

EL ROLIDO DIASTOLICO Y EL SOPLO PRESISTOLICO DE LA ESTENOSIS MITRAL

NUEVA MANIOBRA PARA AUMENTAR SU AUDIBILIDAD

POR LOS DOCTORES

JULIO BRONSTEIN, MIGUEL A. RODRÍGUEZ SAAVEDRA y RAÚL GARCÍA SANTILLÁN *

ES muy conocido el hecho de que el ruido diastólico y el soplo presistólico de la estenosis mitral son con cierta frecuencia, de difícil auscultación en decúbitodorsal y que para facilitar su audibilidad se viene aconsejando desde tiempo inmemorial auscultar al enfermo en decúbito lateral izquierdo; cuando aún en esta posición no se perciben dichos soplos, es de utilidad provocar la aceleración de la corriente sanguínea haciéndole practicar un esfuerzo o inhalar nitrito de amilo al paciente. Pero en algunas ocasiones, a pesar de todas estas maniobras, es imposible su auscultación: se trata de las estenosis mitrales denominadas áfonas.

Estos hechos nos plantean muchas veces un problema diagnóstico de difícil solución, porque los síntomas y signos que presenta el enfermo pueden observarse en otras cardiopatías y aún en sujetos sanos, o están ausentes los antecedentes y las manifestaciones que coadyuvan a diagnosticar la afección; así, es frecuente la ausencia del antecedente de reumatismo o sus equivalentes (corea,

neumonitis, epistaxis, vómitos a repetición) padecidos en la infancia; la disnea puede presentarse en sujetos anatómicamente sanos pero con astenia neurocirculatoria; el 2º ruido pulmonar puede estar aumentado de intensidad en sujetos jóvenes sanos (por mayor vecindad de la pulmonar a la pared precordial); el 1er. ruido puede estar aumentado de intensidad en el foco mitral, simulando un chasquito de cierre, en personas sanas con eretismo cardíaco; la configuración mitral radiológica puede observarse en longilíneos sanos con un corazón anatómicamente vertical; y por otra parte el agrandamiento de la aurícula izquierda en un enfermo con estenosis mitral no siempre es evidente o indudable en el examen radiológico.

Además, el diagnóstico de la estenosis mitral no tiene sólo un interés científico sino que tiene gran importancia para la conducta terapéutica, sobre todo a esta altura de la cirugía cardiovascular, en que una comisurotomía mitral puede traer aparejado un gran alivio para estos enfermos. En otros casos es de valor fundamental el diagnóstico de una estenosis mitral acompañando a otra

* Servicio Nº 10 de Cardiología y Asistencia Social al Cardíaco.

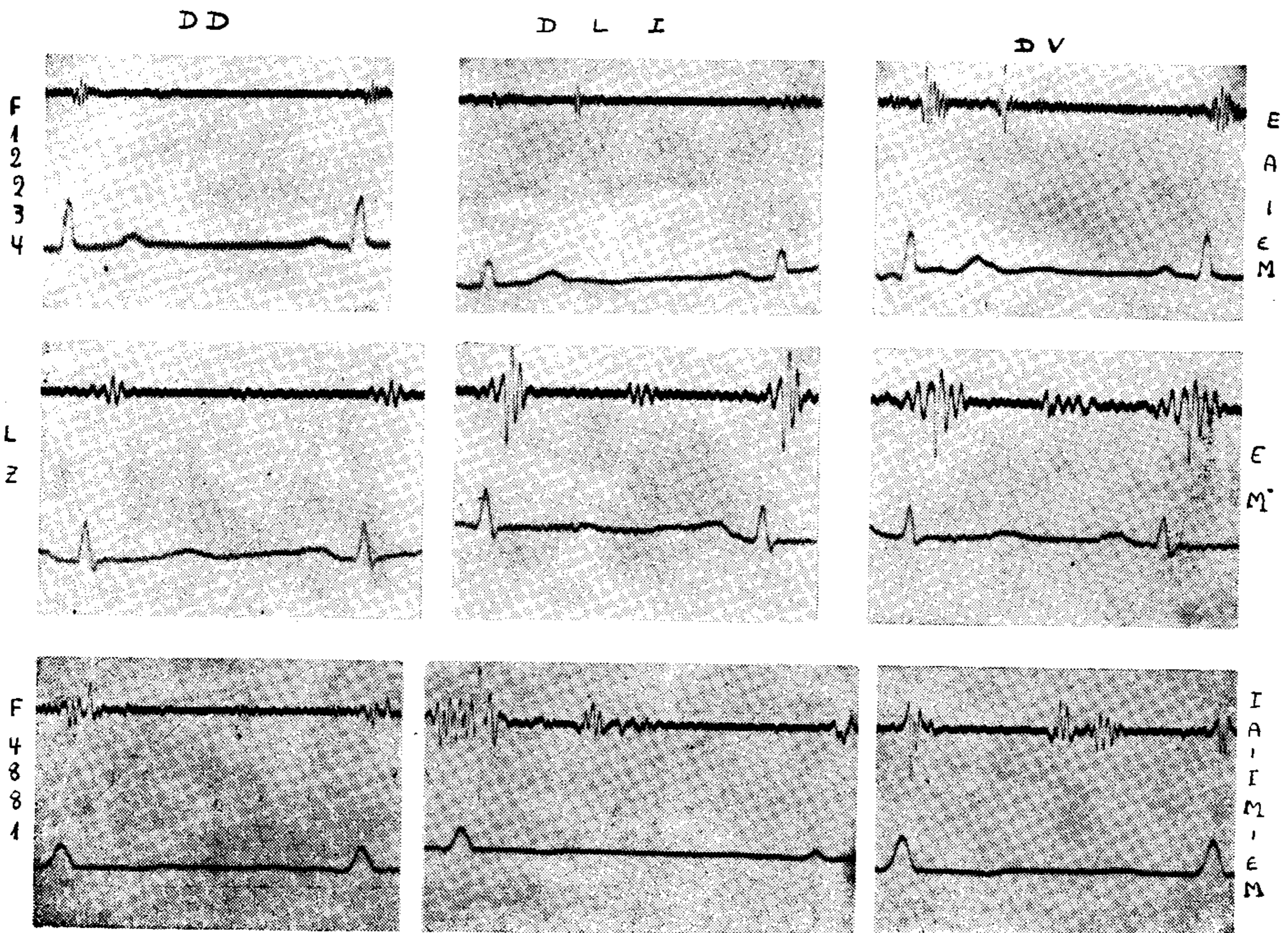
cardiopatía como en el caso de la comunicación interauricular, donde esta combinación constituye la enfermedad de Lutembacher, la que con el corazón artificial es pasible de una reparación completa (comisurotomía mitral y cierre del agujero de Botal) y en la que es muchas veces difícil hacer el diagnóstico de la sobreagregada estrechez mitral, porque la aurícula izquierda no sufre una gran dilatación (ya que el defecto septal hace de válvula de escape), y puede no auscultarse el ruido diastólico que justifique el sondeo de las cavidades izquierdas para comprobar el gradiente de presión entre aurícula y ventrículo izquierdos, que certifique el obstáculo al vaciamiento de la cavidad auricular.

