

Un Síndrome de Estasis Venosa sin Hiposfixia

POR EL DR. FRANCISCO DE P. MIRANDA

La estasis venosa, cuando no es debida a compresión se acompaña generalmente de otros síntomas hiposfíxicos. Martinet individualizó este síndrome caracterizándolo por la hiperviscosidad sanguínea acompañada de hipotensión arterial. Creo haber añadido algo a la compresión de este síndrome en mi trabajo «El Tórax paralítico y sus consecuencias». Es mi convicción que la hiposfixia puede presentarse donde quiera que exista un obstáculo circulatorio, ya sea en el pulmón o en el orificio mitral, o en la aorta, pero en este último caso, nótese bien, siempre y cuando haya aplasia del corazón, de tal modo que no pueda haber hipertopofia del ventrículo izquierdo. En una palabra: la hiposfixia es siempre premonitora de una insuficiencia derecha.

La causa de la congestión venosa es pues semejante al caso de la compresión, pues siempre hay en estos casos un obstáculo circulatorio adelante de las venas.

Existen sin embargo casos frecuentes de estasis venosa que no se debe a un obstáculo circulatorio adelante de las venas sino a una disminución de las fuerzas que impulsan la sangre en dichas venas. Como estas fuerzas son dos: la vis a tergo y la aspiración torácica respiratoria, es lógico considerar que teóricamente estas dos circunstancias pudiesen ejercer su acción. Yo no he tenido ocasión de comprobar la influencia de la segunda, por lo que solo consideraré la primera.

El carácter distinto de estas dos clases de estasis es dado por la medida de la tensión venosa y por la de la viscosidad.

Se comprende bien que no habiendo un obstáculo adelante de las venas la influencia de la gravedad hará que dicha estasis no exista en las venas colocadas arriba del corazón, pues, en ésta, la gravedad viene en auxilio de la vis a tergo.

El primer carácter distintivo es, pues que se trata de una estasis de gravedad, marcada solo en las venas situadas abajo del corazón. La dife-

rencia es solo de grado, pues sabemos bien que, a pesar de las válvulas y de la influencia vasomotriz en las mismas venas, normalmente las de la mano por ejemplo, se llenan de sangre cuando el miembro se encuentra pendiente y se abaten cuando el miembro se eleva a cierta altura. En la inspección de los miembros se ve pues que cuando estos se encuentran en posición declive hay una plenitud exagerada.

Si la tensión venosa se mide como debe medirse teniendo el miembro a la altura de la punta del corazón, dicha tensión no se encuentra aumentada, y aun puede encontrarse disminuída, lo que es el caso más general.

La viscosidad no está alterada.

Clínicamente con esto basta para diferenciar esta clase de estasis de las estasis por obstáculo.

Puede irse más allá y averiguar cuál es el mecanismo de la repetida estasis.

Se ocurre que puede ser debida a un trastorno de los vasomotores.

Para averiguarlo en cada caso particular recurro a la prueba de las tensiones arteriales comparadas en la estación de pie y en el decúbito, basado en la consideración que el trastorno vasomotor debe en la mayoría de los casos coincidir en la arteria y la vena.

La prueba, cuando es positiva se revela por una disminución marcada de la tensión diastólica al ponerse el sujeto de pie. En caso de que la insuficiencia se compense con mayor energía de la sistole cardíaca la tensión sistólica no baja. En algunos casos la compensación cardíaca es no solo por aumento de energía, sino también por aumento en el número de las pulsaciones arriba de lo normal.

Si la prueba funcional que acabo de describir es negativa, el trastorno probablemente no es de origen vasomotor.

Creo que hay lugar en estos casos a atribuir el trastorno a fleboesclerosis. No necesito insistir en la influencia que la pérdida de elasticidad de la vena pueda tener para disminuir la vis a tergo.

La fleboesclerosis no es tan fácilmente notada por la palpación como la arterioesclerosis y esto explica que no se halle mencionado con tanta frecuencia como esta última. El que con frecuencia tiene que hacer punciones venosas sabe lo difícil que es a veces atravesar con la aguja la pared de una vena así alterada.

Con demasiada frecuencia los enfermos se quejan de «falta de circulación», sensación de manos o pies «regordidos» o con más francas parestesias, presencia de marmoladuras violáceas en los miembros, pequeñas varicosidades de las finas venulas, facilidad para producirse «moretones» o sean manchas por sangre extravasada bajo la influencia del más mínimo traumatismo. Esto que el medico conoce bien, no está bien descrito en los

libros de Patología y constituye el síndrome «estasis venosa por fleboesclerosis». Es frecuente en personas que han sido obesas y más frecuente en aquellas que han sido obesas y que han adelgazado. En estas las venas superficiales yacen en el seno de un tejido celular demasiado flojo y parece que la pérdida de elasticidad de la vena acompaña la pérdida de elasticidad de la piel que cuelga formando pliegues fáciles de pellizcar. La piel del vientre muestra cuarteaduras aun cuando la enferma no haya concebido y su vientre se halla más o menos deformado en alforja.

