

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE "MANUEL ASCUNCE DOMENECH". CAMAGÜEY

## Neumopatías inflamatorias. Estudio de 70 casos en nuestro servicio de medicina interna

Por los Dres.:

ARMANDO BESTARD GONZALEZ<sup>1</sup>. EDUARDO A. GONZALEZ GARRIDO<sup>3</sup>,  
RENE ALVAREZ PEREZ<sup>4</sup> y RAFAEL PILA PEREZ

Bestard González, A. y otros. *Neumopatías inflamatorias. Estudio de 70 casos en nuestro servicio de medicina interna*. Rev Cub Med 21: 6, 1982.

Se extraen del archivo de nuestro centro hospitalario, 70 expedientes clínicos de pacientes ingresados por neumonía en nuestro servicio de medicina interna, en el período comprendido de septiembre de 1978 a septiembre de 1979. Se hace un estudio de la edad, sexo, raza, procedencia, ocupación, hábitos tóxicos, síntomas y signos, exámenes de laboratorio clínico y microbiología, así como radiológicos, electrocardiográficos y la terapéutica empleada. Se revisa la literatura y se establecen conclusiones y recomendaciones.

### INTRODUCCION

Las neumonías bacterianas siguen siendo la principal infección causal que provoca, según los últimos datos estadísticos, mayor morbimortalidad en los distintos países del mundo,<sup>1</sup> sobre todo en los subdesarrollados y los que están en vías de desarrollo, ocupando entre el primer y tercer lugar de morbilidad en los dos extremos de la vida y entre los primeros lugares de mortalidad, también en las edades extremas de la vida,<sup>2</sup> a pesar del amplio arsenal terapéutico de que se dispone en la actualidad. Su frecuencia no sorprende, por el elevado número de agentes infecciosos que atacan al pulmón y que son favorecidos por el fallo de los mecanismos de defensa del aparato respiratorio.<sup>3</sup> Es importante señalar su gran incidencia en los ancianos, cuya susceptibilidad aumentada puede estar en rela-

---

Trabajo presentado en el IV Congreso Nacional de Neumología.- Habana, febrero de 1981.

<sup>3</sup> Especialista de I grado en medicina interna. Departamento de neumología. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

<sup>4</sup> Residente de Segundo año de medicina interna, del hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

ción con procesos degenerativos predisponentes y la frecuencia del bajo tono muscular, que altera la capacidad para expulsar las secreciones traqueobronquiales, las cuales, al ser retenidas, favorecen el crecimiento bacteriano.

Nos motiva para la realización de este trabajo, la alta frecuencia de esta enfermedad en nuestro medio, siendo una de las principales causas de enfermedad y muerte en nuestro centro hospitalario; lo que, a nuestro juicio, justifica un revisión y análisis crítico constante de esta afección que tanto daño ocasiona a la población.

#### MATERIAL Y METODO

Nuestro trabajo se fundamenta en el estudio y análisis de 70 pacientes que presentaron procesosúnlaraatorios del parénquima pulmonar, cuyos expedientes clínicos fueron escogidos al azar en el período comprendido entre septiembre de 1978 y septiembre de 1979, siendo los mismos estudiados durante su ingreso en el servicio de medicina interna. En la serie estudiada hemos revisado la edad, sexo, raza, procedencia, ocupación, hábitos tóxicos, síntomas y signos, estudios de laboratorio clínico y microbiológicos, así como radiológicos, electrocardiográficos y por último, la terapéutica empleada.

La técnica que se utilizó en la realización de los estudios bacteriológicos fue la coloración de Gram por el método rápido y directo y el cultivo en medio de agar sangre. Para la búsqueda de bacilos ácido alcohol resistente se empleó la técnica de Ziehl Neelsen para el directo y la de Lowenstein para el cultivo, cumpliéndose los requisitos establecidos para la recolección del material según las normas establecidas. A los 4 casos complicados con derrame pleural se les realizaron estudios bacteriológicos del líquido obtenido por toracocentesis y se empleó la técnica de Sula en la pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis*.

#### RESULTADOS Y DISCUSION

*Edad (cuadro I).* En nuestra serie, el mayor número de casos incidió en el grupo comprendido entre los 61 y 75 años de edad con 25 pacientes

Edad	No. de casos	%
15-30 años	8	11,1
31-45 "	6	8,4
46-60 "	15	21,4
61-75 "	25	35,7
76 y +	16	22,8

Fuente: expediente clínico. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

(35,7%), seguido por los grupos de edades de 76 y más años con 16 (22,8%) y de 46 a 60 años con 15 pacientes (21,4%). De lo anterior podemos afirmar que existe una amplia predilección por los sujetos de más de 45 años con 56 casos (80%), lo que también es señalado por los trabajos de otros autores.

*Sexo, raza, procedencia (cuadro II).* En cuanto al sexo, encontramos que 41 (58,5%) eran masculinos y 29 (41,4%) correspondían al femenino. *Tillotson*,<sup>R</sup> en 30 pacientes estudiados por él, informa que el 82% pertenecían al sexo masculino.

La raza blanca, con 54 casos (77,1%), predominó sobre la negra con 16 (22,9%), lo cual constituyó un hallazgo en nuestro trabajo que consideramos no debíamos tomar en consideración desde el punto de vista estadístico, por las características étnicas de nuestra población.

La procedencia no aportó datos significativos, correspondiendo 39 pacientes (55,7%) al medio urbano y 31 (44,3%) al rural.

*Ocupación (cuadro III).* Los jubilados con 30 casos (42,8%) aportaron la mayor frecuencia en nuestra muestra, lo que es también señalado por otros autores<sup>4-6</sup> que informan una mayor incidencia por encima de la quinta década de la vida, lo que se explica por un descenso de los mecanismos de defensa de estos enfermos.<sup>3</sup> Resulta significativo que las amas de casa ocupan el segundo lugar con 25 casos (35,5%).

*Hábitos tóxicos (cuadro IV).* El hábito de fumar es un factor predisponente en los procesos obstructivos crónicos del aparato respiratorio;<sup>7,8</sup> aunque en la literatura revisada no encontramos señalamientos que relacionen este hábito con los procesos inflamatorios agudos del parénquima pulmonar, sí está plenamente demostrado que las enfermedades obstructivas crónicas representan un factor predisponente de primer orden en el establecimiento y desarrollo de las neumonías.

**CUADRO II**

Sexo, raza, procedencia	No. de casos	%
Masculino	41	58,5
Femenino	29	41,5
<i>Raza</i>		
Blanca	54	77,1
Negra	16	22,9
<i>Procedencia</i>		
Urbano	39	55,7
Rural	31	44,3

Fuente: expediente clínico. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

CUADRO III

Ocupación	No. de casos	%
Jubilados	30	42,8
Amas de casa	25	35,5
Trabajadores manuales	11	15,7
Estudiantes	2	2,8
Técnicos	1	1,5
Otros	1	1,5

Fuente: expediente clínico. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

CUADRO IV

Hábitos tóxicos	No. de casos	%
Cigarros	48	68,5
Alcohol	1	1,4
Café	43	60,1

Fuente: expediente clínico. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

En los 70 casos que presentamos, 38 (54,2%) eran fumadores inveterados que refirieron haber consumido más de 20 cigarrillos diarios durante más de 20 años y 10 (14,2%) eran también fumadores, pero en menor cuantía, por lo que llama la atención que 48 enfermos (68,5%) eran consumidores de cigarrillos. Sin embargo, siendo el alcoholismo uno de los factores que se invocan directamente como predisponentes en las neumonías,<sup>9</sup> en nuestra serie solamente hallamos un paciente alcohólico.

*Síntomas y signos (cuadro V).* El síndrome cardinal fue el febril, ya que se informó en el 100% de los casos, siguiéndole en orden decreciente la expectoración en 52 pacientes (75,7%), acompañada de estrías de sangre en sólo 5 pacientes (5,7%), el dolor torácico en 32 (48,7%), la disnea en 22 (31,4%) y el escalofrío en 18 (25,7%). Es de destacar la pobre incidencia del escalofrío. Para *Harrison*<sup>10</sup> éste es un síntoma fundamental que afecta al 80% de los enfermos que presentan neumopatías bacterianas, y *Mostow*<sup>11</sup> lo señala como un síntoma raro en las causadas por virus o micoplasmas. En relación con esto, en los casos estudiados en nuestra serie, en 46 pacientes pesquisados con técnicas bacteriológicas del esputo, sólo se pudo demostrar la causa bacteriana en 15 de ellos.

Los estertores fueron encontrados en todos los enfermos; los crepitantes se auscultaron en 55 casos (78,5%), los subcrepitantes en 26

CUADRO V

Síntomas y signos	No. de casos	%
Fiebre	70	100,0
Expectoración	52	75,7
Dolor torácico	32	48,7
Disnea	22	31,4
Escalofrío	18	25,7
Estertores	70	100,0
— crepitantes	55	78,5
— subcrepitantes	26	37,1
— roncós	8	1,1
— sibilantes	7	1,0

Fuente: expediente clínico. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

(37,1%), los roncós en 8 (1,1%) y los sibilantes en 7 (1%). Los subcrepitantes se informaron generalmente en la fase de resolución de la neumonía.

El hallazgo de los roncós y sibilantes estuvo en relación con pacientes con enfermedades respiratorias crónicas asociadas.

