FELIPE MENDOZA*

PROFILAXIS DE LA FIEBRE REUMATICA

"... Of the changes which have taken place in the practice of medicine during these years there is none more striking than the change in the treatment of acute rheumatism. Those who have known that disease under the salicyl treatment can have no idea of the hopeless dread with which one undertook the charge of rheumatic fever in the old days... But all is changed. Rheumatic fever as it formerly existed is unknown to the present generation, and there is now no disease whose treatment the physician undertakes with more cheerful confidence, and which such a certainty of being able to effect a speedy cure...'.

Maclagan, T. J.:
Rheumatism, its nature, pathology and treatment.
Londres, Adam and Charles Black, 1896.

EN TÉRMINOS semejantes a los que, refiriéndose a los salicilatos, utilizó Maclagan en el prólogo de la segunda edición de su libro sobre reumatismo, publicado en Londres en 1896, podríamos hoy expresarnos al tratar de la profilaxis de los primeros brotes y de las recaídas de la fiebre reumática. Pero de igual modo que los salicilatos estuvieron muy lejos de haber resuelto el tratamiento de la enfermedad nuestros medios actuales de profilaxis distan mucho de constituir la solución ideal del problema de la prevención.

Dos formas claramente distintas hay que considerar en la profilaxis de la fiebre reumática: la encaminada a impedir el ataque inicial y la que busca evitar las recaídas. Aquélla bien puede llamarse primaria y ésta secundaria.

* Jefe de Servicio del Instituto Nacional de Cardiología

I. PREVENCIÓN PRIMARIA

Se sabe que la inmunidad que confiere el estreptococo es tipo específica y que hay más de 40 tipos del grupo A con capacidad reumatogénica. Difícilmente, aún desde el punto de vista teórico, podría estar la solución del problema en la vacunación antiestreptocóccica que en la práctica hasta hoy ha sido irrealizable.

Definitivamente se acepta que el combate de las infecciones estreptocóccicas tiene eficacia cabal para impedir la fiebre reumática, si se hace oportuna e intensamente y por un mínimo de 10 días, utilizando antibióticos y no sulfamídicos, ya que debe conseguirse destrucción completa del germen.

Infortunadamente, aún en los medios de mayor nivel económico y cultural, no es factible tratar oportuna y adecuadamente todas las infecciones estreptocóccicas porque siendo muy frecuentes lo son particularmente en la infancia y porque en algo más del 30% de los casos pasan inadvertidas clínicamente inclusive cuando ocurren en los adultos.

El problema se multiplica cuando se considera que en los medios familiares, escolares e institucionales en general, existe un número imprecisado y cambiante de portadores sanos que diseminan ampliamente el germen y que, a menos de identificarlos y tratarlos en una labor permanente de vastas dimensiones en salud pública, anularán en buena parte los esfuerzos que en forma individual se apliquen ocasionalmente a ciertos individuos, privilegiados desde el punto de vista médico y económico.

Puesto que la gran mayoría de infecciones nasofaríngeas, inclusive en la infancia, no son de origen estreptocócico y en muchos casos sólo el 3% de quienes sufren infecciones estreptocóccicas puede desarrollar fiebre reumática y hay imposibilidad actual de identificar a dichos susceptibles, los programas de gran alcance social encaminados a la prevención primaria resultan grandemente onerosos y casi impracticables, salvo en ciertas comunidades pequeñas con muy alto sentido general de colaboración.

II. PREVENCIÓN SECUNDARIA

Por ello, en la mayor parte de nuestras poblaciones resulta de mayor trascendencia práctica, desde el punto de vista social, esforzarse por impedir las recaídas en el grupo reducido de personas susceptibles que ya sufrieron uno o varios ataques del mal.

Los métodos ya tradicionales de mantener permanentemente en el medio interior del reumático niveles adecuados de penicilina o sulfamídicos para evitar nuevas infecciones estreptocóccicas y no esperar a combatirlas ha demostrado su bondad en forma clara.