La frecuencia con que he observado este síndrome se debe sin duda a que veo muchos diabéticos de edad madura. Sabido es que la diabetes con gran frecuencia es en esta edad precedida por obesidad y cuando las enfermas llegan a consultarme, la mayoría están ya adelgazadas por el hecho de su diabetes.

Habréis observado que hablo de enfermas y esto se debe a que este síndrome lo he observado más en las mujeres que en los hombres.

Si fuese afecto a generalizaciones prematuras diría que la obesidad de estas enfermas se debe en gran número de casos a un hipoovarismo.

He hablado hasta ahora de la estasis fijándome solamente en las venas superficiales, las más fáciles de explorar, pero el hecho de que, como he dicho, con frecuencia se encuentra este síndrome en personas que han adelgazado, me llevó a la consideración de la estasis en las venas mesentéricas.

La deformación del vientre en alforja, hundido en la parte supra-umbilical y elevado en la sub-umbilical. El adelgazamiento de la pared, la pérdida de la resistencia de los músculos abdominales forma parte del síndrome «ptosis visceral».

Además de las perturbaciones digestivas de orden motor que se observan en las ptósicas gástricas e intestinales, hay que tener en cuenta los trastornos circulatorios. La ptosis se acompaña de estasis en las venas mesentéricas.

Me ocurrió probar el grado de estasis añadiendo a las exploraciones que he mencionado al hablar de tensión arterial una más: la determinación de la tensión arterial estando la enferma de pie y sujetado el vientre por una faja o por una simulación de faja. Para esto un ayudante se coloca por detrás de la enferma y cruza sus manos por delante de ella sobre la región hipogástrica ejerciendo una presión hacia atrás y hacia arriba. Hecha la presión se determinan las tensiones máxima y mínima.

Se comprende que si existe la estasis por la presión se desaloja cierta cantidad de sangre que llenaba estas venas y el aflujo de sangre al corazón aumenta. El corazón moviliza esta sangre y la sistólica aumenta junto con la diferencial y el coeficiente de Tigerstead. El aumento de la presión sistólica es de más de un centímetro de mercurio en los casos claros.

Para ilustrar mi descripción voy a permitirme dar lectura a una historia clínica de una enferma estudiada en la clínica de tercer curso que tengo el honor de profesar.

* * *

I. E. originaria de Querétaro, soltera, de 47 años de edad, ocupa la cama 9 del pabellón 20 del Hospital General.

De antecedentes hereditarios, su madre murió diabética y tiene dos hermanas diabéticas. Su padre era obeso y murió de una afección cardíaca.

De buenas costumbres, no ha usado de ningún tóxico. Ella, como las demás personas de su familia han comido bien y en bastante cantidad.

Padeció sarampión y escarlatina en la infancia.

Desde de la edad de 14 años comenzó a engordar, alcanzando un peso de 73 kilos a la edad de 20 años. Su obesidad era más marcada en el abdomen, principalmente en la parte hipogástrica, marcándosele un pliegue transversal suprapúbico. Esto le fue molesto hasta el punto de llevarla a consultar opiniones médicas.

Su menstruación apareció a la misma edad de 14 años. Desde el principio fue regular, pero de escasa duración (tres días), no doloroso.

En el año de 1924 se interrumpió la regularidad habiendo durado un año completamente amenorréica. En enero de 1925 reapareció el flujo catamenial con los mismos caracteres que tenía antes.

En los últimos años la menstruación era precedida de intensa cefalalgia con fotofobia y a veces con vómitos, y siempre con bochornos y mareos, malestar general, dolor de cuerpo.

Frecuentemente padecía sudores en la mitad superior del cuerpo.

En 1923 sintió que su apetito aumentaba, lo mismo que su sed y comenzó a enflaquecerse y a debilitarse. Su orina aumentó en cantidad, llegando en poco tiempo hasta 11 litros en 24 horas. Consultó entonces a un médico que le mandó analizar la orina encontrándose en mayo de 1923, 58 gramos 8 décimos por mil de azúcar, sin acetona ni albúmina.

Por esa época enfermó de piorrea alveolar y se le extrajo la dentadura. Al poco tiempo comenzó a perder la vista en el ojo derecho, trastorno que fue aumentando hasta la época actual en que ya no ve con este ojo y empieza a perder la vista con el otro.

