ANÁLISIS DE 100 CASOS DE ENFERMEDAD REUMÁTICA

Drs. WALTER GALASSO V. y SAMUEL MARTINEZ G.

Cátedra de Pediatría del Prof. Dr. Arturo Baeza Goñi.

Servicio B de Medicina y Servicio de Cardiología.

Hospital de Niños Manuel Arriarán.

Se sostiene hoy día que la enfermedad reumática ha disminuido en todos los países. Los datos que tenemos en nuestro Servicio, parecen no estar de acuerdo con este aserto y la enfermedad mantiene cierto número de camas en los Hospitales de Niños, ocasionando por sus largas estadas gastos considerables. Desde el punto de vista social, es indudable que se presenta con una frecuencia mucho mayor en las clases proletarias. Actualmente la enfermedad reumática ha cobrado importancia extraordinaria por los modernos estudios sobre la relación estrecha que existe entre la enfermedad y la infección estreptocócica y por ende, la posibilidad de su profilaxis y sobre todo la prevención de las recaídas y recidivas, cuya trascendencia en la evolución de la enfermedad es por demás conocida.

El objeto de esta exposición no es enseñar nada que no sea bien conocido y sólo nos guía el propósito de analizar en diversos aspectos 100 casos de enfermedad reumática, hospitalizados en los Servicios del Hospital Manuel Arriarán y controlados por el Servicio de Cardiología.

Edad (corresponde al primer brote):

4 años	1 caso
5 "	4 casos
6 "	9 "
7 "	11 "
8 "	9 "
9 "	15 "
10 "	16 "
11 "	13 "
12 "	13 "
13 "	8 "
14 "	1 caso
<hr/>	
	100 casos

Escolares: 86

Pre-escolares: 14

Se observa una mayor incidencia en los escolares. No observamos ningún caso por debajo de los cuatro años.

La edad con mayor porcentaje corresponde a los escolares y entre ellos la cifra más alta es la de 10 años.

La enfermedad reumática es relativamente rara por debajo de la edad de 5 años. A partir de esta edad la frecuencia se hace progresiva, alcanzando su máximo de acuerdo con la mayoría de los autores entre los 7 y 10 años, y en seguida su morbilidad decrece ligeramente hasta el momento de la pubertad.

Nuestra casuística concuerda con lo señalado por otros autores.

Sexo:

Masculino: 53 casos

Femenino: 47 casos

Esta cifra de distribución en relación con el sexo, concuerda con las numerosas estadísticas de diversos autores que hemos revisado. Entre nosotros Samuel Vaisman¹, encuentra 116 varones y 169 niñas.

Distribución Estacional:

Otoño: 17 casos

Invierno: 42 "

Primavera: 18 "

Verano: 23 "

La enfermedad reumática se encuentra extensamente repartida en todas las partes del globo. La mayor parte de las estadísticas alcanza su más alta frecuencia en las regiones frías para disminuir progresivamente hacia los trópicos. Si analizamos nuestra cifra de distribución estacional observamos que en las estaciones de otoño e invierno tenemos una incidencia de 59 casos y de 41 en primavera y verano. Recalcamos los 23 casos presentados en verano lo que nos autoriza para expresar que deben influir otros factores, como la desnutrición, el hacinamiento, etc., aparte de los múltiples factores que condicionan el clima².

Es de interés señalar que hoy día la sulfa-prevención se efectúa en toda época y este tiene su base al observar que en épocas calurosas hay un alto porcentaje de enfermos reumáticos².

Reumatismo familiar: 10 casos.

Revisando con prolijidad las observaciones, se encontró sólo en 10 casos antecedentes francos de reumatismo familiar, en los ascendientes directos y colaterales (padres y hermanos), Vaisman¹ en 90 escolares encuentra un 18,8%.

Desnutrición: 32 casos.

Se encontró en 32 casos. Para considerarlo al enfermo desnutrido se relacionó el peso corporal con la iniciación de su primera crisis, ya que la severidad de la afección compromete su estado general y su peso corporal.

Los reumatólogos ingleses, han subrayado con mayor insistencia la distinta morbilidad de la fiebre reumática en las clases pobres y desnutridas y en las acomodadas.

