

CARDIOANGIOPATIAS EN LA INDUSTRIA TEXTIL ALGODONERA

Dres. J. SAUQUE, J. GONZALEZ MESTRE y M. GONZALEZ-RIBAS

SE estudia la incidencia de diversas cardioangiopatias en una empresa de hilaturas de algodón, Cía. Anma. de Hilaturas de Fabra y Coats, con una media de 4.500 trabajadores, de los cuales el 60 % pertenecen al sexo femenino.

Hemos agrupado las diversas enfermedades en los apartados señalados en la tabla adjunta.

| | Hombres | Mujeres | Total |
|-------------------------------------|---------|---------|-------|
| 1) Vasculopatías | 10 | 8 | 18 |
| 2) Valvulopatías | 17 | 35 | 52 |
| 3) Cardiopatías infec. | 1 | 5 | 6 |
| 4) Coronariopatías | 27 | 6 | 33 |
| 5) Hipertensión | 30 | 75 | 105 |
| 6) Cor pulmonale crónico | 22 | 7 | 29 |
| 7) Trastornos funcionales | 25 | 102 | 127 |
| | 132 | 238 | 370 |

De las cifras en ella expuestas se desprende un evidente predominio masculino en las cardioangiopatías del tipo de las vasculopatías, coronariopatías y cor pulmonale crónico y un predominio femenino en las valvulopatías, cardiopatías infecciosas, hipertensión y trastornos funcionales.

En el apartado referente a *vasculopatías* hemos comprendido las tromboflebitis, flebotrombosis, varices, claudicación de extremidades, arteritis, etc.; en el de *vasculopatías* hemos incluido, además, las

diversas malformaciones congénitas (dos casos de defectos del tabique interauricular); en el de *cardiopatías infecciosas* hemos registrado diversos casos de endocarditis (todas reumáticas, salvo una de etiología bacteriana); el capítulo de *coronariopatías* incluye todos los casos de infarto de miocardio, síndrome coronario intermedio, insuficiencia coronaria y afectaciones subendocárdicas; referente a los casos de *cor pulmonale* crónico hemos hecho hincapié en el estudio especial de los casos secundarios a las bronconeumopatías por algodón o Bissinosis; la *hipertensión* arterial ha sido estudiada en sus diversas formas etiológicas; el de *trastornos funcionales* comprende las neurosis cardíacas, astenias neuroculatorias, extrasistolias y un caso registrado de Wolff-Parkinson-White (que desencadenaba crisis de taquicardia paroxística supraventricular).

Ha sido practicada la *exploración electrocardiográfica* en 234 casos (106 hombres y 128 mujeres), de los cuales 97 fueron patológicos y 137 no demostrativos de alteración cardíaca alguna; destacan dentro de los patológicos síndromes eléctricos correspondientes

a infartos de miocardio, isquemia-lesión subendocárdica, síndrome coronario intermedio, cor pulmonale crónico, bloqueos completos e incompletos de ambas ramas, falso bloqueo de rama y diversos casos de arritmia completa por fibrilación auricular.

Hemos hecho un estudio estadístico de los casos de *infarto de miocardio* comprobados electrocardiográficamente, siendo en número de 13, de los cuales uno pertenece al sexo femenino; contrariamente a lo señalado generalmente, en nuestra estadística encontramos sólo un ligero predominio de los infartos de pared anterior (58 %) sobre los de pared posterior (42 %), frente al porcentaje de 72 % y 28 % respectivamente de otras estadísticas. De los 13 casos hemos de señalar que 2 fallecieron (15 %), 3 (o sea el 23 %) están afectos de angor severo o insuficiencia cardíaca que les incapacita para el trabajo; el resto de ellos, o sea 8 (61 %) trabajan normalmente en faenas adecuadas, si bien la mayoría de ellos lo hacen en el mismo puesto de trabajo habitual de antes del accidente cardiovascular.

Hemos hecho un estudio del *corazón pulmonar crónico* como fase final del proceso evolutivo de la *bissinosis*; esta *coniosis* se caracteriza por un síndrome inicial irritativo rinofaríngeo y traqueo-bronquial espástico y tóxico general, seguido de una bronquitis, que evoluciona a la cronicidad con afec-

tación general más o menos intensa, con síndrome asmaoide, a veces verdadero asma bronquial, que aboca al enfisema y finalmente al «cor pulmonale crónico».

