

# Comunicación interauricular y sinfisis pericardiaca

POR LOS DOCTORES

P. COSSIO e I. BERCONSKY

---

Ha determinado la publicación del presente caso, la circunstancia que sería, según nuestra información, la tercera observación de la literatura médica de comunicación interauricular y sinfisis pericardiaca.

La primera observación corresponde a Gignoux <sup>1</sup>, se trataba de una comunicación interauricular con sinfisis pericardiaca total, esta última probablemente de naturaleza tuberculosa.

La segunda observación pertenece a Quirno y Battro <sup>2</sup>, quienes la dan a conocer especialmente con el objeto de hacer resaltar la importancia de la radioquimografía para el diagnóstico de la sinfisis pericardiaca; la causa etiológica de esta última era al parecer desconocida.

En el caso que referimos, la sinfisis pericardiaca probablemente era de naturaleza reumática por los antecedentes del paciente como por la existencia de una endocarditis plástica tipo reumático.

Publicamos el presente caso de rara asociación de comunicación interauricular y sinfisis pericardiaca como observación aislada y, sin mayores comentarios, porque tenemos la intención de considerar en un próximo trabajo, la comunicación interauricular, teniendo como base dos observaciones más, verificadas con la necropsia, de nuestra práctica personal.

Justifica tal consideración, el hecho que el cuadro clínico de la comunicación interauricular, descrito por los clásicos, no coincide con la realidad.

## HISTORIA CLINICA

J. G. (Ficha N° 303), de sexo masculino, argentino, de 25 años de edad, soltero. Ingresa a la sala 9 (Cátedra del Prof. T. Padilla), el 26 de abril de 1932, ocupando la cama 16. Fallece el 30 de mayo de 1932.

*Enfermedad actual.* — Comienza a los 9 años de edad con una "pericarditis seca" que fué diagnosticada en el Hospital de niños donde estuvo internado durante tres meses. Desde entonces presenta disnea de esfuerzo.

A los 16 años, a raíz de un estado febril que duró un día, comienza a tener palpitations e intensificación de su disnea, síntomas que lo obligaron a guardar cama en un Hospital durante tres meses. Manifiesta que le comprobaron entonces "soplos en el corazón". Siguió después "siempre delicado" con disnea al menor esfuerzo, palpitations, dolores en el epigastrio e hipocondrio derecho.

A los 22 años se vuelve a internar en un Hospital, muy empeorado, notando además que su abdomen aumentaba de volumen. Desde entonces se encuentra casi siempre en cama; se le practicó, en varias oportunidades, punciones en el abdomen con extracción de gran cantidad de líquido; en una oportunidad se le extrajo 4,5 litros.

*Antecedentes personales.* — Manifiesta haber presentado a los 7 años de edad "reumatismo" sin poder precisar la localización ni la evolución. Sarampión a los 9 años.

*Antecedentes hereditarios.* — La madre falleció del "corazón" a los 66 años, el padre de apendicitis aguda con peritonitis a los 72 años. Tiene 6 hermanos sanos.

*Estado actual.* — Peso: 64,300. Talla: 1,75 metros. Deficiente estado de nutrición; ortopnea pronunciada. Facies disneica, pálida, cianótica y tinte subictérico. Discreto edema en región lumbo sacra. Dedos de las manos hipocráticos

*Aparato circulatorio.* — Pulso irregular desigual; tensión Máx.: 172, Mín.: 40 al Baumanómetro). Frecuencia: 100 por minuto.

Ingurgitación venosa pronunciada en cuello y miembros superiores, circulación colateral en abdomen. *Presión venosa superior* a 270 mm. de agua. *Velocidad sanguínea*, con la histamina, 42".

Región precordial abovedada y animada de latidos difusos con caracteres de reptación. Retracción sistólica de varios espacios intercostales en la región anterior del hemitórax izquierdo y derecho. Existe el signo del perfil respiratorio cruzado de Wenckebach y el de Broadbent.

Se palpa un choque difuso en toda la región precordial, de carácter irregular, por extrasistoles aislados que en cierto momento adquieren una cadencia bigeminada. Frémito sistólico en los vasos del cuello.

Soplo sistólico intenso (+++) en la punta que se propaga hacia la axila, seguido de un segundo ruido reforzado. En la base doble soplo, más intenso el sistólico, propagándose hacia los vasos del cuello.

*Aparato respiratorio.* — Deformación torácica en "pecho de pollo" con surco de Harrison. 30 respiraciones por minuto.

Murmullo vesicular aumentado de intensidad en ambos pulmones; estertores subcrepitantes en región infra escapular izquierda.

*Abdomen.* — Abdomen prominente y en forma de "batracio"; cicatriz umbilical saliente. El examen físico pone de manifiesto ascitis libre.

