

Nuestro Morbo cardiaco

Por el Dr. E. García Carrillo.

Con la cooperación del personal del Departamento de Anatomía Patológica y de Estadística del Hospital San Juan de Dios.

Introducción

Se forjó en la antigüedad la expresión "cardia" para abarcar a un tiempo la esfera patológica que hoy llamamos cardíaca, y además, la gástrica. El "morbus cardiacus" comprendía entonces la sintomatología de una vasta zona. Ahora, en un sentido algo diferente y limitado, podemos preguntarnos cuál es el morbo cardíaco propio de éste país, a lo que trata de responder la investigación realizada.

Material y método

Nos ha servido de base numérica para el estudio, la colección de autopsias practicadas en el Hospital San Juan de Dios desde 1927 hasta el último día de mayo 1945, es decir, durante 18 años. Hemos respetado el criterio del patólogo al considerar una causa cardio vascular de muerte, como primaria o secundaria, salvo en muy contadas ocasiones en que ese diagnóstico figuraba como la entidad funcional insuficiencia cardíaca, sin que la descripción anatómica del corazón pareciera justificarlo plenamente. También nos hemos apartado algo de su expresión terminológica en la mayoría de los relatos de ensanchamiento esencial del corazón, por razonamientos expuestos en otros trabajos (1, 2). Como punto de comparación, analizamos el archivo personal, extrayendo 500 diagnósticos que si bien se duplican en ciertos enfermos, sirve a éste propósito: tales casos fueron estudiados con electrocardiograma y generalmente con los rayos X.

Etiología de las Cardiopatías

En primera línea están aquellas afecciones cardio vasculares que observamos con frecuencia en la edad media y avanzada del hombre: es decir, el proceso degenerativo englobado en la arteriosclerosis que aparece ya como envolvimiento primitivo de las arterias coronarias, de la aorta o de las sigmoides aórticas, o secundario a la nefritis crónica con o sin hipertensión arterial. Constituye un segundo grupo las mitralitis o mitro-aortitis reumáticas del niño y del adulto joven, que evolucionan por su propia cuenta, posiblemente estimuladas por mecanismos anafilácticos. En tercer lugar, la sífilis da su nota como etiología del aneurisma aórtico y de las aorto-sigmoiditis del adulto. Frecuente hallazgo de necropsia, el papel que desempeña la sífilis en la clínica nos parece más limitado que lo pensado antes. Un cuarto e interesante capítulo de la patología, cardio vascular, lo forma las enfermedades que repercuten sobre la pequeña circulación, dañando principalmente el corazón derecho, y que llamamos cardio pulmonares.

Realizan estos grupos el conjunto de causas fundamentales de cardiopatías. Siguen las causas raras (2), descollando entre ellas los factores que agravan cualquier tipo de afección cardíaca, y que también aisladamente resumen las diversas modalidades que afecta la desnutrición en el corazón. Es posible en efecto, atribuir a la anemia y al seriberri, cierto número de ensanchamientos del corazón antes considerados como idiopáticos.

Resultados

En dos cuadros hemos reunido la estadística obtenida. El primero resume el análisis de 7782 protocolos de autopsia y el segundo 500 diagnósticos clínicos (ver los cuadros).

CUADRO 1

Análisis de las autopsias del Hospital San Juan de Dios hasta el 31 de mayo 1945.

7782 protocolos

Grupos etiológicos Número Por ciento Hombres Mujeres Negros (%)

Esclerosis (Sigmoiditis aórtica calcificada, ateroma aórtico, arteriosclerosis coronaria, arteriosclerosis generalizada, cardiorrenales, y sus complicaciones)	348	46.0	232	116	18.7
Reumatismo	135	17.8	85	50	5.3
Sífilis	147	19.4	120	47	31.9
Cardio pulmonares	37	4.8	22	15	10.8
Otras causas (Desnutrición, congénitas, endocarditis bacteriana, pericarditis, etc.)	88	11.6	67	21	10.2

CUADRO 2

Análisis de 509 diagnósticos clínicos de la práctica privada.

Grupos etiológicos Número Por ciento Hombres Mujeres

Esclerosis (Inclusive la hipertensión arterial)	335	67.0	218	117
Reumatismo	59	11.8	25	34
Sífilis	26	5.2	24	2
Cardio pulmonares	11	2.2	6	5
Otras causas	69	13.8	39	30

Comentarios

Apoyándonos en las cifras vistas, podemos comparar nuestros resultados con los de investigadores extranjeros en el campo de la higiene pública y de la cardiología. Datos oficiales del Gobierno de Costa Rica (3), indican que la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio fué de 7 por ciento en 1940. En las autopsias de 18 años resulta un promedio de 9.7 por ciento. Debemos recordar además, que excluyendo de la mortalidad general a los menores de 5 años, las afecciones cardio vasculares ocupan el primer lugar entre nosotros. Esta por demás insistir en la importancia de las cardiopatías dentro de la patología general, pero si nos queda por examinar la relación que guardan los tipos etiológicos, y para eso hemos recurrido únicamente a los estudios practicados recientemente en Puerto Rico, en México y en Colombia, por tener esos países características raciales y económicas parecidas a las nuestras. Queremos referirnos solamente a la sífilis y al reumatismo.

