Evolución de la cardiopatía reumática

Drs. Patricio Caichac,¹ Heidy Leiva,² Francisco León,² Elizabeth Caballero.³

ABSTRACT

The clinical data of 225 children with rheumatic fever and carditis were reviewed.

We selected 93 children who were followed for a five year period.

The main findings were that the incidence and severity of the residual heart damage was greater in the patients with carditis than in those with moderate or mild carditis in the first attack.

The aortic valve involvement found at the first control had never disappeared in the follow-up.

Los conocimientos actuales permiten sostener que después de un ataque agudo de fiebre reumática el compromiso articular y del sistema nervioso regresan sin dejar secuelas. No sucede lo mismo con el compromiso cardíaco, que puede dejar un daño residual permanente en un número considerable de enfermos.

El presente trabajo surgió de la inquietud por conocer en nuestro medio la incidencia, severidad y evolución de la cardiopatía reumática.

MATERIAL Y METODO

Los niños reumáticos del Área Sur de Santiago son captados por la Unidad de Profilaxis Reumática del Hospital Infantil Exequiel González Cortés, donde se llevan a cabo las actividades de diagnóstico, tratamiento, control y evolución de la enfermedad, de acuerdo a lo propuesto en las normas nacionales.^(1,2)

Los controles médicos se realizan por lo menos tres veces al año después del período agudo de la enfermedad, practicándose anualmente evaluación radiográfica, electrocardiográfica y de títulos de Antiestreptolisina O.

Entre los años 1971 y 1978 ingresaron a la Unidad 515 niños reumáticos, de los cuales 410 activos y de éstos 385 por un brote inicial y el resto por recidivas.

La distribución de las formas clínicas de los brotes iniciales correspondió a forma articular en el 29,5% de los casos, a corea pura en el 12% y a carditis en el 58,5% de los pacientes. (Gráfico 1.)

EVOLUCION DE LA CARDIOPATIA REUMATICA

GRAFICO 1

DISTRIBUCION SEGUN FORMA CLINICA DEL PRIMER BROTE

(385 NIÑOS)

Se revisaron las fichas clínicas de los 225 pacientes que presentaron carditis en su primer brote.

Los niños fueron clasificados según severidad de la carditis, de acuerdo al siguiente criterio: a) carditis leve: pacientes con soplos significativos, pero sin cardiomegalia ni insuficiencia cardíaca. b) carditis moderada: presencia de cardiomegalia, pero sin insuficiencia cardíaca. La cardiomegalia se determina por el índice cardiorádico mayor o igual a 0.60 en la telerradiografía. c) carditis grave: enfermos con insuficiencia cardíaca.

Se analizó la severidad de la carditis y el tipo de compromiso valvular desde el brote inicial y por un

EVOLUCION DE LA CARDIOPATIA REUMATICA

TABLA 1

EVOLUCION DE LOS SOPLOS

CARDITIS LEVE

(47 NIÑOS)

SOPLO	INGRESO	1º AÑO	3º AÑO	5º AÑO
SHS 2/6 APEX	25	4	4	4
SHS 3/6 APEX	19	11	9	7
S. DIAST. BASE	1	1	1	1
S. DIAST. B. MAS OTRO	2	2	2	2
TOTAL	47	18	16	14 *

* SECUELAS = 30 %

so mitroaórtico, el que no desapareció en el transcurso de los años.

Los 30 pacientes con carditis moderada están representados en la Tabla 2, observándose que 10 presentaban un soplo holosistólico del apex menor o igual a 2/6, el cual persistió sólo en dos casos; 13 tenían un soplo de grado mayor o igual a 3/6, que se auscultaba al quinto año en 8 pacientes, en la mayoría de los cuales de menor intensidad. En 3 niños se encontró un soplo mesodistólico de la punta, de Carey Coombs, siempre asociado a un soplo pansistólico del mismo foco de intensidad variable; en el seguimiento desaparecieron estos soplos, excepto en un caso que desarrolló una rodada diastólica de la punta. Cuatro pacientes por último presentaron un soplo diastólico de la base, aislado en un caso y en el resto asociado a otros soplos, quedando todos con secuelas al quinto año.