Se palpa el borde inferior del hígado a cuatro traveses de dedo por debajo del reborde costal, duro y doloroso.

Resto del examen clínico: nada de particular.

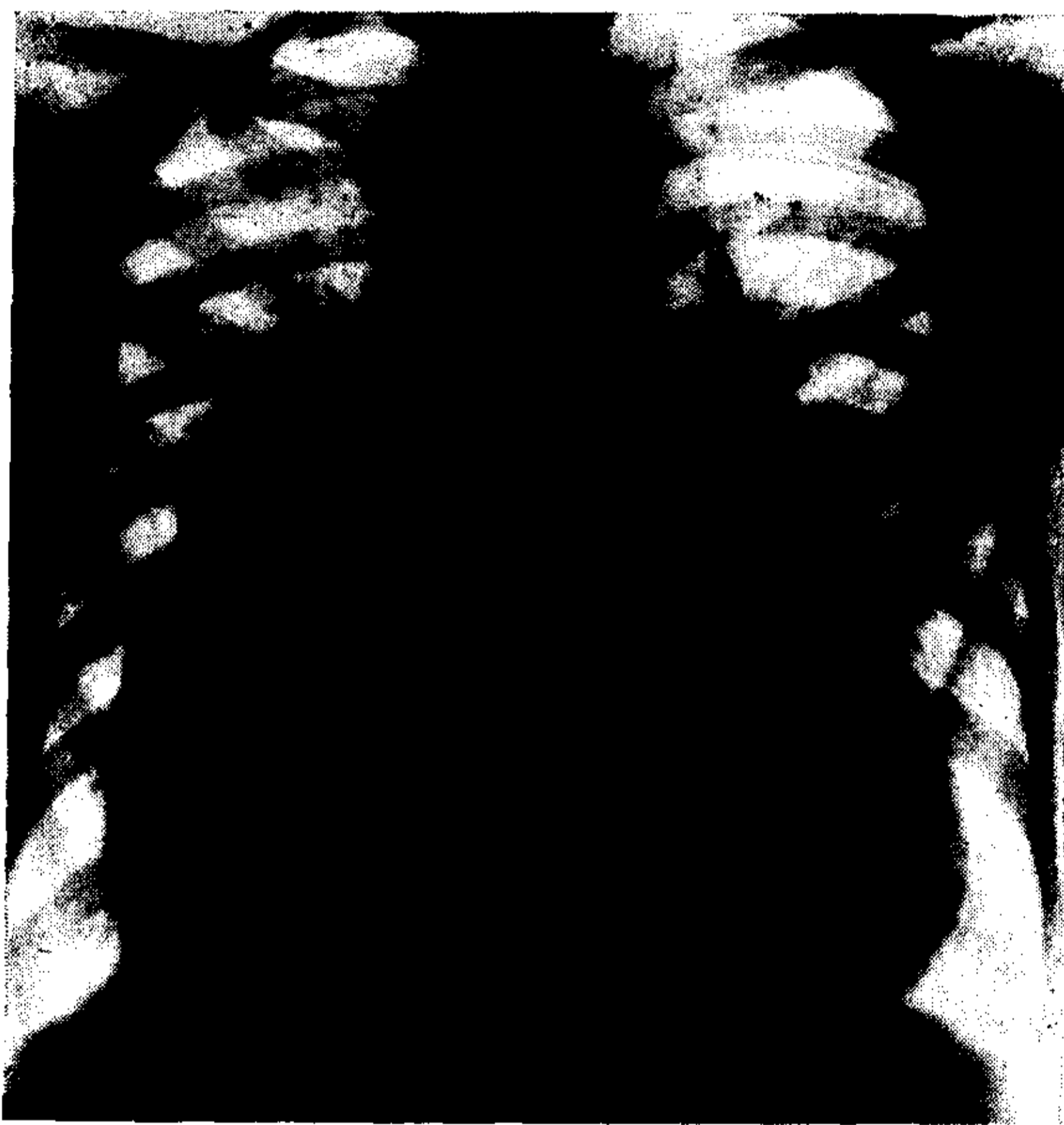


FIG. 1. — Agrandamiento cardíaco (+++); la sombra del corazón es simétrica; el ventrículo derecho hace saliencia sobre el borde izquierdo; el arco de la aurícula derecha es muy extenso y pronunciado; botón aórtico borrado; parte de los hileos visibles bien marcados. Diafragma descendido.

*Telerradiografía.* (Figura 1). — Agrandamiento cardíaco (+++); la sombra del corazón es simétrica; el ventrículo derecho hace saliencia sobre el borde izquierdo, el arco de la aurícula derecha es muy extenso y pronunciado; botón aórtico borrado; parte de los hileos visibles, bien marcados. Diafragma descendido.