El justificado temor inicial de que tales procedimientos sólo evitan las manifestaciones externas de las recaídas y permitieran que en forma larvada prosiguiera el daño endocárdico y miocárdico puede deshacerse en la actualidad. Aún cuando no existen todavía estudios que abarquen un lapso comparable al del magistral trabajo de 20 años de Bland y Jones, se cuenta ya con observaciones como las de Feinstein, Spagnuolo, Stollerman que, quizás con mayor rigor científico que aquél, muestran que los enfermos que no sufren daños valvulares durante el brote agudo no los presentan posteriormente. Igual afirmación podemos hacer quienes en el Instituto Nacional de Cardiología de México nos hemos interesado por el problema y hemos seguido durante 8 años a más de 200 reumáticos con profilaxis bien gobernada.

Podría temerse que los esquemas de tratamiento profiláctico eficaces en los Estados Unidos de América no resultaran adecuados en aquellos grupos de población latinoamericana que viven en mayor hacinamiento y descuido, quizá con asaltos estreptocóccicos más virulento y repetidos. De hecho las dosis de penicilina y de sulfamidas y los intervalos de administración recomendados por los norteamericanos son igualmente eficaces aún en los grupos indigentes de la población escolar de la ciudad de México como lo muestran los tres años del Programa de Prevención del Instituto Nacional de Cardiología y los 8 años de profilaxis del grupo de egresados del servicio de niños del propio Instituto y al que ya se hizo referencia.

También se dudó inicialmente si se conseguiría la colaboración indispensable de los enfermos para un procedimiento que exige perseverancia y puntualidad indefinidas. La fidelidad, por 3 años como mínimo, de más del 90% de los casos disipa tales dudas iniciales y afianza la viabilidad del sistema en grandes grupos de población.

Viable y eficaz, el método no está exento de ásperos problemas:

1) INTOLERANCIA

Es innegable la peligrosidad inherente a la administración de sulfamídicos y de penicilina con el riesgo patente de provocar cuadros de anafilaxia, dermatitis de diverso tipo y alteraciones hematológicas; pero tales peligros justipreciados debidamente y con las medidas de prudencia nece-

sarias caen dentro de los riesgos calculados que pueden correr los menos frente a los grandes beneficios que los más consiguen.

Existe también la posibilidad de pervetir la flora orgánica natural y favorecer la multiplicación de gérmenes penicilino-resistentes. De hecho hasta hoy no se han presentado casos de moniliasis como los observables con las tetraciclinas. En medios cerrados donde el reumático tenga que vivir lapsos prolongados sí existe el peligro real del desarrollo de cepas penicilino-resistentes de estafilococo aúreo que pueden constituir graves problemas hospitalarios. En cambio, hasta la fecha no se ha aislado ninguna cepa de estreptococo del grupo A resistente a la penicilina y el peligro a este respecto resultará inexistente cuando no se instituyan curas profilácticas sin antes haber hecho el tratamiento adecuado de erradicación estreptocóccica.

A propósito de este punto es oportuno insistir en que, durante el curso de un brote de fiebre reumática, la cura de erradicación debe ser más enérgica que las recomendadas en las simples infecciones estreptococcicas porque:

— El daño que está produciendo el germen es manifiesto y no potencial;

— En las primeras semanas del mal se producen los daños cardíacos fundamentales y por ende el tratamiento debe actuar con prontitud;

— Hay datos para suponer que, en la interacción estreptococo huesped reumático hay mayor persistencia del germen y existe la posibilidad de bacteriemia inicial.

— El frecuente empleo de esteroides durante el brote de fiebre reumática exige concentraciones más altas de los antibióticos para conseguir la destrucción bacteriana.

Volviendo al comentario de los problemas planteados por la profilaxis secundaria son de mencionarse otros 4 de índole diversa:

1. Corea

Las recaídas de la Corea de Sydenham no acompañala de otras manifestaciones de fiebre reumática y por ello denominada "Corea Pura" no se previenen adecuadamente con el método de penicilina benzatina periódica.

Según la patogenia propuesta para éste mal, sostenida en particular por Taranta y Stollerman y de acuerdo con la cual está el estudio que con el Dr. Correa Suárez hicimos en el Instituto de Cardiología, la Corea es una consecuencia muy tardía de la agresión estreptocóccica. Es explicable que, por ejemplo, un niño cuya profilaxis se ha mantenido durante 4 a 6 meses, a partir de una poliartritis con carditis, presente al cabo de este tiempo un brote de Corea en pleno tratamiento preventivo y no podría considerarse tal hecho como un fracaso de la profilaxis.

