

CARDIOPATIA REUMATICA

Por el doctor **Nicolás Collazos R.**

La cardiopatía reumática comprende cuantas formas de trastorno cardíaco derivan del reumatismo.

El ataque de la fiebre reumática a las estructuras cardíacas ocurre en el noventa por ciento de los casos, según las estadísticas de la Universidad de Tulane. Es un hecho de importancia el que apenas el cincuenta por ciento de los casos de cardiopatía reumática da síntomas en la fase activa; el otro cincuenta por ciento se descubre más tardíamente, de ordinario, con motivo de una insuficiencia cardíaca congestiva, consecencial a una valvulopatía antigua ignorada. Muchas insuficiencias cardíacas sin valvulopatía, que simulan la cardiopatía arterioesclerósica en individuos relativamente jóvenes, que no presentan un estado esclerótico arterial intenso, no son más que viejas miocarditis reumáticas que han evolucionado solapadamente durante muchos años.

Podemos dividir la cardiopatía reumática en dos fases, a saber: fase activa y fase inactiva o residual. La cardiopatía reumática activa o carditis, es la fase de inflamación del corazón, y constituye una parte del reumatismo. La cardiopatía reumática, inactiva o residual, es el período de exclusivos trastornos mecánicos resultantes de los estragos causados por un previo ataque de la infección.

Causas predisponentes.—Las mismas de la fiebre reumática.

Anatomía Patológica.—Los cambios patológicos en la cardiopatía reumática, son paralelos a las etapas clínicas de la enfermedad. En la carditis activa encontramos los caracteres de

la inflamación, mientras que en la fase inactiva las lesiones son las del tejido cicatrizal y adherencias.

“Miocarditis”.—La lesión activa se caracteriza en el miocardio por la formación de los cuerpos de Aschoff. Estas colecciones se hallan más frecuentemente en la porción basal de la pared ventricular, y suelen ser perivasculares y localizarse en el subendocardio. Si la inflamación activa remite los nódulos, se convierten en pequeños focos de tejido fibroso. Aunque estas lesiones características son de distribución focal, el miocardio resulta difusamente debilitado, y aparece dilatación. Contrariamente a lo que se cree, con frecuencia, el curso de la cardiopatía reumática indica, claramente, que las principales causantes de la aparición de insuficiencia cardíaca son los trastornos miocárdicos y no los valvulares.

“Endocarditis y Valvulitis”.—El término endocarditis suele emplearse, en sentido indefinido, para significar no sólo la inflamación de la capa endocárdica de la válvula, sino toda su estructura, es decir, que sería mucho más apropiado el término valvulitis.

El primer trastorno de la valvulitis parece ser un edema localizado, seguido rápidamente de infiltración celular y proliferación. Generalmente, aparecen pequeñas zonas necróticas en la línea de oposición de las válvulas, en cuyo vértice yacen trombos compuestos de fibrina, y plaquetas que se distinguen fácilmente como pequeñas vegetaciones amarillo-rosadas sobre las válvulas y cuerdas tendinosas. La curación resulta de la organización y formación de cicatrices, que producen engrosamiento, acortamiento, torción y soldadura de las válvulas.

“Pericarditis”.—El pericardio pierde su apariencia lustrosa, se congestiona, queda recubierto de fibrina y se vuelve áspero. Las células endoteliales se congestionan y ocurre la proliferación capilar. Probablemente, en la mayoría de los casos, se derrama algún exudado seroso. Tanto en la fase fibrinosa como en la efusiva, puede tener lugar la resolución, que consiste, simplemente, en un engrosamiento cicatrizal del pericardio sin adherencias; o, bien, en el proceso curativo pueden concurrir dichas adherencias, entre las hojas parietal del pericardio y la pleura, tejidos mediastínicos y diafragma.

SINTOMATOLOGIA

“Cardiopatía reumática inactiva”.—Aun cuando existen distintos signos físicos de cardiopatía reumática, en su fase residual, estrictamente hablando, los síntomas son pocos, ya que, cuando aparece la dolencia, no son usualmente los de cardiopatía, sino los de insuficiencia cardíaca. No ha de sorprender que se presenten estos signos de insuficiencia, si se considera la ineficacia mecánica que resulta de unas válvulas defectuosas, de las adherencias pericárdicas y de las cicatrices del miocardio.

“Cardiopatía reumática activa”.—Comoquiera que ésta es meramente una manifestación del reumatismo, suelen coexistir otras pruebas de dicha enfermedad, tales como: fiebre, poliartrosis, corea, nódulos subcutáneos, eritema, pleuritis y otras. Cuando éstas son definidas, el diagnóstico es fácil e incluso sin otras manifestaciones reumáticas, es poco difícil de reconocer la carditis cuando el corazón está afectado, de manera aguda y grave, ya que la atención se dirige inmediatamente hacia él, por signos tales como la disnea, ortopnea y dolor pericardial. Las dificultades se hallan en las formas subagudas, sin claras manifestaciones reumáticas, puesto que a tales pacientes pueden aquejarlos, solamente, vagos dolores musculares o articulares, cansancio, anorexia, fiebre y otros síntomas indefinidos.

