

- el conocimiento del infarto del miocardio. Conferencia dictada en el Colegio Nacional. México, 1968.
2. Smith, H. L. y Bartels, E. C.: *Coronary thrombosis with myocardial infarction and hypertrophy in young persons*. Report of two cases with necropsy. J. A. M. A. 98: 1972, 1932.
 3. Glendy, R. E., Levine, S. A. y White, P. D.: *Coronary disease in young*. J. A. M. A., 109: 1775, 1937.
 4. French, A. J. y Dock, W.: *Fatal coronary arteriosclerosis in young soldiers*. J. A. M. A. 14: 1233, 1944.
 5. Rotberg, T. J., Gorodezky, M., Exaire, S. y Espino Vela, J.: *El infarto del miocardio en adultos jóvenes*. Arch. Inst. Nac. Cardiol. Méx. 34: 49, 1964.
 6. Sánchez Suárez, F., Medina, J., Guerra, S., Alvarez, R. y Castillo, M.: *Estudio del infarto del miocardio en pacientes jóvenes*. Rev. Méd. I.S.S.S.T.E. 2: 345, 1967.
 7. Chávez, I.: *La aterosclerosis en México vista en clínica y en necropsias*. Symposium Internacional de Aterosclerosis y Enfermedad Coronaria. México, Edit. Interamericana, 1961.
 8. Baiton, C. R. y Peterson, D. R.: *Deaths from coronary heart disease in persons fifty years of age and younger*. New England J. Med. 268: 569, 1963.
 9. Russek, H. I. y Zohman, B. I.: *Relative significance of hereditary diet and occupational stress in coronary heart disease of young adults*. Am. J. Med. Sci. 235: 266, 1958.
 10. White, P. D.: *The relation of heart diseases to injury, stress and occupation*. Symposium Internacional de Aterosclerosis y Enfermedad Coronaria. México, Edit. Interamericana, 1961.
 11. Gertler, M. M., Garn, S. M. y White, P. D.: *Young candidates for coronary heart diseases*. J. A. M. A. 147: 621, 1951.
 12. Master, A. M., Dack, S. y Jaffe, H. L.: *Age, sex and hypertension in myocardial infarction due to coronary occlusion*. Arch. of Int. Med., 64: 767, 1939.
 13. Pantridge, J. F. y Geddes, J. S.: *Cardiac arrest after myocardial infarction*. Lancet, 1: 807, 1966.
 14. Yater, W. M., Traum, A. H., Brown, W. G., Fitzgerald, R. P., Gersler, M. A. y Wilcox, B. B.: *Coronary artery disease in men eighteen to thirty nine years of age. Report of eight hundred sixty-six cases, four hundred fifty with necropsy examination*. Am. Heart J., 36: 334, 372, 481, 683, 1948.

COMENTARIO OFICIAL

DR. IGNACIO CHÁVEZ¹

EL DR. ANTONIO ESTANDÍA, en su trabajo de ingreso a esta Academia, allega una valiosa contribución al estudio de un problema que es muy de nuestros días, el del "infarto juvenil del miocardio".

Como resultado que es, habitualmente, de un proceso ateroscleroso de las coronarias, se

había considerado el infarto como propio de la vejez, cuando menos de la edad madura, o sea más allá de los 50 años. El tiempo fue mostrando que también se presentaba entre los 40 y los 50 y más tarde se le fue encontrando en personas jóvenes, entre los 20 y los 40 años. Esto justificaba la alarma; pero nos protegámos de ella pensando que eran casos excepcionales. Hoy sabemos que no lo son. De apenas 32 casos existentes en la

¹ Académico honorario. Instituto Nacional de Cardiología.

literatura mundial en 1932, como acaba de señalar el Dr. Estandía, Yater logró reunir 20 años más tarde, 866 casos.

El cambio, como se ve, ha tenido algo de espectacular, pero no del todo inesperado después del reporte elocuente de Enes y col. en 1953. Al practicar la autopsia de 300 soldados norteamericanos de edad promedio de 22 años, muertos en acción de guerra en Corea, encontraron una incidencia insospechada de 77% de aterosclerosis coronaria, 6.6% de ellos con grados avanzados y con estrechamiento importante de una rama coronaria.

Se plantea, por lo tanto, la urgencia de saber si la incidencia de infartos juveniles va en aumento, lo que equivale a decir si se está anticipando la época de instalación de la aterosclerosis o si es sólo el reflejo de un aumento en el número total de infartos, sin que por ello se modifiquen las proporciones que hay entre el joven y el hombre maduro.

En varias ocasiones yo había externado mi alarma ante el aumento visible de los casos juveniles que observamos en clínica, y eso por el temor de que fuese un desplazamiento en la frontera de la edad, una anticipación del proceso ateroscleroso. El trabajo del Dr. Estandía tiene, otros méritos, el de que resuelve la cuestión, cuando menos en nuestro medio: en su lote numeroso de enfermos se ve que la proporción no ha cambiado y que es el número total de infartos del miocardio el que va en aumento y con ellos, naturalmente, el de los casos juveniles.

