

TRATAMIENTO DE LA FIEBRE REUMÁTICA

Dr. Washington Mera C.*

En nuestro medio y a lo largo de todo el año, se presentan casos de fiebre reumática, cuya solución inmediata es necesaria

La importancia del padecimiento, de acuerdo a las estadísticas nacionales de morbilidad y mortalidad es grande. Así, la población general contrae la enfermedad en un 8 a 10 por mil; en epidemias estreptocócicas, el número de afectados sube considerablemente, llegando a tasas de hasta el 4 o 5 por ciento, y en situaciones de infección no epidémicas, alrededor del 1,5 por ciento. En intenso contraste, pacientes reumáticos expuestos a una nueva agresión estreptocócica, el 75 — 80 por ciento desarrollan un nuevo brote de la enfermedad.

* *Profesor Instructor de Cardiología. Medicina Interna. Departamento de Internado Rotativo. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Central. Cardiólogo del Seguro Social — Dispensario Central. Cardiólogo ad-honorem del Hospital "Eugenio Espejo".*

Es importante destacar que de los pacientes afectados de fiebre reumática, el 75 por ciento presentan complicaciones cardíacas. Esto explica la alta incidencia de cardiopatía reumática que se observa en nuestros hospitales y dispensarios, llegando a cifras del 40 — 45 por ciento del total de cardiopatías, con la consiguiente incapacidad temporal o permanente de diversos grados en una parte importante de la población, lo que determina graves problemas para la familia, la sociedad y el Estado.

En su patogenia parecen intervenir factores infecciosos, hereditarios, inmunológicos, ambientales, tóxicos, etc., que posiblemente actuando en combinación se manifiestan por síntomas y signos que revelan una enfermedad sistémica, pero con preponderante repercusión en el corazón.

La fiebre reumática o reuma cardioarticular es un proceso patológico consecutivo a la infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A y caracterizado clínicamente por una o varias de las siguientes manifestaciones: poliartritis aguda migratoria, carditis, corea, nódulos subcutáneos y eritema marginal. En nuestro medio, son manifestaciones frecuentes la epistaxis atraumática recidivante, artralgias migratorias con ligera o moderada tumefacción articular, fiebre, sudoración intensa en ocasiones sin fiebre, pero sobre todo las cardíacas.

Si bien la enfermedad ataca a los dos sexos y puede presentarse, al menos teóricamente en cualquier época de la vida, nosotros la hemos observado con mayor frecuencia en el sexo femenino, en relación de 2 a 1, y entre los 4 y 48 años como edades extremas, correspondiendo la mayor incidencia de los 10 a los 15 años.

Tiene amplia difusión racial, geográfica y en las diversas épocas del año, y al parecer no se encuentran diferencias significativas.

Estudios realizados por varios investigadores en grandes grupos de población, demuestran claramente la enorme ventaja de un tratamiento oportuno y enérgico del padecimiento, con lo que se evita casi con el 100 por ciento de posibilidades el brote del cuadro y especialmente de su complicación más temible, la cardiopatía. Lamentablemente, lo contrario es también cierto, enfermos que no reciben tratamiento o éste es incompleto

o tardío, presentan el brote y con alta frecuencia una grave afectación cardíaca.

En base a lo anterior, estamos obligados a emprender un tratamiento adecuado de la fiebre reumática, lo que permitirá controlar la morbilidad y mortalidad a que principalmente da lugar el compromiso del principal órgano de la circulación.

A continuación, en forma esquematizada, el tratamiento de la fiebre reumática, que es el aceptado por la OMS, la ARA, Sociedad Internacional y Mexicana de Cardiología.

El tratamiento de la fiebre reumática comprende dos puntos importantes, la erradicación del estreptococo y el manejo del brote de la fiebre reumática misma.

El primer objetivo será abordado en forma adecuada, cuando clínicamente sea posible reconocer la agresión estreptocócica de vías respiratorias superiores, la que se caracteriza por faringoamigdalitis asociada de mal estado general, exudado faríngeo abundante, adenopatía submaxilar, odinofagia, fiebre elevada, enrojecimiento moderado o intenso de la faringe y petequias en el paladar. Si a esto se añade un par de pruebas de laboratorio como un recuento leucocitario aumentado y elevación de la cifra de ASTO, el diagnóstico es seguro.

Clínicamente es infección estreptocócica en el 100 por ciento de los casos cuando se encuentra enrojecimiento moderado o acentuado de la faringe, petequias en el paladar y exudado purulento.

94 por ciento de los casos son infección estreptocócica en presencia de enrojecimiento moderado o acentuado de la faringe y petequias en el paladar.

