

EL SOPLO SISTÓLICO EN LA ESTENOSIS AORTICA *

por los doctores

V. ALZAMORA-CASTRO, C. RUBIO W. y G. BATTILANA D.

Con frecuencia la estenosis aórtica constituye un problema diagnóstico. La localización, intensidad o características del soplo, así como otros signos asociados muchas veces ayudan pero no siempre son enteramente afirmativos. Actualmente la presencia de calcificaciones constituye, sin disputa, el mejor signo diagnóstico ^{1, 2, 3}. Desgraciadamente las calcificaciones no siempre son visibles o no siempre existen.

Oriás y Braun-Menéndez en 1939 señalaron que en los casos de estenosis aórtica “el soplo siempre presenta una intensidad máxima durante la fase de expulsión máxima ⁴. Ha sido posible verificar que esta característica del soplo sistólico en los casos de estenosis de la aorta es un importante signo diagnóstico, máxime si para reconocerlo no se necesita otro medio auxiliar que el estetoscopio.

MATERIAL, MÉTODO Y RESULTADOS

En los pacientes en los que se sospechó una estenosis de la aorta las características del soplo fueron cuidadosamente anotadas. Semiológicamente este soplo se caracterizó por iniciarse después del primer ruido cardíaco, su intensidad entonces rápidamente progresa y se apaga antes de que el segundo ruido cardíaco sea percibido. El soplo generalmente se escucha más intenso en las regiones vecinas a la base (foco aórtico), pero su ubicación con respecto al primero y segundo ruido habitualmente es más precisa en la punta o en la región mesocardiaca.

En 28 de estos enfermos mediante el examen radioscópico se pudieron ver calcificaciones en las válvulas aórticas. En muchos también se hallaron calcificadas las válvulas o el anillo mitral. En un caso la estenosis aórtica se confirmó en la autopsia.

En 15 pacientes se registraron fonocardiogramas y simultáneos trazados mecánicos. En éstos se observó que la intensidad máxima del soplo, tal como lo señalado Oriás y Braun-Menéndez, coincidía con la fase de expulsión máxima. Se pudo verificar también que la intensidad disminuía durante las fases de expulsión mínima y reducida ⁵. Por los hechos anotados en los registros fonocardiográficos la forma del soplo es comparable a un “rombo” (fig. 1).

* Consultorio de Cardiología del Hospital “Dos de Mayo”. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Mayor de San Marcos de Lima, Perú.

