

COMENTARIOS SOBRE DOS ENFERMEDADES RARAS EN COSTA RICA: INFARTO DEL MIOCARDIO, ENDOCARDITIS INFECCIOSA

por el doctor

E. GARCIA CARRILLO *

En el curso de diez años de práctica en Costa Rica, nos ha llamado mucho la atención la rareza en medio hospitalaria, de dos enfermedades consideradas como relativamente frecuentes por la mayoría de los cardiólogos extranjeros. Son el infarto del miocardio y la endocarditis infecciosa, aguda o subaguda. Con el fin de demostrarlo procedimos al análisis de ocho mil autopsias practicadas en el Hospital San Juan de Dios, encontrándose solo 23 casos de infarto y 21 casos de endocarditis. A continuación exponemos los comentarios que nos sugieren estas cifras.

INFARTO DEL MIOCARDIO

Para orientar apropiadamente nuestros números, debemos citar primero los de algunas estadísticas extranjeras ¹.

En 1928, Allan firma que en una serie de 1.000 autopsias consecutivas, encontró que en el 37.1 % de los casos existía una enfermedad macroscópica de las arterias coronarias (Inglaterra).

En 1932, Meakins y Eakin revisando autopsias en el Royal Victoria Hospital de Montreal, señalaron que la frecuencia de la trombosis coronaria con oclusión fué de algo menos del uno por ciento (Canadá) . .

En 1933, Willius, Smith y Sprague dicen que analizando 5.060 autopsias de la Clínica Mayo, observaron que en el 28.2 % de los casos había un grado significativo de esclerosis coronaria (Estados Unidos) .

En 1934, Levy, Bruenn y Kurtz publicaron su experiencia en el Presbyterian Hospital de New York. De un total de 2.877 necropsias, en el 25.9 % había lesiones de las arterias coronarias. En el 97.2 % de estos casos se trataba de arteriosclerosis y en el 5.7 % de aortitis sífilítica (Estados Unidos) .

* San José, Costa Rica.

En 1945, Alice B. Holoubeck² da a conocer su estadística basada en el análisis de 8.313 autopsias. Encuentra entre el 12.6 % de mortalidad cardiovascular, 117 casos cuya defunción fué debida a infarto del miocardio y/o oclusión coronaria. Casi por mitades se trataba de blancos y de negros. La incidencia es de 1.4 % sobre el total de muertes (Sur de los Estados Unidos).

En 1947, Master³ afirma en su reciente artículo lo siguiente: "La enfermedad del corazón es la causa principal de muerte en los Estados Unidos. Casi 400.000 personas mueren anualmente por esta causa, lo cual representa aproximadamente el 30 % de toda la mortalidad. La enfermedad de las arterias coronarias en sí misma es la mayor causa de muerte con excepción del cáncer. Ocho y medio por ciento de todas las muertes resultan de esta afección. Aproximadamente 114.000 personas mueren anualmente de enfermedad coronaria. De las fatalidades cardíacas, aquellas debidas a enfermedad coronaria se estima que son de 30 a 50 por ciento. Hay alguna evidencia de que el número de casos de oclusión coronaria aguda puede ser tan alto como 1.000.000 (Estados Unidos).

Con esta perspectiva, resalta por lo pequeña nuestra incidencia de 0.2 % de infartos del miocardio en 8.000 autopsias consecutivas. Podemos afirmar que la enfermedad coronaria y la trombosis coronaria aguda no tienen en nuestro medio hospitalario una importancia comparable con la aparente frecuencia de esta enfermedad en los países nórdicos. Nos parece que el único factor importante al cual debe atribuírse este fenómeno sea una alimentación pobre en grasas, en relación con factores económicos adversos para el sector de población que frecuenta los hospitales, y desde luego con una necesidad menor de calorías debida al clima benigno. En clientela, tenemos la impresión de encontrar casos de infarto del miocardio en una categoría social más acomodada.

