

PREVENCION DE LA FIEBRE REUMATICA*

El Consejo de Fiebre Reumática y Cardiopatías Congénitas de la Asociación Americana de Cardiología autorizó la publicación de este informe en enero de 1953. Ha sido preparado por el Comité de Prevención de la Fiebre Reumática del Consejo, del cual es Presidente el Dr. Burtis B. Breese, y miembros las siguientes personas: Dra. Marjorie T. Bellows, Dr. Edward E. Fischel, Dra. Ann Kuttner, Dr. Benedict F. Massell, Dr. Charles H. Rammelkamp Jr., y Dr. Edward R. Schlesinger.

La fiebre reumática es una enfermedad recurrente que puede ser evitada. Actualmente se acepta de manera general que tanto los ataques iniciales como los recurrentes de la enfermedad son por lo común precipitados por infecciones producidas por el estreptococo hemolítico beta. Por lo tanto, la prevención de la fiebre reumática depende del control de las enfermedades estreptocócicas. Esto puede lograrse con éxito mediante el tratamiento temprano y adecuado de las infecciones estreptocócicas en todos los individuos, y por medio de la prevención de las infecciones estreptocócicas en los sujetos reumáticos.

TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES ESTREPTOCÓCICAS

En la población general, no menos del 3% de los casos no tratados de infecciones estreptocócicas manifiestan fiebre reumática. Entre ciertos individuos, especialmente los que tienen historia de fiebre reumática, la frecuencia es mucho mayor. Sin embargo, la administración adecuada y precoz de penicilina evitará la mayoría de los ataques de fiebre reumática y eliminará los estreptococos de la garganta.

DIAGNÓSTICO

En la mayoría de los casos es posible reconocer las infecciones estreptocócicas por sus manifestaciones clínicas, aunque también se pueden utilizar pruebas de laboratorio para establecer el diagnóstico.

Epidemiología.—El patrón estacional y la presencia de casos similares en la colectividad o en la familia pueden ayudar a determinarla. En la región septentrional de los Estados Unidos, por ejemplo, las infecciones estreptocócicas ocurren con más frecuencia durante los meses de enero a junio. Asimismo, un caso de escarlatina en un niño indicaría que la infección faríngea de que otro padece tiene el mismo origen.

Síntomas.—Faringitis de iniciación súbita en la zona de las amígdalas pero no en la tráquea; cefalalgia, común; fiebre, variable, aunque generalmente es de 38.5°C a 40°C; dolor abdominal frecuente, especialmente en los niños; no muy frecuente en los adultos, aunque se produce ocasionalmente; náuseas y emesias frecuentes, especialmente en los niños.

En general, los siguientes síntomas no se presentan: (1) coriza simple; (2) tos; (3) ronquera.

* Traducido por la Oficina Sanitaria Panamericana y publicado con autorización de la revista *Public Health Reports*, enero 1953, p. 12.

Signos.—Enrojecimiento de la garganta, por lo general de un rojo subido, aunque si se examina en los comienzos el rojo puede ser más pálido; exudado generalmente presente; glándulas tumefactas; amígdalas dolorosas en el nivel de la quijada; erupción escarlatiniforme (las características de escarlatina no son comunes); secreción: la presencia de un flujo (seroso o purulento) aural o nasal indicativo de otitis media o de sinusitis es una complicación frecuente de la faringitis estreptocócica.

Laboratorio.—El recuento de leucocitos generalmente es de más de 12,000 y en los niños a menudo pasa de los 20,000; cultivo faríngeo positivo para estreptococos hemolíticos.

Respuesta terapéutica.—Casi sin excepción, los enfermos que sufren de infecciones estreptocócicas mejoran considerablemente a las 24 horas de administrar penicilina, llegando la temperatura a ser normal o casi normal. Esta respuesta terapéutica es característica y cuando no ocurre, no es probable que un estreptococo hemolítico haya producido la enfermedad.

TRATAMIENTO

El tratamiento, para que sea eficaz, ha de aplicarse inmediatamente que se sospecha una infección estreptocócica y ha de continuarse durante el tiempo necesario para erradicar el estreptococo de la garganta.

La penicilina es el medicamento de elección para el tratamiento de las infecciones estreptocócicas.

Tanto la vía oral como la intramuscular han sido utilizadas con pleno éxito en la penicilioterapia de las infecciones estreptocócicas. Se ha comprobado que las inyecciones intramusculares pueden prevenir la fiebre reumática. Los datos sobre el valor de la penicilina oral como agente preventivo son aún incompletos.

En comparación con la administración intramuscular, la administración oral posee las siguientes ventajas:

- (1) No resulta tan desagradable para muchos enfermos.
- (2) Requiere menos visitas del médico.

