

Profilaxis de la fiebre reumática

LUIS HURTADO BUEN ABAD

HA QUEDADO plenamente comprobado que la Fiebre Reumática se presenta como una reacción tardía a ciertas infecciones por estreptococo Beta Hemolítico del grupo "A". Es lógico suponer que si evitamos la aparición de infecciones por este estreptococo, evitaremos el desarrollo de la Fiebre Reumática.

Los primeros en intentar la prevención de la enfermedad fueron Coburn y Moore en 1939 con sulfanilamida a dosis de un gramo diario con lo que abatieron el 85% de las infecciones por estreptococo hemolítico. Más adelante el uso de la sulfanilamida en el tratamiento profiláctico de las infecciones estreptocócicas cayó en desuso por ser un fármaco no exento de peligro ya que puede provocar lesiones renales y en la médula ósea; además, porque se necesita la estricta cooperación del enfermo para el éxito del tratamiento y por último, por la aparición de nuevos antibióticos tales como la penicilina a la que el estreptococo es muy susceptible a dosis relativamente pequeñas. Niveles de 0.02 a 0.03 de unidad por centímetro cúbico en la sangre son suficientes.

Massel en Boston, fué de los primeros en usar la penicilina para el tratamiento de erradicación y profilaxis de las infecciones estreptocócicas con resultados ampliamente satisfactorios, ya que vió disminuir notablemente la frecuencia de aparición de la fiebre reumática en los enfermos así tratados.

La penicilina sódica y aún la procaína, tenían la enorme desventaja de que su administración era necesario hacerla por vía parenteral cada 24 horas como máximo, con las consiguientes molestias para el enfermo.

Stollerman estudió la benzatina; esta es una sal poco soluble que tiene dos moléculas de penicilina G con una de benciletildiamina. Esta penicilina tiene la ventaja de que su absorción es lenta lo que asegura

niveles útiles en la sangre hasta cuatro semanas después de su administración dependiendo de la cantidad inyectada.

El mismo autor usó esta preparación en niños reumáticos hospitalizados en la Irvington House y demostró, que en aquellos enfermos en los que se habían administrado 600,000 U. de penicilina bencílica tenían niveles terapéuticos en la sangre durante más de dos semanas. Si la dosis se aumentaba al doble, es decir 1.200,000 U., el 67% de los pacientes presentaba niveles reconocibles al cabo de cuatro semanas. Iguales observaciones se hicieron posteriormente en el Instituto Nacional de Cardiología.

Lo ideal sería prevenir la infección estreptocócica en todos los niños y jóvenes entre los 5 y 15 años de edad, con lo que indudablemente la frecuencia de aparición de la fiebre reumática sería mínima. Sin embargo esto es prácticamente imposible ya que personas sanas, no aceptarían recibir tratamiento frecuente y prolongado, sólo para prevenir una enfermedad que quizá no padecerán ni aún teniendo embates repetidos por el estreptococo hemolítico.

Sabemos que cuando la fiebre reumática se presenta por primera vez, por lo menos un tercio de los enfermos quedan sin lesión cardíaca y que en un buen número del resto las lesiones son mínimas y compatibles con una vida normal. Sólo un pequeño número de enfermos (2%) fallecen durante el primer brote de actividad reumática y se trata siempre de pacientes a los que no se les ha tratado en forma eficaz y oportuna. Si evitamos entonces, la aparición de nuevos brotes de actividad reumática en aquellas personas que ya hayan presentado uno, vamos a tener como resultado un corazón sano o con lesiones por demás poco importantes y que no serán obstáculo para llevar una vida en todos aspectos normal en la mayoría de los casos.

El tratamiento profiláctico puede hacerse en dos formas, una, atacando en forma decisiva y a la mayor brevedad posible toda infección estreptocócica, la segunda es impidiendo que la infección se desarrolle.

