

Insuficiencia aórtica en la espondilitis anquilosante

Dr. PEDRO RAMON COSSIO

RESUMEN

Podemos establecer que en nuestro medio, la incidencia de aparición de insuficiencia aórtica en la espondilitis anquilosante (3,4 %) es similar a la obtenida por diversos autores del hemisferio norte.

También que desde el punto de vista clínico, la regurgitación aórtica se observó en pacientes con espondilitis anquilosante de larga evolución, y además, la magnitud del reflujo resultó moderada o significativa, no existiendo en ningún paciente aumento del tiempo de conducción auriculoventricular.

Por último, llama la atención la presencia de 4 pacientes con síndrome de preexcitación ventricular, dos de los cuales tenían un típico síndrome de Wolff-Parkinson y White, sin antecedentes de taquicardias paroxísticas.

Es sabido desde Clark y col. (1, 2), y Ansell y col. (3) que la espondilitis anquilosante puede provocar alteraciones inflamatorias crónicas que involucran la porción ascendente de aorta, las valvas aórticas, el endocardio y los tejidos de conducción del corazón, produciendo disfunciones valvulares o diversas arritmias.

Dentro de las valvulopatías, la más frecuente resulta la insuficiencia aórtica, y de acuerdo a diversos autores (1, 4, 5) se la ha comprobado en el 2 al 4,5 % de las espondilitis anquilosantes estudiadas, aumentando su incidencia cuanto más larga es la evolución de la enfermedad original.

Según Schulder y col. (6), sobre 100 insuficiencias aórticas de diversas etiologías, 5 resultaron debidas a espondilitis anquilosante por lo que la presente patología no resultaría tan infrecuente como se podría pensar.

Estudio multicéntrico realizado con la participación de la Fundación Cossio, del Departamento de Reumatología de CEMIC; del Centro Antirreumático Dr. Aníbal Ruiz Moreno; de la Sección Reumatología del Policlínico Araoz Alfaro; y del Centro de Enfermedades Reumáticas y Osteocolagenopatías del Hospital Rawson.

El presente trabajo fue realizado con el objeto de determinar la prevalencia de insuficiencia aórtica en pacientes con espondilitis anquilosante que son atendidos en diversos centros de Reumatología del Gran Buenos Aires.

MATERIAL Y METODOS

El diagnóstico de espondilitis anquilosante fue realizado según el criterio de Kellgren modificado que incluye: a) historia de dolor y rigidez dorsolumbar, b) limitación de la movilidad de columna y de la expansión torácica, c) alteraciones radiológicas de articulaciones sacro-ilíacas y/o presencia de sindesmofitosis.

En este grupo se determinó además la presencia de factores Reumatoideos por prueba del Latex y Aglutinación de glóbulos rojos de carnero.

De acuerdo al criterio antedicho, 59 pacientes con espondilitis anquilosante fueron estudiados en la Fundación Cossio donde se les realizó a todos un examen cardiovascular con especial atención de la auscultación clínica mediata tanto en condiciones basales y en diversas posiciones convencionales para la mejor percepción de los soplos diastólicos aspirativos, como así también con maniobras incruentas que tendieron a aumentar la resistencia periférica de manera tal que se hicieran ostensibles o se incrementara la intensidad de dichos soplos.

Fundamentalmente fueron utilizadas dos maniobras; en primer lugar, si la movilidad de las articulaciones coxofemorales lo permitían se utilizaba una marcada flexión inguinal con la posición de cuclillas, o sino se les hacía realizar ejercicios con brazos y piernas en la medida de lo posible.

A todos los pacientes se les realizó un estudio radiológico de tórax; como así

también un trazado electrocardiográfico con las derivaciones convencionales.

Se prestó particular atención al diagnóstico y cuantificación clínica de la insuficiencia aórtica no considerándose en el presente trabajo las modificaciones de posición y forma del corazón debidas a las deformaciones torácicas que existían en algunos pacientes.

De acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad se dividieron 2 grupos; el primero con menos y el segundo con más de 15 años de evolución.

RESULTADOS

De los pacientes estudiados 58 eran hombres y 1 solo mujer; con un promedio de edad de 41 años, siendo el menor de 19 años y el mayor de 67 años.

La edad promedio de iniciación de los síntomas de espondilitis anquilosante resultó 24 años, comenzando el menor a los 10 años y el mayor a los 50 años.

El tiempo de evolución promedio de la enfermedad fue de 17 años y 31 pacientes tenían menos de 15 años de evolución, mientras que los 28 pacientes restantes tenían 16 ó más años de evolución.

