

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XVIII

Bogotá, enero de 1950

Número 7

Director, Prof.

ARTURO APARICIO JARAMILLO, Decano de la Facultad

Secretario de la Dirección, Doctor Rafael Carrizosa Argaez

Comité de Redacción:

Prof. Alfonso Esguerra Gómez. Prof. Manuel José Luque.

Prof. Agr. Gustavo Guerrero I.

Secretario de la Redacción, Dr. Gustavo Angel Villegas

Administrador, Alvaro Roza Sanmiguel

Dirección: Calle 10 N° 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional N° 400

Talleres editoriales de la Universidad Nacional

ANEURISMA DE LA ARTERIA PULMONAR

Por el doctor Gabriel Jaime Villa

La patología de la arteria pulmonar ha sido siempre de difícil estudio y casi se puede decir que era desconocida hasta hace muy poco tiempo, o solamente conocida a través de la mesa de autopsias. Con los progresos de la clínica y, sobre todo, asesorada ésta con otros medios de diagnóstico tales como la radiografía, la fluoroscopia, la kimografía y muy especialmente la angiocardiógrafía, se ha logrado últimamente completar cuadros clínicos que han llevado a los investigadores a afortunadas conclusiones diagnósticas, confirmadas a satisfacción por el anatomopatólogo.

Uno de estos aspectos de la patología es el aneurisma de la arteria pulmonar, entidad tan escasamente hallada en la literatura médica universal y tan desconocida por no decir ignorada entre nosotros.

No trato de inculpar a nuestro cuerpo médico, de por sí inteligente, estudioso y consagrado, sino más bien a nuestros centros de investigación tan pobremente dotados y a nuestro ambiente científico en tan mediocre forma estimulado por el gobierno. Consecuen-

cia lógica de todo esto es que el ritmo de la ciencia en nuestro país marche a la zaga dentro del panorama científico universal.

Es pues, el aneurisma de la arteria pulmonar, una entidad de no fácil diagnóstico, ya que sus cuadros clínicos, como su estudio radiológico, están muy lejos de presentar algo de patognomónico.

Parece que el más antiguo trabajo sobre este tema se debe a Bauman, quien publicó un estudio en el año de 1858, en el que habla de varios casos diagnosticados solamente a la autopsia; eran estos, dos de Crisp, uno de Laennec, uno de Harlan, uno de Fletcher y otro de Skoda. Posteriormente las observaciones han sido poco mayores sin llegar a ser numerosas. Merecen citarse las publicaciones de Hanschen en Estocolmo en 1906, las de Poselet en 1909 y algunos otros casos descritos por Battro, Di Cío, Laubry, Letulle, etc.

Ultimamente, los norteamericanos Deterling y Clagett de Rochester de Minn. han hecho una recopilación minuciosa de todos los casos descritos por la literatura médica; y, estudiando 109.571 autopsias de individuos muertos por cualquier razón, desde 1848 hasta 1946, apenas han logrado reunir 8 casos. Los mismos autores, haciendo otro análisis de 4.126 casos de aneurismas torácicos demostrados a la autopsia desde 1785 hasta 1946, solamente hallaron 6 que correspondían al tronco de la arteria pulmonar o de sus ramas.

ETIOLOGIA: Ha sido muy discutida y se le han atribuido muchas causas a esta clase de lesiones. Con mucha frecuencia no se trata de una entidad aislada de la arteria pulmonar, sino que se presenta en concomitancia con otros trastornos congénitos de los cuales puede ser muchas veces una complicación. Según Laubry y Parvu, se ve coincidir el aneurisma de la pulmonar, muy frecuentemente, con la persistencia del agujero de Botal. Blechman y Paulin publicaron un caso en que estaba asociado a la comunicación interventricular. También se ha atribuido a la persistencia del conducto arterioso y a aquellas entidades que producen hipertensión en el paqueño circuito, constituyendo un factor importante de degeneración vascular, tales como la estenosis mitral, los procesos bronquiales crónicos, como el enfisema, las bronquitis crónicas, la esclerosis pulmonar, etc. La repetida asociación de todas estas afecciones cardíacas con el aneurisma de la pulmonar tendría su explicación en el mayor esfuerzo exigido a la misma, especialmente si habiendo una lesión, con frecuencia luética, fácilmente se produce un debilitamiento de la pared con su dilatación gradual.

Desde el punto de vista anatomopatológico es muy importante

sentar un criterio de clasificación y tratar de definir lo que puede llamarse aneurisma de la arteria pulmonar. Al efecto, Body y Mc. Gavack dicen que solamente se deben aceptar como casos auténticos aquellos en los cuales se encuentra a la necropsia una dilatación más o menos circunscrita y permanente de la arteria pulmonar y en cuyas paredes sea posible demostrar alguna degeneración orgánica.

SIFILIS: Ha sido muy discutida como factor etiológico, y por consiguiente, motivo de grandes controversias. Body y Mc Gavack estudiando algunas estadísticas, encontraron que el 31.7 por ciento tenían esta etiología. Deterling y Claget lograron el 39 por 100. En cambio Warthin, dice en un trabajo publicado en 1917 que el 100 por 100 de los trabajos revisados por él tenían esta etiología.

