

INFARTO DE MIOCARDIO JUVENIL

Dr. FEDERICO MILMAN

Debemos definir como infarto juvenil aquel que se produce en personas de cuarenta años o menos de dicha edad.

En el presente trabajo analizaremos el estudio de diez casos que corresponden a pacientes del Instituto General San Martín.

Consideramos de interés la valoración de ciertos parámetros que enunciaremos más adelante y que nos pueden servir de comparación con respecto a enfermos con el mismo padecimiento pero cuya frecuencia es mucho mayor en la quinta y sexta década de la vida.

Estos elementos nos han servido para comparar los resultados obtenidos con la de otros autores. Ellos son: antecedentes hereditarios (arterioesclerosis y diabetes), hábito constitucional (obesidad), tabaquismo, diabetes, antecedentes previos de angina de pecho, lesiones valvulares antes del infarto de miocardio, localización de la necrosis, pruebas complementarias de laboratorios: transaminasas, colesterolemia, eritrosedimentación, leucocitosis y otros elementos clí-

nicos como la existencia de shock y la fiebre como elemento evolutivo.

Según Roth y colaboradores, cien militares que sobrevivieron a un infarto de miocardio transmural a la edad de cuarenta años o inferior de dicha edad fueron comparados con un grupo control de militares de edades similares. Hallaron una diferencia estadística significativa en el grupo con infarto en la elevación del colesterol sérico, de los lípidos totales, obesidad y una historia familiar de arteriopatía coronaria. Otros valores fueron hipertensión, corta estatura, hábito de fumar cigarrillos, tensión emocional e historia familiar de hipertensión. No hallaron relación con la diabetes, consumo de café, alcohol y grado de actividad física.

Himbert y colaboradores hallaron 19 casos (18 correspondientes al sexo masculino y uno al femenino de infarto de miocardio juvenil, de 658 observaciones correspondientes a pacientes de menos de cuarenta años a más de setenta.

Los autores señalan las siguientes conclusiones:

La hipertensión arterial se registró en un 16 % de los enfermos.

La diabetes correspondió a un 5 %.

La duración del dolor fue de más de 24 horas en el 37 % de los enfermos estudiados.

El hallazgo de náuseas y vómitos en un 90 % de los enfermos.

Los datos de laboratorio como eritrosedimentación y leucocitosis dieron cifras elevadas en un 50 % y en un 80 % respectivamente.

Con respecto al pronóstico ellos no han tenido ningún caso de fallecimiento en enfermos de menos de 40 años y la mortalidad presentó un aumento progresivo e importante en función de la edad, siendo las complicaciones más frecuentes la insuficiencia cardíaca aguda y la ruptura del corazón.

Entre los factores ligados a la edad que pueden modificar la evolución de un infarto de miocardio, convendría discriminar la importancia de la hipertensión arterial, diabetes y las complicaciones infecciosas cuya incidencia aumenta progresivamente de decenio en decenio en las poblaciones de enfermos afectados de infarto de miocardio.

A continuación exponemos nuestra experiencia sobre 10 casos de infartos juveniles habiendo estudiado las características clínicas y de laboratorio y haciendo un comentario sobre la sobriedad alejada ya que los enfermos presentados después de acaecido el infarto hasta la actualidad viven todos.

CONCLUSIONES

Se presentan diez casos de infarto de miocardio juvenil correspondiente todos ellos al sexo masculino.

La edad de los mismos osciló entre los treinta años (un caso) siendo los

de mayor frecuencia tres casos de treinta y siete e igual número de treinta y nueve años.

La profesión correspondió a la de desarrollo de una actividad física importante en siete casos y de tareas sedentarias en tres.

Entre los *antecedentes hereditarios* ocho de ellos presentaron en alguno de los progenitores antecedentes de cardiopatía o arterioesclerosis (80%).

Con referencia al tabaquismo fumaron cigarrillos ocho pacientes (80%), en cantidades de 10 (un enfermo) 30 (tres enfermos) 40 (dos enfermos) y 60 (un enfermo).

Obesidad se constató en tres pacientes (80%) seis con peso normal y uno longilíneo.

Prodromos previos al infarto: cinco (50 % con angor pectoris que se presentaron en un lapso comprendido de dos días hasta tres años previo al infarto (caso 9).

El enfermo correspondiente al caso n^o 1 de 38 años de edad consultó por un tercer infarto, habiendo presentado los dos anteriores a los treinta y treinta y dos años.

El dolor fue de localización retroesternal en los diez casos, con la irradiación clásica en siete enfermos (70%), dos en epigastrio y el restante en el dorso.

El shock fue hallado en seis casos (60%).

Vómitos y náuseas en un solo caso (10%).

Existió hipertensión previa en dos enfermos (20%).

La mitad de los pacientes presentaron diabetes (50%).

