

Cátedra Extraordinaria de Pediatría.
Casa Nacional del Niño.
Prof. A. Ariztia.

TRATAMIENTO Y PROFILAXIA DE LA ENFERMEDAD REUMÁTICA EN EL NIÑO

Por el Prof. Dr. ANIBAL ARIZTIA A. y Dr. OSCAR ILLANES.

El tratamiento tiene por fundamento la concepción de la enfermedad como entidad eminentemente crónica y recidivante. De iniciación a veces solapada o con síntomas de escaso valor patognomónico. De evolución muy prolongada de meses o años, que atraviesa por períodos llamados de actividad durante los cuales se producen los brotes o recrudescencias que dan lugar a las localizaciones cardíacas o a su agravación, y por períodos de inactividad que permiten al niño recuperar sus tareas habituales.

Los signos clínicos y auxiliares de laboratorio reveladores del estado de actividad no caen dentro de esta relación; pero es de capital importancia el reconocimiento de dichos estados para guiar la terapéutica.

De allí que al estudiar el tratamiento es preciso considerar la enfermedad durante sus fases de actividad, convalecencia e inactividad, analizar las medidas especiales que deben adoptarse en las descompensaciones circulatorias durante los brotes de actividad y, finalmente, aquellas medidas o recursos destinados a prevenir las recrudescencias.

Podemos decir que en los últimos diez años, si bien no ha aparecido ningún recurso nuevo en el arsenal terapéutico de la enfermedad reumática, ha cambiado fundamentalmente la conducta y criterio de tratamiento de ella. Este cambio ha consistido en valorizar y colocar en primer término y como el recurso más eficaz el reposo y medidas higiénicas, y luego en dejar definitivamente establecido el valor como recurso sintomático de los salicílicos y equivalentes como piramidón

y otros derivados, negándoles toda acción específica. Eso no significa de modo alguno un retroceso, sino por el contrario, al quitar una falsa seguridad en que se descansaba nos ha dejado en mejor situación para luchar, a semejanza de otra enfermedad con la que presenta similitud, la tuberculosis, donde a pesar de conocer su germen causante, no se ha logrado reducir sus efectos sino mediante la reglamentación del reposo y medidas higiénicas o cuidados que eleven las condiciones de resistencia del organismo.

Estos conceptos que atribuyen el rol principal del tratamiento al reposo prolongado durante el período de actividad reumática, a la dosificación y control metódico del ejercicio durante la convalecencia, a la colocación del niño en las mejores condiciones posibles de higiene y de clima para evitar las infecciones intercurrentes especialmente de las vías respiratorias, están basados en la ubicación de la enfermedad reumática entre las de carácter crónico. Estos conceptos deben penetrar bien y arraigarse en la mente de los médicos a fin de que puedan hacerlos comprender a la vez del público. Sólo así podrá obtenerse que un niño al que se le ha diagnosticado esa enfermedad sea retirado de la escuela común, dejado en reposo y aun hospitalizado durante semanas o meses hasta que cese todo signo de actividad. Lo que hoy el público no resiste como tratamiento ante el diagnóstico de una primo infección tuberculosa no lo resistirá cuando el médico lo instruya sobre los peligros mayores que encierra una enfermedad reumática.

Durante el período agudo se exigirá el reposo absoluto en cama evitando el menor esfuerzo incluso el de comer por sí solo y juegos. El reposo debe mantenerse durante todo el período de actividad. La estrictez irá reduciéndose a medida que vayan desapareciendo los peligros del compromiso cardíaco y disminuyendo los signos de actividad reumática. En caso de niños inquietos deberá recurrirse a los sedantes nerviosos como el luminal o la codeína en dosis de 2 a 3 centigramos, tres a cuatro veces al día, o a ambos combinados.

