

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOLUMEN 30

ENERO — MARZO DE 1962

1

Director: EDUARDO CORTES MENDOZA, Decano de la Facultad.

Jefe de Redacción: Andrés Soriano Lleras.

Administrador: Rosalba Cufiño.

COMITE EDITORIAL:

Luis Guillermo Forero Nougés, Andrés Soriano Lleras, Alberto Albornoz Plata, Ernesto Andrade Valderrama, Enrique Núñez Olarte, Carlo Federici Casa, Ernesto Osorno Mesa, Januario Galindo, Guillermo León Restrepo Isaza, Humberto Roselli.

Dirección: Facultad de Medicina. Ciudad Universitaria. Bogotá. Apartado Nacional Nº 40.
Tarifa postal reducida. Licencia Nº 238 del Ministerio de Comunicaciones.

CONTENIDO :

	Páginas
<i>Perforaciones intestinales.</i> Por Víctor H. Covelli Otero y Gabriel Romero Cruz..	4
<i>Incidencia de cardiopatía reumática en necropsias del Hospital de San Juan de Dios, Bogotá, Colombia.</i> Por Luis Felipe Fajardo, L-G., y Darío Tobón M.	17

REVISTA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA

VOLUMEN 30

ENERO — MARZO DE 1962

1

PERFORACIONES INTESINALES

Por

VÍCTOR H. COVELLI OTERO *

GABRIEL ROMERO CRUZ **

Se ha hecho una revisión de los casos de heridas perforantes abdomino-intestinales tratadas en el Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, desde enero de 1953 hasta diciembre 31 de 1960.

Este estudio corresponde a 348 pacientes con perforaciones de intestino delgado y grueso, como objeto primordial. Presentan 1.262 (cuadro 1) perforaciones, de las cuales el 75.8% corresponden a intestino delgado y el 18.1% a colon y recto, incidencia que es igual a la de estadísticas foráneas (7). Sigue en orden de frecuencia el estómago con 6% y el resto del porcentaje repartido en todos los órganos abdominales, que influyeron en la causa de la muerte como en los casos de heridas de los grandes vasos.

La distribución de la frecuencia por años (cuadro 2) nos hace ver un au-

mento progresivo de la entidad, a tal grado que en el año de 1960 se cuadruplica la cifra inicial. Es muy difícil analizar las causas de este hecho, pues en él inciden el aumento de la población; fenómenos políticos y sociales que se salen del marco de nuestros objetivos.

Las publicaciones de los Estados Unidos se hacen con casuísticas menores como la de Glenn (11) del New York Hospital que informa de 1932 a 1958, 60 casos; Terry (4), 49 casos. Sólo en el Sur de la Unión se publican cifras iguales como las de Roof y De Bakey (10), de 186 casos de heridas de colon en diez años en los cuales las dos terceras partes eran de negros y el resto latinoamericanos. Penthius y Creech (8) publican 122 casos de heridas de colon en siete años, número casi igual al de heridas de colon que revisamos. Leyva (1) habla de 503 casos de 1934 a 1940. Si seguimos analizando el cuadro número 2 de casuística general, encontramos una morbilidad global de 26.7%, y en el último año de 18.8%, cifra comparable a la de 16% que da Ponthius (8).

* Profesor Asistente de Cirugía.

** Residente Jefe de Cirugía.

Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Hospital de San Juan de Dios. Bogotá, D. E.

La mortalidad tiene un promedio de 8.6% inferior a la de las publicaciones consultadas: Roof (10), 13.9%; Glenn (11), 33 y 14%; Terry (4), 24%; Morton (7), 14% y Leyva (1), 47.10%. La morbilidad es alta: 26.7% comparada con otros informes; Pontthius (8), da 16%. Esto puede tener relación con el tipo de heridas que en el informe de Glenn (11) y Roof (10), son por navaja, además del medio económico-social en que trabajan los distintos grupos.

Edad y sexo.—Comprende un grupo de pacientes entre doce y sesenta y un años, con incidencia mayor entre veintiuno y treinta años, 53.4%. Estando el 92% en pacientes de menos de cuarenta años, igual cifra a la dada por Roof (10), 90%, y en relación al sexo el 85.4%, hombres, y 14.6%, mujeres, que confirman datos extranjeros (8), (10), (11).

Estudiemos en detalle la morbilidad (cuadro número 4): Se agrega a este cuadro la incidencia de complicaciones preoperatorias, entre las cuales tenemos como la más frecuente el epiplocele con un 25.4% de todos los casos con perforaciones, lo que no está de acuerdo con el concepto de que el epiplocele descarta la perforación (Leyva, 1).

El epiplocele es signo de penetración, y creemos con Glenn (11) "que la exploración es imperativa en toda herida que penetra la cavidad abdominal, aunque no existan signos de hemorragia ni peritonitis". Así, pues, no se debe esperar a que aparezca la contractura abdominal para indicar la laparotomía, como se ha expresado en publicaciones nacionales (Cubides (2) y Leyva (1)).

El enterocoele se presenta en el 20% de los pacientes. Estos casos son atendidos inmediatamente, lo cual redundó en una mortalidad de 0.5%, muy in-

ferior a la general, a pesar de estar expuestos a contaminación peritoneal.

La complicación post-operatoria más frecuente es la infección de la herida, 12.6% igual a la de otras publicaciones y aun en cirugía electiva (7-8-10).

La peritonitis tiene una cifra alta que hace relación al tipo de herida y al tiempo preoperatorio; se hace notar que en dos pacientes ya existía una peritonitis fibrinopurulenta en el momento de la intervención.

Las otras complicaciones son las comunes a este tipo de cirugía y con porcentajes inferiores a otras series (8-10-11).

Hacemos notar que el total de complicados de este cuadro se refiere al total de entidades y no de pacientes, como en el cuadro de casuística general.

Se hizo una correlación del uso de antibióticos y la morbilidad, durante los ocho años. En este cuadro número 5 vemos el descenso del uso de penicilina y estreptomycin y el aumento del uso de los antibióticos de amplio espectro, sin que con estas variaciones se modificara la curva de morbilidad.

Mortalidad.—Cuadro número 6.

Las causas de muerte más frecuentes fueron: Shock, Hemorragia y Peritonitis.

El shock generalmente se relaciona con la demora en el traslado al hospital, peritonitis y múltiples heridas, y la hemorragia: con heridas de los grandes vasos, la mayoría de los cuales causa la muerte en la sala de cirugía. Uno de estos casos es el del único suicida del grupo.

Cuadro número 7.

Se hizo correlación de las curvas de mortalidad, morbilidad, horas preope-

ratorias y días de hospitalización. Se ve un estrecho paralelismo de la morbilidad y el tiempo que transcurrió entre la herida y su intervención.

Drenaje.—Cuadro número 8.

El drenaje usado es el de Penrose. Se hizo más frecuente en los últimos cuatro años. La mortalidad y morbilidad son sensiblemente iguales con o sin dren, a pesar de que se tiene tendencia a drenar los casos más graves.

Cuadro número 9.

El tipo de herida tiene una gran significación en la mortalidad; así el arma de fuego produce una mortalidad tres veces mayor que la de herida por arma cortopunzante, y los traumatismos cerrados, seis veces mayor. Sin duda esto mismo se debe al período de observación y demora en el traslado al hospital, dificultades de diagnóstico, rupturas de hígado y bazo con shock y hemorragia graves.

Diagnóstico: Se orienta en el sentido de penetración de la cavidad abdominal y de la existencia o no de perforación y del órgano perforado.

En los casos en que el tiempo transcurrido es largo y los signos de peritonitis son aparentes, el diagnóstico es obvio.

En los casos recientes con epiplocele o enteroccele sucede lo mismo. Las dificultades se plantean en heridas pequeñas por arma punzante y traumatismos cerrados. Las heridas por arma de fuego en abdomen se consideran perforantes.

Conducta: Laparotomía en toda herida penetrante de abdomen. Rutinariamente se instala sonda de succión gástrica, tacto rectal y cateterismo vesical. Rayos X: Placa simple de abdomen en heridas pequeñas y traumatismos cerrados, y rayos X de tórax en

heridas de localización torácica o abdomen superior.

Es imperativo que el paciente esté en condiciones quirúrgicas, para lo cual en casos de shock se cateterizan venas safena o cefálica para restitución sanguínea y/o hidratación.

En los traumatismos cerrados la punción abdominal simple o con la introducción de un catéter delgado hace el diagnóstico de hemoperitoneo o estallido de víscera hueca, y Byrne (6) informa de buenos resultados con el método.

La ruptura subcapsular del bazo es diagnóstico diferencial radiológico con signos muy aparentes desde Robbins (5).

Las lesiones del bazo se tratan con esplenectomía, a pesar de que en la revisión se encuentra un caso, de los 8, en el cual se practicó sutura y plastia de epiplón, con buen resultado.

