

MEDICINA AL DÍA

FIEBRE REUMÁTICA EN LAS AMÉRICAS

Dr. Mariano Defilló Ricart,

FACP, FACC, FCCP, FAAP, FICA,

Profesor y director de la Escuela de Medicina Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud UNPHU

Jefe del Departamento de Cardiología Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral

Ex-Presidente del Comité Panamericano para Prevención y Estudios de la Fiebre Reumática

La incidencia y prevención de faringitis estreptocócica y de fiebre reumática son inversamente proporcionales al desarrollo y bienestar general de los pueblos. En este sentido, la fiebre reumática está en proceso continuo de cambio hacia su disminución "espontánea", en la mayor parte de los países desarrollados, no así en los países en vías de desarrollo, como la mayoría de los nuestros en Latinoamérica.¹

La incidencia de fiebre reumática, por datos de varios países de América Latina, es de 1 a 3% de los ingresos hospitalarios de todas las edades y entre 6 a 7% de aquellos menores de 12 años.¹

La incidencia, a nivel de la población en general, en niños de 5 a 14 años, oscila entre 0.28 a 0.41 por 1,000 en Latinoamérica.¹

Se calcula que 15 a 20 millones de nuevos casos aparecerán cada año en los países del tercer mundo o en vías de desarrollo.²

La fiebre reumática y la cardiopatía reumática son comunes tanto en los países tropicales como en los subtropicales.³ Los factores climáticos estacionales pueden influir en la propagación de las infecciones por estreptococos del grupo A y, por consiguiente, en la incidencia de fiebre reumática, pero no pueden explicar la distribución mundial de la enfermedad en diferentes comunidades de la misma zona climática.³ Independientemente del clima, las malas condiciones de vivienda y el hacinamiento favorecen la propagación de las infecciones de las vías respiratorias altas por estreptococos y aumentan el riesgo de la fiebre reumática.³

Actualmente, la incidencia anual media de fiebre reumática en los países acomodados es de menos de 5 por 100,000 y sigue reduciéndose,³ del mismo modo ha habido una reducción significativa de la prevalencia de cardiopatía reumática, la cual se sitúa entre 0.1 y 0.5 por 1,000.⁴ Esta tendencia fue iniciada y mantenida por el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y del nivel de vida, los beneficios de una mejor atención médica y la introducción de los agentes antimicrobianos.³

En los países en desarrollo, la incidencia de fiebre reumática es difícil de determinar, pero basándose en la información disponible se presume puede ser cerca de 100 por 100,000, entre los grupos de edad más jóvenes.³ Con frecuencia se notifican cifras inferiores, porque son muchos los casos que pasan inadvertidos.³ La prevalencia de cardiopatía reumática es más fácil de determinar, una tasa media de 10 por 1,000 para el grupo de 5 a 15 años puede considerarse como razonable.³

La prevalencia de cardiopatía reumática en niños de edad escolar en América Latina reportada, fluctúa desde 17% por Ibarnegaray et al,⁵ en La Paz, Bolivia, en 1970, a 1% por Portillo et al,⁶ en Montevideo, Uruguay, en 1970.

Otras reportadas son: 8.5% en Ciudad México, México por Guadalajara⁷ en 1977, 1.0 a 6.8% en Brasil, por la OMS⁸ en 1968-70s, 1.6 por Martínez Pico¹⁹ en San Juan, Puerto Rico, en 1980, y 1.5% por Muñoz Armas¹⁰ en Caracas, Venezuela, en 1976.

Analicemos ahora lo que ha ocurrido en el Continente Americano. Comenzaremos por Norteamérica.