Tiene las siguientes desventajas:

- (1) Es necesario utilizar cantidades mayores de penicilina.
- (2) Es difícil administrarla a niños con vómitos o que se muestran refractarios.
- (3) En algunos adultos produce diarrea persistente y prurito anal.
- (4) Es más difícil cerciorarse de que el tratamiento ha sido administrado durante el tiempo suficiente y en relación adecuada con las comidas para que sea eficaz.

POSOLOGÍA RECOMENDADA

Penicilina por vía intramuscular.—*Niños:* una inyección intramuscular de 300,000 unidades de penicilina procaínica con monoestearato de aluminio en aceite cada tres días hasta completar tres dosis.

Adultos: una inyección intramuscular de 600,000 unidades de peni-

cilina procaínica en monoestearato de aluminio cada tres días hasta completar tres dosis.

Nota: La administración de dos dosis iguales a las mencionadas a intervalos de tres días es menos práctica, aunque en general eficaz.

Penicilina por vía oral.—Los primeros 5 días: De 200,000 a 300,000 unidades de penicilina de media a una hora antes de las comidas y en el momento de acostarse (total de 800,000 a 1,200,000 unidades diarias en cuatro dosis separadas. Cantidades menores para los niños y mayores para los adultos).

Los 5 días siguientes: De 200,000 a 250,000 unidades de media a una hora antes de las comidas (total de 600,000 a 750,000 unidades al día en tres dosis separadas).

Nota: Para que sea eficaz, la terapéutica debe continuarse durante todo el período de 10 días aunque la temperatura se normalice y el enfermo se sienta mejor al primero o segundo días.

Combinación de penicilina intramuscular y oral.—La terapéutica puede comenzar con una inyección de penicilina (300,000 unidades de penicilina procaínica con monoestearato de aluminio en aceite) y luego, a los tres días de la inyección, continuar el tratamiento durante otros 7 días utilizando penicilina oral de conformidad con el esquema de tratamiento antes mencionado para los 5 días siguientes.

Otros medicamentos.—*Aureomicina:* La aureomicina es menos eficaz que la penicilina para el tratamiento de las infecciones estreptocócicas, aunque es particularmente eficaz en enfermos sensibles a la penicilina. La dosis es la siguiente: Un total de 10 mg por libra de peso administrados en cuatro dosis diarias durante 2 días. Reducir la dosis a la mitad en los 8 días restantes de tratamiento.

Nuevas preparaciones de penicilina: Las nuevas preparaciones de penicilina pueden ser eficaces y hasta preferibles a los esquemas de tratamiento descritos, aunque hasta la fecha no han sido ensayadas suficientemente para poder recomendar su empleo.

Otros antibióticos: Las informaciones que poseemos en la actualidad sobre el valor de los otros antibióticos son incompletas.

Tratamientos no recomendados: Los trociscos y comprimidos de penicilina; la administración de sulfonamidas después de la penicilina; las sulfonamidas.

Nota: Las recurrencias de las infecciones estreptocócicas deben tratarse como ataques primarios.

PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES ESTREPTOCÓCICAS REGLAS GENERALES DE PROFILAXIS

¿A quiénes se debe administrar el tratamiento?

A todos los individuos menores de 18 años que han sufrido de fiebre reumática o corea y a todos los individuos mayores de dicha edad que han sufrido un ataque en los últimos 5 años.

¿Cuándo se debe instituir el tratamiento profiláctico?

Al finalizar la segunda semana del ataque de fiebre reumática o en cualquier oportunidad posterior cuando se observa al enfermo por primera vez. Antes de comenzar la profilaxis, se deben erradicar los estreptococos hemolíticos beta mediante un tratamiento adecuado (ver los métodos de penicilioterapia recomendados anteriormente).

Nota: En los enfermos que reciben ACTH o cortisona hay que estar atento a las infecciones inaparentes, toda vez que la dosis profiláctica es inadecuada para tratar enfermedades concomitantes tales como la neumonía o la meningitis.

¿Cuánto tiempo debe durar la profilaxis?

En los niños, la profilaxis debe durar hasta los 18 años por lo menos; en las personas mayores de esta edad, se prolongará no menos de 5 años desde la fecha del último ataque.

¿Se debe continuar la profilaxis durante el verano?

Sí.

MÉTODOS PROFILÁCTICOS

Sulfadiazina.—Este medicamento tiene las ventajas de ser fácil de administrar, barato y eficaz (las sulfonamidas más nuevas son quizás igualmente eficaces). A pesar de que han aparecido estreptococos resistentes durante los programas generales de profilaxis en las fuerzas armadas, entre la población civil raras veces se observan.

Dosis: De 0.5 a 1.0 gm cada mañana durante todo el año. Las dosis más pequeñas se utilizarán en niños cuyo peso sea inferior a 27.6 kg.