DEFECTOS CONGENITOS: Como dijimos antes, el aneurisma de la pulmonar se encuentra con mucha frecuencia asociado a éstos. Deterling y Claget encontraron que el 47 por 100 de los casos estudiados por ellos tenían esta asociación. Mc Gaveck y Body hallaron el aneurisma acompañado de los mismos en el 66 por 100 de sus observaciones, pero solamente un 43.2 por 100 de estas lesiones se podían considerar como verdadera causa del aneurisma. La anomalía más común encontrada a la autopsia, fue la comunicación interventricular. Además se encontraron otras anomalías como la hipoplasia de la aorta, válvula pulmonar bicúspide y doble brazo de la arteria subclavia.

DEGENERACION MICOTICA: También se ha considerado como etiología la degeneración micótica de las paredes de la arteria pulmonar. Fué comprobada esta degeneración en cuatro casos.

ATEROMA: En once autopsias fueron halladas placas ateromatosas tanto del tronco como de las ramas de la arteria pulmonar y fueron reportadas como causa latente de futuros aneurismas. Varios de estos casos presentaban, además, persistencia del conducto arteriovenoso.

TRAUMATISMOS: Parece que los traumatismos pueden jugar un papel importante en la producción de esta clase de lesiones. No obstante, Body y Mc Gavack dicen que es difícil juzgar este factor como única causa, ya que en las autopsias practicadas por ellos encontraron asociados otros elementos, tales como la degeneración

ateromatosa y la arterioesclerosis, así como la persistencia del conducto arteriovenoso en uno de los casos.

EDAD Y SEXO: El aneurisma de la pulmonar es mucho más frecuente que el aórtico en los jóvenes, debido posiblemente a la participación que puede tener en su producción la presencia de trastornos congénitos. El 18 por 100 de los aneurismas aórticos se observan en individuos menores de 30 años; en cambio, más del 40 por 100 de los aneurismas de la pulmonar se observan por debajo de dicha edad, según Hirscherfelder, citado por González Sabathie. En la estadística de Hanschen, la tercera parte de los casos tenían menos de 26 años.

La incidencia del sexo también varía. Según Deterling y Claget, de 34 casos recogidos en la literatura, diagnosticados clínicamente y en los cuales se hacía la anotación del sexo, encontraron 18 hombres por 16 mujeres, dato que está casi de acuerdo con el de Body y McGavack quienes anotan la relación de uno por uno. En el caso de la aorta torácica, los aneurismas se han observado en la raza blanca en una proporción de 4 hombres por una mujer, en tanto que en la raza negra esta proporción aumenta hasta el ocho por uno. Es de aceptación común que los negros padecen más el aneurisma aórtico, debido probablemente a la mayor frecuencia de sífilis en individuos de su raza. En cambio, tratándose de aneurismas de la pulmonar, la proporción entre hombres y mujeres, como ya lo anotamos, es de uno por uno. La sífilis es la causa de los aneurismas aórticos en un 95 por 100; en cambio, en los de la pulmonar se comprobó su existencia en una tercera parte (Deterling y Claget). Estas diferencias tan significativas sugieren un mecanismo de producción distinto entre ambas lesiones.

Como el aneurisma de la aorta torácica puede ser muy fácilmente confundido con el de la arteria pulmonar, por causa de la similitud general de posición y por la presencia frecuente de calcificaciones y pulsación frecuentemente asociadas en ambas circunstancias, es necesario señalar algunas diferencias significativas entre ellos. Se ha sacado en conclusión, apoyados en el examen de 160.000 necropsias, que la frecuencia del aneurisma de la aorta torácica va desde 1:200 en Alemania, hasta 1:40 en algunas regiones de los Estados Unidos. En la Clínica Mayo la relación es de 1:140 (en cada 140 autopsias se encuentra un caso de aneurisma aórtico) por 1:17.545 de aneurismas de la pulmonar. Groedel estima que se encuentra un aneurisma de la pulmonar cada 250 de la aorta.

Todos los trabajos transcriben las estadísticas de Crisp y Nicolaiew, los cuales están más o menos de acuerdo en sus cifras y cuya proporción es de 2 aneurismas de la pulmonar por 557 aneurismas arteriales o 227 casos de aneurismas torácicos (Thomas).

LOCALIZACION Y TIPO DE LESION: Puede localizarse tanto en el tronco principal como en cualquiera de sus ramas; pero parece que se localiza mucho más frecuentemente en el tronco principal. Según Costa, en el 85 por 100; según Body y Mc Cavack en el 80 por 100. En 36 casos de la literatura, recopilados por Deterling y Claget, se encontró que estaba afectado el tronco principal, con o sin envolver algunas de sus ramas, en el 89 por 100. Solamente en el 8 por 100 tenían, como única localización, la rama derecha, y en el 3 por 100 la rama izquierda. El tipo de aneurisma fue determinado en 36 casos así: fusiforme en 24 y sacular en 12.

SEMIOLOGIA: La disnea parece que es el signo más frecuente y precoz. Se trata de una disnea de esfuerzo posible de observar mucho antes de que sean aparentes los signos de descompensación cardíaca; pero la disnea marcada y la cianosis, no son signos propios del aneurisma; indican más bien un proceso broncovascular o cardíaco, bien sea por lesiones congénitas concomitantes o por insuficiencia del músculo cardíaco.

La cianosis, aunque es un síntoma hallado con bastante frecuencia, es de aparición tardía, y se presenta especialmente, como ya dijimos, cuando hay insuficiencia cardíaca congestiva. Los casos con cianosis precoz han sido debidos a la asociación de un trastorno congénito, el cual, de por sí, es ya causa de la cianosis. El aneurisma de la arteria pulmonar muy rarísima vez se acompaña de dedos hipocráticos en las manos o en los pies y su presencia es debida casi siempre a la existencia de una fistula arteriovenosa. El edema y la ascitis, encontrados frecuentemente, son debidos más que todo a insuficiencias cardíacas congestivas. Nunca se ha descrito la disfonía o ronquera como síntoma en contraste con lo que sucede en el aneurisma de la aorta descendente, o del cayado.