EVOLUCION DE LA CARDIOPATIA REUMATICA

TABLA 3

EVOLUCION DE LOS SOPLOS

CARDITIS GRAVE

(16 NIÑOS)

SOPLO	INGRESO	1º AÑO	3º AÑO	5º AÑO
SHS 2/6 APEX	1	0	0	0
SHS 3/6 APEX	8	7	7	6
S. DIAST. APEX	3	3	2	2
S. DIAST. BASE	2	2	2	2
S. DIAST. B. MAS OTROS	2	2	2	2
TOTAL	16	14	13	12 *

* SECUELAS = 75 %

EVOLUCION DE LA CARDIOPATIA REUMATICA

TABLA 2

EVOLUCION DE LOS SOPLOS

CARDITIS MODERADA

(30 NIÑOS)

SOPLO	INGRESO	1º AÑO	3º AÑO	5º AÑO
SHS 2/6 APEX	10	3	2	2
SHS 3/6 APEX	13	11	8	8
SHS APEX S. DIAST. APEX	3	1	1	1
S. DIAST. BASE	1	1	1	1
S. DIAST. B. MAS OTRO	3	3	3	3
TOTAL	30	19	15	15 *

* SECUELAS = 50 %

En la Tabla 1 se aprecia que de los 47 niños que ingresaron con carditis leve, 25 presentaban un soplo holosistólico del apex de grado igual o menor de 2/6, encontrándose el mismo soplo al cabo de cinco años en sólo 4 casos. En 19 pacientes se auscultó un soplo semejante, pero de grado mayor o igual de 3/6, de los cuales 7 lo presentaban al quinto año, aunque de menor intensidad en casi la mitad de los casos. En un solo enfermo se encontró un soplo diastólico de la base que permaneció hasta el último control. Por último, dos niños debutaron con compromi-

Con carditis grave debutaron 16 pacientes; en la Tabla 3 se ilustra que un solo caso presentó un soplo holosistólico del apex menor o igual a 2/6, el que desapareció antes del primer año. En 8 pacientes se encontró este soplo de intensidad mayor, de los cuales en 6 se repetía el hallazgo al 5.º año. La asociación de soplo holosistólico del apex y soplo de Carey-Coombs se presentó en tres oportunidades y al término del seguimiento en dos de estos casos se encontraba como secuela un soplo holosistólico del apex. Se auscultó un soplo diastólico de la base en 4 pacientes, aislados en dos casos y asociado a otros soplos en el resto, auscultación que permanece hasta el último control.

tación de la Universidad Católica de Chile. La información se recogió a través de una ficha diseñada especialmente para codificar los datos y transportarlos posteriormente a un archivo que permitiera su análisis computacional.

RESULTADOS

La intensidad de la carditis al ingreso se ordenó de la siguiente manera: leve, 45%; moderada, 37%, y grave, 18%. (Gráfico 2.)

En el Gráfico 3 se aprecia la relación entre edad y grado de carditis de nuestra población en estudio. Cabe destacar que si bien en los niños entre 4 y 6 años existe una mayor proporción de pacientes con carditis grave, la diferencia no alcanza a ser estadísticamente significativa ($p = 0.0459$). De igual modo, tampoco se diferenció significativamente la distribución de acuerdo a sexo, en que se observó sólo un leve predominio del femenino (53,9%).

EVOLUCION DE LA CARDIOPATIA REUMATICA

GRAFICO 2

DISTRIBUCION SEGUN GRADO DE CARDITIS EN EL PRIMER BROTE

(225 NIÑOS)

EVOLUCION DE LA CARDIOPATIA REUMATICA

GRAFICO 3

DISTRIBUCION SEGUN EDAD Y GRADO DE CARDITIS AL INGRESO

(225 NIÑOS)

En el Gráfico 4 se presenta la distribución del número de niños en control a lo largo de los años. Es así que al séptimo año sólo 35 pacientes siguen en

control. Por este motivo para los análisis posteriores se decidió considerar solamente a 93 niños que permanecieron en control durante cinco años.