El empleo de los salicílicos o el piramidón se hará sólo frente a manifestaciones articulares o dolorosas y fiebre. No se justifica su empleo por la amenaza o existencia de la carditis ya que puede considerarse definitivamente descartado su acción preventiva contra dicha localización. En nuestras observaciones tenemos varios casos en que durante el tratamiento salicilado o piramidón en dosis conveniente se ha instalado la cardiopatía y a veces ha continuado un curso progresivo

fatal (Obs. N.º 9793, A. R. 10151) o bien que durante dicho tratamiento ha hecho recrudescencias la enfermedad. En cuanto a la dosificación de salicílicos o piramidón, puede darse por establecido que no se justifican las dosis masivas que se recomendaban cuando se creía en una acción específica semejante a la de la quimioterapia de otras infecciones. Lo que no se obtiene con dosis de 0.10 o máximo de 0.20 de salicílicos por kilo de peso no se logra ni con el doble o triple. No hay para qué insistir en las ventajas de la asociación a los salicílicos de preparados alcalinos como bicarbonato de sodio o mejor, por una probable acción sinérgica al salicilato, del óxido de magnesio o el carbonato de magnesio en igual dosis.

En cuanto al empleo del piramidón, cuya potencia es cinco o seis veces superior a los salicílicos, tiene las ventajas de su mejor tolerancia digestiva y el inconveniente del peligro de agranulocitosis durante su empleo prolongado. En cuanto a dosificación de este producto, nos limitamos a no sobrepasar una dosis máxima de 1.20 al día en niños bajo 15 años, fraccionada en 4 dosis al día. A igual que con los salicílicos no encontramos justificado llegar a dosis masivas, doble de la mencionada como algunos han aconsejado, desde el momento que no le atribuimos más que un valor sintomático, analgésico y antipirético. Este criterio lo apoyamos no sólo en nuestra experiencia sino en la de clínicos como Taussig, Wilson, Jones en N. A. y Bessau, Degkwitz, Glanzmann en el continente europeo.

Sobre el empleo de otros medios antireumáticos, como los metales pesados, vacunas antiestreptocócicas o suero, no vale la pena extenderse porque todos ellos han demostrado su ineficacia. Solamente debemos mencionar como recurso accesorio en los casos graves o rebeldes, el empleo de la transfusión sanguínea que en algunos pacientes se nos ha demostrado eficaz para mejorar las condiciones de anemia y aun atenuar los signos de actividad reumática bajando la sedimentación. El empleo de los sulfonamidos en el tratamiento de las fases agudas reumáticas puede estimarse como totalmente ineficaz, y aun parece estar contraindicado.

En los casos de cardiopatía establecida con signos de descompensación circulatoria se plantea el problema de la tonificación cardiovascular. Antes de analizar el empleo de medicamentos cardiotónicos recordemos que los fenómenos de insuficiencia circulatoria derivan primordialmente de la acción del virus reumático sobre el miocardio y vasos. De allí que

no podemos esperar del empleo de la digital el mismo éxito que frente a una insuficiencia congestiva crónica. Ante la carditis aguda reumática del niño la digital actúa pobremente y en forma pasajera. Para ciertos autores podría aún ser perjudicial y se citan casos de muerte súbita. En una de nuestras observaciones pudimos notar una agravación violenta de los fenómenos subjetivos a raíz de una inyección de digitalina en el curso de una asistolía.

La digital encuentra su principal indicación durante las fases de insuficiencia crónica congestiva y en la fibrilación auricular. Durante las fases agudas de carditis deberemos combatir la insuficiencia circulatoria con los procedimientos aplicados a las demás miocarditis infecciosas. La digital podremos emplearla con cautela si es posible con control electrocardiográfico. Las dosis no deben ser excesivamente elevadas porque parece existir en el niño una mayor sensibilidad a la intoxicación digitalica durante la actividad reumática. Una dosis total de 4 centigramos por kilo de peso de un preparado estandarizado de digital repartida en un espacio de tres a cuatro días es suficiente.

Los diuréticos de la serie xántica asociados a la dosificación bien controlada de los líquidos ingeridos, de 300 a 500 grs. al día, son de eficaz ayuda. En casos de asistolías rebeldes con persistencia de gran aumento del hígado, ascitis y edemas, los diuréticos mercuriales son de efectos a veces brillantes como se demuestra en la obs. N.º 9793, en donde iniciado el tratamiento con Salirgán comenzaron a ceder los síntomas de asistolía en el curso de una carditis gravísima reumática que se presentó acompañada de un enorme brote de nódulos.

