

Dr. Miguel Salvador S.
Profesor Titular de Patología General

Incidencia Reumatica y nuevos signos del "Estado Reumatico"

HACE ya tres años que realicé un trabajo sobre "Cardiopatías en el Altiplano Ecuatoriano" en el que, al ocuparme de la fiebre reumática y de su carditis, reconocía, de acuerdo con la mayor parte de los investigadores extranjeros como J. T. Clarké; E. W. Bitzer y P. S. Hench, que aún cuando esta enfermedad está repartida en todo el mundo, se presenta con más severidad en las regiones templadas, revistiendo caracteres de benignidad en las regiones tropicales y subtropicales, en donde hasta disminuye su incidencia.—En aquel trabajo daba entonces porcentajes sumamente bajos de la frecuencia de esta enfermedad, tanto en el medio hospitalario, como en mi consulta privada en Quito; habida cuenta además de que pocos años antes se habló de la fiebre reumática como de una enfermedad exótica entre nosotros.—Durante muchos años vivimos alarmados de los destrozos producidos por este mal en Inglaterra, Irlanda, Islandia, en el Norte de los Estados Unidos, en el Canadá y en México y Cuba, y la creímos rara entre nosotros y aún en países como la China, pero las observaciones de Dieuaide nos enseñan que en Peking, donde comenzó a ser investigada, demostró no solamente su existencia, sino su crecido número de víctimas.

UN estudio más prolijo y detenido del problema nos ha hecho cambiar de manera de pensar, y para jus-

tificar la honradez de nuestra primitiva idea, lanzada tres años antes del presente trabajo, solo nos cabe invocar algunos argumentos importantes y decisivos que vamos a enumerarlos, porque son precisamente los que han contribuido en este país como en muchos otros del mundo a enmascarar un peligro social que por afectar sobre todo a individuos jóvenes y dejar secuelas de invalidez e incapacitados para el trabajo, así como por la gran mortalidad que produce, constituye un problema de honda trascendencia y de gran preocupación en todos los países civilizados.— Enumeraremos solamente los principales: En primer lugar la disparidad de denominaciones con que se suele designar esta enfermedad, pues mientras que para unos se llama fiebre reumática (rheumatic fever), para otros es la poliartritis reumática, para unos cuantos es la reumatosis y para unos pocos, pioneros del buen decir técnico, es el "Estado Reumático" el nombre correcto de esta enfermedad.

En segundo lugar debemos tener en cuenta la dificultad de tener una idea aproximada de la frecuencia de la cardiopatía reumática, por cuanto el reumatismo no está aún sujeto a declaración obligatoria y porque muchos de los casos, muertos de enfermedad cardíaca, el diagnóstico se hace simplemente de enfermedad cardiovascular, cardíaca crónica, miocarditis, endocarditis o pericarditis, sin hacer alusión alguna al tipo etiológico.

Por último la dificultad con que tropieza el diagnóstico de "Estado Reumático" cuando en vez de la poliartritis clásica, se presentan únicamente los signos atípicos y larvados de esta enfermedad o las algias muy ligeras que pasan desapercibidas hasta para el mismo enfermo.

CUANDO en 1947 tuve ocasión de escuchar los sabios consejos del doctor Teófilo Ortiz Ramírez, consultor del Instituto de Cardiología de México, sobre las sorpresas que daba la incidencia de la fiebre reumática dondequiera que se le buscara en forma paciente y sistemática y al admirar los trabajos que en aquel tiempo realizaban los doctores Costero y de Gortary de ese mis-

mo Instituto sobre la encefalopatía reumática, es que empecé a mi regreso a enfocar nuestro problema local con un criterio distinto.—El estado reumático se comprende actualmente como una enfermedad protéica, generalizada a todos los sistemas orgánicos y de asiento preferencial en los mesenquimas; enfermedad protéica como la sífilis ó la tuberculosis, que evoluciona por etapas y que se semeja a la parálisis infantil en que puede atacar a un organismo y evolucionar en forma larvada y casi asintomática, no siendo por eso reconocida siempre, sino más bien tardíamente a propósito de las secuelas más fácilmente diagnosticadas.