*Estudios de laboratorio clínico y microbiología (cuadros VI y VII).* El método rápido y directo por la coloración de Gram sólo fue realizado a

CUADRO VI

Estudios de laboratorio y microbiología	No. de casos	%
Coloración de Gram	19	27,1
— negativo	17	86,4
— positivo	2	13,6
Estudio bacteriológico	46	65,7
— negativo	31	67,4
— positivo	15	32,6
Estudio bacteriológico BAAR	46	65,7
— negativo	45	98,6
— positivo	1	1,4
Hemocultivos	21	30,0
— negativos	21	100,0
— positivos	—	—
Leucocitos + 12 000 mm <sup>3</sup>	32	45,7
— neutrofilia + 65%	29	41,4
— hemoglobina menor de 10 g%	16	22,7
— eritrosedimentación + 45 mm	35	50,0

Fuente: expediente clínico. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

CUADRO VII

Estudio bacteriológico de esputos	No. de casos	%
Cepas aisladas:		
— Klebsiella	10	14,2
— Escherichia coli	2	2,8
— S. aureus coagulasa positivo	2	2,8
— Pseudomona	1	1,04
No crecimiento bacteriano	31	67,4

Fuente: expediente clínico. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

19 pacientes (27,1%), siendo negativo en 17 (86,4%) y positivo en 2 (13,6%); en este último caso, ambos fueron a diplococos grampositivo y gramnegativo.

El estudio bacteriológico del esputo por cultivo se le realizó a 46 pacientes (65,7%), resultando negativo en 31 (67,4%) y positivos en 15 (32,6%). El germen aislado con mayor frecuencia fue la Klebsiella, que se encontró en 10 enfermos, lo que representa el 14,2% de todos los casos de la serie, el 21,7% de los casos estudiados por esta técnica y el 66,7% de los casos positivos. Llama la atención la alta incidencia encontrada de este germen en contraposición a lo señalado por la generalidad de los autores que informan una frecuencia por Klebsiella del 0,5 al 5% de todas las neumonías,<sup>4,10,12</sup> lo que pudiera estar en relación con la generalización del uso de antibióticos según se plantea en algunos trabajos.<sup>®</sup> Además, es de destacar lo señalado por Sanford<sup>13</sup> en cuanto a la frecuencia de las infecciones pulmonares por Klebsiella en pacientes con diabetes o insuficiencia respiratoria crónica, lo cual fue constatado en los 10 casos de nuestro trabajo que resultaron presentar este germen, siendo 5 de ellos diabéticos y 5 con enfermedades respiratorias crónicas. El resto de los gérmenes hallados fueron Escherichia coli en 2 casos, S. aureus coagulasa positiva en 2 casos y la Pseudomona en 1 caso. Resultó significativa la ausencia de neumococo entre los gérmenes aislados en los casos de nuestra serie.

La búsqueda de bacilos ácido alcohol resistente se efectuó en 46 casos (65,7%), resultando 1 (1,4%) de ellos positivo con codificación 7.

El hemocultivo es obligado ante toda neumonía, sobre todo, si se sospecha el neumococo como germen causal, ya que del 20 al 30% de las neumonías por neumococos evolucionan con hemocultivos positivos fundamentalmente en los estadios iniciales de la enfermedad.<sup>11,13</sup>

El hemocultivo fue negativo en los 21 pacientes (30%), que fueron sometidos a esta prueba.

Se encontró leucocitosis en 32 enfermos, neutrofilia en 29, anemia en 16 y eritrosedimentación acelerada en 35 casos.

*Otros exámenes (cuadro VIII).* En la radiografía simple del tórax hallamos que 26 pacientes (37,1%) presentaron bronconeumonía, 19 (27,1%) neumonía de base derecha, 10 (14,2%) de ambas bases, 14 (20%) de base izquierda y 1 (1,4%) de vértice izquierdo.

*Oswald*<sup>4</sup> observó que con el aumento de la edad, aparecen más casos de neumonías con consolidación moteada que homogénea, lo que se corresponde con nuestros hallazgos. Es de señalar que la localización en vértice derecho correspondió a un enfermo que se demostró que presentaba tuberculosis pulmonar activa. Los casos en los que se aislaron *Escherichia coli* y *Pseudomona* mostraron localizaciones de lóbulos inferiores como lo señalan otros trabajos.<sup>4</sup> Sin embargo, la localización más frecuente en la *Klebsiella*, que corresponde a lóbulos superiores del pulmón,<sup>4</sup> no se pudo demostrar en ninguno de los casos de nuestra muestra.

El electrocardiograma se le realizó a 20 pacientes (28,6%), encontrándose diversas alteraciones, siendo la más frecuente los trastornos del ritmo que se hallaron en 7 casos (35%).

CUADRO VIII

Otros exámenes	No. de casos	%
<i>Rayos X</i>	70	100,0
Bronconeumonías	26	37,1
Neumonías base derecha	19	27,1
Neumonías base izquierda	14	20,0
Neumonías ambas bases	10	14,3
Neumonías vértice izquierdo	1	1,5
<i>Electrocardiograma</i>	20	100,0
Trastornos del ritmo	7	35,0
Bloqueo rama izquierda	5	25,0
Hipertrofia ventricular izquierda	4	20,0
Hipertrofia ventricular derecha	1	5,0
Otros	3	15,0

Fuente: expediente clínico. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

*Tratamiento (cuadro IX).* Los antibióticos utilizados fueron muy diversos, entre ellos, los más frecuentemente administrados fueron las penicilinas, la kanamicina, la eritromicina y la estreptomina. Estos antibióticos se usaron solos, en combinación o de forma rotativa según el caso. Es de señalar que un alto porcentaje de los pacientes habían recibido tratamiento con antibióticos antes del ingreso.

La complicación que hallamos con mayor frecuencia fue el derrame pleural en 4 casos, lo que también es informado por autores como *Crofton*.<sup>2</sup>

TABLA IX

Tratamiento	No. de casos	%
Penicilinas	65	82,8
Kanamicina	25	35,7
Eritromicina	11	15,7
Estreptomina	10	14,2
Tetraciclina	4	5,7
Gentamicina	3	4,2
Sulfaprin	2	2,8
Ceporán	2	2,8
Ampicillin	2	2,8
Celbenin	1	1,4

Fuente: expediente clínico. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

Se produjeron 10 de funciones (14,3%) en las que pudo confirmarse el diagnóstico histopatológico; sin embargo, en 8 de estos casos, la causa directa de muerte fueron otras enfermedades concomitantes como neoplasias del pulmón, accidentes vasculares encefálicos e infarto del miocardio.

#### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. El mayor riesgo corresponde a las edades por encima de los 45 años y fundamentalmente el grupo comprendido entre los 61 y 75 años, lo que sugiere una mayor vigilancia de estos sujetos que presentan, por lo general, enfermedades respiratorias crónicas.
2. Se demuestra una marcada incidencia de los procesos inflamatorios del parénquima pulmonar entre los que tienen hábito de fumar, por lo que debe insistirse en la lucha contra este hábito como medida profiláctica de la enfermedad.
3. La técnica por la coloración de Gram es un examen obligado en todo paciente con neumonía, ya que ofrece un método rápido que nos puede orientar de inicio en cuanto a la terapéutica a emplear. Sin embargo, en los pacientes estudiados de nuestra muestra, solamente a un 27,1% se les realizó esta prueba.
4. El estudio bacteriológico del esputo en cultivo de agar sangre constituye un examen indispensable para la identificación del agente causal y su tratamiento específico pero según nuestro trabajo, de 70 pacientes, el 34,3% de los mismos no fueron sometidos a este estudio.
5. La positividad de sólo un 32,6% de los estudios bacteriológicos del esputo guarda relación, a nuestro criterio, con dos factores primordiales: el momento de la recolección del material que no fue el adecuado en todos los casos, y el alto porcentaje de pacientes en los que sólo se les realizaron uno o dos estudios. Esta baja positividad podría



guardar relación también con la recogida del esputo después de haberse aplicado la terapéutica antimicrobiana.

6. Llama la atención la incidencia de agentes gramnegativos y sobre todo, de *Klebsiella* como agentes causales en los casos estudiados, la cual se encuentra muy por encima de las cifras que dan la mayoría de los autores; sin embargo, de acuerdo con lo señalado en algunas investigaciones, los gérmenes gramnegativos han demostrado en los últimos años un alza considerable, lo que se evidencia en este trabajo.
7. La búsqueda de bacilos ácido alcohol resistente debe efectuarse en todo paciente, que afecte un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar, en un intento por demostrar la posible causa tuberculosa. Resulta significativo que el 34,3% de los casos mostrados no fueron sometidos a esta prueba diagnóstica.
8. El hemocultivo es una valiosa investigación en todo caso de neumonía y más aún, cuando se realiza lo más precozmente posible. De los 70 casos estudiados, solamente a 21 se le realizaron hemocultivos y en muchos casos, después de varios días de tratamiento con antimicrobianos.
9. En los estudios radiológicos llama la atención la notable incidencia de las bronconeumonías, lo cual pudiera estar en relación con la frecuencia de los agentes gramnegativos como gérmenes causales.
10. La terapéutica empleada fue muy variada, sin embargo, sólo se demostró la causa bacteriana en el 32,6% de los casos.
11. Aunque ocurrieron 10 defunciones, las causas directas de muertes en 8 pacientes fueron otras enfermedades, lo cual debe tenerse muy en cuenta por la posible introducción de errores estadísticos que incrementarían aún más la mortalidad por esta enfermedad.