Reacciones tóxicas: Las reacciones tóxicas son poco frecuentes y de importancia mínima. Sin embargo, en el enfermo sometido a tratamiento profiláctico con sulfonamidas, cualquier erupción o faringitis deberá considerarse como una posible reacción tóxica al medicamento, particularmente si ocurren dentro de las primeras 8 semanas de profilaxis. Las principales reacciones tóxicas son las siguientes:

(1) Erupciones cutáneas: (a) Morbiliformes, muy parecidas al sarampión; continuar el medicamento con mucha precaución. (b) Urticaria: mejor es suspender el tratamiento. (c) Escarlatiniformes, frecuentemente asociadas con faringitis y fiebre: es peligroso continuar el medicamento.

(2) Reacciones hemáticas: Leucopenia: Suspender el tratamiento si el recuento leucocitario es menor de 4,000 y los neutrófilos polinucleares menos del 35 %, por la posible agranulocitosis frecuentemente asociada con faringitis y con una erupción. Debido a estas reacciones, se recomienda que semanalmente se realicen recuentos leucocitarios durante los primeros dos meses de profilaxis. (El uso terapéutico de sulfonamidas por cualquier motivo durante este período debe ser precedido de un recuento leucocitario). La aparición de agranulocitosis después de 8 semanas continuas de profilaxis con sulfonamidas es sumamente rara.

Penicilina.—Aunque la experiencia en el uso de la penicilina oral para

la profilaxis de la fiebre reumática es más limitada que la de las sulfonamidas, el antibiótico promete ser un agente profiláctico seguro y eficaz. La penicilina por vía oral posee la característica ventajosa de ser bactericida para el estreptococo hemolítico y de que raras veces produce reacciones tóxicas graves. Tiene la desventaja de ser más costosa que la sulfadiazina y de que, precisamente porque hay que administrarla con el estómago vacío, su administración presenta mayores dificultades.

La penicilina por vía oral viene a ser una droga alternativa para la profilaxis de la fiebre reumática. Es particularmente importante utilizar este medicamento en las personas que no toleran la sulfadiazina.

Dosis: A pesar de que otros esquemas de tratamiento pueden ser igualmente satisfactorios, se recomienda el siguiente: de 200,000 a 250,000 unidades dos veces al día. Como la absorción de la penicilina es óptima con el estómago vacío, el momento de administrarla debe ser de media a una hora antes de las comidas o en el momento de acostarse. Una sola dosis de 200,000 a 250,000 unidades antes del desayuno resulta menos preferible.

Reacciones tóxicas: (1) Urticaria. (2) Reacciones similares a las afecciones séricas: comprenden fiebre y dolor en las articulaciones y pueden ser confundidas con la fiebre reumática. (3) Edema angioneurótico. A pesar de que muchos individuos que han sufrido reacciones a la penicilina pueden ingerirla subsiguientemente sin malestar alguno, es más seguro no emplear la penicilina si la reacción ha sido intensa y especialmente si se ha presentado edema angioneurótico.

BIBLIOGRAFIA

- Baldwin, J. S.: Sulfadiazine prophylaxis in children and adolescents with inactive rheumatic fever, *Jour. Pediat.*, 30:284, 1947.
- Denny, F. W.; Wannamaker, L. W.; Brink, W. R.; Rammelkamp, C. H., y Guster, E. A.: Prevention of rheumatic fever. Treatment of the preceding streptococcal infection, *Jour. Am. Med. Assn.*, 143:151, 1950.
- Kuttner, A. G., y Reyersbach, G.: The prevention of streptococcal upper respiratory infections and rheumatic recurrences in rheumatic children by the prophylactic use of sulfonamide, *Jour. Clin. Invest.*, 22:77, 1943.
- Massell, B. F.; Dow, J. W., y Jones, T. D.: Orally administered penicillin in patients with rheumatic fever, *Jour. Am. Med. Assn.*, 138:1030, 1948.
- Massell, B. F.; Sturgis, G. P.; Knobloch, J. D.; Streeper, R. B.; Hall, T. N., y Norcross, P.: Prevention of rheumatic fever by prompt penicillin therapy of hemolytic streptococcal respiratory infections: A progress report, *Jour. Am. Med. Assn.*, 146:1469, 1951.
- Rantz, Lowell A.: "The prevention of rheumatic fever," Springfield, Ill., C. C. Thomas, 1952, 66 pp.
- Thomas, C. B.; France, R., y Reichman, F.: Prophylactic use of sulfonamide in patients susceptible to rheumatic fever, *Jour. Am. Med. Assn.*, 116:537, 1941.
- Wannamaker, L. W.; Rammelkamp, C. H.; Denny, F. W.; Brink, W. R.; Houser, H. B.; Hahn, E. O., y Dingle, J. H.: Prophylaxis of acute rheumatic fever by treatment of the preceding streptococcal infection with various amounts of depot penicillin, *Am. Jour. Med.*, 10:673, 1951.