

Coexistencia de insuficiencia aórtica sifilítica y enfermedad mitral reumática

POR LOS DOCTORES

P. COSSIO e I. BERCONSKY

Uno de los criterios universalmente aceptados para descartar la naturaleza sifilítica de una insuficiencia aórtica, es la coexistencia de una lesión mitral cierta. Así Gallavardin y Gravier ¹ en su bien documentado trabajo sobre la insuficiencia aórtica sifilítica, se expresan en los siguientes términos "*cuando se encuentra una insuficiencia aórtica en un sujeto que presenta signos ciertos de lesión mitral endocárdica (insuficiencia o estrechez), la insuficiencia aórtica deberá ser considerada como de naturaleza endocárdica, aún existiendo una sífilis concomitante*".

Sin embargo, las observaciones de Longcope ², de Dumas y Brunat ³, de Joselevich ⁴, de Lisa y Chandlee ⁵ y la que a continuación pasamos a relatar, evidencian que este criterio no debe ser tomado en forma tan absoluta.

HISTORIA CLÍNICA

Ficha N° 772. A. F. de sexo masculino, argentino, 43 años de edad, casado, empleado. Ingresa al servicio el 1 de septiembre de 1933, ocupando la cama 16.

Antecedentes personales. — Niega enfermedades en la infancia. A los 28 años de edad presentó un proceso caracterizado por fiebre, tumefacción y dolores en las articulaciones de los miembros inferiores. La fiebre desapareció a los 7 días, persistiendo durante 2 meses los dolores y la tumefacción de las articulaciones. A los 32 años, uretritis blenorragica. A los 35 años, chancro genital sifilítico, según el diagnóstico de un facultativo; no se hizo entonces tratamiento específico. Se casó a los 38 años.

Enfermedad actual. — Comienza hace 3 años con disnea de esfuerzo y crisis intermitentes de angina de pecho. Consulta a un facultativo que diagnostica "si-

filis". Desde entonces se ha hecho en forma continuada tratamiento específico a base de mercurio, yodo y bismuto, a pesar de lo cual los síntomas mencionados no han desaparecido. Desde hace un mes y medio se ve obligado a guardar cama, presenta disnea permanente y en ocasiones exacerbaciones paroxísticas nocturnas con expectoración rosada y espumosa. Ultimamente tiene fiebre, tos, malestar general, edemas, oliguria.

Estado actual. — Sujeto en posición de ortopnea, 39° de temperatura, mal estado de nutrición, cianosis discreta (+) en manos, pies, orejas y lengua; tinte icterico de la conjuntiva ocular y palpebral. Edema en la región lumbo sacra.

Aparato circulatorio. — Latidos arteriales visibles, arterias esclerosas. Pulso regular, amplio, celer, tensión Mx. 130; Mn. 50 mm. Hg. (Baumanómetro). 90 pulsaciones por minuto. Presión venosa 210 mm. H₂O. Doble soplo crural. Ingurgitación pronunciada de las venas del cuello. Se ve latir la punta en el 5°



FIGURA 1



FIGURA 2

y 6° espacio intercostal por fuera de la línea medio claviclar. Se palpa choque en cúpula y ritmo de galope. En la punta se ausculta ritmo de galope presistólico y doble soplo, el sistólico breve, el diastólico prolongado. En el 2° espacio intercostal derecho también se ausculta doble soplo, el diastólico mucho más intenso. En los otros focos se percibe siempre el soplo diastólico.

Electrocardiograma. — Taquicardia sinusal, desviación a la izquierda del eje eléctrico, T_I negativa T_{III} positiva; PR 0.20; P_I bifida, P_{II} mellada y P_{III} bifásica.

Telerradiografía. Antero posterior (Fig. 1) corazón aumentado de tamaño, perfil izquierdo muy encorvado a forma de nariz de carnero, arco medio saliente. Placas calcáreas en aorta. Tráquea desviada a la derecha, aurícula izquierda visible y saliente en la parte superior del borde derecho. *Segundo oblicua:* arco de la aurícula izquierda muy saliente, cayado aórtico visible en todo su trayecto.

Primera oblicua, con relleno del esófago: (Fig. 2) muesca aórtica muy aumentada e incurvación del tercio inferior.

