

X Dres. Carlos R. Sánchez y Julio E. Paredes

X **LA ENFERMEDAD DEL BOCIO**
EN EL ECUADOR —————



ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

INFORME APROBADO POR LA FACULTAD
DE MEDICINA —————

Señor Decano de la Facultad de Medicina, Cirugía, Farmacia y Odontología de la Universidad Central.

Señor Decano:

En cumplimiento de la comisión que se sirviera encomendarnos la H. Facultad de Medicina, nos es honroso presentar el adjunto informe, con los datos que nos ha sido posible obtener en la República y con las consideraciones y deducciones del caso.

Este trabajo está dividido en dos capítulos:

- I. Geografía del bocio endémico en el Ecuador; y,
- II. Condiciones etiológicas locales.

Como la investigación científica ha comenzado hace poco tiempo entre nosotros ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL entendiendo por esto los trabajos originales y no los comentarios o aplicaciones de estudios extranjeros, que siempre se han cultivado en nuestros centros intelectuales—, no nos ha sido posible documentarnos en publicaciones nacionales, que dicho sea de paso no existen o no han llegado a nuestro conocimiento, en lo referente al asunto que nos interesa.

GEOGRAFIA DEL BOCIO

Hemos creido conveniente seguir la división clásica de la República del Ecuador en tres zonas: Litoral, Meseta Interandina y Hoya Amazónica o Región Oriental.

En el Litoral, no existe el bocio endémico, ni el cretinismo, pues ateniéndonos a la opinión del Dr. Martínez Serrano (de Los Ríos), los casos observados son raros y proceden de la Altiplanicie andina (Provincia de Bolívar en particular). A

iguales conclusiones se ha llegado en la vasta sección de Manabí, pues aparte de casos aislados en Canoa y Jama el bocio es casi desconocido (Dr. Leopoldo Rodas V., Delegado de Sanidad). En la Provincia del Guayas, tampoco hay casos auténticos de bocio endémico; como dato interesante, podemos mencionar la comprobación de la enfermedad de Chagas, acerca de la cual se escribió una tesis en 1929, en la Facultad de Medicina de Guayaquil.

Igual cosa podemos decir de la Hoya Amazónica: las tribus salvajes y los poblados de indios civilizados nativos de la región, no conocen esta enfermedad. Es probable que los casos que pudieran existir, se observen en individuos oriundos de otras zonas, pues —lo repetimos— no se han comprobado nunca en los nativos de esa extensa y apartada región. Hay que notar, además, que esta zona, así como la de la costa ecuatoriana, son muy ricas en parásitos. En cambio, en las Provincias de la Región Interandina, es sumamente frecuente. De una manera general, ataca más número de personas en las aldeas y caceríos que en las ciudades, en las que los casos verdaderamente autóctonos de ellas son raros: la mayoría de los que vemos en los hospitales, proceden de los campos.

Concretándonos al estudio del bocio en algunas de estas provincias, se lo observa ^{ÁREA HISTÓRICA} de preferencia en las aldeas situadas en valles generalmente, como las de los Chillos y Machachi en la Provincia de Pichincha, en donde está atacada gran parte de la población, tanto de bocio como de cretinismo endémicos. No podemos calcular el porcentaje, pero indudablemente debe ser elevado. En la capital hay algunos casos esporádicos autóctonos, raros desde luego.

En la Provincia de León es muy extendida la enfermedad, especialmente en la raza india, en la que se acompaña también otros trastornos endocrinos, según informe del Dr. Terán, Delegado de Sanidad. Es la parroquia de Mulaló la más afectada, y en ella los caceríos de San Ramón, Ticatilín, Chinchil, Barrancas y Langualó, zona situada al N. E. de la provincia en las faldas occidentales del volcán Cotopaxi (5.943 mts., según Reiss y Stübel). Aquí el señor Delegado de Sanidad calcula en un 50 por ciento de enfermos con relación al número total de habitantes.

La Provincia del Tungurahua es menos atacada por el bocio, y si bien en la ciudad de Ambato y poblaciones de esa

región no faltan casos aislados, no hay zona en las que las cifras sean tan altas como en la Provincia de León. Aún la raza india es aquí menos sujeta a la enfermedad. Sin embargo, en Patate, Píllaro, Guambaló, Pasa, poblaciones lejanas unas de otras y situadas en alturas y climas diferentes, es en donde se observan más casos.

En Pasa, uno de nosotros tuvo ocasión de constatar en 1923, un pequeño brote epidémico, en el que los enfermos curaron en su mayoría con el tratamiento yodado y arsenical.

En la Provincia del Chimborazo también es frecuente el conservar la enfermedad. En el Altar, Puela, poblaciones cercanas al volcán Tungurahua, Cubijíes, Químiac, Pungalá, Sibambe y Pallatanga, es en donde se le observa más a menudo y en las que existe al estado endémico. También en las Provincias australes se halla muy extendido el bocio endémico: Cojitambo, San Miguel, Borrero, caceríos de Purcay y Pizhomaza en la Provincia del Cañar; cantón Cuenca, parroquia Valle, Nulti y Santa Rosa, siendo observada con mayor frecuencia que los caceríos de Challuabamba y Pucacruz; en la Provincia de Loja: Valladolid, San Lucas, Colaisaca y caceríos de Tumainuma, Cuchiloma y Vinuyacu. En esta zona ha confirmado el Dr. Jaramillo (Delegado de Sanidad) que el mal ataca también en ciertos animales: borregos, caballos, cerdos, etc.