Algunos autores describen un dolor precordial de carácter variable, localizado en la región subclavicular izquierda o en el segundo o tercer espacio intercostal del mismo lado, cerca del esternón; dolor que puede ser de mediana intensidad, continuo o subcontinuo, y que no se exagera con los movimientos ni con el esfuerzo. En otros casos, según Vásquez, toma la forma de dolor anginoso, intenso, paroxísti-

co, provocado por el esfuerzo, con irradiaciones bronquiales características y acompañado de sensación constrictiva, más o menos fuerte. El dolor, puede, pues, tomar distintos caracteres y producirse en casos diversos sin que para ello se necesite que el enfermo presente signos de insuficiencia cardíaca. Para los aneurismas, es probable que sea el proceso periarterial el responsable de su producción.

Entre las características físicas más importantes está el soplo sistólico que tiene su mayor intensidad en el foco de la pulmonar; es decir, en el segundo espacio intercostal izquierdo, sobre el borde esternal. Generalmente se acompaña de un soplo suave, diastólico que se explica por una insuficiencia funcional de la válvula pulmonar.

Algunos autores como González Sabathié y Foster dicen que a la inspección se puede observar un abombamiento en la región precordial, con latido visible en los espacios intercostales correspondientes; sin embargo, otros como Schrotter, D'Espine, etc, sostienen que la observación del latido visible a nivel del segundo o tercer espacio intercostal izquierdo, sería excepcional en el aneurisma de la pulmonar y frecuente en los intrapericárdicos de la aorta, de evolución izquierda.

El abombamiento, pues, parece que es excepcional, y cuando existe, es poco marcado y localizado a la zona mencionada anteriormente. Una de las causas de que dicho abombamiento no llegue a ser muy pronunciado, aparte de las condiciones anatómicas en las que sus relaciones con el pericardio constituyen un factor importante, es el hecho de que el aneurisma pocas veces llega a tener un gran desarrollo, ya que antes lleva a la muerte por alguna de sus complicaciones, una de ellas la ruptura, como veremos más adelante.

A la palpación se aprecia en el borde esternal izquierdo, sobre el segundo y tercer espacios intercostales, el latido mencionado a la inspección. Este choque palpable no alcanza nunca los caracteres de una sobreelevación en masa y es distinto y separado del choque de la punta. Se acompaña de thrill sistólico, sincrónico, con el latido aneurismal, que es la expresión táctil del soplo que ya mencionamos.

Al tratar de la percusión, no entraremos en detalles sobre modificación general del área precordial. Es importante mencionar si, los cambios que trae el aneurisma por sí mismo, que serán generales cuando han repercutido sobre el corazón, produciendo un aumento del área cardíaca a expensas del ventrículo derecho; o parciales, cuando el aneurisma proyecta una matidez hacia arriba y hacia la izquierda del corazón, que puede ser más o menos extendida según el desarrollo del saco y que tiene como carácter importante, que nunca llega a

entrar en contacto, como para los aneurismas intrapericárdicos de la aorta, con la clavícula izquierda, existiendo siempre, según Martini y Joselevich, un espacio más o menos ancho, de sonoridad manifiesta, entre dicha clavícula y el borde superior de la matidez.

A la auscultación del foco de la pulmonar, las modificaciones del segundo ruido cardíaco son muy interesantes: puede estar solamente aumentado de intensidad, es decir reforzado, en cuyo caso traduce una hipertensión de la pequeña circulación; en otros casos toma un carácter clangoroso, timbrado; modificaciones éstas que, como dice Ramond, traducen la esclerosis de las sigmoideas y de la pared arterial, pero que nunca alcanzan la intensidad del clangor aórtico, debido a las diferencias tensionales de la pequeña y de la gran circulación. Dada la situación de la ectasia próxima a las válvulas sigmoideas (cuando es del tronco de origen) sería lógico admitir la insuficiencia de las mismas, como dato frecuente; sin embargo, según Arri Illaga, este fenómeno es tardío en el proceso evolutivo de la afección.

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO: La exploración radiológica constituye uno de los elementos más importantes para el diagnóstico. En la imagen radiológica normal, sabemos, sobre todo después de los importantes trabajos de Chaperon y otros, que el arco medio del borde izquierdo de la sombra cardiovascular en posición frontal, está formado en su totalidad o en gran parte (ya que algunos autores admiten que la aurícula contribuye siempre a formar su parte inferior) por la arteria pulmonar; mejor dicho, por la rama izquierda en la porción del arco inmediatamente infraaórtico y después por el tronco de la arteria.

En las posiciones oblicuas, en especial OAD, el borde anterior sobresale ligeramente en el espacio retroesternal, en el origen de la aorta, y será posible distinguir la porción terminal de la rama derecha de la arteria, que ocupa oblicuamente el espacio retrocardíaco.

En OAI se apreciarán las dimensiones de la arteria pulmonar según el desarrollo de su sombra en el espacio prevertebral. Normalmente la rama derecha no se ve en el espacio claro retrocardíaco en OAD; la rama izquierda se aprecia sólo en OAI, como una vaga zona esfumada.