TODOS los médicos ecuatorianos nos hemos cansado de diagnosticar cardiopatías valvulares ya establecidas, alteraciones miocárdicas, pericárdicas o vasculares que nos han consultado a propósito de los males producidos por el desarreglo cardiovascular, ó bien como en la mayor parte de los casos, a propósito de un exámen general, practicado por motivo de una dolencia distinta y como un hallazgo ocasional, pero rara vez hemos pensado en la importancia de la etiología reumática de estos casos, o bien ésta no ha sido descubierta por falta de un interrogatorio preciso y minucioso, o por la psicología especial de nuestros enfermos que se han acostumbrado a mirar con un que me-impertismo especial los problemas de su propia salud.

En el transcurso de estos dos últimos años que he buscado la incidencia reumática en todos mis enfermos y que he tomado especial interés en descubrir las formas latentes y asintomáticas, he visto sorprendido que el porcentaje de carditis reumáticas solamente en mi clientela privada ha crecido insospechadamente, pudiendo contar 140 casos de formas agudas, subagudas, crónicas e inaparentes sobre un total de 430 casos cardiológicos examinados, lo cual nos dá un promedio de 30,7%.

LA sorpresa de estos hallazgos hizo que más o menos al mismo tiempo sugiriera al doctor Julio Olivares, que acaba de recibir su grado doctoral, que investigara

la carditis reumática en el medio hospitalario. El doctor Olivares llegó también a la conclusión, de que la carditis reumática era una enfermedad bastante frecuente en el medio hospitalario, habida en cuenta que no se recluyen sino las formas agudas y subagudas de esta enfermedad que en mi concepto son las que abarcan el menor porcentaje. El investigador encuentra 20 casos hospitalizados en seis meses.

AUNQUE estoy de acuerdo con White en que las formas clásicas con artralgias, mialgias, flojosis de las articulaciones, fiebre y cuadro agudo son propias más bien del adulto, mientras que en los niños es más rara, presentándose más bien en ellos con signos atípicos e indirectos.— Sin embargo en mi estadística particular las formas atípicas e inaparentes han sido encontradas con frecuencia también en los adultos, y así de los 140 casos de carditis reumática examinados por mí, 47 corresponden a formas atípicas y 93 a la forma clásica reumática. De los 47 solo 11 corresponden a niños menores de 12 años y los 36 a adolescentes y adultos.— Si tomamos en cuenta además que estas formas inaparentes de reumatismo son las que menos consultan al médico, nos sorprenderá evidentemente la cantidad de estos casos anotados.

ES sabido que el estreptococco hemolítico en una de sus variedades, a la que se le atribuye como agente causal de la fiebre reumática, puede alojarse en las amígdalas, dientes, senos de la cara u otro foco y obrar a distancia en forma alérgica sobre las serosas y endotelios vasculares de los distintos órganos, determinando en esta forma la infección reumática, dando en el 100% de los casos afección cardíaca reversible o no. Sabemos además que el estado reumático es la causa de invalidez y muerte de infinidad de niños, adolescentes y adultos y que está ligado a condiciones económico-sociales de alimentación insuficiente y mala vivienda, aparte de otros aspectos de carácter familiar hereditario; condiciones que junto con el frío y la humedad, que obran también como factores coadyuvantes, no fal-

tan en nuestro medio y que por lo mismo es nuestro deber investigar y preocuparnos, antes de que esta enfermedad se convierta en un problema social, como acontece en la mayoría de los países del mundo.

Y son precisamente las formas atípicas con pequeños signos que nada tienen de específicos, los que despidan el criterio médico y contribuyen al avance de la enfermedad, y estas son quizás las formas más comunes entre nosotros, entre niños, adolescentes y adultos.

DEBO señalar que en la ciudad de Quito he podido observar verdaderos brotes epidémicos, tal como lo anotan todos los investigadores de los países afectados; mis estadísticas revelan que la mayor parte de los casos se presenta entre los meses de Diciembre a Febrero y de Julio a Septiembre, coincidiendo con las mayores bajas de temperatura ambiental.