ÁREA HISTÓRICA

DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

Para la localización de estas poblaciones, nos referimos a la adjunta carta geográfica.

CONDICIONES ETIOLOGICAS

No respeta razas ni condición social; sin embargo, son la raza india, la mestiza, sobre todo la clases indigentes, las que pagan el más pesado tributo: es en los mendigos en donde puede observarse el porcentaje más elevado. Sin embargo, se lo encuentra, raramente desde luego, en personas de elevada posición social y económica.

Tampoco escapa ninguna idea; desde luego cuando ataca a los niños en la primera infancia, se complica de cretinismo —mixedematoso o no—; en tanto que cuando aparece en el adulto, constituye lo más a menudo una afección local, con los fenómenos mecánicos consiguientes, siendo muy rara la

evolución hacia el mixedema espontáneo del adulto, enfermedad que con el Basedowismo, son muy raras en el Ecuador.

Parece que ambos sexos son atacados por igual. Lo hemos visto aparecer o recrudecer en su desarrollo en señoras, con motivo del embarazo (reposo o sueño del ovario).

Es probable que influya también el factor herencia: conocemos familias cuyos miembros son en gran parte atacados en generaciones sucesivas: ¿iguales condiciones de vida?, ¿transmisión hereditaria? Difícil es dilucidarlo.

No nos inclinamos a admitir el factor microbiano o parasitario, pues cabalmente en las zonas del Litoral y Amazónica, en donde las enfermedades parasitarias son tan abundantes, es en donde el bocio endémico casi no existe, salvo desde luego los casos de enfermedad de Chagas comprobados en el Guayas.

¿Por qué las razas india y mestiza son las más predispuestas a la enfermedad? Su alimentación es muy reducida: patatas cocidas, maíz tostado, harina de cebada, maíz etc.; no se consume o se lo hace muy poco, carnes, legumbres, leche, huevos, mantequilla, frutas en buenas condiciones, etc., de donde se deduce que el aporte vitamínico es muy reducido, y los trastornos por carencia no se hacen esperar muchas veces. Agreguemos a esto las pésimas condiciones de habitaciones y el alcoholismo, verdadero flagelo de estas razas, para comprender el fondo patológico que estos individuos llevan en sí.

En observaciones practicadas en León y Azuay, se ha notado que los lugares más afectados, carecen de agua abundante y corriente, y que muchas personas curan su bocio al abandonar dichos lugares. ¿Cómo podríamos interpretar el papel que corresponde a las aguas en la producción del bocio? Indudablemente, es por carencia de ciertos elementos; y de éstos, es al déficit de Yodo al que se ha incriminado en muchos países como Suiza y los Estados Unidos. Kimball (Journal of the American Medical Association, Nº. 7. VIII 30) recomienda como medio profiláctico seguro e inocuo, la repartición de sal yodada en las escuelas, experimento interesante y sencillo que convendría estudiarlo en las regiones contaminadas del Ecuador. Nosotros nos atenemos parcialmente a esta hipótesis, y para probar el fundamento en que nos apoyamos, vamos a recordar brevemente el ciclo del elemento yodo en la superficie terrestre. Este metaloide existe

en la forma de yoduros minerales en las profundidades del mar, en donde es absorbido y transformado en compuestos orgánicos por los seres uni o pluricelulares, que abundan en las aguas marinas; los cadáveres de estos animales flotan en la superficie, pulverizándose por la acción del choque de las olas y el viento. Pasan al aire marino como impalpables partículas ricas en yodo orgánico, y es por esto que el aire del mar goza de fama de ser rico en yodo. Este aire arrastra hacia los continentes el elemento yodo, en donde las lluvias vuelven a llevarlo a la superficie terrestre, a los ríos y corrientes de agua, que a su vez lo devuelven al mar.

Pues bien, es indudable que las dos cordilleras —Occidental y Oriental de los Andes del Ecuador— son dos barreras que se oponen a la llegada a la altiplanicie, de las emanaciones marinas.

Por otra parte, la abundancia de las lluvias, en las vertientes occidental y oriental de las dos cadenas de montañas andinas, deben arrastrar gran cantidad del yodo atmosférico hacia esos lugares, y privar o causar cierto déficit de ese elemento a la zona interandina. Esta hipótesis nos permite explicar también el por qué de la abundancia del bocio endémico en la meseta interandina, y la no existencia en la costa y Hoya Amazónica.

Según se ha observado en la Provincia de León, el bocio es factor de menor resistencia orgánica, pues en una epidemia de tifoidea observada allá en el año de 1926, la mortalidad fué del 50 por ciento en los atacados de bocio.

CONCLUSIONES

I. La zona más afectada de bocio es la región interandina.

II. Ataca de preferencia a las razas india y mestiza, observándose sobre todo en los indigentes.

III. El bocio se observa por igual en los dos sexos.

IV. Ataca de preferencia en la pubertad o edad adulta.

V. Enfermedad por carencia: avitaminosis, déficit de yodo. Debe estudiarse el factor hereditario.

VI. Disminuye la resistencia orgánica para otros estados patológicos.

Carlos R. Sánchez.

Julio E. Paredes.