

ENFERMEDAD REUMÁTICA E INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL NIÑO REUMÁTICO

Dr. EUGENIO VALLE QUINTAVALLA

Hospital "Luis Calvo Mackenna".

La frecuencia, compromiso cardíaco y mortalidad de la enfermedad reumática en el niño, exige que todo médico práctico la conozca en todas sus formas, especialmente en aquellas de comienzo insidioso en que dominan los síntomas generales, pasando desapercibidos los síntomas articulares u otros más característicos.

Es importante el diagnóstico precoz de la enfermedad reumática por la posibilidad de actuar evitando el daño cardíaco o bien, descartar su existencia para no someter al niño a un tratamiento de una enfermedad que no existe y que lo convertirá en un inválido durante el período que duraría un tratamiento.

La frecuencia en nuestro medio hospitalario (Hospital Luis Calvo Mackenna) es de 5,14% considerando los ingresos de niños de 3 a 15 años hospitalizados por enfermedades de tipo médico. Este porcentaje varía de un año a otro. La mortalidad en este mismo material de estudio es de 14%.

DIAGNÓSTICO

Siguiendo a autores americanos y con el fin de hacer una exposición más clara dividiremos la sintomatología de la enfermedad reumática en manifestaciones mayores, menores y generales.

A) **Manifestaciones mayores.** — Son aquellas cuya existencia, aun aisladamente, nos orientan hacia el diagnóstico y la conjunción de dos de ellas nos permiten hacer el diagnóstico. No están siempre

presentes y no hay que esperar su existencia para asegurar un diagnóstico.

Las manifestaciones mayores son: articulares, cardíacas, corea, nódulos y antecedentes de brotes reumáticos.

a) *Manifestaciones articulares.* Pueden ser artralgias o presentarse otros signos inflamatorios. Su intensidad está en relación directa a la edad y están ausentes en el niño pequeño o en ciertas formas clínicas. Generalmente poliarticulares y migratorias. Localizaciones poco frecuentes: columna vertebral (diagnóstico diferencial con Mal de Pott, meningitis y artritis infecciosa). Debe investigarse que estén precedidas de afecciones faríngeas o escarlatina.

b) *Manifestaciones cardíacas. Carditis.*

1. *Taquicardia.* Importancia de controlar el pulso en vigilia y durante el sueño para descartar el factor emotivo.

2. *Soplos cardíacos.* Determinar que se trata de soplos orgánicos por sus características acústicas, foco preciso de origen, persistencia en controles sucesivos y en posiciones diversas. No olvidar la gran frecuencia de los soplos funcionales en el niño normal o en el convalescente de cualquier enfermedad infecciosa.

Si por primera vez se examina un enfermo reumático durante un brote de actividad y se encuentra un soplo con caracteres orgánicos no se debe hacer el diagnóstico de una valvulopatía, secuela de un probable brote anterior, pues pasada la actividad puede desaparecer el soplo, el que ha correspondido a edema de la válvula o a dilatación cardíaca.

3. *Insuficiencia cardíaca.* Su existencia es siempre signo de actividad reumática, por lo que en su tratamiento nunca debe omitirse el uso de anti-reumáticos, asociados al tratamiento de la insuficiencia cardíaca. En las formas clínicas en que domina la insuficiencia cardíaca las manifestaciones articulares, fiebre y otros signos de actividad generalmente son poco notables o ausentes y aun la eritrosedimentación es baja por lo que es fácil caer en el error de tratar sólo la insuficiencia, descuidando el tratamiento anti-reumático.

Algunos signos de insuficiencia cardíaca merecen un análisis especial por su precocidad de aparición o por su frecuencia. La *hépatomegalia* es un signo precoz y muy sensible a las variaciones del grado de la insuficiencia; el *vómito* es un signo que puede atribuirse a los salicílicos o a la digital y se procede a suspender estos medicamentos cuando son más necesarios; la *ortopnea* es un buen índice de evolución y generalmente el enfermo adopta el decúbito dorsal cuando se ha logrado vencer la insuficiencia cardíaca; los *pseudo signos de condensación o congestiones pulmonares* nos llevan a hacer erróneamente el diagnóstico de neumopatías. La *capacidad vital* baja, en aquellos enfermos que han salido del estado clínico de insuficiencia cardíaca, nos sirve como índice pronóstico y, además, para mantener un tratamiento cardiotónico considerando al paciente en estado sub-clínico de insuficiencia cardíaca.