La vesícula se trata rutinariamente con colecistectomía; sin embargo, en dos de los seis se hizo sutura, también con resultado satisfactorio, que confirma los trabajos de Hail-et-al. En estómago, duodeno, intestino delgado, colon y recto se ha hecho sutura simple de la perforación. En intestino delgado se resecan segmentos cuando las heridas están muy próximas o existe compromiso de la circulación, solamente hay una colostomía en las 216 perforaciones de colon, la cual tuvo sesenta días de hospitalización. Se recuerda que la exteriorización y colostomía es el tratamiento de elección en las perforaciones de colon en casos de guerra (8). Sin embargo, los trabajos de Ponthius, De Bakey (8) y Roof De Bakey (10), y Glenn (11), han probado que la sutura primaria es el tratamiento de elección con resultados mejores y reducción de la hospitalización de treinta y cinco días a catorce.

El estudio detallado de los pacientes con perforación de colon, tratados en el Hospital de San Juan de Dios de

Bogotá, es objeto de otro trabajo que se adelanta en la actualidad.

Cuadro número 10.

Muestra la distribución topográfica de las heridas de 239 pacientes. Vemos mayor frecuencia en hemiabdomen izquierdo.

Los órganos perforados corresponden a la topografía en heridas por arma cortopunzante.

Hacemos resaltar el hecho de que las heridas de hipocondrio izquierdo y costales izquierdas bajas perforan con frecuencia bazo, colon y estómago.

Los traumatismos cerrados con fracturas costales izquierdas inferiores se acompañan de ruptura del bazo. Hay 9 heridas posteriores con perforaciones de intestino.

RESUMEN

Se estudian 348 casos de heridas perforantes abdominales, tratados en el Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, de 1953-1960. Se ve un descenso en la mortalidad, 8.6%, en relación con estadísticas de 1940.

Se compara con estudios similares en los Estados Unidos. Se describe la experiencia en el manejo de estos casos.

SUMMARY

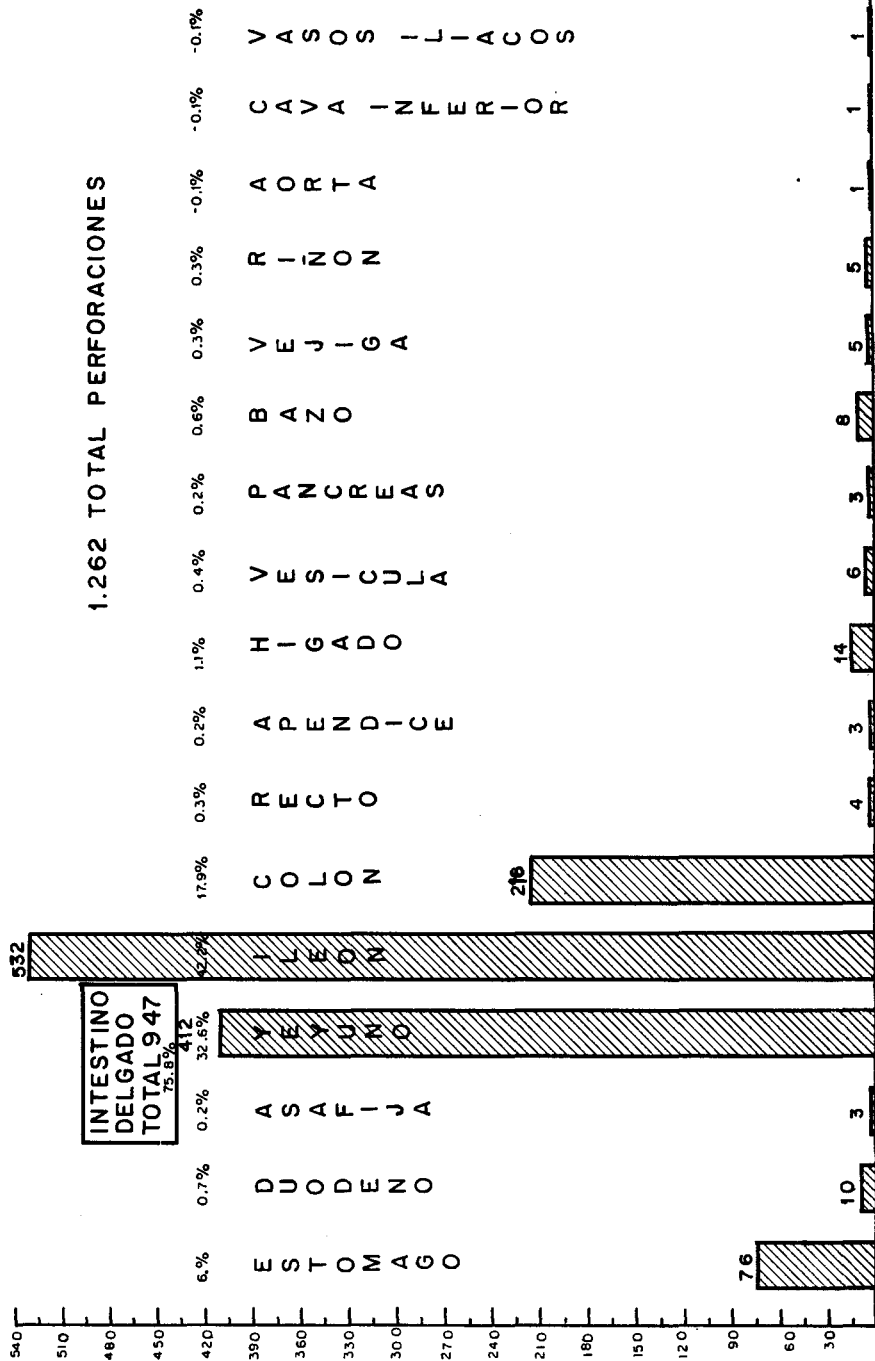
348 cases are studied of perforated abdominal injuries treated at the Hospital of San Juan de Dios of Bogotá during the years 1953-1960. There has been a decrease of 8.6% mortality compared with statistics compiled in 1940.

A comparison is made with similar studies published in the United States. The management of these cases is described.