Estos hechos y la circunstancia de habernos encontrado ante enfermos que presentaban una anamnesis y un examen clínico radiológico y electro-

cardiográfico que nos autorizaban a asegurar la existencia de estenosis mitral, y en quienes, sin embargo, la más cuidadosa auscultación con las distintas maniobras aconsejadas hasta la fecha no nos permitían percibir el ruido diastólico ni el soplo presistólico, nos indujeron a intentar la búsqueda de una maniobra que nos permitiera pesquisar dichos elementos diagnósticos en aquellos casos en que es difícil o imposible su percepción. De este modo llegamos a observar que el ruido diastólico y el soplo presistólico aumentan su audibilidad en decúbito-ventral en apnea espiratoria.

MATERIAL Y METODO

Se estudió desde el punto de vista clínico, radiológico y electrofonocardiográfico, un lote de 35 enfermos que presentaban estenosis mitral. De

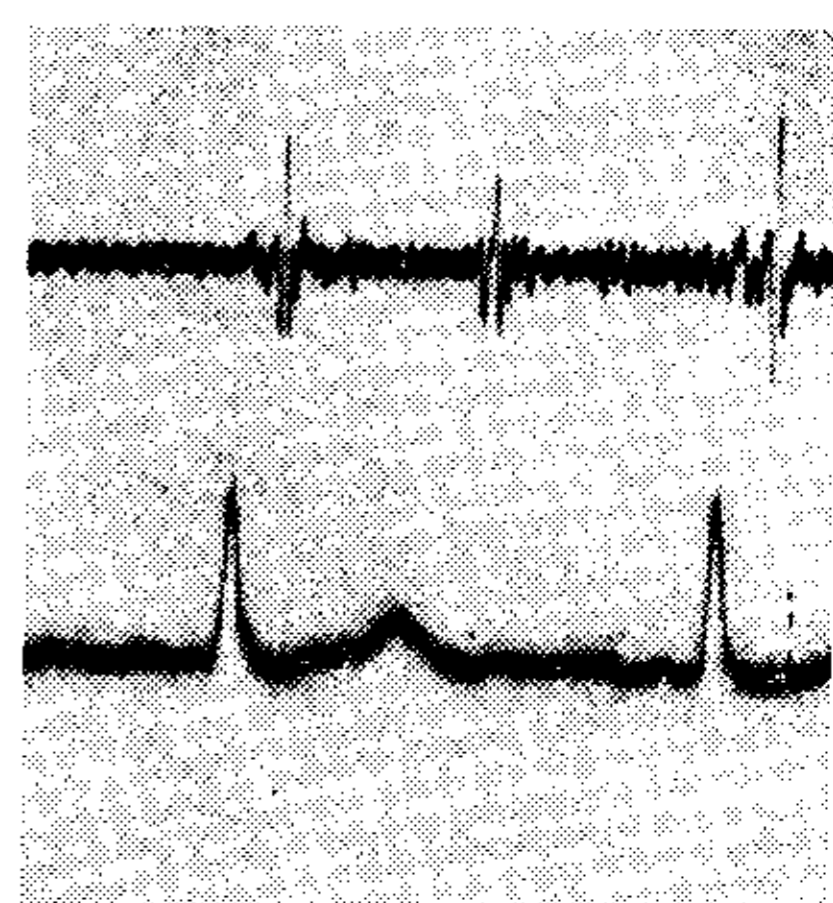
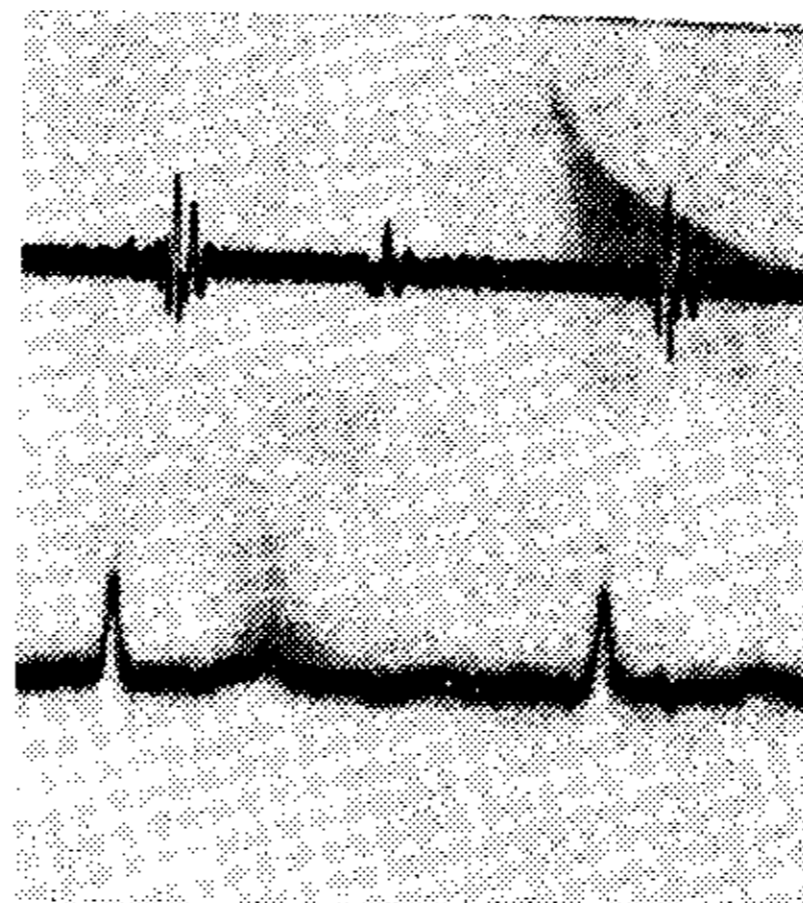
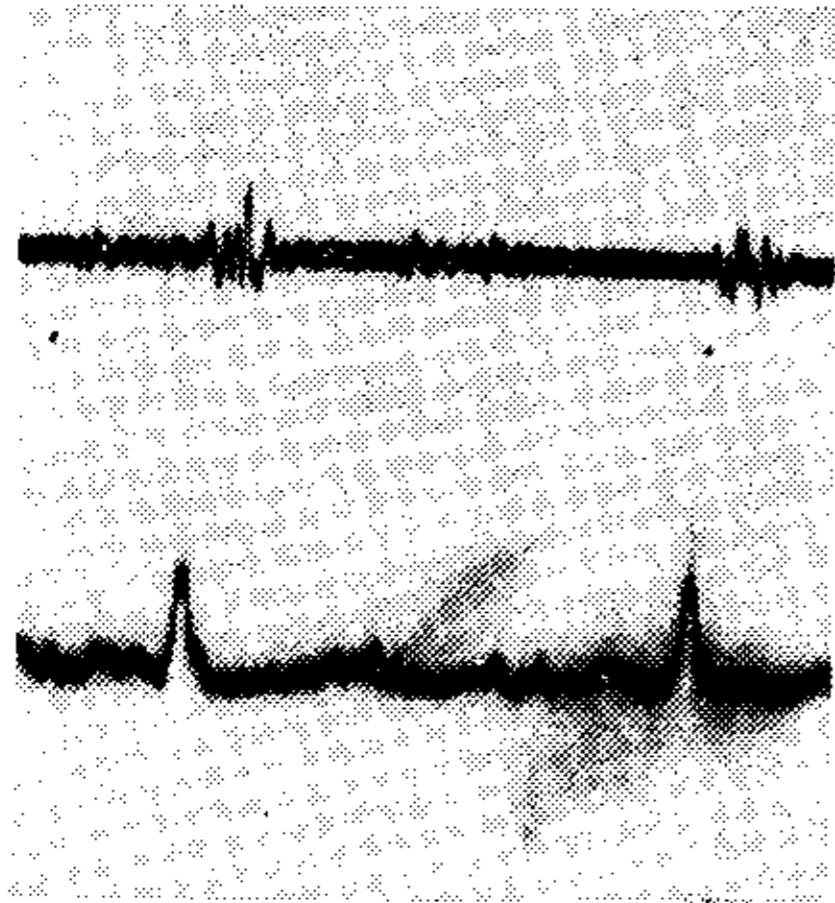


