

FIEBRE REUMÁTICA AGUDA, UN DIAGNÓSTICO POCO FRECUENTE EN NUESTRO MEDIO

INTRODUCCIÓN

Al Puertas Martínez, C Carreras Blesa, I Monereo Moreno, F Perin, M Rodríguez Vázquez del Rey, I Gutierrez García

- **Fiebre Reumática Aguda (FRA):** complicación no supurativa de base autoinmune, de la infección faríngea por estreptococo grupo A (GAS).
- **Incidencia** (1/100.000 hab) ↓ en países desarrollados: mejores condiciones de vida y uso de antibióticos.
- **Diagnóstico:** criterios clínicos + evidencia infección GAS.
 - **Criterios mayores:** artritis, carditis, corea, eritema marginado y nódulos subcutáneos.
 - Corea de Sydenham: corea adquirida + frecuente en niños.
 - Afectación cardíaca: pancarditis, afectación valvular mitral y aórtica.

RESUMEN DEL CASO

Niña de 10 años consulta por: **movimientos anormales** de cara y miembros y **alteración de la conducta** (nerviosismo, labilidad emocional), con empeoramiento progresivo.

No antecedentes de interés. Sospecha alergia amoxicilina por exantema (descartada después). No infección reciente conocida.

Exploración:

Bradipsiquia, bradicinesia, lenguaje lento con dificultades de articulación, movimientos coreicos y balismos constantes de MMSS, MID y cefálicos que dificultan manipulación y marcha e impiden sedestación.

Diagnóstico diferencial:

Encefalitis autoinmune, Corea de Sydenham, Hipertiroidismo, Enfermedad de Wilson, Intoxicación, Tumor intracraneal, Trastorno Conversivo.

Pruebas complementarias iniciales:

Función hepática, renal, electrolitos, reactantes de fase aguda, hormonas tiroideas y cobre sérico: normales.

Tóxicos en orina negativos.

Test rápido estreptococo negativo. TAC craneal normal.

LCR citobioquímica normal y estudio microbiológico negativo.

EEG: patrón encefalopático.

Con la principal sospecha diagnóstica de encefalitis autoinmune,

se inician pulsos corticoides seguido inmunoglobulinas sin mejoría.

RMN y angioRMN: normales.

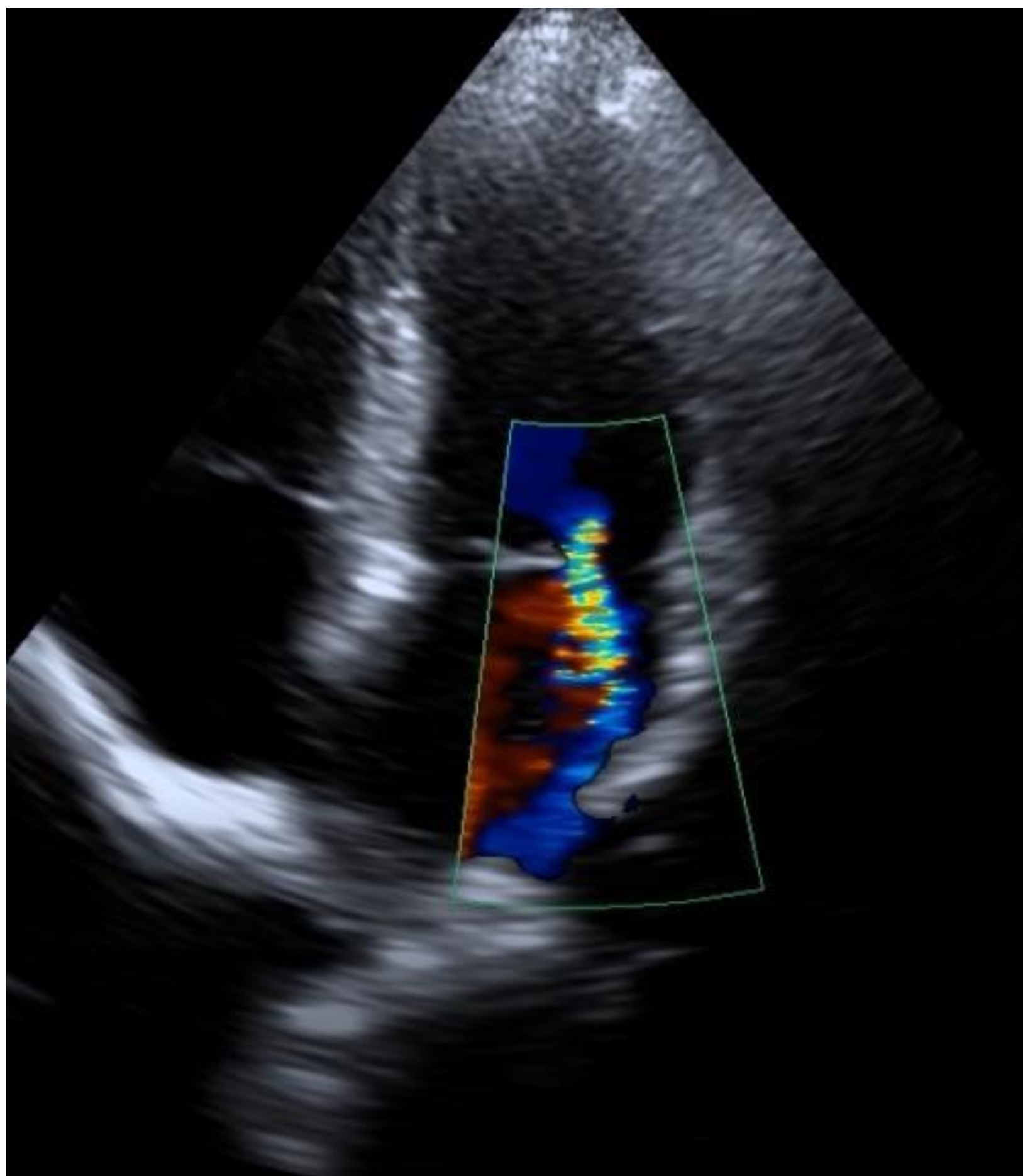
Bandas oligoclonales LCR y Ac antineuronales en LCR y suero: negativos.

Ecocardiografía:

insuficiencia mitral moderada con engrosamiento de velos.

Se recibe **ASLO>800 UI/ml** y **antiDNAasa>1700 UI/ml**.

Con **2 criterios mayores y evidencia de infección estreptocócica reciente** se diagnostica de FRA y se trata con Penicilina G benzatina im1.200.000 UI seguido de profilaxis secundaria.

Ecocardiografía en Doppler-color, corte 4 cámarasProfilaxis secundaria:

Fiebre reumática (FR) sin carditis	5 años o hasta los 21 años *
FR con carditis pero sin enfermedad valvular residual	10 años o hasta cumplir los 21 años*
FR con carditis y enfermedad valvular persistente	10 años o hasta cumplir los 40 años *

*El periodo que sea más largo

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

- La FRA debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de cuadros compatibles a pesar de su baja incidencia en nuestro medio.
- Pacientes con un episodio de FRA tienen un alto riesgo de recurrencia con nuevas faringitis por GAS. Además, la cardiopatía reumática se agrava con cada episodio, por lo que es fundamental la prevención de nuevos episodios de faringitis por GAS manteniendo profilaxis antibiótica