La mayor parte de los signos clínicos mencionados anteriormente corresponden al aneurisma del tronco de la pulmonar que es el más aparente clínicamente. En cambio sus ramas son susceptibles de una exploración radiológica más precisa y es solamente por este medio como podríamos sospechar su existencia.

En posición frontal los caracteres importantes que pueden observarse son los siguientes: a) Abombamiento exagerado del arco medio izquierdo de la sombra cardioaórtica, de variable tamaño pero siempre bien marcado; b) Ausencia de descenso del punto G; c) Pulsatilidad más o menos manifiesta de la deformación; pulsatilidad que es siempre de carácter expansivo y nunca impulsivo. Esta pulsatilidad es a veces tan exagerada que la oscilación en báscula del arco medio con el arco ventricular en un caso descrito por González Sabathie producía un desplazamiento no menor de un centímetro y medio. Rosenfold describe en estos aneurismas un aumento de la dilatación con la maniobra de Valsalva, signo que también dice haber comprobado Hoffman.

Además, según el momento evolutivo del proceso, podrán observarse los signos correspondientes a la hipertrofia y dilatación de las cavidades derechas.

En posición OAD se observa a nivel del arco de la pulmonar, un abombamiento fuertemente saliente en el espacio retroesternal animado de latidos bien visibles; este abombamiento está sobrepasado hacia arriba por el pedículo aórtico normal. En los aneurismas de la rama derecha es posible apreciar una opacidad acentuada en el espacio claro retrocardíaco, aunque esta imagen puede ser poco marcada.

En posición OAI apreciaremos especialmente las dilataciones aneurismáticas de la rama izquierda por el carácter y extensión de las sombras correspondientes al hilio en su porción provertebral. Además, en los casos de aneurismas del tronco podrá verse la sombra correspondiente por detrás del bronquio izquierdo.

Es frecuente encontrar en los hilios los signos radiológicos de distensión y esclerosis de las ramas de la pulmonar, caracteres que sólo atestiguan un proceso arterial concomitante.

ELECTROCARDIOGRAMA: Salvo las características de desviación del eje eléctrico hacia la derecha, en el electrocardiograma tampoco hay alteraciones patognomónicas. La comprobación de dicha desviación no es elemento de diagnóstico seguro, ya que algunos aneurismas intrapericárdicos de la aorta pueden comprimir la pulmonar con la consiguiente recarga funcional del corazón derecho, dando las mismas características electrocardiográficas. También puede haber signos de insuficiencia coronaria como en un caso descrito por Luisada, con desplazamiento del segmento S-T y onda T coronaria; a la autopsia encontró este autor que había compresión de la coronaria izquierda por el aneurisma.

La presión venosa no ha sido estudiada en casi ninguna de las observaciones publicadas; sin embargo, en cuatro casos descritos por González Sabathie la presión venosa era normal. Dice este autor que por el trastorno que significa el aneurisma para la pequeña circulación y como tumor mediastinal cuando ha adquirido un considerable desarrollo, debieran encontrarse lógicamente modificaciones tensionales; probablemente cuando es posible descubrirlas ya la insuficiencia cardíaca habrá entrado en juego.

EVOLUCION: La evolución de estos enfermos es variable según que el aneurisma esté o nó disimulado en su evolución por la de alguna de las otras complicaciones que lo acompañan con frecuencia.

Por lo general, el aneurisma de la pulmonar lleva a una lenta y progresiva descompensación circulatoria que termina con la muerte.

En algunos casos ella es causada por la trombosis de una de las gruesas ramas de la pulmonar o del tronco; otras veces, como en un caso de Luisada y en otro de González Sabathie, la muerte es súbita e inexplicable. Otras, como en uno comentado por Arrillaga, la ruptura del aneurisma se produce en el pericardio o en la cavidad pleural ocasionando un hemotórax.

Daída la escasa presión existente en la pulmonar, comorativamente con la de la aorta, aumentada a menudo por fenómenos de esclerosis de las pequeñas ramas, los aneurismas de la pulmonar tienen una progresión relativamente lenta y sólo raras veces consiguen lesionar las costillas o el esternón y abrirse al exterior.

HISTORIA CLINICA

León Angel Díaz, hombre de 18 años, soltero, de raza mestiza, de baja estatura pero bien conformado. Nació en Carolina (A) y desde hace 7 meses trabaja como agricultor en las laderas del río Magdalena en una hacienda cerca a Puerto Berrío. Entre los antecedentes familiares no hay nada digno de mencionarse. La madre murió de fiebre puerperal. El padre de neumonía. Tuvo solamente un hermano que murió pequeño de bronquitis.

Antecedentes personales: Sufrió tos ferina estando niño. Ha sufrido paludismo y ligeros dolores reumáticos en rodillas y tobillos. No hay ningún antecedente de enfermedades venéreas. Sufrió a los 12 años un fuerte traumatismo en la región dorsal por caída de un caballo. Ha sido individuo mal alimentado y ha vivido en precarias circunstancias higiénicas.

Enfermedad actual: Viene a consulta porque está sufriendo "fríos y fiebres". Malestar general, cefaleas, raquialgias, escalofríos y fiebre de tipo palúdico. Efectivamente, al examen de la sangre se encuentra "plasmodium vivax forma en anillos abundantes". Interrogándolo sobre su aparato cardiovascular dice que sufre asfixias desde hace mucho tiempo (disnea de medianos esfuerzos) cuando corre o cuando sube una pendiente. Dolor precordial por tiempos, que es del tipo paroxístico, no se modifica con los esfuerzos y a veces desaparece completamente. Este dolor no tiene ninguna irradiación especial. Dice que sufre palpitaciones frecuentemente, con sensación de latido precordial intenso. Anota también que se le han hinchado los tobillos.