DD

DLI

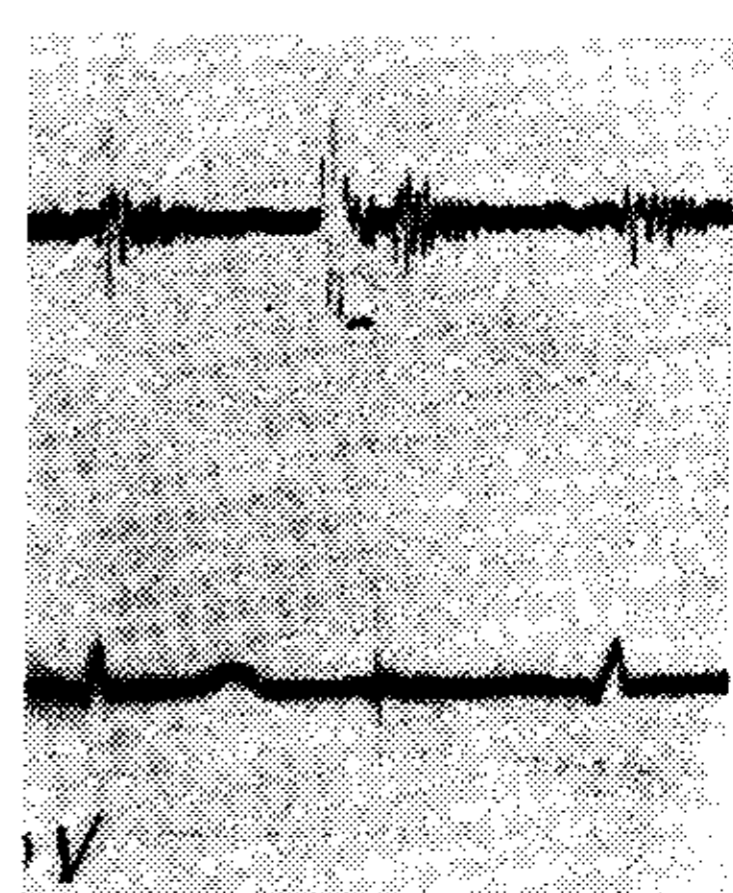
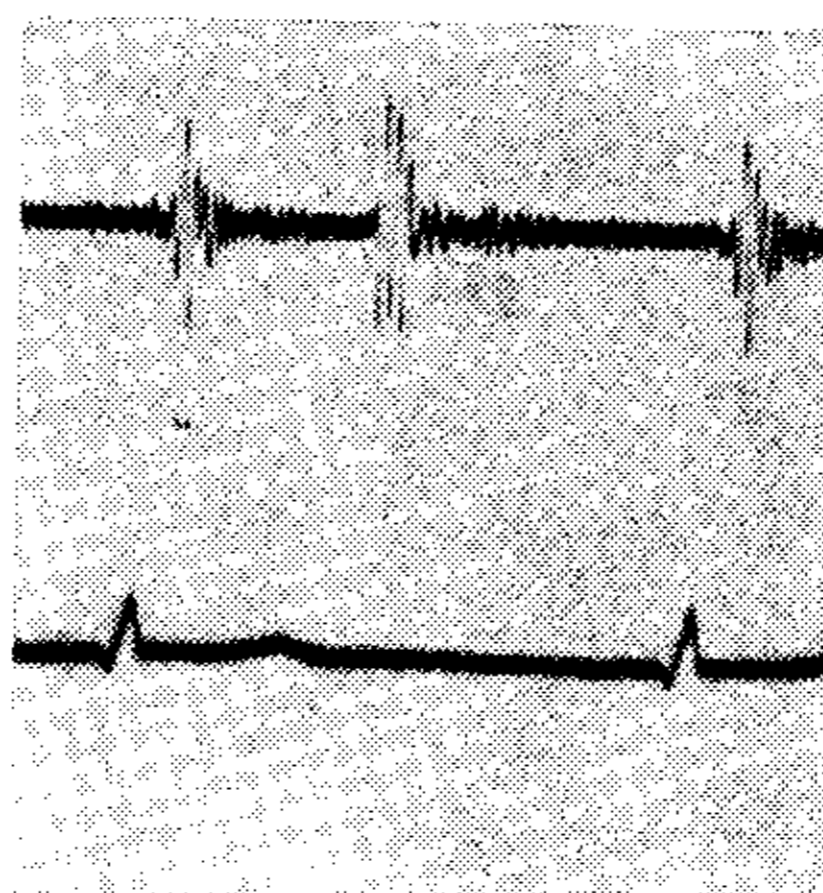
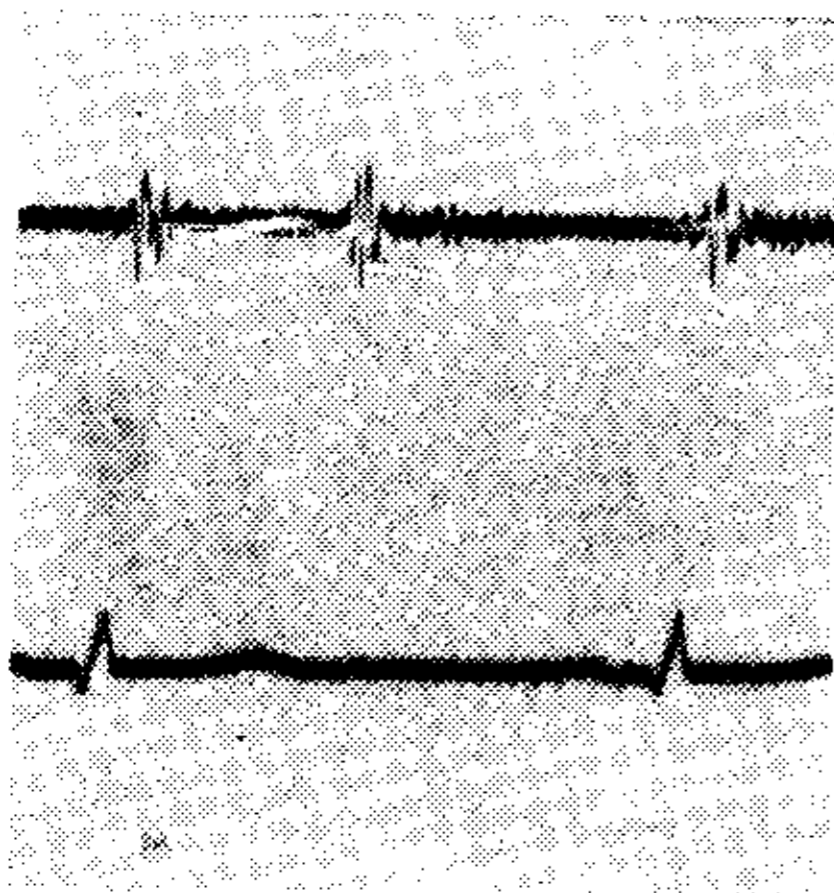
DV

