

Fiebre reumática aguda en la primera infancia, un diagnóstico poco frecuente: aportes desde un reporte de caso

Mariana Ríos-García¹, Sara Sofía Carvajal-Rincón², Andrea Fernanda Martínez-Álvarez³, Diego Arnulfo Urbano-Pulido^{4,*}, Oscar Eduardo Riaño-Galvis⁵, Diana Carolina Medina-Ramos⁶

Resumen

El *Streptococcus pyogenes* es un patógeno con alta versatilidad clínica, responsable de infecciones comunes y capaz de generar secuelas inmunomediadas como la fiebre reumática (FR), precursora de la cardiopatía reumática. Aunque considerada poco frecuente en algunos contextos, continúa siendo un problema de salud pública en países de ingresos bajos y medianos como Colombia, donde persisten brechas en diagnóstico oportuno y prevención. Se presenta el caso de un niño de 2 años con fiebre reumática sin compromiso cardíaco posterior a escarlatina, subrayando la importancia de sospechar y diagnosticar esta entidad incluso en grupos etarios atípicos, a la luz de los criterios clínicos disponibles y la evidencia de infección reciente. Se revisan los aspectos clínicos, epidemiológicos y preventivos basados en la evidencia más reciente, resaltando la necesidad de vigilancia activa y estrategias integrales para reducir su morbilidad.

Palabras clave: fiebre reumática; *Streptococcus pyogenes*; enfermedad postinfecciosa

Acute rheumatic fever in early childhood, a rare diagnosis: contributions from a case report

Abstract

Streptococcus pyogenes is a pathogen with high clinical versatility, responsible for common infections and capable of generating immune-mediated sequelae, such as rheumatic fever (RF), a precursor to rheumatic heart disease. Although considered rare in some contexts, it continues to be a public health problem in low- and middle-income countries, such as Colombia, where gaps in timely diagnosis and prevention persist. We present the case of a 2-year-old boy with rheumatic fever without cardiac involvement following scarlet fever, highlighting the importance of suspecting and diagnosing this condition even in atypical age groups, in light of the available clinical criteria and evidence of recent infection. The clinical, epidemiological, and preventive aspects based on the most recent evidence are reviewed, highlighting the need for active surveillance and comprehensive strategies to reduce its morbidity and mortality rates.

Keywords: rheumatic fever; *Streptococcus pyogenes*; post-infectious disease

Introducción

La fiebre reumática (FR) es una complicación inflamatoria sistémica, mediada por mecanismos autoinmunes, que afecta las articulaciones, el corazón, el sistema nervioso central y la piel. Se presenta posterior a infecciones faríngeas y/o cutáneas por *Streptococcus pyogenes* (estreptococo β-hemolítico del grupo A, SGA)¹.

Este coco Gram positivo presenta un amplio repertorio de factores de virulencia que favorecen su tropismo tisular² y su capacidad de generar mimetismo molecular, lo que desencadena respuestas inmunitarias cruzadas contra tejidos del huésped³. La carga global de enfermedad asociada al SGA es elevada, incluso se encuentra entre las diez principales causas de mortalidad por enfermedades infecciosas a nivel mundial⁴. Estimaciones recientes reportan que la cardiopatía

- 1 Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia. <https://orcid.org/0009-0002-0661-1999>
- 2 Facultad de Medicina, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0009-0001-7394-5588>
- 3 Facultad de Medicina, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0009-0008-9813-781X>
- 4 Infectología Pediátrica, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-5518-6661>
- 5 Infectología Pediátrica, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0009-0007-3720-2641>
- 6 Infectología Pediátrica, Universidad El Bosque, Fundación Cardioinfantil - La Cardio, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0009-0005-5571-6502>

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: urbanop@unbosque.edu.co

Recibido: 20/09/2025; Aceptado: 13/04/2026

Cómo citar este artículo: M. Ríos-García, et al. Fiebre reumática aguda en la primera infancia, un diagnóstico poco frecuente: aportes desde un reporte de caso. Infectio 2026; 30(2): 328-331

reumática es responsable de más de 100 millones de años de vida ajustados por discapacidad⁵, con mayor impacto en regiones de bajos ingresos.

Los niños en edad escolar con frecuencia son portadores asintomáticos de SGA. Aunque el grupo etario de riesgo más importante para enfermedad cardíaca reumática corresponde a niños y adolescentes entre 5 a 15 años, también se han descrito casos en preescolares lo cual exige mantener un alto índice de sospecha clínica. El diagnóstico se fundamenta en la integración de hallazgos clínicos característicos con pruebas de laboratorio que evidencian infección reciente por *Streptococcus pyogenes*. Desde su formulación en 1944, los Criterios de Jones han sido el estándar de referencia para la confirmación diagnóstica de la FR⁵.