En Estados Unidos y Canadá, la disminución en la incidencia de fiebre reumática aguda, al igual que en Europa Occidental desde el final de la Segunda Guerra Mundial, ha sido verdaderamente fenomenal.¹¹ Ciertamente, sólo en los últimos 20 años, el promedio de incidencia anual en niños de edad escolar, en las grandes ciudades, ha caído, en más de un 90 por ciento.¹¹ En algunas áreas esto aplica tanto a la raza blanca como a la negra.¹² La enfermedad prácticamente "virtualmente desapareció" en la década del 70.¹²⁻¹⁶ Ocasionales brotes ocurrieron durante la década del 70, usualmente en campamentos de reclutas militares.¹⁷

A pesar de la marcada disminución de la incidencia de fiebre reumática aguda, 6,593 personas murieron de cardiopatía reumática en 1985, según la American Heart Association.¹⁸

La incidencia de fiebre reumática aguda disminuyó de 65 por 100,000 en 1935-49 reportado por Annegers et al¹⁹ a cifras variando entre 0.23 a 1.88 en los años 1970 a 1981.²¹ Sin embargo, en el brote de Salt Lake City en

1985 fue de 18.10/1,000, comprendiendo edades entre 5 y 17 años; esta alta incidencia es comparable a la de hace 30 años y es sin dudas la más alta observada en los Estados Unidos en la década del 80.²¹ Este brote ocurrió en un grupo homogéneo de raza blanca y perteneciente a la clase media, con un promedio de 6.5 miembros por familia.¹⁷

Sin embargo, en los últimos años, 8 han demostrado brotes de fiebre reumática aguda en los Estados Unidos de Norteamérica, han reportado un número grande de casos.^{17,20} Sucieron en Ohio Central, a el oeste de Pennsylvania y el último en Utah.¹⁷

Las ciudades fueron Salt Lake City, Akrin, Columbus y Pittsburgh.

Las manifestaciones clínicas fueron dominadas por carditis 91%, 67 casos, ya fuera aislada o asociada a otras manifestaciones. Fue aislada en 23%. Poliartritis se encontró en 46% Corea de Sydenham en 31%, nódulos subcutáneos en 8% y eritema marginado en 3%. Sólo 3 pacientes, 4%, tuvieron únicamente poliartritis. La Corea de Sydenham fue muy frecuente. Concluyen los autores, que la fiebre reumática está aún presente en los Estados Unidos de Norteamérica y que constituye un importante problema de salud; además las manifestaciones clínicas de este brote recuerdan las de hace 30 años.²¹ Lamentablemente la fiebre reumática no es en este país una enfermedad declaratoria, por tanto su exacta incidencia no se conoce.²⁰

Las posibles explicaciones para este resurgimiento de fiebre reumática son desconocidas pero se especula la posibilidad de una nueva cepa miocardia de estreptococos del grupo "A", M 18, particularmente virulenta con alta reumatogenicidad.²¹

En México, el espectro clínico de la fiebre reumática ha cambiado también, al menos en la zona de influencia de los centros hospitalarios del Distrito Federal, según lo atestigua, los datos bioestadísticos del Instituto Nacional de Cardiología, ya que muestran un decremento importante de casos con actividad reumática.²² En la década de los 50 se internaban un promedio anual de 60 niños con actividad reumática y en los últimos años disminuyó a 8.² La mortalidad intrahospitalaria por actividad de los 50s a los 70s, de un 25% a 8%.²² De la misma manera la Corea de Sydenham disminuyó del 18 al 5%.²²

Esta variación clínica de la fiebre reumática activa no parece ser imputable a un cambio en el huésped ni tampoco en el medio ambiente. Las condiciones económicas y de hacinamiento ciertamente no han mejorado en los cinturones de pobreza del Distrito Federal.²² Es más plausible que esta transformación sea debida a un decremento transitorio de la "reumatogenicidad" del estreptococo.²² La disminución de la etapa florida de la fiebre reumática no significa necesariamente que su secuela, la cardiopatía residual, siga el mismo rumbo.²² Hay que recordar que un número importante de casos típicos de cardiopatía

reumática inactiva se niegan antecedentes de fiebre reumática.²² En el Instituto de Cardiología de México, la cardiopatía reumática continúa prevaleciendo ahora, junto con

la isquémica, como la patología más frecuente, por tanto, la fiebre reumática sigue siendo un problema de salud.