F
1
1
7
8
9



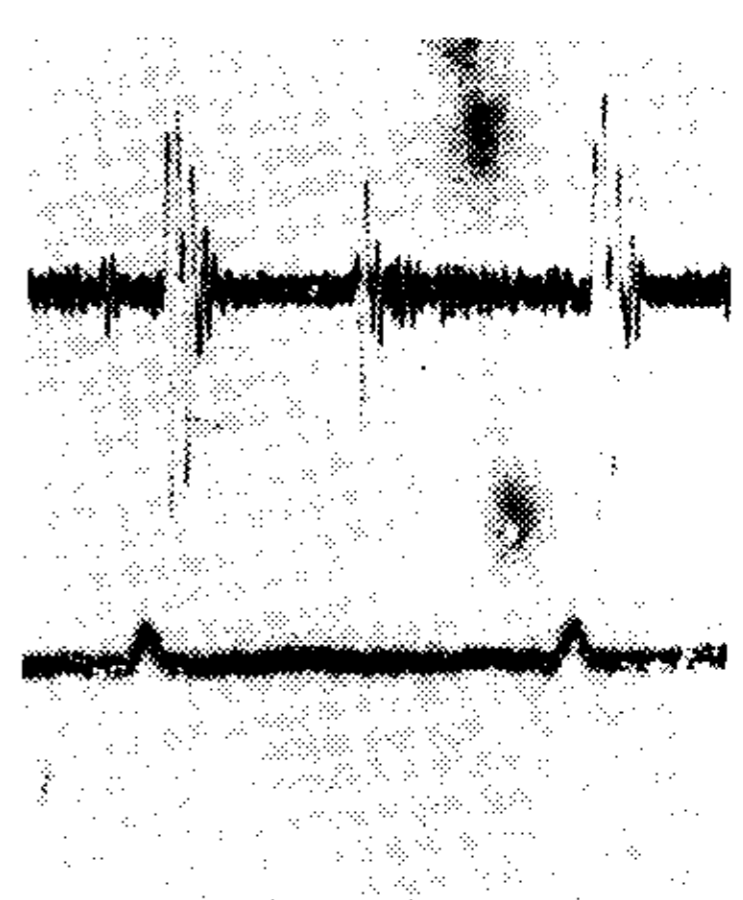
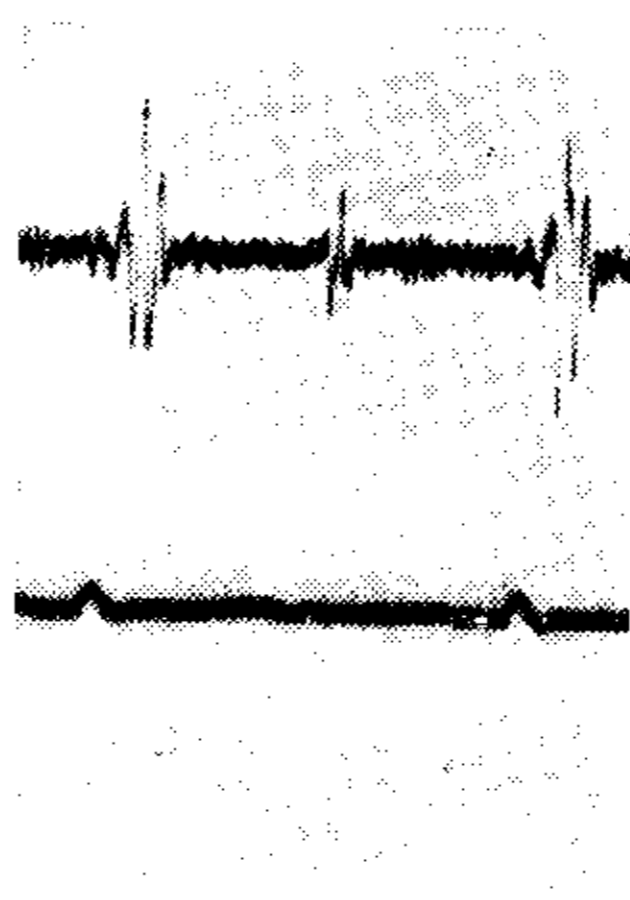
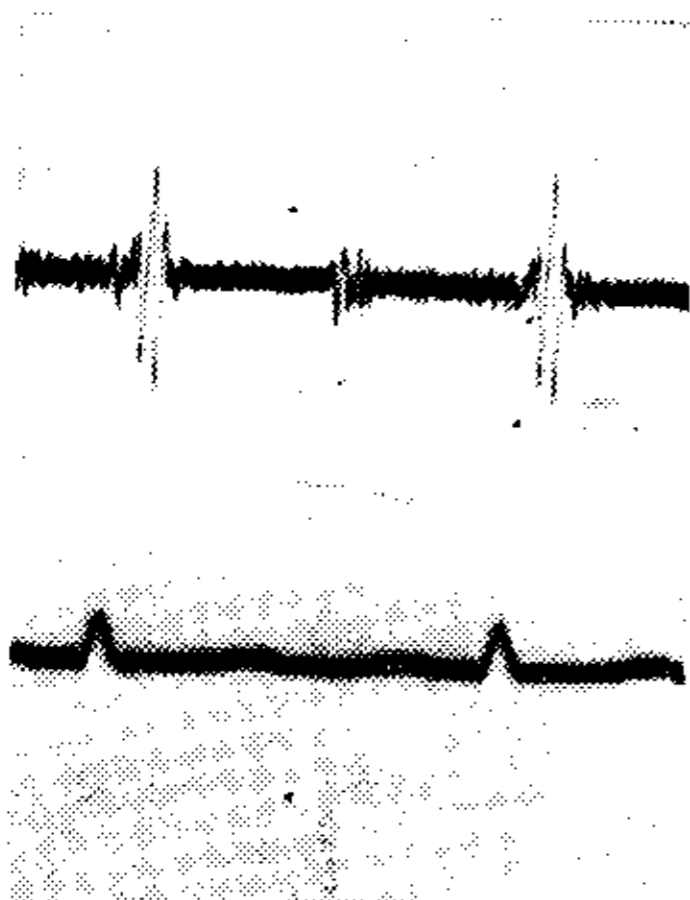
F
1
7
8
9

