

Conferencia del Doctor E. García Carrillo

LA SIFILIS Y EL CORAZON

Estimados radioescuchas:

Mi buen amigo y colega, el doctor José Amador Guevara, ha tenido la bondad de solicitarme que les hable esta noche sobre el asunto de la sífilis en relación con el corazón. He creído mi deber colaborar con él en esta cruzada de ilustración popular sobre los males venéreos con el convencimiento de que únicamente la prevención y el tratamiento precoz podrán algún día reducir enormemente la frecuencia de estos padecimientos.

Es sin embargo, para el cardiólogo, un tema ingrato éste de la sífilis cardio-vascular. No ciertamente porque el asunto sea complicado o su exposición difícil frente a un auditorio no versado en cuestiones de medicina. Sino más bien porque la cardiología contemporánea aun no ha encontrado medios prácticos para realizar en sujetos afectados de una sífilis reciente, digamos entre 5 y 10 años, un diagnóstico precoz de envolvimiento sífilítico cardio-vascular, y también porque nuestros medios de tratamiento cuando ya el diagnóstico no ofrece ninguna duda, digamos en sífilis antiguas de 10 a 20 años, no son de valor decisivo.

El que no dispongamos actualmente de métodos de diagnóstico precoz, no quiere decir, desde luego, que siempre será así, porque la ciencia encuentra cada día nuevos procedimientos de diagnóstico o perfecciona los ya conocidos. Por otra parte, nuevas drogas aparecen aquí y allá, salidas de laboratorios oscuros o de centros maravillosamente dotados en instrumentos y medios de investigación, y que aportan sorprendentes adelantos a la terapéutica. Estamos, señores, precisamente en una época en que se tienen fundadas esperanzas en una sustancia de aplicación muy reciente en el tratamiento de la sífilis, y que tal vez abra horizontes insospechados para combatir la sífilis cardio-vascular. Quiero referirme, desde luego, a la penicilina.

Por el momento, les explicaré de modo resumido por qué nuestros procedimientos de diagnóstico precoz de la sífilis cardio-vascular son insuficientes, y si bien puedo aparecer pesimista en algunos aspectos, el cuadro un tanto sombrío de la sífilis cardio-vascular parece aclararse con la introducción de drogas nuevas como la penicilina u otras que posiblemente todavía están en proceso de gestación en los laboratorios, y mi pesimismo se torna en confianza cuando les diga dentro de un momento, cómo debe comprenderse actualmente la prevención de la sífilis cardio-vascular.

Para ser claro en lo que sigue, mencionaré algunos datos importantes sobre ciertos aspectos de la anatomía y de la fisiología del corazón y de los grandes vasos.

Anatomía y Fisiología

Ustedes no ignoran, ciertamente, que el corazón impulsa la sangre a través de conductos que a su salida del corazón tienen un calibre importante. Se trata de un par de arterias llamadas pulmonar y aorta. De éstas, únicamente la aorta lleva sangre oxigenada, y precisamente sus primeras ramas se reparten dentro del músculo cardíaco mismo, llamándose desde los tiempos de Galeno, coronarias, coronando en cierto modo al corazón. El hecho de que la sangre no retorna en parte al corazón al ser expelida, se debe a la existencia de una membrana móvil, situada al origen de la aorta (y de la arteria pulmonar), que deja pasar la sangre únicamente hacia la periferia. Las arterias coronarias nacen directamente de la primera porción, ascendente, de la aorta, por encima de tal membrana o válvula aórtica. Luego, la aorta se incurva a modo de cayado, y toma un curso descendente dentro del tórax. Quiero hacerles notar, desde ahora, la importancia de esa primera porción ascendente de la aorta, en estrecha relación con el corazón, de cuya cavidad no la separa nada más que sus válvulas; de la necesidad absoluta de que estas válvulas se ajusten perfectamente, no dejando retornar la sangre, lo cual implicaría una carga innecesaria para el corazón; y de la trascendencia de las arterias coronarias, por cuyo medio se irriga convenientemente el músculo cardíaco. A pesar de ser en número de dos, y de existir variados medios de comunicación entre las arterias coronarias y otros vasos sanguíneos, se comprende que una interrupción en el curso coronario, puede acarrear un daño irremediable para el músculo cardíaco, y desde luego, la posibilidad de muerte repentina o a corto plazo.