Si sólo se aprecia enrojecimiento de faringe, adenitis cervical y presencia o no de exudado purulento en faringe, el 75 por ciento de casos son infección estreptocócica.

Existen numerosos antibióticos y sulfamídicos capaces de combatir con éxito la agresión del germen, pero el que mejor ha resuelto el problema es la penicilina, por las ventajas siguientes: es bactericida potente, el estreptococo no desarrolla resistencia, se le puede inyectar en preparados de larga acción y es raro que los enfermos muestren o desarrollen alergia.

Para prevenir el brote de fiebre reumática la aplicación del antibiótico debe hacerse en los primeros días de iniciada la infección faríngea. Todavía se puede "llegar a tiempo" de que aborte el cuadro en casi 100 por ciento de los casos si se administra hasta una semana después de la infección estreptocócica. Sin embargo, hay autores que afirman que aún se logra prevenir la fiebre reumática si se inyecta en el noveno día después de la infección faringoamigdalina, pero que si se inyecta más tarde, todavía se impide el desarrollo en el 42 por ciento de los infectados.

ver cuadro: N- 1

Si bien se puede emplear la misma penicilina por vía oral y es eficaz, la práctica ha demostrado que es más de fiar el tratamiento con inyecciones que con pastillas, simplemente por lo que atañe a la certeza de que el medicamento ha sido administrado y no ha sido olvidado por el paciente, además de su costo considerablemente menor.

Para los casos en los que sólo se sospecha una agresión por estreptococo, cuando se va a tener que actuar en gran escala en grupos numerosos no hospitalizados, en amigdalitis sospechosas, o en situaciones en las que no es práctico aplicar los 10 días de penicilina, se recomiendan los esquemas 3 o 5. La misma situación es obligatoria en el seno de la familia.

En los casos raros de enfermos alérgicos a la penicilina, se empleará la eritromicina o tetraciclina para erradicar el estreptococo. Se logra hacerlo sin duda pero con el riesgo de que el germen desarrolle resistencia, especialmente cuando se pretende emplearlos para profilaxis a largo plazo. Debemos recordar también que al estado natural, el 30 por ciento de los estreptococos, son resistentes a la tetraciclina.

Hasta aquí la **profilaxis primaria**, o cura de erradicación del estreptococo, que es el paso más trascendente en el capítulo de la prevención de la fiebre reumática.

La **profilaxis secundaria** se refiere al enfermo que ya sufrió de fiebre reumática y que debe evitar a toda costa, por estar más sensibilizado a la

N: 1**ESQUEMAS DE ADMINISTRACION**

VIA	PREPARADO	DOSIS
1) IM	Penicilina G procaína Penicilina cristalina	300.000 U. c/12 H. x 10 días 100.000 U.
2) IM	Penicilina G procaína Penicilina cristalina	600.000 U. c/24 h. x 10 días 200.000 U.
3) IM	Penicilina bencetazina	1'200.000 U para adultos—dosis única de 400.000 a 600.000 U. para niños—dosis única
4) IM	Penicilina G (bencilpenicilina)	3 — 4 veces al día x 200.000 U. 7 — 10 días
5) IM	Penicilina procaína Penicilina bencetazina	600.000 U. dosis única 600.000 U.
6) IM	Penicilina clemizol	1'000.000 U. c/12 a 14 h. x 7 a 10 días
7) Oral	Penicilina G (bencilpenicilina)	200.000 U. c/6 horas por 7 a 10 días
8) Oral	Penicilina V (fenoximetilpenicilina) o fenoxietilpenicilina (fenetecilina).	100 — 125 mg c/6 h. por 7 a 10 días
9) Oral	Eritromicina	250 mg. c/6 h. x 7 a 10 días; o 40 mg/kg peso/día
10) Oral	Tetraciclina	250 mg. c/6 h. x 7 — 10 días

agresión estreptocócica, un nuevo brote de fiebre reumática, que le dañaría nuevamente y en forma más intensa el corazón. En este criterio no participa el grado de intensidad de ese primer ataque. Si fue un genuino brote, aún sin secuelas, la profilaxis se impone. Más aún en los casos dudosos, vale excederse en el uso de la penicilina que correr el riesgo de no proteger al paciente.

En este punto, nuevamente se manifiesta la bondad de la penicilina. Cuando esta profilaxis se hace en forma metódica sin fallas, se puede tener más del 98 por ciento de seguridad de que no

se repetirá la agresión estreptocócica. Lamentablemente, lo contrario también es muy cierto: paciente que deja de aplicarse su penicilina, a menudo regresa víctima de intensa carditis reumática y con mayor daño en su corazón.

Habrá que explicar a la familia o al paciente, que esta profilaxis es indispensable como mínimo por cinco años, y en todo caso, hasta trasponer la pubertad.

