

FIEBRE REUMÁTICA Y SUS SECUELAS UN PROBLEMA MEDICO ODONTOLÓGICO*

*José Joaquín Ulloa G. **, Ml. Rodolfo Fernández E. ** Abdón Castro B.****

Key Word Index: Rheumatic fever

RESUMEN

Ciento dos pacientes con fiebre reumática y secuelas cardiovasculares fueron analizados durante un año en el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera, San José Costa Rica, para determinar si la medicación antibiótica antes de la intervención odontológica era la correcta y evitaba la posibilidad de complicaciones posteriores. Treinta y nueve de estos pacientes fueron sometidos a tratamiento odontológico y ninguno desarrolló endocarditis bacteriana subaguda. [Rev. Cost. Cienc. Méd. 1984; 5(1): 99- 103].

INTRODUCCION

El problema de fiebre reumática, sus secuelas y la prevención de endocarditis bacteriana subaguda en pacientes que han de ser sometidos a tratamiento odontológico, ha sido estudiado con profundo interés en muchos países del mundo. Al respecto, la Asociación Americana de Cardiología ha hecho gran énfasis en la responsabilidad del odontólogo y en el papel que él juega como miembro de un equipo de salud en la prevención de endocarditis infecciosa. Por otra parte, los avances en cirugía cardiovascular y el implante de válvulas, ha dado motivo a que los cuidados en dichos pacientes se lleven con el máximo de seguridad, aun cuando vayan a ser intervenidos con simples técnicas de operatoria dental (2). Se ha comprobado que cualquier intervención dental, por mínima que sea, en pacientes con fiebre reumática y sin premedicación, tiene como consecuencia frecuente una endocarditis (2,7).

En América Latina, por otro lado, la Organización Mundial de la Salud no ha descuidado tan importante problema médico y, como consecuencia, con la colaboración del Comité Panamericano de Estudio y Prevención de la Fiebre Reumática, inició en 1975 un programa en siete países latinoamericanos (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela). La OPS publicó después, en 1980, el manual "Prevención y Control de la Fiebre Reumática en la Comunidad" (7).

La fiebre reumática es una enfermedad inflamatoria generalizada, al parecer, causada por una reacción inmunológica a una infección con estreptococos hemolíticos beta del grupo A de Lancefield (7).

Las infecciones de las vías respiratorias causadas por este microorganismo constituyen el foco inicial de infección y el diagnóstico clínico de seguridad sólo puede establecerse en presencia de una faringitis que presenta el caso típico de

* Proyecto N° 02-07-05-99. Vicerrectoría de Investigación, Universidad de Costa Rica.

** Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

*** Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica.

la escarlatina. En todas las demás circunstancias el diagnóstico se establece mediante el cultivo de exudado faríngeo, o bien, tardíamente, verificando una elevación de los anticuerpos séricos (3,4).

La fiebre reumática es una enfermedad de la infancia principalmente y ocurre con mayor frecuencia entre los cinco y quince años de edad (6). Las principales manifestaciones son: corea (movimientos involuntarios), artritis reumática, nódulos subcutáneos, erupciones cutáneas eritematosas y carditis (6). La artritis reumática afecta las articulaciones; las muñecas, los tobillos, los codos y las rodillas son las más frecuentemente afectadas. Sin embargo, es en el corazón donde la afección provoca serios daños, a saber: estenosis mitral (97% de los casos) y aórtica (3%) dando origen a soplos (7,8). Las lesiones patológicas características se conocen como cuerpos de Aschoff. El cuerpo de Aschoff comprende una zona localizada de inflamación, con un depósito central de material fibrinoide amorfo, rodeado por un infiltrado inflamatorio de células mesenquimatosas (7,8).

Aquellos pacientes con una historia de fiebre reumática y que hayan tenido secuelas de un daño cardíaco residual o enfermedad cardíaca reumática, deben ser sometidos a una terapia de antibióticos previa a cualquier intervención quirúrgica para prevenir el desarrollo de una endocarditis bacteriana subaguda. Las intervenciones en la boca, por mínimas que sean, no deben llevarse a cabo sin la profilaxis antibiótica recomendada por la Asociación Americana de Cardiología y la Organización Mundial de la Salud (7).

