

## UN CASO DE AORTITIS SIFILÍTICA

*Por el Dr. HUMBERTO DÍAZ.*

Las aortitis sifilíticas no constituyen entre nosotros casos raros, por el contrario, se presentan con mucha frecuencia; así que, si escribimos ahora acerca de esta afección es porque el enfermo observado últimamente reviste singular interés, por las condiciones en que se ha desarrollado su proceso morboso, constituyendo en sí un bonito ejercicio de semiología cardiovascular y prestándose a una serie de consideraciones diagnósticas.

En efecto, en el caso mencionado no comprobamos únicamente una simple lesión de aortitis, sino que además de haber sido evidenciada su etiología sifilítica, encontramos signos reveladores de alteración anatómica del aparato valvular, aparte de una posible dilatación aneurismática circunscrita localizada entre el anillo valvular y la emergencia del tronco arterial braquio-cefálico.

El caso es el siguiente: J. D. P., de 42 años de edad, soltero, labrador y vecino de Pespire, ingresa al servicio de Medicina de Hombres del Hospital de San Felipe, el día 3 de enero de 1939, quejándose de DOLOR DE CABEZA Y DE LA NUCA, lo mismo eme de la clavícula izquierda. ANAMNESIA PROXIMA.-Refiere el enfermo que el 15 de julio del año recién pasado, por la noche, sintió un ardor como de sensación de quemadura en el cuero cabelludo del hemicráneo izquierdo; esta sensación ardorosa la ha experimentado desde en-

tonces de un modo continuo, suave en algunas ocasiones y a veces con exacerbaciones nocturnas que revisten alguna intensidad, y no fue sino en los últimos días del mes de noviembre que su molestia se le transformó en verdadero dolor, propagándose a la nuca y a la región lateral del cuello.

De esa fecha a esta parte le ha disminuido, se ha vuelto superficial acentuándose más por la noche y presentando también períodos de exacerbación intolerable que se suceden con alguna frecuencia. También se queja nuestro enfermo de dolor en la parte media de la clavícula izquierda, tolerable a veces, revisitando en algunas ocasiones acentuada intensidad, a tal grado, que ha llegado a perturbarle el sueño y los movimientos del miembro superior correspondiente; estas agudizaciones le han durado hasta ocho días y se suceden con intervalos de quince a veintidós días. Ahora bien, este dolor clavicular lo padece desde hace dos años, le empezó bruscamente una noche después de terminar sus intensas faenas de labrador y de haber resistido una fuerte lluvia; desde el primer momento el dolor fue intenso comparable al dolor eme produce una fractura, también fue continuo, persistiéndole en la misma forma durante un mes poco más o menos. A los tres meses de haberle ocurrido este accidente, observó que su clavícula izquierda presentaba un engrasa-

miento en la parte media, el cual fue creciendo paulatinamente hasta ocasionar un aumento de volumen generalizado del hueso.

En la actualidad acusa palpitaciones y dolor en la región precordial, disnea de esfuerzo y sobresaltos nocturnos seguidos de sensación de angustia pasajera.

**ANAMNESIA LEJANA.**—*Be* su adolescencia no nos revela ningún dato importante. Hace ocho años padeció de chancro duro del surco balano-prepucial, que cicatrizó al cabo de un mes. Un mes más tarde apareció una erupción pustulosa generalizada en la piel, hubo dolores osteocondros, alopecia, mialgias, artralgias y debilidad general. Notó también infartos ganglionares del cuello y de las regiones inguinales.

**ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y COLATERALES:** Sin importancia.

**GENERO DE VIDA:** Como ya se dijo al principio, se trata de un individuo que se ha dedicado todo el tiempo a los trabajos agrícolas, contando siempre con escasos recursos económicos, llevando una vida sencilla. No acusa intoxicaciones de ninguna, naturalidad.

#### **ESTADO PRESENTE:**

**Estado general:** Buen desarrollo del pániculo adiposo y del aparato muscular, de baja estatura, cabellos escasos, piel morena con palidez acentuada. Mide 1,56 metros de altura y pesa 120 libras.

**Estado especial:** Aparato circulatorio a la inspección se perciben los latidos cardíacos violentos. La punta late en el sexto