Se recomiendan los siguientes esquemas de tratamiento:

ver cuadro N: 2

N-2**PROFILAXIS ANTIESTREPTOCOCICA
CONTINUA O SECUNDARIA**

VIA	PREPARADO	DOSIS
I M	Penicilina bencetazina	600.000 U. c/15 días en niños de 6 a 10 años
		1'200.000 U. c/30 días en niños ma- yores de 10 años
		1'200.000 U. c/3 semanas en adultos
Oral	Penicilina G (bencilpenicilina)	200.000 U. c/12 h.
Oral	Penicilina V (Fenoximetilpenicilina)	100 - 125 mg. c/12 h.
Oral	Sulfadiazina	250 - 500 mg. día en niños y adolescentes
		1/2 - 1 gm. día en adultos

Es cierto que las sulfas no son capaces de erradicar el estreptococo, ya que sólo son bacteriostáticas, pero se ha comprobado su utilidad en la profilaxis continúa en sujetos que ya han sido reumáticos. Se debe emplear sulfas de acción prolongada que a las dosis aconsejadas no se ha visto que el fármaco se altere en forma peligrosa la flora de la faringe como para predisponer a infecciones por otros gérmenes y sí, en cambio, mantiene libre de infección estreptocócica al paciente.

Los antibióticos en forma de troscos no tienen ningún valor curativo ni profiláctico.

Un buen tratamiento requiere la remoción de focos infecciosos a los que es difícil llegar con el antibiótico. Tal es el caso de las grandes amígdalas con numerosas criptas infectadas, de las sinusitis crónicas, de las caries dentarias. Muchos casos de fiebre reumática con evolución lenta y prolongada pueden no tener una buena respuesta hasta que no se eliminen esos focos. Sin embargo hay que señalar que la amigdalectomía o cualquier intervención de cirugía menor deben evitarse duran-

te las fases agudas de actividad reumática.

La extracción de amígdalas o la extirpación de focos sépticos, en ningún sentido garantizan la protección de futuros ataques de infección estreptocócica, si no se hace la profilaxis con penicilina.

Conviene hacer énfasis en practicar la profilaxis contra la endocarditis bacteriana subaguda en todo enfermo reumático que ya tiene una válvulopatía, cuando va a ser sometido a ciertas maniobras o va a atravesar por situaciones propicias para adquirir una infección: extracciones dentarias, obturación de caries dentarias, exploraciones urológicas, trabajo en parto, etc.. En tales situaciones debe reforzarse la protección con penicilina, para lo cual se recomienda adelantar la fecha de aplicación de la penicilina que se administra periódicamente para la profilaxis, a la mañana o tarde anterior de la intervención. En lo posterior el esquema profiláctico debe continuar como se había llevado hasta el momento.

Seguramente, de gran porvenir serán las vacunas antiestreptocócicas, actualmente en fase de experimentación.

MANEJO DEL BROTE DE FIEBRE REUMÁTICA

En el manejo del problema inflamatorio de la fiebre reumática tiene enorme importancia las indicaciones siguientes:

Reposo físico
Dieta hiposódica, nutritiva, fraccionada, líquida.
Salicilatos.
Esteroides.
Digital y diuréticos si hay insuficiencia cardíaca.

Salicilatos:

Se aconseja usarlos en casos sin gran compromiso cardíaco y en los que predominan las manifestaciones articulares.

Dosis terapéuticas: 100 mg/Kg/día.

Ventajas: bajan la fiebre, son analgésicos, tienen acción antiflogística y antagonista de la hialuronidasa.

Desventajas: Ocasionan malestar gástrico, vómitos, intolerancia a los alimentos, desnutren al enfermo, desequilibrio hidroelectrolítico con pérdida de Potasio.

Esteroides:

Indicaciones: En ataque constituido por manifestaciones mayores, especialmente cuando existe intenso estado inflamatorio de pericardio, miocardio y endocardio, o los tres.

Cuando la evolución es de corta duración, es decir que el cuadro se haya instalado poco menos de dos semanas antes de iniciar la terapéutica.

Se administrarán por el tiempo que dura el brote (ocho semanas).

Ventajas: Son antiinflamatorios, producen sensación de bienestar, aumentan el apetito, bajan la fiebre.

Desventajas: La PCR y la sedimentación aparecen engañosamente normales, puede haber una falsa leucocitosis.

Retención de agua, sodio, pérdida de Potasio, hipertensión arterial y encefalopatía hipertensiva, úlcera gástrica aguda, diabetes, hipotrofia muscular, descalcificación ósea, estrías cutáneas, hipertricosis.