En EE. UU., la fiebre reumática es 2 o 3 veces más frecuente entre la población de color. Esto se ha explicado por su mayor pobreza².

Infección estreptocócica: 64 casos.

(Escarlatina, Amigdalitis crónica, Adenoiditis, Erisipela, Otitis, Piodermatitis, etc.).

En nuestras observaciones englobamos en esta denominación todos los datos o antecedentes relativos a una infección de tal índole: escarlatina, amigdalitis crónica, adenoiditis, erisipela, otitis, piodermatitis, etc. En 64 casos hubo evidencia notoria de infección estreptocócica.

En dos oportunidades se procedió a la extirpación de las amígdalas, lo que traduce a nuestro entender un criterio parco en el Servicio de Cardiología de la valoración de los focos de la enfermedad reumática, ya que es en este Servicio donde los enfermos continúan su control, una vez dados de alta de las salas de sus brotes con el criterio clínico y humoral que tenemos al respecto.

Las investigaciones con diversos tipos de antígenos han demostrado que la in-

fección previa, que casi siempre se presenta ante el estallido de la enfermedad reumática, obedecería, casi sin excepción, al tipo A del estreptococo hemolítico⁴⁻⁵.

Si bien el estreptococo no es su agente específico, tiene el privilegio, más que ningún otro germen de influir sobre el organismo y desencadenar una reacción reumática.

Formas evolutivas:

Se analiza la aparición de nuevos brotes en relación a la edad y el tiempo transcurrido entre ellos y observamos: con un brote 73 casos y recidivante 27 casos y de éstos 24 tienen dos brotes, 2 cuatro y 1 cinco. El período más prolongado en la recidiva correspondió a la edad de 7 años con un intervalo entre el primero y segundo brote de 5 años. En todo momento se consideró como brote aquel que apareció en el enfermo después de un período en que fué dado de alta con un criterio clínico bien definido. El crecido número de enfermos con un solo brote y el prolongado período de recidiva de muchos de ellos tiene su base de explicación en el estricto control periódico en el Policlínico de Cardiología de nuestro Hospital, y muy especialmente al uso sistemático y continuado de la sulfa-prevención.

Sintomatología:

Es de especial interés reconocer a tiempo la infección inicial que en general se manifiesta en la faringe y pasado este episodio se presentan los síntomas que Jones ha clasificado de fundamentales y secundarios y que en el niño revisten algunos caracteres distintos a los del adulto.

Síntomas fundamentales. Siguiendo la clasificación de Jones analizaremos las carditis, las artralgias y artritis, los nódulos reumáticos y la corea (las carditis las estudiamos en relación con 136 brotes).

La carditis leve se presentó en 26 de nuestros enfermos y que corresponde a aquellos que inician su primer brote, al período exudativo que se presentaría entre los primeros 15 días, con signos de compromiso cardíaco traducidos por taquicardia, palpitaciones, dolores precordiales, apagamiento del primer ruido, soplos suaves y fugaces, que hacen el diagnóstico difícil con soplos funcionales que

se observan con gran frecuencia en los niños.

La carditis severa la comprobamos en 66 casos y corresponde a la acentuación de toda la sintomatología: fiebre persistente, dilatación cardíaca progresiva, soplos con irradiaciones, pero sin insuficiencia cardíaca.

La carditis grave, aquella que evoluciona con signos francos de insuficiencia cardíaca se observó en 43 brotes.

La carditis hiperactiva con evolución de extrema gravedad con resistencia a todas las medidas terapéuticas, se observó en un caso.

Los signos cardíacos que se presentaron en algún momento de la evolución en los brotes en orden de frecuencia fueron el soplo sistólico mitral, el anagamiento del primer ruido, el tercer ruido acentuado, el soplo diastólico mitral, frémito, frotos pericardíacos y soplo diastólico aórtico.

La hepatomegalia, la esplenomegalia, el edema, la oliguria y la disnea estuvieron presente en todos aquellos enfermos que catalogamos de carditis grave e hiperactiva.

El trazado electrocardiográfico encontró bloqueo A. V. simple en 12 brotes, alteración Q. R. S. en un brote, alteración T. en cuatro brotes y arritmias en dieciséis.

