

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA INCIDENCIA Y DIAGNOSTICO DE LA ESTENOSIS AORTICA*

por el Dr. MANUEL VAQUERO,
académico de número

(Con la colaboración del Dr. Teodoro Cesarman)

Nos ha llamado la atención la dificultad de diagnóstico clínico de la estenosis aórtica, así como la discrepancia entre los hallazgos necróticos y el diagnóstico en vida en lo que refiere a esta lesión.

Esto nos llevó a escoger los casos de estenosis aórtica encontrados en las necropsias verificadas en el Instituto, y estudiar la historia clínica de los mismos para valorar los diferentes síntomas de la lesión valvular. El criterio seguido en el Departamento de Anatomía Patológica para afirmar la existencia de la estenosis aórtica, es la presencia de soldadura de las sigmoides, dato más seguro que las medidas del orificio.

Encontramos 52 casos de estenosis aórtica en 750 necropsias de cardíacos lo que nos da una incidencia general del 6.9%.

Se desecharon 2 casos por tener estudio incompleto (estancia de horas o un día en el Hospital) y de los 50 restantes encontramos 36 reumáticos (o sea el 76%) cinco luéticos (diez por ciento) 2 ateroscleróticos (4 por ciento) uno de calcificación (2 por ciento) y otro congénito (2 por ciento) los tres restantes eran mixtos.

Esta incidencia nos demuestra que si bien la estenosis aórtica de origen reumatismal es con muchos la más frecuente algo más de las

* Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 25 de julio de 1951. Por acuerdo especial de la Academia se le da preferencia en la publicación a otros trabajos.

tres cuartas partes de los casos, no lo es en forma tan absoluta como para orillar al diagnóstico de endocarditis reumatisal cuando se identifican y deshechan de plano el de aortitis luética, ya que esta enfermedad produce un diez por ciento de estenosis.

Nos interesaba revisar desde el punto de vista clínico los síntomas considerados clásicos de esta lesión: 1º—soplo sistólico en focos aórticos. 2º—Thrill sistólico en vasos del cuello. 3º—Thrill sistólico en el mango esternal y en los primeros espacios intercostales. 4º—Modificaciones del 2º ruido. 5º—Caracteres del pulso. 6º—Cifras de la TA. en función de otras lesiones valvulares.

1.—El soplo sistólico en focos aórticos no existe en 17 de los 50 casos, (o sea el 34 por ciento) era suave en 7 (14 por ciento) mediano en 12 (24 por ciento), fuerte en 9 (18 por ciento) y muy fuerte en 3 (6 por ciento) apenas. Como se ve el dato fundamental para el diagnóstico de la estenosis aórtica falta a menudo, de tal manera que tres cuartos de las estenosis aórticas queda sin poder ser diagnosticada habitualmente.

2.—El Thrill en el mango estnal y espacios intercostales se encontró solamente en 11 casos y no se observó en 39; de los 11 casos todos tenían Thrill en los vasos del cuello.

3.—Thrill en los vasos del cuello tuvieron 12, todos ellos con soplo sistólico aórtico, aunque en algunos no muy intenso.

Este era un dato de gran interés para nosotros, porque si se exige para el diagnóstico de estenosis aórtica el Thrill en región esternal solamente podrían diagnosticarse el 22 por ciento de las estenosis. Desgraciadamente no pudimos hacer la observación en sentido inverso, para aclarar si en todos los casos en que existe Thrill sistólico en región esternal y en vasos del cuello hay estenosis aórtica, cosa que parece probable.

4.—El segundo ruido no tiene anotadas modificaciones salvo en 3 casos: 2 de ellos con reforzamiento y 1 con clangor, correspondiendo estos casos a los 2 de ateroesclerosis y a 1 de lúes aórtica.

5.—Las modificaciones del pulso se estudiaron en función de las lesiones valvulares agregadas a la estenosis aórtica y que podían influir a su vez sobre sus característica² de ellas sobre todo la insufi-

ciencia aórtica. Encontramos que existía la lesión combinada (doble lesión aórtica) en 35 de los 50 enfermos, y en 11 de los 35 el pulso fué normal o pequeño.

6.—La tensión arterial se estudió también en función de las lesiones agregadas y observamos que en los 35 casos que presentaban doble lesión aórtica la diferencial era mucho menor de lo que es habitualmente en los casos de insuficiencia aórtica sola.

Así encontramos que la máxima osciló entre 90 y 160 con una media de 119 y modo de 120. La mínima entre cifras de 0 a 92 con media de 55 y modo de 70. Lo que hace una diferencial por término medio de 60 mm., notoriamente menor que la diferencial habitual en la insuficiencia aórtica.

7.—Desde el punto de vista radiológico, se estudió el vaso en sí con todos sus caracteres y el tamaño del ventrículo izquierdo tanto en PA. como en OIA.

Los datos de botón aórtico, opacidad, calibre y desenrollamiento del vaso fueron variables y no son dignos de tomarse en cuenta; en cambio, el ventrículo izquierdo manifiesta crecimiento apreciable; franco en el 91.5 por ciento de los casos, normal o dudoso en el 8.5 por ciento restante.

Es difícil poder consignar en cifras las variaciones de tamaño del ventrículo izquierdo tanto, más cuanto que con frecuencia existían asociadas lesiones (insuficiencia aórtica o mitrales) que podían influir a su vez sobre el crecimiento de la cavidad, así como también que no teníamos posibilidad de conocer la fecha de aparición de la estenosis aórtica, de tal manera que el dato que consigno es solamente de apreciación personal: nos pareció que el ventrículo izquierdo mostraba un crecimiento notoriamente más notable (sobre todo en su diámetro transversal) del que era de esperarse si tomábamos en cuenta únicamente las lesiones agregadas, (comparación con casos de insuficiencia aórtica sola).

CONCLUSIONES GENERALES

I.—No encontramos ningún dato seguro para hacer por sí solo el diagnóstico de estenosis aórtica. Inclusive es probable que un por-

centaje de 25 a 30 por ciento no sea diagnosticable en vida, correspondiendo a aquellos que tienen estenosis valvular ligera o moderada.

II.—El diagnóstico debe hacerse por el conjunto de signos físicos de mayor importancia que son: además del soplo sistólico y del Thrill esternal (muy raro), las modificaciones de la presión arterial valoradas en función de las lesiones agregadas y la hipertrofia del ventrículo izquierdo llevada más allá de lo que sería de esperarse, si se toma en cuenta solamente las otras lesiones valvulares existentes en cada caso particular.