El abordaje terapéutico se centra en la prevención primaria -erradicación del *Streptococcus pyogenes*- y en la prevención secundaria, mediante profilaxis prolongada con penicilina para evitar recurrencias y progresión hacia la cardiopatía reumática. A pesar de su impacto en la salud pública global, aún no se dispone de una vacuna eficaz, debido a la amplia heterogeneidad de las cepas y a los retos que plantea la respuesta inmunitaria⁵.

Descripción del caso

Paciente masculino de 2 años y 11 meses (figura 1) con antecedente reciente de fiebre escarlatina confirmada por detección de SGA mediante prueba rápida, tratada con amoxicilina durante siete días. Además, presentaba antecedente materno de fiebre reumática. Consultó una semana después del primer diagnóstico por reaparición de fiebre dos días posterior a la finalización del antibiótico, acompañada de eritema maculopapular serpiginoso de progresión caudo cefálica, artralgias, artritis inicialmente monoarticular en rodilla derecha con evolución a compromiso bilateral (figura 2), edema de pies y región periorbitaria, y adenopatías generalizadas.

Los estudios mostraron elevación de reactantes de fase aguda, ecocardiograma sin evidencia de alteraciones y resonancia magnética cerebral normal, la cual se realizó por presencia de movimientos coreiformes desarrollados durante la estancia hospitalaria. No se realizaron estudios adicionales de

detección para SGA como cultivo faríngeo ni determinación de títulos serológicos dado que el paciente contaba con evidencia microbiológica reciente y un cuadro clínico compatible. Adicionalmente la realización de estas pruebas en fase temprana puede tener limitaciones, como la baja sensibilidad del cultivo posterior al inicio de antibióticos lo cual puede limitar su interpretación en el contexto agudo.

Durante la hospitalización, el paciente presentó fiebre persistente. Sin embargo, se descartó el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki ya que no cumplía los criterios diagnósticos propuestos por la American Heart Association (AHA) para sus formas de presentación, tanto clásica como incompleta. En particular, no se evidencio conjuntivitis bilateral, cambios en labios o mucosa oral característicos, ni descamación palmo-plantar. Además, las adenopatías observadas fueron de carácter generalizado y no cervical única.

En contraste, el paciente cumplía tres criterios mayores de Jones 2015 (artritis de grandes articulaciones con patrón migratorio, eritema marginado y movimientos coreiformes), tres criterios menores (monoartralgia, fiebre y elevación de reactantes de fase aguda), y contaba con evidencia documentada de infección reciente por *Streptococcus pyogenes*, por lo que se estableció el diagnóstico de fiebre reumática sin compromiso cardíaco.

Durante el seguimiento clínico en los siguientes tres meses no se evidenciaron síntomas como exantema maculopapular, artralgias, artritis, ni otro signo clínico que sugiriera recurrencia. Los paraclínicos de control no mostraron anomalías, y se mantuvo sin compromiso cardíaco, lo cual fue corroborado por ecocardiograma de control realizado a los dos meses del diagnóstico. El paciente continúa profilaxis con penicilina benzatínica cada 4 semanas, permanece en seguimiento por pediatría, infectología y reumatología pediátrica.

Discusión

El *Streptococcus pyogenes* es conocido por ser un patógeno versátil con múltiples mecanismos de virulencia resultando en infecciones como faringitis, pioderma, escarlatina o enfermedades invasivas, con potencial para desencadenar secuelas inmunitarias postinfecciosas. Dentro de estas manifestaciones se encuentra la fiebre reumática, la cual resulta de la