De todos los pacientes dos (los que representa el 3,4 %) tenían típicamente una insuficiencia aórtica de magnitud moderada a significativa pero sin insuficiencia cardíaca, con pulso carotídeo colapsante, aumento de la presión diferencial, cardiomegalia discreta y sobrecarga ventricular izquierda, con P-R normal. Ninguno de ellos presentaba antecedentes de fiebre reumática ni luéticos ni hipertensión arterial de larga data, ni antecedentes de existencia de soplos cardíacos desde su juventud. Ambos padecían espondilitis anquilosante desde hacía más de 16 años (figuras 1 y 2).

En los 57 pacientes restantes, fue imposible detectar clínicamente la existencia de regurgitación aórtica.

Curiosamente 4 pacientes, ninguno de

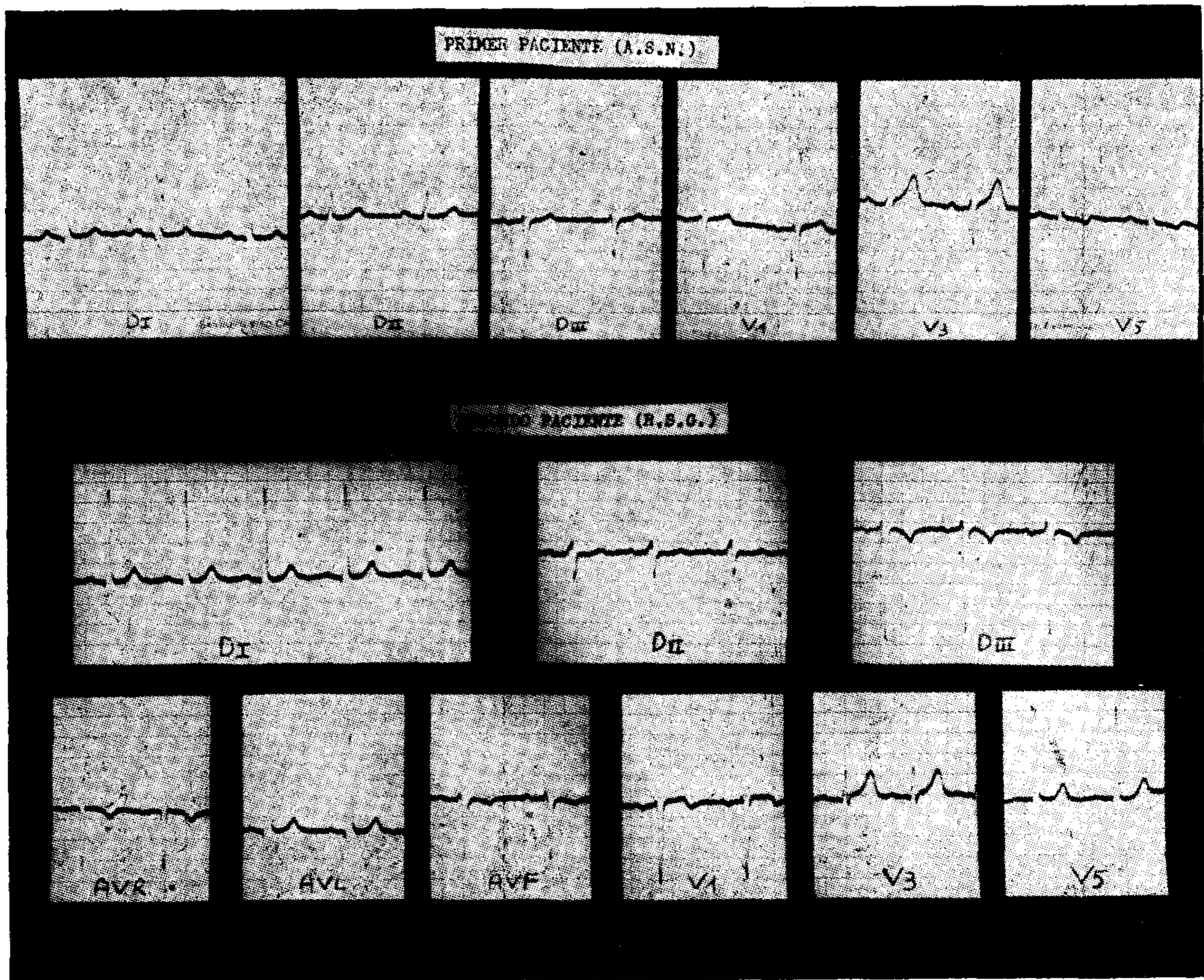


Fig. 1. — Electrocardiograma de los pacientes portadores de insuficiencia aórtica.