Otros signos de insuficiencia cardíaca no los analizamos por no tener ninguna característica especial en el niño.

4. *Aumento de tamaño cardíaco.* Este aumento generalmente no adopta las formas características de corazones mitralícos o aórticos del adulto, que son el reflejo de la existencia de una valvulopatía. En el niño el aumento cardíaco es debido a la carditis por lo que generalmente se tiene un aumento global. Niños con valvulopatías reumáticas, a través de años, sin que presenten brotes reumáticos de actividad durante ese período, no presentan aumento de tamaño cardíaco.

La radioscopia en posiciones postero-anterior y oblicuas, que nos permite el estudio del tamaño de las distintas cámaras y la Teleradiografía con la determinación de la Relación Cardio-torácica, son los métodos radiológicos que usamos

en nuestros enfermos. La Relación Cardio-torácica, aunque poco exacta como medida de aumento del tamaño cardíaco, tiene el valor de establecernos la relación de crecimiento del corazón y del tórax. En el niño consideramos como límite máximo normal un porcentaje del 50% (diámetro transversal total cardíaco igual a la mitad del diámetro transversal máximo interno torácico). La doctora H. B. Tausig da tanto valor a esta medida que dice que con una R.C.T. superior a 65% el estado de compensación es difícilmente mantenido sin la ayuda de cardiotónicos.

5. *Signos electrocardiográficos.* Los signos más precoces de enfermedad reumática activa son el aumento de los espacios PR y QT y las alteraciones de T. Siempre tener presente otros factores que puedan producir alteraciones de estos signos (digital y cortisona).

c) *Corea.* No nos referiremos a sus síntomas, pero insistiremos en que muy frecuentemente se presenta en ausencia de otras manifestaciones de enfermedad reumática, que la frecuencia de compromiso cardíaco es mínima y que la sedimentación es habitualmente normal.

d) *Nódulos sub-cutáneos.* Signo más frecuente de lo que generalmente se describe, debido a que, espontáneamente, son indoloros, por lo que pasan desapercibidos si no se buscan. Se encuentran sobre prominencias óseas o tendinosas y es frecuente su hallazgo en el cuero cabelludo. Su existencia indica siempre actividad reumática y carditis.

e) *Reurrencias de brotes reumáticos.* Muy importante para hacer el diagnóstico de enfermedad reumática activa, sobre todo cuando nos encontramos en presencia de un enfermo con manifestaciones menores o generales.

B) *Manifestaciones menores.* — Son aquellas que generalmente de por sí no nos orientan al diagnóstico de enfermedad reumática sino que tenemos que tener presente esta posibilidad diagnóstica para atribuirle su importancia sobre todo en aquellas formas de comienzo insidioso. Tienen mucho más valor para diagnosticar un nuevo brote en enfermos ya controlados por la existencia de brotes anteriores.

a) *Fiebre.* Generalmente moderada, cede al reposo y antitérmicos y no se acompaña de fascies febril. En un valvulopata con temperatura mantenida a pe-

sar del tratamiento anti-reumático debe investigarse la endocarditis bacteriana sub-aguda.

b) *Dolor abdominal*. Muy frecuente como síntoma inicial, por lo que es fácil confundirlo con un abdomen agudo.

c) *Dolor precordial*. Cuando corresponde a síntoma reumático generalmente va precedido de otros síntomas más característicos. Su presencia corresponde habitualmente a pericarditis. Cuando existe como síntoma aislado no es debido a enfermedad reumática.