#### SUMMARY

Bestard González, A. et al. *Inflammatory pneumopathies. Study of 70 cases from our service of internal medicine.* Rev Cub Med 21: 6, 1982.

From the archive of our hospital are extracted 70 clinical files of patients hospitalized in our service of internal medicine by pneumonia, during the time comprehended from September 1978 to September 1979. A study on age, sex, race, origin, occupation, toxic habits, signs and symptoms, clinical and microbiological tests is made, as well as radiological and electrocardiographical examinations and on therapy used. Literature is reviewed, and conclusions and recommendations are established.

#### RÉSUMÉ

Bestard González, A. et al. *Pneumopathies inflammatoires. Etude de 70 cas dans notre service de médecine interne.* Rev Cub Med 21: 6, 1982.

Nous choisissons, des archives de notre centre hospitalier, 70 dossiers de patients hospitalisés pour pneumonie dans notre service de médecine interne, d-urant la période comprise entre septembre 1978 et septembre 1979. L'étude a porté sur l'age, le sexe, la race, la provenance, l'occupation, les habitudes toxiques, les symptômes et les signes, les examens de laboratoire clinique et de microbiologie, ainsi que sur les examens radiologiques, électrocardiographiques et sur la thérapeutique employée. La littérature concernant ce sujet est revue; des conclusions et des recommandations sont signalées.

PS30ÍE.

Becrapa roacajiec, A. a jip. BocnajizTejiHHe naeBMonaTzz. Ksy- qeaze 70 cjiyqaeB 3a<5ojieBaeMocTz npejcrabJieHHHx B ñamen OTaejie hzz BayTpeaHzx 6ojie3ae8. r\*v Qub >fed 21 s 6, 1982.

H3 aamero apxzBa óhjiz b3hth 70 zcTopzfi <5ojre3az nameHTOB, ko- Topie <5hjiz nojioxaea b aame DTjiejieaze BHyTpeaazx (5ojie3aeò c naeBMoazeí, c ceaTHópa-1978 no cearadpB 1979 rojia. ñpzazMaBT- ca bo BHZMaaae cjejiyimze xapeKTepzcTZRz: B03pacT, doji, paca, npozcxofleaze, 3aazMaeMaa floJuaocTB, tokcz^iboctb, pa3JizaHHe czmctoís, jjaóopaTopao—KÆZHneckze z MZKpotízojiorz^eckze nona— 3aTejiz, Taxze Kaic pajizojiorHHÉCKze, ajieKTpoKajizorpa^zHeckze z repaHeBTzqeckze. HcnojiisyeTca BcnoMoraTeÆ&aaa jizTepaÿpa z -uajíca samnraeHza z peKOMeajtartzz.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Crofton, J.; A. Douglas: Respiratory Diseases. 2da. ed. Oxford, England, Blackwell Scientific Publications. 1975. Pp. 66, 135.
2. Crofton, J.; D. Andrew: Respiratory Diseases. 2da. ed. Oxford, England, Blackwell Scientific. Oxford, 1975. Pp. 131, 135.
3. Gren, G. M. et al.: The role of the alveolar macrophage in the clearance of bacteria from the lung. J Exp Med 119: 167, 1964.
4. El envejecimiento y el Sistema Respiratorio: Actualidad en Medicina. Serie Información Temática. Nro. 8. Vol. I, CNICM. MINSAP, Habana, 1977. P. 18.
5. Mc Henry, M. C. et al.: Neumonía adquirida en el hospital. Clin Med Nort Edit. Interamericana, mayo 1974. P. 563.
6. Tillotson, J. A. et al.: Neumonías producidas por bacilos gramnegativos. Prog Pat Clin 13: 451-470, 2, 1966.
7. Mc Falden, E. R.; N. A. Lyons, Jr.: Airway resistance and uneven ventilation in bronchial asthma. J Appl Physiol 25: 365, 1968.
8. Macklem, P. T.: Obstruction in small airway. A Challenge to Medicine. Am J Med 52: 721, June, 1972.
9. Mc Dermott Walsh: Neumonía. Tratado de Medicina Interna Cecil-Loeb, 14ta ed. Edit. Interamericana. 1975. P. 326.
10. Austrian, R.; D. L. Bennett, Jr.: Enfermedades producidas por cocos grampositivos. En: Medicina Interna de Harrison. Vol. I, 4ta. ed. La Prensa Médica Mexicana, 1973. P. 861.
11. Mostow, S. R.: Neumonías adquiridas fuera del Hospital. Clin Med Nort Edit. Interamericana. Mayo, 1974. P. 553.
12. Hook, W. E.: Neumonía Neumocócica. Tratado de Medicina Interna. Cecil-Loeb, 14ta ed. Edit. Interamericana. Tomo I. 1975. P. 326.

R.C.M.  
NOVIEMBRE-DICIEMBRE. 1982

presentando lesiones únicas o múltiples del esqueleto o de la piel; la enfermedad de Letterer-Siwe, de evolución rápida y curso fatal, se acompaña de fiebre, púrpura, anemia progresiva, marcada proliferación reticuloendotelial en todas partes del cuerpo especialmente en la piel, ganglios linfáticos, bazo e hígado y ocasionalmente lesiones óseas focales. El síndrome de Schuller Christian constituye un estado intermedio entre la enfermedad de Letterer-Siwe y el granuloma eosinófilo,<sup>143</sup>

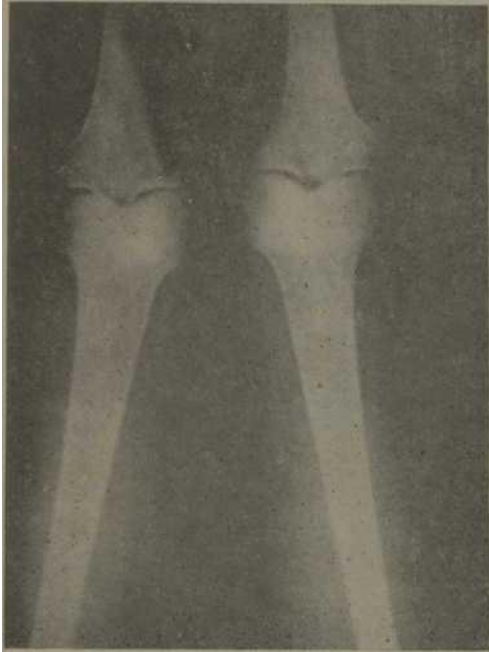
#### *Presentación del caso*

T.R.M., historia clínica 353740, mestiza, de 39 años de edad, cubana, viene a la consulta externa de nuestro servicio, por tener desde hace aproximadamente cuatro años unas lesiones alrededor del ano que le producen prurito y en ocasiones ha tenido rectorragia; todo lo anterior se acompaña de constipación. Entre los antecedentes personales refiere pielonefritis. En el examen físico, a la inspección de la región anal: múltiples ulceraciones de fondo rojo, bordes irregulares, que no confluyen con granulaciones en su superficie, estando situadas en el cuadrante lateral derecho, rodeando la comisura anterior y se extienden al labio mayor derecho de la vulva y al cuadrante lateral izquierdo hasta H9 (figura 1). Al tacto rectal, se constata que las ulceraciones no alcanzaban el canal anal, siendo este examen muy doloroso, por lo que se difiere la rectosigmoidoscopia. La paciente es hospitalizada; no se constatan otras alteraciones en el examen físico. Las investigaciones de laboratorio reportaron: hemoglobina 10,9 g%, hematócrito 33 vol. %; orinal de orina patológico; eritrosedimentación 30 mm; proteínas 7,3 g%. La radiografía del tórax fue negativa; en el examen óseo, se descubrieron lesiones de los huesos de las extremidades, osteoporosis difusas de la parte inferior de los fémures y superior de la tibia y peroné (figura 2). Se realiza tratamiento antianémico y de su pielonefritis. obte-



Figura 1  
*Ulceraciones perianal que se extienden al labio mayor derecho de la vulva.*

Figura 2. Osteoporosis difusa de la parte inferior de los fémures y superior de la tibia y peroné.



niéndose cifras de hemoglobina de 12 g% hematócrito 40 vol.%, leucocitos 8 000 mm<sup>3</sup>; Segs 88%, Eos 0,1%, Monocitos 0,1%, Linfos 10%. Se opera a la paciente, efectuándose exéresis de toda el área afectada en la región perianal y en la vulva, con cicatrización por segunda intención.

El posoperatorio transcurre sin alteraciones. En la biopsia el estudio macroscópico: segmento de piel que mide 6,6 X 3,1 cm, que muestra una superficie dérmica irregular y granulosa con múltiples áreas ulceradas, al corte de color blanquecino; en el examen histológico se reveló la presencia de histiocitosis tipo Hands-Schuller (figura 3). La paciente fue dada de alta del hospital y se continuó su curación en consulta externa, por un intervalo de tres meses. Casi la totalidad de la herida cicatrizó, y no presentó estenosis anal posoperatoria, pese a la exéresis quirúrgica amplia de la piel perianal. Actualmente la paciente está pendiente de chequeo evolutivo y de la realización de la recto- sigmoidoscopia.

