

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XXXII

SAN JOSE, COSTA RICA
Número 378
NOVIEMBRE DE 1965

Tomo XXII

Epidemiología de la Fiebre Reumática y de la Cardiopatía Reumática

Por
Dr. Marcial Fallas V. *

PRIMERA PARTE

INTRODUCCION

Gracias a un número de contribuciones hechas en los últimos treinta años se dispone en la actualidad de un conjunto significativo de conocimientos acerca de la Fiebre Reumática que permiten delinear ciertas características de la enfermedad y derivar conclusiones prácticas de trascendencia inmediata en los dominios de la salud pública.

Util como es la información de que se dispone, dista mucho de ser completa, no está aún debidamente ensamblada y hay todavía imprecisión manifiesta en muchos de sus elementos. En lo que a Epidemiología se refiere, el Panorama de la Fiebre Reumática tiene lagunas, y aún cuando se ponen de relieve ciertos detalles, muchos permanecen en la oscuridad; esto es más evidente en países como el nuestro en donde las fuentes de información a este respecto no existen, excepto los pocos datos que se pueden recoger en el Hospital San Juan de Dios. En otros países como en México, por ejemplo, las fuentes de información son escasas.

Tres hechos principales han contribuido a que no se disponga en la actualidad de toda la información necesaria, y son los siguientes:

1.—La variabilidad del cuadro clínico de la Fiebre Reumática y la falta de criterio uniforme para diagnosticarla y designar sus diversas modalidades y consecuencias.

2.—El no estar la Fiebre Reumática incluida entre las enfermedades de declaración obligatoria, salvo en muy pocos países, entre ellos, Noruega, Dinamarca, Islandia e Inglaterra.

* Profesor Cátedra de Medicina Preventiva Escuela de Medicina U. C. R.
Subdirector Depto. Epidemiología Ministerio de Salubridad Pública.

3.—El desconocimiento del agente causal de la enfermedad y el que muchos de los estudios del problema han sido tardos o reacciones en incorporar a su doctrina de trabajo la convicción de que el estreptococo hemolítico tiene papel fundamental en la génesis de la presentación inicial y de las recaídas de la Fiebre Reumática.

Afortunadamente los criterios diagnósticos señalados por Jones y posteriormente, con ligeras modificaciones, aceptados por diversas organizaciones médicas (Informes del Comité de Expertos de la O. M. S.) se han venido divulgando cada vez más, permitiendo en esta forma la unificación del juicio diagnóstico en forma internacional; a la vez se ha depurado, uniformado y simplificado la nomenclatura de modo apreciable, aun cuando diste mucho de ser completamente satisfactorio y universalmente aceptada y utilizada.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

En todos los países se concede cada día mayor importancia a las afecciones cardiovasculares desde el punto de vista individual, ampliando y perfeccionando los medios de diagnóstico y tratamiento, pero especialmente en el aspecto social, considerando el problema sanitario que plantean, creando asociaciones para prevención de las cardiopatías y tratando de lograr rehabilitación del enfermo, que con motivo de su cardiopatía, ha quedado con una incapacidad laboral.

El número de enfermos cardíacos aumenta en los últimos años, sobre todo en los núcleos urbanos de población, no sólo por el progreso que se ha realizado en los medios de diagnóstico, que permiten conocer un gran número de casos que antes pasaban inadvertidos y por el aumento del término medio de la vida humana como consecuencia de la desaparición de otras afecciones, sobre todos las infecto-contagiosas, sino también y principalmente por un incremento real de las cardiopatías debido a que el medio ambiente en la vida moderna, crea una serie indefinida de nuevos traumatismos para el aparato cardiovascular. Este hecho se comprueba en la mayoría de los países y ha permitido a DUBLIN afirmar que en Estados Unidos casi la mitad de los nacidos está destinada a morir por afecciones cardíacas. WHITE ha podido demostrar que en Estados Unidos donde la mortalidad general ha descendido de 1.468 por 100.000 habitante en el año 1910, a 1.076 en 1940, la mortalidad por cardiopatías, que era de 131, se ha elevado a 420.