d) *Exantemas*. Se presenta el eritema marginado o la urticaria anular. El primero tiene el mismo valor diagnóstico de los nódulos sub-cutáneos. El segundo es menos específico y se presenta en pleno brote junto a otros síntomas, generalmente mayores.

e) *Epistaxis*. Signo muy frecuente que, a veces, junto a síntomas generales, constituye una forma de comienzo de enfermedad reumática. En ocasiones es tan intenso que llega a provocar anemia aguda.

f) *Signos pleuro-pulmonares*. Además de los signos pulmonares mencionados, consecuencia de la insuficiencia cardíaca, existen pleuritis y neumonitis, signos directos de actividad reumática.

g) *Signos de laboratorio*.

Eritrosedimentación. Generalmente da valores elevados, alcanzando a 120 y 150 mm. Sedimentaciones altas en ausencia de una enfermedad aguda (amigdalitis supurada, neumonía, etc.) o de una tuberculosis, debe orientarnos al diagnóstico de enfermedad reumática.

Hay que tener presente que la anemia o cualquier enfermedad intercurrente en un enfermo diagnosticado como reumático inactivo puede dar sedimentación elevada sin que esto signifique un nuevo brote. Tener presente, también, que el enfermo reumático en insuficiencia cardíaca tiene sedimentación normal o baja, sin que por ello se pueda determinar inactividad del proceso reumático.

Recuento globular. Anemia y leucocitosis moderadas. Eosinofilia frecuente.

Signos radiológicos y electrocardiográficos, ya analizados.

C) *Manifestaciones generales*. — Son síntomas comunes a la mayoría de las enfermedades, que en reumáticos antiguos nos anuncian la aparición de un nuevo brote o que nos indican la evolución del

enfermo reumático sometido a tratamiento. Estos son: *astenia, palidez, sudoración, pérdida de peso y cefalea*.

FORMAS CLÍNICAS

La división en formas clínicas, más que valor práctico, tiene valor didáctico, pues una forma puede transformarse en otra sin relación con la precocidad del diagnóstico ni con el tratamiento seguido.

Formas Monocíclicas. Se caracterizan por manifestaciones mayores predominantemente de tipo articular, con o sin compromiso cardíaco; si este existe es leve. Se agregan manifestaciones menores y generales. Estas formas son más frecuentes en el niño mayor.

Formas Policíclicas. Semejante a las monocíclicas en sus caracteres, las que se repiten con lesión cardíaca progresiva en cada brote, interrumpidos éstos por períodos de inactividad.

Formas Evolutivas. En estas formas predominan los síntomas cardíacos. Evolucionan con períodos de aparente inactividad reumática pero con progresivo y permanente daño cardíaco.

Formas Sobreagudas. Generalmente están ausentes los síntomas articulares; la carditis es grave, de evolución rápida y fatal, sin respuesta al tratamiento. Son frecuentes en niños menores.

PRONÓSTICO

Son múltiples los factores pero la *edad de comienzo* es uno de los más importantes; mientras menor es el paciente son más frecuentes las formas sobreagudas y, además, hay un plazo más largo para llegar a la pubertad, período de la vida en que se detienen muchas veces los brotes de actividad.

El *diagnóstico tardío* es otro factor de pronóstico ya que nos impide la posibilidad de evitar el daño cardíaco con un tratamiento oportuno.

El *grado de compromiso cardíaco* dado especialmente por la presencia de insuficiencia cardíaca, de pericarditis, de una R.C.T. alta y de una Capacidad Vital baja son índices de mal pronóstico.