El término carditis reumática es de mucha utilidad en la descripción de la cardiopatía reumática activa, porque el corazón es generalmente atacado en su totalidad, en contraste con las conocidas infecciones bacterianas cardíacas, que atacan predominantemente un tejido. Sin embargo, una vez diagnosticada la carditis, debiera procurarse averiguar, mediante cuidadosa observación, hasta qué grado están afectadas las diferentes partes del corazón.

“Miocarditis”.—Está plenamente comprobado que las más importantes lesiones, en cuanto concierne a la capacidad del corazón para llevar a cabo el trabajo requerido, son las miocárdicas; puede decirse que los reumáticos jóvenes difícilmente padecen insuficiencia cardíaca en ausencia de inflamación miocárdica. En pacientes mayores esto resulta menos cierto, especialmente en los grupos de edad en que adquieren importancia las enfermedades degenerativas del miocardio. En pacientes jóvenes, la apa-

rición de franca insuficiencia cardíaca es bastante para presumir que ha reaparecido la infección activa.

Otros signos y síntomas, que sugieren miocarditis, son: la dilatación cardíaca, el dolor y anormal sensibilidad cutánea en región precordial, disociación esfigmotérmica a favor de la frecuencia del pulso y algunos signos electrocardiográficos. Además, puesto que la miocarditis probablemente acompaña siempre a la valvulitis y pericarditis reumática, cuando menos en cierto grado, es, igualmente, presuntiva de miocarditis la presencia de los signos que indiquen una activa intervención de ambas.

“Valvulitis”.—Clínicamente, la lesión valvular más común es la insuficiencia mitral. La sigue en frecuencia, y es la más característica, la estenosis mitral. La tercera en frecuencia es la insuficiencia aórtica, y la estenosis aórtica ocupa el cuarto lugar. Siguen luégo las lesiones de la válvula tricúspide y, finalmente, las de la válvula pulmonar. Los signos que delaten estas lesiones son los de las diversas valvulopatías. Las lesiones suelen subsistir, una vez que han dado nacimiento a los soplos que las distinguen, pero, en ocasiones, éstos desaparecen. La probable explicación de dichos soplos transitorios es el edema inflamatorio de las valvas, con apaciguamiento de la infección, antes de desarrollarse cambios proliferativos bastantes para ocasionar suficiente deformidad valvular.

La aparición de un soplo sistólico durante el curso del reumatismo, es, sin duda, un hecho de mera presunción de valvulitis. La persistencia de dicho soplo en el tiempo y la aparición de soplos diastólicos agregados sería una prueba concluyente de valvulopatía definitiva.

“Pericarditis”.—La pericarditis de importancia clínica es rara en los adultos, comparada con la de los niños. Es de seria significación pronóstica, por el peligro de compresión cardíaca aguda, durante la fase aguda y, más tarde, por la posibilidad de extensas adherencias pericárdicas. Por otra parte, a veces ocurre que pacientes con evidente pericarditis curan sin signo alguno de trastorno cardíaco permanente. Signos presuntivos de pericarditis son: aumento rápido del tamaño del corazón, con sombra radiológica piriforme, bajo voltaje generalizado del electrocardiograma y desviación positiva del segmento ST. El diagnóstico se establece por el frote pericárdico y demás signos de pericarditis.

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA CARDITIS

Signos de probabilidad.—Desarrollo de insuficiencia cardíaca congestiva durante un acceso de fiebre reumática; aparición de frote pericárdico; desarrollo de nuevos soplos; marcado aumento del volumen del corazón. (Siempre que estos signos aparezcan durante un brote de reumatismo agudo).

Signos presuntivos.—Dolor y sensibilidad cutánea anormal en área precordial, taquicardia en disociación con la temperatura, ruido de galope, nódulos subcutáneos y el desarrollo de fibrilación auricular en algún paciente son signos físicos de lesiones valvulares reumáticas, particularmente en individuos jóvenes.

Signos electrocardiográficos.—Ondas P, melladas y ensanchadas, intervalo PR, prolongado, atipias ventriculares, engrosamiento, melladuras y, a veces, hasta imágenes de bloqueo de rama. Cambios del segmento ST, especialmente, desviaciones positivas. Alteraciones de la onda TY ya en la forma, ya en el voltaje, ya por inversión neta.

Los datos de Laboratorio son: eritrosedimentación acelerada, leucocitosis, cierto grado de anemia y aumento de fibrinógeno sanguíneo, en sujetos reumáticos en quienes estos datos no pueden relacionarse con otras causas.

Síntomas.—Insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias y dolores cardíacos.

Signos físicos.—Los de las diversas valvulopatías ocasionadas por las valvulitis reumáticas.

Curso de la enfermedad.—Se describen cuatro tipos de curso clínico:

1º Tipo fulminante agudo, en el cual la enfermedad sigue un curso rápido, con elevada temperatura y leucocitosis, signos acentuados de insuficiencia cardíaca y muerte entre unos pocos días y varios meses. Este tipo es raro, sobre todo en adultos.

