

# Carditis Reumática, reporte de un caso

Risoli L<sup>1</sup>, Casco A<sup>2</sup>, Urtasun M<sup>2</sup>, Davenport MC<sup>3</sup>, Raiden S<sup>2</sup>, Calafatello N<sup>2</sup>

## Resumen

La fiebre reumática (FR) es una enfermedad sistémica, inflamatoria, autoinmune, multiorgánica, que se produce como resultado de la infección por *Streptococcus pyogenes* del grupo A (EGA) en individuos genéticamente susceptibles, con afectación frecuente de las válvulas cardíacas, pudiendo ocasionar fallo cardíaco. La enfermedad cardíaca reumática (ECR) representa la cardiopatía prevenible más común en la infancia.

Se presenta el caso de un paciente, previamente sano que ingresa al hospital por severo compromiso del estado general e insuficiencia cardíaca descompensada que se interpretó como ECR. A pesar del tratamiento inicial, el paciente evolucionó desfavorablemente, requiriendo intervención quirúrgica urgente, para un reemplazo valvular. La sospecha de endocarditis infecciosa sobreagregada motivó el inicio de tratamiento antibiótico.

*Palabras clave:* fiebre reumática, carditis reumática, insuficiencia cardíaca

## Abstract

Rheumatic fever (RF) is a systemic, inflammatory, autoimmune, multi-organ disease that results from group A *Streptococcus pyogenes* (GAS) infection in genetically susceptible individuals. It frequently affects heart valves, potentially leading to heart failure. Rheumatic heart disease (RHD) is the most common preventable heart disease in childhood.

We present the case of a previously healthy patient admitted to the hospital with severe general impairment and decompensated heart failure, which was interpreted as RHD. Despite initial treatment, the patient's condition worsened, requiring urgent surgical intervention for valve replacement. Suspected superimposed infective endocarditis prompted the initiation of antibiotic treatment.

*Key words:* rheumatic fever, rheumatic heart disease, heart failure

## Introducción

La FR es una enfermedad inflamatoria sistémica caracterizada por el compromiso de articulaciones, piel, tejido celular subcutáneo, corazón y sistema nervioso central. Es causada por una respuesta inmunológica secundaria a la infección faríngea por EGA y suele manifestarse dos a tres semanas después de dicha infección. La mayor incidencia se observa entre los 5 a 15 años de edad (1,2).

Las manifestaciones clínicas de la FR suelen ser autolimitadas, sin embargo el compromiso cardíaco puede evolucionar de manera crónica, con afectación progresiva de las válvulas cardíacas (3). Esta afección, conocida como enfermedad cardíaca reumática, puede provocar insuficiencia valvular, fallo cardíaco y en algunos casos, la muerte del paciente. La ECR representa la cardiopatía prevenible más común en la infancia.

Correspondencia: Dra. Lucía Risoli [luciarisoli18@gmail.com](mailto:luciarisoli18@gmail.com)  
Trabajo recibido el 5 diciembre 2024 y aprobado el 12 marzo 2025

<sup>1</sup> Departamento Urgencia del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde  
<sup>2</sup> Departamento Clínica Médica del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde  
<sup>3</sup> CEM 1 del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

La incidencia reportada de carditis en la FR varía del 40 al 80%, según la región estudiada (1,4).

La etiopatogenia se encuentra asociada a un mimetismo molecular entre componentes del EGA y proteínas de las válvulas cardíacas, originando una reacción cruzada de anticuerpos y linfocitos T, causando inflamación y disfunción de las mismas (4).

Para el diagnóstico de FR se emplean los criterios de Jones revisados por última vez en 2015 (Tabla1). Se requiere la presencia de al menos dos criterios mayores o uno mayor y dos menores, junto a la evidencia de infección estreptocócica reciente, para establecer el diagnóstico (1,4).

El objetivo de este trabajo es alertar sobre la importancia de la detección precoz y el tratamiento oportuno de la FR, en especial de la ECR, para mejorar el pronóstico a largo plazo y disminuir el riesgo de secuelas cardíacas.

### **Caso Clínico**

Se describe el caso de un niño de 5 años, previamente sano, que consultó al Servicio de Emergencias del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde por presentar vómitos, fiebre y astenia en las últimas 24 horas, asociado a dolor articular en tobillo derecho, de dos semanas de evolución.

Como antecedente de relevancia, un mes antes de la consulta, presentó un cuadro de faringitis con cultivo de fauces positivo para EGA, recibiendo tratamiento con amoxicilina a dosis subterapéuticas. El paciente ingresó en mal estado general, con palidez generalizada, adelgazado, afebril, con tensión arterial de 100/60 mmhg, con una saturación de oxígeno de 99 % a FiO2 ambiental, taquicárdico (150 latidos por minuto) y taquipneico (30 respiraciones por minuto) con tiraje generalizado. A la auscultación cardíaca presentaba tercer ruido con ritmo de galope y soplo sistólico audible 5/6 en mesocardio.