Suramérica fue sitio del estudio colaborativo de la OPS y OMS, en el cual participaron 7 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. Este es el más grande realizado en este continente.

Ingresaron al estudio 2,960 pacientes, repartidos de la siguiente manera: Argentina 1,244, Bolivia 212, Brasil 347, Chile 511, Ecuador 191, Perú 303 y Venezuela 152. De estos 2,960 pacientes, 120 tenían entre 0 y 4 años al sufrir el primer ataque, para un 4.0% siendo el mayor porcentaje para Perú 5.2% y el menor para Chile 1.9%; esto deja ver claramente que la fiebre reumática ataca precozmente en estas áreas de América, tal como acontece en este país.

Por supuesto, la gran mayoría de casos estaba comprendida entre 5 y 14 años, 2,242, para un 75.7%.¹ No hubo predominio de ningún sexo en estas edades tempranas.¹ Entre un 65 y 79% no tenían actividad de fiebre reumática al ingreso, excepto para Ecuador, en donde cerca de la mitad mostraba actividad al ingreso.¹ Del total de pacientes al ingreso,¹ el 21% presentaba ataque inicial (8.5 a 29.8%).¹ Cerca del 7% mostraba actividad recurrente, entre 1 y 19%, en Chile y Ecuador respectivamente.¹ Bajo por ciento de recurrencias, además de Chile, mostraron Venezuela y Argentina, en relación a los otros países, lo que sugiere un mejor régimen de profilaxis secundaria en dichos países. Es necesario destacar que sólo 3 países de América Latina han hecho obligatoria la notificación de la fiebre reumática, ellos son: Chile (1974), Cuba (1975) y en la década del 80, Venezuela. Otros como México mantienen un control de estreptococo, desde 1979, y Brasil la mantiene en atención primaria desde 1979. El Caribe inglés, del cual no tenemos datos, mantiene un control de estreptococos desde 1956.¹ Por esto, las recurrencias de fiebre reumática han disminuido drásticamente en Chile y Cuba a un 1% y 1.7% respectivamente, y en países como el nuestro, donde no existe ningún control de estreptococos, ocurre en un 35%.^{23,24}

Del total de casos con fiebre reumática activa, 51.8% (con un rango entre 35 y 77%) mostraban carditis y un 71.2% mostraba poliartritis.¹ Sólo en Bolivia la carditis fue casi el doble, 1.8 veces, la poliartritis. La Corea fue la tercera manifestación mayor con un 16.2%.¹ El eritema marginado y los nódulos subcutáneos fueron observados en un 3.7% y un 1.7% respectivamente.¹ Llama la atención la escasez del eritema marginado y los nódulos subcutáneos en Chile, en contraste con Venezuela, en donde ambos suman casi el 15%.¹ La amplitud de estas manifestaciones

mayores, según el país de donde provienen los pacientes, refleja en parte las características de la fiebre reumática, en distintas ecologías,¹ sin embargo, ha sido la base para que algunos, como nosotros, objetemos la validez de los cinco criterios mayores de Jones, para su diagnósticos en áreas como la nuestra.²³

En cuanto a las manifestaciones menores, la fiebre y la artralgia, estuvieron presentes en más del 70% y fueron las predominantes, seguidas por antecedentes de fiebre reumática con 23% y cardiopatía reumática previa en un 13%. Vale mencionar la escasez de estos datos en Chile. Además Argentina y Venezuela fueron los otros dos países que presentaron menos esta última afección.