Fuera de esta medicación no hay que olvidar la asociación de sedantes e hipnóticos que constituyen un recurso heroico para dominar los fenómenos subjetivos de la asistolía, sobre todo cuando se acompaña de dolores precordiales. En las Obs. 5941 y 5945 el empleo de morfina era lo único que conseguía restablecer la quietud de los pacientes angustiados, uno de ellos con infarto pulmonar, y que hoy día han podido recuperar su vida más o menos normal.

Los otros recursos para normalizar la circulación descompensada, tales como la sangría, restricción de líquidos, punciones, etc., son demasiado conocidos para insistir sobre ellos.

El tratamiento del convaleciente constituye uno de los puntos más importantes en el reumatismo. El reposo debe mantenerse por un minimum de dos semanas después de sus-

pendida toda medicación y desaparición de todos los síntomas y signos de actividad reumática antes mencionados, tales como dolores, nódulos, exantemas, etc., nos servirán de guía el pulso, frecuencia respiratoria, normalización de los ruidos cardíacos o establecimiento definitivo e invariable de soplos, desaparición del ruido de galope y de todo signo de estasis venosa, normalización del ECG, desaparición de la anemia con leucocitosis normal y sedimentación por debajo de 10 mm. en una hora.

Durante esa transición del período agudo al de convalecencia se graduará la actividad muscular y ejercicio del paciente, empezando desde el permitirle comer solo, sentarse en la cama, entretenerse en juegos en cama, hasta la estada un par de horas en un sillón, luego algunos pasos en la pieza y finalmente cierto número de horas en la mañana y en la tarde en pie. Todo esto se hará bajo estricto control y vigilancia de los síntomas que puedan indicar recrudescencia de la enfermedad. Si ellos aparecen, la vuelta al reposo completo se impone. De lo anterior se desprende que todo ataque agudo de enfermedad reumática significa un período mínimo de seis a ocho semanas de cuidado estricto, el cual debe ser seguido del control periódico del niño ya reintegrado a sus actividades. Para que todo lo anterior se justifique es preciso que el niño sea colocado en las condiciones que veremos a propósito de la prevención de las cardiopatías, sea en su hogar o en establecimientos especiales cuando podamos contar con ellos. Con este control posterior pueden obtenerse resultados muy halagadores aun en casos muy graves como se ve en la Obs. N.º 9793.

Durante el tratamiento del convaleciente se plantea el antiguo problema de la extirpación de focos que en el niño están generalmente constituidos por las amígdalas. Debe ser absolutamente rechazado el criterio de su extirpación sistemática en el reumático y sólo debe considerarse la oportunidad de ella cuando dicho órgano se encuentra francamente infectado y constituye foco séptico. Ello podrá apreciarse en la existencia de criptas supuradas, adherencias residuales de antiguos procesos inflamatorios a repetición, presencia constante de ganglios tributarios, amigdalitis a repetición.

El momento de la intervención debe dejarse siempre para las fases de inactividad reumática, salvo en ciertos casos excepcionales en que las manifestaciones de actividad se prolongan excesivamente y se comprueban alteraciones inflamatorias persistentes en las amígdalas. Aun a riesgo de una reactiva-

ción momentánea, en tales casos hemos procedido a la extirpación, como en las Obs. N.º 9739 y 5941, con efectos muy satisfactorios.

Cuando las amígdalas no presentan francos síntomas de infección crónica su extirpación carece de todo valor terapéutico o preventivo y sólo dará una falsa sensación de seguridad. Según estadísticas de Kayser el 35-40 % de los operados hacen recidivas. Ash da un 67 % de recidivas en los operados. En un grupo de 413 niños seguidos por Wilson en N. York, son operados 247 y se observa que después de la extirpación un 82,4 % hacen fiebre reumática. Se aprecia una menor incidencia de enfermedad reumática en los operados cuando la intervención se realiza después de 10 años de edad. Esto quiere decir que la menor frecuencia de recidivas está más en relación con lo avanzado de la edad en que se interviene, que con la operación misma. Esto se confirma con el estudio de las curvas de frecuencia de ataque y recidivas de enfermedad reumática en relación con la edad: se puede apreciar que tanto en operados como no operados existe una incidencia paralela correspondiente a cada edad y que decrece a medida que ésta avanza. En resumen, la tonsilectomía encontraría su indicación no en el reumatismo por sí, sino en las mismas que hay para todo niño no reumático, esto es, la infección focal existente y comprobada.