Exploración física: A la exploración encontramos un individuo bien conformado, de baja estatura, desnutrido y pálido, con descamación en la piel de las piernas, del tipo de la avitaminosis. La dentadura es mala, y la lengua ligeramente saburral. No hay cianosis ni en los labios ni en los dedos, ni tampoco dedos hipocráticos. Hay discreto edema perimaleolar.

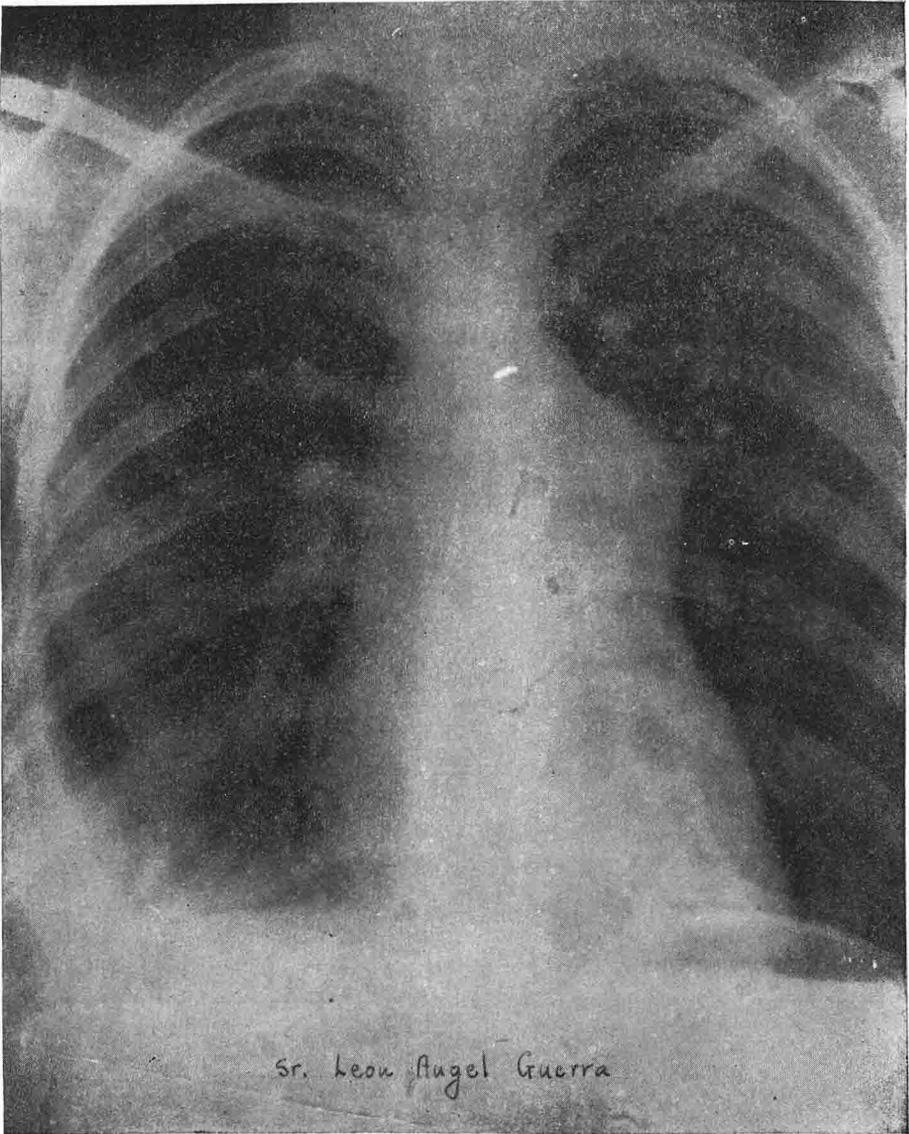
A la inspección de la región precordial se aprecia un ligero latido a nivel del segundo espacio intercostal izquierdo sobre el borde esternal.

A la palpación, la punta está en el quinto espacio intercostal izquierdo a nueve y medio centímetros de la línea medioesternal en proyección y en decúbito dorsal. En el segundo espacio intercostal del mismo lado se palpa un thrill sistólico fuerte, localizado sobre el reborde esternal con intenso chasquido de cierre de la pulmonar.

A la auscultación: Revoluciones cardíacas rítmicas, con frecuencia de 90 por minuto; sobre el foco de la pulmonar se oye un soplo sistólico, grado IV, áspero, que irradia un poco, especialmente hacia el apéndice xifoides, pero que no irradia a los vasos del cuello ni hacia el hombro izquierdo. Este soplo ocupa toda la sístole borrando ligeramente el primer ruido cardíaco. En la diástole se oye un notable reforzamiento del segundo ruido pulmonar seguido de un soplo suave de carácter aspirativo, grado II, que ocupa la primera mitad de la diástole.

El pulso radial es rítmico, igual y homocroto, con frecuencia de 90 por minuto; es sincrónico con el pulso de las femorales.

La tensión arterial, tomada con baumanómetro de mercurio y en decúbito dorsal: Máxima, 110, mínima, 65. La velocidad circulatoria (brazo-lengua) tomada con decholan fue de 14 segundos. La



velocidad circulatoria (brazo-pulmón) tomada con éter dió 6 segundos.