Pero además de casos como éste existen otros mantenidos por más de 12 a 18 meses con profilaxis penicilínica correcta, en los que reaparecen los cuadros coreicos en forma similar o más intensa a los anteriormente sufridos por el niño o el adolescente y que sí constituyen fracasos del método.

2. Estenosis mitral

A menos de emprender un programa intencionado de pesquisa en la población, la mayor parte de los pacientes con estenosis mitral no se van a beneficiar oportunamente de la profilaxis secundaria ya que habitualmente no sufren manifestaciones ostensibles de fiebre reumática y sólo son descubiertos de modo fortuito o cuando la estrechez valvular ya ha ocasionado graves trastornos.

3. Duración del tratamiento

Un sistema preventivo que implica molestias, costo y riesgos no puede aplicarse indiscriminadamente, en forma indefinida, a todos los que han sufrido fiebre reumática.

Parece razonable aplicarlo durante toda la vida a quienes tienen cardiopatía reumática residual; mas resulta excesivo mantenerlo así en el gran número de reumáticos cuyo corazón queda normal desde el punto de vista clínico, radiológico y electrocardiográfico.

De acuerdo con la información que tenemos de las recaídas puede admitirse que en estos reumáticos no cardiópatas basta con mantener la profilaxis durante los 5 años siguientes al término de un brote y hasta que traspongan la adolescencia, procurando que vuelvan a someterse transitoriamente al método preventivo cuando las circunstancias especiales de la vida los pongan en riesgo grande de nuevas infecciones estreptocóccicas, como en casos de epidemia, cuando habiten en internados, cuarteles,

hospitales, penitenciarías, etc. o cuando su actividad diaria los exponga importantemente como en la práctica pediátrica, médica o de enfermería.

4. SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO

El planteamiento anterior trae aparejado el que sigue: quienes han estado bajo profilaxis antiestreptocóccica sostenida por largos períodos, especialmente durante la infancia, quedan privados de la oportunidad de adquirir inmunidad natural contra varios tipos de estreptococos, quizás los que prevalecen en la comunidad en que habitan. Bien puede ocurrir que, una vez suspendida la profilaxis se encuentren, inclusive ya traspuesta la adolescencia, sin protección inmune, con alto riesgo de sufrir mayor número de infecciones estreptocóccicas, como ocurre en la infancia, con todas sus consecuencias.

Aún cuando se esté muy lejos de haber descubierto el procedimiento ideal para evitar la presentación y las recaídas de la fiebre reumática sí se dispone en la actualidad de un sistema eficaz para proteger a una gran parte de la población y estamos obligados a utilizarlo, conociendo sus limitaciones.

REFERENCIAS

1. Brenes, M. y Mendoza, F.: *Infecciones Estreptocóccicas en Grupos Escolares del Distrito Federal.* Informe Preliminar. I Congreso Nacional de Salud Pública, México, D F., Diciembre de 1961.

2. Coburn, A. F.: *The Hemolytic Streptococcus Concept in Rheumatic Fever.* Archives of Internal Medicine 104: 1021, 1959.

3. *Committee on Prevention of Rheumatic Fever and Bacterial Endocarditis appointed by the Council on Rheumatic Fever and Congenital Heart Disease of the American Medical Association*: Prevention of Rheumatic Fever and Bacterial Endocarditis trough Control of Streptococcal Infections. Circulation, 21: 151, 1960.