Las infecciones estreptocócicas pueden dar sintomatología florida que hacen fácil su diagnóstico, sin embargo, un 30 a 40% de ellas cursan asintomáticas y su reconocimiento por lo tanto es imposible. Por esta razón, en aquellos enfermos que ya hayan probado su susceptibilidad para padecer la fiebre reumática, no les debemos permitir el riesgo que implica una infección estreptocócica no tratada en forma eficaz y oportuna. Este tipo de tratamiento es el que se debe instituir a toda persona que sufra un ataque por estreptococo. Cantanzaro y Col., en un lote de

798 pacientes con infección estreptocócica que fueron oportunamente tratados con penicilina encontraron aparición de la fiebre reumática en dos de los enfermos o sea en el 0.25% de los casos. En cambio, en un lote semejante de 804 enfermos no tratados, la fiebre reumática apareció en 17 de ellos o sea en el 2.2%, es decir una diferencia de 1 a 9. Rammelkamp, en un estudio similar encontró esta diferencia aún mayor; de 1 a 23.

El otro tratamiento, que es el indicado a seguir en los pacientes reumáticos con o sin lesión cardíaca, es el encaminado a impedir el desarrollo de la infección estreptocócica. Esto se lleva a cabo manteniendo constantemente, niveles de penicilina en la sangre a los que el estreptococo sea susceptible, lo que se logra con una aplicación parenteral quincenal de 600,000 U., ó mensual de 1.200,000 U., de penicilina bencílica.

Puede usarse también en la profilaxis la fenoximetil-penicilina "V" oral. Dosis de 200,000 (125 mg.) cada 12 horas con suficientes. El uso de este tipo de medicamento tiene desventajas, en primer lugar el precio del fármaco que lo hace prohibitivo en muchos casos y en segundo lugar, el poco control que se puede tener en el tratamiento ya que se necesita la estricta cooperación del enfermo.

La penicilina puede dar manifestaciones alérgicas que van desde síntomas poco importantes, urticaria, prurito, malestar general, etc., hasta cuadros mortales como el shock anafiláctico. En el Instituto Nacional de Cardiología en los últimos cinco años se han aplicado más de 19,000 inyecciones de benzatina en el Servicio de Niños y en la Campaña contra la Fiebre Reumática, y no se ha observado ninguna manifestación alérgica mortal. En los casos estudiados por el Dr. Felipe Mendoza en la misma Campaña contra la Fiebre Reumática del Instituto Nacional de Cardiología, encontró intolerancia a la penicilina sólo en el 3% de ellos y siempre las manifestaciones fueron leves.

De cualquier manera el riesgo de tales accidentes obliga a hacer un interrogatorio cuidadoso para indagar antecedentes alérgicos de cualquier tipo y en particular a la penicilina. En caso de ser positivos se omitirá el uso del antibiótico.

En aquellos casos en los que el uso de la penicilina esté contraindicado por temor a manifestaciones alérgicas, tenemos el recurso de mantener en profilaxis a nuestros enfermos gracias al ingreso al arsenal terapéutico de la sulfametoxipiridazina y de la dimetoxisulfanilamido-diazina o sulfa-dimetoxina. Ambas drogas a dosis de 0.25 g. para niños me-

nores de 30 kgs. y de 0.50 g. para adultos, cada 24 horas, tiene un efecto adecuado para impedir la aparición de infecciones estreptocócicas.

Estas sulfas, además de que tienen la ventaja de que se necesita una dosis única cada 24 horas, tienen menores efectos indeseables contra el riñón y la médula ósea, sin embargo, es de recomendar una vigilancia estrecha en estos enfermos para suspender el fármaco al menor indicio de lesión renal. Hasta ahora en el Instituto Nacional de Cardiología no se ha tenido que suspender el tratamiento a ningún enfermo por esta razón.

El uso de las sulfas es recomendable sólo en aquellos casos en que la penicilina no pueda usarse. La protección lograda con ellas es buena, pero es mejor aún la que dá la penicilina.