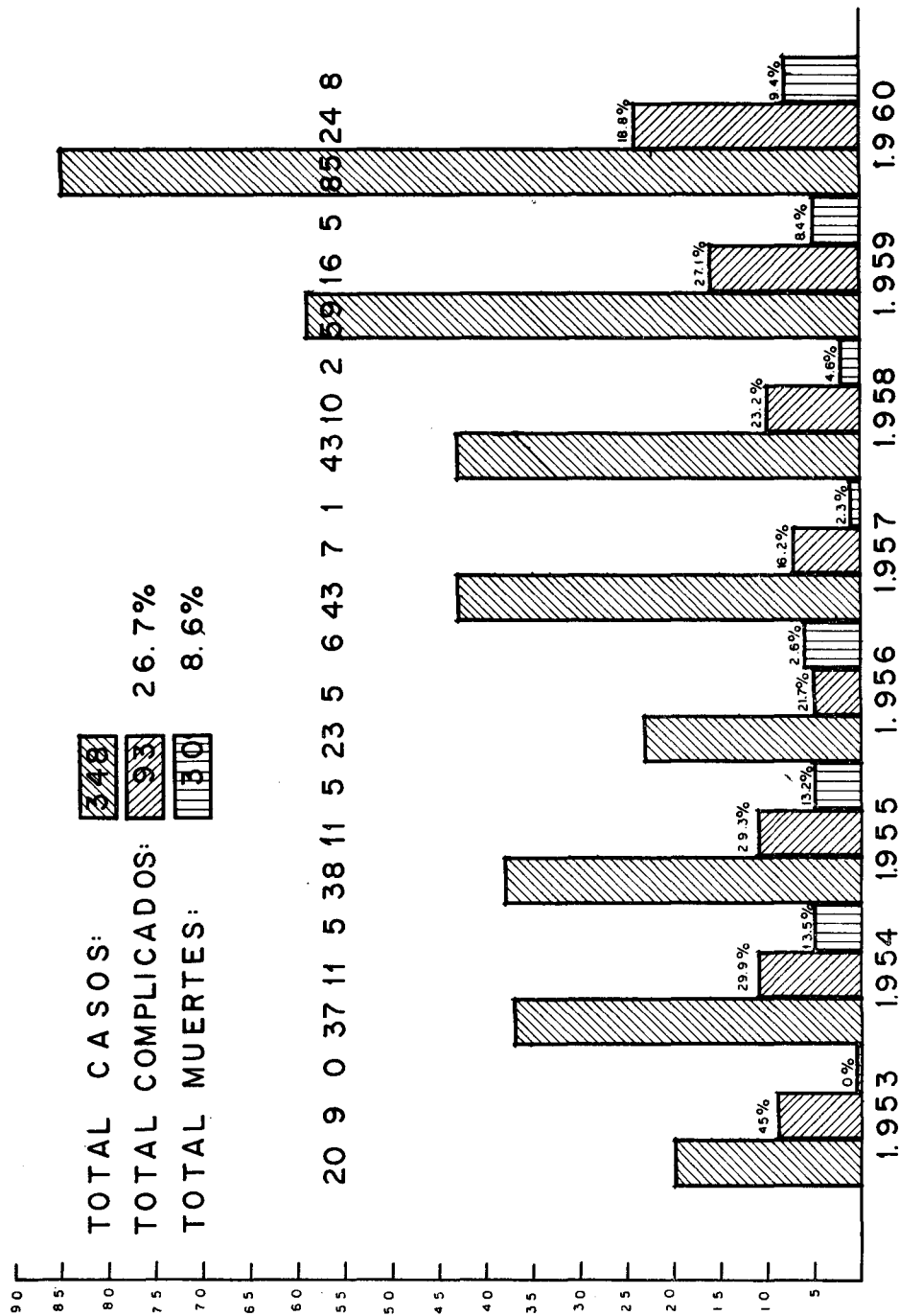
BIBLIOGRAFIA

1. LEYVA PEREIRA, L.: "Traumatología". Bogotá, Librería Colombiana, 1945. p. 48-60.
2. CUBIDES PARDO, E.: "La Contractura Abdominal en los Casos de Perforaciones de las Visceras Abdominales". Tesis de Agregación. Bogotá, 1937.
3. PERILLA ALVARADO: "Estudio Estadístico de Urgencia del Hospital de San Juan de Dios", 1933-34. Bogotá.
4. TERRY, J. H.; SELF, M. M., & HOWARD, J. M.: "Injuries of Spleen: Report of 102 Cases and Review of Literature". *Surgery*, 40: 615-639, August, 1956.
5. WANG, C. C., & ROBBINS, L. L.: "Roentgenologic Diagnosis of Ruptured Spleen". *New Engl. J. Med.*, 254: 445-449, March 8, 1956.
6. BYRNE, R. V.: "Diagnostic Abdominal Tap". *Surg. Gynec. Obstet.*, 103: 362-364, Sept. 1956.
7. MORTON, J. H., HINSHAW, J. R., & MORTON, J. J.: "Blunt Trauma to the Abdomen". *Ann. Sur.*, 145: 699-711, May, 1957.
8. PONTIUS, R. G., CREECH, O. JR., & DE BAKEY, M. E.: "Management of Large Bowel Injuries in Civilian Practice". *Ann. Surg.*, 146: 291-295, August, 1957.
9. WELCH, C. E.: "Abdominal Surgery". *New Engl. J. Med.*, 258: 885-892, and 939-945, 1958.
10. ROOF, W. R., MORRIS, G. G. JR., & DE BAKEY, M. E.: "Management of Perforating Injuries to the Colon in Civilian Practice". *Amer. J. Surg.*, 99: 641-645, May, 1960.
11. GLENN, F., & THORBJARNARSON, B.: "Traumatic Injuries to Abdominal Organs". *Amer. J. Surg.*, 101: 176-183, Feb. 1961.