Nueve de los diez enfermos dentro de las 48 horas del infarto tuvieron tem-

CASO	Nº 1	Nº 2	Nº 3	Nº 4	Nº 5	Nº 6	Nº 7	Nº 8	Nº 9	Nº 10
<i>Edad</i>	38 a.	40 a.	39 a.	40 a.	37 a.	39 a.	37 a.	37 a.	38 a.	30 a.
<i>Sexo</i>	Masc.	Masc.	Masc.	Masc.	Masc.	Masc.	Masc.	Masc.	Masc.	Masc.
<i>Profesión</i>	emp. de comercio	jornalero	empleado administ.	herrero	jornalero	jornalero	chofer	empleado administ.	obrero O. Sanit.	empleado administ.
<i>Ant. heren.</i>	No	padre † cardíaco	padre † cardíaco	padre † hemiplejía	padre cardíaco	madre cardíaca	madre hipertensa	padre † síncope	madre † cardíaca	No
<i>Tabaquismo</i>	60 cig.	No	40 cig.	No	30 cig.	30 cig.	60 cig.	10 cig.	10 cig.	30 cig.
<i>Peso</i>	93 kgs.	82 kgs.	75 kgs.	92 kgs.	68 kgs.	70 kgs.	69 kgs.	70 kgs.	62 kgs.	80 kgs.
<i>Estatutura</i>	1,78	1,68	1,74	1,75	1,65	1,70	1,68	1,71	1,68	1,78
<i>Angor previo</i>	No tercer infarto	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	No
<i>Dolor</i>	Retro esternal	Retro esternal	Retro esternal	Retro esternal	Retro esternal	Retro esternal	Retro esternal	Retro esternal	Retro esternal	Retro esternal
<i>Shock</i>	No	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí
<i>Localización</i>	Antero lateral	Antero septal	Antero septal	Postero inferior	Infero lateral	Antero lateral	Antero septal	Antero septal	Posterior	Inferior
<i>Vómitos</i>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Sí
<i>Hipertensión</i>	—	—	180/100	170/110	—	—	—	—	—	—
<i>T. 6.0.</i>	90 U.	140 U.	110 U.	110 U.	90 U.	90 U.	130 U.	250 U.	110 U.	120 U.
<i>Colesterol</i>	3,40	2,90	3,40	3,10	2,80	1,90	1,80	3,25	3,70	3,20
<i>Eritro 1º h.</i>	37 mm.	60 mm.	80 mm.	70 mm.	30 mm.	45 mm.	90 mm.	83 mm.	83 mm.	60 mm.
<i>Leucocitosis</i>	7.800	7.300	7.500	7.000	8.000	7.400	9.700	9.700	8.000	9.000
<i>Glucemia</i>	Normal	Normal	Normal	1,35	Normal	1,65	1,60	1,60	Normal	1,90
<i>Fiebre</i>	37,8	37,8	37,4	37,7	38	38	38	37,8	No	37,7

peratura que no sobrepasó los 38° (axilar) (90 %).

La *transaminasa glutámico exalacética* presentó valores por sobre lo normal en el 100 % de los enfermos, cifras mayores de 100 unidades; dos con cifras de 90 y 95, y un caso que sobrepasó las 200 unidades.

La hipercolesterolemia se halló en 8 pacientes (80 %). Se encontró cifras aumentadas en todos los casos (100 %) con respecto a los valores de la eritrosedimentación y del número de los leucocitos.

La *localización* de los infartos correspondieron: seis anteroseptales, dos posteriores y dos inferiores.

Cabe señalar de todo lo enumerado lo siguiente: la frecuencia del sexo masculino, los antecedentes hereditarios en el 80 %, el tabaquismo 80 % de nuestros enfermos, los valores de la transaminasa: 100 % de aumento del valor normal, la eritrosedimentación y la leucocitosis. Todos estos elementos han sido descritos por diversos autores en coincidencia con nuestros hallazgos.

Hemos tenido una diferencia importante en cuanto a porcentajes (en nuestros casos en más) con respecto a la de otros autores con referencia a la diabetes, colesterolamia y el estado de shock.

Hemos hallado una cifra baja (con respecto a otras estadísticas) en lo que respecta a los vómitos y a la hipertensión previa.

Para concluir considero importante hacer una referencia al pronóstico alejado de nuestros enfermos y compararlos con los de más edad, de acuerdo a lo que señala la bibliografía.

Así consideraremos que la mortalidad aumenta en forma progresiva según la edad en la que el enfermo ha sufrido el infarto, oponiéndose a un 0 % en

los pacientes con edades inferiores a los 40 años, un 60 % de aquellos que sobrepasan los 80.

La esperanza media de vida es, por el contrario, mucho menor en los individuos jóvenes y proporcionalmente mucho más alta en los de más edad.

El máximo de fallecimientos ocurre en los individuos de mayor edad durante los primeros 6 años, con un máximo entre el primero y segundo año.

Las causas fundamentales de muerte han sido miocardiopatía post infarto y el infarto a repetición.

La localización inicial del infarto no tiene valor pronóstico.

Los factores determinantes de la cronicidad del post infarto son sensiblemente los mismos que provocan mayor mortalidad y ellos pueden resumirse en los siguientes: mayor edad del enfermo, la miocardiopatía post infártica, el infarto a repetición, la hipertensión grave, la obesidad acentuada, la diabetes y acentuando también como factores de cierta trascendencia el abuso del tabaco y el sedentarismo excesivo.

Para finalizar podemos afirmar que no existen elementos de certeza para valorar el pronóstico remoto de aquellos enfermos que han pasado la fase aguda de la necrosis del miocardio. Evidentemente la mayor juventud del paciente y la ausencia de fenómenos cardiovasculares nos permiten esperar un curso alentador pero no podemos asegurar en forma categórica que no puede sobrevenir un nuevo infarto y la muerte súbita del enfermo.

A la inversa los pacientes de mayor edad y la aparición de fenómenos de déficit miocárdico y coronario son de pronóstico severo que reduce en forma notoria el ciclo vital del paciente.