Con el tratamiento profiláctico se ha logrado reducir en forma muy importante las reactivaciones de la fiebre reumática; Massel en la Casa del Buen Samaritano encontró recaídas reumáticas sólo en el 6% de los enfermos sujetos a tratamiento profiláctico, contra cifras que variaban desde 50 a 87% para antes de la era antibiótica.

En el Instituto Nacional de Cardiología se han visto regresar enfermos con recaídas reumáticas. Se ha tratado en la gran mayoría de los casos de pacientes que han abandonado el tratamiento profiláctico y sólo en menos del 1% de los que lo llevan regularmente.

La profilaxis debe mantenerse durante largo tiempo. En términos generales podemos decir que si el brote de actividad reumática ocurre en la infancia, el tratamiento debe prolongarse hasta pasada la pubertad y en aquellos casos en que se presentó el brote inmediatamente antes de la pubertad o bien después de ésta, el tratamiento se debe prolongar al menos durante 5 años después del último ataque.

La duración del tratamiento puede y debe prolongarse en aquellos casos en los que haya habido múltiples brotes de actividad reumática y por lo tanto, las lesiones cardíacas sean severas, ya que es de esperarse que quizá una nueva activación reumática en estos enfermos, sea mortal.

Pasado el período recomendado para mantener la profilaxis, se debe continuar vigilando y atacando en forma oportuna y enérgica cualquier infección sospechosa de ser provocada por el estreptococo hemolítico.

Ya se ha comprobado la eficacia del tratamiento lo que nos permite asegurar que la fiebre reumática será una enfermedad rara y pocas veces mortal si los enfermos son correctamente protegidos.

REFERENCIAS

1. Catanzaro, F. J., Rammelkamp, C. H., y Chamovitz, R.: *Prevention of Rheumatic Fever by treatment of streptococcal infection*. New England Journal of Medicine. 259:51, 1939.
2. Coburn, A. F. and Moore, L. V.: *The Prophylactic use of sulfanielamide in streptococcal infections, with special reference to rheumatic fever*. J. Clin. Invest. 18:147, 1939.
3. Chávez, I.: *La Fiebre Reumática. Discusión de su etiología estreptocócica*. Principia Cardiológica. 3:134, 1956.
4. Chávez, I.: *La Fiebre Reumática II. Los ensayos de profilaxis*. Principia Cardiológica. 3:215, 1956.
5. Hurtado, L.; Mendoza, F., Dovarganes, G.: *Algunas características del brote inicial de la Fiebre Reumática*. Por publicarse en la Revista de Invest. Clín. del I.N.N.
6. Massel, B. F., Dou, I. W. and Jones, T. D.: *Orally admistered penicillin in patients with rheumatic fever*. J.A.M.A. 138:1030, 1948.
7. Mendoza, F., Correa-Suárez, R. y Casellas, A.: *Evolución de la Fiebre Reumática con tratamiento antiestreptocócico*. Archivos del Instituto de Cardiología de México, 27:25, 1957.
8. Mendoza, F., Correa-Suárez, R., Neri, R. H., Hurtado, L., Aranda, S.; Sandoval, I. y Césarman, E.: *Epidemiología y Profilaxis de la Fiebre Reumática en un grupo escolar del D. F. Informe Preliminar. Trabajo presentado al I Congreso Mexicano de Salud Pública, 1960*.
9. Rammelkamp, Ch. H., Houser, H. E. y cols.: *The prevention of rheumatic fever. En: Rheumatic Fever. A Symposium. Editado por Lewis Thomas. Minneapolis, University of Minnesota Press. 1952*.
10. Stollerman, G. H. y Rusoff, J. H.: *Prophylaxis against a group of streptococcal infections in rheumatic fever patients. Use of new repository penicillin preparations*. J.A.M.A., 150:1571, 1952.