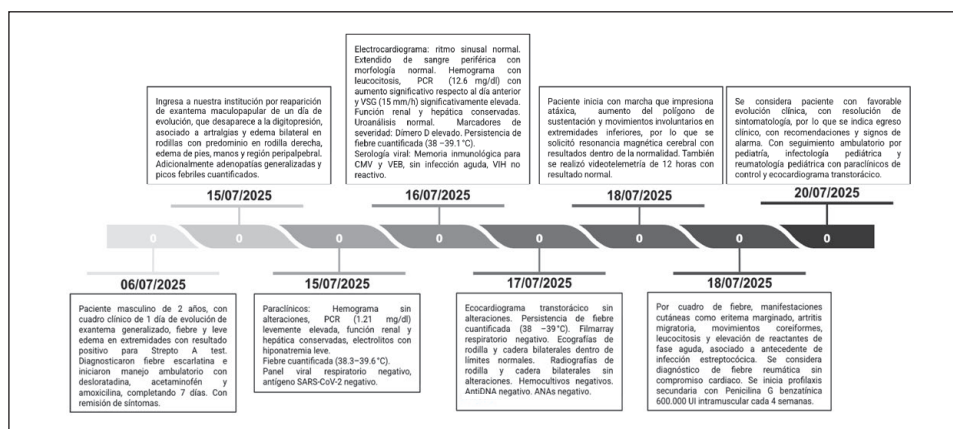


Figura 1. Línea de tiempo del caso clínico. Se describen de manera cronológica los hallazgos clínicos y paraclínicos del paciente, así como las decisiones terapéuticas y el resultado a lo largo del tiempo.

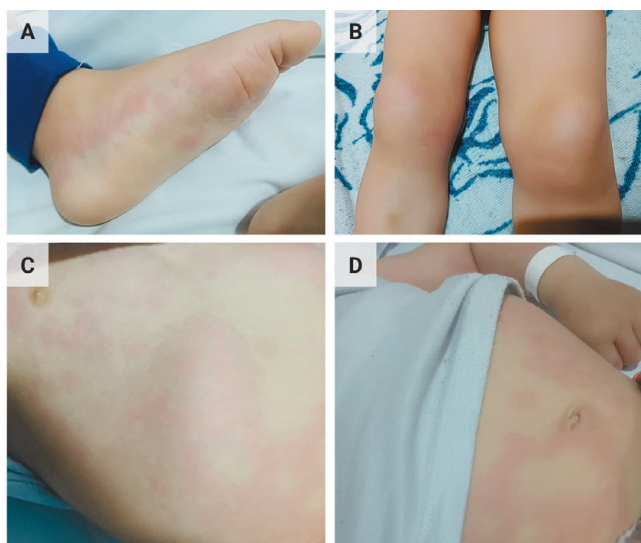


Figura 2. Imágenes de hallazgos clínicos. A) Máculas en plantas de pies asociado a edema, B) Edema monoarticular, C) y D) Exantema serpiginoso en tórax.

interacción entre diversos serotipos de SGA, generalmente posterior a una infección faríngea o cutánea, en individuos con predisposición genética³.

Esta entidad fundamentada en el mimetismo molecular y otras interacciones inmunopatológicas complejas, presenta un porcentaje de heredabilidad alrededor del 60% de origen poligénico dados los polimorfismos que codifican para las proteínas inmunes. Un estudio de casos y controles en Nueva Zelanda (124 casos y 372 controles) encontró un riesgo cinco veces mayor de FR (OR 5,0 [IC del 95 % 2,5-9,8]) entre aquellos con antecedentes familiares, incluso cuando se consideraron factores sociales y ambientales⁶, respaldando así su relación con los factores predisponentes a nivel genético.

Clínicamente se presentan los primeros episodios entre los 5 y 15 años, sin embargo, se han reportado casos excepcionales en menores de 2 y 3 años, los cuales destacan debido a la baja prevalencia de patologías precedentes, como la faringitis por SGA que oscila entre 10% - 14% en este grupo etario⁷. Adicionalmente, se ha descrito que el desarrollo de FR requiere una respuesta inmunológica específica que generalmente ocurre tras exposiciones repetidas al SGA, fenómeno poco común en lactantes y preescolares.

En este sentido, la presentación en edades tempranas plantea desafíos tanto diagnósticos como epidemiológicos. A pesar del impacto global de esta enfermedad, la ausencia de sistemas específicos de vigilancia contribuye probablemente a subestimar su verdadera carga epidemiológica. Esta limitación se ve agravada por la marcada heterogeneidad en las prácticas de diagnóstico clínico y por la falta de una prueba diagnóstica única y definitiva que permita su confirmación¹. En Colombia, aunque no existen estadísticas representativas a nivel nacional, se ha reportado que la enfermedad continúa siendo un problema de salud pública, especialmente en poblaciones de bajos recursos con acceso limitado a la atención médica⁸.

Se estima que aproximadamente el 3% de las infecciones por *Streptococcus pyogenes* no tratadas evolucionan hacia enfermedad reumática. Sus manifestaciones clínicas típicas comprenden fiebre, artritis migratoria de grandes articulaciones, eritema marginado, nódulos subcutáneos, corea de Sydenham y carditis -en particular valvulitis mitral, siendo esta última la forma de presentación más grave presente en un 50-80 % de los casos³.