Elemento terapéutico de gran ayuda en la convalecencia y para acortar las fases de actividad prolongadas, lo constituye un cambio del paciente a un clima apropiado, de temperatura pareja y moderada, seco. Su influencia parece ser sólo momentánea mientras el paciente se mantiene en él.

La *Profilaxia* debe realizarse tomando en cuenta el aspecto individual y colectivo del problema de la enfermedad reumática. En su aspecto individual comprende al sujeto sano y al enfermo.

En el sujeto ya afectado de enfermedad reumática la profilaxia está dirigida a prevenirle la cardiopatía que lo expone a la invalidez y a prevenirle, además, la agravación progresiva de la afección por nuevos brotes o recrudescencias. En este sentido hay que recordar que ya no se puede seguir descansando en la seguridad del valor preventivo de los tratamientos salicilados prolongados ni en la garantía absoluta de la extirpación amigdaliana, como se ha visto. La prevención ha de basarse en el tratamiento prolongado de las fases agudas y la convalecencia según las normas expuestas, y luego, y de modo principal, en evitar los brotes o recrudescencias de la acti-

vidad reumática, mediante la vigilancia estrecha del enfermo y su colocación en las mejores condiciones de resistencia para impedir las enfermedades de las vías aéreas superiores e infecciones estreptocócicas que, como se ha dicho, constituyen el comienzo de cada nuevo brote reumático.

Gran parte de la realización de este desideratum se encuentra ligado a la existencia de una organización antireumática a que me referiré brevemente en la profilaxia colectiva, ya que no siempre es posible prevenir en el hogar, dadas las condiciones de éste, la repetición de aquellas infecciones que anteceden a los brotes reumáticos.

Para ello es preciso darle al niño una alimentación completa, rica en vitamina C, proporcionarle las condiciones higiénicas de abrigo, reposo y actividad reglamentada, en un clima moderado y con habitación donde no exista sobrepoblación y lo ponga a cubierto del frío y humedad.

A estas medidas higiénicas generales han propuesto algunos el agregado de tratamiento preventivo medicamentoso. Schlessinger, en Londres, refiere resultados muy satisfactorios con el suministro de aspirina en dosis de 0.35 a 0.75 tres veces al día por períodos de cuatro semanas, desde el momento en que aparecen las primeras manifestaciones de faringitis. Por otro lado, France y Thomas, Coburn, dicen haber obtenido efectos profilácticos evidentes mediante el suministro continuado durante todo el invierno y por dos años seguidos, de una dosis diaria de 0.75 a 1 gr. de sulfanamida, a un grupo de niños reumáticos, en los cuales se observó una incidencia mucho menor de infecciones respiratorias superiores que en el grupo control no tratado, y al mismo tiempo menor número de recrudescencias reumáticas.

La prevención en los establecimientos donde se atienden niños reumáticos se basa en todas las medidas tendientes a evitar la propagación de esas infecciones respiratorias. Evitar la sobrepoblación y no admitir sino el número de niños calculados para la capacidad del establecimiento; mantener a los pacientes en las mejores condiciones de aireación; cuarentena para los recién ingresados; separación y convalecencia prolongada para los enfermos.

La profilaxia antireumática para el sujeto sano, aquella a realizarse por el médico dentro de la familia, debe tomar muy en cuenta los antecedentes hereditarios reumáticos. Cuando ellos existen habrá que extremar las medidas de protección contra las enfermedades del aparato respiratorio, rodear al niño de las

condiciones higiénicas arriba anotadas respecto a clima y habitación, alimentación suficiente, bien equilibrada, rica en vitamina C.

Para los efectos de esta profilaxia desempeñan un importante rol el médico práctico y los servicios especializados de reumatismo. De su oportuna intervención, del diagnóstico precozmente establecido respecto si existe o no infección reumática, si ésta está o no en actividad y, finalmente, si se ha producido o no la carditis, depende todo el éxito de una profilaxis oportuna en beneficio del individuo. Para que esta profilaxia sea realizable es preciso que se cuente con el número suficiente de camas en servicios hospitalarios y de convalecencia a que más adelante se alude y que corresponde a la organización de la prevención colectiva.