M
S



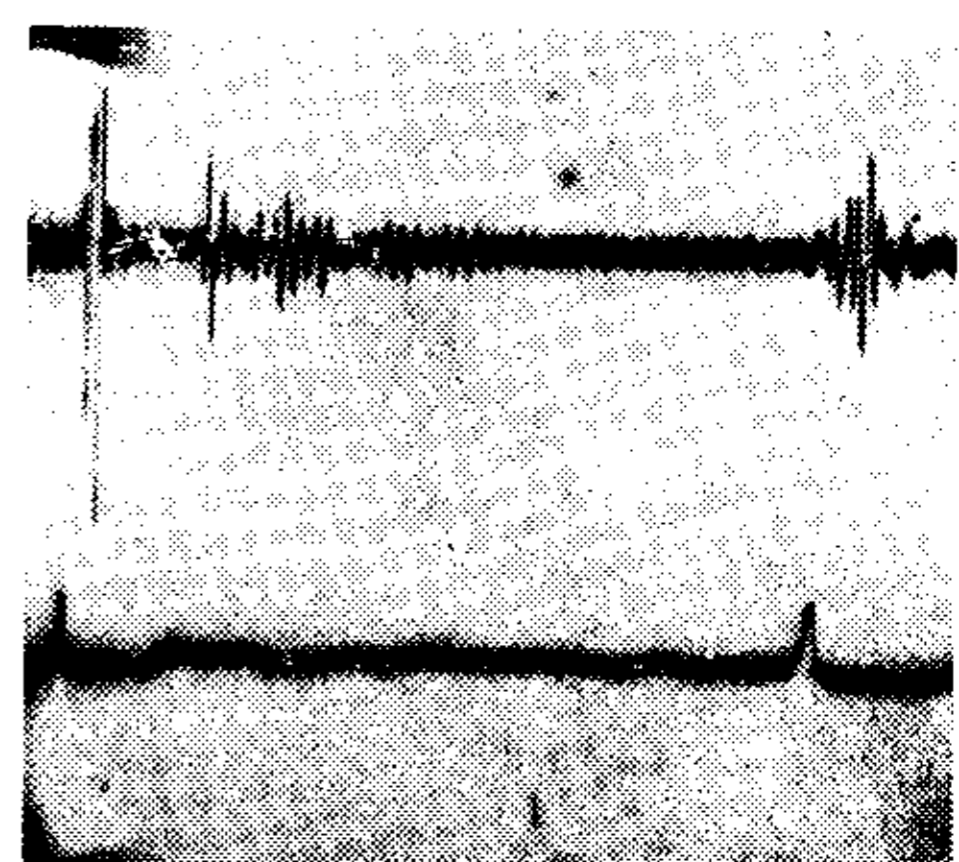
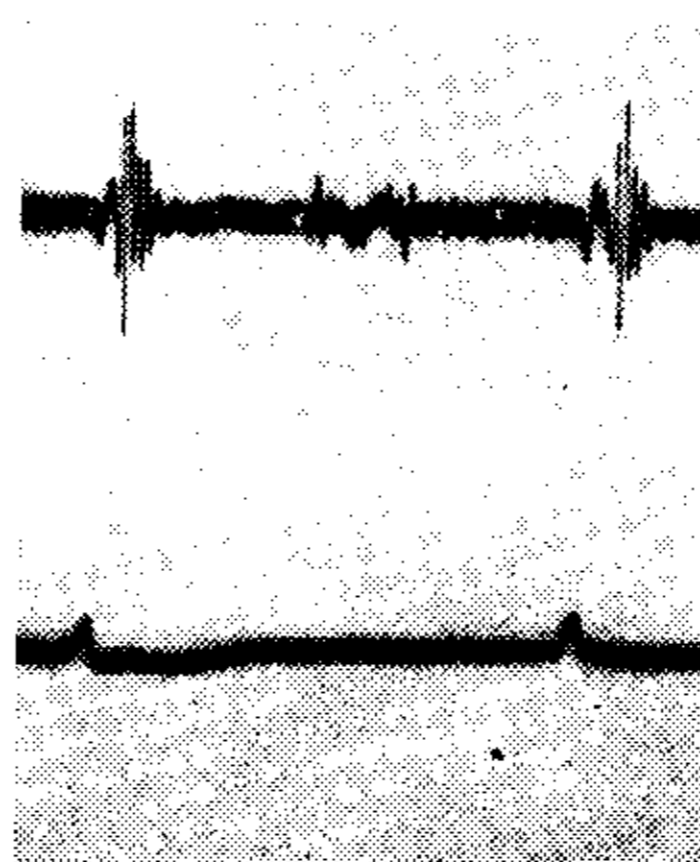
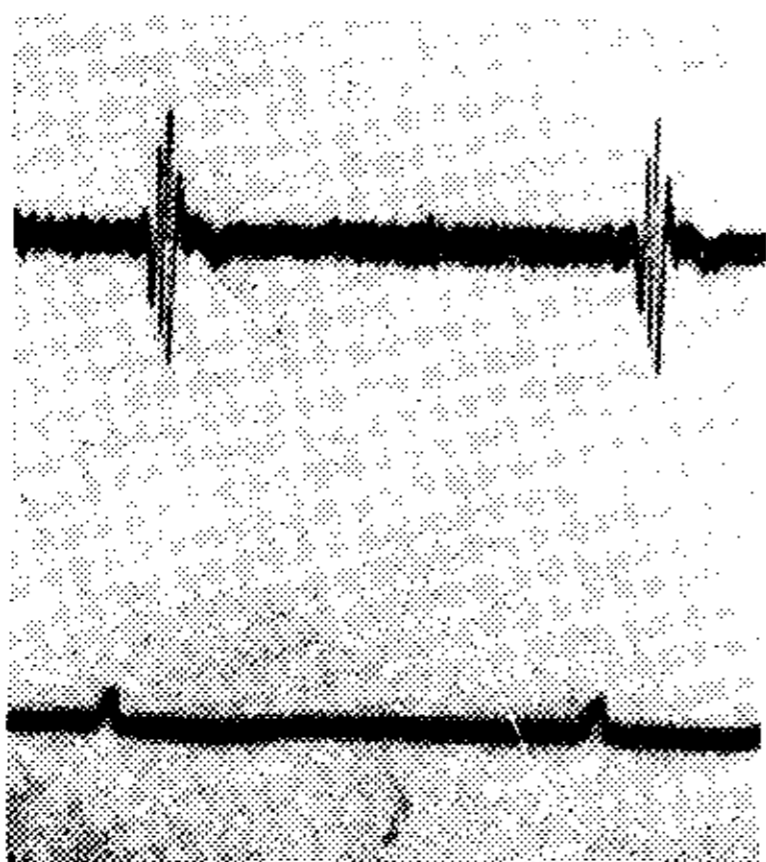
M
S