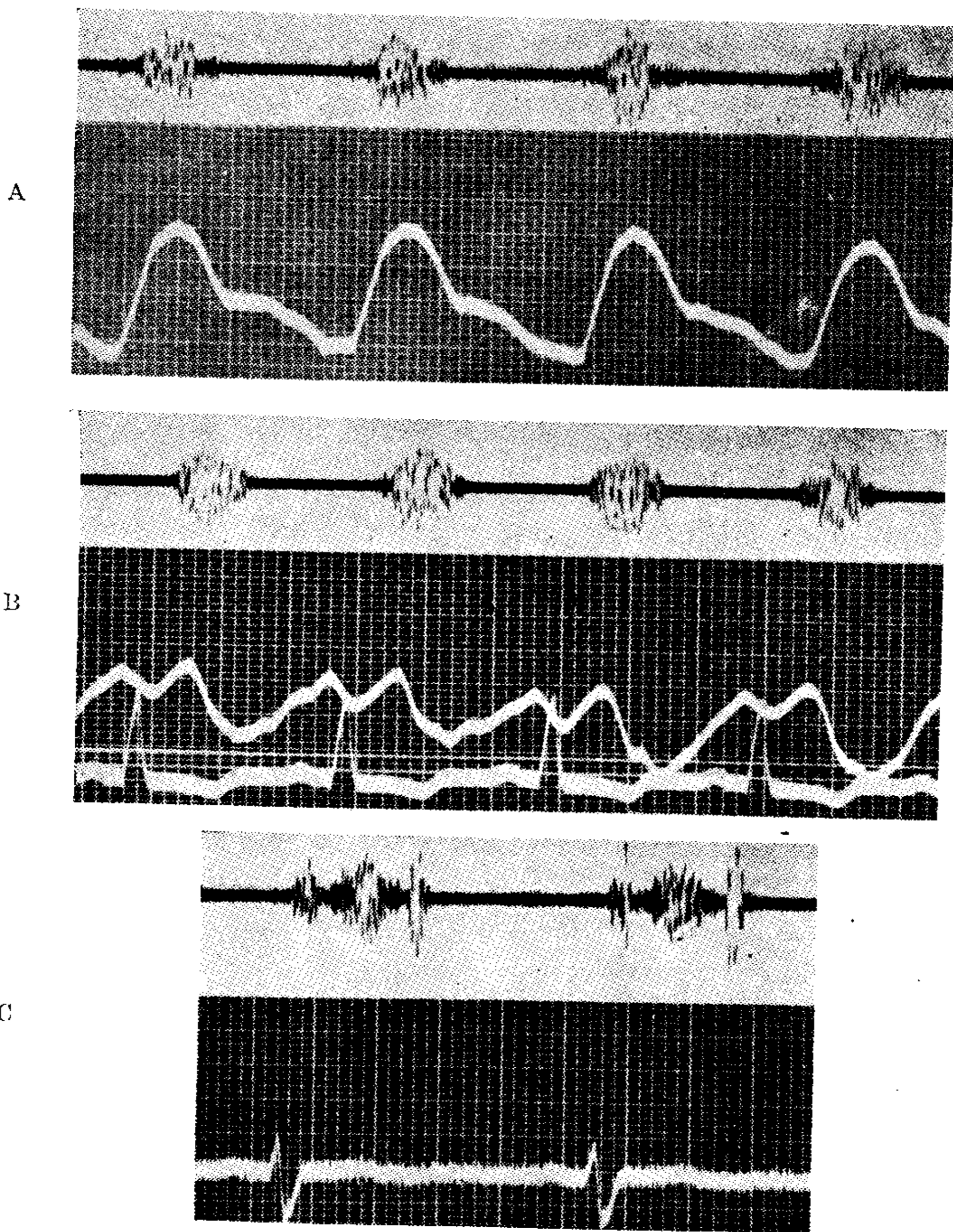


FIGURA I

Registro A. — Fonocardiograma de la base y pulso carotídeo. Paciente de 66 años de edad. Diagnóstico: Arterioesclerosis cardiovascular. Además de un intenso soplo sistólico de tipo aórtico se percibió un débil soplo sistólico mitral y un tenue soplo diastólico aórtico. En la radioscopia se encontraron ostensibles calcificaciones aórticas.

Registro B. — Fonocardiograma de la base, pulso venoso y electrocardiograma (derivación clásica II). Paciente de 29 años. Diagnóstico: Cardiopatía reumática. En este enfermo había una doble lesión valvular, estenosis e insuficiencia aórtica e insuficiencia y posiblemente estenosis mitral. El soplo más intenso fué el de la estenosis aórtica. En la radiografía se encontraron calcificadas las válvulas aórticas.

Registro C. — Fonocardiograma y electrocardiograma (derivación bipolar II). Paciente de 52 años. Diagnóstico: Arterioesclerosis cardiovascular. En este enfermo se percibió además de un intenso soplo de tipo aórtico un débil soplo diastólico de tonalidad aórtica. Tanto el estremecimiento sistólico como el soplo se percibieron mejor en la región mesocardiaca. El fonocardiograma se registró cerca de la punta, ahí el primer y el segundo cardíaco eran claramente audibles. En la autopsia se encontraron lesiones características de estenosis aórtica.

COMENTARIOS

Por las características anotadas el soplo de la estenosis aórtica puede ser diferenciado clínicamente de los soplos sistólicos de origen mitral. Con frecuencia los soplos de la estenosis aórtica no tienen propagación típica y no siempre el foco de intensidad máxima está en la base sino en alguna región vecina a la punta. Los caracteres del soplo son más importantes que el lugar donde éste se oye con más intensidad y, ocasionalmente, dichos caracteres permiten diferenciarlo claramente de los soplos mitrales que no rara vez coexisten.