HACIENDO una revisión recordatoria de los pequeños signos del estado reumático y que se presentan todos ellos en nuestro medio, son: las epistaxis repetidas sin causa traumática aparente, cierto estado de nerviosidad e inquietud en los niños, que sin llegar a constituir un síndrome coréico, puede en ocasiones hacer pensar en ello; la anorexia, la palidez, astenia y el enflaquecimiento, ya acompañadas de pequeñas febrículas o sin ellas, los vómitos a repetición con dolor abdominal, que pueden simular ataques apendiculares, sobre todo si se tiene en cuenta la leucocitosis que es común en ambas enfermedades.—Son los signos anteriormente anotados, los que con más frecuencia encuentro en mis enfermos aunque más raramente he podido constatar algunos otros que son también perfectamente conocidos, como las taquicardias, las algias cardiotorácicas, las palpitaciones y las cefáleas, así como también las manifestaciones cutáneas.

PERO aparte de estos diferentes signos y síntomas que han sido ya descritos por muchos investigadores y que se encuentran perfectamente catalogados en la mayor parte de los textos de Clínica Cardiológica, de-

seo llamar la atención sobre dos signos encontrados por mí en un buen número de enfermos con estado reumático confirmado y que, aunque son también inespecíficos como todos los ya descritos, sirven a no dudarlos para complementar el juicio clínico, ya sea que aparezcan aisladamente o acompañando a otros, ya bien conocidos y específicos, como la artralgia y la fiebre en el curso de esta enfermedad.

EL primero de estos signos lo constituye la oftalmoangiocrinosis, que he podido constatar en 23 pacientes de los 140 a los que se refiere este trabajo. Este signo está dado por la ingurgitación de los vasos conjuntivales bulbares, sin que se produzca exudado o secreción, ni aparezca deslustramiento del epitelio conjuntival, ni otro signo que nos pueda hacer pensar en una conjuntivitis.— De estos 23 pacientes 20 eran niños menores de 12 años, 2 casos corresponden a adolescentes entre 12 y 16 años y solo uno a un enfermo de 25 años, lo cual nos revela que la oftalmoangiocrinosis del estado reumático se presenta como signo frecuente de esta enfermedad en los niños, y muy rara vez en el adolescente y en el adulto.

LA oftalmoangiocrinosis fué muy acentuada en 9 de los 23 casos y con intensidad media o apenas manifiesta en los restantes casos.—Solamente en cuatro pacientes este signo se manifestó aisladamente, sin artralgia, ni flojosis, ni epistaxis, ni cefáleas, ni otros signos conocidos de estado reumático, y solamente la leucocitosis y el aumento de la eritrosedimentación, las pequeñas febrículas y el electrocardiograma nos confirmaron el diagnóstico. En los restantes enfermos este signo se presentó acompañando a otros como la epistaxis en 8 casos.

EN 6 pacientes la oftalmoangiocrinosis se añadió a los estados de anorexia, palidez y enflaquecimiento.— En 2 formas coréicas de mediana intensidad encontré también el signo, y los 3 casos restantes se presentaron acompañando a cuadros de poliartritis reumática aguda.

DEBO hacer notar que en todos los casos en donde el signo descrito se presentó aisladamente o acompañando a otros, no específicos del estado reumático, fueron catalogados como tales por coexistir siempre con una leucocitosis, con un aumento de la eritrosedimentación y con signos electrocardiográficos evidentes de carditis reumática, ya sea en su forma aguda inicial o correspondiendo a recidivas de un antiguo estado reumático con cardiopatía establecida.—Es importante también anotar el hecho de que la oftalmoangiocrinosis acompañó siempre en todos los 23 casos de mi observación a estados amigdalianos de tipo crónico, a tal punto que la manifestación ocular fué atribuída por los mismos familiares en varios casos al malestar amigdaliano concomitante; sin embargo en 13 casos vi desaparecer la manifestación ocular con el simple tratamiento salicilado penicilínico y el reposo, sin haberse practicado la extirpación amigdaliana; en tres enfermos, a quienes tuve ocasión de seguir la evolución de la enfermedad después de la amigdalectomía, vi regresar la oftalmoangiocrinosis, coincidiendo con nuevos brotes reumáticos.

EL segundo signo que deseo consignar entre las manifestaciones del estado reumático, es la coriza crónica; —la considero menos frecuente y de menor importancia que el signo anteriormente descrito.—De entre los 140 casos a los que se refiere mi casuística, existen solamente 6 enfermos, en donde la coriza crónica se presentó en el cortejo sintomático de la enfermedad reumática.