*Electrocardiograma.* (Figura 2). — Desviación a la derecha del eje eléctrico; fibrilación auricular; S1, profundo; QRS de 0,12" y completamente mellado en 3ª derivación. Extrasístoles ventriculares aislados.



FIG. 2. — Desviación a la derecha del eje eléctrico; fibrilación auricular; S1, profunda; QRS de 0.12" y completamente mellado en 3ª derivación. Extrasístoles ventriculares aislados.

*Exploración de la función hemorespiratoria.* — Ventilación pulmonar por minuto, 12,600 c. c.; capacidad vital, 2,20 lts. CO<sub>2</sub> alveolar, 4,41 %; O<sub>2</sub> de sangre arterial, 19,5 volúmenes por 100; O<sub>2</sub> de sangre venosa, 7,10 volú-



FIG. 3. — Fotografía del corazón después de despegadas ambas hojas del pericardio, mostrando las rugosidades y adherencias organizadas rotas que unían ambas hojas del pericardio.

menes por 100; CO<sub>2</sub> de sangre arterial 38,5 volúmenes por 100; CO<sub>2</sub> de sangre venosa, 52,4 volúmenes por 100.

*Análisis de laboratorio.* — Orina: diuresis de 500 a 800 c. c. en 24 horas, vestigios de albúmina. Urea en suero, 0,75 ‰.

*Líquido ascítico:* albúmina: 24,70 ‰; reacción de Rivalta: positiva; abundantes linfocitos, algunos polinucleares y regular cantidad de hematíes.

*Evolución.* — Se somete al enfermo a un tratamiento digitalico, saligan y extracción por punción del líquido ascítico. Con dicho tratamiento se obtiene muy poca mejoría. A los 19 días de estar internado, presenta un proceso bronco-pulmonar agudo con exacerbación consecutiva de la insuficiencia cardíaca, falleciendo 15 días después.

*Examen necrópsico.* — Saco pericárdico íntimamente adherido a la parrilla externo costal, y a ambos pulmones, sínfisis total de ambas hojas pericárdicas por adherencias organizadas; (figura 3), después de una disección difícil se