CASUÍSTICA DE ORGANOS PERFORADOS

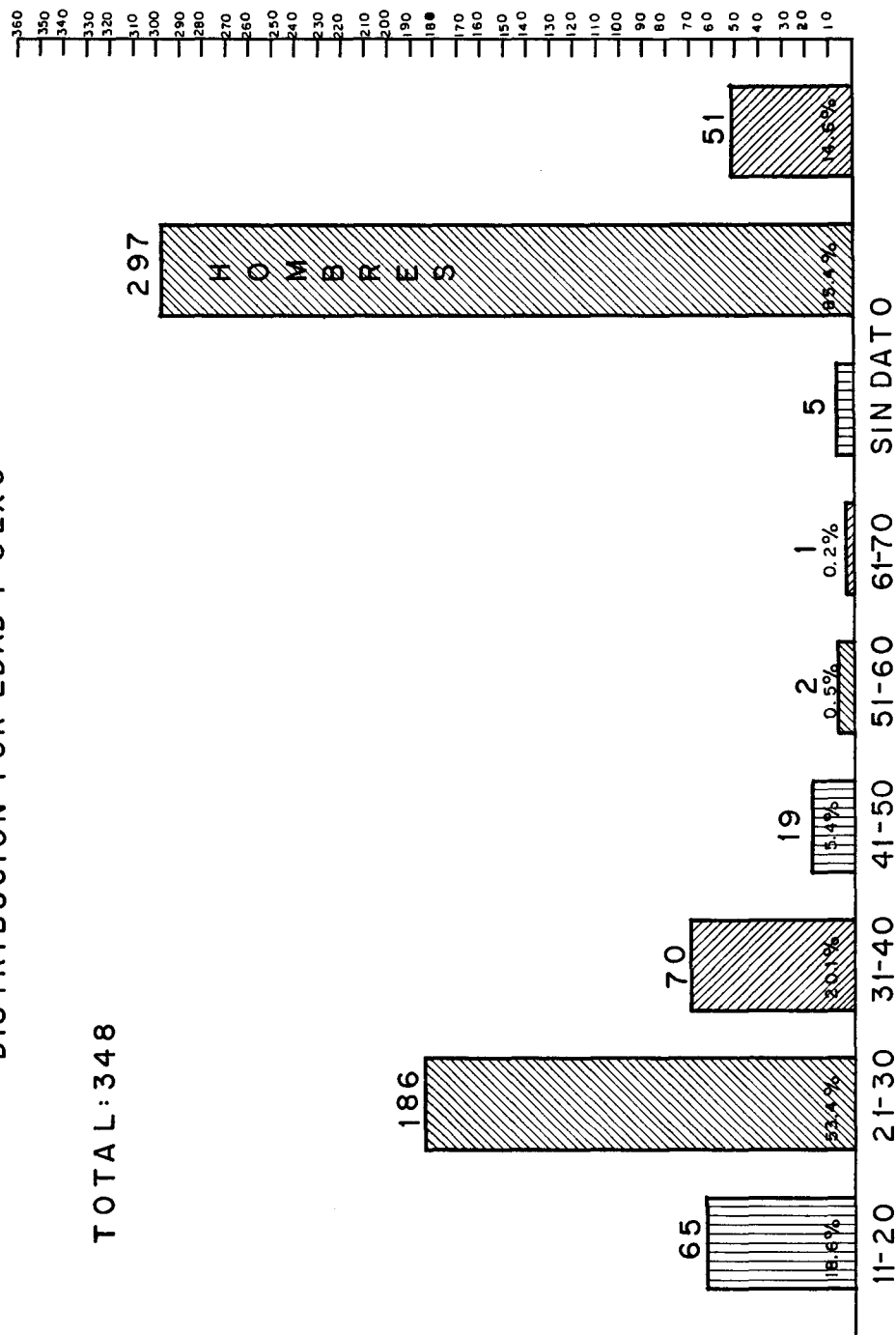


CASUISTICA GENERAL



DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

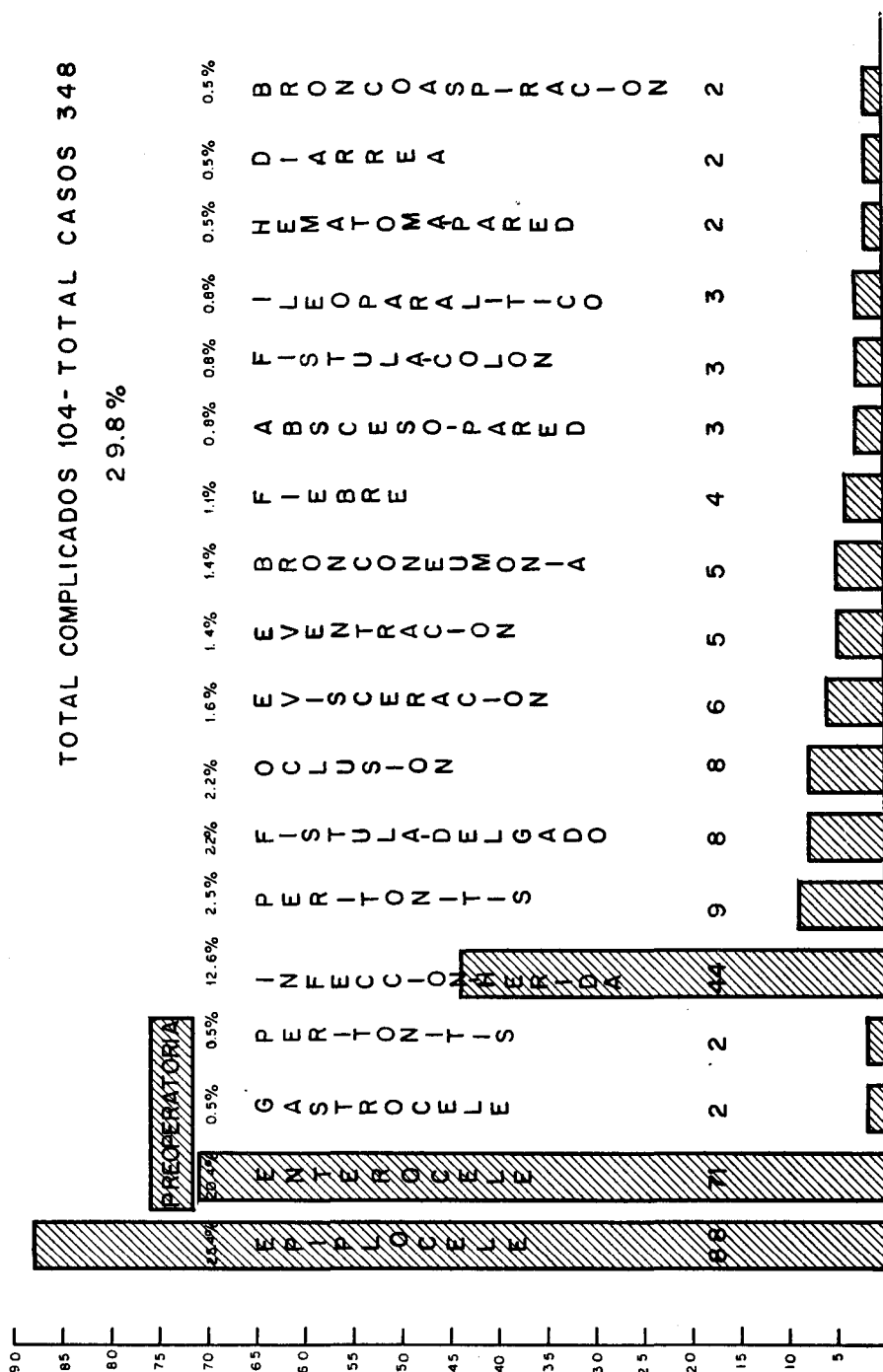
TOTAL: 348



MORBILIDAD

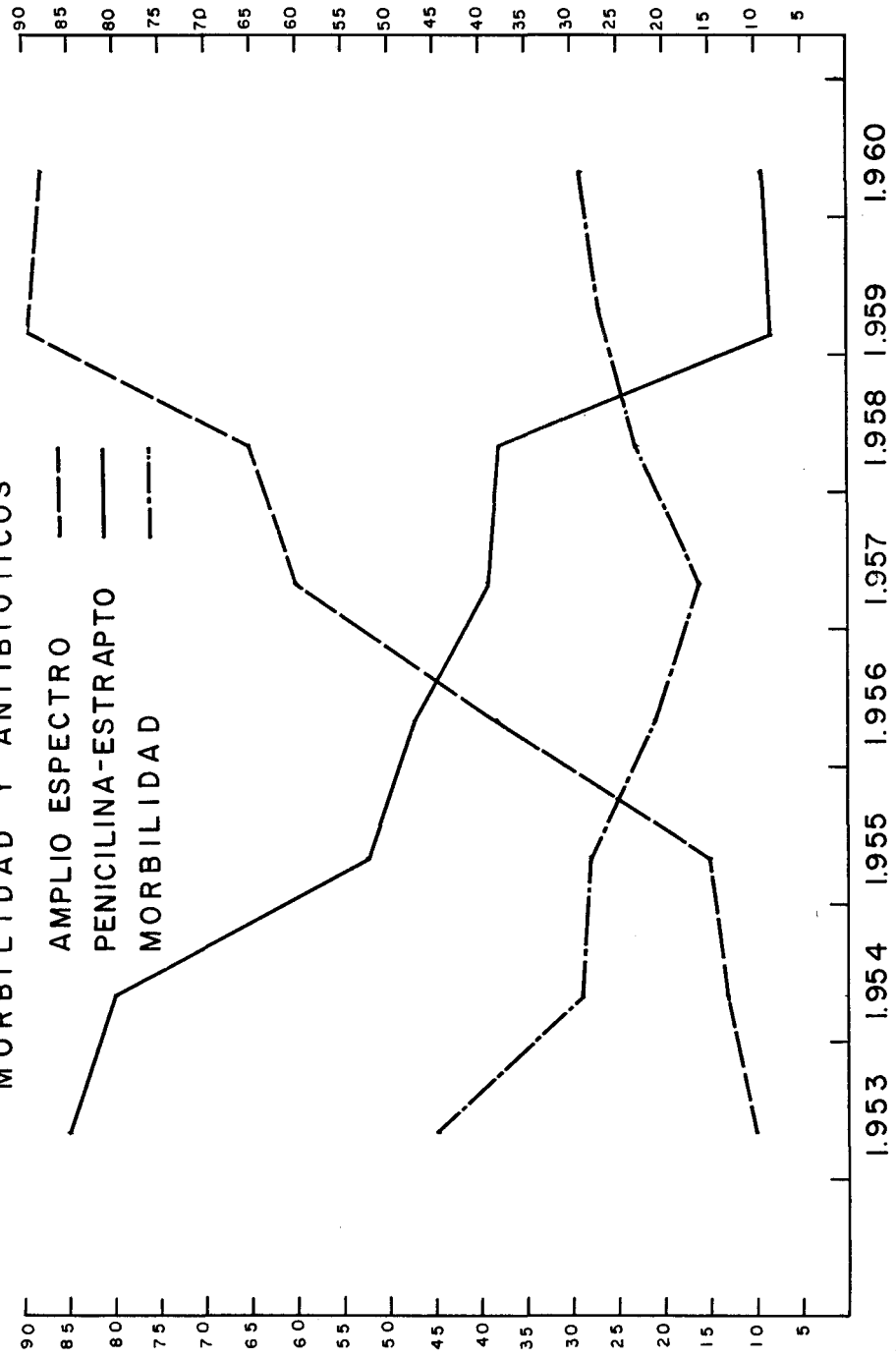
TOTAL COMPLICADOS 104- TOTAL CASOS 348

29.8 %

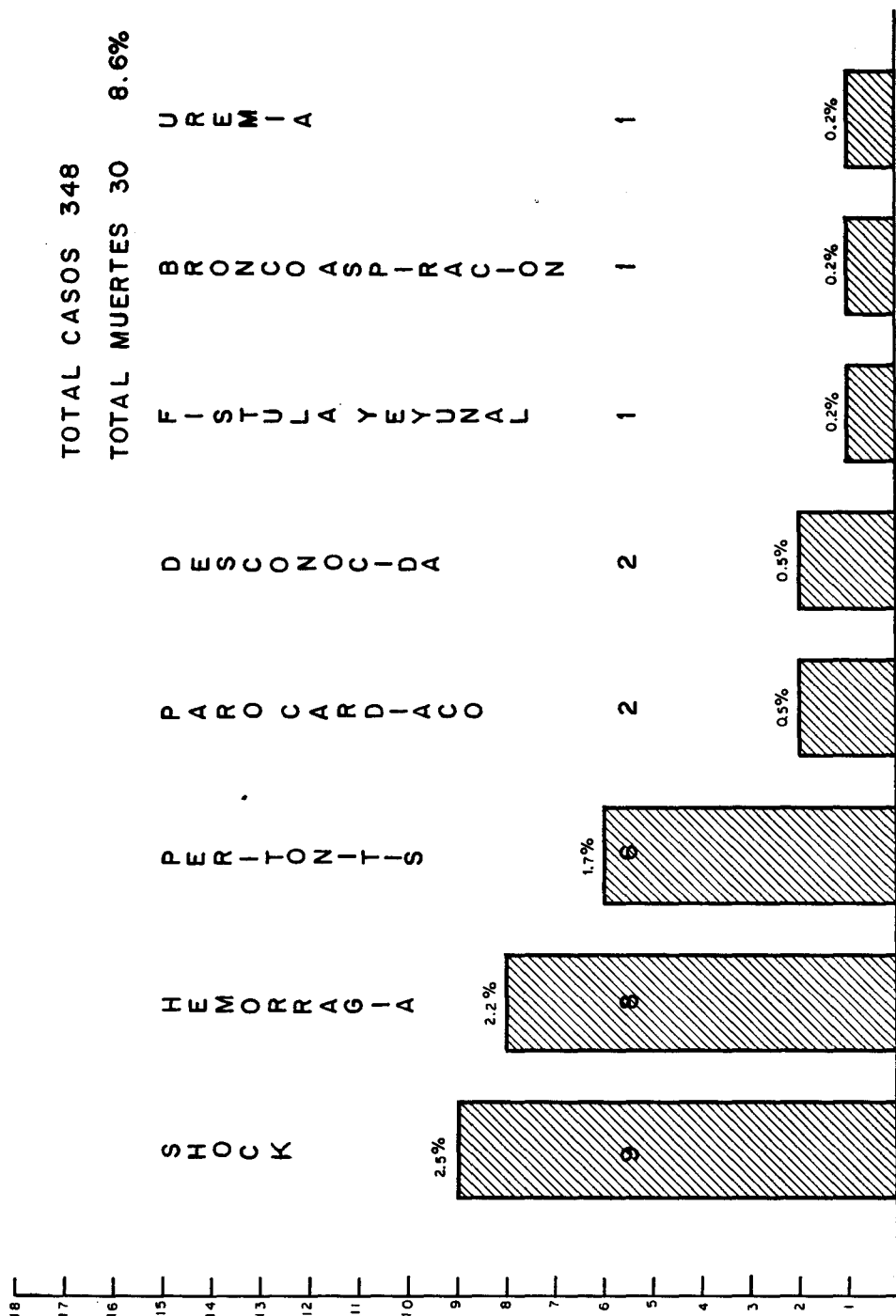


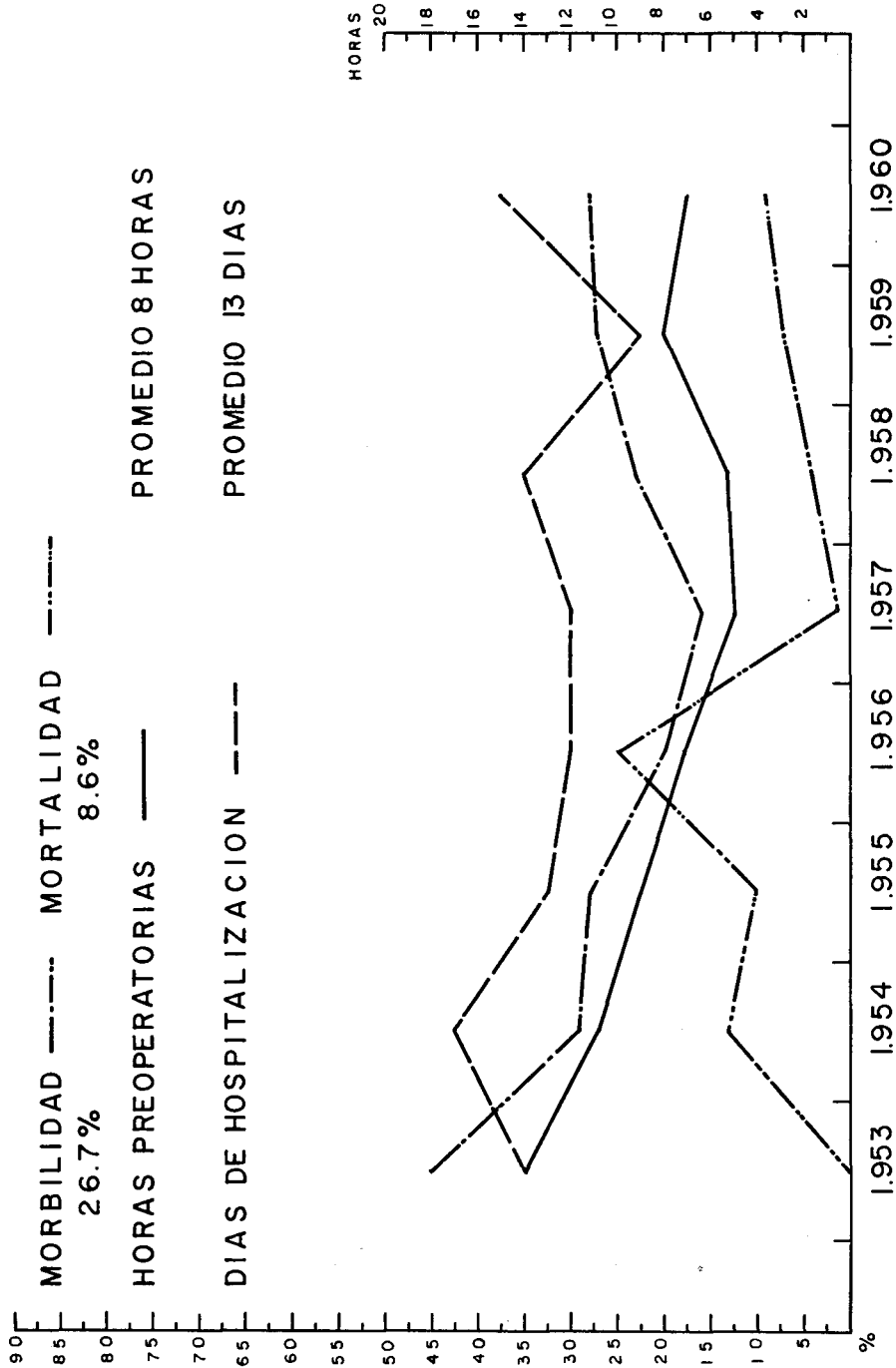
MORBILIDAD Y ANTIBIOTICOS

- AMPLIO ESPECTRO
- PENICILINA-ESTRAPTO
- MORBILIDAD

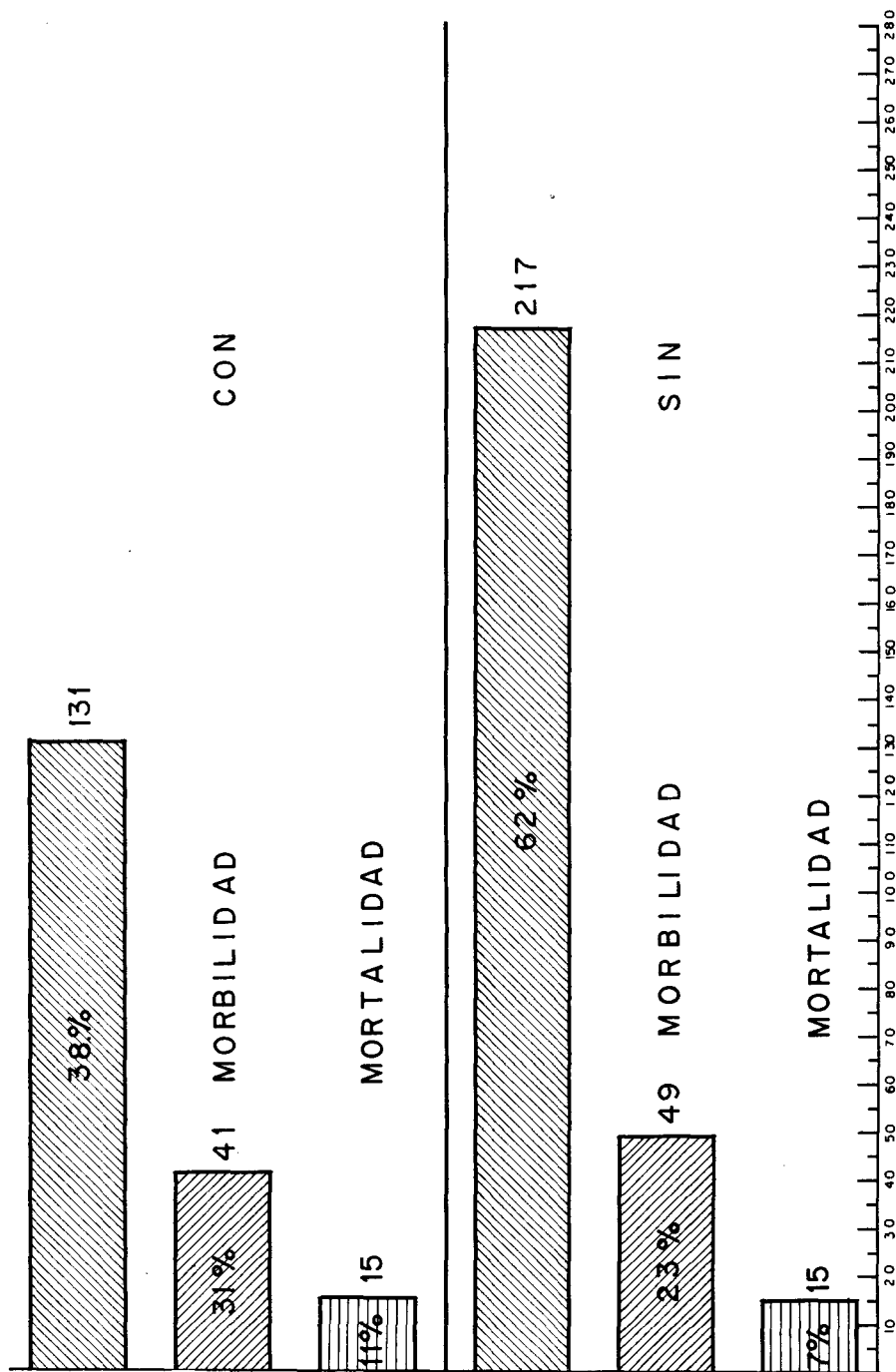


MORTALIDAD

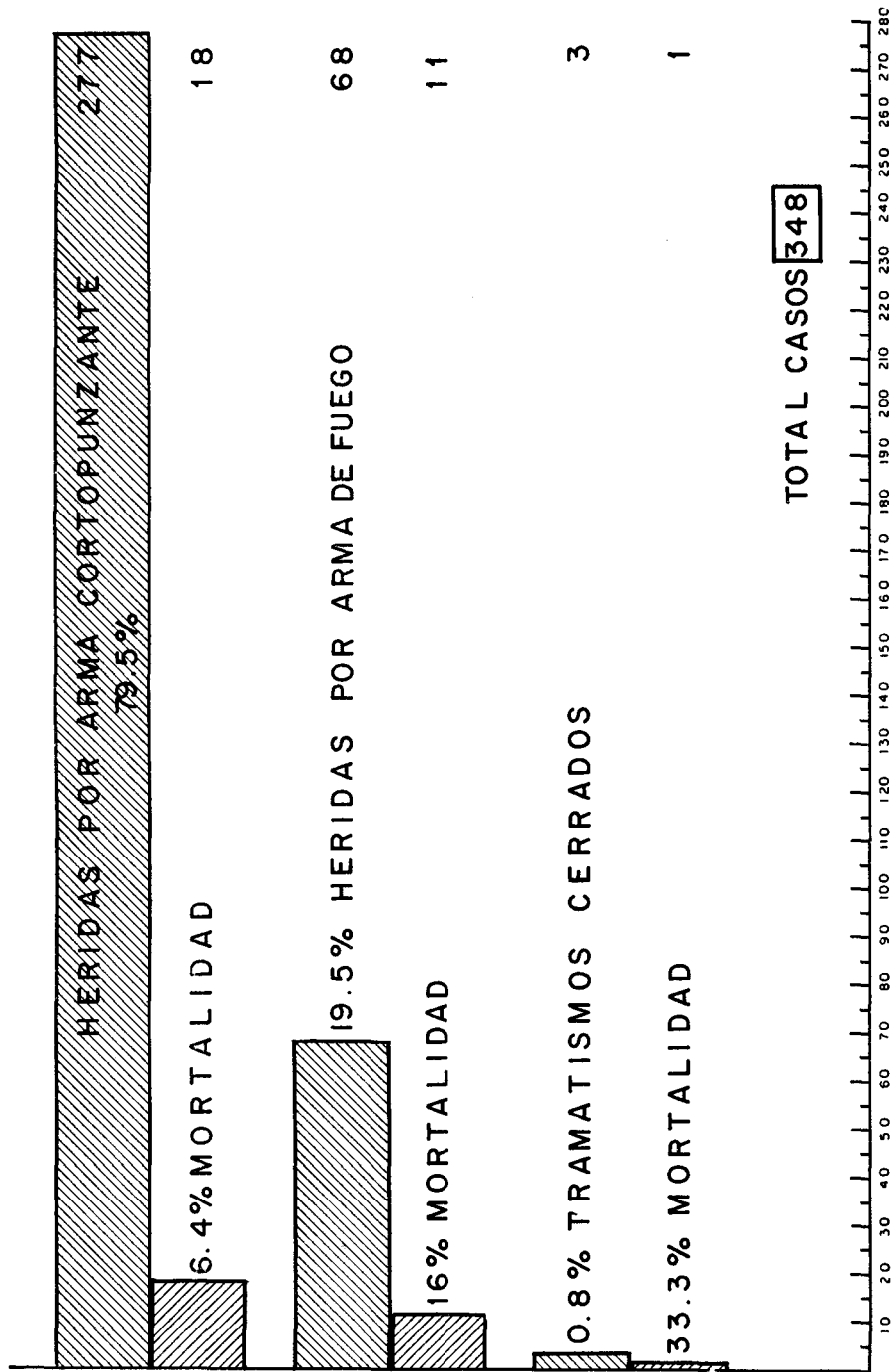




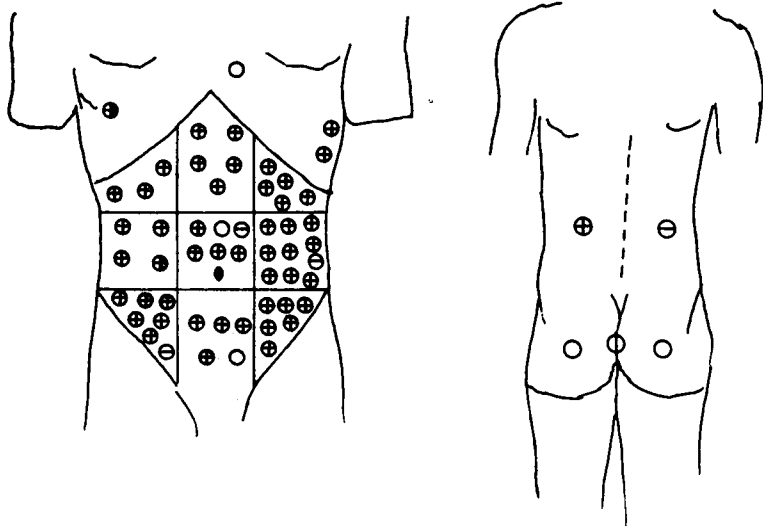
DRENAJE



TIPO DE HERIDA



LOCALIZACION DE HERIDAS EN 239 PACIENTES



O = 1
 ⊖ = 2
 ⊕ = 4

INCIDENCIA DE CARDIOPATIA REUMATICA EN NECROPSIAS DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS, BOGOTA, COLOMBIA

Por

LUIS FELIPE FAJARDO, L-G. *

DARÍO TOBÓN M. **

INCIDENCIA DE CARDIOPATIA REUMATICA EN NECROPSIAS

A fin de continuar algunos estudios sobre la epidemiología de la fiebre reumática en Colombia, y especialmente en Bogotá, se decidió establecer las características morfológicas de las cardiopatías reumáticas en el Hospital de San Juan de Dios en Bogotá.

Este es un informe preliminar, referente exclusivamente al aspecto *morfológico*. Posteriormente se analizará la correlación clínico-patológica de los mismos casos.

Material:

