiento.

8.º Conviene continuar el estudio de la eosinofilia durante la evolución del cuadro reumático.

9.º Ni la cifra de leucocitos ni el estudio de la fórmula roja tienen, a nuestro entender, la importancia de los métodos anteriores.