2º Tipo activo crónico, en él se desarrolla carditis reumática activa, pero al disminuir las manifestaciones de actividad, no llegan a desaparecer del todo y estos pacientes siguen el curso de una infección, subaguda o crónica, durante muchos meses o años.

3^o Tipo recurrente: es éste el tipo clínico más frecuente. Los períodos de actividad ocurren cada pocos años, separados por períodos de inactividad más o menos cortos.

4^o Tipo persistente, inactivo: este tipo clínico se inicia con un ataque de carditis que, después de unos meses, se vuelve inactivo. La curación se establece con o sin dilatación cardíaca o enfermedad valvular.

Diagnóstico.—El diagnóstico de cardiopatía reumática quedará resuelto dando respuesta a los siguientes puntos:

1^o En un paciente con fiebre reumática, se debe resolver si el corazón está o no atacado. Cuestión más bien académica, especialmente en los niños, porque es tan frecuente algún grado de carditis en el reumatismo agudo, que debe considerarse que el paciente la tiene mientras no se demuestre lo contrario.

2^o Si un niño tiene síntomas vagos, que pueden ser o no reumáticos. En este caso, si alguna manifestación reumática llega a definirse, el problema quedaría reducido al primer punto. En caso contrario, debe observarse cuidadosamente al niño y emplear los medios de que disponemos hasta llegar al verdadero diagnóstico.

3^o Este último punto de vista lo plantea el paciente con manifiesta enfermedad valvular cardíaca inactiva, en la que ha de resolverse si el factor original fue la fiebre reumática o cualquier otra causa. Si hay el antecedente de fiebre reumática y los signos físicos de valvulopatía, es casi seguro que el problema queda resuelto en favor de la etiología reumática. En caso de que no haya antecedentes de fiebre reumática, debe tenerse en cuenta que esta entidad arroja el mayor porcentaje de valvulopatías; además, un buen interrogatorio y los medios de Laboratorio de que disponemos hoy en día, serían de gran ayuda en el esclarecimiento del diagnóstico etiológico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

“Carditis”.—Pueden simularla numerosas enfermedades, como: la endocarditis séptica, el hipertiroidismo, cierto tipo de anemia, las leucemias, la fiebre ondulante y algunas formas de tuberculosis pulmonar. El diagnóstico diferencial con cada una de las entidades enumeradas, es de todos bien conocido, por lo cual me abstengo de hacer el análisis correspondiente.

“Cardiopatía reumática inactiva”.—La dificultad diagnóstica está en la insuficiencia aórtica y, además, un soplo diastólico apical, pues hay necesidad de resolver si el paciente padece reumatismo cardíaco con deformidades valvulares aórticas y mitrales, o, bien, si se trata de sífilis cardíaca con insuficiencia aórtica y, además, un soplo apical de Austin Flint. Acudiremos, entonces, a la edad y antecedentes patológicos del paciente, aun cuando estos recursos no significan siempre la solución satisfactoria para todos los casos.

También plantean diagnóstico diferencial algunas formas de cardiopatías congénitas.

Pronóstico.—En la carditis reumática está condicionado por la intensidad del ataque a las estructuras cardíacas, al modo como se haya llevado a efecto el tratamiento y la frecuencia con que se repitan los brotes activos.

En la cardiopatía residual depende, sobre todo, de la localización anatómica y del tipo de lesiones estructurales establecidas definitivamente. En términos generales, se puede decir que habrá siempre una limitación más o menos grande para el corazón en el cumplimiento de sus funciones.

Tratamiento.—Para simplificar este punto, he dividido la cardiopatía reumática, así:

1º Carditis reumática activa con insuficiencia cardíaca: tratamiento específico de la fiebre reumática y tratamiento digitalítico.

2º Carditis reumática activa sin insuficiencia cardíaca: tratamiento específico de la fiebre reumática.

3º Cardiopatía reumática residual con insuficiencia cardíaca congestiva: tratamiento digitalítico.

Naturalmente, sobra decir, que a estos tratamientos hay que añadir el reposo y el régimen higiénico-dietético correspondiente.

“Cardiopatía en otros estados reumáticos”.—En estados reumáticos distintos de la fiebre reumática se encuentra cardiopatía en los siguientes:

1º En el lupus eritematoso agudo diseminado; esta endocarditis es idéntica a la de la fiebre reumática.

2º En la quinta parte de los casos de artritis reumatoide.

3º En las artritis metastásicas, en cuyo caso es una verdadera endocarditis bacteriana.

4º En las artritis secundarias que coinciden con enfermedades infecciosas agudas, domina en frecuencia la miocarditis sobre la endocarditis; así se ve en el tifo exantemático, en la neumonía, en la fiebre tifoidea y en algunos exantemas de virus. La insuficiencia cardíaca de toxi-infecciones agudas que presenta el tipo de la insuficiencia ventricular izquierda apresurada, más que de una verdadera cardiopatía, resulta de una ataxia de los centros vasomotores, a favor de la cual el volumen minuto disminuye considerablemente porque la sangre se remansa en los reservorios sanguíneos.