F
1
2
2
7
8

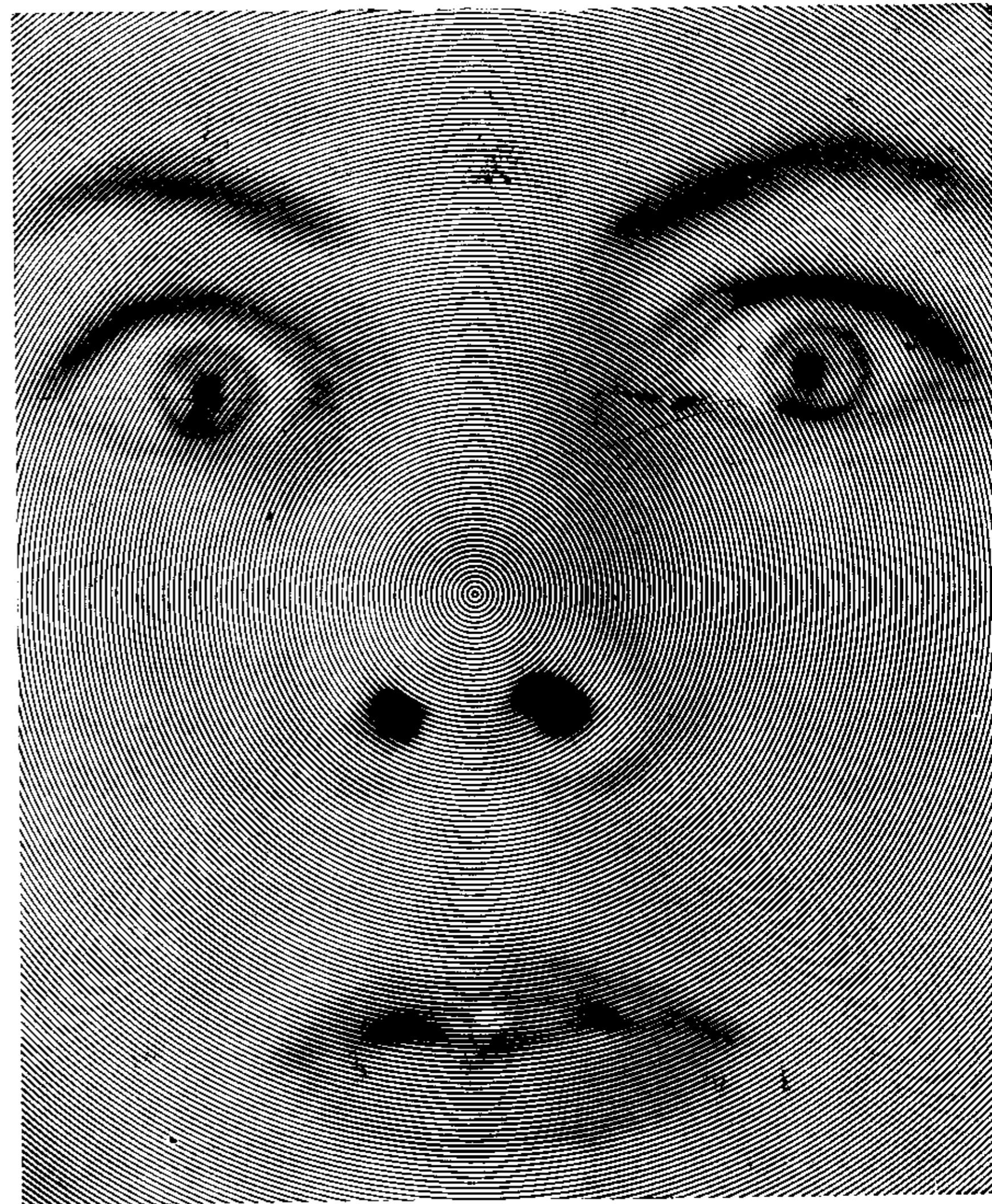
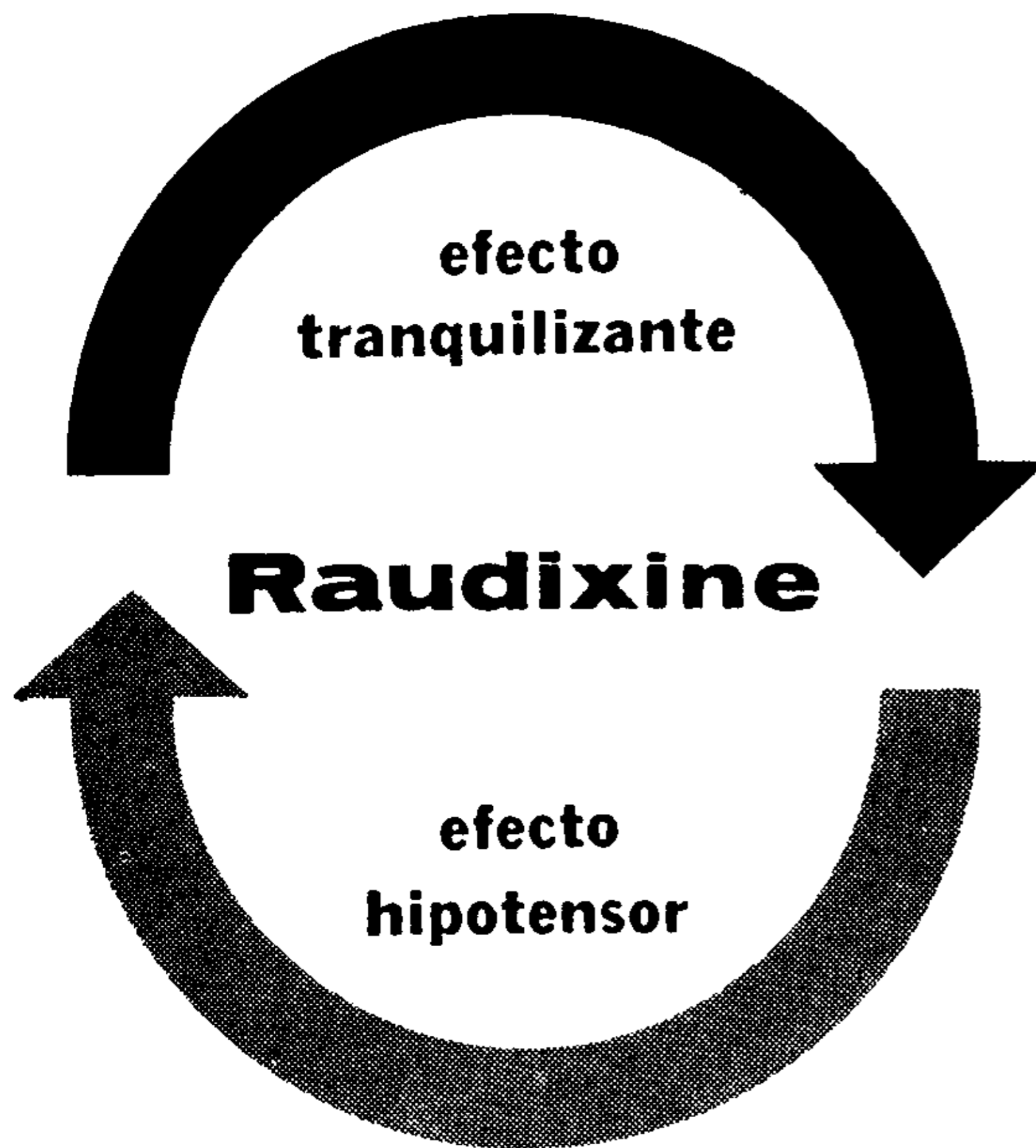
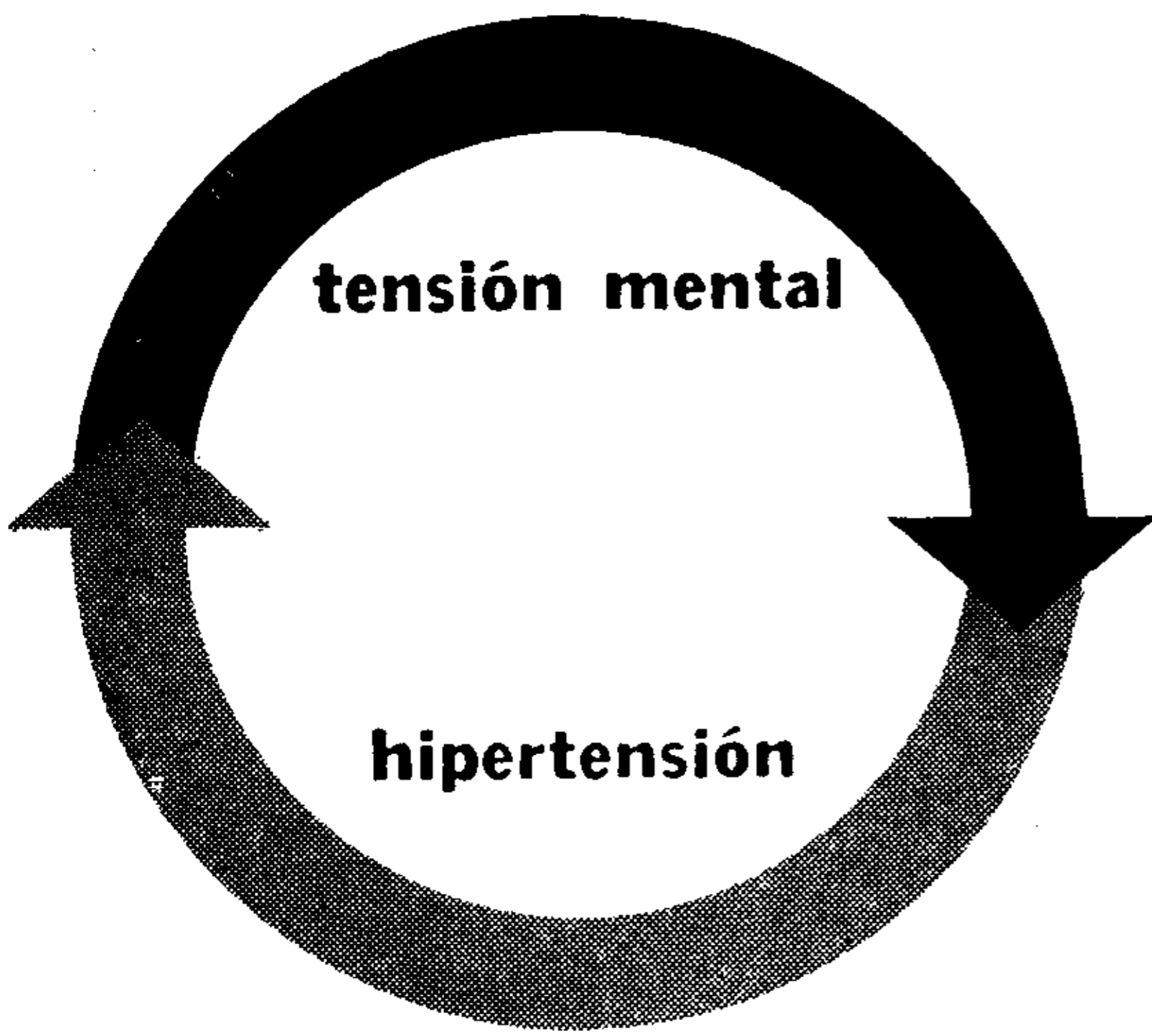