Añadiré, para completar este breve vistazo anatómico-fisiológico, que el corazón es un órgano adecuadamente protegido por un verdadero saco fibroso y que se llama con razón pericardio, que también envuelve hasta cierto punto la primera porción ascendente de la aorta, dificultando así la visualización de esta parte inicial e importante de la arteria.

La constitución de la pared arterial aórtica es generalmente suficientemente sólida como para soportar el impacto de la columna de sangre lanzada por el corazón en cada una de sus contracciones, para sobrellevar la carga tensional de esa columna líquida, y para equilibrar los vaivenes del pulso y de la fricción. Pero se comprende que si sobreviene un debilitamiento en la estructura del tubo aórtico, la pared tiende a abombarse, y se constituye de esta manera una bolsa de tamaño variable y de paredes frágiles, prontas a ceder. Decimos entonces que hay un aneurisma.

Ya provistos de estas nociones generales, podremos ahora señalar de manera comprensiva, el proceso patológico que constituye la llamada sífilis cardio-vascular.

Anatomía Patológica

El problema de la sífilis y el corazón, se reduce, señores, a apreciar cómo tal enfermedad ataca la primera porción, estratégica, de la aorta. Y digo la primera porción únicamente, porque si bien lo que afecta a la porción

inicial de la aorta vale asimismo para otros segmentos de esta arteria, ocupa ésta el primer lugar entre las localizaciones sífilíticas aórticas, y porque la sífilis que pudiéramos llamar propiamente del corazón, no es más, con contadas excepciones, que la repercusión cardíaca de la sífilis de la primera porción de la aorta.

Es un hecho curioso, esta predilección de la sífilis por las arterias, y en particular por la aorta, no siéndolo, sin embargo, para la arteria pulmonar. Pero no debe sorprendernos si nos situamos dentro del marco de la patología general, pues de no ser por la sensibilidad natural o adquirida de ciertos tejidos particulares para ciertas infecciones, no existiría la enorme variedad de enfermedades a que están expuestos nuestros órganos.

El proceso patológico sífilítico, es, en términos generales, de orden destructivo, en particular, en el tejido noble de sostén de la pared de la arteria, y al progresar deja como huella imborrable un tejido de cicatriz. La reacción esclerosa de vecindad altera profundamente las diversas capas de la pared arterial, y se complica ulteriormente con un proceso de índole degenerativa parecido al que tiene lugar en las arterias seniles, es decir, al de la llamada arteriosclerosis. Lo cual no quiere decir, desde luego, que toda arteriosclerosis sea sífilítica.

Entraremos ahora a considerar con mayor detenimiento, las modalidades de esta inflamación arterial aórtica de tipo sífilítico o aortitis, y que son: 1º, el aneurisma; 2º, el envolvimiento de las válvulas aórticas; 3º, el envolvimiento de las arterias coronarias; 4º, la llamada miocarditis sífilítica.

Ya hemos dicho, cómo se constituye un aneurisma, por abombamiento de la pared arterial cuando ésta se ha debilitado por alteración sífilítica, y no es necesario insistir más. Hemos también dicho que las válvulas aórticas obedecen a un ajuste perfecto de su cierre, pero se comprende que el debilitamiento patológico de la pared aórtica que las sostiene, puede ocasionar su abertura parcial en un momento inoportuno del ciclo cardíaco, dejando afluir la sangre en un sentido inverso al normal. Usualmente este mismo fenómeno ocurre por extensión directa del proceso inflamatorio sífilítico y secundaria retracción esclerosa de las válvulas. Es lo que se conoce con el nombre de insuficiencia valvular aórtica. La valvulitis sífilítica se encuentra en la tercera parte de los casos de aortitis sífilítica. Con lo que ya sabemos sobre el punto de origen de las arterias coronarias, nos es fácil comprender ahora que la aortitis sífilítica afecta fundamentalmente dentro de su proceso cicatricial y escleroso la boca de las coronarias, pudiendo ocasionar la obstrucción completa de la luz arteriolar, seguido de las graves consecuencias que esto entraña para la adecuada nutrición sanguínea del músculo cardíaco. En cuanto a la llamada miocarditis sífilítica, se considera actualmente que son precisamente los trastornos ocasionados por la aortitis sífilítica en la circulación coronaria, los responsables de algún proceso de tipo degenerativo que ocurra en estos casos en el propio seno del músculo cardíaco. Para ser más completos, señalemos de paso, como una modalidad de miocarditis, la posibilidad de desarrollo en el miocardio de una lesión un poco particular sobre cuyas características no insistimos, y que se llama goma. La goma sífilítica del corazón, es una rareza.