La relación entre el metabolismo de las grasas y la arteriosclerosis es un tema bien conocido, lo que nos dispensa de entrar en mayores consideraciones.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Se sabe que la endocarditis bacteriana en su forma aguda es rara en extremo, y en nuestro material encontramos posiblemente solo dos casos. Dado que se manifiesta en el curso de muchas enfer-

medades infecciosas, tal vez nuestras cifras no sean exactas porque no se hizo el análisis minucioso de casos fallecidos con un proceso infeccioso. Por eso no insistimos más sobre esta forma clínica para concretarnos a los 19 casos restantes de endocarditis en su forma subaguda.

Dice White⁹ que la endocarditis subaguda sobreviene en el 5 % de los casos con cardiopatía reumática, y supone que en los lugares en donde la enfermedad reumática sea poco frecuente, la incidencia de la endocarditis subaguda será reducida, y que predominarán aquellos casos de infección superpuesta en malformaciones congénitas más bien que en deformaciones valvulares reumáticas. Entre nuestros casos, al contrario, contrasta un solo caso de endocarditis sobre lesión congénita, con el total de casos de cardiopatía reumática.

Como hemos tenido ocasión de comprobarlo repetidas veces⁴, en Costa Rica las cardiopatías reumáticas son casi tan frecuentes como en otras regiones apartadas de la zona tropical, contrariamente a lo que se creía hasta hace poco. La frecuencia de las valvulopatías reumáticas entre las 8.000 autopsias que hemos estudiado fué de 18 %, y si tomamos en cuenta la sigmoiditis aórtica calcificada llegamos a 20 %, lo cual es una cifra comparable con la de ciertas estadísticas norteamericanas. En cambio, la incidencia de la endocarditis bacteriana es menor, solamente análoga a la encontrada por Kean⁵ entre los trabajadores de la Zona del Canal de Panamá (ver cuadro).

CUADRO 1

<i>Autores</i>	<i>Autopsias</i>	<i>Cardíacos</i>	<i>Reumáticos</i>	<i>Endocarditis infecciosa</i>
Scott & Garvin, Ohio 1941	6.548	790	15.1 %	5.6 %
Clawson, Minnesota 1941	30.265	4.678	18.6 %	11.0 %
Holoubek, Louisiana 1944	8.313	1.045	15.6 %	4.7 %
Kean, Canal Zone en Panamá 1946	14.304	2.497	*	2.8 % **
García Carrillo, Costa Rica 1947	8.000	768	20.0 %	2.7 %

Según Libman y Friedberg⁶, la endocarditis bacteriana marca el fin aproximadamente en un 10 a 20 % de los casos con cardiopatía reumática; y citan además a Laws y Levine, quienes dan la cifra de 29 % de endocarditis bacteriana como causa de muerte en

* No se presta la estadística para este análisis.

** Si se incluye a los norteamericanos: 3.7 %.

148 casos de cardiopatía reumática. El mismo Libman confiesa haber observado personalmente por lo menos 1.000 casos de 1899 a 1930.

Debemos sospechar que algún factor nuevo entra en juego en nuestro medio hospitalario para explicar la discrepancia entre las cifras extranjeras y la experiencia propia. Como entre nosotros es tan frecuente desde la infancia la aparición y persistencia de focos de infección en los dientes y tejido subcutáneo, tenemos derecho para suponer que se desarrolla una inmunidad que defiende posteriormente al reumático de la aparición de la endocarditis infecciosa. Precisamente señala White que los anticuerpos en la sangre de los enfermos con endocarditis bacteriana llegan a un grado mucho mayor que en los controles.

La idea de la inmunidad la desarrollan así Libman y Friedberg: "Un ensayo de inmunización profiláctica de pacientes con cardiopatía valvular adquirida y congénita parece indicado puesto que los organismos usuales en las personas afectadas se conocen. La dificultad está en la ausencia de pruebas inmunológicas para determinar si alguna inmunidad ha sido producida".

En la estadística de Kean, eran negros el 63.3 % del total de fallecidos. En la nuestra había un solo caso, y dudoso. Por eso descartamos el factor racial y nos inclinamos hacia el factor de higiene deficiente desde la niñez, común a campesinos y trabajadores de cualquier raza empobrecidos.

Estimamos como muy posible que la prevención de la endocarditis bacteriana subaguda resida en el desenvolvimiento ulterior de los conceptos de inmunidad establecida en temprana edad.

