

PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Profilaxis de la fiebre reumática

E. BUESA IBÁÑEZ

La fiebre reumática (FR) es una reacción inflamatoria del mesénquima frente a antígenos del estreptococo betahemolítico del grupo A, que aparece de 2 a 3 semanas después de una infección faríngea o amigdalar.

Los *estudios epidemiológicos* sugieren la existencia de una cierta propensión individual. Se han identificado diversos factores favorecedores, idénticos a los asociados a las infecciones estreptocócicas: *climáticos* (frío, humedad), *geográficos* (zonas frías y templadas), *socioeconómicos* (bajo nivel de vida, hacinamiento) y de *edad* (niños a partir de 3-4 años y personas jóvenes).

El *riesgo de padecer F.R.* que conlleva una infección estreptocócica se estima por diversos autores entre un 0,2 % y un 5 % para los niños que no han padecido F.R. con anterioridad. Si ya han tenido algún brote, el riesgo se eleva hasta un 30-50 %.

La *incidencia* está en franca regresión en los países avanzados, en los que la F.R. se ha convertido en una rareza. Este retroceso ya se inició antes de la aparición de la penicilina, aunque se aceleró al disponer libremente de este antibiótico. El tan criticado «uso indiscriminado de antibióticos» podría tener este efecto secundario positivo. No obstante la incidencia se mantiene

alta en muchos países subdesarrollados (la mayoría de la humanidad), probablemente en relación con la deficiente situación socioeconómica y las dificultades para recibir atención médica correcta. La profilaxis básica de la F.R. parece ser pues responsabilidad de los poderes políticos.

En el año 1986 se declararon en *España* 4.109 casos de F.R., con un índice epidémico de 0,51 en relación al quinquenio anterior, lo que indica enfermedad en regresión, pero todavía importante: aproximadamente un caso cada 10.000 habitantes.

DIAGNÓSTICO

Es en ocasiones difícil, siendo de utilidad los clásicos criterios de Jones modificados. Un ASLO (antiestreptolisina O) elevado por sí solo no es indicativo de F.R., sino de infección estreptocócica reciente. La gravedad radica en la afectación cardíaca. Muy gráficamente decía Laségue: «El reumatismo agudo lame las articulaciones, la pleura, las meninges, pero muerde el corazón». La mayoría de autores coinciden en estimar una participación cardíaca en el 70-85 % de los casos. Utilizando medios diagnósticos sofisticados puede detectarse carditis en prácticamente todos los pacientes. Entre un 5 y un 25 % quedarán con una valvulopatía permanente, muchas ve-

ces invalidante y origen de graves complicaciones infecciosas (endocarditis bacteriana sobreañadida) y neurológicas (tromboembolismo cerebral).

En cuanto al *diagnóstico de la infección estreptocócica* no ofrece dificultades el reconocimiento de una escarlatina, muy rara entre nosotros, o de una erisipela o de una angina purulenta. En cambio ante una faringitis aguda no es fácil diferenciar si es bacteriana (estreptocócica) o vírica. Hablarían a favor de una estreptococia el color rojo intenso («de fuego») de la mucosa, la presencia de petequias finas en el paladar blando y de pequeñas adenopatías cervicales. La determinación del ASLO sólo aporta información pasadas unas dos semanas. El frotis faríngeo convencional con resultado diferido o con productos comerciales para detectar en pocos minutos una infección estreptocócica permitirían asegurar el diagnóstico y seleccionar los casos para tratamiento antibiótico. En la actual organización española de la atención primaria parece muy difícil que su uso pueda generalizarse a corto plazo por lo que el médico deberá seguir guiándose por criterios clínicos.

La *endocarditis bacteriana*, complicando una valvulopatía reumática, sólo ocurre tras una bacteriemia previa, generalmente consecutiva a determinadas intervenciones quirúrgicas e instrumentaciones, como extracciones dentarias, tonsilectomía, cirugía cardíaca, etc.

PROFILAXIS

Las medidas profilácticas para evitar la aparición de la F.R. y sus complicaciones deben de ser consideradas, siguiendo a la American Heart Association, en 3 niveles distintos:

- Profilaxis del primer brote de F.R.
- Profilaxis de las recaídas de F.R.

— Profilaxis de la endocarditis bacteriana en pacientes con valvulopatía reumática.

PROFILAXIS DEL PRIMER BROTE DE FIEBRE REUMÁTICA

Se hace tratando con *penicilina* las infecciones estreptocócicas.

1) El *tratamiento de elección* es la Penicilina G-Benzatina, preferentemente asociada a Penicilinas de acción más corta: BENZETACIL 6-2-1®. Un vial en dosis única por vía intramuscular en niños menores de 10 años y dos viales juntos si superan esa edad.

2) Alternativas:

— Penicilina G-Procaína: AQUICILINA®. 600.000 U. diarias i.m. durante 7 días.

— Penicilina oral: BENDRALÁN® COMPRIMIDOS (250 mg). ½ a 1 comprimido/6 horas, 10 días.