Pulmones. — Discreto tiraje supraclavicular e intercostal. Por detrás: submatitez en la mitad inferior derecha, respiración ruda en ambos lados, roncus y sibilancias diseminados; en tercio inferior de ambos lados, rales subcrepitantes finos, medianos y gruesos. Por delante y axilas sibilancias diseminados. Abundante expectoración hemoptoica.

Aparato digestivo. — Estomatitis pustulosa. Hígado rebasa 4 dedos el reborde costal; muy doloroso.



FIGURA 3

Aorta mostrando en sus tres capas las características histológicas de la aortitis sífilítica, engrosamiento de la intima, vasos de neoformación e infiltración linfocitaria con destrucción del tejido elástico en la media, e infiltración celular alrededor de los vasovasorum en la externa.

Sistema nervioso. — Temblor pronunciado a nivel de ambas manos. Reflejo aquiliano izquierdo abolido, derecho muy disminuído. Reflejo cremasteriano muy disminuído. En los dedos de los pies, perturbación del sentido de las actitudes segmentarias. Romberg positivo. Pupilas anisocóricas y discóricas, reaccionan perezosamente a la luz.

Análisis de laboratorio. — *Orina:* Albúmina 2.40 gr. por mil, regular cantidad de urobilina, densidad 1016, sedimento nada de particular. *Sangre:* urea en suero, 1.20 grs. por mil; glucemia 1.05 grs. por mil; eritroredimentación 1ª hora 31 mm., 2ª hora 61 mm.; glóbulos rojos 4, 110.000, blancos 14.300,

hemoglobina 70 %, neutrófilos segmentados 88 %, linfocitos 9 % y monocitos 3 %; reacción de Kahn + + + + (Dr. Fisher).

Evolución. — La temperatura descendió al tercer día, persistiendo luego un estado subfebril. Los fenómenos pulmonares como las manifestaciones de insuficiencia cardíaca fueron en aumento, falleciendo el enfermo a los siete días de estar internado.

Autopsia. — Realizada en el Instituto de Anatomía Patológica "Telémaco Susini". (Director: profesor Pedro Elizalde).

El corazón aislado pesa 840 gramos. La punta está formada por el ventrículo izquierdo; el órgano está muy aumentado de tamaño en todos sus diámetros, el pericardio en general liso y brillante, con placas lechosas en ambos ventrículos;



FIGURA 4

A. de la Fig. 3, con mayor aumento. Infiltración linfocitaria y reducción de la luz de un vaso vasorum por proliferación de la capa interna.

aurícula izquierda dilatada, haciendo saliencia a la derecha entre aurícula derecha y vena cava superior; aorta ascendente y horizontal con placas fibrosas y placas amarillentas. Cortadas las placas evidencian un engrosamiento de la íntima en cuya unión con la media siempre se encuentran depósitos lipoideos.

Mediciones. — Aurícula izquierda: 5.8 cm. por 4.6 cm. por 8.9 cm. de profundidad. Aurícula derecha: 5.3 cm. por 4.5 cm. por 6.8 cm. de profundidad. Ventrículo izquierdo: 6.1 cm. por 4.5 cm. Ventrículo derecho: 1.2 cm. por 3 cm. Pared ventrículo izquierdo: 1.2 cm. Pared ventrículo derecho: 0.6 cm. Tabique: 2 cm.

Mitral. — Soldadura de los bordes, espesamiento uniforme de los bordes, válvulas gruesas, blanco anacaradas, superficie lisa y brillante; cuerdas gruesas soldadas entre sí y acortadas, insuficiencia y estrechez mitral, predominando la insuficiencia.

Tricúspide. — Valva antero interna ligeramente espesada, las demás normales.

Sigmoideas aórticas. — Gruesas, duras, rugosas, uniformemente espesadas, extendiéndose la esclerosis por debajo de las sigmoideas al endocardio ventricular; una comisura de la válvula aparece ensanchada por placa fibroide.

Orificios de las coronarias. — Estrechados, especialmente el derecho.