Se revisaron los protocolos de necropsia del Hospital de San Juan de Dios desde enero 1° de 1954 hasta junio 30 de 1961. El número de necrop-

sias en ese lapso de tiempo fue de 3.343. Se hallaron 108 casos de cardiopatía reumática (3.2%).

Este es un hospital de *adultos* que recibe pacientes de todo el territorio colombiano, pero especialmente de las regiones vecinas a la capital. El Departamento de Patología, sin embargo, lleva a cabo necropsias en cadáveres de otros hospitales (por ejemplo, un hospital obstétrico y un hospital infantil), las cuales están incluidas en el presente estudio. El hospital tiene 1.080 camas, y el promedio de muertes es de 923 al año (durante los años a que se refiere este estudio).

Hallazgos:

Edad: La mayor incidencia de muertes ocurrió en la segunda (24,8%), tercera (22,9%) y cuarta (20,2%) décadas. El caso de menor edad fue el de una niña de dos años tres meses, y el de mayor edad el de una mujer de ochenta años.

Sexo: Setenta y seis de los pacientes eran mujeres y treinta y dos eran hombres, lo cual produce una proporción de 2,4:1.

* Profesor Asistente de Patología, Universidad Nacional.

** Residente de Patología del Hospital de San Juan de Dios.

(Leído en el III Congreso Latinoamericano de Anatomía Patológica. Medellín, diciembre de 1961).