Entre las cardiopatías constituye uno de los más importantes el de las lesiones producidas por el reumatismo cardioarticular agudo o enfermedad de Bouillaud; es especialmente importante esta afección porque aparece en las primeras décadas de la vida. Según GRIFFITH es la causa de muerte que más defunciones ocasiona entre los cinco y los diecinueve años. Pero la mortalidad no es más que una pequeña parte del problema que plantean las cardiopatías reumáticas, pues la verdadera gravedad reside en que esta afección limita o destruye la capacidad laboral de los enfermos generalmente en la segunda y tercera décadas de su vida, en que mayor rendimiento puede esperarse de estas personas. GRIFFITH encontró entre 1.000 personas rechazadas en California al solicitar empleo, por presentar lesiones cardiovasculares, que el 69 por 100 de ellas tenían fiebre reumática o lesiones cardíacas de esta etiología. La incidencia de cardiopatías reumáticas es de 2 por 1.000 en Cincinnati; 3,9 por 1.000 en Philadelphia; 8,8 por 1.000 en la ciudad de Nueva York, y 2,2 por 1.000 en San Francisco.

SHEARER y colaboradores en 1952, realizaron un estudio en 3.645 estudiantes de la Universidad de Colorado, encontrando cardiopatías orgánicas en el 1,2 por 100, correspondiendo el 0,7 por 100 a lesiones reumáticas.

En Inglaterra, según PUGH, son atacadas anualmente de reumatismo agudo de 45.000 escolares, y GRAY HILL manifiesta que de cada 100 niños de cinco a trece años de edad, dos contraen la enfermedad de Bouillaud, y la mitad de ellos presentan complicaciones cardíacas. Entre 124.725 escolares de Gloucestershire, el 9,9 por 100 presenta cardiopatías reumáticas, y entre 11.228 escolares de Middlessex se encontró el 5 por 1.000 con localizaciones cardíacas del reumatismo.

En Francia según Langlois, el reumatismo poliarticular agudo sería la causa del 90 por 100 de las cardiopatías comprobadas entre uno y diez años y el 80 por 100 de las que se inician entre diez y veinte años. El mismo autor cita cifras semejantes para Estados Unidos, donde el 85 por 100 de las cardiopatías en niños de Nueva York serían de origen reumático. FINDLAY considera que la participación es mucho más elevada y que se elevaría al 96,7 por 100.

En los países escandinavos, la frecuencia del reumatismo cardioarticular se encuentra entre 1 a 3 por 1.000.

En Italia, CHIGNOLI y PORTELLA, en 1952, realizaron una investigación en un grupo de 1.398 alumnos de las escuelas de se-

gunda enseñanza de Nápoles comprendidos entre los diez y diecinueve años de edad. Encontraron en ellos 26 cardiopatías adquiridas, es decir, el 1,84 por 100. La frecuencia del reumatismo como agente etiológico resultó superior al 80 por 100.

KEITH afirma que del 0,9 a 1,36 por 100 de los escolares norteamericanos, del 0,1 al 2,08 de los escolares británicos y del 0,26 al 3,92 de los canadienses estarían afectados de cardiopatía reumática.

En el reconocimiento militar del ejército norteamericano con motivo de la guerra (1943) fueron rechazados por enfermedades cardiovasculares el 5 por 100 de los reclutas. De ellos, más del 50 por 100 lo fueron por afecciones valvulares de etiología reumática (LEVY y colaboradores). SHAFFER, en 1945, también en soldados durante la segunda guerra mundial encontró entre 25.000 casos, jóvenes de dieciocho, treinta y siete años, una incidencia de cardiopatías reumática del 1 por 100.