Examen histológico. — *Ventrículo izquierdo:* no presenta lesiones histológicas de consideración. En el *tabique interventricular* hay zonas en forma de manchas, donde las fibras miocárdicas han perdido la estriación, el núcleo se ha hecho excéntrico y en otras partes son reemplazadas por tejido fibroso joven, fibroblastos en plena evolución. *Ventrículo derecho:* nada de particular. *Aurícula izquier-*

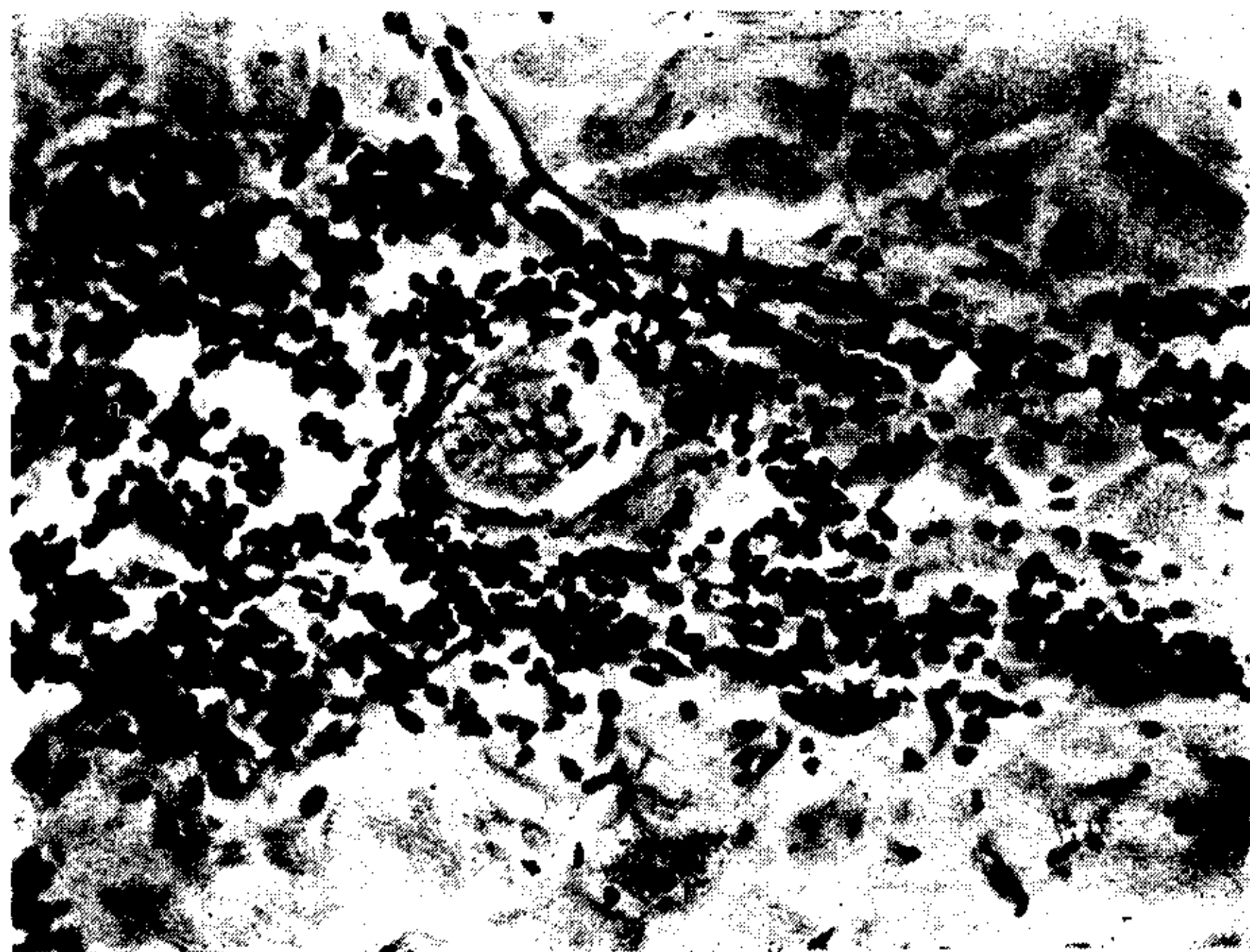


FIGURA 5

B. de la Fig. 3 con mayor aumento. Infiltración linfocitaria densa alrededor de un vasovasorum.

du: el endocardio ha experimentado un engrosamiento uniforme de tejido homogéneo, teñido en rosado claro y con escasos núcleos alargados, como de fibroblastos.