Este estudio colaborativo mostró que en el ataque inicial el daño cardíaco era mínimo en el 60.2% y severo sólo en 10.4%, mientras que con las recurrencias o ignoradas, el mismo, el daño era severo en 43.4% y moderado en 32.9%. Estos hallazgos, de nuevo recalcan la imperiosa necesidad de prevenir y controlar esta temible e intrigante enfermedad, a todas costas, por lo menos las recurrencias.^{1,23}

Cabe destacar que casi la mitad de los casos, 43.8%, tenían ya una cardiopatía al momento del ingreso y del mismo modo casi un 50% de los casos de fiebre reumática activa en recurrencia también tenían una cardiopatía reumática.¹

La valvulopatía predominante fue insuficiencia mitral, 38.7% y la seguían: lesión mitroaórtica 15.2%, estenosis mitral 14.2%, insuficiencia aórtica 12.4%, enfermedad mitral 10.5%, estenosis aórtica 3.9%, enfermedad aórtica 3.4% y lesión mitro-tricuspídea y micro-aórtica tricuspídea con un 1.5%.¹

En otras palabras, en el 80% había afectación mitral, en el 36% aórtica y sólo en 1.5% tricuspídea; estos valores incluyen, por supuesto, lesiones aisladas y combinadas valvulares.¹

En una revisión de Achutti y Achutti,²⁴ en Río Grande Do Sul, de 16 años (1970 a 1985) y comparada al Brasil entero, durante 5 años, 1978-82, de todas las muertes debidas a fiebre reumática, ellos encontraron una mortalidad para fiebre reumática aguda de 16.5% versus 14.3%, cifra similar a la de nosotros, 15.7% en el Hospital Infantil de Santo Domingo.²³

La mayor mortalidad fue para la valvulopatía mitral, en ambas revisiones, con un 28.7 y 40.6% respectivamente, mucho más que la valvulopatía aórtica con 15.7% y 11.7%. Las revisiones comprendieron 13,189 casos.

En el Caribe, Puerto Rico tiene muy poca fiebre reumática, pues los programas de salud pública han funcionado maravillosamente para combatir las infecciones estreptocócicas de garganta.^{7,25}

En Cuba, donde la notificación para fiebre reumática es obligatoria desde 1975, ella ha disminuido su incidencia de 38.1 a 10.5 0/000, de 1972-84, para poblaciones de

5 a 14 años, compitiendo con Argentina de 43.0 a 8.0 0/000 de 1938-1982, Lima, Perú, de 11.6 a 4.2 0/000 de 1975-85, y Chile de 7.0 a 3.4 0/000.²⁵

Nordet,²⁶ basándose en datos estadísticos, afirma que la fiebre reumática no constituye un grave problema de salud en Cuba. La incidencia, en población para todas las edades, es de 0.18 a 0.54 por 1000. La prevalencia actual, 1985, es de 1.6 a 6 por 1000, en poblaciones de 5 a 14 años, y de 1.2 a 3.2 por 1000 en poblaciones de todas las edades. La mortalidad para fiebre reumática aguda es de 0.2 por 100,000, y la de la cardiopatía reumática es de 2.0 por 100,000. Ambas cifras son inferiores en la ciudad de La Habana con 0.1 y 1.5 por 100,000 respectivamente.

Y, por último República Dominicana, donde la fiebre reumática afecta a niños de poca edad, en una revisión clínica de carditis aguda, de 9 años, en nuestro hospital Dr. Robert Reid Cabral, encontramos que 3.2% tenían 4 años o menos de edad.²³ En una revisión anterior, ya habíamos encontrado que el 9.1% eran menores de 5 años, resultado parecido al de D'Arbela y col.²⁸ en Uganda, dejando claramente ver lo que ocurre en los países tercermundistas, una exposición temprana al estreptococo con desarrollo precoz de enfermedad post-estreptocócica.