EVOLUCION DE LA CARDIOPATIA REUMATICA

GRAFICO 4

DISTRIBUCION SEGUN AÑOS DE SEGUIMIENTO
(225 NIÑOS)

El Gráfico 5 permite apreciar que los pacientes con carditis grave presentan al término del seguimiento un 75% de secuelas valvulares, lo que contrasta con el 50 y 30% encontrado en las carditis moderada y leve, respectivamente; diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.001$).

EVOLUCION DE LA CARDIOPATIA REUMATICA

GRAFICO 5

SECUELAS SEGUN GRADO CARDITIS AL INGRESO

EVOLUCION DE LA CARDIOPATIA REUMATICA

TABLA 4

TIPO DE SECUELAS SEGUN GRADO DE CARDITIS AL INGRESO
(41 NIÑOS)

SECUELA	CARDITIS LEVE	CARDITIS MODERADA	CARDITIS GRAVE
INSUFICIENCIA MITRAL	11	10	8
ESTENOSIS MITRAL	—	1	—
INSUFICIENCIA AÓRTICA	1	1	2
INSUF. AÓRTICA	1	1	1
INSUF. AÓRTICA	1	1	—
INSUF. AÓRTICA	—	1	1
INSUF. AÓRTICA	—	1	1
TOTAL	14	15	12

El análisis de las secuelas valvulares (Tabla 6) nos muestra que de los pacientes con carditis leve, en 11 existe insuficiencia mitral, en uno insuficiencia aórtica, en uno insuficiencia aórtica más insuficiencia mitral y en otro insuficiencia aórtica más estenosis mitral. En todos los casos la capacidad funcional era grado I.

Entre las carditis moderadas encontramos 10 insuficiencias mitrales, una de las cuales pura y las otras asociadas a insuficiencia mitral, a estenosis mitral y a enfermedad mitral. Todos los pacientes quedaron con capacidad funcional grado I, excepto dos casos, los que eran portadores de estenosis mitral y de insuficiencia aórtica con enfermedad mitral en que era grado II. Es necesario señalar que el niño con estenosis mitral ya fue operado.

Las secuelas valvulares de los pacientes con carditis grave se distribuyeron de la siguiente manera: 8 insuficiencias mitrales, 2 insuficiencias aórticas puras y 2 insuficiencias aórticas asociadas, 1 a insuficiencia mitral y otra a enfermedad mitral. La capacidad funcional era grado I en todos los casos, excepto en uno de los enfermos con insuficiencia aórtica pura y en los dos casos de valvulopatía mitro-aórtica, en que era grado II.

Cabe destacar que de las 29 insuficiencias mitrales que quedaron como secuelas, 10 eran mínimas.

COMENTARIO

La carditis es la manifestación clínica más importante de la fiebre reumática, ya que es la única que puede comprometer la vida del paciente durante el período agudo o dejar secuelas valvulares determinantes de morbilidad, invalidez y muerte prematura.

El pronóstico de un enfermo con fiebre reumática aguda dependerá fundamentalmente de la presencia de carditis y de su severidad. Su incidencia en el primer ataque es variable, con cifras que oscilan según los diferentes autores entre un 35,6% y un 76,5%.^(3,4,5) En nuestra casuística la carditis se presentó en el 58,5% de los niños que ingresaron en primer brote.

La correlación de severidad de la carditis con edad y sexo nos dio diferencias significativas, a diferencia de lo mencionado en otras poblaciones en que la carditis severa se ve más frecuentemente en los niños menores de 8 años.⁽⁶⁾

De los 93 pacientes seguidos por 5 años, aquellos que presentaron carditis leve al ingreso en un 70% quedaron con corazón aparentemente normal y

el total de los que presentaban secuelas, se encontraban en capacidad funcional I al término del estudio.