El abdomen era blando, depresible, con hepatomegalia dolorosa y escasa diuresis.

El ecocardiograma reveló: IT 50 mmHg, insuficiencia mitral y aórtica severa, dilatación de aurícula y ventrículo izquierdo, vena cava inferior con escaso prolapso, hipertensión pulmonar y derrame pericárdico leve. Buena función ventricular. Se interpretó el cuadro clínico como FR, por la presencia de carditis (criterio mayor de Jones) junto a 3 criterios menores (fiebre >38.5°C, monoartralgia y proteína C reactiva de 63 mg/dl), más la evidencia de infección reciente por EGA, con valores iniciales de ASTO de 682 UI/ml, los cuales fueron descendiendo progresivamente hasta valores de 128 UI/ml. Se inició tratamiento con metilprednisona y penicilina. Por la presencia de insuficiencia cardíaca descompensada, se indicaron diuréticos y restricción hídrica. A las 48 horas del ingreso hospitalario, el paciente evolucionó con empeoramiento hemodinámico, ingresando a la unidad de terapia intensiva (UTI), con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica e inotrópicos. El segundo día en la UTI, el paciente presentó un paro cardiorrespiratorio, por lo que requirió maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada. Debido a la inestabilidad hemodinámica, ingresó de urgencia a cirugía para el reemplazo valvular mitral por válvula protésica. Durante la cirugía, se observó una lesión compatible con vegetación en orejuela derecha, por lo que se inició tratamiento empírico con ampicilina-sulbactam y gentamicina, ante la sospecha diagnóstica de endocarditis bacteriana agregada, en el contexto de un paciente con afección valvular por ECR. Posteriormente, el análisis anatomopatológico y cultivo de la vegetación confirmaron el diagnóstico. El paciente evolucionó favorablemente, pudiéndose otorgar el egreso hospitalario, indicándose anticoagulación y penicilina profiláctica mensual.

## Discusión

La ECR es la afección cardíaca que se produce como complicación de la FR. Representa la mayor causa de morbilidad y mortalidad asociada con esta enfermedad. Puede manifestarse como una pancarditis, afectando en fases tempranas al miocardio, lo que se manifiesta como taquicardia en reposo, bloqueo cardíaco o prolongación del intervalo PR (4). En casos de pericarditis, se puede percibir roce pericárdico, generalmente autolimitado y sin secuelas. Sin embargo, la forma de presentación más habitual suele ser el compromiso de las válvulas izquierdas, generando insuficiencia, estenosis o compromiso mixto (5).

Estudios recientes reportan que la válvula mitral es la más afectada, la cuál se observa, en aproximadamente el 65% de los casos, como afectación aislada. Se diagnostica mediante la auscultación de un soplo holosistólico de predominio apical, irradiado a la axila izquierda (4,6). El compromiso único de la válvula aórtica es menos frecuente, ocurriendo en un 6% de los pacientes, mientras que la afectación simultánea de ambas válvulas, como se observó en el paciente descrito, se presenta en un 29% de los casos (6).

Cuando la alteración valvular es de mayor gravedad puede haber cardiomegalia, llevando al paciente a un cuadro de insuficiencia cardíaca (2). Un 5% de los pacientes presentan fallo cardíaco agudo por miocarditis o insuficiencia valvular (4). Se desconocen los factores que determinan la progresión a ECR. Algunos artículos sugieren que podrían estar relacionados con la severidad de la carditis inicial, la magnitud de la respuesta inmunológica del sujeto, episodios recurrentes de FR y factores hemodinámicos locales que perpetuarían la lesión valvular (7).

Con respecto al diagnóstico de las alteraciones cardíacas, se realiza mediante ecocardiografía y doppler, estudios complementarios que permitirían observar afectación valvular, derrame pericárdico y/o compromiso del miocardio (4,8). Los criterios actuales establecidos por la American Heart

Association (AHA) evalúan tanto los cambios morfológicos en las válvulas (engrosamiento de las valvas y del aparato subvalvular, acortamiento de las cuerdas tendinosas, fusión de las comisuras y calcificación), como el grado de insuficiencia valvular mediante doppler (5).

Además, estudios recientes enfatizan el papel crucial del ecocardiograma y el doppler en la evaluación de pacientes con sospecha de FR, especialmente cuando no presentan manifestaciones evidentes de ECR (5). Las guías de la AHA recomiendan el uso de estas herramientas, ya que permiten la identificación temprana de cambios morfológicos en las válvulas cardíacas que podrían no detectarse en la evaluación clínica convencional.