Esquemas de dosificación:

Para niños de menos de 20 kg. de peso:

1a. semana	:	40 mg. diarios
2a. semana	:	20 mg. diarios
3a. a 6a. semanas	:	15 mg. diarios
7a. semana	:	7,5 mg. diarios
8a. semana	:	disminuir gradualmente hasta terminar.

Para niños de más de 20 kg. de peso:

1a. semana	:	60 mg. diariamente
2a. semana	:	30 mg. diariamente
3a. a 6a. semanas	:	15 mg. diariamente
7a. semana	:	7,5 mg. diariamente
8a. semana	:	disminuir gradualmente.

Para adultos se aumenta de 1/3 a 1/2 de estas últimas dosis.

El uso de esteroides, obliga a indicar lo si-

guiente: dieta hiposódica, potasio aproximadamente 1 gm diario, diuréticos de tipo oral y ocasionalmente anabólicos.

Condiciones para el alto y/o movilización del paciente:

Que se sienta bien.

Ausencia de signos de actividad: sedimentación globular normal, PCR negativa, ausencia de anemia, no galope ni taquicardia.

Manejo de la corea:

Reposo físico en ambiente tranquilo, sin estímulos luminosos ni sonoros.

Cura de erradicación estreptocócica.

Dieta hiposódica, nutritiva, fraccionada, líquidos.

Esteroides.

Sedantes; meprobamato, diazepam, largactil o fenobarbital en dosis adecuadas.

BIBLIOGRAFIA

- 1) MERA, W.: Algunas consideraciones sobre la fiebre reumática en nuestro medio. Rev. de la Facultad de Medicina U. C., II, 1: 51, Quito, 1.975.
- 2) CARSON, P.: Diagnóstico en Cardiología. 1a. ed., Ediciones Toray, Barcelona, 1.971.
- 3) MISPIRETA, A. y col.: Fiebre reumática activa. Resúmenes del VI Congreso Sudamericano de Cardiología, Quito, 1.973.
- 4) VILLAMAR, F.: Enfermedades infecciosas más frecuentes en nuestro País. 1a. ed., Oficina de Publicaciones de la Junta Nacional de Planificación, Quito, 1.974.
- 5) ESPINO VÉLA, J.: Introducción a la cardiología. 3a. ed., Impresiones Modernas, México, 1.969.
- 6) BEESON, P. y MCDERMOTT, W.: Tratado de medicina interna. 14a. ed., Interamericana, México, 1.977.
- 7) CAVEZ RIVERA, I.: Cardioneumología, fisiopatología y clínica. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, México, 1.973.
- 8) FRIEDBERG, Ch. K.: Enfermedades del corazón. 3a. ed., Interamericana, México, 1.969.
- 9) BREST, A. N.: Cardiovascular disorders. F. A. Davis Company, Philadelphia, 1.968.
- 10) Prevención de la fiebre reumática. Org. Mun. Salud. Ser, Inf. Técn. 1.966, 342.
- 11) Archivo del Hospital Eugenio Espejo.
- 12) JONES, T. D.: Some practical considerations of the rheumatic fever problem. Arch. Inst. Cardiol. México 16: 10, 1.946.
- 13) CORREA SUAREZ, R.: Tratamiento de la fiebre reumática. Rev. Fac. Med. México, 3: 515, 1.961.
- 14) MENDOZA, F.: Profilaxis de la fiebre reumática. Rev. Fac. Med., México, 6: 459, 1.964.
- 15) GUASCH, J.: La fiebre reumática y su prevención en Chile. Rev. Fed. 11, 1.968.
- 16) TAMURA, H.: Fiebre reumática. Trabajo presentado al XIII Congreso Mundial de Reumatología, Kyoto, 1.973.
- 17) VAUGHAN, J.: Fiebre reumática. Trabajo presentado al XIII Congreso Mundial de Reumatología, Kyoto, 1.973.
- 18) SURAWIEZ, B.: Papel del potasio en la terapéutica cardiovascular, Clínicas Médicas de Norteamérica. 52: 1103, 1.968.
- 19) SCHATTEMBERG, T.: Nutrición y enfermedades cardiovasculares, Clínicas Médicas de Norteamérica. 54: 1449, 1.970.
- 20) PAULK, A. y HURST, W.: Insuficiencia cardíaca rebelde y su tratamiento, Clínicas Médicas de Norteamérica. 54: 309, 1.970.
- 21) FOX, S. M.; NAUGHTON, J. P. y GORMAN, P. A.: Estado cardiovascular y actividad física, Conceptos Modernos sobre Enfermedades Cardiovasculares. 41: 27, 1.972.

Quito, Diciembre de 1.978

Dr. Washington G. Mera C.