#### COMENTARIOS

El término histiocitosis se refiere al tipo esencial de reacción celular que se produce en estas enfermedades y "X" indica la necesidad que hay de identificar un agente causal.<sup>2</sup> El hallazgo microscópico más importante de esta enfermedad es la proliferación de células características específicas, encontradas en el microscopio de luz y en el electrónico; sus núcleos están atravesados por pliegues y surcos. En el citoplasma se constatan organelos denominados gránulos de Langerhans. Estas células antiguamente se habían identificado como histiocitos. Hay evidencias recientes que sugieren que éstos son componentes de un sistema celular específico, conocidos como las células de Langerhans. El aumento de los eosinófilos es otra característica común de la histiocitosis X.<sup>4</sup> Hace seis años tuvimos



Figura 3  
*Microfotografía que muestra ulceración de la epidermis, con focos de hemorragia e Infiltrados de grupos de histiocitos en la dermis H/E x 160.*

otro caso de histiocitosis X, que se presentó clínicamente como una transición de granuloma eosinófilo periorifical a histiocitosis generalizada. En este paciente, al igual que en el caso que se informa ahora, las lesiones de la piel estaban localizadas en la región perianal.<sup>3</sup> Hemos seguido el curso evolutivo del paciente durante seis años, y presentó recidiva de las ulceraciones perianales y lesiones osteolíticas en el fémur derecho, hechos estos que corroboran el curso evolutivo de la enfermedad y su pronóstico sombrío.

#### SUMMARY

Rivera Gómez, A. et al. *Histiocytosis X. Presentation of a case.* Rev Cub Med 21: 6, 1982.

The case of a female patient with histiocytosis X, Hands-Schuller type, affecting bones and soft tissues, is reported. Diagnosis is corroborated through histopathological study of lesions observed at the vulva and perianal region.

#### RÉSUMÉ

Rivera Gómez, A et al. *Histiocytose X. A propos d'un cas.* Rev Cub Med 21 6, 1982.

Il est rapporté le cas d'une patiente porteuse d'histiocytose X type Hands-Schuller, qui touche les os et les parties molles. Le diagnostic a été constaté au moyen de l'étude histopathologique des lésions observées dans la région périanale et dans la vulve

# PESCHE.

**Pmepa** rouée, A. i Ép. mcTHOiiHT X. üpe^ocTaBJieHHe *ojmoro*  
cjjjnïaa saóaaeBaBMOCTH. i i\*\_v cub xhlzli 6, 1982.

JlaéTca u\$opMaoka oó OSHOM cij^ae saóo-  
leBa: fafi raeTIOIJEIOM. I tana s»»d»\_si»Fii«r ,  
kotoihS nopaaaaei kocth h Manche iactS:  
llarhos noiTraepaBaeICA pasyxbiaTaiffi  
czcToaomeckoro accze^o- b&hu  
BopazSanu ^acvefi aa&nwaeiaa b  
nepiafle JOj«: ! ooIwcsa ab poxactH HapyxHKx  
naIOBHx sbhokax opaaob.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Dolezal, J. F.; S. T. Thompson:* Hands-Schuller-Christlan disease in a septuagenarian. *Dermatol* 114: 85-87, Jan. 1978.
2. *Puente Duany, N. et al.:* Granuloma Santomatoso Eosinofílico Múltiple. *Arch Cub Cancerol* 14: 302-315, Jul.-Sept., 1955.
3. *Rivera Gómez, A. et al:* Histiocytosis X presentación de un caso. *Rev Cub Med* 14: 219-225, Mar.-Abr., 1975.
4. *Tawerani, H. et al.:* Histiocytosis X. The cutaneous manifestations of sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy. *Arch Dermatol* 114: 191-197, Feb., 1978.

Recibido: 23 de octubre de 1979.

Aprobado: 3 de abril de 1982.

Dra. *Alicia Rivera Gómez* Hospital "Calixto García"  
Universidad y J  
Vedado, Ciudad de La Habana.

tricas y nuestras experiencias prácticas en este medio del Continente Africano, con lo que pretendemos colaborar a los objetivos señalados en la Resolución sobre Salud Mental, de la 4ta. Asamblea Nacional de Salud efectuada en Guinea Bissau en diciembre de 1978, en la cual participamos un grupo de médicos cubanos en carácter de delegados, aprobándose un programa de trabajo para el desarrollo de la salud mental en el país.

#### FUNDAMENTACION

En la historia de la medicina se observa cómo evolucionan los conceptos en relación con los fenómenos culturales y su influencia sobre las diferentes enfermedades; así, los trastornos mentales en un inicio eran considerados obras de espíritus y demonios, alcanzando su más genuina expresión por los dominicos *Spranger y Kraver*, encargados por *Bula de Inocencio VIII*, para realizar los trabajos necesarios para el exterminio de las brujas, lo que trajo como resultado de esta misión el libro *Malleus Malleficarum*, en el que definen las características principales que poseían dichas brujas, y la forma como castigarlas.

Otros autores como *Juan Vives* y *Johon Weyer* exponen criterios diferentes, el primero rechaza el contenido del *Malleus Malleficarum* y califica a las brujas de infelices enfermas; y el segundo, en su obra de *Prestiaüis Demonium* critica la demonología y expone que muchas de las manifestaciones no son más que enfermedades.<sup>1</sup>

Posteriormente la psiquiatría alcanza mayor desarrollo con *P. H. Pinel*, cuando después de la Revolución Francesa lleva el espíritu humanista a la medicina y da un nuevo enfoque al enfermo mental, comenzando una nueva etapa dentro de esta era de la medicina.

La psiquiatría clínica continuó su desarrollo, lo que permite posteriormente que diversos autores señalen la necesidad de distinguir los diferentes cuadros psiquiátricos, y la influencia de la cultura en la modalidad que éstas presentan en los diferentes conglomerados sociales.

Esto se hace más evidente en las neurosis, los trastornos situacionales y la reacción psicótica aguda, que son más propicias a la influencia cultural.

Así, en relación con el *boufee delirante*, el profesor *Bustamante* en el 2do. Congreso Internacional de Psiquiatría Social, en Londres, plantea la aparición en sujetos normales, sometidos a una excesiva tensión y señala que en Cuba se observa con cierta frecuencia.<sup>2</sup>

Actualmente la crisis que se produce en las ideas de los clásicos franceses sobre este tema, hacen que en la propia Francia y en Europa el *boufee delirante* no se acepte como entidad y se incluya en otras afecciones de nivel psicótico.<sup>1</sup>

Por otra parte, otros autores como *H. Collomb* hacen una reafirmación indiscutible sobre esta enfermedad. Este autor considera que un alto por ciento de la población africana puede presentar un *boufee* con salud mental

anterior, y retornar después del episodio psicótico a su estado normal. Por tal razón, piensan él y otros psiquiatras que han trabajado en Africa que existe la posibilidad que este mecanismo en uso por los africanos posee una función útil en conflicto y tensiones, por lo cual no se llega con frecuencia al trastorno esquizofrénico.<sup>3</sup>

En un trabajo preliminar sobre la frecuencia de los factores culturales en los trastornos psiquiátricos que presentamos en Guinea Bissau, también se observa con frecuencia esta entidad clínica con las mismas características que se señalan para los senegaleses, aunque diferimos de *Collomb* de que entre los africanos no se llega con frecuencia al trastorno esquizofrénico, ya que en Guinea la incidencia es similar a la que observamos en Cuba.<sup>1</sup>

La historia ha ido modificándose en su cuadro clínico desde la época de Charcot y cede paso a otras formas como consecuencia de las modificaciones culturales y sociales; se desplaza a las zonas suburbanas o rurales, fundamentalmente en aquéllas en las que desarrollan fuertes corrientes de santerías, sincretismo religioso de la religión yoruba y el catolicismo.<sup>5</sup>

Según plantea el profesor *Bustamante* en la Sección de Psiquiatría Transcultural, con respecto a Cuba, llega entre otras conclusiones a sostener que en las depresiones se observa una tendencia a establecer síntomas característicos constituidos por ansiedad, llanto o insomnio, que se observan fuertemente afectados por los factores culturales en sus aspectos religiosos y sociales; expone asimismo que existen dos modalidades de la depresión endógena, de carácter genético y por ello poca influencia por los factores sociales, y otro tipo de reactivo donde los factores sociales desempeñan una función importante.

El doctor *Henning* plantea que entre los africanos urbanizados hay una carencia marcada de las características positivas de la vida tradicional, que ha alterado el comportamiento de la familia; que es evidente que en la actualidad muchos africanos viven con perturbaciones psíquicas, por lo que podemos esperar entre ellos cada vez más personas inadaptadas que precisan de ayuda psiquiátrica.

En cuanto a la actitud africana en relación con la enfermedad mental, tratan de explicar la misma por otros factores: fetichería. Cualquier hecho fuera de lo normal es considerado por la práctica del fetichismo ejercido por un enemigo.

Otros factores que indica este autor es que las alucinaciones son interpretadas con frecuencia, como que la persona que las posee es escogida por los espíritus de sus antepasados para ser un hechicero. Señala además la frecuencia con la cual son ingresados los pacientes africanos en los hospitales psiquiátricos en su medio:

Plantea que  $\frac{2}{3}$  de esos pacientes sufren esquizofrenia, Ve psicosis toxica o exaltación, y  $\frac{1}{12}$  de psicosis epiléptica; también señala que otras entidades son menos frecuentes incluyendo en último lugar la psiconeurosis.



que han penetrado en cierta medida en vías de un desarrollo más acelerado con sus recientes independencias, y esto trae situaciones de grandes transformaciones durante un tiempo mantenido, lo que provoca inseguridad en muchas personas, predisponiéndolos a las enfermedades mentales\*

En un trabajo que realizamos en Guinea Bissau sobre morbilidad psiquiátrica en pacientes ingresados durante un año, observamos lo siguiente: del total de pacientes que requieren ingreso, ocuparon un primer lugar las esquizofrenias, siguiéndole en orden de frecuencia las psicosis reactivas en estrecha relación con los factores étnicos, culturales y religiosos; ocupando el tercero y cuarto lugares las neurosis y los trastornos transitorios de inadaptación a situaciones especiales, las cuales en conjunto representan el 62,25% del total.<sup>7</sup>

Así podemos observar cómo la misma entidad clínica se enfoca de diversas maneras en los distintos países, indicando algunos autores<sup>13</sup> " factores culturales en su origen.