El paciente reportado representa un caso infrecuente de ECR. El mismo refuerza la necesidad de la sospecha diagnóstica de FR y el uso de estudios complementarios como el ecocardiograma doppler, para un manejo más precoz tendiente a mejorar el pronóstico.

Las manifestaciones clínicas del paciente y los hallazgos ecocardiográficos pusieron de manifiesto el severo compromiso valvular que llevó al paciente a la insuficiencia cardíaca aguda con tórpida evolución. Si bien, el compromiso bivalvular izquierdo se describe con frecuencia en la literatura, la evolución a la falla aguda, con requerimiento de ingreso a UTI, es de rara presentación.

El tratamiento de la fiebre reumática incluye la erradicación del estreptococo, el manejo de la inflamación sistémica y la profilaxis antibiótica a largo plazo. En pacientes con afectación cardíaca severa, como insuficiencia cardíaca o pancarditis, se sugiere utilizar corticoides durante 3-4 semanas (1,4). Asimismo, el uso de diuréticos está indicado para el manejo sintomático de la congestión. En situaciones excepcionales, los pacientes pueden presentar ruptura de las cuerdas tendinosas o prolapso severo de la válvula mitral, lo que resulta en una insuficiencia mitral aguda y fulminante que requiere intervención quirúrgica de urgencia (3,6).

El caso presentado subraya la importancia de realizar cultivo de fauces en pacientes sintomáticos y completar adecuadamente el tratamiento de la faringitis estreptocócica para prevenir complicaciones graves, como la fiebre reumática. A pesar de haber recibido el tratamiento médico inicial, el esquema antibiótico incompleto determinó la evolución desfavorable de su enfermedad y la necesidad de intervención quirúrgica urgente debido a la gravedad de su afección cardíaca.

### Conclusión

La ECR es la cardiopatía prevenible más común en la infancia, la cuál requiere prevención primaria y diagnóstico temprano. Ante la sospecha clínica de FR se debe confirmar el compromiso cardíaco con ecocardiograma doppler. Es esencial identificar compromiso cardiológico para un tratamiento eficaz y prevenir complicaciones.

**Tabla 1. Criterios de Jones revisados en 2015 para el diagnóstico de FRA**

Siempre evidencia de infección precedente por EGA		
	Población de bajo riesgo*	Población de moderado y alto riesgo
Criterios mayores	Carditis (clínica o subclínica) Poliartritis Corea Eritema marginado Nódulos Subcutáneos	Carditis (clínica o subclínica) Poli/Monoartritis/Monoartralgia Corea Eritema marginado Nódulos Subcutáneos
Criterios menores	Poliartralgia Fiebre ( $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ) VSG $\geq 60$ mm/h o PCR $\geq 3$ mg/dl PR prolongado para la edad	Monoartralgia Fiebre ( $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ) VSG $\geq 60$ mm/h o PCR $\geq 3$ mg/dl PR prolongado para la edad

\*Población de bajo riesgo: Incidencia de FRA  $\leq 2/100\ 000$  niños en edad escolar o prevalencia de ECR  $\leq 1/1000$  por año en cualquier edad.

### Referencias

- Ros-Viladoms J. Fiebre reumática: una enfermedad emergente. *Anales de Pediatría Continúa*. 2010; 8 (1): 17-25.
- Burke RJ, Chang C. Diagnostic criteria of acute rheumatic fever. *Autoimmun Rev*. 2014 Apr-May;13(4-5):503-7. doi: 10.1016/j.autrev.2014.01.036.
- Karthikeyan G, Guilherme L. Acute rheumatic fever. *Lancet*. 2018 Jul 14;392(10142):161-174.
- Mosquera Angarita JM, López JA. Fiebre reumática y artritis posestreptocócica. *Protoc diagn ter pediatr*. 2020; 2:295-309.
- Gewitz M, Baltimore R, Tani L et al. Revision of the Jones criteria for the diagnosis of acute rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: A scientific statement from the American Heart Association endorsed by the World Heart Federation. *Circulation*. 2015; 131(20), 1806-1818.
- López JA, Mosquera Angarita J. Rheumatic fever and post-streptococcal reactive arthritis. *Pediatr Integr*. 2017;21(3):196-206.
- Essop, M. R., & Peters, F. (2014). Contemporary issues in rheumatic fever and chronic rheumatic heart disease. *Circulation*, 130(24), 2181-2188
- Reményi B, Wilson N, Steer A., et al. World Heart Federation criteria for echocardiographic diagnosis of rheumatic heart disease: An evidence-based guideline. *Nature Reviews Cardiology*. 2012; 9(5), 297-309.