El diagnóstico se establece a través de los Criterios de Jones 2015⁹, que combinan criterios clínicos mayores y menores junto con evidencia de infección estreptocócica reciente, no obstante, la aplicación de estos criterios en edad preescolar representa un desafío clínico significativo. En este grupo etario, manifestaciones como la artralgia, la fiebre o la elevación de reactantes de fase aguda pueden ser inespecíficas y superponerse con múltiples entidades infecciosas o inflamatorias frecuentes en la infancia. Asimismo, la menor probabilidad de exposiciones repetidas a *Streptococcus pyogenes* puede limitar la sospecha diagnóstica inicial, retrasando la identificación del cuadro clínico.

Estas características no específicas, pueden dar lugar a un diagnóstico erróneo por los numerosos síndromes clínicos que presentan características superpuestas como artritis séptica, infecciones virales (incluyendo arbovirus), enfermedad de Kawasaki, síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (MIS-C) y otras enfermedades reumatológicas. En el caso presentado, la enfermedad de Kawasaki fue descartada por la ausencia de criterios clínicos clásicos, incluyendo conjuntivitis bilateral no purulenta, cambios en mucosa oral, compromiso palmoplantar y adenopatía cervical única, así como por la normalidad del ecocardiograma. De igual manera, la evolución clínica, el patrón migratorio de la artritis y la presencia de eritema marginado y corea orientaron hacia fiebre reumática como diagnóstico más probable.

Por otro lado, la confirmación microbiológica de *Streptococcus pyogenes* representa un reto, especialmente en contextos con alta prevalencia de SGA. Si bien, las pruebas rápidas se caracterizan por presentar una alta especificidad, su sensibilidad variable condiciona la aparición de falsos negativos. Se estima que hasta 14% de los casos de faringitis estreptocócica pueden no ser detectados. Por ello, el uso de estas pruebas como método único para descartar infección estreptocócica debe interpretarse con cautela¹⁰.

En este contexto, el manejo terapéutico se sustenta en dos pilares; la prevención primaria que busca erradicar el SGA mediante una dosis única de penicilina G benzatínica intramuscular o un curso de 10 días de fenoximetilpenicilina o amoxicilina por vía oral y la prevención secundaria, esencial para evitar recurrencias y frenar la progresión hacia cardiopatía reumática, basándose en la administración de penicilina benzatínica intramuscular cada 3 o 4 semanas. La duración de esta profilaxis varía según el compromiso cardíaco previo, con esquemas que van desde un mínimo de 5 años hasta los 40 años de edad, o incluso de por vida en casos graves¹¹.

De esta misma forma, el seguimiento de los pacientes con fiebre reumática permite detectar de manera temprana la progresión del daño valvular, incluso cuando es subclínico. En una cohorte retrospectiva de pacientes pediátricos con diagnóstico de FR en instituciones colombianas, el 72,7% de los pacientes presentó compromiso valvular mitral, en quienes se asoció la inadecuada adherencia con la presencia de carditis, insuficiencia valvular severa y mayor probabilidad de intervención quirúrgica, de modo que al garantizar una adherencia farmacológica mayor al 80% se evitan dichas complicaciones¹².

Por último, pese a que las infecciones por SGA representan un impacto en salud pública a nivel global, aún no se dispone de una vacuna eficaz. Este vacío se explica por múltiples retos técnicos, inmunológicos y regulatorios, entre los cuales destaca la notable diversidad de los tipos *emm* - gen que codifica la proteína M, principal antígeno del patógeno⁴.

En definitiva, este caso resalta que la fiebre reumática aguda, aunque infrecuente en la primera infancia, puede presentarse en preescolares y debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de cuadros febriles con compromiso articular y manifestaciones cutáneas. La identificación oportuna basada en la integración de los criterios clínicos de Jones, junto con el antecedente de infección reciente por *Streptococcus pyogenes*, permitió un diagnóstico precoz y la instauración temprana de profilaxis secundaria, con adecuada evolución clínica. Este reporte subraya la relevancia de reconocer y tratar oportunamente la fiebre reumática, e insiste en la necesidad de reforzar la vigilancia epidemiológica, promover la educación comunitaria y garantizar la adherencia a la profilaxis para reducir su impacto en morbilidad y mortalidad.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. No se realizaron experimentos en seres humanos ni animales.

Protección de población vulnerable. No hay fotografías que permitan la identificación del menor de edad, además se cuenta con el consentimiento informado de sus padres.