Los dolores articulares fugaces y sin modificación de la articulación se observó en 46 brotes y en 70 comprobamos modificaciones de ellas.

Los nódulos reumáticos los observamos en 7 brotes.

La corea se encontró en 20 brotes. Según algunos autores el 50% de las enfermedades reumáticas presentan corea en alguna fase de la enfermedad. En nuestros casos en algunos se presentó al comienzo, en otros como recidiva, sin poliartritis, con carditis leve, afebril, con sedimentación normal. La relación entre enfermedad reumática y corea en su aspecto etiopatogénico aún no está resuelto⁶.

Síntomas secundarios. Corresponde a todos aquellos síntomas que pueden presentarse en cualquiera otra enfermedad infecciosa y que con la presencia de uno o dos síntomas fundamentales permiten definir el diagnóstico de enfermedad reu-

mática. En nuestras observaciones en orden de frecuencia encontramos la fiebre, la palidez, el compromiso del estado general, la inapetencia, la epistaxis, la transpiración, el dolor abdominal, la mialgia y el rush cutáneo. En 105 brotes la fiebre y la palidez fueron signos que estuvieron frecuentes en el curso de la enfermedad.

Signos de laboratorio (por brotes):

Sedimentación aumentada:	98
Leucocitosis:	90
Anemia:	57

Subrayamos la importancia que adquiere aparte de la sedimentación la leucocitosis y que nos ha servido para fundamentar nuestro juicio en el alta de estos enfermos.

Días de estada:

La enfermedad reumática debe ser tratada con un criterio bien definido y en este sentido los días de estada en el Servicio, pese a los gastos que ello significa, es siempre prolongado, ya que, por las características de su evolución y por las secuelas serias cardíacas y por el problema social que ella crea al individuo debe procederse con el convencimiento que un brote reumático bien tratado tiene un período de evolución de dos a tres meses. El período de estada de nuestros enfermos tuvo su más alta incidencia en los 75 días.

Secuelas de carditis:

En el control practicado por el Servicio de Cardiología, la secuela de carditis corresponde a Insuficiencia Mitral, 67 casos; Insuficiencia Mitro Aórtica, 6 casos; Enfermedad Mitral, 9 casos y sin valvulopatía aparente, 13 casos. Esta casuística coincide en general con la que hemos revisado⁵.

Mortalidad:

Fallecieron 5 enfermos correspondiendo uno a una carditis hiperactiva y cuatro a carditis grave y cuyo desenlace se produjo en un caso en el segundo brote y en tres casos en el tercer brote.

Tratamiento:

La cortisona se usó en 98 brotes.

1er. brote:	79
2º brote:	3
3er. brote:	3
4º brote:	3
5º brote:	1

La aspirina fué usada en 82 brotes.

La penicilina fué el tratamiento escogido para lograr la erradicación del estreptococo.

El estudio de nuestras observaciones en relación con las terapéuticas efectuadas y especialmente con la cortisona no nos permiten obtener conclusiones ⁷.

La sulfa-prevención se usa en todos los casos controlados en el Policlínico de Cardiología y actualmente marcha de acuerdo con las nuevas normas que la rigen ⁸.

En la profilaxis de la enfermedad reumática deben tratarse todos los individuos que tengan historia bien establecida de un ataque previo o de corea, o que presenten signos definidos de carditis y las formas inactivas. Debe mantenerse durante toda la vida y continuarse durante todo el verano.

Como método profiláctico la medicación oral depende de la cooperación del enfermo. La mayoría de los fracasos se deben a la falta de ingestión regular de la droga. La sulfadiazina oral es ventajosa en dosis de 0,50 a 1 gramo diario durante todo el año. Observando las reacciones tóxicas, exantemas, leucopenias por debajo de 4.000 con menos de 35% de neutrófilos debe suspenderse la droga.

El ideal es la administración intramuscular una vez al mes de penicilina de depósito (benzatina penicilina G intramuscular, dosis de un millón doscientas mil unidades)⁹, pero que entre nosotros aún no se ha usado.