CONTRATO, en 1943, entre 2.856 estudiantes varones de la Universidad de Harvard, encontró una incidencia de 0,3 por 100, y COLE, en 1941, entre 28.139 estudiantes de la Universidad de Wisconsin un 0,8 por 100.

DATOS ESTADISTICOS

Los datos suministrados a continuación han sido tomados del anuario Estadístico de Costa Rica correspondiente al año 1962, por no haber aparecido aún los Anuarios correspondientes a los años de 1963 y 1964. Asimismo nos hemos servido de datos tomados de la Campaña Nacional para la prevención de la Fiebre Reumática que con tanto éxito se lleva a cabo actualmente en México.

A.—De población en edad escolar (6 a 14 años)

- 1.—En México de cada 1.000 niños aparentemente sanos, un promedio de 11 han resultado con Fiebre Reumática.
 - 2.—De cada 10 niños que han padecido de Fiebre Reumática, alrededor de 7 recaen en el curso de los dos años subsiguientes.
 - 3.—De cada 10 niños con Fiebre Reumática, aproximadamente 7 quedaron con lesiones cardíacas demostrables.
-

B.—De la población en general.

1.—En el año 1962 fallecieron en Costa Rica (casos conocidos por el Departamento de Estadística y Censos o sea casos notificados), un total de 61 personas de Fiebre Reumática o sus complicaciones, y el desglose de este dato es el siguiente:

a.—Fiebre Reumática sin mención de complicación cardíaca	4
b.—Pericarditis reumática activa	1
c.—Endocarditis reumática activa	2
d.—Miocarditis reumática activa	1
e.—Fiebre Reumática activa con complicaciones cardíacas de otros tipos y múltiples	4
f.—Valvulopatía mitral post-reumática	33
g.—Valvulopatía aórtica especificada como reumática	1
h.—Otras endocarditis especificadas como reumáticas	4
i.—Otras cardiopatías especificadas como reumáticas	11
TOTAL	61

2.—La mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en Costa Rica, ha ocupado el segundo o el tercer lugar en importancia desde 1953 a 1962.

3.—Una tercera parte de las defunciones por enfermedades del corazón, son de origen reumático.

4.—Solamente los datos suministrados por el Hospital San Juan de Dios, correspondiente a los años 1963 y 1964 (hasta el 16 de junio), arrojan las siguientes cifras:

Años	Número de casos		
	Hombres	Mujeres	Total
1963	73	154	227
1964	53	85	138

5.—La consulta externa de Cardiología y los Servicios del Hospital Nacional de Niños atienden un número considerable de casos, pero los datos aún no pueden ser conocidos por razones obvias (El Hospital apenas comenzó a prestar sus servicios en el mes de junio de 1964).

Una de las características más interesantes del reumatismo cardiorarticular es que un buen número de casos en su comienzo

passa inadvertido. La fiebre reumática se inicia generalmente por una infección de las vías respiratorias superiores. A causa de la frecuencia de los síntomas respiratorios en la población general, ni el paciente ni el médico consideran grave esta afección respiratoria aguda, que presenta sólo síntomas moderados y que en la mayoría de los casos dura sólo cinco o seis días.

El episodio ha pasado como una gripe o catarro, pero ha dejado su marca indeleble en el corazón primeramente en forma de una pancarditis con los típicos nódulos de Aschoff y una valvulitis verrugosa que, más tarde, origina cicatrices que darán afecciones valvulares con las incapacidades consiguientes para la función cardíaca.

Esta lesión cardíaca adquiere intensidad suficiente como para producir síntomas auscultatorios en un 50 por 100 de los pacientes de fiebre reumática. Pero probablemente la afección cardíaca se produce también en algunos pacientes que no muestran síntomas ni signos de fiebre reumática, pero la frecuencia de estos casos es aún desconocida.

