La sífilis cardio-aórtica en Costa Rica

Trabajo presentado al Congreso Venereológico de Panamá, Abril, 1946

Dr. Eugenio García Carrillo

Introducción

La clínica de la sífilis cardio-vascular fué durante muchos años más o menos oscura. Esto se debió aparentemente a un concepto erronéo sobre la posibilidad de alteraciones vasculares de origen sifilítico. (1).

Sin embargo, a partir de los últimos años del siglo pasado, se tuvo ya una noción bastante clara del asunto. Tal vez demasiado énfasis se puso luego en la sífilis como causa frecuente de padecimientos cardio-vasculares, hasta el punto de que aún hoy, se encuentran bastantes médicos para los cuales cualquier soplo cardíaco o sensación dolorosa cardíaca y aún más un aspecto anormal de la aorta en una radiografía, implica necesariamente la sanción de un tratamiento anti sifilítico. Es evidente que este modo de proceder no lo justifica la apreciación cabal de los hechos. Por tanto, es bueno señalar cuáles deben ser las condiciones previas al diagnóstico de sífilis cardio-vascular.

Diagnóstico clínico

Es posible sostener un diagnóstico de sífilis cardio-vascular cuando se presentan algunas de las siguientes eventualidades:

1º—Antecedentes claros de infección sifilítica primaria, es decir, un chancro, y constatación posterior de aortitis con posible involucramiento de las arterias coronarias o de las válvulas aórticas;

2º—Una lesión típica de la aorta, sin antecedentes de sífilis, pero con reacción de Wassermann positiva; este caso es frecuente en la mujer;

3º—Una lesión estructural característica en la aorta asociada a otra lesión orgánica alejada de la esfera cardio-vascular, pero de tipo sifilítico, tal como la parálisis general pro-

gresiva o la tabes, pudiendo en este caso ser negativa la reacción de Wassermann y faltar los antecedentes netos de infección primaria sífilítica.

Factores como la edad, el sexo y la raza, deben también tomarse en consideración. Siendo la sífilis cardio-vascular congénital 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, suponiéndose que una sífilis de la adolescencia ya ha podido afectar profundamente el organismo. La influencia del sexo se traduce por una mayor frecuencia en el hombre; y la de raza por la noción de mayor infección entre los negros.

Anatomía patológica

El problema de la sífilis y el corazón, se reduce a apreciar cómo esta enfermedad ataca la primera porción, estratégica, de la aorta. La ortitis sífilítica se manifiesta bajo diversas modalidades que son: 1º, el aneurisma; 2º, el envolvimiento de las válvulas aórticas; 3º el envolvimiento de las arterias coronarias; 4º, la llamada miocarditis sífilítica. En esta última son precisamente los trastornos ocasionados por la aortitis en la circulación coronaria, los responsables de algún proceso de tipo degenerativo que ocurre en el seno del músculo. En cuanto a la goma sífilítica del corazón, es una rareza.

Deseando aportar a este notable Congreso algunos datos originales, procedimos al análisis de 8.000 autopsias practicadas en el Hospital San Juan de Dios, de San José, y entresacamos de nuestro archivo 500 casos electrocardiografiados y explorados en su mayoría con los rayos X. Como datos pertinentes, señalemos que la mortalidad por afecciones cardio-vasculares fué de 9.6%, y que excluyendo la mortalidad de los menores de 5 años, las afecciones del aparato circulatorio ocupan entre nosotros el primer lugar en mortalidad general. (2).

Cuando la localización anatómica de la aortitis fué señalada en las autopsias, notamos que la aorta ascendente estuvo comprometida en 19.1% del total de casos, y que la combinación de aorta ascendente y del cayado arroja la cifra de 35.1% sobre

el total. Cuando se analiza la combinación de localización en la aorta ascendente con otras localizaciones en el trayecto de la aorta, aorta ascendente y cayado, cuentan por 71.2% del número de casos en este grupo combinado. (Ver el cuadro N° 1).

Cuadro N° 1

Del análisis de 768 autopsias cardio-vasculares, 94 corresponden a aortitis sífilítica cuya localización anatómica está descrita.

GRUPO	No. de casos	% sobre el total de casos	% sobre el No casos en cada grupo
A. (*) N° 1: ascendente..	18	19.1	46.1
N° 2: cayado	13	13.8	33.3
N° 3: descendente..	6	6.3	15.4
N° 4: abdominal..	2	2.1	5.0
B. N° 1—2	33	35.1	71.2
N° 1—2—3	3	3.2	6.5
N° 1—2—4	3	3.2	6.5
N° 1—3	4	4.2	8.7
N° 1—4	3	3.2	6.5
C. N° 2—3	4	4.2	44.4
N° 2—3—4	1	1.0	11.1
N° 2—4	4	4.2	44.4
TOTAL	94		

Diagnóstico	Nº en 8.000 autopsias	Sexo y raza
Sífilis cardio-aórtica	147 (1.8% del total). Sobre el total de muertes cardíacas 19.1%	120 varones y 27 mujeres. 31.9% del grupo de raza negra.

Estos datos son muy importantes para afirmar que sin ningún examen radioscópico del torax es prácticamente imposible descubrir precozmente la aortitis sífilítica, dada la particularidad anatómica de su localización. Esta información preciosa para un diagnóstico precoz y tal vez para un tratamiento útil debiera constituir un requisito de cualquier examen clínico después de los 30 años, el día en que se multiplique entre los médicos el uso de la radioscopia.

Discusión

La frecuencia de las cardiopatías reumáticas en las autopsias, es levemente superior a la incidencia de las sífilíticas, y llega a 20% cuando se incluye entre ellas a la sigmoiditis aórtica calcificada (estenosis aórtica). En clientela las cifras correspondientes son muy inferiores: reumatismo 11.8% y sífilis apenas 5.2%.