Fig. 2. — Telerradiografía de torax de frente del paciente R.S.G. portador de insuficiencia aórtica.



Fig. 3. — Electrocardiograma del paciente J. L. J. con síndrome de Wolff-Parkinson y White.

ellos con insuficiencia aórtica, presentaba al electrocardiograma un típico síndrome de P-R corto, y 2 aún con QRS ancho, mellado y con onda delta; es decir con todas las características del síndrome de Wolff-Parkinson y White, sin existir antecedentes de taquicardias paroxísticas en ninguno de ellos (figura 3).

Las características de la espondilitis anquilosante en los 2 pacientes con I.A. y los 4 pacientes con síndrome de W.P.W. no diferían de las observadas en el resto del grupo; todos eran seronegativos y no existió en ellos una mayor frecuencia de afectación articular periférica. Uno tenía asociada psoriasis.

Ninguno de los pacientes considerados presentaban un tiempo de conducción auriculoventricular aumentado.

COMENTARIOS

De los datos obtenidos es posible establecer la existencia de insuficiencia aórtica en la evolución alejada de la espondilitis anquilosante en nuestro medio; en proporciones parecidas (3,4 %) al de publicaciones realizadas sobre el tema en el hemisferio norte (1, 4, 5).

También resulta coincidente el hecho que en general se menciona (3, 5) la necesidad de varios años de evolución de la espondilitis anquilosante para que se produzcan las lesiones valvulares y en los dos pacientes que tenían insuficiencia aórtica, la evolución de la espondilitis era de más de 16 años; además, la regurgitación resulta en general moderada o significativa por la profunda alteración estructural que padecen las valvas y el anillo aórtico (4, 5), y en nuestros dos pacientes así se lo sospechaba clínicamente.

Un hecho que se menciona en la literatura (3, 6) y que en nuestros pacientes no se comprobó, es la coexistencia de insuficiencia aórtica con aumento del tiempo de conducción auriculoventricular por agresión concomitante de las vías de conducción.

Además, y como un hecho nuevo he-

mos observado cuatro pacientes que tenían un típico síndrome de pre-excitación ventricular exteriorizado al electrocardiograma por un P-R corto, y dos de ellos con QRS ancho y mellado y con onda delta inicial es decir con todas las características del síndrome de Wolff - Parkinson y White, ninguno con antecedentes de taquicardias paroxísticas, ni tampoco con insuficiencia aórtica; y dado que como resultaron cerca del 7 % de todas las espondilitis anquilosantes estudiadas, su alta incidencia de aparición resulta difícil de atribuir a mera casualidad.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

As it is above considered, it is possible to establish that in our region, the appearance of aortic insufficiency in the ankylosing spondylitis (3,4 %) is likely the same as in the north hemisphere. Through a clinical point of view, the aortic regurgitation was observed in patients with long term ankylosing spondylitis, and the magnitude of the regurgitation was moderated or significant. In any patient existed delay in the A-V. conduction.

Is interesting the existence of 4 patients with ventricular prestimulation syndrome, 2 of them with a characteristic Wolff-Parkinson - White Syndrome, without history of paroxysmal tachycardias.

BIBLOGRAFIA

1. Clark, W. S.; Kulka, J. P. and Bawer, W.: "Rheumatic Aortitis with Aortic Regurgitation: an Unusual Manifestation of Rheumatoid Arthritis (Including Spondylitis)". Am. J. Med., 22: 580, 1957.
2. Clark, W. S. and Bawer, W.: "Cardiac Changes in Rheumatoid Arthritis". Ann. Rheumat. Dis., 7: 39-40 1948. (Citado por Clark W. S., Kulka J. P. and Bawer W.).
3. Ansell, B. M.; Bywaters, E. C. L. and Doniach, I.: "The Aortic Lesion of Ankylosing Spondylitis". Brit. Heart J., 20: 507, 1958.
4. Graham, D. C. and Smythe, H. A.: "The Carditis and Aortitis of Ankylosing Spondylitis" Bull. Rheumat. Dis., 9: 171, 1958.
5. Davidson, P.; Baggenstross, A. H.; Slocumb, C. H. and Daugherty, G. W.: "Cardiac and Aortic Lesions in Rheumatoid Spondylitis". Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 38: 427; 1963.
6. Shulder, D. G.; Harvey, W. P. and Hufnagel, C. A.: "Rheumatic Spondylitis and Aortic insufficiency". New England J. Med., 255: 11, 1956.