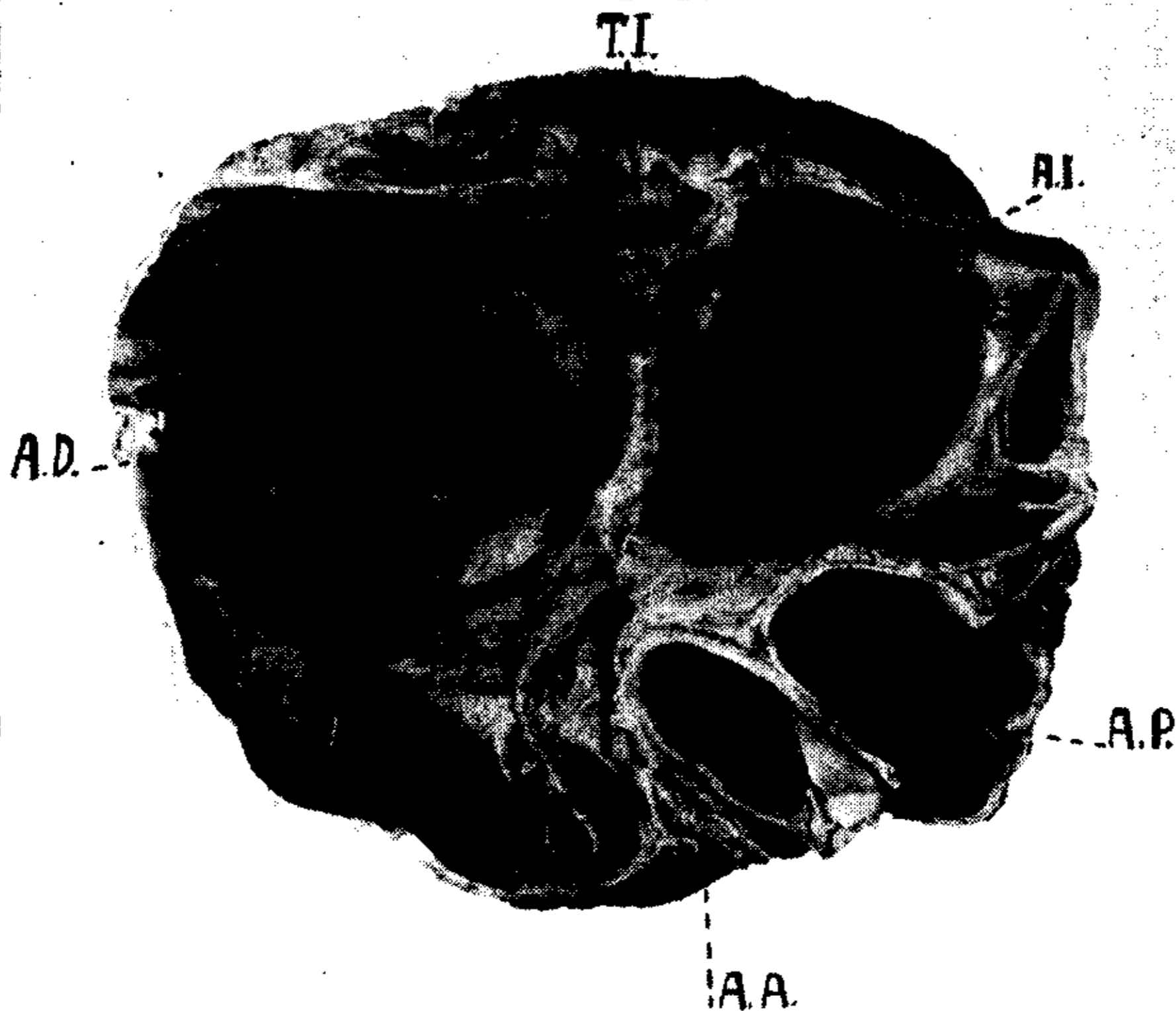


FIG. 4. — Corte medio auricular mostrando la gran dilatación de la aurícula derecha (A. D.); la dilatación de arteria pulmonar (A. P.); la soldadura de las valvas mitrales (insuficiencia y estrechez) y el grueso espón de tabique interauricular (T. I.) que limitaba por abajo la amplia comunicación entre ambas aurículas.

consigue separar la hoja parietal del pericardio de la hoja visceral, quedando al descubierto un enorme corazón (970 gramos), cuya cara anterior estaba formada casi en su totalidad por la aurícula derecha y el ventrículo derecho, el ventrículo izquierdo sólo es visible en la región de la punta. El corte medio auricular dejaba ver una aurícula derecha gigante, una aurícula izquierda ligeramente aumentada

de tamaño, comunicándose libremente entre sí (figura 4) por ausencia de los dos tercios póstero-superiores del tabique interauricular, el cual estaba reducido a un espolón de forma semilunar, con el borde cóncavo mirando hacia arriba y atrás, y el borde convexo asentando sobre el tabique interventricular; los repliegues valvulares del orificio mitral estaban engrosados y retraídos, pero con sus bordes libres (insuficiencia mitral), los repliegues valvulares del orificio aórtico también estaban engrosados, pero con sus bordes soldados entre sí (insuficiencia y estrechez aórtica).

El corte medio ventricular dejaba ver dilatación e hipertrofia de ambos ventrículos siendo más pronunciada la hipertrofia en el izquierdo que en el derecho mientras que la dilatación era más pronunciada en el ventrículo derecho que en el ventrículo izquierdo.

Cirrosis hepática. Focos bronconeumónicos bilaterales.

## RESUMEN

Se refiere una observación con estudio necrópsico de malformación congénita del corazón (comunicación interauricular) asociada con sínfisis pericardíaca y endocarditis plástica del tipo reumática (insuficiencia mitral y estrechez e insuficiencia aórtica) en un hombre joven que evoluciona con el cuadro del síndrome de Pick y fallece de una complicación broncopulmonar aguda.

## BIBLIOGRAFIA

1. A. GIGNOUX. — Citado por H. Roesler, *Interatrial septal defect*. Arch. Int. Med., 1934, 54, 339.
2. N. QUIRNO Y A. BATTRO. — *Compresión cardíaca crónica. - Importancia de la radioquimografía para su diagnóstico*. Prensa Med. Arg., 1936, 23, 1972.

## RÉSUMÉ

On rapporte ici, l'observation, avec étude nécropsique, d'une malformation congénitale du coeur (communication interauriculaire) associée à symphyse péricardique et endocardite plastique du type rhumatismal (insuffisance mitrale et rétrécissement et insuffisance aôrtique) chez un homme jeune, qui evolutionna avec un syndrome de Pick, et mourut par complication bronchopulmonaire aigüe.

## SUMMARY

An autopsied case is here reported of congenital interauricular communication associated with fibrous pericarditis and plastic endocarditis of rheumatic type (mitral insufficiency with aortic stenosis and insufficiency) evolving in a young man, who died from acute bronchopulmonary complication, with the appearance of a syndrome of Pick.

ZUSAMMENFASSUNG

Man teilt eine Beobachtung, mit anatomischer Kontrolle, einer angeborenen Missbildung des Herzens mit offenem interaurikuläres Septum verbunden mit einer Simphyse des Perikards und plastischer Endokarditis von rheum. Typ (Mitralinsuffizienz und Aortenstenose + — insuffizienz) bei einem jungen Mann, welche mit dem Bilde eines Pick'schen Symptomenkomplexes verläuft und durch eine akute bronconeumonische Komplikation ad exitum kommt.