Introducción al Tema de las Enfermedades Coronarias*

por

Dr. Eugenio García Carrillo

Este año se ha publicado en París una obra popular consagrada al estudio de la llamada "epidemia del siglo XX, la muerte súbita". Así comprendemos que el tema a tratar esta noche, lo sea verdaderamente de actualidad, ya que entre las causas frecuentes de muerte más o menos rápida o imprevista, se encuentra la cardiopatía coronaria.

Parece existir cierta coincidencia en el siglo actual entre el desarrollo de la electrocardiografía y la caracterización de por lo menos una forma de la coronariopatía. En efecto, en estos años se cumplen 60 años de la introducción en la clínica cardiológica del galvanómetro de cuerda por Willem Eithoven y es harto conocido el trabajo de divulgación clínica del infarto del miocardio por el norteamericano Herrick (1919) y la escuela de investigadores anglosajones que siguió. Cuenta Levy que antes del informe de Herrick, en el Hospital Presbiteriano de New York, entre 1910 y 1919 se hizo el diagnóstico de enfermedad coronaria siete veces entre más de cuarenta mil admisiones al Hospital. En cambio, ya en 1920, un año después de Herrick, el diagnóstico se hizo once veces.

En 1938 cuando comenzamos nuestra práctica, nadie hablaba del infarto del miocardio; en cambio hoy, los internos diagnostican "cardiosclerosis", la antigua "miocarditis crónica", con una implicación de enfermedad coronaria arterioesclerótica, demostrada o no.

El infarto del miocardio, una de las formas importantes en la clínica de la coronaritis, a veces ocasiona extraordinarias arritmias.

* Mesa redonda auspiciada por la Asociación de Medicina Interna, Oct. 5, 1961. Biblioteca del Hospital de la Caja Costarricense de Seguro Social. Correlatores Dres. R. Vinocour G. y R. Cordero Z.

Nosotros mismos, deseosos de vulgarizar entre los miembros de la profesión médica en éste país, el interés del diagnóstico electrocardiográfico en tales casos, publicamos en 1938 y en 1942, dos observaciones, ambas mortales. Precisamente, cabe recalcar la anécdota, del primer caso tuvimos la sugerencia diagnóstica de nuestro recordado amigo y compañero de internado, Dr. Jiménez de la Guardia, quien murió años después de la misma causa.

Como dice Beck, hay dos tipos de muerte en la enfermedad de las coronarias: uno es el ataque cardíaco fatal, por fibrilación ventricular, que es debido a corrientes eléctricas generadas en el corazón mismo; el otro tipo se debe a degeneración e insuficiencia del músculo. Es pues el nudo del problema de la muerte súbita y el no menos gravoso de la insuficiencia coronaria crónica acompañada de cicatrices miocárdicas. Precisamente el asunto de la fibrosis miocárdica con arterias coronarias aparentemente sanas, es problema que nos ha hecho cavilar bastante tiempo, sin que se haya llegado, que sepamos, a tener una idea clara al respecto.

Para contribuir al conocimiento en nuestro medio, en 1958 publicamos un trabajo con el malogrado Dr. Lueros sobre la arterioesclerosis como causa de morbilidad y de mortalidad. Desgraciadamente los datos estadísticos, aunque interesantes, son sujetos a muchos errores, y precisamente un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud, en un Informe (1958) afirma:

"Los estudios anatomopatológicos relacionados exclusivamente con la frecuencia de la arterioesclerosis proporcionan sólo una información parcial. La relación entre las alteraciones ateroscleróticas de diferentes vasos y los órganos que irrigan no es nada simple, ya que puede existir aterosclerosis grave sin lesión del órgano interesado y, por el contrario, un grado ligero de aterosclerosis puede provocar oclusión vascular y un infarto mortal. Como no siempre se distingue claramente entre aterosclerosis de los vasos coronarios e infarto del miocardio, carece de precisión un diagnóstico clínico y anatomopatológico de "cardiopatía coronaria". Los registros de casos de infarto establecidos clínicamente no son siempre válidos, como norma, para determinar la incidencia de las cardiopatías debidas a la aterosclerosis, ya que algunos pacientes con oclusión coronaria pueden morir antes de que se produzca un infarto identificable. Además, los infartos asintomáticos del miocardio, que no son infrecuentes, pueden hacer difícil la correlación entre el diagnóstico clínico y los resultados de la autopsia. En algunas regiones, las cifras de mortalidad y los resultados de las autopsias pueden ser difíciles de interpretar por el hecho de que ciertas formas no identificadas de "cardiopatía" pueden no estar

reconocidas por la generalidad de los médicos como distintas del infarto del miocardio". (Subrayado nuestro, problema de la fibrosis miocárdica).

Antes de finalizar y pasar la palabra a los distinguidos colegas que van a intervenir en la discusión, creo útil que reflexionemos sobre el sentido de la voga, digámoslo así, de las enfermedades coronarias. ¿Qué sentido general tiene esa enfermedad en la época actual y qué lleva a publicar libros como "La Epidemia del Siglo XX"? A mi juicio, no traduce nada más que una preocupación añadida a la lista de aquellas que agobian nuestro tiempo y que caracterizan la angustia contemporánea. También indican el temor del envejecimiento y el apartarse de los goces del confort material. Así se ha establecido (Mathivat y Col.) que un infarto alrededor de los 41 años produce un envejecimiento de 25 a 35 años; alrededor de 51 años, un envejecimiento de 15 a 25 años; alrededor de 61, un envejecimiento de 10 a 15 años; alrededor de 71 años, un envejecimiento de 5 a 10 años. O sea que la enfermedad coronaria tiene mucho menor sentido de vejez en el viejo que en el joven, lo cual contribuye fuertemente al significado que atribuimos a dicho padecimiento en la actualidad.

Yo creo que la enseñanza, que no se hace, de una apropiada filosofía de la vida, puede ser un factor que a la larga aminore mucho la importancia del problema de la arterioesclerosis como enfermedad dismetabólica. Cuando llegue a no temerse la vejez no se temerá al infarto.

BIBLIOGRAFIA

LEVY, R. L., BRUENN, H. G., y KURTZ, D.: *Am. J. Med. Sc.* 187:376, 1934

BECK, C. S.: *Triángulo* 3:129, 1958.

INFORME TECNICO N° 143. Clasificación de las lesiones ateroscleróticas. O.M.S. Ginebra, 1958.

MATHIVAT, A., CLEMENT, D., y GIGNOUX, CH.: *Presse Méd.* 69:1580, 1961.

GARCIA CARRILLO, E.: El diagnóstico de infarto del miocardio. *Esta Revista* 3:284, 1938. Id.: Un caso de infarto del miocardio. *Ibid.* 5:139, 1942. Id.: La rareza del infarto del miocardio en el medio hospitalario. *Ibid.* 7:241, 1947. Id. (en colab. con Dr. P. Luros): Arteriosclerosis como causa de morbilidad y mortalidad en Costa Rica. *Acta Méd. Costar.* 1:97, 1958.