F
1
2
7
8

M
D



M
D



Con Raudixine Ud. puede quebrar en sus pacientes el ciclo hipertensión-tensión mental.

RAUDIXINE

raíz íntegra de rauwolfia squibb



éstos, 15 presentaban insuficiencia aórtica y estenosis mitral, 5 presentaban enfermedad aórtica y estenosis mitral, 4 insuficiencia y estenosis mitral y 11 estenosis mitral pura. La fibrilación auricular y la insuficiencia cardíaca congestiva estaban presentes en 20 y los 15 restantes tenían ritmo sinusal y presentaban disnea de esfuerzo.

Como contraprueba se practicó el mismo estudio en 10 pacientes que concurrían al Servicio de Cardiología y Asistencia Social al Cardíaco del Hospital Juan A. Fernández por distintas manifestaciones subjetivas, presentando 3 de ellos hipertensión arterial, 2 esclerosis coronaria y los 5 restantes sin cardiopatía orgánica; en los 10 enfermos las conclusiones clínicas y de laboratorio permitían descartar la presencia de estenosis mitral.

Se practicaron electrofonocardiogramas en 3 posiciones: decúbito dorsal, decúbito lateral izquierda y decúbito ventral (con el enfermo apoyado sobre los codos, haciéndole disminuir en lo posible la tensión de los músculos pectorales y evitar la compresión del micrófono entre la camilla y el pecho). Los trazados fueron obtenidos en un ambiente cerrado y en absoluto silencio para evitar los ruidos adventicios. Al cambiar de posición se esperaba unos minutos hasta que la frecuencia cardíaca retornaba a los niveles basales (evitando así la acción de la taquicardia provocada por los movimientos del cuerpo); al comienzo se obtuvieron trazados con frecuencia cardíaca aumentada (obteniéndolos inmediatamente de cambiar de posición) en decúbito dorsal y decúbito lateral izquierdo, y con frecuencia basal en decúbito ventral, pero como observáramos que cuando el rolido diastólico no se auscultaba o era apenas perceptible en las dos primeras posiciones en estas condiciones, en

cambio se percibía netamente con frecuencia cardíaca inicial en decúbito ventral, continuamos con el procedimiento señalado más arriba. En un primer momento practicamos los trazados en apnea inspiratoria y espiratoria, pero como los hechos nos demostraron que esta última era más demostrativa, contrariamente a lo observado por Silder y Harvey, la adoptamos definitivamente. El papel se hizo correr a la velocidad de 35 y 70 mm. La amplitud empleada para la obtención de los fonocardiogramas fué distinta para los diversos enfermos, pero la misma para las tres posiciones en el mismo enfermo. El aparato utilizado fué el EME.