Profilaxia colectiva. — Al hablar de profilaxia colectiva de una enfermedad significa que la prevención individual es insuficiente y que la importancia de la enfermedad exige una intervención de las autoridades. El reumatismo cae de lleno dentro de las afecciones que requieren ese comportamiento porque constituye un problema médico-social, esto es, que su morbilidad y mortalidad están estrechamente ligada, a la condición social del individuo y las solas medidas individuales no alcanzan o no pueden prevenir el daño por él causado.

La demostración de tales características e importancia médico-social de la enfermedad reumática nos la proporcionan ciertas cifras extranjeras relativas a la frecuencia y mortalidad de ellas y a que me referiré muy brevemente (1). En EE. UU. de Norte América se calcula que existe $1\frac{1}{2}$ % de la población afecta de enfermedad reumática. El 2,9 al 13,6 por mil de los escolares de diferentes regiones del mismo país sufre de cardiopatía reumática. En Gran Bretaña, Gliber establece que el 5,4 % de todas las muertes de niños de 10 a 15 años se deben a la enfermedad reumática, y diferentes estudios recientes en Norte América demuestran que la enfermedad reumática causa 4 a 5 veces más muertes que todas las enfermedades infecto contagiosas juntas.

Diferentes estudios practicados en Santiago demuestran una frecuencia de la enfermedad reumática muy semejante a la establecida en las cifras anteriores.

(1) En mayor detalle se exponen en el trabajo sobre diagnóstico precoz y tratamiento de las cardiopatías reumáticas y el problema médico social del reumatismo en el niño, en la Revista Médica de Chile, N.º II, año 1942.

Si junto con esas cifras tenemos presente que la enfermedad que nos ocupa afecta en su primer ataque a sujetos por debajo de los 20 años con una frecuencia del 75 a 90 %, que esas víctimas caen principalmente a consecuencia de factores ambientales, tales como condiciones de habitación e higiene, clima, etc., factores que en cuanto son susceptibles de ser corregidos o eliminados, sólo pueden serlo mediante medidas de orden general emanadas de las autoridades sanitarias, tendremos establecido sin duda alguna el carácter médico-social de la enfermedad reumática y la necesidad de combatirla y prevenirla con una profilaxia colectiva.

Para la realización de ella es preciso que en una localidad o región determinada se cuente con las clínicas o centros anti-reumáticos, anexos a los hospitales y cuyo rol es examinar a los niños y plantear precozmente el diagnóstico. Para el tratamiento de los casos agudos ha de contarse con el número de camas suficientes en los hospitales y para el cuidado posterior de esos mismos han de establecerse las llamadas casas de convalecencia. Finalmente, no debe descuidarse la parte educativa de los afectados, para los cuales se requiere en muchos casos la escuela especializada.

La conexión entre todos esos servicios y el destino del enfermo a cada uno de ellos en la fase correspondiente de la enfermedad está generalmente a cargo de un centro o sección antirreumática. Todo esto queda por realizarse en nuestro país, y habrá que empezar por la creación y multiplicación de los centros o clínicas para reumáticos en los distintos hospitales de niños, con lo que se irá adquiriendo un conocimiento más exacto de la verdadera magnitud del problema.

RESUMEN DE LAS OBSERVACIONES

OBSERVACION N.º 6740. — G. R.: 9 años.

Antecedentes y síntomas de iniciación. — Amigdalectomía 2 años antes del primer ataque. Dolores articulares suaves y fugaces que pasan inadvertidos y sin tratamiento. Se repiten por segunda vez y se comprueba cardiopatía.

Pruebas y exámenes de laboratorio:

Sedim.: 41; 45; 53; 6; 7. Levantada 83; 7.

EGC.: 1.º Signos leves de alteración miocárdica.

2.º Preponderancia ventr. izq. Alteración auricular.

Radiología: Aumento moderado del área cardíaca.

Manifestaciones cardíacas:

Iniciación: Ingresó con su lesión establecida.

Sintomatología: Soplo diastólico aórtico. Presión arterial: 12/5.

Tratamiento: Reposo. Piramidón durante sus dolores.

Evolución: Con 3 meses de reposo se apagan los signos de actividad.