Satinga y colaboradores recomiendan que el odontólogo debe estar alerta ante aquellos síntomas de endocarditis evidentes en visitas posteriores de los enfermos, tales como fiebre, sudoración, fatiga, pérdida del apetito y algunas otras más, como palidez en las mucosas y petequias (9).

Fallas hizo un estudio epidemiológico de la fiebre reumática y de la cardiopatía reumática en Costa Rica, y dió a conocer que en 1962 fallecieron en el país un total de 61 pacientes de fiebre reumática y sus complicaciones, sin que se mencionara como factor contribuyente algún tratamiento dental efectuado en esas personas (5).

Aguilar y Suárez en 1981 reportaron que existen 2.5 reumáticos por cada 1.000 habitantes, lo que da un total de 5.533 pacientes reumáticos en Costa Rica, y llegaron a la conclusión de que la enfermedad debe ser considerada como un problema de salud pública. Estos autores hacen caso omiso al papel del odontólogo en la prevención de la endocarditis bacteriana (1).

Finalmente, la Asociación Americana de Cardiología advierte que la endocarditis puede ocurrir a pesar de la profilaxis y que tanto los dentistas, como los médicos y los mismos pacientes deben estar alerta ante cualquier sintomatología, para llevar a cabo un pronto diagnóstico y reducir así la mortalidad, las complicaciones y las secuelas (2).

Los objetivos de esta investigación fueron: determinar el número de pacientes que se presentaron al Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Saénz Herrera" con padecimiento de fiebre reumática del 1 de abril de 1981 al 31 de marzo de 1982, analizar las manifestaciones principales de la enfermedad y determinar el tipo de tratamiento que se instituyó; determinar el tipo de tratamiento dental recibido por los pacientes durante ese año y si los pacientes afectados presentaron complicaciones tipo endocarditis bacteriana subaguda después del tratamiento odontológico, aún con premedicación.

MATERIALES Y METODOS

Para llevar a cabo esta investigación se analizó a todos los pacientes que acudieron al Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica, con el diagnóstico de fiebre reumática, en el período comprendido entre el 1 de abril de 1981 al 31 de marzo de 1982. La información se recolectó utilizando un cuestionario detallado: nombre, edad, sexo, residencia y manifestaciones principales (infecciones estreptocóccicas; artritis en tobillos, rodillas, pies, manos; corea, eritema marginado, nódulos subcutáneos y carditis, soplo sistólico de insuficiencia mitral, soplo diastólico de insuficiencia aórtica, soplo mesodiastólico, frote pericárdico u otra anomalía). Se anotaron los medicamentos y especialmente los antibióticos utilizados en cada tratamiento, y se analizó la historia dental de cada niño; si el paciente estuvo en tratamiento dental en los últimos tres años, qué tipo de tratamiento recibió (extracción dental u otras cirugías, operatoria dental, periodoncia, endodoncia, ortodoncia o prótesis), dónde fue tratado; si fue premedicado con antibióticos antes del tratamiento dental y cuáles fueron los antibióticos utilizados, la dosis y duración de la antibioticoterapia. Se anotaron los problemas observados, debidos al tratamiento dental y relacionados con la fiebre reumática.

No se hizo grupo de control pues la secuela es tan severa que este tipo de paciente debe ser siempre premedicado con antibióticos, aunque se realice la mínima intervención dental.

RESULTADOS

Ciento dos pacientes con un diagnóstico de fiebre reumática de la Consulta Externa del Hospital Nacional de Niños, fueron estudiados durante un período de un año. Sus edades oscilaban entre los siete y dieciséis años, sin que hubiera predominancia de sexo alguno (54 masculinos y 48 femeninos).

Las principales manifestaciones de la enfermedad fueron las siguientes: antecedentes de infecciones estreptocóccicas (25 niños), artritis (50 niños), 84 por ciento en rodillas, 60 por ciento en tobillos, 35 por ciento en manos, 14 por ciento en pies, corea (23 niños), nódulos subcutáneos (4 niños) y carditis (77 niños), 66 con soplo sistólico de insuficiencia mitral, 12 con soplo diastólico de insuficiencia aórtica, 6 con soplo mitral y aórtico, dos con estenosis mitral y uno con frote pericárdico.