En lo concerniente a las lúes, debe advertirse la ausencia de sujetos de raza negra en la clientela. Al revés, en las autopsias la incidencia de la sífilis entre ellos es mayor que la correspondiente a cualquier otro grupo etiológico (31.9%), siendo en cambio apenas de 17.5% del total el porcentaje de mortalidad cardio-vascular para la raza negra. Como término de comparación, vamos a referirnos a algunas estadísticas publicadas en Puerto Rico, en México y en Colombia, adecuadas por tener estos países características raciales y sociales parecidas a las nuestras.

En Puerto Rico, Koppisch (3), estudio 1259 autopsias encontrando una incidencia de 10% de cardiopatías. La sífilis fué la causa más importante de muerte: 30%. Suárez (4), en la misma isla, analizó clínicamente 1081 enfermos, más de dos tercios de los cuales eran pacientes privados, señalando que la sífilis cardio-vascular se encontró en 6.1%. En México, Chávez (5), informó de 1674 enfermos privados; entre éstos la incidencia de la sífilis fué de 8.8%. En Colombia Salcedo-Salgar (citado por White, 6), da la siguiente frecuencia observada entre 522 pacientes privados: 7.2%.

Resalta por consiguiente el hecho de que en Costa Rica la incidencia de la sífilis cardio-vascular en clientela es inferior a la de los mencionados países, y que en relación con la mortalidad, tenemos menos sífilis que en Puerto Rico.

Profilaxis y tratamiento

Numerosos estudios en varias clínicas, han demostrado que el mejor medio de prevenir la aortitis y sus complicaciones es el tratamiento apropiado de la infección durante los primeros años. Aparentemente los sifilógrafos de diferentes escuelas no se han puesto aún de acuerdo sobre un tratamiento único, y la introducción de nuevos derivados arsenicales y de la penicilina ha hecho cambiar modalidades de tratamiento que parecían estables hace unos 10 o 5 años. Sin embargo, es evidente que un tratamiento inicial prolongado ofrece las mayores posibilidades de profilaxis.

La estadística de Russell (7), publicada en los Estados Unidos en 1940, es a este propósito muy ilustrativa. Este autor pudo seguir a 590 enfermos sifilíticos durante un número de años suficientes para observar la aparición de manifestaciones cardio-vasculares. Demuestra Russell que 328 enfermos que siguieron un tratamiento adecuado, el 3.4% desarrollaron sífilis cardio-vascular. De 191 pacientes que siguieron un tratamiento menor que el considerado como suficiente, el 5.8% enfermó de su aorta, y en cambio, en 61 sujetos que soportaron un tratamiento standard, la incidencia de la aortitis fué de cero.

En resumen, 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. Una vez

que esta se ha establecido, hay que proceder con la mayor cautela, sobre todo si se sospecha insuficiencia coronaria, pues un tratamiento intempestivo puede ser catastrófico. Nosotros, por lo que nos ha sido dado observar, somos casi abstencionistas en el tratamiento anti-sifilítico de la lúes cardio-vascular avanzada. Las indicaciones, la técnica del tratamiento, son materia de casos individuales bien estudiados desde el punto de vista clínico, electrocardiográfico, radiográfico y neurológico (incluyendo punción lumbar).

Nosotros tuvimos ocasión de analizar un grupo de 269 enfermos a quienes examinamos para dictar si eran aptos o no a soportar la fiebre artificial como medio terapéutico de su dolencia, casi siempre venérea. Rechazamos 3 casos de sífilis cardio-vascular (8). Posteriormente hemos observado 2 casos de bloqueo en sífilíticos, uno por prolongación de PR y otro intraventricular, beneficiándose ambos con la fiebre artificial. Repetimos al lúético cardio-vascular debe recetársele como enfermo y no por su enfermedad.

Resumen y conclusiones

Al llegar de nuestra informe, podemos resumirlo de esta manera,

1º—La sífilis cardio-aórtica en Costa Rica tiene una incidencia de 13% del total de muertes cardio-vasculares en 8.000 autopsias. Esta cifra excluye a los sujetos de raza negra, y no parece excesiva comparándola con datos de países vecinos.

2º—En relación con el problema de la sífilis cardio-aórtica se deben contemplar los siguientes puntos:

a).—Los fundamentos del diagnóstico positivo.

b).—El examen radioscópico como medio de diagnóstico precoz.

c).—El tratamiento del enfermo y no de la enfermedad en los casos avanzados.

3º—Sobre estos postulados se asienta la obra de profilaxis llevando a cabo un programa curativo apropiado.

4º—La propaganda, echando mano a sus recursos propios, es indispensable para lograr eliminar a la aortitis sífilítica como entidad patológica.

Referencias

1. Herrick James B.: "A Short History of Cardiology": Springfield 1942.
 2. Luros, .: "Aspectos Biodemográficos de la Población de Costa Rica". San José. 1942.
 3. Koppisch, citado por Suárez.
 4. Suárez, R.: "The incidence of heart disease in Puerto Rico" *Am. Heart J.*: 29:339, 1945.
 5. Chávez, I.: "Incidencia de las cardiopatías en México". *Arch Lat.-Am Hemat. y Cardiología*: 12:87, 1942.
 6. White, F. D.: "Heart Disease". New York. 1944.
 7. Russell, A. E.: "Syphilis case finding in industry". *J. Am. Med. Ass.* 114: 1321, 1940.
 8. García Carrillo, E.: "El estudio cardio-vascular previo a la fiebre artificial". *Rev. Méd. Costa Rica*: 6:321. 1945.
-