Aurícula derecha: nada de particular. *Aorta:* capa interna muy engrosada (formando nudosidades) por existencia de un tejido laminar uniformemente teñido con escasísimos núcleos; en la media, la limitante interna de trecho en trecho, está interrumpida por vasos de neoformación con un manguito de linfocitos. En la periarteria se observan núcleos de linfocitos en forma nodular, rodeando los vasos vasorum, éstos se encuentran con su capa interna muy engrosada, la luz reducida y excentrica. *Valvula mitral* muy engrosada con degeneración hialina y sin elementos celulares.

Diagnóstico anatómico. — Aortitis sífilítica con insuficiencia sigmoidea y estenosis de la boca de las coronarias. Ateroesclerosis de la aorta, ateroesclerosis endocárdica del infundíbulo aórtico. Endocarditis valvular y tendinosa tipo reu-

mático, ocasionando insuficiencia y estrechez de la mitral. Bronconeumonía (vía vascular) del lóbulo medio e inferior del pulmón derecho en período terminal, enfisema en el resto, pleuritis adhesiva. Hígado moscado con cirrosis cardíaca incipiente. Riñón cardíaco con cirrosis incipiente. Bazo cardíaco, esplenitis y periesplenitis crónica, hiperplasia folicular. Amigdalitis.

COMENTARIO

El diagnóstico de insuficiencia aórtica saltaba a la vista por la existencia del soplo diastólico en la base y aumento de la presión diferencial con doble soplo crural. Corroboraba este diagnóstico la incurvación pronunciada del contorno del ventrículo izquierdo ocasionando una silueta cardíaca en forma de nariz de carnero, es decir, las características de lo que se señala como configuración aórtica. Al lado de estas comprobaciones que evidenciaban la existencia de una insuficiencia aórtica, existían otros hechos que hacían pensar en una lesión mitral. Dichos hechos consistían, en la saliencia del arco medio, en la participación de la aurícula izquierda en la formación del contorno derecho de la silueta cardíaca, en la exagerada saliencia del arco de la aurícula izquierda en ambas posiciones oblicuas y en la alteración de la onda P del electrocardiograma.

El soplo sistólico que se percibía en la región de la punta no era una comprobación que aumentaba las probabilidades de una lesión mitral, dado que es un hecho de observación frecuente en toda insuficiencia aórtica con insuficiencia cardíaca, en que exista una insuficiencia funcional de la válvula mitral. Por otra parte, ni la intensidad ni el timbre ni la propagación, son caracteres diferenciales absolutos capaces de permitir reconocer la naturaleza funcional o lesional del soplo sistólico de la punta.

Frente a esta insuficiencia aórtica indudable, con lesión mitral probable, se presentaba el problema de su etiología, dado que ambas causas etiológicas posibles, reumatismo y sífilis, existían en los antecedentes del paciente. Dado el concepto actual universalmente aceptado de la sífilis cardioaórtica, que ésta sólo ocasiona insuficiencia sigmoidea respetando invariablemente la válvula mitral (Cossio ⁶) no podía aceptarse la naturaleza sífilítica de la lesión aórtica y de la lesión mitral. Por el contrario, la fiebre reumática como ataca la mitral puede atacar a las sigmoideas aórticas, por lo tanto a primera vista debía aceptarse la naturaleza reumática del proceso mitroaórtico del paciente.

Sin embargo, la existencia de la reacción de Kahn intensamente positiva, dada la experiencia del servicio, nos hacía aferrar al diagnóstico de insuficiencia aórtica sífilítica. Como no era posible aceptar tal etiología para la lesión mitral, dado que aún nadie ha evidenciado que la sífilis ataque la válvula mitral, se aceptó la posible asociación de una insuficiencia aórtica sífilítica con una lesión mitral reumática. La necropsia confirmó esta asociación excepcional. En efecto, en la literatura médica sólo existen contadas observaciones con necropsia ², ³, ⁴ y ⁵, tanto que una autoridad como Gallavardin excluye en la clínica el diagnóstico de insuficiencia aórtica sífilítica cuando existe una lesión mitral indudable.

