

Un piercing en el corazón

Sr. Director: Antiguas tradiciones, como tatuar el cuerpo y colocarse un *piercing*, están cada día más en auge como técnicas estéticas, sobre todo en las poblaciones jóvenes. A pesar de que los portadores consideran que son procedimientos inocuos, se está demostrando que constituyen técnicas de riesgo para el contagio de enfermedades infecciosas¹. Una de ellas es la endocarditis infecciosa (EI), principalmente en personas con alteraciones previas de la estructura cardíaca². La prevención primaria de EI está a la orden del día y debería realizarse siempre y cuando sea posible³.

La EI consiste en un proceso bacteriano primario o secundario a una infección en otra localización (neumonía, infecciones urinarias, etc.), procedimientos agresivos que involucran superficies cutaneomucosas (cirugías, intervenciones odontológicas, tatuajes, *piercing*, etc.)³. Si bien los casos de EI secundarios a la colocación de *piercing* son escasos, están bien documentados y se hallan en aumento debido al incremento en el número de *piercing* debido a la gran aceptación social de este fenómeno^{1,2,4}.

En la mayor parte de los casos publicados, los pacientes que sufrieron EI secundaria a la colocación de un *piercing* presentaban como afectación cardíaca subyacente, un «murmullo sistólico». Los síntomas iniciales aparecieron, en general, un mes después de la colocación del *piercing*, y eran inespecíficos: síntomas gripales, fiebre, mialgias, náuseas, vómitos, dolores de cabeza, diarrea, disnea, tos productiva, artralgias, etc. Gracias a la identificación y aislamiento de microorganismos, se sabe que el espectro microbiológico causante de EI es muy amplio y varía según el lugar de implantación del *piercing*. *Staphylococcus* y *Streptococcus* son los principales causantes de esta enfermedad (tabla 1)^{1,2,4}.

Tras la aplicación de una buena antibioterapia específica para cada organismo y el requerimiento en algunos casos de tratamiento quirúrgico posterior, todos los pacientes se recuperaron.

Aunque la endocarditis puede desarrollarse en cualquier individuo, incluso en personas

TABLA 1. Profilaxis de endocarditis infecciosa previa a la colocación de un *piercing*

Localización	Gérmenes*	Profilaxis antibiótica
Oreja	<i>Staphylococcus epidermidis</i> Estreptococo β-hemolítico grupo A	1. Amoxicilina 2-3 g v.o. 1 h antes (dosis única) o 2. Ampicilina 2 g i.m./i.v. 30 min antes o 3. Clindamicina 600 mg 1 h antes v.o.
Ceja	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	
Nariz	<i>Staphylococcus aureus</i>	
Pezón		
Ombiligo		
Lengua	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	
Labio	<i>Neisseria mucosa</i>	
Mejilla	<i>Haemophilus aphrophilus</i>	
Genitales	<i>Staphylococcus aureus</i>	1. Ampicilina 2 g i.m./i.v. + gentamicina 1,5 mg/kg i.m./i.v. 30 min antes repetir a las 6 h o 2. Vancomicina 1 g i.v. + gentamicina 1,5 mg/kg i.m./i.v. 30 min antes repetir a las 12 h

*Gérmenes relacionados en la bibliografía con la endocarditis infecciosa secundaria a la colocación de un *piercing*, según la localización.

sin defectos cardíacos, hay una lista de condiciones que permite clasificar a los pacientes en función del riesgo cardíaco. Se considera que los pacientes con un riesgo cardíaco despreciable son los que presentan un riesgo de desarrollar endocarditis igual que el de la población general. Considerando que en la población pediátrica los soplos inocuos pueden definirse perfectamente con la auscultación, en la población adulta sería oportuna y posiblemente necesaria la realización de un ecocardiograma para confirmar que el murmullo es inocuo. Los pacientes con murmullo inocuo tienen el corazón estructuralmente normal y no requieren profilaxis^{3,5}.

Todo ello nos lleva a concluir que es recomendable instaurar una profilaxis antibiótica asociada al *piercing* para disminuir la aparición de EI en las personas que realizan esta actividad, sobre todo si presentan alteraciones estructurales cardíacas. La incisión quirúrgica en sí no requiere ninguna profilaxis antibiótica sistemática, salvo la propia limpieza de la cirugía; en la actualidad no se recomienda ninguna profilaxis antibiótica para perforar la oreja. Sin embargo, la profilaxis para otras partes del cuerpo ha de ser más dirigida o específica, sobre todo si tenemos en cuenta que los *piercing* se suelen colocar fuera de las escenas médicas profesionales, lo que incrementa el riesgo de bacteriemia transitoria^{1,3,6}.