Finalmente, *las condiciones generales del enfermo*, muchas veces en relación con el medio económico-social del que proceden, son factores de gran importancia en la evolución de la enfermedad reumática.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se nos plantea en la práctica con las artritis infecciosas, las artritis reumatoideas, las manifestaciones articulares de la tuberculosis y las leucemias.

a) Las *artritis infecciosas* generalmente afectan una o dos articulaciones, presentan más signos inflamatorios locales, no presentan carácter migratorio, puede muchas veces descubrirse el foco de origen y la respuesta a los salicílicos es nula o casi nula.

b) Las *artritis reumatoideas* generalmente adoptan localización simétrica, presentan manifestaciones inflamatorias locales más intensas, dejan rigidez en algunas de las articulaciones comprometidas y responden débilmente al tratamiento. Si la artritis reumatoidea adopta la forma de la Enfermedad de Still presenta otros signos que la diferencian claramente de la enfermedad reumática.

c) Las *manifestaciones articulares de la tuberculosis* que pueden corresponder a artralgiás o a osteoartritis, se presentan acompañando o precediendo una tuberculosis en evolución, dejan secuelas articulares generalmente, responden débilmente al tratamiento y no tienen el carácter fugaz y migratorio de las manifestaciones articulares de la enfermedad reumática.

d) *Leucemias*. Los síntomas generales de comienzo de las leucemias, en que se presentan astenia, anorexia, palidez, baja de peso, con sedimentación alta (debida a enfermedades intercurrentes o a la anemia), acompañados muchas veces de dolores óseos o articulares, puede desviar el diagnóstico a enfermedad reumática. En estados más avanzados de leucemia, en que por la anemia e infiltración leucémica del miocardio se presentan soplos y aun fenómenos de insuficiencia cardíaca, en un ambiente en que no se tengan los medios de examen, se puede incurrir en el error diagnóstico.

Finalmente, hay enfermos que llegan a nosotros con una anamnesis de enfermedad reumática y el examen nos da uno que otro síntoma general y sedimentación alta. La conducta que seguimos con estos enfermos, después de un período breve de observación, si no podemos confirmar el diagnóstico, es dejarlos catalogados como probables reumáticos, debiendo controlarlos durante un período prolongado.

TRATAMIENTO

A) En actividad del proceso reumático:

a) *Reposo absoluto*. Ante la presencia de signos mínimos de carditis éste debe ser extremo (hasta llevar la comida a la boca).

b) *Régimen normal de alimentación* con agregados vitamínicos.

c) *Aspirina* (0.10 gm. x Kg. de peso diarios) asociada a Piramidón (0.90 a 1.20 gm. diarios). Asociamos estos medicamentos para evitar dar dosis más altas de aspirina que nos pudieran dar molestias gástricas o de piramidón que nos produjeran alteraciones sanguíneas.

Si la temperatura sobrepasa lo normal o si hay artralgiás la dosis total la distribuimos en las 24 horas del día; si no existen estos síntomas la suministramos en dosis parciales desde las 6 a las 21 horas.

d) *Cortisona*. Hemos usado la cortisona sólo por vía oral. No tenemos experiencia de su uso por vía parenteral ni en el uso del ACTH. La dosis empleada en nuestra clínica es de 100 mgm. diarios durante 7 días, seguida de 75 mgm. diarios durante 7 días, bajando a continuación a 50 mgm. diarios por el mismo período y finalmente estableciendo una dosis de mantención de 25 mgm. diarios hasta completar 8 semanas de tratamiento. Esta dosis total diaria la dividimos en cuatro dosis parciales distribuidas cada seis horas durante las 24 horas.

Como *medidas agregadas* al tratamiento con cortisona empleamos el régimen sin sal y suministramos potasio en dosis de 3 gms. diarios si el paciente no recibe su régimen completo de alimentación. Se recomienda también el uso de antibióticos ante la más mínima manifestación de una enfermedad intercurrente.

Las *indicaciones del tratamiento* con cortisona son las formas graves y en el primer brote ante las primeras manifestaciones de compromiso cardíaco, especialmente en el niño pequeño.

Las *contraindicaciones*, que deben establecerse con rigurosidad, son la tuberculosis activa, psicosis, úlcera gastroduodenal y diabetes.

La cortisona produce ciertos *efectos secundarios* cuyo grado puede indicar el descenso de la dosis o su suspensión. Estos son: cara de luna, estrías, hipertensión, edema, hipertrichosis y, además, en-

mascara los signos de procesos inflamatorios.

Comparado su efecto con los salicílicos, hace desaparecer con más rapidez los signos de actividad reumática.