RESULTADOS

En los pacientes que no presentaban estenosis mitral no se auscultó el rolido diastólico ni el soplo presistólico, ni se lo registró en el fonocardiograma en ninguna de las tres posiciones.

En los 35 enfermos con estenosis mitral: no se auscultaba el rolido diastólico ni el soplo presistólico en decúbito dorsal ni en decúbito lateral izquierdo en 8; no se auscultaba en decúbito dorsal pero sí en decúbito lateral izquierdo en 10; y era apenas audible en decúbito dorsal siendo netamente perceptible en decúbito lateral izquierdo en 17. La posición de decúbito ventral haciendo apoyar al enfermo los codos en la camilla e invitándolo a disminuir al mínimo la tensión de los músculos pectorales, hacía audible siempre, en apnea espiratoria, el rolido diastólico y a veces el soplo presistólico cuando no se los percibía en los otros decúbitos, y aumentaba en forma indubitable su intensidad, en aquellos casos en que se los auscultaba en cualquiera de los otros decúbitos; el trazado fonocardiográfico certificó los hallazgos de la auscultación. Por otra parte, el de-

cúbiteo ventral aumentaba también la intensidad de los ruidos cardíacos y de los soplos coexistentes.

CONCLUSIONES

El estudio clínico y electrofonocardiográfico demostró que la posición decúbiteo-ventral hace perceptible siempre el ruido diastólico y a veces el soplo presistólico o aumenta su audibilidad cuando no se los ausculta en decúbiteo dorsal y decúbiteo lateral izquierdo o cuando son de muy poca intensidad en dichos decúbitos. Cuando la estenosis mitral está ausente no se auscultan dichos soplos en ninguno de los tres decúbitos.

RESUMEN

Se estudiaron 35 enfermos que presentaban estenosis mitral pura o combinada con otras cardiopatías como insuficiencia aórtica, enfermedad aórtica e insuficiencia mitral. Se practicó el examen desde el punto de vista clínico, radiológico, electrocardiográfico y fonocardiográfico.

Como contraprueba se hizo el mismo estudio en 10 pacientes que no presentaban estenosis mitral.

La auscultación puso de manifiesto que el ruido diastólico siempre y a veces el soplo presistólico, aumentan su audibilidad en el decúbiteo ventral y en apnea espiratoria cuando se les ausculta en decúbiteo dorsal y/o decúbiteo lateral izquierdo y se hacen perceptibles en dicho decúbiteo cuando no se los ausculta en los otros. El fonocardiograma certificó estos hallazgos.

Cuando no existe estenosis mitral, ni el ruido diastólico ni el soplo presistólico aparecen en los distintos decúbitos, como lo demuestra la auscultación y el trazado fonocardiográfico.

SUMMARY

Thirty-five patients presenting mitral stenosis, alone or combined with other

cardiopathies such as aortic insufficiency, aortic disease and mitral insufficiency, have been studied. They have been examined from the clinical, radiological, electrocardiographic and phonocardiographic point of view.

As a control study, 10 patients not presenting mitral stenosis have also been studied.

The auscultation showed that the diastolic sound always, and the pre-systolic murmur sometimes, are more audible in ventral decubitus and in expiratory apnea when auscultated in dorsal decubitus and/or left lateral decubitus and they are evident in that decubitus when not auscultated in the other ones. The phonocardiogram proves these findings.

When there is no mitral stenosis, neither the diastolic sound nor the presystolic murmur appear in the different decubitus, in accordance with what the auscultation and the phonocardiographic tracings show.

RÉSUMÉ

On a fait l'étude de trente-cinq malades portant une stenose mitrale pure ou combinée avec d'autres cardiopathies tels qu'une insuffisance aortique, une maladie aortique et une insuffisance mitrale. On pratiqua l'examen du point de vue clinique, radiologique, electrocardiographique et phonocardiographique.

Comme contre-preuve on a fait la même étude chez 10 malades qui ne présentaient pas de stenose mitrale.

L'auscultation a mis en évidence le fait que le bruit diastolique toujours, et el souffle presystolique quelquefois, sont plus audibles dans le decubitus ventral et dans l'apnee expiratoire quand on les ausculte dans le decubitus dorsal et/ou le decubitus lateral gauche et ils sont perceptibles dans ce decubitus quand on ne les ausculte pas dans les autres. Le phonocardiogramme confirme ces données.

Quand il n'y a pas de stenose mitrale, ni le bruit diastolique ni le souffle presystolique ne sont pas présents dans les

différents décubitus, ainsi que le prouve l'auscultation et le tracé phonocardiographique.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden 35 Patienten mit Mitralstenose, reine oder kombiniert mit anderen Herzkrankheiten wie Aortainsuffizienz, Aortaerkrankung und Mitralinsuffizienz, studiert. Die Untersuchungen wurden vom klinischen, radiologischen, elektrokardiographischen und phonocardiographischen Standpunkt aus durchgeführt.

Als Gegenprobe wurden die gleichen Untersuchungen bei 10 Patienten ohne Mitralstenose durchgeführt.

Bei der Auskultation wurde festgestellt dass das diastolische Geräusch immer und das prä systolische Geräusch manchmal, in der Bauchlage und in apnoeischer Ausatmung besser zu hören sind wenn man sie in der Rückenlage und oder linker Seitenlage auskultiert, un dass sie in

genannter Lage hörbar werden wenn man sie nicht in den anderen Lagen auskultiert. Das Phonocardiogramm bestätigt diese Befunde.

Wenn keine Mitralstenose besteht, dann erscheinen weder das diastolische noch das prä systolische Geräusch in den verschiedenen Lagen, wie es die Auskultation und das Phonocardiogramm beweisen.

BIBLIOGRAFIA

- SCHILDER, D. P. and PROCTOR HARVEY, W.: Confusion of Tricuspid Incompetence with mitral insufficiency. A pitfall in the selection of patients for mitral surgery. *American Heart Journal*, sept. 1957, 54, 3, 352.
- Mc KUSICK, VÍCTOR: Symposium on Cardiovascular Sound. *Circulation*, Aug. 1957, XVI, 2, 270.
- WHITE, J. D.: *Heart Disease*. The Mac Millan Company, New York, 1944.
- LEVINE, S. A. and PROCTOR HARVEY, W.: *Clinical Auscultation of the Heart*. W. B. Company. Philadelphia, London, 1949.