Haciendo un bosquejo general de lo antes planteado, observamos que cada sujeto vive en su medio, y cada medio con su cultura específica crea sus tensiones y problemas, así como los aparatos institucionalizados para superar el conflicto que éstos crean. Cuando estas tensiones y problemas no puedan ser superados por dichos aparatos, el individuo tiene que instrumentar sus propias vías de soluciones, hecho que puede conducir a enfermedades mentales.

Pero no puede negarse que las modalidades que estos mecanismos ofrecen y el gran contenido de la alteración, difiere de una época a otra y de una cultura a otra. Por lo que aún cuando la utilización de los mecanismos psicóticos formen parte del desarrollo psicológico del sujeto ante una situación dada, no es menos cierto que la cultura influye no sólo en su gran contenido, sino también en su mecánica patogénica, y más en la mayor o menor frecuencia en determinada entidad nosológica y la desaparición o poca frecuencia de otras.<sup>8</sup>

#### MATERIAL Y METODO

Este estudio se realiza durante los años 1979 y 1980 en la República de Guinea Bissau, Africa, que contaba con un estimado de población de 779 650 habitantes al iniciar nuestra investigación.

Este país, a cinco años del triunfo de una Revolución de Liberación Nacional, presenta un gran subdesarrollo y puede constituir, según lo que plantean varios investigadores soviéticos, como una multiestructura, o sea, el resultado histórico de la secuencia y coexistencia de diferentes regímenes económicos y formas de producción, al cabo de 500 años de colonialismo.

Atendiendo a nuestras limitaciones escogimos dos Regiones del país, Bissau la Capital

y la Región de Oio, visitando distintas comunidades para lograr objetivos propuestos.

#### *Procedimiento*

La estrategia fundamental de la investigación plantea el estudio de la influencia de los factores culturales en los trastornos psiquiátricos, en el que se utiliza una muestra limitada, pero estudiada de manera profunda, por medio de entrevistas, cuestionarios, pruebas psicológicas y análisis del medio. Por otra parte, la psiquiatría folklórica permitió recoger los resultados de la medicina popular en el marco de la atención del enfermo mental, sus modalidades, así como los agentes que la imparten.

- Recursos humanos.
- Un psiquiatra especialista de primer grado.
- Psicólogo social.
- Un licenciado en Ciencias Jurídicas adiestrado en estudios sociológicos.
- Un médico especialista en administración de salud.
- Dos médicos clínicos.
- Un traductor.
- Una mecanógrafa.

#### *Recursos materiales*

- Formulario para las encuestas.
- Modelaje para la aplicación de pruebas psicológicas.
- Historias clínicas de pacientes ingresados en el Departamento Nacional de Psiquiatría.

#### *Experiencias en nuestro medio*

En Guinea Bissau también se trata de explicar la causa de la enfermedad mental a través de la fetichería, viendo al enfermo psicótico, como afectado por un enemigo, mediante la práctica del fetichismo; esta es la explicación cultural ante lo desconocido.

Gran parte de la población cree que un animal debe ser abatido —después de la muerte de un pariente que haya llegado a la ancianidad— ya que de no ser hecho, el espíritu del mismo puede no descansar y tornarse irritable, causando una enfermedad mental o física a su familia y casi siempre destruye sus bienes, llevándolo a la miseria. A partir de esta concepción los familiares del muerto deben organizar una gran ceremonia llamada Choro donde pasan varios días comiendo y tomando bebidas alcohólicas, en medio de los ritos religiosos. Después de esto vuelven a la vida normal, donde prácticamente no existe la etapa de luto.

Las alucinaciones y los ataques epilépticos son interpretados como que la persona que los presenta ha sido seleccionada por los espíritus de sus antepasados, para hacer de ella un fetichero.

Una de las cosas que llama más la atención a los médicos que inician su trabajo en Guinea Bissau es el mezinho, u objeto destinado a proteger de los malos espíritus al portador, ya que tienen diversas formas y lo llevan permanentemente fijo a su cuerpo de

variadas maneras. Esto se hace más ostensible cuando llegan a los Servicios de Urgencia (cuerpo de guardia) por un dolor abdominal, donde es preciso realizar un examen clínico completo.

Otro objeto que se observa con cierta frecuencia, es una especie de pulsera que llevada en el brazo protege también al individuo de los malos espíritus. Nos da la impresión de ser más frecuente que lo antes expuesto, pero quizás esté dado por el diferente lugar de uso, ya que la pulsera es evidente, sin necesidad de un reconocimiento médico.

Cuando procedemos a reconocer a un paciente es recomendable que el médico solicite ayuda de un familiar y la presencia de un enfermo, y a la hora de manipular el objeto con significado simbólico, pedirle que lo desplacen para evitar irritar o molestar al paciente, atendiendo a sus creencias místicas religiosas.

Es importante conocer que para los portadores, esto tiene un gran significado, lo cual debemos respetar dentro de las posibilidades existentes en los procedimientos médicos.

Otro aspecto que nos motivó fue la creencia tan fuerte de ciertos grupos al Iram<sup>6</sup> y los Djambacosses<sup>7</sup>, ya que estando los enfermos ingresados con buena o mala evolución, los familiares pedían permiso en determinados momentos para realizar medicina de tierra, con ceremonias en una región u otra del país.

Como profesionales de la medicina y siguiendo los planteamientos de la IV Asamblea Nacional de Salud que en el inciso No. 5 expone "Que sean alertados los psiquiatras extranjeros para la necesidad, estudio y comprensión de la situación cultural del país, con vista a una mayor eficiencia en sus actividades"; nos dimos a la tarea de estudiar en la medida de nuestras posibilidades la situación cultural del país y sus relaciones con el trabajo médico.

En un principio, lo que más nos orientó en los aspectos que encontramos en nuestra práctica médica fueron los escritos del compañero "Amilcar

---

6 Iram: Espíritu bueno o malo; que encuentra representación simbólica en determinadas cosas y objetos.

7 Djambacosses: Este es un personaje de gran importancia, ya que es médico, juez y consejero de la población. Estos atributos se heredan de padres a hijos. Los Djambacosses tienen que haber sufrido el fañado (circuncisión). A ellos les atribuyen el tener contactos con los espíritus, aunque no puedan predecir el futuro, con los que dirigen las ceremonias de Iram. Generalmente no curan con medicina; en nuestra experiencia con los pacientes psiquiátricos, les hacen pequeñas incisiones en la piel de la cabeza.

Cafaral", así en el Seminario de Cuadros del Partido celebrado en noviembre de 1969 expresó:

"En la Guinea, la cultura de nuestro pueblo es producto de muchas culturas de Africa, cada una tiene su propia cultura, los balantas tienen su cultura, etc.; mas todos tienen un fondo igual de cultura y su interpretación del mundo y de sus relaciones en la sociedad. Aunque sabemos que hay poblaciones musulmanas, en el fondo ellos también son como los balantas y otros.

Creen en Alá, pero también creen en Iram y en los Djambacosses. Tienen al Coram pero tienen su gri-gri en el brazo y otras cosas."

En esta etapa, después de varios años del triunfo de la Revolución de Liberación Nacional, esta situación pudo haber variado desde el punto de vista social; sin embargo, muchos son los casos que acuden a las consultas. a los cuerpos de urgencias que tienen estrecha relación y aún están influenciados por los factores antes mencionados.

Se pueden citar muchos casos, como el paciente A.E. de la etnia balanda en Encheia, que acudió con un cuadro psicótico agudo (*booffee delirante*), y después de mejorar nos pidió realizar una ceremonia; le consultamos si nuestro grupo de trabajo podía participar. Previa consulta con los hombres grandes, se nos dio la oportunidad de asistir y tomar experiencias de estos rituales religiosos dirigidos por un Djambacoss.

De esta "arma dimos inicio a un trabajo de colaboración con otros organismos, con el cual pretendíamos sacar experiencias positivas para colegas que vinieran posteriormente a trabajar a este país.

El paciente de referencia, cuando tiene cualquier alteración, además de ser atendido por el Djambacoss se le recomienda por éste consultar al médico psiquiatra, lo que evita en una ocasión un suicidio inminente.

Otras veces hemos tenido casos contrarios; paciente N.T. atendido por un Djambacoss. fue informado de que iba a morir e inmediatamente hizo un intento suicida serio, estando en gran peligro de muerte por las características de las lesiones: después del alta de cirugía y terminar su cura en psiquiatría, no se tuvo más conocimiento acerca del paciente.

Como vemos en un caso, el conocimiento y el acceder a la ceremonia tradicional, ha permitido la recuperación y el seguimiento del paciente, y en el otro, desde una orientación incorrecta por el hechicero en un inicio y no haberse podido conocer ni manejar el medio de donde procedía este enfermo, el pronóstico es dudoso.