Para terminar esta corta reseña de la anatomía patológica de la sífilis cardio-vascular, queremos dejar, pues, claro el concepto de la aortitis sífilítica y de sus diversas modalidades como factor prácticamente único dentro del asunto que nos ocupa.

Así, planteado el problema de la sífilis cardio-vascular, fácil nos resultará discurrir sobre los aspectos clínicos y de diagnóstico.

Clinica

La clínica de la sífilis cardio-vascular fué durante muchos años, más o menos oscura. Esto se debió aparentemente a un concepto erróneo sobre la posibilidad de alteraciones viscerales de origen sífilítico. Sin embargo, a partir de los últimos años del siglo pasado, se tuvo ya una noción bastante clara sobre el asunto. Tal vez demasiado énfasis, se puso luego en la sífilis como causa frecuente de padecimientos cardio-vasculares, hasta el punto de que aun hoy, se encuentran bastantes médicos para los cuales cualquier soplo cardíaco o sensación dolorosa cardíaca y aun más todavía, un aspecto anormal de la aorta en una radiografía, implica necesariamente la sanción de un tratamiento antisifilítico. Es evidente que este modo de proceder no lo justifica la apreciación más cabal de los hechos. Por lo tanto, es bueno señalar cuáles deben ser las condiciones previas al diagnóstico de sífilis cardio-vascular.

Es posible sostener un diagnóstico de sífilis cardio-vascular cuando se presenta alguna de las siguientes posibilidades: 1º, antecedentes claros de infección sífilítica primaria, es decir, un chancro, y constatación posterior de aortitis pura o complicada, con envolvimiento de las arterias coronarias o de las válvulas aórticas; 2º, una lesión típica de la aorta, sin antecedentes de sífilis, pero con una reacción positiva de Wassermann en la sangre, siendo el caso frecuente en la mujer; 3º, una lesión estructural característica de la aorta asociada a otra lesión orgánica alejada de la esfera cardio-vascular, pero de tipo sífilítico, tal como la parálisis general o el tabes, pudiendo en este caso estar negativa la reacción de Wassermann y faltar los antecedentes netos de infección primaria sífilítica.

Es necesario, por lo tanto, ajustarse a un criterio definido antes de proceder a afirmar la naturaleza sífilítica de una afección cardio-vascular bajo la pena de caer en un error doble, terapéutico, sometiendo al enfermo a los riesgos de medicamentos no desprovistos de peligro, y social, con sus correspondientes repercusiones familiares.

Factores tales como la edad, el sexo y la raza, deben tomarse en consideración también. Siendo la sífilis cardio-vascular congénita en el niño una verdadera curiosidad médica, el diagnóstico de padecimiento sífilítico del corazón o de la aorta, no se hace generalmente antes de los 30 años de edad, suponiéndose que una sífilis de la adolescencia ya ha podido entonces afectar profundamente el organismo. La influencia del sexo se traduce por una mayor frecuencia de la sífilis cardio-vascular en el hombre, y la influencia de la raza, por la noción de frecuencia importante de la sífilis en la raza negra.

Entre la población general, se admite que alrededor de 7 a 10 personas sobre 100, tienen a su muerte evidencia de sífilis cardio-vascular. Por supuesto, en buen número de casos esta sífilis cardio-vascular puede no haber contribuido en modo alguno a la muerte.

Entre los enfermos sífilíticos confirmados, la frecuencia de la aortitis, es alrededor de 50 a 90 por ciento. Esto nos indica que un sífilítico tiene grandes posibilidades de llegar a la fase cardio-vascular de su infección, por lo menos dentro de ciertas condiciones de tratamiento insuficiente, como insistiremos luego.