Otras veces la afección que ha presentado la forma florida de la fiebre reumática, o la de una corea de Sydenham, ha sido curada insuficientemente teniendo en cuenta más sus manifestaciones articulares o nerviosas y permitiendo al enfermo abandonar el lecho o interrumpir el tratamiento antes de que hubieran curado sus lesiones cardíacas, que seguirán su curso originando las valvulopatías residuales que harán del enfermo un incapacitado.

También es de gran importancia el hecho de que un paciente que ha tenido uno o más ataques de la enfermedad, está especialmente predispuesto para tener un nuevo brote reumático con una nueva lesión cardíaca después de otra infección estreptocócica.

Todos los datos sobre la etiología patogénica, inmunología y bioquímica de la fiebre reumática que desde hace unos veinticinco años se han venido acumulando, aunque no han aclarado totalmente el problema etiológico del reumatismo, han permitido actuar con éxito en la prevención de esta afección. Y es en este aspecto donde se ha realizado un avance más significativo y donde mayores esperanzas pueden forjarse frente a este problema de tan enorme importancia sanitaria y social.

ETIOPATOGENIA

No podemos hablar de la etiopatogenia de la endocarditis en particular sin referirnos a la de la fiebre reumática o reumatismo cardioarticular agudo, proceso general del organismo, del que la endocarditis reumática no es más que una de las localizaciones más importantes.

FACTORES ETIOLOGICOS

Son muchos, generalmente, los factores etiológicos responsables en mayor o menor grado de la mayoría de las enfermedades que conocemos, pero en pocas es esta afirmación tan cierta como en el reumatismo cardioarticular agudo. Conocemos múltiples y dispares factores que intervienen en su producción y consideramos que es necesaria la concurrencia de ellos para que se origine la afección reumática; pero no podemos hablar del agente etiológico de esta afección reumática; pues su etiopatogenia se encuentra aún en el período de hipótesis y teorías más o menos confirmadas por observaciones clínicas y estudios experimentales.

CIRCUNSTANCIAS DEL MEDIO

a.—Frecuencia y distribución geográfica.

No siendo la fiebre reumática enfermedad de declaración obligatoria en todos los países no se dispone de información directa de la incidencia y prevalencia del mal, pero pueden estimarse como base las encuestas hechas en diversos grupos de población, la proporción de internamiento que por fiebre reumática se registran en los hospitales generales y en los centros especializados de pediatría y de cardiología y las estadísticas de mortalidad.

El cuadro número 1 permite juzgar la frecuencia de las cardiopatías registradas en varias partes del mundo. Puede apreciarse la gran importancia etiológica de la fiebre reumática como productora de cardiopatías. En México llega al grado de que por lo menos uno de cada tres cardíacos lo es debido a la fiebre reumática. Cuadro N° 1.

Se puede tener también una idea de la importancia social y de la frecuencia relativa de la fiebre reumática en distintas partes del globo comparando los resultados de diversos estudios hechos en grupos de población seleccionados, como se ve en el cuadro número 2.

Ampliamente difundida en todo el globo y sin que exista ningún estudio que demuestre que tiene predilección por alguna raza determinada, la fiebre reumática tiene frecuencia y modalidades distintas de acuerdo con el medio geográfico y el clima.

Común en Inglaterra y Francia, es rara en las posesiones tropicales de esos mismos países.

Cuadro N° 1

FRECUENCIA DE LAS CARDIOPATIAS REUMATICAS COMPARADAS CON EL TOTAL DE CARDIOPATIAS EN DIVERSAS PARTES DEL MUNDO

Localidad	Porcentaje de Cardiopatías reumáticas	Fuente de Información y año del estudio		
Argentina (Buenos Aires)	18.2%	Cossio,	1943	19
Brasil (Sao Paulo)	27.7%	Tranchesi y Cols.	1951	79
E. U. A. (Galveston)	6.5%	Hucheson y Cols.	1953	35
E. U. A. Nueva Inglaterra	23.5%	White,	1953	84
Filipinas	52.3%	Alimurung,	1954	1
Francia	cerca 40.0%	Fromet,	1948	28
Inglaterra (Londres)	20.0%	Wood,	1956	38
México	27.7%	Chávez I. y Montejano	1954	22
Perú Lima	9.8%	de Célis,	1952	23
Puerto Rico	17.4%	Suárez,	1945	75