Confidencialidad. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos que permitan identificar al paciente. Derecho a la privacidad y consentimiento informado.

Privacidad. En este artículo no se utilizaron nombres, iniciales o números de historia clínica del hospital ni en el texto ni la fotografía que permitan identificar la paciente, garantizando su privacidad.

Financiación. Los autores.

Conflictos de interés. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Agradecimientos. Agradecemos al paciente y a su familia por su generosidad al permitir compartir este caso con la comunidad científica.

Declaración sobre uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que utilizaron una herramienta de inteligencia artificial únicamente para apoyo en corrección de estilo y asistencia en redacción. Después de utilizar esta herramienta, los autores revisaron y editaron el contenido según fuera necesario. Ningún contenido científico, interpretación clínica ni la conclusión fue generado de manera autónoma por dicha herramienta. La responsabilidad total sobre el contenido final recae en los autores.

Contribución de los autores. DCMR fue la infectóloga pediatra a cargo del paciente y encargada de la toma de decisiones médicas, OR fue el pediatra a cargo del paciente. DAUP fue el fellow de infectología encargado de la búsqueda bibliográfica y la discusión de la relevancia del reporte de caso. MRG, SSCR, AFMA escribieron el borrador y el manuscrito final. Todos los autores contribuyeron, leyeron y aprobaron la versión del manuscrito enviado.

Referencias

- Hirani K, Rwebembera J, Webb R, Beaton A, Kado J, Carapetis J, et al. Acute rheumatic fever. The Lancet. Elsevier B.V.; 2025. p. 2164–78. doi:10.1016/S0140-6736(25)00185-0 PubMed PMID: 40484016.
- Guerra S, LaRock C. Group A Streptococcus interactions with the host across time and space. Current Opinion in Microbiology. Elsevier Ltd; 2024. doi:10.1016/j.mib.2023.102420 PubMed PMID: 38219421.
- Girlando V, de Angelis L, D'Egidio G, di Ludovico A, Breda L. From Infection to Autoimmunity: *S. pyogenes* as a Model Pathogen. Microorganisms. 2025 Jun 16;13(6):1398. doi:10.3390/microorganisms13061398
- Bergsten H, Nizet V. The intricate pathogenicity of Group A Streptococcus: A comprehensive update. Virulence. Taylor and Francis Ltd.; 2024. doi:10.1080/21505594.2024.2412745 PubMed PMID: 39370779.
- Brouwer S, Rivera-Hernandez T, Curren BF, Harbison-Price N, de Oliveira DMP, Jespersen MG, et al. Pathogenesis, epidemiology and control of Group A Streptococcus infection. Nature Reviews Microbiology. Nature Research; 2023. p. 431–47. doi:10.1038/s41579-023-00865-7 PubMed PMID: 36894668.
- Oliver J, Upton A, Jack SJ, Pierce N, Williamson DA, Baker MG. Distribution of streptococcal pharyngitis and acute rheumatic fever, Auckland, New Zealand, 2010–2016. Emerging Infectious Diseases. Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2020. p. 1113–21. doi:10.3201/EID2606.181462 PubMed PMID: 32441618.
- Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the infectious diseases society of America. Clinical Infectious Diseases. 2012 Nov;55(10). doi:10.1093/cid/cis629 PubMed PMID: 22965026.
- Ministerio de Salud de Colombia. Dirección General de Promoción y Prevención. Guía de atención de la fiebre reumática. Bogotá: Ministerio de Salud; 2000.
- Gewitz MH, Baltimore RS, Tani LY, Sable CA, Shulman ST, Carapetis J, 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. Circulation. 2015;131(20):1806–18. doi:10.1161/CIR.0000000000000205 PubMed PMID: 25908771.
- Cohen JF, Bertille N, Cohen R, Chalumeau M. Rapid antigen detection test for group A streptococcus in children with pharyngitis. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jul 4;7(7). doi:10.1002/14651858.CD010502.pub2 PubMed PMID: 27374000.
- Bray JH, Thompson S, Seidler S, Ali SA, Yiu J, Salehi M, et al. Long-term antibiotic prophylaxis for prevention of rheumatic fever recurrence and progression to rheumatic heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2024. doi:10.1002/14651858.CD015779 PubMed PMID: 39312290.
- Meneses-Silvera K, Castro-Monsalve J, Flórez-Rodríguez C, Donis I, Crespo SEM. Rheumatic heart disease: are we really doing what is necessary? Revista Colombiana de Cardiología. 2020 May 1;27(3):189–92. doi:10.1016/j.rccar.2019.10.003