RESUMEN

Los autores estudian 100 casos de enfermedad reumática en niños hospitalizados en los Servicios del Hospital Manuel Arriarán y controlados por el Servicio de Cardiología. En su trabajo establecen que la frecuencia de la enfermedad reumática

ca en contraposición a lo que se ha manifestado últimamente, no ha disminuido. Por el contrario sigue ocupando buen número de camas en los hospitales de niños y ocasionando largas permanencias.

Es crecido el número de enfermos que presenta un solo brote (73 casos). Este hecho podría tener su explicación en el control periódico de estos enfermos, en la sulfaprevención y en un criterio parco para otorgar el alta.

Señalan que en épocas calurosas hay un alto porcentaje de enfermos reumáticos. Es por esto que la sulfaprevención debe efectuarse permanentemente.

Es alto el porcentaje de enfermos en los cuales hubo evidencia notoria de infección estreptocócica (64 casos). Si bien el estreptococo no es el agente específico de la enfermedad reumática tiene el privilegio más que ningún otro germen de influir sobre el organismo y desencadenar una reacción reumática.

La mayoría de los enfermos estudiados presentaron forma de carditis severa y grave. Las modificaciones electrocardiográficas no fueron muy constantes.

La sedimentación y la leucocitosis siguen manteniendo su importancia en la actividad y criterio de alta de la enfermedad reumática.

Las secuelas de carditis en la enfermedad reumática alcanzan un alto porcentaje afectando principalmente la válvula mitral. La insuficiencia mitral es la secuela más común.

SUMMARY

The authors study 100 cases of rheumatic disease in children hospitalized in the M. Arriarán Hospital and followed up in the Department of Cardiology. The authors state in their article that, in contrast to lately uttered opinions, the frequency of the rheumatic disease has not diminished.

The number of patients who present only one attack, is large, (73 cases). This fact may be explained by the follow-up period of these patients, by the preventive use of the sulfadugs and by a parsimonious criterion of the physician to discharge these children from the hospital.

The authors point out that there is a high percentage of rheumatic diseases in

the hot season. Therefore, the preventive use of sulfadruugs is to be carried out permanently.

The percentage of patients with notorious evidence of streptococcic infection was high (64 cases).

The majority of the patients presented a serious form of carditis. The sequels of carditis principally affected the mitral valve. The electrocardiographic alterations was not very constant.

The sedimentation rate and the leucocytosis count maintain their importance for judging the activity of the rheumatic disease and the discharge of the patients from the hospital.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Verfasser studieren 100 Faelle von Erkrankung an Rheumatismus bei Kindern, die im M. Arriarán Hospital stationär behandelt und in der cardiologischen Abteilung ueberwacht wurden. Sie stellen in ihrer Arbeit fest, dass die Erkrankungen an Rheumatismus an Haeufigkeit nicht abgenommen haben, was mit Veroeffentlichungen der letzten Zeit in Widerspruch steht. Im Gegenteil, durch die Erkrankung wird immer noch eine ganze Anzahl Betten in den Kinderkrankenhausern besetzt gehalten und ein langer Krankenhausaufenthalt der Kinder verursacht.

Die Erkrankung an Rheumatismus ist bei Kindern unter fuef Jahren relativ selten; ihre Haeufigkeit ist im schulpflichtigen Alter am groessten.

Die Zahl der Kranken, die nur einen einzigen Schub durchmachen, ist betraechtlich (73 Faelle). Diese Tatsache koennte ihrer Erklaerung in der periodischen Nachuntersuchung, in der Prophylaxe mit Sulfadrogen und in einer zurueckhaltenden Beurteilung der Entlassungsfahigkeit finden.

Die Verfasser weisen darauf hin, dass ein hoher Prozentsatz der Erkrankungen an Rheumatismus in die heisse Jahreszeit faellt. Deswegen muss die Prophylaxe mit Sulfadrogen permanent durchgefuehrt werden.

Der Prozentsatz der Kranken, bei denen eine Streptokokken-Infektion deutlich nachweisbar war, ist hoch (64 Faelle). Wenn auch der Streptokokkus nicht der

spezifische Erreger der Erkrankung an Rheumatismus ist, so hat er doch mehr als irgend ein anderer Keim das Privileg, durch seine Einwirkung auf den Organismus die rheumatische Reaktion auszulösen.