Soplos semejantes a los que se escuchan en las estenosis aórticas pueden también ser percibidos en las estenosis de la arteria pulmonar. Al respecto hay evidencia clínica pero ninguna prueba objetiva ha podido ser conseguida. Por analogía se puede admitir que las condiciones mecánicas determinantes de ambos soplos son similares en los dos circuitos arteriales. Es pertinente indicar aquí que muchos soplos pulmonares llamados "funcionales" pueden agruparse en la categoría que estudiamos y, entre estos soplos que bien fundadamente se consideran funcionales y aquellos que por su intensidad ya se pueden catalogar de "orgánicos" existe toda una gama de intermedios. En muchos casos una diferenciación precisa entre lo que se puede interpretar como una extrema variación de lo normal y lo que ya debería ser considerado patológico es difícil o imposible. La existencia de una hipertrofia ventricular derecha descubrible por el electrocardiograma y los rayos X auxilian el diagnóstico (la gran diversidad que normalmente existe en la configuración y disposición de la arteria pulmonar y sus ramas hace que al respecto la interpretación radiológica pura sea aventurada o difícil).

Los soplos de las estenosis de la aorta deberán diferenciarse además de aquellos muy parecidos que se oyen a veces en algunos aneurismas de la aorta y casi siempre en las coartaciones de la aorta. En esta última entidad Cossio y González Sabathie señalaron que el soplo se percibe "bien después del primer ruido y se origina en la propia estenosis o en las arterias intercostales flexuosas" ⁶.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

Los soplos de las estenosis aórticas, y verosimilmente aquellos debidos a la estenosis de la arteria pulmonar, tienen características esteto-acústicas definidas que permiten diferenciarlos clínicamente de otros soplos sistólicos de origen distinto.

Dichos soplos se caracterizan por iniciarse momentos después del primer ruido cardíaco, su intensidad rápidamente progresa y terminan momentos antes del segundo ruido cardíaco. La intensidad máxima del soplo coincide con la fase de expulsión máxima.

Semejantes soplos pueden oírse en algunos aneurismas de la aorta y en la coartación de la aorta.

BIBLIOGRAFIA

1. *Sosman, M. S. y Wosika, P. H.* — "Am. Heart J.", 1934, 10, 156.
2. *Sosman, M. S.* — "Am. J. Roentgenology and Radium Therapy", 1939, 42, 47.
3. *Menéndez de Oliveira R.* — "Med. Cir. Farmacia". 1945, 112, 1.
4. *Orias, O. y Braun-Menéndez, E.* — "The Heart-Sounds in Normal and Pathological Conditions". Oxford Med. Publications, 1939, pág. 212.
5. *Orias, O.* — "Registro e Interpretación de la Actividad Cardíaca". Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1936, pág. 106 y sigts.
6. *Cossio, P. y González-Sabathie L.* — "Noticiario Médico Mundial". 1938, 14, 5.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Les souffles des sténoses aortiques, et apparament ceux occasionés par la sténose de l'artère pulmonaire, ont des caractéristiques stéto-acoustiques qui permettent de les assortir cliniquement d'autres souffles systoliques d'origine différente.

Ces souffles se caracterisent par l'innitiation qui se produit moments après le premier bruit cardiaque, leur intensité augmente rapidement et ils finissent quelques instants avant le second bruit cardiaque. La plus grande intensité du souffle coïncide avec la phase d'expulsion maxime.

Des souffles semblables peuvent être écoutés dans quelques aneurismes de l'aorte et dans la coartation de l'aorte.

SUMMARY

Murmurs of aortic stenosis and possibly also of pulmonary stenosis, have definite stetho acoustic characteristics. This allows their clinical differentiation from other systolic murmurs of different origin. They begin shortly after the first

SOPLO SISTÓLICO EN LA ESTENOSIS AÓRTICA

heart sound, their intensity progressing rapidly, and they end just before the second heart sound. The maximal intensity of the murmur coincides with the maximal ejection period.

Similar murmurs may be heard in some aortic aneurysms and in coarctation of the aorta.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Geräusche der Aortenstenose und wahrscheinlich jene der Pulmonalstenose haben bestimmte sthetoakustische Eigenschaften die es ermöglichen, sie klinisch von anderen systolischen Geräuschen verschiedenartigen Ursprungs zu unterscheiden.

Diese Geräusche haben die Eigenschaft, dass sie Augenblicke nach dem ersten Herzton erscheinen, ihre Intensität schnell zunimmt, und dass sie kurz vor dem 2. Herzton aufhören. Die maximale Intensität des Geräusches fällt mit der maximalen Austreibungsphase zusammen.

Solche Geräusche kann man bei einigen Aortenaneurysmen und bei der Isthmusstenose vernehmen.