Tamaño del corazón: En la mayoría de los casos el corazón estaba francamente aumentado de tamaño. En vista de que no existen cifras referentes al peso normal del corazón en la población colombiana, se decidió dividir arbitrariamente las cifras obtenidas en tres categorías, excluyendo los pesos de los corazones en menores de quince años. La primera categoría (corazones de menos de 250 gms. de peso), incluyó tan sólo tres casos. La segunda categoría (corazones de 250 gms. a 300 gms. de peso) incluyó ocho casos. La tercera categoría (corazones con más de 300 gms. de peso) incluyó la vasta mayoría de los casos: 92, es decir, 89%. El corazón más pesado de estas series, con lesiones mitral y aórtica severas, alcanzaba la cifra de 890 gms. Se observó que la mayoría (19) de los 24 corazones con un peso mayor de 500 gms., presentaba lesiones más o menos severas de la válvula aórtica.

La mayoría de los corazones presentaba hipertrofia y dilatación. Los casos sin hipertrofia, y con peso de menos de 300 gms., correspondían en general a pacientes que no murieron en insuficiencia cardíaca congestiva. En cambio, los casos sin dilatación no parecían guardar relación alguna con la ausencia o presencia de insuficiencia cardíaca congestiva ni con la severidad de la lesión reumática.

Pericardio: Veinte corazones mostraban adherencias fibrosas entre pericardio parietal y visceral; seis de ellos presentaban obliteración total del espacio pericardíaco. En un caso se encontró también obliteración total por exudado fibrinoso. Se halló más de 100 ml. de líquido (frecuentemente con fibrina) en 30 casos.