Estos ejemplos nos demuestran lo cuidadoso que debe ser cualquier especialista que trabaje en un medio como éste, ya que en dependencia del conocimiento de la personalidad del paciente, del medio en que vive

y se desarrolla, y sus conocimientos técnicos, podrá dar orientaciones terapéuticas acertadas, efectivas y adecuadas a cada situación.

#### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se hace una revisión sobre la influencia de los factores culturales en los trastornos psiquiátricos. Se objetiviza cómo una misma entidad clínica difiere de una época a otra y de una cultura a otra, por la influencia de ésta no sólo en su contenido, sino también en su mecanismo patogénico y más aún en la mayor a menor frecuencia de incidencia de determinada enfermedad, y la desaparición o poca frecuencia de otras.

Se hace énfasis de que en muchos países del Continente Africano que han penetrado en cierta medida con sus recientes independencias en un desarrollo más acelerado, se producen situaciones de grandes transformaciones que favorecen la inseguridad en muchas personas, predisponiéndolas a las enfermedades mentales.

Se señalan ejemplos de casos afectados por diferentes enfermedades, en los cuales las creencias místicas religiosas, influyen en forma significativa en los pacientes.

Finalmente se señala que los profesionales de la medicina en un medio como éste, deben ser muy cuidadosos en la relación médico-paciente, conduciéndose adecuadamente para ganar la confianza del enfermo y poder lograr un mayor conocimiento del medio donde éste vive y se desarrolla.

#### SUMMARY

Lastre Arrieta, E. *Cultural factors and psychiatric disorders in Guinea-Bissau*. Rev Cub Med 21: 6, 1982.

A review of cultural factors influence on psychiatric disorders In Guinea-Bissau. Africa, is made by the author. Because of strategy of the investigation a limited sample is used, but it is studied in a deep fashion by means of interviews, questionnaires, psychological tests and environmental analysis. By applying knowledges of folkloric psychiatry, results of popular medicine are collected, within the framework of mental patient care, as well as agents Imparting it. Clinical experiences in psychiatric medical practice of different diseases are exposed, as well as how such diseases are modified by myths and religious belief. Importance for health proffesionals to dominate cultural phenomena at their several manifestations, if they want to play an effective rol in these underdeveloped communities, is expressed.

#### RÉSUMÉ

Lastre Arrieta, E. *Facteurs culturels et troubles psychiatriques en Guinée-Bissau*. Rev Cub Med 21: 6, 1982.

L'auteur fait une revue de l'influence des facteurs culturels sur les troubles psychiatriques en Guinée-Bissau, l'Afrique. Dans la stratégie de la recherche, il utilise un échantillon limité, mais qui est étudié profondément au moyen d'entretiens, de questionnaires, de tests psychologiques et de l'analyse du milieu. Par l'application des connaissances de la Psychiatrie Folklorique, il récolte des résultats de la médecine populaire, dans le cadre du soin du malade mental, ainsi que les agents qui l'enseignent. L'auteur expose des

celle»-ci sont modifiées par les mythes et les croyances religieuses. Il souligne qu'il est important que les professionnels de la médecine connaissent les phénomènes culturels dans ses diverses manifestations, s'ils veulent jouer un rôle efficace dans ces communautés en voie de développement.

PESEME

lacrp® ippirra, £. KyikTypaao Jarropa i noixiarnpecus H&- pyieHM 3 PBHHe«-EMCC»y. \*ey Cub. Med 21: 6, IM2t

Ajrop HJUTUT BHSHS ayxvrrpaax farropoa H& neHXH&Tpnceue aapy\*eHM x rntHee-EvftMy, Açpaxa.' lipa aocjexoBaaBB ucnoabsj- OTOS Heâoamaa rpyrna im, HO ripa 3TOM npoasBOjareH ax rxyôo- aoe HsyneHMe npa noaoaa BCTPON, aHieTHoro onpoca, ncaxaaTpa— neckoro aaansa ■ an ai H sa OKpy\*a»æ\* cpexa. lenensyii AOCTB— MHM \*o»uëpaot neHXHaTpiM, codapacTca onar Hapoxaol nexaaa HH AXH aeneHsi TOJOBHUX satioxesaHal ■ areirroB, susHBaaax #TB saeoiesahim. H&iaraeTca unnienl onnr B aeUHQHOKOI noaxa- arpH^eckofl npanin npa paunHux sabojesaHiwx, xoTopae saxs-

BTO\* DOX BiBHHBeM RapOXHHX MHTOB B pOJBTHOSHIX BOpOBaHKt. SOA'iëpiüraaeTCH SHa'ceHHe bxm«hhs KyiityraiHiiM \$eaexeatutB b cio ■x paajuiHHx npoHBXSHUX xix apa^efi npo\$ecc\*ouajioB O uen» ~ nraeoeaBg Baaoojuaefl non sa ara\* oâaaaax aa nyra a pasBHtaa.

#### BIBLIOGRAFIA

1. *Bustamante, J. A.; A. Santa Cruz: Psiquiatría transcultural.* Ed. Científico Técnica. Instituto Cubano del Libro, La Habana, Cuba, 1975.
2. *Bustamante, J. A.; Temas de Psiquiatría.* Ed. de la Academia de Ciencias de Cuba. Habana, 1973.
3. *Collomb, H. Bouffée délirante en psychiatrie africaine. Psychopathologie Africaine.* Vol. I No. 2, Dakar, Senegal, 1965.
4. *Lastre Arrieta, E. y col.: Influencia de factores culturales en las alteraciones psíquicas.* Trabajo presentado en la Primera Jornada Nacional de Psiquiatría. Guinea Bissau. Africa. Abril, 1980.
5. *Bustamante, J. A.: Factores culturales en histerias con cuadros clínicos esquizofrénicos.* Rev Cub Med 6 (3): La Habana, Cuba, 1967.
6. *Henning, P. H.: Enfermedades psiquiátricas.* Clinical Medicine in Africans in Southern Africa. Edit. Churchill Livingstone, London, 1973.
7. *Lastre Arrieta, E., R. Iglesias Albelo: Morbilidad e alteracoes psiquiátricas nos deentes internados no Departamento de psiquiatria do Hospital Nacional "3 de Agosto" durante p ano 1979.* Trabajo Presentado en la Primera Jornada Nacional de Psiquiatría, Guinea Bissau. Abril, 1980.

8. *Bustamante, J. A.*: Influencia de la cultura y los factores sociales en los cuadros psiquiátricos. Rev. de Psiquiatría Vol. IV No. 2. Academia de Ciencias de Cuba, La Habana, 1971.

Recibido: 3 de diciembre de 1981.  
Aprobado: 3 de abril de 1982.

Dr. *Emilio Lastre Arrieta*  
Martí No. 186 e/ J. Santana y Vega

INSTITUTO DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA

## **Factores de riesgo en pacientes ingresados por accidente vascular encefálico**

Por los Dres.:

OSCAR PEREZ PEREZ<sup>8</sup>, HECTOR ROSELLO SILVA<sup>9</sup>, FARA CEPERO NORIEGA<sup>10</sup> y JESUS PEREZ GONZALEZ<sup>11</sup>

Pérez Pérez, O. y otros. *Factores de riesgo en pacientes ingresados por accidente vascular encefálico*. Rev Cub Med 21: 6, 1982.

Se recogen los factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular en 224 pacientes ingresados en el INN, 174 con diagnóstico de infarto cerebral y 50 casos con hemorragia intraparenquimatosa. En 205 casos (91,3%) se encontraron uno o más factores de riesgo. Del total de esta serie, 122 casos (54,4%) tenían hipertensión arterial, 39 casos (17,4%) diabetes mellitus, 68 casos (30,3%) eran fumadores, 41 casos (18,3%) tenían hipercolesterolemia, 29 casos (12,9%) habían tenido ataques transitorios de isquemia cerebral previos y 34 casos (15,1%) tenían evidencias de cardiopatía isquémica. En esta serie de pacientes ingresados con AVE, 109 casos (48,6%) tenían un solo factor de riesgo, 58 casos (25,8%) presentaban 2 factores de riesgo y 38 (16,9%) tenían 3 o más factores de riesgo. Este estudio demuestra la importancia de los factores de riesgo en la etiología de la aterosclerosis, de los sistemas arteriales cerebrales. Se destaca como el factor de riesgo más frecuente la hipertensión arterial. La aterosclerosis es la causa principal de AVE.

### INTRODUCCION

Los trastornos cerebrovasculares figuran entre las principales causas de mortalidad e invalidez en todas las sociedades.

---

<sup>8</sup> Especialista de I grado en neurología. Jefe de la Unidad Cerebrovascular del INN.

<sup>9</sup> Especialista de I grado en neurología. MINSAP.

<sup>10</sup> Especialista de I grado en neurología. INN.

<sup>11</sup> Profesor titular de neurofisiología. Subdirector de investigaciones. INN.

Según informe de la OMS,<sup>1</sup> los accidentes vasculares encefálicos (AVE) figuran entre las tres principales causas de mortalidad en los países industrializados: a los AVE se deben aproximadamente el 12,5% del total de defunciones. Esta cifra aumenta a partir de los 25 años de edad, triplicándose cada 10 años.