Observaciones: Comienzo insidioso, cuya fecha no se precisa. Establecimiento precoz de la lesión cardíaca.

OBSERVACION N.º 5941. — J. L. O.: 11 años.

Antecedentes y síntomas de iniciación:

Frecuentes infecciones vías aéreas superiores. En dos ocasiones dolores monoarticulares con fiebre baja, que se diagnostica pseudo reumatismo.

Al tercer ataque se comprueba lesión cardíaca.

Pruebas y exámenes de laboratorio:

Sedim. y hemograma: 107 mm.; 72; 55; 11; 21; 13; 40; 25; 30; Gls. r.: 4,2 mill.; G. b.: 11.6 mil.

ECG.: Taquicardia sinusal alteración auricular.

Radiología: Enorme aumento del área cardíaca. Retracción del mediastino hacia la derecha.

Manifestaciones cardíacas:

Iniciación: Se comprueba en el tercer brote reumático.

Sintomatología: Doble soplo de la punta. En uno de los brotes crisis de cianosis, angustia, desgarro hemoptoico, estado de colapso: infarto pulmonar. En otro brote crisis anginosa, palidez y enfriamiento extremidades, sudores fríos. Signos de mediastino pericarditis.

Tratamiento: Reposo continuado por 2 años. Curas repetidas saliciladas y piramidón. En las crisis anginosas: sangría, morfina y tónicos cardiovasculares. Digitalina. Amigdalectomía. Transfusiones.

Evolución: Repetidos brotes de actividad. Amigdalitis frecuentes hasta la extirpación de amígdalas. Crisis de asistolia, Apagamiento de la actividad y mejoría estado funcional circulatorio.

Observaciones: Diagnóstico de la cardiopatía en el tercer brote reumático. En cada amigdalitis brote reumático con crisis de insuficiencia circulatoria, en una con infartos pulmonares. La amigdalectomía coincide con la cesación de nuevos brotes. Las transfusiones logran descender la sedimentación y mejorar el estado general.

OBSERVACION N.º 6672. — L. M.: 11 años.

Antecedentes y síntomas de iniciación:

Operado 2 años antes de adenoidectomía. Comienzo con dolor agudo en la cadera; epistaxis; fiebre bradicardia; borramiento primer tono en la punta.

Sedim.: 104; 41; 13; 9.

ECG.: Preponderancia ventr. izq. Aritmia sinusal. Alteración auricular.

Manifestaciones cardíacas:

Iniciación: Concomitante con dolor articular.

Sintomatología: Soplo sistólico en la punta.

Tratamiento: Reposo. Piramidón.

Evolución: En el curso de un mes regresan los signos de actividad; pero persisten alteraciones del ECG. de daño miocárdico.

Observaciones: Comienzo concomitante de dolor articular y lesión cardíaca. Manifestación dolorosa monoarticular, poco frecuente. Sedimentación muy elevada y epistaxis ayudan al diagnóstico precoz.

OBSERVACION N.º 6937. — O. S.: 12 años.

Antecedentes y síntomas de iniciación:

Tonsilitis crónica hiperréfrica. Comienzo con mialgias intensas en el muslo; fiebre; sedimentación elevada. En seguida localizaciones articulares.

Pruebas y exámenes de laboratorio:

Sedim. y hemograma: 46; 33; 11; 7; 5; Gl. r.: 4.7 mill. Gl. b.: 14.5 mil.

ECG.: Taquicardia sinusal. Bloqueo aurículo ventricular simple. Alteración auricular.

Sintomatología: Soplo sistólico mitral.

Tratamiento: Reposo. Salicilatos. Amigdalectomía.

Evolución: Requiere un reposo de 4 meses para atenuar signos de actividad.

Observaciones: El brote reumático se inicia con mialgias. Después de la amigdalectomía no se presentan durante un año signos de actividad reumática.

OBSERVACION N.º 301. — F. B.: 6 años.

Antecedentes y síntomas de iniciación:

Amigdalitis a repetición. Dolores poliarticulares; fiebre hasta 39°; epistaxis repetidos en cada brote reumático. Nuevo brote 18 meses después.

Iniciación: En el curso del primer brote reumático.