Sesenta y uno de los corazones (56,5%) mostraban evidencia macro o microscópica de inflamación en el pericardio visceral, la cual se clasificó

así: aguda, 27 casos; crónica, 20 casos; cicatrizada, 14 casos. Sólo dos de los especímenes mostraron cuerpos de Aschoff en el epicardio.

Miocardio: En 79 corazones, el miocardio estaba afectado por inflamación (73%), la cual era: aguda en 31 casos, crónica en 26 casos, y cicatrizada en 22 casos. La lesión que se observó más frecuentemente fue fibrosis, especialmente focal y perivascular (63 casos); en ausencia de lesión coronaria la fibrosis estaba presente en 52 casos. Es de anotar que las arterias coronarias en los corazones de esta serie presentaban muy pocas lesiones, y tales lesiones eran en general poco severas. Tan sólo dos de los pacientes presentaban infartos del miocardio, y sólo uno mostró trombosis coronaria.

El miocardio fue el sitio en que se hallaron más frecuentemente los cuerpos de Aschoff: en 18 casos se vieron cuerpos de Aschoff en el estado "granulomatoso", y en 7 casos en estado de cicatrización.

Endocardio no valvular: Además de las lesiones valvulares, que se encontraron en todos los casos, el resto del endocardio mostró alteraciones en 50 corazones (46%). Se observó inflamación aguda en 24 casos, crónica en 13 casos y cicatrizada en 13 casos. Las placas de McCallum se encontraron frecuentemente. Los cuerpos de Aschoff tan sólo fueron observados en dos corazones.

Válvulas: Como se anotó anteriormente, en cada necropsia se observó lesión de una o más válvulas del corazón. Desde luego en algunos casos de pancarditis reumática aguda, las lesiones valvulares eran ligeras y difíciles de establecer macroscópicamente. La gran mayoría de los corazones presentaba lesiones obvias de una o varias válvulas, con las características usualmente descritas: engrosamiento y acor-

tamiento de las valvas, fusión de las mismas, alteraciones de las cuerdas tendinosas, úlceras, vegetaciones, etc.

La válvula que se hallaba más frecuentemente afectada era la mitral: 106 de los corazones (98,3%). La seguía en frecuencia la aórtica: 67 (62%). La válvula tricúspide estaba lesionada en 35 casos (32,4%), y la pulmonar tan sólo en 8 (7,4%).

Una tercera parte de los casos mostraba lesión aislada de una válvula (30 de mitral y 2 de aórtica = 29,5%). Los demás mostraban diversas combinaciones, como sigue: mitral y aorta, 34,5%; mitral, tricúspide y aorta, 21%; mitral y tricúspide, 7,5%; mitral, aorta, tricúspide y pulmonar, 6,5%; mitral, aorta y pulmonar, 0,5%. En un caso (0,5%) no se obtuvo información acerca de las válvulas afectadas, aunque se comprobó la existencia de lesión valvular.

A menos que la disección del corazón sea efectuada con el propósito de establecer la capacidad funcional de las válvulas, es muy difícil decidir si los orificios son estenóticos o si las hojillas son insuficientes (en los casos que no están muy avanzados). Frecuentemente es más fácil hacer tal diagnóstico con un buen estudio clínico. Por tales razones en esta serie no es posible establecer la frecuencia exacta de las lesiones puras y combinadas de las válvulas. Sin embargo, se mencionan los casos en los que fue posible hacer tales diagnósticos: Válvula mitral: estenosis pura, 37; insuficiencia pura, 3; estenosis e insuficiencia, 28. Válvula aórtica: estenosis pura, 18; insuficiencia pura, 5; estenosis e insuficiencia, 9. Válvula tricúspide: estenosis pura, 3; insuficiencia pura, 3; estenosis e insuficiencia, 5. Válvula pulmonar: estenosis pura, 1. En el resto de los casos la información que se obtuvo no fue suficiente para decidir si había estenosis o insuficiencia, o si fue suficiente para afirmar que

no había ninguna de las dos. (Ver figura 2).

Actividad de las lesiones reumáticas: Los casos se analizaron con un criterio similar al mencionado por Kaufman y Poliakoff (1). Se consideró que un caso era activo si mostraba cuerpos de Aschoff en estado "granulomatoso", o dos de los siguientes hallazgos: úlceras del endocardio, placas de McCallum, degeneración fibrinoide del colágeno, exudado de fibrina, necrosis focal y leucocitos polinucleares (en presencia de otras posibles causas de inflamación aguda, tales como infarto del miocardio, endocarditis bacteriana, uremia, etc., no se dio valor a los últimos).

Se halló que 39 (36%) de los corazones presentaban evidencia de actividad reumática.

De estos 39 casos, 22 (56% de los casos activos y 20,5% de todos los casos) mostraban cuerpos de Aschoff en la fase de granulomas.

Casi todos los pacientes que murieron con lesiones reumáticas activas estaban en la segunda, tercera o cuarta décadas de la vida, con una incidencia mucho mayor en la segunda década. El paciente de mayor edad tenía sesenta y cinco años. La gran mayoría de los pacientes con cuerpos de Aschoff tenía entre diez y treinta años.

Enfermedades concomitantes:

a) Endocarditis bacteriana. Se hallaba presente en 9 corazones (8,3%). Con dos excepciones, las válvulas afectadas por la lesión reumática y la lesión bacteriana eran las mismas. No parecía haber relación entre el grado de actividad de la lesión reumática y la lesión bacteriana. Seis de estos casos presentaban evidencia de insuficiencia cardíaca congestiva y dos de glomerulonefritis embólica focal.

b) Cardiopatía congénita. Se encontró en 7 casos (6,5%). Las alteraciones halladas fueron: comunicación interventricular, 2; comunicación intraauricular (combinada con estenosis mitral = síndrome de Lutembacher), 1; aorta bicúspide, 2; aorta bicúspide y conducto arterial permeable, 1; y fibroelastosis, 1. En uno de los corazones con aorta bicúspide se observó endocarditis bacteriana de la válvula aórtica y endocarditis reumática de la válvula mitral; este fue el único caso en que coincidieron las tres enfermedades.

Insuficiencia cardíaca congestiva: Se halló evidencia anatómica de insuficiencia cardíaca congestiva (corroborada en la mayoría de los casos por la historia) en 95 necropsias (88%). Si se deducen los casos con endocarditis bacteriana, cardiopatía congénita, infarto del miocardio, etc., se ve que los pacientes en los cuales se podía atribuir la insuficiencia cardíaca congestiva a la lesión reumática directamente eran 83 (77%).

Causas de muerte: En la gran mayoría de los pacientes la causa de muerte fue insuficiencia cardíaca congestiva (42%). Fenómenos tromboembólicos fueron la causa de muerte en 18 pacientes (17%). Varios tipos de enfermedad pulmonar, y especialmente neumonía, formaron el grupo siguiente en frecuencia (14%). Enfermedad renal produjo la muerte en 8 pacientes (7%). En un grupo de casos (5%) el fallecimiento se atribuyó a causas tales como "fibrilación ventricular", "paro cardíaco quirúrgico", etc. En el resto de los pacientes la muerte fue causada por condiciones variadas, como tumores o hemorragias del encéfalo, meningitis purulenta, cirrosis hepática, hepatitis viral, peritonitis, gastroenteritis úlcero-membranosa, etc.

COMENTARIOS

La incidencia de las cardiopatías reumáticas en este grupo de autopsias no es muy diferente de la hallada en otras series. En la Tabla 1 se puede observar lo encontrado por cuatro investigadores en diferentes sitios, desde 1934 hasta 1952². La incidencia en Colombia parece estar dentro de las cifras promedio.

TABLA I

Total de necropsias: enero 1º de 1954 a junio 30 de 1961, 3.343.		
Casos de Cardiopatía Reumática	108	3,2%
Clawson (Minnesota, 1941) necropsias	30.265	2,9%
Hall (Suecia, 1952)		4,5%
Bruno et al. (New Orleans, 1942)		0,6%
Cleland (Australia, 1934)		2,9%

La proporción de mujeres a hombres (Figura 1) es más baja que la hallada en la serie de Hall² (2.9 mujeres/1 hombre), y bastante más alta que la observada por Wilson³ (387 mujeres a 309 hombres).

La distribución de las edades (ver Figura 1) llama la atención por el bajo número de casos en la primera década; esto se explica por el hecho, anotado antes, de que el hospital no admite niños, aunque ocasionalmente lleva a cabo las necropsias en niños de otros hospitales.

El porcentaje de las lesiones pericárdicas no es muy diferente del descrito por Clawson⁴. No se hizo correlación de inflamación pericárdica con edad. Es posible que si se hace tal correlación, se puedan hallar cifras similares a las de Coombs⁵.

El miocardio aparece afectado en la mayoría de los casos, y también es el sitio más frecuente de localización de los cuerpos de Aschoff (ver Tabla 2).

