

Reumatismo articular agudo y reumatismo postestreptocócico

E. Pertuiset

El reumatismo articular agudo (RAA) es una enfermedad autoinmunitaria que afecta de forma preferente a la población infantil. Es la consecuencia diferida de una infección faríngea por un estreptococo del grupo A que no se ha tratado o en la que el tratamiento ha sido insuficiente. Es probable que se deba a un mimetismo molecular entre algunas proteínas bacterianas y los tejidos diana. Los signos aparecen 2-3 semanas después de la faringitis: fiebre, afectación inflamatoria oligoarticular o poliarticular migratoria de las grandes articulaciones y afectación cardíaca (carditis) dominada por la endocarditis aséptica valvular. En la actualidad, la carditis se evalúa mediante ecocardiografía. El diagnóstico se basa en los criterios de Jones (modificados en 1992), lo que requiere que se demuestre una infección estreptocócica reciente, en la mayoría de los casos mediante la determinación de los anticuerpos antiestreptocócicos. Esto puede faltar en la corea de Sydenham, que es una manifestación más tardía. El pronóstico de RAA depende de la carditis, que puede evolucionar de forma crónica hacia una cardiopatía reumática que consiste en una afectación mitral y/o aórtica, y que puede provocar una insuficiencia cardíaca o el fallecimiento. Este riesgo aumenta cuando se producen recidivas debido a una nueva infección estreptocócica. La profilaxis secundaria, que se basa en una antibioticoterapia prolongada con penicilina, es fundamental para disminuir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la afectación cardíaca. El reumatismo postestreptocócico (RPE) es un síndrome articular parecido al RAA, y puede aparecer en niños o en adultos, pero no responde a los criterios diagnósticos del RAA. Conlleva un riesgo bajo de carditis. Su frecuencia y su relevancia son variables según los distintos estudios. El RAA sigue siendo uno de los grandes problemas de salud pública en el mundo, con una mayor incidencia en los países pobres.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Reumatismo articular agudo; Reumatismo postestreptocócico; Estreptococo; Poliartitis; Carditis; Corea

Plan

■ Introducción	1	■ Tratamiento	10
■ Epidemiología del reumatismo articular agudo	2	Tratamiento curativo	10
■ Patogenia	3	Tratamiento profiláctico secundario	11
Aspectos generales	3	Tratamiento profiláctico primario	12
Factores relacionados con el estreptococo A	3	Tratamiento del reumatismo postestreptocócico	12
Factores relacionados con el huésped	4	Vacunación	12
Mecanismos inmunológicos	4	■ Conclusión	12
Relaciones entre reumatismo articular agudo y reumatismo postestreptocócico	5		
■ Reumatismo articular agudo	5		
Aspectos clínicos	5		
Exploraciones complementarias	6		
Diagnóstico	8		
Evolución	8		
■ Reumatismo postestreptocócico	9		
Definición del reumatismo postestreptocócico	9		
Reumatismo postestreptocócico del adulto	9		

■ Introducción

El RAA es una enfermedad autoinmunitaria conocida desde hace mucho tiempo. Es la consecuencia diferida de una infección faríngea por un estreptococo del grupo A, que no se ha tratado o que ha recibido un tratamiento insuficiente. La afectación inflamatoria afecta sobre todo a las articulaciones y al corazón (carditis). Las primeras descripciones del RAA se remontan al siglo xvii, por Guillaume du Baillou en Francia, y en Inglaterra por Thomas Sydenham (1624-1689), que describió la

Cuadro I.

Incidencia (número de nuevos casos anuales por 100.000 habitantes) de reumatismo articular agudo en niños y adolescentes (5-14 años) en los estudios publicados a partir de 1990.

Publicaciones	País/subpoblación	Años	Incidencia
Lennon, 2000 [12]	Nueva Zelanda/origen europeo	1982-1997	<10
Cernay, 1993 [7]	Eslovenia	1990-1991	0,7
Kermani, 2001 [11]	Argelia	2000	6,2
Eshel, 1993 [8]	Israel	1980-1990	15,5
Carp, 1999 [6]	Rumanía	1999	16,5
Kechrid, 1997 [10]	Túnez	1990	30
Lennon, 2000 [12]	Nueva Zelanda/maoríes	1982-1997	40-80
Kayemba, 1993 [9]	Martinica	1987-1991	53
Lopez, 2001 [13]	México	1994-1999	70
Meira, 1995 [14]	Brasil	1992	360
Carapetis, 2000 [5]	Australia/aborígenes	1987-1996	508

corea que lleva su nombre [1]. La relación entre la poliartritis y la carditis fue establecida por Jean-Baptiste Bouillaud (1796-1881) en su «*Traité clinique du rhumatisme articulaire aigu*», publicado en 1840. Este autor cedió su nombre (enfermedad de Bouillaud) a la forma clásica del RAA.