4. Correa-Suárez, R. y Mendoza, F.: *Corea de Sydenham.* Archivos del Instituto de Cardiología de México, 33: 226, 1963.

5. Chávez, I.: *La Fiebre Reumática. II Los ensayos de Profilaxis.* Principia Cardiologica, 3: 215, 1956.

6. Feinstein, A. R., Wood, H. F. y Cols.: *Controlled studies of three methods of prophylaxis against streptococcal infection in a population of rheumatic children. II Resulte of the three first years of study including methods for evaluating*

the maintenance of oral prophyllaxis. New England Journal of Medicine, 260: 697, 1959

7. González Ochoa, A.: *Perjuicios de la Antibioterapia.* La Prensa Médica Mexicana, 24: 298, 1959.

8. *Instituto Nacional de Cardiología de México: Programa Experimental de Prevención de la Fiebre Reumática.* Archivos del Instituto de Cardiología de México, 31: 539, 1961.

9. Johnson, E. E., Mathews, M. J. y Stollerman, G. H.: *The use of weekly oral doses of sulfamethoxypiridazine for rheumatic fever prevention.* Journal of Pediatrics, 54: 468, 1959.

10. Jones, T. D. y Bland, E. F.: *The Natural History of Rheumatic Fever.* En: *Rheumatic Fever. A Symposium.* Editado por L. Thomas, Minneapolis, University, of Minnesota Prass, 1952.

11. Maclagan, T. J.: *Rheumatism, Its nature, pathology and treatment.* Londres, Adam + Charles Black, 1896. Citado por Coburn, en: The Hemolytic Streptococcus Concept in Rheumatic Fever. Citado anteriormente.

12. Mendoza, F., Correa Suárez, R. y Casellas, A.: *Evolución de la Fiebre Reumática con tratamiento antiestreptocóccico.* Archivos del Instituto de Cardiología de México, 27: 25, 1947.

13. Miler, J. M.: *Prophylaxis of rheumatic fever and rheumatic heart disease.* New England Journal of Medicine, 260: 220, 1959.

14. Mortimer, E. A., Rammelkamp, Ch. H.: *Prophylaxis of Rheumatic Fever.* Circulation, 14: 1144, 1956.

15. Rammelkamp, Ch. H., Wannamaker, L. W. y Denny, F. W.: *The Epidemiology and prevention of rheumatic fever.* Bulletin of the New York Academy of Medicine, 28: 321, 1952.

16. Rammelkamp, Ch., H., Denny, F. W. y Wannamaker, L. W.: *Studies on the Epidemiology of Rheumatic Fever in the Armed Services.* En "Rheumatic Fever. A. Symposium. "Editado por L. Thomas. Minneapolis, University of Minnesota Press, 1952.

17. Rammelkamp, Ch. H.: *Hemolytic Sereptococcal Infections.* (Including Rheumatic Fever and Glomerulonephritis). En Harrison, T. R., Adams, R. D., Bennett I. C., Resnik, W. H. Thorn, G. W., Wintrobe, M. M.: Principles of Internal Medicine. IV Ed. New York, McGraw Hill 1962.

18. Rantz, L. A., Maroney, M. y Dicaprio, J. M.: *Infection and reinfection by hemolytic streptococci in early childohood.* En: "Rheumatic Fever. A. Symposium". Editado por L. Thomas. Minneapolis, Unir. of Minnesota Press, 1952.

19. Salvaggio, J., González, F.: *Severe Toxic reactions associated with sulfamethoxypiridazine*. Annals of Internal Medicine, 51: 60, 1959.

20. Scultz, I. y Franj, P. F.: *The prophylactic use of sulfamethoxypiridazine during a streptococcal epidemic*. American Journa of Medical Sciences, 236: 779, 1958.

21. Stollerman, G. H.: *The Use of Antibiotics for the prevention of Rheumatic Fever*. The American Journal of Medicine, 17: 757, 1954.

22. Taranta, A. y Stollerman, G. H.: *The relationship of Sydenham's Chorea to infection with group A streptococci*. American Journal of Medicine, 20: 170, 1956.

23. Taranta, A.: *Relation of isolated recurrences of Syndenham s chorea, to preceding streptococal infection*. New England Journal of Medicine 260: 1204, 1959.

24. Wanamaker, L. W.: *The Epidemiology of Streptococal Infections*. En McCarty, M.: Streptococcal Infections. Nueva York, Columbia University Press, 1954.

25. Welch, H. y Cols.: *Severe reactions to antibiotics. A nation wise survey*. Antibiotic Medicine and Cinical Theraphy, 4: 800, 1957.