CUATRO de estos pacientes habían sufrido ataques de poliartritis reumática a repetición y la coriza les acompañó tanto durante el ataque agudo como en los intervalos de los episodios.—Dos de estos 4 pacientes habían sido amigdalectomizados y los dos restantes padecían de amigdalitis críptica; todos ellos adolecían de cardiopatías valvulares. Solamente 2 del total de los 6 pacientes con coriza crónica presentaron este síntoma acompañando a epistaxis reumática.

ES de justicia dejar constancia, de que ninguno de los 6 pacientes con esta forma de coriza crónica reumática, fue examinado por un especialista que nos pudiera orientar sobre la coexistencia de alguna alteración orgánica, capaz de producir este síntoma.

TANTO al referirse al primero y al segundo signo que acabo de describir, no he visto ninguna preponderancia relativa al sexo; pues del total de 29 casos que comprenden los enfermos con oftalmoangiocrinosis y coriza crónica, corresponden 12 al sexo masculino y 17 al sexo femenino.

LOS hechos anotados nos revelan la frecuencia con que la enfermedad reumática afecta a los pobladores de este suelo ecuatorial, y generalizo el vocablo para referirme a la Nación Ecuatoriana por entero, porque el doctor José Manrique Izquieta, distinguidísimo cardiólogo, guayaquileño, ha corroborado esta opinión con sus prolijas investigaciones en la región del Litoral en conversaciones personales de hace muy poco tiempo. Por estas razones creo de nuestro deber, el interesar a la profesión médica y a las correspondientes autoridades de salubridad nacional, para que el asunto de la Cardiopatía Reumática y de su incidencia en nuestro medio sean debidamente estudiadas.

RESUMEN

SE analiza la incidencia del Estado Reumático en este medio y el hallazgo de nuevos signos de la enfermedad.

1). De 430 casos cardiológicos examinados en tres años, existen 140 de cardiopatías con etiología reumática. (30,7%).

2). Existe un elevado porcentaje de formas atípicas ó ya aisladamente.

3). Se ha encontrado en un 16,4% de casos, en que aparece la oftalmoangiocrinosis como signo reumá-

tico, ya acompañando a otras manifestaciones reumáticas o ya aisladamente.

4). La coriza crónica como signo del estado reumático se ha presentado en 6 casos de los 140 examinados; esto es un 4,3%.

5). Es indispensable suponer que este tipo de reumatismo es más frecuente de lo que antes se creía en nuestro medio y que es menester pensar en ello para facilitar su diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

A. de Gortari, R. Pellón e I. Costero: Encefalopatía del reumatismo. 1.—Frecuencia insospechada de los accidentes cerebrales en el curso de la fiebre reumática y su papel como factores determinantes de la muerte en 107 casos con estudio correspondiente de necropsia. Arch. del Inst. de Cardiología de México, Tomo XVII, Año 17, Nº 2 Abril 1947.—Página 193.

T. G. Perrín: Observaciones histopatológicas en las mediastinitis reumáticas.

Arch. del Ins. de Cardiología de México, Tomo XVIII, Año 18, Nº 1. Febrero 1948.—Página 52.

J. Robles Gil: Frecuencia y cuadro clínico de la fiebre reumática en la ciudad de México.

Arch. del Inst. de Cardiología de México, Tomo XVII, Año 17, Nº 5. Octubre 1947.—Página 677.

Carlos Charlin: Tratado de Clínica oftalmológica. —1924.

F. Joly: Rhumatisme cardiaque évolutif.—1948.

Encyclopedie Médico-Chirurgicale.

Stroud, William: Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Cardiovasculares. Tomo I.—1943.

White, Paul Dudley: Enfermedades del Corazón.—1943.

Levine, Samuel: Cardiopatología Clínica.—1946.

Clarke, J. T.: J. Trop. Med. 33,294. Septiembre.—1930.

Dieuaide F. R.: Trans. Am. A. Physicians 52,379.—1937.

Bitzer, E. W.: South M. J. 27,503. Junio.—1934.

Hench, P. S.: Ann. Int. Med. 9,883. Enero.—1933.

Ann. Int. Med. 10,754. Enero.—1936.

Ann. Int. Med. 11,1089. Enero.—1938.