Ahora, hemos revisado todos los casos menores de 5 años, desde 1969 a 1989, incluidos,²⁹ y hemos encontrado 121 niños con fiebre reumática y 101 con carditis para un 83.5%, cifra superior a la del estudio clínico de 9 años, que era de 73.5%.²³ Afectación única aislada de la mitral ocurrió en 69.5%, la gran mayoría, 41, presentaba datos estetocárdicos de insuficiencia mitral, 19 de doble lesión y 4 curiosamente de estenosis. Dos casos tenían afección aislada de la aórtica y uno tricuspídea. Al sumar las lesiones combinadas, la mitral fue envuelta en 97.5% y la aórtica en 28.2%. Un 43.6% presentó datos inequívocos de insuficiencia cardíaca y solamente un 8.9% de pericarditis, mucho menor que nuestra cifra anterior, que era de 22.1%; ésta era sin embargo muy elevada.²³

En todas nuestras revisiones anteriores,^{23,27} al igual que en ésta, hemos llamado la atención en relación a la poca frecuencia de la artritis, inferior al 20%, 15.2 a 19.8%, en contraste con la artralgia que supera el 50%, 55.1%, esto nos ha inducido a expresar que las tres manifestaciones más comunes de la fiebre reumática en nuestro medio son: la carditis, la artralgia y la fiebre.²³ La frecuencia más baja de artritis que conocemos en América es la nuestra.²⁷

La Corea de Sydenham es una manifestación frecuente de fiebre reumática, 22.5%,^{27,29} pero lo es mucho menos en los pequeños, 5.8%.²⁹

Los nódulos subcutáneos y el eritema marginado son solamente vistos en muy contadas ocasiones, en todas las edades, 0.5 y 0.1%, y en los menores de 5 años, 0 y 1.7% respectivamente.^{27,29}

Nosotros seguimos opinando que los criterios de Jones no aplican a cabalidad en regiones como la nuestra y otras del tercer mundo. Sin embargo, debemos doblegarnos al hecho real de que el nódulo subcutáneo permite hacer el diagnóstico, desde el punto de vista anatomopatológico, de manera indiscutible.

Estamos firmemente convencidos de que la fiebre reumática constituye un problema de salud en la mayoría del territorio americano y aún no ha sido vencida en los países más desarrollados del continente.