En mayo de 1924 tuvo 11 litros de orina de 1035 de densidad con 37 gramos 5 c.c. por mil de azúcar, y nada de acetona. Se le prescribió entonces un régimen de leche, huevos, mantequilla, carne y verduras, prohibiéndosele sopas; papas, pan y tortillas.

En octubre 13 del mismo año tuvo 11.5 litros de orina de 1030 de densidad y 66.6 por mil de azúcar.

En octubre 29 del mismo año tuvo: Orina 11.5 litros en 24 horas, de densidad 1034. Glucosa 30 por mil. Tuvo entonces una glicemia de 3.8 por mil (método de Benedict.)

En noviembre de 24, orina 9 litros. Densidad 1030. Azúcar 50 por mil.

En diciembre, orina con 59 por mil de glucosa. Glicemia: 3.2 por mil. Reacción de acetona en la orina marcada.

Ya en el hospital en abril 24 de 1925. Orina 3.250 litros, de 1036 de densidad, con 51.1 por mil de glucosa. Acetona, tiene.

En 4 de mayo tuvo 3 litros de orina de densidad 10.28 Glucosa: 62.4 por mil. Acetona no tiene.

En el hospital la enferma ha estado sujeta a un régimen lacto vegetario privado de harinas y azúcar.

Durante el tiempo que tuvo acetona en la orina no tuvo más molestias que la exacerbación de insomnios que venía padeciendo desde algún tiempo.

Además de los síntomas indicados la enferma ha presentado tos seca poco intensa y dolor en la región escapular derecha desde hace 15 días.

De cuando en cuando, desde que empezó su diabetes ha tenido edemas en los miembros inferiores y frialdad en los mismos miembros.

Ultimamente ha habido tendencia a la nicturia.

Tuvo además neuralgias faciales cuando padecía de la boca.

EXPLORACION FISICA

La enferma representa mayor edad que la que tiene, su piel muestra arrugas y es colgante particularmente en la región suprahiodea. Es de baja estatura (1.51 m. de altura) y está adelgazada (48.5 kilos de peso.) Vientre en alforja. Venas anormalmente aparentes en los miembros superiores con marmoladuras violáceas. No hay cianosis en las extremidades.

Catarata madura en el ojo derecho. El cristalino del izquierdo ligeramente opaco. Ligera congestión en la conjuntiva y pterigionos.

Tiroides palpable.

Abovedamiento en la región del vértice pulmonar izquierdo.

Disminución de las vibraciones en el lado izquierdo del tórax.

La auscultación muestra mayor intensidad del murmullo vesicular del lado derecho.

La voz se trasmite mejor del mismo lado.

Nada anormal en la región precordial.

Arterias palpables, algo sinuosas.

Acostada la enferma tiene 72 pulsaciones por minuto. Tensión máxima 10, min. 7. Coef. de Tig. 0.30.

De pie. 75 por minuto. T. max 12. 5 min. Coef. C. 28.

De pie en faja abdominal. T. 14 min. 9.5. Coef. 0.32.

Tensión venosa normal con el brazo a la altura de la punta del corazón. Aumentada con el brazo colgante, (es de advertirse que no poseemos una constante fisiológica de la tensión venosa en estas condiciones, el dato es solo de apreciación.)

Viscosidad sanguínea normal.

Vientre en alforja. Cuarteaduras en los flancos y en el hipogastrio.

Pared fácilmente depresible, adelgazada, con flojedad marcada del tejido celular, músculos adelgazados y en relajación completa.

Leucopenia marcada (4.800 par m.m.) Linfocitosis relativa (40%.)

Glicemia el 12 de mayo; 3.32 por mil.

Falta hacer prueba de tolerancia a los hidrocarbonados, estudio radiológico y algunas exploraciones reglamentarias, más con los datos que he mencionado podemos hacer el siguiente.

Diagnóstico integral: Hipoovarismo, antigua obesa hipo-ovarica adelgazada, ptosis visceral, estasis venosa por fleboesclerosis, diabetes pancreática grave, ligera arterioesclerosis.

NOTA: Sería interesante hacer cuentas de glóbulos blancos en esta clase de enfermos para comprobar si la leucopenia observada en esta enferma tiene relación con la estasis circulatoria.

FRANCISCO DE P. MIRANDA.

Unir a la clase médica en estrecho abrazo, debe ser la noble aspiración de todo émulo de Esculapio.

Nadie puede poner más a prueba la nobleza de su corazón, que el Médico. Seamos siempre dignos de conservar, alta la cabeza, dicho título.

Es una gran obligación moral para el Médico, la de estudiar hoy, y mañana y siempre estudiar.

El amor a la Patria se demuestra cumpliendo con el deber.

Para poner muy alto el nombre de México, todos y cada uno, debemos ser cultos, honrados y buenos.