Aún no se ha puesto en claro cuál es el principal factor responsable de la frecuencia y el curso del C. P. C. en las *neumoconiosis*, y se citan el enfisema, la fibrosis intersticial y la hipertensión pulmonar obliterativa, o bien una combinación en grado variable de los tres factores. En la *bissinosis* nosotros creemos que los factores principales son la bronquitis crónica y el enfisema.

En nuestra empresa, de 24 casos registrados de *bissinosis*, 6 de ellos (25 %) presentaron manifestaciones de C. P. C.; dicho porcentaje demuestra el carácter progresivo del proceso a pesar de las atenciones laborales tenidas con los afectados; ello obliga a insistir en la necesidad del apartamiento precoz del ambiente pulvígeno y proceder en la fase inicial del C. P., con los signos precoces de disnea y cianosis (generalmente al esfuerzo), así como una taquicardia permanente superior a 100 pulsaciones por minuto, a una exploración completa con pruebas funcionales respiratorias con test farmacodinámico, electrocardiograma y radiología cardíaca para poder extender el informe médico-legal, no debiendo esperar nunca la aparición de los signos de C. P. C. confirmado, como son los trastornos E. C. G. y una insuficiencia cardíaca derecha.

Figura 1

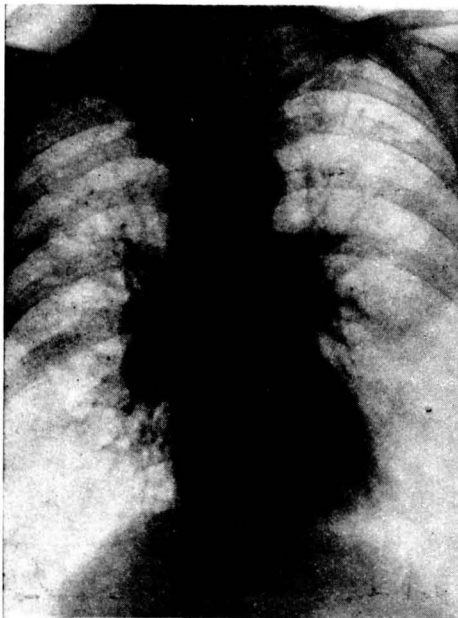
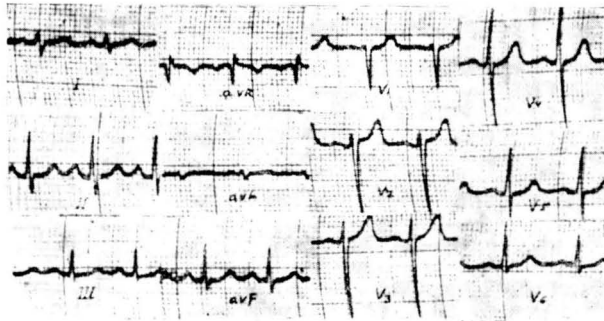


Figura 2



Figura 3

Las características principales para el diagnóstico electrocardiográfico de C. P. C. que hemos encontrado en nuestros casos son las siguientes:

1. Desviaciones axiales, apreciándose una desviación a la derecha del eje eléctrico, una marcada rotación horaria y un patrón de punta hacia atrás.

2. Con relativa frecuencia en-

contramos taquicardia sinusal, superior a 100/m.

3. Ondas P pulmonalis, altas y apuntadas en las derivaciones II-III y aVf, pudiendo ser negativas en aVI y también negativas o difásicas en precordiales derechas. Dichas ondas P suelen ser muy precoces, pudiendo aparecer incluso años antes de la aparición de la insuficiencia cardíaca.

4. Hipertrofia ventricular derecha, con o sin sobrecarga.

5. Trastornos de conducción, siendo los más frecuentes los «bloques completos o incompletos de rama derecha».

6. Más tardíamente pueden aparecer trastornos de la repolarización, en precordiales derechas, dependientes de la anoxia miocárdica. Exponemo un caso como ejemplo (fig. 1).

En cuanto a la exploración radiológica cardíaca, lo frecuente es que encontremos los signos de dila-

tación de las ramas de la arteria pulmonar y prominencia del arco de la misma en el borde izquierdo de la silueta cardiovascular; más raramente se puede comprobar el agrandamiento ventricular o auricular derecho.

Las imágenes radiográficas que exponemos, correspondientes a un caso de cor pulmonale crónico por bissinosis de nuestra estadística, son lo suficientemente ilustrativas en cuanto se refiere a las características antes señaladas. (figuras 2 y 3).