Es necesario un esfuerzo conjunto de los gobiernos, los ministerios de salud, las sociedades nacionales e internacionales de cardiología y otras diversas instituciones, todas por supuesto empeñadas con ahinco en mantener a las comunidades libres de enfermedades, para que se creen y establezcan las bases de una profilaxis primaria y secundaria eficaces para las infecciones estreptocócicas y la fiebre reumática y/o sus secuelas.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Estudio colaborativo prevención de fiebre reumática. Oficina Sanitaria Panamericana, OPS y OMS. Washington, D.C., U.S.A., 1983.
2. Zabriskie, J.B.: Rheumatic fever: The interplay between host, genetics and microbe. *Circulation* 71: 1077, 1985.
3. Dodu, S.R.A.; Böthig, S.: Fiebre reumática y cardiopatía reumática en los países en desarrollo. *Foro Mundial de la Salud* 10:198, 1989.
4. Taranta, A.; Markowitz, M.: Rheumatic fever: A guide to its recognition, prevention and cure—with special reference to developing countries. MJP Press, Boston, 1981.
5. Ibarnegaray, J et al: Informe de Bolivia a la V Conferencia Panamericana de Estudio y Prevención de la Fiebre Reumática. Buenos Aires, Argentina, 1974.
6. Pottillo, J.M. et al: Informe de Uruguay a la V Conferencia Panamericana de Estudio y Prevención de la Fiebre Reumática. Buenos Aires, Argentina, 1974.
7. Guadalajara, J.F.: Aspectos epidemiológicos de la fiebre reumática. Primera Reunión Americana de Cardiología. Madrid, España, 1981.
8. Lucha comunitaria contra la cardiopatía reumática en los países en desarrollo: 1. Un importante problema de salud pública. *Crónica de la OMS* 34:361, 1980.
9. Martínez Pico, A.: Fiebre reumática aguda en América Latina. XI Congreso Interamericano de Cardiología. Simposio de Fiebre Reumática, San Juan, Puerto Rico, 1980.
10. Muñoz, S.: Prevention of rheumatic fever. X World Congress of Cardiology. Plenary Session 2. Rheumatic Fever. Washington, D.C., U.S.A. 1986.
11. Bisno, A.: Acute rheumatic fever: Forgotten but not gone. *N Engl J* 316:476, 1987.
12. Gordis, L.: The virtual disappearance of rheumatic fever in the United States: Lessons in the rise and fall of disease. *Circulation*: 72:1155, 1985.
13. Land, M.A.; Bisno, A.L.: Acute rheumatic fever: Vanishing disease in Suburbia. *Jama* 249: 895, 1983.
14. Stollerman, G.H.; Siegel, A.C.; Johnson, E.E.: Variable epidemiology of streptococcal disease and the changing pattern of rheumatic fever. *Mod Concepts Cardiovasc Dis* 34:45, 1965.
15. Shulman, S.T.: Pharyngitis: Management in an era of declining rheumatic fever. New York, Praeger, 1984.
16. Markowitz, M.: The decline of rheumatic fever. Role of medical intervention. *J Pediatr* 106:545, 1985.
17. Sterba, R.: Rheumatic fever returns. *Heartline* 18:1, 1988.
18. Bisno, A.: Rise of acute rheumatic fever endangers heart. American Heart Association, 15th Science Writers Forum, Jan 17-20, 1988, New Orleans.
19. Annegers, J.F.; Pillman, N.L.; Wiedman, W.H.; Kurland, L.T.: Rheumatic fever in Rochester, Minnesota, 1935-1978. *Mayo Clin Proc* 57:753, 1982.
20. Oppenheim, E.B.; Inman, M.A.: The new epidemiology of rheumatic fever. *Cardiovascular Reviews and Reports*, New York, 1988.
21. Veasy L.G.; Wiedmeir, S.E.; Orsmond, G.S. et al: Resurgence of acute rheumatic fever in the intermountain area of the United States. *N Engl J Med* 316:421, 1987.
22. Maríñez Lavin, M.: La fiebre reumática en México. Nuevos desafíos, nuevas estrategias. *Arch Inst Cardiol Mex* 59:349, 1989.
23. Defilló Ricart, M.; Rosado Matos, J.; Sanabria Torres, O.: Carditis reumática aguda. Presentación y evolución en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral de Santo Domingo. Estudio clínico de 9 años. *Arch Dom Card* 14:50, 1980.
24. Achutti A., Achutti V.R.: Mortality due to rheumatic fever, all cardiovascular diseases and poorly defined causes. All ages and both sexes, for countries of the Americas, in the last available year. Las condiciones de salud en las Américas 1981-1984.
25. Moreano, M.: The worldwide experience in the prevention of rheumatic fever. X World Congress of Cardiology, Washington, D.C., U.S.A., 1986.
26. Nordet Cardona, P.E.: Fiebre reumática. Magnitud y aspectos clínicos epidemiológicos. Provincia ciudad de La Habana, Cuba, 1972-1987.
27. Defilló Ricart, M.; Gallardo Rivas R., Camilo, J.; Hernández de Peña, J.: Fiebre reumática en el Hospital de Niños de Santo Domingo. *Arch Dom Ped* 12:24, 1976.
28. D'Arbela, P.G.; Peter, A.K.; Dommers, K.: Juvenile rheumatic fever and rheumatic heart disease at Mulago Hospital, Kampala, Uganda: Some aspects of the pattern of the disease. *E Afr Med J*: 51:170, 1976.
29. Defilló Ricart, M.; Batista Batista, D.I.; Contreras Groves, P.A.; Fernández Estrada, J.M.; López Mateo, M.; Garrido Contreras, E.: Fiebre reumática en niños menores de cinco años. Revisión en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Estudio clínico de 20 años (1969-1989). *Acta Med Dom* (en prensa).
30. Defilló Ricart, M.; Gallardo Rivas, R.: Corea de Sydenham. Revisión en el Hospital Infantil R. Reid Cabral de Santo Domingo. Estudio de 5 años (1970-1974). *Arch Dom Card* 11:97, 1976.