Los medicamentos usados fueron: penicilina benzatínica (1.200.000 U cada 21 días) en 101 casos; sulfas de acción prolongada, 500 mg al día, un caso; corticosteroides 2 mg/kilo al día, 25 casos; ácido acetil salicílico, de 65 a 100 mg por kilo al día, 29 casos; fenobarbital 5 mg/kilo al día, 10 casos; haloperidol de 50 a 100 mg por kilo al día, 8 casos. De los 102 casos analizados, 39 de ellos necesitaron tratamiento odontológico. Dicho tratamiento fue el siguiente: en 14 pacientes, extracciones dentales u otras cirugías; 27 pacientes con operatoria dental; 3 pacientes con periodoncia y uno con prótesis. Treinta y cuatro de estos tratamientos se realizaron en instituciones hospitalarias y cinco en práctica privada.

Todos los pacientes bajo tratamiento dental en instituciones fueron premedicados con dosis adicional de antibióticos antes y después de la intervención. Los pacientes que acudieron a consulta odontológica privada no recibieron premedicación antibiótica adicional.

Ningún paciente desarrolló endocarditis infecciosa posterior al tratamiento dental por la premedicación que se dió a nivel institucional, de acuerdo con las recomendaciones establecidas por la Asociación Americana de Cardiología. Todos los casos fueron observados en el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica por el período de un año.

DISCUSION

Estudiados los datos de nuestra investigación se observa que ningún paciente desarrolló endocarditis infecciosa posterior a un tratamiento dental (quirúrgico o no), ya que todos estaban premedicados con antibióticos y otros medicamentos. Cinco de ellos fueron atendidos en consultorios dentales privados y no recibieron premedicación adicional antes del tratamiento con penicilina benzatínica, no así a los atendidos a nivel hospitalario. Ninguno de estos dos grupos presentó secuelas. Surgen, sin embargo, las siguientes interrogantes:

¿Preguntó el odontólogo de práctica privada a su paciente o familiares sobre un antecedente de fiebre reumática, previo tratamiento dental?

¿Informaron el paciente o sus familiares al odontólogo sobre su padecimiento antes de la intervención dental?

Al no tener una contestación a estas dos preguntas y observar los resultados, asumimos que no se desarrolló ninguna endocarditis bacteriana subaguda en esas personas, gracias a la premedicación recibida a nivel institucional.

Se hace énfasis en este detalle y en la responsabilidad del odontólogo al interrogar a sus pacientes sobre enfermedades reumáticas recientes, antes de cualquier intervención dental, por simple que sea.

ABSTRACT

One hundred and two patients with a history of rheumatic fever and cardiovascular sequelae were observed during one year at the Cardiology Service of the "Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera, San José, Costa Rica", to determine if antibiotic therapy used before any dental treatment was indicated to prevent cardiovascular problems.

Thirty nine patients of the group received dental treatment. None of them developed subacute bacterial endocarditis with the premedication used at the hospital.

BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar, F.; Suárez, R. Cardiología reumática (estudio clínico epidemiológico) *Arch. del Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia*. 1981; 1:19-23.
2. American Heart Association. Prevention of bacterial endocarditis. *J.A.D.A.* 1972; 85:1377-1379.
3. Bahn, S.; Goveia, G. Experimental endocarditis induced by dental manipulation and oral streptococci. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path* 1978; 45:549-559.
4. Falace, D.; Ferguson, T. Bacterial endocarditis. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path*. 1976; 42:189-195
5. Fallas, M. Epidemiología de la fiebre reumática y de la cardiopatía reumática. *Rev. Med. de Costa Rica* 1965; XXII: 399-408.
6. Little, J.W. Management of the patient with a history of rheumatic Fever in Dental Practice. *J. Oral Med.* 1978; 33:47-53.
7. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de la fiebre reumática en la comunidad. *Boletín* 1980; 399:4-11.
8. Robins, S.L. *Patología estructural y funcional*. Ed, Interamericana, México. 1975; 639-647.
9. Satinga, J.T., Fekety, R. R. Antibiotic prophylaxis for endocarditis in patients with a prosthetic aortic valve. *J.A.D.A.* 1976; 93:1001-1005.