Cuadro N° 2

FRECUENCIA DE LA FIEBRE REUMATICA EN ESTUDIOS DE GRUPOS
SELECCIONADOS DE POBLACIONES

Localidad	Número de reumáticos por cada 1000 habitantes	Población estudiada	Fuente de Información y año del estudio
Argentina (Buenos Aires)	1.5	estudiantes	Macera y Ruchelli 1940 (44)
E. U. A. (en general)	11.6	104.163 estudiantes de bachillerato	Hedley 1938 (31)
E. U. A. (Colorado)	6.7	11.236 niños de	Maresh Dodge, 1952 (47)
E. U. A. (Florida)	5	1.001 niños de 10 a 16 años	Sasiaw y cols. 1950 (69)
Holanda (Rotterdam)	2.5	84.674 niños (edad escolar)	Van der Meer y Quispel 1955 (80)
Inglaterra (Londres)	26	22.800 menores de 15 años	Bach, F. y cols. 1939 (5)
Israel	1.5	60% de la población general	Braun y cols. 1953 (9)
Israel	7	Población de 6 a 18 años	Braun y cols., 1958 (9)
Italia (Turin)	16.5	2.0000 de 9 a 18 años	Robacchi, A y Cartesegna, F. 1955 (65)
México (D. F.)	7	10.000 niños y jóvenes	Chávez I. y cols. 1957 (21)
Polonia	20	10.000 niños edad escolar	Bogchanovics 1955 (8)
Portugal	12	3.500 niños de 7 a 12 años	Faleiro y Texeira 1955 (26)

En un estudio comparativo de la incidencia de fiebre reumática en Miami, Florida y en los estados norteamericanos de la costa norte del Atlántico, Nichol encontró que el porcentaje de internamientos debidos a fiebre reumática era de 0.13% en los hospitales de Miami en tanto que alcanzaba 1.4% en los centros hospitalarios de Boston. El cuadro número 1 muestra la gran diferencia que existe entre el porciento que corresponde a las cardiopatías reumáticas entre el total de las cardiopatías registradas en Galveston (6.5 y el mismo índice en los estados de Nueva Inglaterra (23.5%).

Por otra parte, la mortalidad regional por fiebre reumática, de 1931 a 1941, en la población de 5 a 19 años de los Estados Unidos de Norteamérica, muestra claramente el mismo hecho. Mientras que en Nueva Inglaterra la mortalidad fue de 12 por 100.000 y alcanzó a 17.4 por 100.000 en los estados de la porción media de la costa del Atlántico, sólo fue de 9.8 en los estados surianos que ven al Atlántico y al Golfo de México.

La experiencia ganada en la última guerra muestra que el personal de las fuerzas armadas sufrió notablemente más fiebre reumática en los estados del noroeste (388 casos en 100.000 soldados) que en los del sureste (43 casos en 100.000 soldados) de los Estados Unidos de Norteamérica.

Influencia de las estaciones del año.

La fiebre reumática tiene clara relación con las estaciones del año. Todas las observaciones concuerdan en señalar la incidencia mínima de la enfermedad en la temporada de clima más benigno en la localidad de que se trate.

Las observaciones de la Dra. Wilson durante 1927 a 1932 y de 1933 a 1937 marcan el mínimo de recaídas reumáticas en Nueva York durante los meses de verano y el máximo en la estación invernal.

En los centros de adiestramiento naval de los E. U. A., durante la última guerra también se registró el mínimo de casos durante el verano. El máximo acaeció durante el invierno y la primavera.