B) En actividad del proceso reumático con signos de insuficiencia cardíaca:

- a) *Reposo absoluto.*
- b) *Régimen sin sal.*
- c) *Restricción de líquidos* (en enfermos con gran edema).
- d) *Sedantes del S.N.C.:* luminal, morfina (1 mgm. por 5 Kg.).
- e) *Diuréticos mercuriales:* 1 cc. i. m. cada 3 días

Cloruro de amonio 10, jarabe 40, agua 140 (1 cuch. p. 3 v.).

Xánticos: 0.05-0.10 gm. 3 v. al día.

f) *Cardiotónicos.* Sólo empleamos los polvos de hoja de digital, considerando que el uso rutinario de un cardiotónico permite su mejor conocimiento. Dosis: 0.02-0.03 gm. por Kg. de peso como dosis de ataque distribuida en dosis parciales cada 6-8-12 horas. A continuación, dosis de mantención de 0.05-0.10 gm. diarios. Estas dosis son variables según el individuo y sus reacciones al medicamento. En los grados mínimos de insuficiencia muchas veces basta con el reposo, sedantes, régimen alimenticio y tratamiento anti-reumático. Respecto a contraindicaciones y control de su efecto son los establecidos para todo tratamiento con este tipo de medicamentos. La suspensión de una cura está indicada en caso de aparición de síntomas clínicos generales o cardíacos de intoxicación. En ausencia de síntomas clínicos de insuficiencia cardíaca pero con persistencia de capacidad vital muy baja o Relación Cardio-torácica alta puede indicarse la mantención de un tratamiento a través de meses o años, considerando estos estados como de insuficiencia cardíaca sub-clínica.

g) *Sangría,* en casos extremos, puede dar un alivio transitorio al paciente. Su indicación está dada por la gran congestión hepática, ingurgitación venosa cervical o presión venosa alta, sobre todo si estos signos experimentan un aumento brusco.

h) *Salicílicos, piramidón y cortisona.* Sin olvidar que la insuficiencia cardíaca es manifestación de actividad reumática, al tratamiento anterior, siempre hay que asociar el tratamiento medicamentoso anti-reumático.

La insuficiencia cardíaca se ha dado como contraindicación de tratamiento con cortisona por la hipotasemia que produce, que es un factor coadyuvante de insuficiencia. En el niño reumático, en que la insuficiencia es debida principalmente a la carditis, sobre la cual actuaría la cortisona, su indicación es absoluta tomando las precauciones de suministrar potasio y dar un régimen sin sal.

C) En inactividad del proceso reumático, con o sin valvulopatía:

a) *Control clínico* y de sedimentación quincenal durante los primeros 2 meses después de desaparecida la actividad, cada mes a continuación y posteriormente cada 2 meses.

b) *Aislamiento de focos de contagio* de infecciones faríngeas.

c) *Tratamiento antibiótico* ante enfermedades faríngeas o amigdalianas.

d) *Defocación dentaria o amigdaliana,* contribuyendo con ello a mejorar el estado general, más que a prevenir nuevos brotes de actividad. Toda defocación precederla y seguirla de tratamiento con antibióticos. Siempre hacer la defocación en periodos de inactividad reumática, salvo urgencia absoluta.

e) *Control de la convalecencia* en Casa de Convalescientes, si las condiciones del hogar son deficientes.

f) *Profilaxis medicamentosa:*

Sulfoprofilaxis: empleamos la sulfadiazina en dosis de 0.50 gm. diarios en niños de peso inferior a 30 Kg. y de 1 gm. diario en niños con un peso superior. Esta dosis repartida en dos tomas diarias. Debe hacerse un control de orina y hemograma semanal durante los 2 primeros meses de tratamiento.

Penicilino-profilaxis: dosis de 50.000 U., vía oral, dos veces al día.

Ambos medicamentos deben suministrarse hasta los 14 años, edad en que se hacen menos frecuentes o desaparecen los brotes de actividad de la enfermedad reumática.