RESUMEN

Es característica de la práctica cardiológica en medio hospitalario en Costa Rica, el encontrar contados casos de infarto del miocardio y de endocarditis infecciosa. Apoyamos nuestra opinión en la comparación de hallazgos de autopsia en 8.000 sujetos con datos recogidos de estadísticas anglo-sajonas.

Nos parece que el único factor importante que puede explicar la rareza del infarto del miocardio sea una alimentación pobre en grasas, en relación con factores económicos adversos para el sector de población que frecuenta los hospitales, y desde luego con una necesidad menor de calorías debida al clima benigno.

Estimamos por otra parte, que la rareza de la endocarditis infecciosa sea debida a una inmunidad establecida desde temprana edad al amparo de los múltiples focos de infección en los dientes y tejido subcutáneo que se encuentran en nuestra población.

BIBLIOGRAFIA

1. Ver los textos de *Levy y colaboradores*. — *Diseases of the Coronary Arteries and Cardiac Pain*. New York, 1936; y de *White* 9.
2. *Holoubeck Alice B.* — "Am. Heart J.", 1945, 29, 168.
3. *Master A. M.* — "Am. Heart J.", 1947, 33, 135.
4. *García Carrillo E.* — "Bol. Inst. Internacional Protec. Infancia". 1945, N° 189; *Idem.*, 1946, N° 198.
5. *Kean B. H.* — "Am. J. Tropical Med.", 1946, 26, 733.
6. *Libman E. & Frieder C. K.* — *Subacute Bacterial Endocarditis*. New York, 1941.
7. *Scott R. W. & Garvin C. F.* — Citados por *White* 9.
8. *Clawson B. J.* — Citado por *White* 9.
9. *White P. D.* — "Heart Disease". New York, 1944.

SUMMARY

Very few cases of myocardial infarct and subacute endocarditis are found in Costa Rica. Among 8.000 autopsies the authors found cardiac infarcts in only 0.2 % and subacute endocarditis in only 2.7 %.

The scarcity of cardiac infarcts may be explained by a) a diet poor in fat; b) the low economic status of the hospital population; c) a low caloric diet in a benign climate.

The scarcity of infectious endocarditis may be due to an immunity established at an early age and determined by the multiple foci of infection in teeth and subcutaneous tissue which are common in Costa Rica's population.

RÉSUMÉ

C'est une caractéristique de la pratique cardiologique dans les milieux hospitaliers de Costa Rica que de trouver peu de cas d'infarctus de myocarde et d'endocardite infectieuse. Nous soutenons notre opinion par la comparaison des trouvailles dans l'autopsie de 8.000 sujets avec les données des statistiques Anglo-saxonnes.

Il nous semble que l'unique facteur important qui peut expliquer la rareté de l'infarctus de myocarde est une alimentation pauvre de graisses, en relation avec des facteurs économiques adverses pour le secteur du peuple qui fréquente les hôpitaux, et naturellement avec un besoin mineur de calories à cause du climat benigne.

D'autre part, nous estimons important, que la rareté de l'endocardite infectieuse est due à une immunité établie depuis l'enfance contre les multiples foyers d'infection des dents et tissus sous-cutanés qui se trouvent dans notre population.

ZUSAMMENFASSUNG

In der kardiologischen Praxis der Hospitäler von Costa Rica, findet man sehr vereinzelte Fälle von Myokardinfarkt und infektiöser Endokarditis. Wir begründen diese Auffassung indem wir 8000 Sektionsbefunde mit den statistischen Daten angelsächsischen Ursprungs vergleichen.

Als einziger wichtiger Faktor um dieses vereinzelte Auftreten des Herzinfarkts zu erklären, scheint uns die fettarme Kost von Wichtigkeit, die bei dem wirtschaftlich schlecht gestelltem Teil der Bevölkerung, die das Hospital aufsucht üblich ist, und natürlich auch wegen der geringen Kalorienmenge die bei dem gutartigem Klima genügt.

Andererseits meinen wir, dass die Seltenheit der infektiösen Endokarditis auf eine frühzeitige Immunität zurückzuführen ist, hervorgerufen durch zahlreiche Herdinfectionen der Zähne und des subcutanen Gewebes, die man bei unserer Bevölkerung antrifft.