A la auscultación en las bases pulmonares se aprecian algunos discretos estertores.

FLUOROSCOPIA: Corazón de posición intermedia sensiblemente normal o muy ligeramente aumentado de tamaño. El punto G es normal. Sobre el arco medio izquierdo se aprecia una gran saliente pulsátil, con pulsatilidad expansiva, que hace cuerpo con el pedículo cardiovascular, ya que no es posible independizar esta imagen en ninguna de las posiciones. Hay además, signo de Pezzi positivo, es decir, danza hilar.

En OAD el espacio retrocardíaco está libre, y el esófago contrastado con bario no se ve modificado ni en su forma ni en su trayecto por la silueta cardiovascular. El arco de la pulmonar se ve prominente y pulsátil. En OAI el espacio retrocardíaco está libre.

En la radiografía se aprecian también zonas congestivas en las bases pulmonares y un pequeño derrame que ocupa el seno costodiafragmático derecho.

ELECTROCARDIOGRAMA: Ritmo sinusal regular, con frecuencia de 100 por minuto. Espacio PR. de 0.16 de segundo; QRS de 0.09 de segundo; AQRS: mas cien grados. Onda P. de bajo voltaje y con empastamientos en derivaciones standard y en potenciales unipolares de los miembros; acuminada y empastada en VI. Segmento S.T. con desnivel negativo en DII, DIII y VF; positivo en VR y VL; isoelectrico en DI. Onda T. isoelectrica en DI; negativa en VI y V2; onda S profunda de V- a V5 que aparece más pequeña en V6 con R pequeña también en V6. Deflexión intrínseca en V1; 0.035" (tres y media centésimas de segundo); en V6: 0.03" (tres centésimas de segundo). Conclusión: El trazo es francamente patológico, característico de lesiones miocárdicas auriculares y ventriculares; hipertrofia del ventrículo derecho, insuficiencia coronaria con isquemia de localización anterior y acción digitálica.

Exámenes de laboratorio: Serología negativa. Examen de orina normal en todos sus aspectos.

Examen coprológico: Huevos de ascaris, tricocéfalos y uncinaria en cantidad media.

Hemograma: Leucocitos 7.000; neutróficos 66 por 100; eosinófilos 2 por 199; basófilos 0 por 100; linfocitos 32 por 100; monocitos 0 por 100; Eritrocitos 4.290.000.

Dr. Gabriel Jaime Villa
CARDIOLOGO



ELECTROCARDIOGRAMA No. _____ MEDELLIN 10 DE MARZO DE 1949

NOMBRE SR. LEON ANGEL GUERRA EDAD 18 años

DIAGNOSTICO CLINICO _____



D I



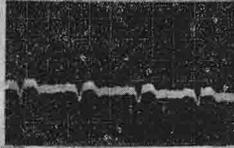
D II



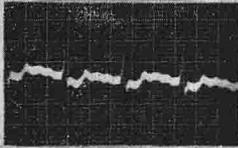
D III



a V R



a V L



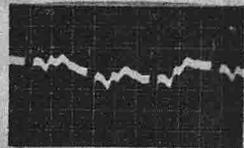
a V F



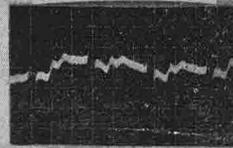
V 1



V 2



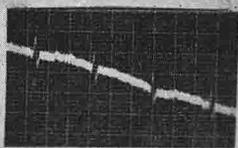
V 3



V 4



V 5



V 6

ELECTROCARDIOGRAMA TOMADO CON LA
CENTRAL TERMINAL DE WILSON - GOLDBERGER

Hemoglobina, 11 gr. (65 por 100).

Diagnóstico etiológico: Probablemente congénito.

Diagnóstico anatómico: Aneurisma de la arteria pulmonar. Hipertrofia del ventrículo derecho.

Diagnóstico funcional: Ligera insuficiencia cardíaca congestiva. Insuficiencia funcional de la válvula pulmonar; probable insuficiencia coronaria con isquemia de localización anterior.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

La estrechez de la pulmonar: En esta hay siempre signos de cianosis, con dedos hipocráticos y policitemia; la imagen radiológica en forma de zueco es muy característica.

La estenosis aórtica: La localización del soplo en el foco aórtico no corresponde con lo que se encuentra en nuestro enfermo. Además, en aquella los fenómenos auscultatorios se irradian a las carótidas; hay "pulsus parvus" e hipertrofia del ventrículo izquierdo radiológica y electrocardiográficamente.