La gravedad del trastorno se debe a la carditis y, sobre todo, a las afectaciones valvulares, que pueden evolucionar de forma crónica hacia la agravación y provocar una cardiopatía reumática, cuya frecuencia y gravedad aumentan con las recidivas. Éstas se producen durante una nueva infección faríngea por estreptococo A. El reumatismo postestreptocócico (RPE) es un síndrome articular parecido al RAA, pero que no responde a los criterios diagnósticos del RAA y que conlleva un bajo riesgo de carditis.

■ Epidemiología del reumatismo articular agudo

El RAA se observa sobre todo en los niños mayores de 2 años y en los adolescentes. Es menos frecuente en adultos jóvenes de 15-25 años. En los adolescentes y en adultos jóvenes, y también hasta los 45 años [2], se observan especialmente cuadros de recidiva que se consideran también como un RAA [2]. La prevalencia de la cardiopatía reumática como secuela del RAA aumenta con la edad y alcanza su máximo entre los 25 y los 34 años [2]. En numerosas poblaciones, el RAA y sus consecuencias son más frecuentes en las mujeres que en los varones, pero la causa precisa de esta diferencia no se conoce [2].

Las enfermedades relacionadas con el estreptococo A son más frecuentes en los países y en las poblaciones más pobres, es decir, justo en los medios donde los datos epidemiológicos son más deficitarios [3]. Carapetis et al [3] estimaron en 2005 que el estreptococo A provocó 517.000 fallecimientos anuales en el mundo, debidos sobre todo a la cardiopatía reumática. Los mismos autores han estimado una prevalencia de 15,6 millones de enfermos de cardiopatía reumática, una incidencia anual de 282.000 nuevos casos y 233.000 fallecimientos anuales en el mundo [3].

La incidencia del RAA en los países desarrollados comenzó a disminuir a principios del siglo xx antes del descubrimiento de los antibióticos, y esta reducción se aceleró tras la utilización de estos fármacos a partir de 1950. En Dinamarca, la incidencia del RAA pasó de 250/100.000 en 1862 a 100/100.000 en 1962 [4]. En los países desarrollados, la incidencia actual del RAA es

baja, inferior a 2/100.000 [4]. Desde comienzos de la década de 1990, numerosos estudios han descrito la incidencia del RAA en todo el mundo en la población de niños y adolescentes de 5-14 años [5-14]. Sus resultados se presentan en el Cuadro I. La incidencia del RAA se relaciona en gran medida con el grado de desarrollo del país, aunque por fuerza existen sesgos de metodología en algunos estudios epidemiológicos. En Australia y en Nueva Zelanda, la incidencia del RAA es elevada en las poblaciones autóctonas.

La prevalencia de la cardiopatía reumática como secuela del RAA muestra las mismas diferencias. En los niños y adolescentes, es elevada en los países en vías de desarrollo: África subsahariana, 570/100.000; Sur de Asia, 220/100.000; Norte de África y Oriente Medio, 180/100.000; Latinoamérica, 130/100.000 habitantes [2, 3]. En las poblaciones indígenas de Australia y Nueva Zelanda es elevada (350/100.000), y baja en los países desarrollados (50/100.000) [2].

Las observaciones realizadas en Australia y en Nueva Zelanda pueden hacer sospechar una predisposición étnica en el RAA y en sus consecuencias cardíacas, aunque las diferencias observadas puede que no hagan más que traducir los distintos modos de vida [2].

En Estados Unidos, desde mediados de la década de 1980, se han observado varias epidemias de RAA en las clases medias y en las regiones del centro del país: se produjeron después de epidemias de faringitis estreptocócica o de escarlatina [2]. La principal causa implicada fue la interrupción de la prevención primaria masiva.

“ Puntos importantes

Factores favorecedores del reumatismo articular agudo

Edad: 3-15 años.

Sexo femenino.

Condiciones de vida mediocres: desnutrición, promiscuidad, nivel sociocultural bajo.

Habitantes de países endémicos.

Ausencia de tratamiento antibiótico de las faringitis y de las amigdalitis en las que se sospeche un origen estreptocócico.

Contactos durante una epidemia de RAA.

Factores genéticos.

Antecedentes de RAA (riesgo multiplicado por 10).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3349383>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3349383>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)