Con carditis moderada ingresaron 30 niños, de ellos sólo el 50% quedó con corazón aparentemente normal. De los niños con secuelas, sólo en el 27% éstas son significativas, destacando dos pacientes con cardiomegalia y capacidad funcional II al quinto año; lo señalado está de acuerdo con lo descrito en la literatura norteamericana.⁽⁷⁾

De los 16 niños que ingresaron con carditis severa, el 25% solamente queda sin daño cardíaco y entre aquellos con secuelas, el 63% son de repercusión importante con cardiomegalia y capacidad funcional grado II en la tercera parte de estos casos; también aquí nuestros hallazgos se comparan con las publicaciones extranjeras de las últimas décadas.⁽⁸⁾

Consideramos que la clasificación expuesta de la severidad de la carditis es útil, ya que relaciona en forma significativa la severidad al ingreso con la presencia de secuelas, permitiendo emitir un pronóstico con mayor certeza.

También de evidentes implicaciones pronósticas es el hecho de que el 100% de los pacientes que presentaron valvulitis aórtica al ingreso, quedaron con compromiso de esa válvula como secuela.

Diversos autores han afirmado que tanto la incidencia como la gravedad de la fiebre reumática tienden a disminuir progresivamente,^(9, 10) sin embargo, estimamos que el hallazgo de un 44% de secuelas entre los brotes iniciales con carditis representa aún un costo muy alto de esta enfermedad.

Si tenemos en cuenta que esta tasa de secuelas se obtiene aunque no se presenten recidivas, parece evidente que además de desplegar esfuerzos tendientes a una adecuada profilaxis secundaria debemos intensificar nuestra acción en una buena profilaxis primaria.

RESUMEN

Se revisan las historias clínicas de 225 niños que presentan un brote inicial de enfermedad reumática con carditis.

Se seleccionan 93 niños que completan un seguimiento de 5 años, analizándose el grado de carditis al ingreso y la incidencia, tipo y severidad de las secuelas al término del seguimiento.

Entre los resultados destaca que a mayor severidad de la carditis, mayor es el porcentaje de secuelas valvulares y el compromiso funcional de los pacientes; además se encontró que cuando aparece compromiso de la válvula aórtica al ingreso, éste se encuentra presente en todos los casos al cabo de 5 años.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Centro de Ciencias de la Computación de la Pontificia Universidad Católica de Chile y en especial a los señores ingenieros Juan Bennett y Héctor Gómez por la valiosa colaboración prestada en la realización de este estudio.

REFERENCIAS

- 1 Normas de Control de la Fiebre Reumática. Ministerio de Salud República de Chile, Editorial Universitaria S.S., 1977.
- 2 Caballero, Elizabeth; Aravena, Eliana; Valero, Ximena, y Cassorta, Eduardo. "Unidad de Profilaxis Secundaria de Enfermedad Reumática. Experiencia de tres años". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 82: 137-144 (2), 1977.
- 3 Markowitz, M., y Gordis, L. "Rheumatic Fever". Filadelfia, Saunders, 1972.
- 4 Muñoz, S., y Muñoz, O. H. Informe de la V Conferencia Panamericana de Estudio y Prevención de la Fiebre Reumática. Descripción de los casos de Fiebre Reumática del Hospital Universitario de Caracas. Buenos Aires, Argentina, agosto, 1974.
- 5 Sánchez, S. J.; Philippi, R. O.; Vicuña, M. D.; T., E., y Guash, L. J. Informe de la V Conferencia Panamericana de Estudio y Prevención de la Fiebre Reumática. Buenos Aires, agosto, 1974.
- 6 Muñoz, A. Simón. Fiebre reumática y enfermedad reumática del corazón. Fondo Editorial Comín S. C., Caracas. pág. 117, 1977.
- 7 Feinstein, A. R.; Wood, H. E.; Spagnuolo, M., et al. Rheumatic Fever in Children and Adolescents. VIII Cardiac Changes and Sequelae. Ann. Intern. Med. (Suppl. 5): 87, 1964.
- 8 Grupo de Expertos del R.U. y de los E.E.UU. The Evolution of Rheumatic Heart Disease in Children. Circulation, 22: 503, 1960.
- 9 Guash, López J. Unidad de Prevención de la Fiebre Reumática. Bol. Méd. Hosp. Infantil de México. Vol. 36: 769, 1979.
- 10 Stollerman, G. H.; M. D. Rheumatic Fever and Streptococcal Infection. New York, Grune & Stratton, pág. 66, 1975.