La enseñanza dejada por nuestro caso indica la conveniencia de modificar el dogma de Gallavardin y Gravier en la siguiente forma "cuando se encuentra una insuficiencia aórtica en un sujeto que presenta signos ciertos de lesión mitral endocárdica (insuficiencia o estrechez), la insuficiencia aórtica deberá ser considerada como de naturaleza endocárdica" *siempre que las reacciones biológicas de la sífilis sean negativas o que no exista otro indicio cierto de sífilis, como ser aneurisma de la aorta.* Por el contrario, si las reacciones biológicas de sífilis son positivas y no existen las causas con- sabidas que puedan hacerlas positivas sin haber sífilis (lepra, espiroquetosis, tripanosomiasis, etc.) no será aventurado asignar a la lesión aórtica la naturaleza sífilítica y a la lesión mitral otra naturaleza (reumática, ateroesclerosa o séptica).

RESUMEN

Se trata de un enfermo de 43 años de edad que a los 28 años adquiere fiebre reumática y a los 35 años sífilis. El estudio clínico, radiológico y electrocardiográfico permitió diagnosticar insuficiencia aórtica y enfermedad mitral. El diagnóstico etiológico, dado el doble antecedente resultó más difícil, aceptándose de acuerdo a las consideraciones del comentario la posible asociación de una insuficiencia aórtica sífilítica con una lesión mitral reumática. La necropsia confirmó los diagnósticos anatómico y etiológico, planteados durante la vida del paciente. La coexistencia de una enfermedad mitral reumática con una insuficiencia aórtica sífilítica resulta una asociación excepcional.

BIBLIOGRAFIA

- 1 GALLAVARDIN L., GRAVIER. — *Le diagnostic de l'insuffisance aortique syphilitique et ses difficultés*. "Jour Med. de Lyon", 1931, N° 281, p. 539.
- 2 LONGCOPE W. T. — *The association of aortic insufficiency with syphilitic aortitis*. "Bull. Amer. Clin. Lab.", 1910, p. 60.
- 3 DUMAS y BRUNAT. — *Aortite histologiquement syphilitique, endocardite cicatricielle avec rétrécissement de la valvule mitral*. "Lyon Med.", 1927, 15 mayo, p. 577.
- 4 JOSELEVICH M. — *La región subaórtica*. "Semana Médica", 1934, I, p. 1428.
- 5 LISA J. R. y CHANDLEE G. C. — *The heart and great vessels in combined syphilitic and rheumatic infection*. "Arch. Int. Med.", 1934, 54, p. 953.
- 6 COSSIO P. — *Aortitis sífilítica*. Edit. "El Ateneo", 1932, Buenos Aires.

RÉSUMÉ

Il s'agit d'un malade âgé de 43 ans qui à 28 ans acquiert une fièvre rhumatique et à 35 ans syphilis. L'étude clinique, radiologique et électrocardiographique, permet de diagnostiquer insuffisance aortique et maladie mitrale. Le diagnostic étiologique, dû au double antécédent devint plus difficile à établir, en acceptant, d'après les considérations du commentaire, la possible association d'une insuffisance aortique syphilitique, et lésion mitrale rhumatismale. La nécropsie confirma les diagnostics anatomique et étiologique posés durant la vie du patient. La coexistence d'une maladie mitrale rhumatismale et une insuffisance aortique syphilitique est une association exceptionnelle.

SUMMARY

The case is here reported of a 43 years old man who contracted reumatic fever when 28 and siphilis when 35 years old. On the basis of the clinical, radiological and electrocardiographic study, a diagnosis of aortic insufficiency and mitral disease was instituted. The etiological diagnosis offered some difficulties on account of the two heart affecting diseases that the patient suffered. A siphilitic aortic process and reumatic mitral process were finally accepted. The authopsy confirmed both anatomical and etiological diagnoses made when the patient was alive. The association of a reumatic mitral disease with a siphilitic aortic insufficiency is an exceptional one.

ZUSAMMENFASSUNG

Es handelt sich um einem 43 jährigen Kranken, welcher mit 28 Jahren an rheumatischem Fieber und mit 35 Jahren an Siphilis litt. Die klinische, radiologische und elektrokardiographische Studie ergab Aorteninsuffizienz und Mitralstenosis. In Anbetracht der beiden Vorausgegangenen Krankheiten des Patienten wurde die Vereinigung einer Aorteninsuffizienz siphilitischen Ursprungs und eine Mitralverletzung rheumatischen Ursprungs angenommen. Die Autopsie bestätigte die anatomische und etiologische Diagnose. Die Vereinigung beider Deiden ist ein Ausnahmefall.