El informe anual, 1978, del MINSAP,<sup>2</sup> señala que los AVE ocupan desde 1960 el tercer lugar entre las causas de muerte; el número de defunciones, de algo más de 5 000 por año, constituyó el 9% del total de defunciones y más del 90% en personas mayores de 50 años. Se calcula que en Cuba existen unos 40 000 sobrevivientes de AVE.<sup>3</sup>

*Stallones y colaboradores*,<sup>4</sup> en un estudio epidemiológico cooperativo de prevalencia anual por 1 000 habitantes y para todas las razas y sexos, señala cifras del 1,0 hasta 20,0 entre los 35 y 84 años respectivamente; después de los 85 años la incidencia es de 40,0. Cepero,<sup>5</sup> en estudio sobre prevalencia de AVE en un área de salud urbana de Ciudad de La Habana, encontró una tasa de 20,8/1 000 habitantes; la frecuencia aumentó con la edad desde 3,6/1 000 habitantes en el grupo de 40-49 años hasta 57/1 000 habitantes en el grupo de 70 ó más años.

La medida más importante que puede adoptarse para mejorar la vida de las personas de edad avanzada, es la prevención de los AVE.

Numerosos estudios epidemiológicos y observaciones clínicas<sup>14\*\*</sup> han demostrado la importancia de un grupo de factores de riesgo (FR), que predisponen a la apoplejía: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, hábito de fumar, hipercolesterolemia y obesidad. En los países desarrollados se considera que el uso de estrógenos contraceptivos es otro FR importante.

#### MATERIAL Y METODO

Se revisaron las historias clínicas de 224 pacientes ingresados consecutivamente en la Unidad Cerebrovascular (UCV) del Instituto de Neurología y Neurocirugía, con el diagnóstico de infarto cerebral (IC) y hemorragia intraparenquimatosa (HIP). Los criterios diagnósticos fueron los aceptados por la OMS.<sup>9</sup>

Se consideraron hipertensos aquellos pacientes con antecedente de presión arterial elevada o los que durante su ingreso presentaron cifras persistentes por encima de 160 mm de Hg la sistólica y de 95 mm de Hg la diastólica.

Las cifras de colesterol sérico por encima de 250 mg/100 ml se consideraron anormales. Los criterios para el diagnóstico de cardiopatía isquémica se basaron en el reconocimiento de síntomas previos de angina de pecho o de infartos cardíacos y la presencia de: hipertrofia ventricular izquierda, depresión del segmento St, de la onda Q patológica, o ambos, y trastornos de conducción.



La diabetes mellitus era referida por los pacientes o familiares; se incluyeron además, aquéllos que en ausencia de antecedentes tuvieron glucosuria, glicemias elevadas persistentes o prueba de tolerancia a la glucosa anormal. El hábito de fumar era referido por los pacientes; el diagnóstico de ataque transitorio de isquemia cerebral (ATI) se consideró según los criterios de la OMS.<sup>®</sup>

#### RESULTADOS

De los 224 casos ingresados en la UCV, 174 fueron IC y 50 HIP. Al sexo masculino pertenecían 120 pacientes y 104 al femenino. La edad promedio fue de 63,4 años.

En 205 casos (91,3%) se encontró uno o más FR: 109 pacientes (48,6%) tenían un solo FR, 58 (25,8%) presentaban FR y en 38 (16,9%) se encontraron tres o más FR.

El cuadro muestra la frecuencia de los distintos FR. La hipertensión arterial tuvo la incidencia más elevada, tanto en los IC como en las HIP. El tiempo promedio de evolución de la hipertensión arterial fue de 8,3 años. El hábito de fumar ocupó el segundo lugar entre los FR, con el 30,3%. El resto de los FR se presentaron con frecuencia menor del 18%.

**CUADRO**

**FRECUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LOS AVE INGRESADOS EN LA UNIDAD CEREBROVASCULAR: NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJE**

AVE	174 casos		50 casos		224 casos	
Factores de riesgo						
Hipertensión arterial	79	45,4	43	86,0	122	54,4
Hábito de fumar	55	31,6	13	26,0	68	30,3
Hipercolesterolemia	33	18,9	8	16,0	41	18,3
Diabetes mellitus	32	18,3	7	14,0	39	17,4
Cardiopatía isquémica	19	10,9	15	30,0	34	15,1
Ataques transitorios isquemia	27	15,5	2	4,0	29	12,9

Fuente: INN, 1981.

#### DISCUSION

El presente estudio muestra una incidencia elevada de FR en pacientes ingresados con AVE, destacándose la hipertensión arterial como el FR más frecuente. *Walker y colaboradores*<sup>10</sup> en estudio cooperativo sobre prevalencia de AVE, encontraron que el 58,6% de 1 628 pacientes ingresados eran hipertensos; esta cifra se elevó hasta el 69,7% en los casos con HIP. *Norris y Hachinski*<sup>11</sup> en pacientes ingresados en una UCV, observaron que

el 57 por ciento de 95 casos con IC y el 88 por ciento de 8 con HIP tenían hipertensión arterial.

En ensayos terapéuticos prospectivos realizados bajo control en varios países, se ha demostrado que el tratamiento de la hipertensión arterial reduce la incidencia del ataque apoplético.<sup>12,13</sup>

En un estudio<sup>13</sup> se mantuvo en observación durante 1 a 5 años a pacientes hipertensos del sexo masculino; en esa serie en el grupo que no recibió tratamiento la incidencia de AVE fue del 11 por ciento, mientras que en el grupo tratado con fármacos antihipertensivos, la incidencia fue sólo del 1%. También se observó una disminución de la frecuencia de otras complicaciones, como la insuficiencia cardíaca y la renal.

Algunos autores<sup>14,15</sup> han señalado incremento de la mortalidad entre los pacientes hipertensos con AVE. Nosotros hemos observado aumento de la incidencia de hipertensión arterial entre los fallecidos (74,0%), comparados con supervivientes (45,0%) en 289 casos con IC.<sup>16</sup>

La relación entre el hábito de fumar y los AVE ha sido demostrada inconsistentemente,<sup>5,7</sup> aunque se considera un FR importante para la enfermedad coronaria aterosclerótica.<sup>8</sup>

En nuestra serie la incidencia es ligeramente más alta que la encontrada por otros autores.<sup>7,8</sup>

La asociación entre hipercolesterolemia y AVE no ha sido bien establecida.<sup>4</sup> *Kannel y colaboradores*, en el estudio epidemiológico de Framingham,<sup>6</sup> concluyen que la hipercolesterolemia fue FR independiente, entre los hombres por debajo de 55 años, no así en edades más elevadas. *Cepero* no encontró aumento de la prevalencia de AVE entre los individuos con hipercolesterolemia.

La diabetes siempre se ha considerado como un FR mayor en los AVE, *Walker*,<sup>10</sup> encontró el 22,1 por ciento de diabetes mellitus entre 1 628 in. gresados por AVE. Esta cifra excede a la observada en la población general (7%).<sup>10</sup>

*Cepero* comprobó un aumento de los AVE, 47,6/1 000 habs. comparado con el grupo en que este factor no estaba presente, 17,7/1 000 habs.<sup>5</sup> *Kessler*<sup>17</sup> concluye que los diabéticos tienen más posibilidades de morir por un AVE, comparados con un grupo control sano.

La cifra encontrada por nosotros es similar a lo señalado en otros estudios.<sup>8,7</sup>

Numerosos autores<sup>11,13,14</sup> han demostrado la relación estrecha entre la presencia de cardiopatía isquémica y los AVE. Aunque en la fase aguda<sup>6</sup> se observan alteraciones electrocardiográficas provocadas por la lesión encefálica, no hay dudas que muchos AVE son producidos por la presencia de una lesión isquémica cardíaca con arritmia o sin ella, originando embolismos o disminución intensa del gasto cardíaco.

Los FR antes discutidos son capaces de provocar la cardiopatía aterosclerótica.

En reciente comunicación se señaló que la presencia de cardiopatía isquémica ensombrece la evolución de los pacientes con AVE.<sup>17</sup>

No hay dudas que de todos los factores previamente mencionados, que intervienen en la propensión a la apoplejía los ATI tienen una categoría especial.

*Marshall*, en 1964, encontró que el 75 por ciento de 78 pacientes con apoplejía estabilizada tenían antecedentes de ATI.<sup>18</sup>

*Millikan y Siekert* en análisis de 28 infartos del tronco cerebral, hallaron que el 71 por ciento había presentado ATI anteriormente.<sup>19</sup> *Lyons*, en estudio cooperativo sobre oclusión arterial extracraneal indica que el 74% de los casos con AVE tenían antecedentes de ATI.<sup>20</sup> Según informe de la OMS,<sup>1</sup> del 2 al 15% de los enfermos que sufren un ATI presentan un *ictus* durante los cuatro años siguientes.

En un trabajo de la Clínica Mayo, *Millikan* revela que en un grupo control de pacientes con ATI no tratados, el riesgo de IC fue del 32 por ciento, mientras que en otro tratado con anticoagulantes fue del 4 por ciento.<sup>21</sup>

Aunque los datos sobre la historia natural de los ATI son incompletos y algunas veces contradictorios para precisar el pronóstico, la presencia de ellos constituye un grave riesgo de sufrir una apoplejía.