Die Mehrheit der studierten Kranken zeigte eine schwere und ernste Form von Herzentzündung. Die elektrokardiographischen Veraenderungen waren nicht sehr konstant.

Die Blutkoerperchensenkung und die Leukozytose behalten bei der Erkrankung an Rheumatismus weiterhin ihre Bedeutung fuer die Beurteilung der Aktivitaet und der Entlassungsfahigkeit.

Die Folgezustaende der Herzentzündung erreichen bei der Erkrankung an Rheumatismus einen hohen Prozentsatz und betreffen hauptsaechlich die Mitralklappe. Die Mitralinsuffizienz ist die gewoehnlichste Folgeerscheinung.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—URRUTIA, D. y VALEMAN, S. — "Enfermedad Reumática". (1942). Santiago.
- 2.—FISCHEIN, M. D. — "Los aspectos sociales de fiebre reumática". *Pediatrics*. 29:57, 1955.
- 3.—LEICHTENHILL, P. — "La profilaxis y terapéutica de la enfermedad reumática". *Monatschrift Fur Kinder heil Kunde*. 102:271, 1955.
- 4.—WIESLNER, H. — "Sobre la significación de la infección focal amigdalina en el reumatismo agudo de los niños". *Monatschrift Fur Kinder heil Kunde*. 102:211, 1955.
- 5.—KEISTER, F. — "Patogénesis clínica de la fiebre reumática". *Monatschrift Fur Kinder heil Kunde*. 102:253, 1955.
- 6.—ELY, DONE, BRILL. — "Corea de Sydenham". *Am. J. Disease of Child.* 80:345, 1955.
- 7.—"Tratamiento de la fiebre reumática. Una prueba clínica comparativa de ACTE, Cortisona y Aspirina". Informe conjunto de *British Medical Journal*. 8: 301, 1955.
- 8.—"La prevención de la fiebre reumática y de la endocarditis bacteriana mediante el control de las infecciones estreptocócicas". Editorial. *Pediatrics*. 30: 47, 1955.
- 9.—MAC CUE, C. M.; GILSON, C. D. y LENDERMAN, L. C. — "Estudio comparativo de la penicilina benzatina intramuscular y la sulfonamida en la profilaxis de la recidiva reumática". *Journ. of Pediatrics*. 49:235, 1955.

DISCUSIÓN

Dr. Galasso: Manifiesta que han realizado este análisis con el ánimo de estudiar la situación actual de esta enfermedad, especialmente con el uso de los nuevos medicamentos. Ha sido difícil obtener conclusiones debido a que los enfermos por ellos observados reciben simultáneamente varios medicamentos.

Prof. Steeger: Comenta la incidencia por sexo. Recuerda que el corea es más frecuente en las mujeres y en primavera. Si se desglosaran los casos de corea

posiblemente cambiaría la distribución del cuadro general.

Es excepcional que el corea coincida con la poliartritis. En cuanto al diagnóstico de estreptococia, estima que a veces es difícil, ya que no todas las amigdalitis son estreptocócicas. En el lactante pequeño son frecuente las estreptococias y sin embargo no acusan enfermedad reumática, por lo cual existen con toda seguridad otros factores.

Pregunta acerca de la experiencia con cortisona en la prevención de las secuelas cardíacas y sobre el tratamiento de la insuficiencia cardíaca.

Dr. Martínez: Contesto que de los 20 casos de corea, 8 son mujeres y 12 hombres. Con respecto a las estreptococias, no se ha pretendido establecer una relación de causa a efecto. El tratamiento de la insuficiencia cardíaca se ha hecho con estrofantina en las primeras 24 horas, y luego con digital.

Prof. Scroggie: Recuerda las presentaciones anteriores hechas a la Sociedad de Pediatría acerca de estos mismos temas. Informa que el Dr. Rammelkamp ha estudiado esta enfermedad en el Hospital Roberto del Río con resultados bien claros. Ellos ya no emplean las sulfas como preventivo, sino que penicilina.

*
* *
*