— Eritromicina, si hay alergia a la penicilina: PANTOMICINA® en sobres de 250 mg. y tabletas de 250 y 500 mg., a razón de 30-50 mg./kg./día en 3-4 dosis.

PROFILAXIS DE LAS RECAÍDAS DE FIEBRE REUMÁTICA

Se realiza administrando *penicilina* de forma continuada para prevenir infecciones estreptocócicas. En cuanto a la duración de la profilaxis hay disparidad de opiniones: clásicamente se han recomendado 5 años en los casos sin recaídas y no complicados con carditis y durante toda la vida o al menos hasta cumplir los 25 o 30 años en los casos menos favorables. Últimamente, aceptando la carditis como constante, se postula un tratamiento largo o de por vida para todos los casos.

1) El *tratamiento de elección* es la Penicilina G-Benzatina: BENZETACIL 1.200.000 FR® . Un vial i.m. cada 4 semanas. Son raras las reacciones alérgicas y más frecuentes las locales. La tasa de protección es superior al 99 %.

2) Alternativas:

— Penicilina oral: BENDRALÁN® . 1 comprimido 2 veces al día.

— Eritromicina, si hay alergia a la penicilina: PANTOMICINA® en sobres de 250 mg. y tabletas de 250 y 500 mg., a razón de 250 mg. dos veces al día.

PROFILAXIS DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA EN PACIENTES CON VALVULOPATÍA REUMÁTICA

1) *Higiene dental* exquisita, con visitas rutinarias al dentista cada 6-12 meses.

2) *Refuerzo de la antibioterapia* cuando se realicen determinadas técnicas quirúrgicas o instrumentales, durante 48-72 horas, comenzando antes de la intervención. En casos sépticos son imprescindibles la identificación del germen y el antibiograma.

a) *En intervenciones sobre la boca y tracto ORL (extracciones dentarias, tonsilectomía, broncoscopias, etc.).*

Penicilina-Procaína + G acuosa = AQUICILINA D-A 600® , i.m. cada 24 horas, 3 ó 4 veces; en niños con peso inferior a 20 Kg. un fracaso cada inyección: si el peso es mayor, 2 frascos por dosis.

Si el paciente es portador de una prótesis valvular se recomienda añadir Gentamicina = GEVRAMYCIN® en viales de 20, 40, 80 y 240 mg., 5 mg/kg/día i.m. en 3 dosis. Como alternativa, puede usarse una combinación de Gentamicina i.m. y Amoxicilina oral (ARDINE® en sobres de 125,

250 y 500 mg., dando 40-50 mg/kg/día en 3 dosis).

Si existe alergia a la penicilina, dar Eritromicina oral (PANTOMICINA® , sobres de 250 mg. y tabletas de 250 y 500 mg., 30-50 mg/kg/día, repartida en 3-4 dosis o Vancomicina exclusivamente i.v. lenta, diluída en abundante disolvente o suero, (DIATRACIN® , vial de 500 mg), 50 mg/kg/día en 2-3 dosis.

b) *En intervenciones o instrumentaciones profundas del tracto digestivo inferior y del tracto urinario (incluido cateterismo vesical) y en drenaje de abscesos:*

Amoxicilina, sola o asociada a Gentamicina, como en el caso anterior.

En situaciones de alto riesgo (prótesis valvulares) puede darse, si la intervención es importante, una cefalosporina de 3.^a generación en lugar de Amoxicilina. Por ejemplo, Cefotaxima, PRIMAFÉN PARENTERAL® viales de 1 g. 500 mg. y 250 mg. para vía i.v. y PRIMAFÉN INTRAMUSCULAR® vial de 1 g. a 100 mg./kg. y día en 2-4 dosis.

En caso de alergia, utilizar Eritromicina o Vancomicina como en el apartado a)

c) *En cirugía cardíaca*

Combinación de Cefotaxima y Gentamicina, como en el apartado anterior, prolongando el tratamiento de 5 a 7 días.

d) *En otras situaciones*

No está demostrada la necesidad de profilaxis en endoscopias del tracto digestivo superior, punción-biopsia de hígado, rectosigmoidoscopia, parto vaginal no complicado, legrado uterino, colocación y retirada de dispositivos intrauterinos y angiografías, *excepto* en los portadores de prótesis valvulares. En estos casos se procederá como en el apartado b).

BIBLIOGRAFÍA

- BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL N.º 1978. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid (E).
- COMMITTEE ON PREVENTION OF RHEUMATIC FEVER AND BACTERIAL ENDOCARDITIS OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION: *Prevention of Rheumatic Fever*. Circulation 1975; 55: 1-4.
- GELLIS, S. S.; KAGAN, B. M.: *Current Pediatric Therapy 12*. Saunders, Philadelphia (USA), 1986.
- SANYAL, S. K.: *Acute Rheumatic Fever*. AJDC 1985; 139: 441.
- SÁNCHEZ VILLARES, E.: *Introducción al estudio de las estreptococias en la infancia*. An. Esp. Pediatr. 1981; 15: 111-124.
- SIMÓN, C.; STILLE, W.: *Antibiotikatherapie in Klinik und Praxis*. Schattauer Verlag, Stuttgart, (D), 1984.