Los síntomas de sífilis cardio-vascular no ocurren, como ya lo dijimos, si no luego de un intervalo libre de unos 15 a 25 años después de la infección inicial. Cuando el enfermo consulta en ese momento, es fácil apreciar una serie de signos y de síntomas en la esfera cardio-vascular sobre los cuales no es necesario insistir, ya que son todos indicios de alteraciones profundas y prácticamente irreversibles de las paredes aórticas con frecuente complicación tal como aneurisma, estrechez del orificio de las arterias coronarias, o insuficiencia valvular aórtica. Son precisamente estos casos con manifiesta insuficiencia circulatoria, en el sentido amplio de la palabra, en los cuales la sífilis cardio-vascular constituye una causa directa de muerte.

Mencionemos aquí, como una forma clínica importante, la inflamación sífilítica precoz y casi electiva de la boca de una de las dos arterias coronarias, que sin manifestarse por signos o síntomas importantes, se evidencia brutalmente por la muerte repentina del sujeto. Buen número de muertes inesperadas en personas relativamente jóvenes, son debidas a este proceso grave de aortitis y coronaritis luéticas.

Para poder realizar una labor eficiente en el tratamiento de la aortitis sífilítica, es precisamente durante ese intervalo libre que mencionábamos hace un momento, cuando debiéramos actuar con relativa energía, poniendo en juego los medios terapéuticos actualmente a nuestra disposición. Pero recordemos que precisamente esa porción inicial de la aorta en donde comúnmente se desarrolla de manera insidiosa la enfermedad, no podemos observarla en sus modificaciones patológicas precoces porque se encuentra envuelta por ese saco protector fibroso que es el pericardio. Y en fin, no hay nada en ese momento que obligue al enfermo a consultar al médico, y no todos los médicos disponen de medios como los Rayos X para visualizar las estructuras intra-torácicas.

Es precisamente a causa de esta importante laguna en nuestros medios de diagnóstico, que les decía, señores, mis dudas sobre nuestra posibilidad de acción decisiva en la sífilis cardio-vascular. Debemos por el momento, con modestia, volver nuestras miradas al campo de la prevención o profilaxis de esta enfermedad.

Prevención

Numerosos estudios en varias clínicas americanas y de otros países han demostrado en efecto, que el mejor medio para prevenir la aortitis luética y sus complicaciones, es el tratamiento apropiado de la infección durante los primeros años. A ese tratamiento se le dice standard, y aunque es cierto que aparentemente los sífilógrafos de los diferentes países y escuelas aun no se han puesto de acuerdo sobre un único tratamiento, que existen diversas modalidades, creemos nosotros que debe comprender un período de medicación continua de por lo menos 18 meses. La estadística de Russell, publicada en los Estados Unidos en 1940, es a este propósito muy ilustrativa. Este autor pudo seguir 590 enfermos sífilíticos durante un número de años suficiente para observar la aparición de manifestaciones cardio-vasculares sífilíticas. De-

muestra Russell que de 328 enfermos que siguieron un tratamiento inadecuado, el 3.4 % desarrollaron sífilis cardio-vascular. De 191 pacientes que siguieron un tratamiento menor que el standard, el 5.8 % enfermó de su aorta, y en cambio en 61 sujetos que soportaron el tratamiento standard, la incidencia de la aortitis fué de cero. Añadiré que la opinión de cardiólogos norteamericanos, como White, de Boston, basada asimismo en trabajos estadísticos, es idéntica, a saber, el tratamiento adecuado, prolongado y enérgico de la sífilis en sus comienzos, previene la aparición de su complicación cardio-vascular 15 ó 25 años después.

Señores radiescuchas: hemos llegado ya al final de nuestra exposición, forzosamente corta por falta de tiempo, pero que creemos justifica por sus conclusiones ampliamente la labor educativa de enseñanza y de divulgación en que está empeñado el doctor Amador Guevara y sus colaboradores. El día en que podamos mantener bajo nuestro tratamiento al enfermo sífilítico reciente, durante un tiempo largo, tiempo que tal vez acorte la introducción en masa de nuevas técnicas como la fiebre artificial o la penicilina, habremos dado el primer paso decisivo para que desaparezca la grave enfermedad que es la lúes cardio-vascular. A todos los que nos han escuchado, les decimos, muchas gracias y buena noche.

Fin