Como se señala anteriormente, 96 de los 224 casos (42,8%) tenían dos o más FR. En un estudio sobre terapia intensiva en los AVE, la presencia de dos o más FR constituyó un factor negativo en la evolución de ingresados durante la fase aguda por AVE en una unidad cerebrovascular.<sup>17</sup> En el grupo de fallecidos por IC, el 77,7 por ciento tenían dos o más FR comparados con el 46,9 por ciento entre los supervivientes. En los casos fallecidos por HIP, el 78,7 por ciento presentaban dos o más factores comparados con sólo el 34,6 por ciento entre los vivos,

#### CONCLUSIONES

Basados en los datos obtenidos de estudios clínicos y epidemiológicos, se puede afirmar que los individuos con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y diabetes mellitus, tienen el doble de posibilidades de sufrir un AVE, que aquellas personas sin estos factores de riesgo. La asociación entre el hábito de fumar y el aumento del colesterol sérico, son contradictorias, pero sugieren que en personas por debajo de los 50 años constituyen factores de riesgo para la enfermedad cerebrovascular.

La presencia de dos o más factores de riesgo ensombrece la evolución durante la fase aguda de los AVE, con elevación de la mortalidad.

La aterosclerosis es el principal agente causal después de los 40 años de AVE y cardiopatía isquémica. Son necesarios programas de salud que

contemplan estudios sobre prevalencia, evolución y pronóstico de los principales factores de riesgo, para el planeamiento de la política de salud de la comunidad.

#### SUMMARY

Pérez Pérez, O. et al. *Risk factors in patients hospitalized by encephalic vascular accident*. Rev Cub Med 21: 6, 1982.

Risk factors for cerebrovascular disease are collected from 224 patients being hospitalized at the Institute of Neurology and Neurosurgery, 174 with cerebral infarction and 50 with intraparenchymatous hemorrhage. In 205 cases (91,3%) one or more risk factors were found. From the total series, 122 cases (54,4%) had arterial hypertension, 39 cases (17,4%) diabetes mellitus, 68 (30,3%) were smokers, 41 (18,3%) had hypercholesterolemia. 29 (12,9%) had had previously cerebral ischemic transient attacks, and 34 cases (15,1%) had evidence of ischemic cardiopathy. In this series of patients hospitalized on account of encephalic vascular accident, 109 cases (48,6%) had only one risk factor, 58 cases (25,8%) presented two risk factors, and 38 (16,9%) had three or more risk factors. Importance of risk factors In the etiology of atheromatosis of cerebral arterial systems is demonstrated in this study. Arterial hypertension is outlined as the most frequent risk factor. Atheromatosis is encephalic vascular accident main cause.

#### RÉSUMÉ

Pérez Pérez, O. et al. *Facteurs de risque chez des patients hospitalisés pour accident) /asculaire encéphalique*. Rev Cub Med 21: 6, 1982.

Les auteurs signalent les facteurs de risque de la maladie cérébro-vasculaire chez 224 patients hospitalisés à l'institut de Neurologie et de Neurochirurgie, dont 174 sujets avec le diagnostic d'infarctus cérébral et 50 cas d'hémorragie intraparenchymateuse. Dans 205 cas (91,3%), on a trouvé un ou plusieurs facteurs de risque. Sur le total, 122 cas (54,4%) présentaient hypertension artérielle, 39 cas (17,4%) avaient diabetes mellitus, 68 cas (30,3%) étaient des fumeurs, 41 cas (18,3%) avaient hypercholestérolémie, 29 cas (12,9%) avaient subi des attaques transitoires d'ischémie cérébrale précédemment, et 34 cas (15,1%) montraient des évidences de cardiopathie ischémique. Dans cette série de patients hospitalisés pour accident vasculaire encéphalique (A.V.E.), 109 cas (48,6%) avaient un seul facteur de risque, 58 cas (25,8%) présentaient deux facteurs de risque et 38 (16,9%) en avaient trois ou davantage. Cette étude démontre l'importance des facteurs de risque dans l'étiologie de l'athéromatose des systèmes artériels cérébraux. L'hypertension artérielle constitue le facteur de risque le plus fréquent, et l'athéromatose est la cause principale des A.V.E.

#### PMBM6.

De pec Hopeo, 0\* ■ ap. faxtopa onacHoem y óoxbaux O eocy—  
ABCTO-BOSTOBHBB nOipeueHKHMI. Rev Cub Mea 21: 6, 1\*82.

t  
Bui n poaaaiBsvpoB&HB farropa onacuecT« np» eooxaore-itosro- bbx  
nospeueHMx j 224 naaaearoB nootynaBBax b ifacTBTjT h«b- poxoraa a  
HeBpoxHpyrTBH, amslthos 174 >3 xoropax ywisinsajr na MOSTOBOI  
«H\$apKT b 50 -N MjTpKnapeHXMaToaHHe xpoBoreneaB\*.  
7 205 □aQMOTHTOB (91,3%) <5hjih oOHapyieHW oabh aja óoxee  
\$ax- TopoB onacHOOTK. B BTore: 122 (54,4%) as arax nauaeaTOB irpeg  
CT8BJUXM apTepaaibay» ranepToaaB, 39 - (17,4%) caxapHH\* \*aa- óer,  
68 (30,3%) - ÓHXB jtypffamB, 41 (18,3%) - npejocraBJUUB  
ranepxo«oTepoj»BBB, 29 (12,9%) - j.o óoaesHB imexa tiucponpg  
xajmiae npacryna hbsmhh, 34 (15,4v) - npeAOOTaBjmx bbhh« npasaaxa  
BaeMHHeCKofl xapAaonaTaa. Hs «rofl cepnu naaaeaTOB nocrynBBBBX c  
cocyABOTO-aosroBHBB noBpeaAeaBHBB, 102 (48,6%) □p«A0CTaBJUXB  
Beero xaab ozbb iaKTop onacaocra, 58 (25,6%) - 2 \$aaropa onacHoet«  
a 38 (16,9%) - rpa a óoxbae faxTopa onac nocTB. 3tb acBxexoBaHHH  
BoxashBaBT SHaMeHue fasropos onacao- ctb axb STaoxoraa  
arepoaaTosa aosrosux aprepaaxbaax caciea. AprepaajbaaH raneproHaa  
HBxaeTca aaaóojwe nactMa \$axTopoa onachoota. Arepoaaros HBjweToa  
rxabHoB npanaaol cocy\*acTO—\* NosroBBx noBpexxaai.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Aplicación de los progresos de las neurociencias en la lucha contra los trastornos neurológicos. Serie de informes técnicos. 629, OMS, Ginebra, 1978.
2. Informe anual 1978. MINSAP.
3. Estrada, J. R.: Neuroepidemiología. Conferencia Programa Docente. Instituto de Neurología y Neurocirugía, 1978.
4. Stallones, R. A. et al.: Epidemiology for Stroke facilities planning. Stroke 3: 360, 1972.
5. Cepero, F.: Prevalencia de enfermedades cerebrovasculares en un área de salud urbana. Tesis de grado, 1980.
6. Kannel, W. B.; T. R. Dawber; P. H. Mc Namara: Vascular diseases of the brain. Epidemiologic aspects. The Framingham Study. Am J Public Health 55: 1355, 1965.
7. Ostfeld, A. H.; R. B. Srelkelle; H. Klawan; H. M. Tufo: Epidemiology of stroke in an elderly welfare population. Am J Public Health 64: 450, 1975.
8. Lifshie, A. M.: Atherosclerosis in smokers. Bull WHO 53: 631, 1976.
9. Cerebrovascular disorders: A clinical and research classification. WHO. Offset publication No. 43 World Health Organization. Geneva, 1978.
10. Walker, A. E.; M. Robins; F. D. Wientild: Clinical findings. The national survey of stroke. Stroke (Sup. 1) 12: 13, 1981.
11. Norris, J. W.; V. C. Hachinski: Intensive care management of stroke patients. Stroke 7: 573, 1976.
12. Hamilton, M.; E. N. Thompson; T. K. M. Wisniewski: The role of blood pressure control in preventing complications of hypertension. Lancet 1: 235, 1964.

13. United States Veterans Administration; co-operative study group on antihypertensive agents. Effects of treatment on morbidity in hypertension: results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 mm Hg. *J Am Med Assoc* 213: 1143, 1970.
14. *Marquardsen, J.*: The natural history of acute cerebrovascular disease. *Acta Neurol Scand* 45: 38, 1969.
15. *Marshall, J.*: A trial of long term hypotensive therapy in cerebrovascular disease. *Lancet* 1: 10, 1964.
16. *Pérez, O.*: Terapia intensiva en las urgencias cerebrovasculares. 1er. Simposio de Reanimación. Villa Clara, 1981.
17. *Kessler, I.*: Mortality experience of diabetic patients. A twenty six year follow-up study. *Am J Med* 51: 715, 1971.
18. *Marshall, J.*: The natural history of transient ischemic cerebrovascular attacks. *Quart J Med* 33: 309, 1964.
19. *Millikan, C. H.*; *R. G. Siekert*: Studies in cerebrovascular disease. Syndrome of intermittent insufficiency of basilar arterial system. *Mayo Clin Proc* 30: 61, 1955.
20. *Lyons, C.* Progress report of the joint study of extracranial arterial occlusion. In: *Millikan, C. H.*; *Siekert, R. G.* Whisnant, J. P. (Ed.); *Cerebral vascular disease: Fourth Conference*. New York, Grune and Stratton 221, 1965.
21. *Millikan, C. H.*: Reassessment of anticoagulant therapy in various types of occlusive cerebrovascular disease. *Stroke* 2: 201, 1971.

Recibido: 20 de diciembre de 1981.

Aprobado: 3 de abril de 1982.

Dr. *Oscar Pérez Pérez*  
Ayestarán 714, Apto. 1  
Cerro, Ciudad de La Habana.