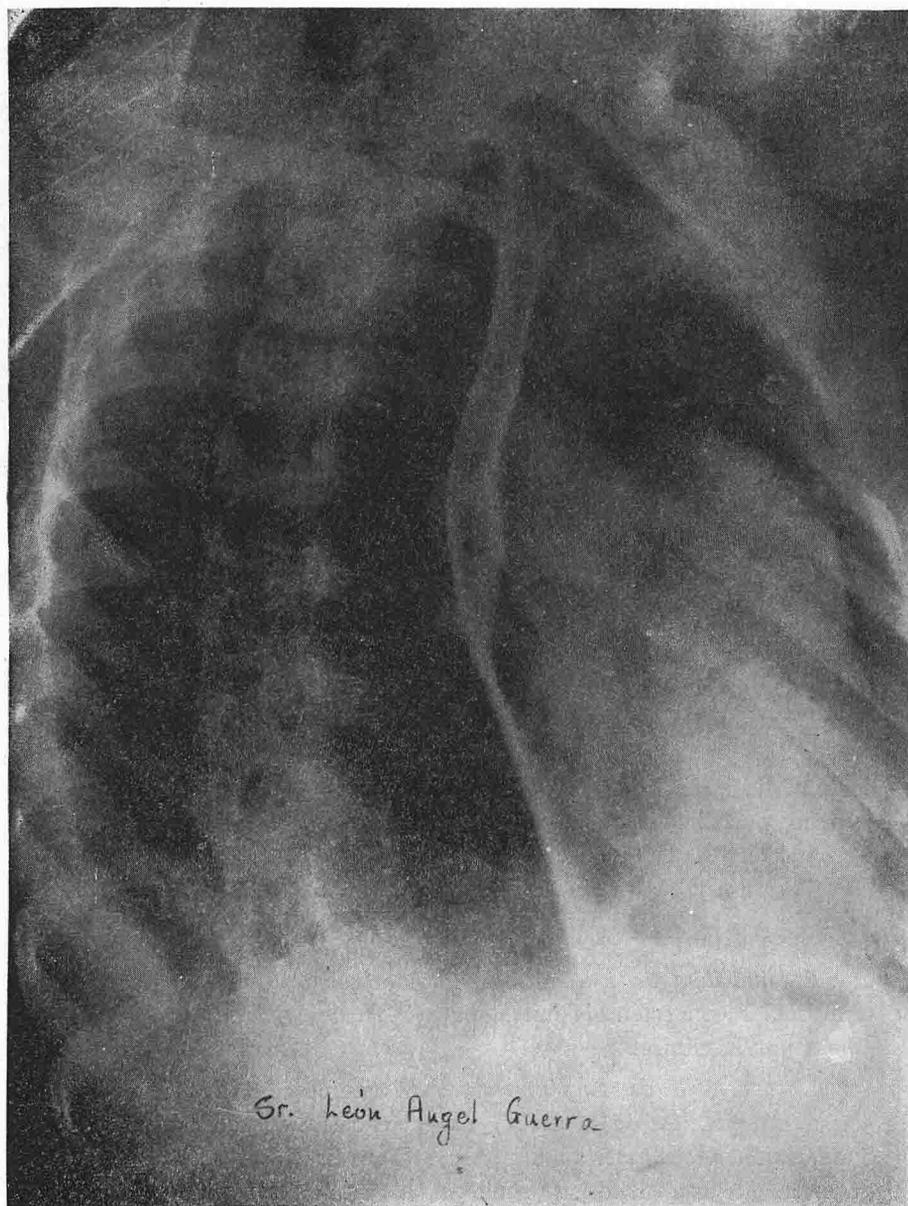
La persistencia del conducto arteriovenoso: No es el soplo sistólico de nuestro enfermo el clásico ruido de maquinaria que se ausculta en aquella entidad, ni tampoco el thrill es en los dos tiempos. Además en aquel los fenómenos auscultatorios se irradian hacia la región infraclavicular y al hombro izquierdo y no hacia el apéndice xifoides.

El aneurisma de la aorta descendente: La irradiación de los fenómenos auscultatorios se hace hacia las carótidas y hay hipertrofia ventricular izquierda; frecuentemente el pulso radial es asincrónico con el femoral. Desde el punto de vista radiológico en OAI generalmente se puede diferenciar. Cuando es del cayado se acompaña muchas veces de trastornos de compresión del recurrente izquierdo como son voz bitonal y disfonía.

Hay un grupo de entidades que dan una imagen radiológica igual o muy semejante a la de nuestro paciente y es necesario tratar de hacer un diagnóstico diferencial desde este punto de vista.

Un tumor no vascular: La investigación fluoroscópica que en varias posiciones no señala solución de continuidad con la imagen cardiovascular; y la homogeneidad de la sombra tumoral con aquella, nos inducen a afirmar que se trata de un tumor vascular.

El cor pulmonale crónico: Siempre se encuentran en éste, antecedentes pulmonares y con frecuencia signos de cianosis. Además, la



auscultación, palpación, etc., de nuestro caso no corresponden con aquél.

La estenosis mitral pura: Con la radiografía en OAD se descubre la hipertrofia de la aurícula izquierda, lo mismo que con las ondas P del electrocardiograma. Los signos clínicos de la estenosis mitral pura no aparecen por parte alguna en nuestro enfermo.