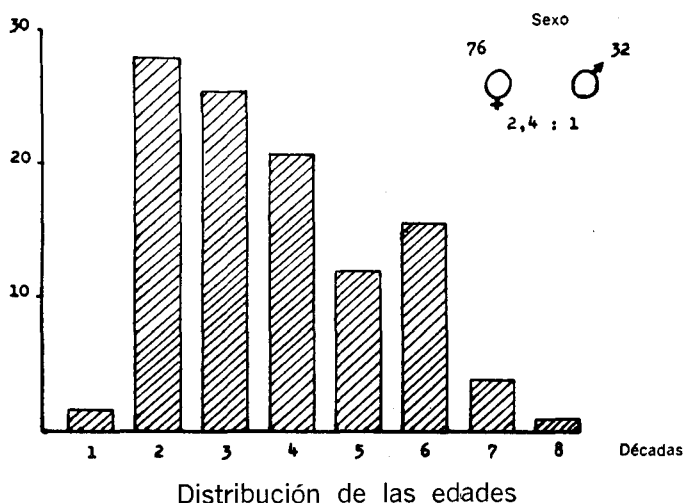
Si el material histológico de que se dispone en esta serie fuese más abundante, es posible que se hubiese hallado inflamación miocárdica en todos los corazones.

Todos los casos mostraron inflamación del endocardio valvular, pero solamente menos de la mitad presentaron lesión del endocardio parietal. Este hecho muestra una vez más que la lesión primaria en las válvulas no es

una endocarditis sino una alteración del tejido conjuntivo de la válvula que secundariamente afecta al endotelio.

Las lesiones halladas en las válvulas no mostraron aspecto diferente (macro o microscópico) del ya bien conocido.

Las únicas válvulas que presentaron lesiones aisladas fueron la mitral y la aórtica. Las diversas combinaciones de lesiones se pueden ver en la Figura 2.



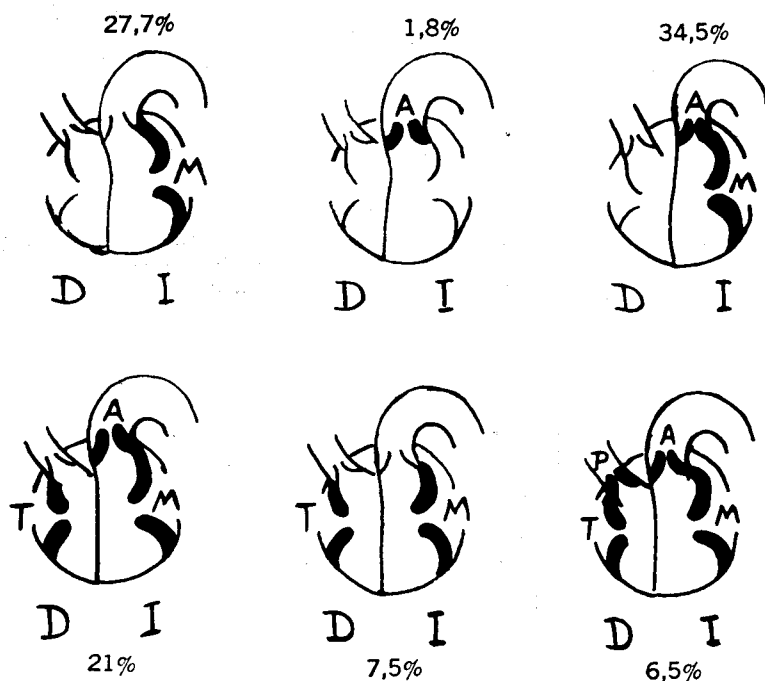
La frecuencia de lesiones en las diversas válvulas, si se consideran aisladas, puede observarse en la Figura 3.

Estas observaciones son similares a las de Clawson⁴, aunque la proporción de lesiones aórticas y mitrales aisladas es mayor en sus series de 779 casos (21,5% de aórtica y 37% de mitral).

La serie de Hall² también muestra un mayor número de lesiones aisladas de aorta (16,4%) y mitral (55,9%) en 463 necropsias. Chávez y colaboradores⁵ hallaron un número más bajo de lesiones mitrales aisladas ($\pm 20\%$) en 176 casos. En la serie de Chávez et al. el número de casos con lesiones tricúspides fue ma-

yor (130) que el de lesiones aórticas (89). En cambio, en los casos presentes la válvula aórtica estaba afectada mucho más frecuentemente (67) que la tricúspide (35). Igual proporción ocurre en las series de Clawson⁴ y Hall².

Como se mencionó atrás, no fue siempre posible establecer el tipo de lesión valvular en cada caso. Sin embargo, la proporción de estenosis e insuficiencia, puras o combinadas, en las válvulas mitral y aórtica, parece seguir en general las establecidas por otros autores^{2, 3, 4}. En los casos de Chávez y colaboradores⁵ hay una mayor incidencia de insuficiencia aórtica que de estenosis. En los casos presen-

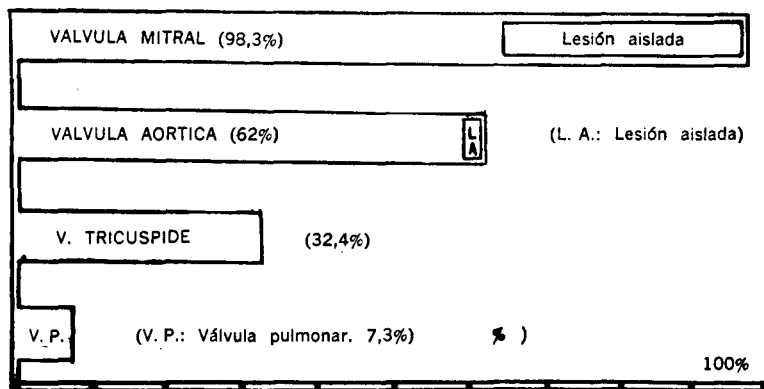


Distribución de las lesiones valvulares.

tes, así como en los de Hall², ocurre lo contrario. La frecuencia de endocarditis bacteriana es idéntica a la hallada por Jones y Bland³ en un estudio de 203 muertes en enfermos de fiebre reumática. En 77% de estos pacientes se produjo insuficiencia cardíaca congestiva, directamente causada por la lesión reumática, y en 78% la muerte fue atribuible (directa o indirectamente) a la cardiopatía reumática. Este último dato es similar al mencionado por Wilson y Lubschez (75%)³.

Se espera que la correlación clínica de estos casos, la cual será motivo de otra publicación, sirva para dar información útil en el diagnóstico cardiológico de rutina en Bogotá. Interesa a los autores especialmente la relación entre artritis reumatoidea y cardiopatía reumática^{3, 6}. También se espera que con la colaboración de las entidades de salud pública se pueda llevar a cabo un estudio epidemiológico de las infecciones por *Streptococcus A* en Bogotá⁷.

FRECUENCIA DE LESION EN CADA UNA DE LAS VALVULAS



RESUMEN

Como parte inicial de un estudio morfológico, clínico y epidemiológico de fiebre reumática en Bogotá, se revisaron 3.343 necropsias consecutivas practicadas en el Hospital de San Juan de Dios desde enero de 1954 hasta junio de 1961. Se hallaron 108 casos de cardiopatía reumática cuyas características se analizan. Los datos obtenidos se comparan con los de series similares.

SUMMARY

3.343 consecutive necropsies performed in Hospital de San Juan de Dios from January 1954 through June 1961 are reviewed as the initial part of a morphologic, clinical and epidemiological study of rheumatic fever in Bogotá. The 108 cases (3.2%) found of rheumatic heart lesions are analyzed and the data obtained compared with similar foreign series.

BIBLIOGRAFIA

- KAUFMAN, P., AND POLIAKOFF, H.: "Studies on the Aging Heart. I. The pattern of rheumatic heart in old age". (A Clinical-Pathological Study). *Ann. Int. Med.* 32: 889, 1950.
- HALL, P.: "On the prognosis and natural history of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease". *Acta Med. Scand. Supplementum.* 362: 63. Vol. 169, 1961.
- GOULD, S. E.: "Pathology of the Heart". Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1953, 638 pp.
- CLAWSON, B. J.: "Rheumatic heart disease; analysis of 796 cases". *Am. Heart J.* 20: 454, 1940.
- CHAVEZ, I. et al.: "Las valvulopatías reumáticas en 1.000 casos". *Arch. Inst. Card. Mex.* 28: 492, 1958.
- BAGGENSTOSS, A. H., AND ROSENBERG, E. F.: "Cardiac lesions in chronic infectious (rheumatoid) arthritis". *Am. J. Path.* 16: 694, 1940.
- STOLLERMAN, G. H. et al.: "Relationship of Immune Response to Group A Streptococci to the Course of Acute, Chronic and Recurrent Rheumatic Fever". *Am. J. Med.* 20: 163, 1956.