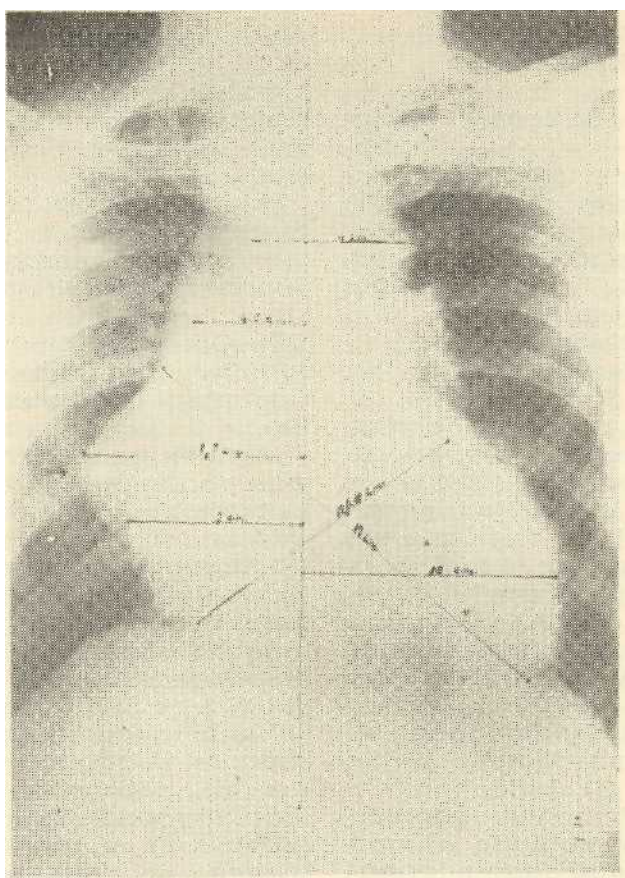
espacio intercostal izquierdo, un poco por fuera de la línea mamilar; el choque de la punta es violento y se verifica en un área mucho mayor que en estado normal, recordando las características del *choque en cúpula de Bard*. Hay pulsaciones epigástricas.

La palpación ratifica los datos anteriores, revelando además estremecimiento sistólico de la base de la región precordial, que se extiende a los vasos del cuello del lado derecho y parte de la región supra-clavicular correspondiente.

A la percusión, se comprueba un aumento considerable de la macidez cardíaca relativa: 172 cm. cuadrados. Además revasamiento de dicha macidez por fuera del borde derecho del esternón.

La auscultación, revela un aumento de energía de los dos ruidos mitrales y tricúspides. Soplo sistólico de timbre rudo en el segundo espacio intercostal derecho con propagación a la parte media de la clavícula del mismo lado, que no desaparece con los cambios de posición del sujeto, acentuándose por el contrario, cuando se le ausculta teniendo acmé el pecho inclinado hacia adelante. A nivel de la línea media esternal y a la altura del tercer espacio intercostal se percibe doble soplo, es decir sistólico y diastólico, de timbre suave y sin propagación manifiesta.

El examen de las arterias nos dio los datos siguientes: Eretismo de los vasos del cuello, principalmente del lado derecho. Las carótidas ruedan bajo la piel a cada pulsación, lo mismo que las



arterias humerales, presentándose con mucha claridad el fenómeno de la *danza de las arterias*. No pudimos comprobar ni doble soplo crural de Duroziez. No hay doppelton de Traube ni pulso Sonans de Ziemssens ni pulso capilar. Pulso radical: 80 por minuto, es rebotante y de ritmo normal. Presión arterial: Mx-12-Mn. 3.

**APARATO RESPIRATORIO:** Normal.

**APARATO DIGESTIVO:** la inspección de la cavidad bucal, nos revela que la úvula y los pilares del velo del paladar sobre todo

los posteriores, están animados de latidos sincrónicos con el pulso arterial.

**APARATO GENITO URINARIO:** Ligero dolor de la región renal, aumento de la frecuencia en las micciones de noviembre recién pasado a esta parte. Desde hace un año hay anafrodisia.

**APARATO GANGLIONAR:** Adenopatías retrocervical, epitroclear e .inguinal; todas ellas bastante acentuadas.

**SISTEMA NERVIOSO:** Normal.

**ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS:** Normales.

### EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Sangre: Reacción de Kahn, Positiva -j- -[—J----- . Recuento globular y fórmula leucocitaria: glóbulos rojos, 3.944.000; glóbulos blancos, 11.400; Polinucleares neutrófilos: 74 %; eosinófilos, 2 %; linfocitos, 24 %. Por malaria: Negativo.

Orina: Normal.

Heces fecales: Positivo por huevos de Uncinaria.

Examen radiológico del corazón: Se nos envió el reporte siguiente: "Corazón globuloso en que llama la atención la anchura del pedículo vascular y una saliente que hace el borde derecho en su parte superior, correspondiente al sitio de la aurícula derecha (¿Aneurisma?). Aumento de todos los diámetros como sigue: Mx. izq. 10 cm.; Mx. derecho 8 cm.; longitud 19 cm.; altura 12 cm.; diámetro aórtico 8,5 cm. — (f). Larios."

De la Historia Clínica y del examen físico practicado en nuestro enfermo, se deducen las conclusiones siguientes:

1—Que adolece de una infección sifilítica desde hace ocho años.