Hay algo más que conviene subrayar en este trabajo y es que por primera vez tenemos la comprobación objetiva de lo que varios clínicos habíamos inferido y habíamos enseñado y es que la aterosclerosis en México está en ascenso, que estamos en la rama ascensional de la curva. De 28% del total de las cardiopatías que yo encontré en México en 1940, vi subir la variedad aterosclerosa a 40% en una nueva estadística hecha en 1958, en la cual está incluida, como en la primera, el lote importante de enfermos de mi consultorio privado. Sin embargo, ese aumento porcentual, pese a su importancia, no

resolvía totalmente la cuestión, porque bien podía ser resultado de la disminución en la incidencia de otras cardiopatías, particularmente la sífilítica y la reumática. Como acaba de verse en el trabajo del Dr. Estandía, en la población enferma del Instituto Nacional de Cardiología, a lo largo de 16 años se ha registrado un aumento que es exactamente del doble en la incidencia de la cardiopatía aterosclerosa. De 8.75% en 1952 se va subir la curva a 17.3 en 1967, aumento altamente significativo, de valor estadístico probatorio. Ténganse en cuenta que estas cifras corresponden a enfermos de bajo nivel económico, en quienes la frecuencia de la aterosclerosis es menor.

Esto sugiere un comentario en otro sentido. Hay países como Estados Unidos, Inglaterra y Suecia, donde el aumento real de la enfermedad esclerosa de las coronarias y con ella, la del infarto, se ha detenido; la curva de su incidencia ha entrado en la meta de la estabilización. Entre nosotros no es así. Como en todos los países que entran en la etapa del desarrollo y cambian por ello su vida, su alimentación y sus condiciones ambientales, México está pagando el precio de ese cambio con una mayor prevalencia de la aterosclerosis. Si antes pudo decirse que "civilización es igual que sífilización", hoy puede afirmarse que en todo pueblo en desarrollo, avance en la civilización quiere decir aumento en la aterosclerosis.

Si ésto es así, se antoja pensar que estamos en un buen momento para sugerir y para practicar las medidas preventivas que disminuyan la importancia de ese azote. En todos los estudios sobre el tema y haciendo a un lado las discrepancias que van de un autor a otro, hay un cierto número de concordancias universales. Igual que en el trabajo del Dr. Estandía, en el de Gertler y White, en el de Robb y col., en el de Yater y en otros más, hay cuatro factores fundamentales que producen o facilitan el proceso degenerativo de las arterias. Uno de ellos, imposible de evitarse, es el de la herencia; pero los otros tres sí están a nuestro alcance

y son la obesidad, estimada sencillamente como sobrepeso más allá del 10% de lo fisiológico; la alta colesterolemia y la diabetes evolutiva u oculta. Todos los autores encuentran incidencia semejante de 50 a 66% de enfermos con sobrepeso en el lote de los infartos juveniles; de altas cifras de colesterol sanguíneo en los dos tercios del grupo y de presencia de diabetes clínica o potencial, descubierta con la curva de tolerancia a los hidratos de carbono, en 40 a 50% de sus casos.

Las cifras del Dr. Estandía en nuestro medio son en algunos parámetros ligeramente menores; pero eso no se aparta de la noción fundamental, en la que hay concordancia universal. Se ve, por lo tanto, que una sana dietética que frene el auge de esos tres factores debe traducirse en la disminución o en el retardo del proceso ateroscleroso y de sus consecuencias.

Otros parámetros más han sido explorados; pero no hay sobre ellos la misma concordancia de opiniones; me refiero al efecto de la sobrecarga emocional, de la fatiga física exhaustiva, de la sedentaridad de la vida y de los efectos de algunas sustancias

tóxicas. Nos bastaría, de momento, con fijar la atención en los tres que hemos señalado como seguros y que son susceptibles de prevención, sobre todo cuando el sujeto arrastra la herencia de una enfermedad aterosclerosa de los padres.

Me congratulo de haber tenido la ocasión de comentar, aunque sea en la forma somera en que lo he hecho por la limitación del tiempo, el hermoso trabajo, tan laborioso como lleno de informaciones positivas, del Dr. Antonio Estandía. Forma él parte de una generación joven y briosa que se ha consagrado con pasión a la cardiología, no sólo en sus aspectos clínicos, sino apoyada en las ciencias fundamentales. Sus contribuciones están ampliando el horizonte de nuestros conocimientos, porque no son de los que sólo repiten la experiencia ajena, sino que realizan una labor creadora. Eso es lo que explica el prestigio de la cardiología mexicana. Me siento feliz, por mi parte, de dar al Dr. Estandía, miembro destacado de ese grupo, la bienvenida a nuestra Corporación y estoy seguro de interpretar el sentimiento general si se la ofrezco a nombre de todos los miembros de esta Academia.