Sintomatología: Taquicardia. Soplo sistólico de la punta. Rocios pericardíacos.

Tratamiento: Salicílicos. Reposo incompleto.

Evolución: Al mes y medio de cama se autoriza levantada, sin control de actividad; se produce nuevo brote. Actualmente, 10 años de iniciada la enfermedad, sufre de nuevo brote.

Observaciones: Observación clínica de 10 años atrás donde se pone de manifiesto que la falta de control de actividad reumática conduce a un tratamiento incompleto de reposo y a nuevos brotes.

OBSERVACION N.º 10151. — P. F.: 6 años.

Antecedentes y síntomas de iniciación:

Infecciones respiratorias a repetición. No se precisa el comienzo. Dolores poliarticulares. Cefaleas rebeldes; dolor periumbilical.

Pruebas y exámenes de laboratorio:

Sedimentación, hemograma: En hiposistolia: 39; 12; 10; 14; 78; 15; Gl. r.: 3.9 mill. Gl. b.: 15 mil.

ECG.: Los ECG. sucesivos revelan agravación progresiva, daño miocárdico.

Radiología: Gran aumento área cardíaca.

Manifestaciones cardíacas:

Iniciación: Ingresó en asistolia

Sintomatología: Palidez; disnea y ortopnea; Edema; ascitis; taquicardia; choque de la punta en cúpula; ruido de galope; soplo sistólico mitral.

Tratamiento: Reposo. Régimen seco. Sedantes nerviosos; Cardiazol; Después: digital.

Evolución: Dominados síntomas de asistolia; persiste taquicardia. Repetidas manifestaciones catarrales vías aéreas sup. Angustias e insomnio en cada nuevo brote.

Observaciones: Sedimentación baja en cada crisis de hiposístolia. Fenómenos catarrales se repiten con agravación de los signos de hiposístolia. Taquicardia persistente. ECG. empeora progresivamente. Sedimentación baja: reumatismo cardíaco evolutivo.

OBSERVACION. — A. R.: 5 años,

Antecedentes y síntomas de iniciación:

Faringitis frecuentes. Corea. Dolores y tumefacciones articulares, atenuados. Fiebre; al tercer día soplo sistólico mitral. Nódulos de Aschoff.

Manifestaciones cardíacas:

Iniciación: Al tercer día de iniciación los primeros signos reumáticos.

Sintomatología: Gran taquicardia. Soplo sistólico mitral. Ruido de galope. Roces pericardíaco.

Tratamiento: Reposo. Salicílicos y Piramidón. Transfusiones; tónicos cardiovascular. Estrofantina.

Evolución: Curso progresivo en 20 días lleva a la muerte durante el primer brote reumático.

Observaciones: Asociación de corea, poliartritis, nódulos y carditis desde la iniciación. Evolución rápidamente fatal al primer ataque. Agravación progresiva a pesar de tratamiento salicilado.

OBSERVACION N.º 5945. — L. H.: 14 años.

Antecedentes y síntomas de iniciación:

Primer brote, dolores monoarticulares fugaces, mejorados con salicilato Na. segundo brote cefaleas, dolor precordial; después dolores articulares; eritema anular; corea; eritema anular en un tercer brote.

Puncbas y exámenes de Laboratorio:

Sedimentación y hemograma: 89; 42; 27; —; 82; 72; 20; —; Gl. r.: 4.8 mill.; Gl. b.: 12 mil.

ECG.: Bloqueo auriculo ventr. Prep. ventr. izq.

Manifestaciones cardíacas:

Iniciación. En el segundo brote.

Sintomatología: Soplo sistólico mitral. Soplo diastólico aórtico.

Tratamiento: Reposo prolongado por 1 y medio año. Curas de salicilatos y piramidón. Transfusiones. Amigdalectomía.

Evolución: Durante 4 años brotes sucesivos de artritis, corea, carditis, eritema anular. Desde hace 1 y medio año después de amigdalectomía no hay brote de actividad.

Observaciones: Comienza con fuerte y prolongado dolor precordial. Alterancia de brotes de artritis y corea. Con transfusiones se obtiene descenso de sedimentación que permite practicar amigdalectomía. Después no hay brote de actividad.

OBSERVACION N.º 9793. — L. J.: 10 años.