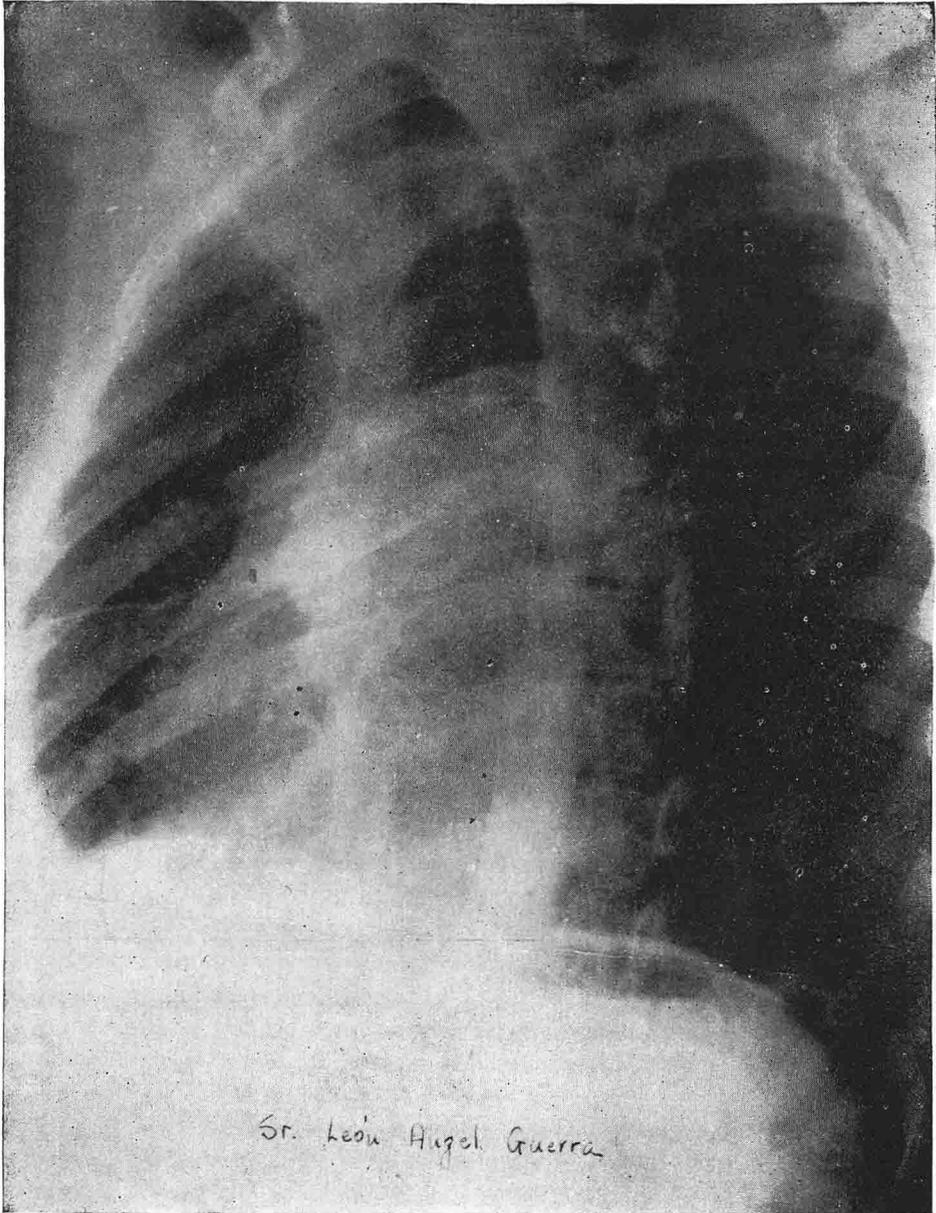
La enfermedad de Roger: A la auscultación, la irradiación del soplo en esta entidad se hace hacia abajo y hacia la derecha; su sitio de mayor intensidad es sobre la línea medioesternal. Clínicamente, según el profesor Augusto Casanegra, en esta enfermedad se destaca un hecho particular: la ausencia de síntomas funcionales que hicieron que Laubry y Pazzi le dieran a esta cardiopatía el nombre de "silencio funcional". El electrocardiograma cuando no hay un bloqueo de rama del haz de His, es absolutamente normal, signo éste negativo, de muchísimo valor.

La comunicación interauricular: La ausencia total del septum (corazón trilobular) es absolutamente incompatible con la vida. Las pequeñas comunicaciones generalmente son silenciosas a la clínica o dejan oír un pequeño soplo que se modifica notablemente y a veces hasta desaparece con los cambios de posición del enfermo. La descompensación cardíaca en este tipo de lesiones empieza en un alto porcentaje por la fibrilación auricular; electrocardiográficamente se descubre la hipertrofia auricular por la presencia de ondas P de gran tamaño y radiológicamente se ve un agrandamiento de la aurícula derecha, que es la que primero se modifica.

La persistencia del conducto arteriovenoso: Ya vimos cómo clínicamente se descarta esta entidad.

El síndrome de Lutembacher: (Asociación de comunicación interauricular con estenosis mitral pura). Ya descartamos estas dos lesiones por la clínica.

El complejo de Eisenmenger: (Comunicación interventricular, con dextroposición de la aorta) (aorta cabalgando sobre el tabique) y dilatación de la arteria pulmonar). Dada la ubicación de la aorta, generalmente hay cianosis y soplo en la región del manubrio esternal con irradiación a las carótidas, con soplo en la región mesocardiaca como corresponde a la comunicación interventricular. Radiológicamente el corazón está rechazado hacia la línea media y es de forma globulosa. La velocidad circulatoria brazo-lengua da marcado acortamiento.



Sr. León Hugel Guerra

BIBLIOGRAFIA

- A. Luisada. Cardiología.
Taussig. Congenital Malformations of the heart.
M. Colaya. Aparato circulatorio.
González Sabathie. Temas de cardiología.
Luisada. Heart.
R. Atalaya. Algunas observaciones sobre patología de la arteria pulmonar.
Schwaedel. Clinical roentgenology of the heart.
Ch. Laubry. Radiologie clinique du coeur y gross vaisseaux.
Aguirre. Radiología del torax.
L. Ramond. Conferences de clinique medicale.
White. Heart diseases.
American heart journal. Varios números.
D. Scherf. Clinique et traitementdes affections cardiaques
Beeson, Amberson, etc. Year book of general medicine. 1948.
Scherf and Body. Cardiovascular diseases.
Body and Mc Gravack. Aneurism of the trunk and main branches of the pulmonary artery.