2—Que presenta una lesión de aortitis, que es evidentemente de carácter específico; dada la época en que apareció y dada también la enorme frecuencia de las lesiones arteriales en la lúes.

3—Que se comprueban en él además de la simple lesión de aortitis, signos que revelan una doble afección de las válvulas sigmoideas aórticas, es decir de estrechez y de insuficiencia.

4—Que además de todo lo anterior, los Rayos X ponen en evi-

dencia una sombra redondeada, de límites muy claros y de una densidad menor que la de la sombra cardíaca, haciendo saliente en el borde derecho de ésta.

5 Que el examen fuoroscópico, en posición lateral, demuestra que el espacio retro-cardíaco se encuentra completamente libre.

6 Que la lesión clavicular debe ser interpretada también como una manifestación específica.

Ahora bien, como declamos al principio, las lesiones de aortitis producidas por el *treponema pallidum* son muy frecuentes, y son asimismo numerosas las formas clínicas estudiadas hasta la fecha. Entre las más comunes tenemos las siguientes: La forma dolorosa, en donde las crisis de angina de pecho dominan la escena. La forma combinada con lesiones del sistema nervioso, por ejemplo: Meningitis crónica, Neuralgia rebelde del trigémino. La forma que se caracteriza por trastornos del ritmo, siendo entonces la arritmia extrasistólica, la taciocardia paroxística, la arritmia por fibrilación auricular, etc., los síntomas que llaman la atención en primer lugar. La forma mediastínica, la forma abdominal y luego la forma con doble lesión de las sigmoideas.

Este último tipo es el que más concuerda con nuestro caso; veamos a grandes rasgos la descripción que dan de ella los maestros franceses Vaquez y Lian:

"La forma con doble lesión de las sigmoideas es la mejor individualizada; es la enfermedad descrita por Hodgson, con dila-

tación del segmento inicial del vaso visible a la pantalla y hasta algunas veces comprobable por la percusión. Se observa constantemente la elevación del cayado y de las subclavias, los latidos exagerados del cuello y en diversas partes del cuerpo y un doble soplo aórtico con doble soplo femoral. La presión sistólica es excepcionalmente normal; generalmente suele ser elevada y la tensión mínima es habitualmente muy baja (la he visto algunas veces a 3 y hasta 2 cm. de Hg.) ; en otros casos, por el contrario, en que la presión máxima es muy fuerte, la mínima desciende a su vez muy poco a 11 o 12 cm. de Hg. (estas diferencias dependen de la mayor o menor amplitud de la insuficiencia valvular) . Las oscilaciones, muy aumentadas de la humeral, son todavía más amplias a nivel de las arterias de los miembros inferiores, en los que se comprueba una hipertensión mucho más elevada que en la humeral. Finalmente, el pulso femoral late anticipadamente al pulso radial en virtud de la mayor velocidad de la onda pulsátil a lo largo del trayecto aórtico.

No es raro comprobar en estos enfermos una albuminuria más o menos fuerte.

Los trastornos funcionales son, según los casos, casi nulos o, por el contrario, sumamente molestos: crisis disneicas, a menudo nocturnas; accesos anginosos de esfuerzo o de decúbito; crisis de edema pulmonar. Se ve al enfermo subir una cuesta, por ejemplo, presa de un dolor esternal con angustia, disnea y quintas de tos con expectoración rosácea; o bien, por el contrario una expec-

toración albuminosa y sanguinolenta sucede a una crisis de dolor y de opresión nocturna."

Ahora bien, el resultado del examen radiológico muestra, como está dicho en la 4<sup>a</sup> conclusión, una sombra redondeada, de límites muy claros y de una densidad menor que la de la sombra cardíaca, haciendo saliente en el borde derecho de ésta. En el informe correspondiente que nos sugiere ser producida por un aneurisma de la aurícula derecha, pero ésta no es la única lesión que puede ser considerada como la causante de *ese* signo **radiográfico**, debemos tomar en cuenta y hacer diagnóstico diferencial entre las afecciones siguientes, que pueden estar asociadas a las lesiones de aortitis sifilítica:

- 19—Un aneurisma auricular.
- 29—Un aneurisma ventricular.
- 30—Una simple dilatación de la aurícula, ya del lado derecho o ya del lado izquierdo.
- 49—Un tumor del mediastino.
- 59—Un tumor del corazón.
- 69—Un aneurisma del seno de Valsálva aórtico derecho.
- 70—un aneurisma circunscrito por la porción ascendente de la aorta.

Descartamos un aneurisma del corazón en vista de la ausencia de traumatismos de las paredes de dicho órgano, y de la ausencia del síndrome de infarto del miocardio, el cual por sus manifestaciones alarmantes no hubiera pasado jamás inadvertido en la historia del sujeto. La dilatación auricular no es admisible en este caso, puesto que nos faltan en el cuadro clínico los signos correspondientes a las estrecheces