Antecedentes y síntomas de iniciación:

Primer brote Cores. Un año después escarlatina; segundo brote reumático con poliartitis. Estando en tratamiento y reposo y salicilato brote agudo reumático con aparición de numerosos nódulos a lo largo tendones y apófisis espinosas vertebrales.

Pruebas y exámenes de Laboratorio:

Sedimentación y hemograma: 95; 52; 21; (asistolia) 5; 14; 22; 6; Gl. r. 5 mil.; Gl. b.: 14 mil.

ECC.: Taquicardia sinusal. Prep. ventr. izq.

Radiología: Gran aumento área cardíaca que se reduce en la mejoría.

Manifestaciones cardíacas.

Iniciación: Ingresa con lesiones establecidas en brotes anteriores.

Sintomatología: Disnea. Ortopnea. Oliguria. Edemas. Gran hepatomegalia. Área cardíaca aumentada (derrame pericárdico). Roces. Soplo mitral.

Tratamiento: Reposo. Régimen declorurado. Restricción líquida. Digital. Salirgan. Sídantes. Amigdalectomía.

Evolución: Después de 5 meses de tratamiento se apagan signos actividad. Practicada amigdalectomía pasa un año en control sin nuevo brote.

Observaciones: Reumatismo grave. En pleno tratamiento hace brote con grave compromiso cardíaco. nódulos numerosos, descompensación circulatoria. El Salirgan ayuda a salir de la asistolia con mayor eficacia que digital. Baja de sedimentación en la asistolia. Amigdalectomía reafirma la mejoría.

OBSERVACION N.º 10091. — C. S.: 11 años.

Antecedentes y síntomas de iniciación:

Primeros síntomas otitis aguda. Adenitis preauricular. Fiebre. Al quinto día apagamiento tonos cardíacos; taquicardia; palidez. Dos días después: leve dolor mono articular y soplo sistólico en la mitral.

Pruebas y exámenes de Laboratorio:

Sedimentación y hemograma: 130; 50; 6; 70; (GRIPPE); 7; 15. Gl. r.: 3.5 mil.; Gl. b.: 19.5 mil.

ECC.: 1.º Arritmia sinusal. Alteración auricular. Prepon. ventr. izq. 2.º y 3.º mejoría progresiva signos alteración miocárdica.

Radiología: Aumento área cardíaca.

Manifestaciones cardíacas.

Iniciación: La lesión cardíaca es el primer síntoma propio de enfermedad reumática.

Sintomatología: Taquicardia. Apagamiento tonos cardíacos. Soplo sistólico mitral. Roces pericárdicos. Aumento área cardíaca.

Tratamiento: Reposo. Piramidón. Transfusiones.

Evolución: En su primer brote se produce apagamiento signos de actividad. Actualmente en quinto mes de reposo controlado.

Observaciones: Comienza con localización cardíaca inmediata. Síntomas engañosos de enfermedad reumática. Efectos beneficiosos de las transfusiones sobre velocidad de sedimentación. Mejoría progresiva del ECG.

OBSERVACION N.º 12290. — G. S.

Antecedentes y síntomas de iniciación:

Se inicia el primer brote con poliartritis. Simultáneamente angustia y palpitaciones, disnea de esfuerzo.

Pruebas de exámenes de Laboratorio:

Sedimentación y hemograma: 105; 18; 4; 16; 8; Gl. r.: 4,6 mil.; Gl. b.: 10 mil.

ECG.: Primer Prep. ventr. izq. Bloqueo aurículo ventricular. Signos alter. miocárdica. ECG. posteriores mejoría alter. de conducción y daño miocárdico.

Radiología: Aumento discreto área cardíaca.

Manifestaciones cardíacas:

Iniciación: Signos subjetivos concomitantes con manifestaciones articulares.

Sintomatología: Taquicardia. Aumento área cardíaca. Soplo sistólico mitral.

Tratamiento: Reposo. Piramidón. Transfusiones.

Evolución: En 3 meses de tratamiento bajan los signos de actividad y alteración miocárdica. En convalecencia controlada.

Observaciones: Precocidad de aparición localización cardíaca simultáneamente con artritis. Evolución favorable. Coincide con las transfusiones el descenso inmediato de la sedimentación.