En Puerto Rico, Koppisch (4), estudió 1259 autopsias encontrando una incidencia de 10 por ciento de cardiopatías. La sífilis fué la causa más importante de muerte: 30 por ciento, y el reumatismo 20 por ciento. Suárez (5), en la misma isla, analizó 1081 enfermos clínicamente, más de dos tercios de los cuales eran pacientes privados, hallando que la sífilis cardio vascular dió un porcentaje de 6.1 y el reumatismo 17.4. En México, nuestro muy apreciado colega y amigo, el Maestro Chávez (6), informó de 1674 enfermos privados entre los cuales encontró una frecuencia de 8.8 por ciento para la sífilis y de 32.1 por ciento para el reumatismo. En Colombia, Salcedo-Salgar (7), da la siguiente frecuencia observada entre 522 enfermos privados: sífilis 7.2 por ciento, reumatismo 8.4 por ciento.

Resalta por consiguiente que en Costa Rica, la incidencia de la sífilis cardio vascular en clientela es inferior a la de los mencionados países afines; y que la frecuencia del reumatismo cardíaco representa un término medio. Por otro lado, si comparamos nuestras cifras de mortalidad con las puertorriqueñas, vemos que la proporción de la sífilis es menor aquí, pero idéntica la del reumatismo, si se incluye las sigmoiditis aórticas calcificadas (20 por ciento). Esto nos demuestra que los nativos costarricenses parecen tener menos sífilis, y como prueba adicional a favor de ésta tesis, añadimos que siendo la mortalidad car-

dio vascular para la raza negra 17.4 por ciento del total, en cambio los negros figuran con 31.9 por ciento en la mortalidad por sífilis.

No queremos terminar sin referirnos por lo menos brevemente, al grupo de afecciones cardio pulmonares. La incidencia que aquí damos no toma en cuenta las muertes ocasionadas por el síndrome cardio pulmonar de los anquilostomiáticos. Sabemos hoy en efecto que el modo usual de morir del anquilostomiático es por embolias pulmonares, y que la debilidad miocárdica de estos sujetos, provocada por la anemia y el beriberi cardíacos, precipita un colapso circulatorio agudo cuando la circulación pulmonar se ve comprometida por las embolias, ya sea que estas procedan de una verdadera tromboflebitis, o con más frecuencia, de una flebotrombosis. Dejamos para un estudio ulterior la presentación completa de nuestras ideas al respecto, pero quede este comentario como introducción a tal ramificación de la patología cardio vascular en este país, generalmente insospechada, aunque ya entrevistada por Rotter y Peña-Chavarría (8) en su estudio sobre la trombopatía anquilostomítrica.

Conclusiones

La primera que se desprende de este trabajo, sería que excluyendo los sujetos de raza negra, la incidencia de la sífilis cardio vascular no es excesiva (13.2 por ciento), y como "un tratamiento adecuado, prolongado y enérgico de la sífilis en sus comienzos, previene la aparición de su complicación cardio vascular 15 o 25 años después" (9), toda labor de higiene pública en ese sentido debe recibir nuestra absoluta adhesión.

La segunda conclusión, es que el reumatismo cardio articular tiene más importancia que la sífilis como causa de invalidez cardíaca, y que de los médicos depende en gran parte el porvenir de estos enfermos. El reumático convenientemente aterdido en su primera crisis y aleccionado en su enfermedad, tiene probabilidades de vida útil. Cuando al reumatismo se le mira como afección banal y se descuida el enfermo, se corre grave riesgo.

Resumen

A la pregunta: Cuál es el morbo cardíaco propio de este país?

hemos tratado de contestar con el análisis de 500 diagnósticos de nuestra práctica y de 7782 autopsias realizadas en el Hospital San Juan de Dios durante 18 años, creyendo que de cuentas claras deben sacarse ideas cabales.

Bibliografía

1. García Carrillo, E.: Análisis de síndromes miocárdicos de origen impreciso: el factor carencial. *Indédito*.
 2. García Carrillo, E.: Las causas raras de enfermedades del corazón en Costa Rica, vistas a través de 18 años de autopsias y 7 de clínica. *Rev. Méd. Costa Rica* 6: 463, 1945.
 3. "Aspectos bio-demográficos de la población de Costa Rica". Imprenta Nacional, San José, 1942.
 4. Koppisch, citado por Suárez.
 5. Suárez, R. M.: The incidence of heart disease in Puerto Rico. *Am. Heart J.* 29:339, 1945.
 6. Chávez, I.: Incidencia de las cardiopatías en México. *Arch. Lat. am. hemaj. y cardiología* 12:87, 1942.
 7. Salcedo Salgar, citado por White.
 8. Rotter, W. y Peña-Chavarría, A.: Estudios hematológicos y anemio-patológico sobre la anemia anquilostomíatica. *Rev. Méd. Costa Rica* 2:184, 1936.
 9. García Carrillo, E.: Sífilis y enfermedades del corazón. *Rev. Méd. Costa Rica* 6:231, 1944.
 10. White, P. D.: "Heart Disease". New York, 1944.
-