Aunque hoy día no se ha llegado a ninguna pauta fija para este procedimiento, no

sería irracional aplicar los mismos antibióticos que los que previenen la EI por otras causas (tabla 1). Asimismo, una buena información, tanto por parte del personal sanitario como del *piercer* en relación con las medidas de higiene asociadas a la colocación y cuidados posteriores de los *piercing*, al igual que sobre las posibles consecuencias, puede ayudar a reducir la incidencia de esta enfermedad^{1,3-6}.

E. Rojo Rodríguez^a, A. Rodríguez Rodríguez^a y S. Pérez Cachafeiro^b

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Área 7 IMS. Madrid. España. ^bPAC Terra de Montes. Sergas. Pontevedra. España.

1. Pérez Cachafeiro S, Atitar de la Fuente A, Díez Pérez MD, Montero Vacas N. Perforaciones inconscientes: breve descripción del fenómeno de *piercing* y sus posibles complicaciones. *Aten Primaria*. 2003;32:535-40.
2. Millar BC, Moore JE. Antibiotic prophylaxis, body piercing and infective endocarditis. *J Antimicrob Chemother*. 2004;53:123-6.
3. Vallés F, Anguita M, Escribano MP, Pérez Casar F, Pousibet H, Tornos P. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en endocarditis. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:1384-96.
4. Smith RA, Wang J, Sidal T. Complications and implications of body piercing in the head and neck. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 10:199-205.

Palabras clave: Enfermedad infecciosa. Enfermedad cardíaca. Endocarditis.

5. Stucki C, Mury R, Bertel O. Insufficient awareness of endocarditis prophylaxis in patients at risk. *Swiss Med Wkly.* 2003;133:155-9.
6. Botchway C. The need for standardization of practice among tongue piercers. *J Can Dent Assoc.* 2001;67:18-9.

Lo peor de perder un partido no es perder...

Sr. Director: En nuestros pocos años de experiencia profesional hemos tranquilizado en varias ocasiones a pacientes inquietos por rumores que han escuchado en los medios de comunicación (MC) acerca de enfermedades horribles, fármacos letales, etc. En la mayoría de los casos con razón, pero en varias ocasiones nos hemos tenido que morder la lengua.

Todos hemos tenido algún paciente que, viendo la televisión, se ha enterado de una campaña sanitaria que va a tener lugar en los

Palabras clave: Información. Medios de comunicación. Pacientes inquietos.

próximos meses; y después, viene preguntando por ella para encontrarse con la cara de póquer de su médico que le responde: «pues todavía no nos ha llegado ninguna noticia». Pero lo que nos motiva a escribir esta carta es el caso de fármacos que han sido retirados.

Primero fue la cerivastatina y «donde dije digo, tuve que decir Diego». El día antes de la retirada de rofecoxib (Vioxx®), una paciente me preguntó por los rumores que había oído en la radio acerca de dicho fármaco; la tranquilicé, porque al centro de salud (CS) no había llegado ninguna noticia, y asumí que se refería a la disputa que originó el estudio VIGOR (naproxeno frente a rofecoxib) en su día. Un día después, cuando llegué a trabajar, un compañero me avisó que, ¡según la radio!, el laboratorio MSD lo había retirado del mercado. Como trabajo en el turno de tarde, supuse que ya tendría alguna notificación en mi buzón. Craso error: sólo estaban las analíticas sempiternas. Llamé a una compañera para comunicárselo y me respondió: «pues acabo de recetar uno».

Un entrenador de fútbol dijo una vez: «lo peor de perder un partido no es perder, sino la cara de tonto que se te queda». Aquí

no pierde nadie, excepto el paciente y nuestra credibilidad frente a él. En cuanto a la cara de tonto, pues...

Sé que el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) no puede adivinar las intenciones de un laboratorio particular, pero lo que sí puede hacer es mantenernos informados de manera rápida y eficaz. Es increíble que tengamos que enterarnos por los pacientes, los medios de comunicación o en una «charla de pasillo» de medidas de este tipo. Asumo que hay una estructura piramidal de información en la que el MSC se encuentra en el vértice y los CS en la base. No sé si el ministerio envió la información o se detuvo por el camino. El caso es que cuando llegué al CS, en mi buzón no había nada (y no fui el único). Espero que el flujo de información se agilice y en el futuro no tenga que temblar cuando un paciente me pregunte por «un rumor que ha oído en la radio».

**S. Machín Hamalainen^a
y M.A. Gómez Medina^b**

^aCentro de Salud El Espinillo. Área 11. Madrid. España. ^bCentro de Salud Delicias. Área 11. Madrid. España.