

Aneurisma de la aorta torácica desviando el esófago a la izquierda

POR LOS DOCTORES

MIGUEL JOSELEVICH y OSCAR F. NOGUERA

El enfermo E. G., de 25 años de edad, argentino, casado, fué examinado por nosotros el 1º de Setiembre de 1934 por una disfagia que sufría desde hacía tres meses. Sus molestias consistían en una dificultad para la ingestión de alimentos sólidos, anorexia y astenia. Había rebajado muchos kilos de peso y se encontraba muy débil.

Siempre fué constipado; regular fumador y bebedor. No tuvo enfermedades venéreas. La esposa, sana, tuvo 11 hijos, de los cuales uno falleció pequeño y los restantes viven y son sanos.

El *examen clínico* demostró que estábamos en presencia de un hombre desnutrido y pálido; las pupilas eran normales, la lengua seca y saburral y las piezas dentarias aparecían en mal estado de conservación, faltando muchas de ellas.

En el cuello existían muy discretos latidos arteriales; el aparato respiratorio, el abdomen y el sistema nervioso no presentaban nada de normal. El examen del *aparato circulatorio* suministró los resultados siguientes: pulso regular, igual, con 68 ondas por minuto. Presión arterial: máxima 12; mínima 8 e índice oscilométrico 5 en ambos miembros superiores; y máxima 11; mínima 6 e índice oscilométrico 4 en ambos miembros inferiores. La región precordial presentaba un amplio latido sistólico que desbordaba los límites de la punta proyectando ligeramente la pared costal hacia adelante; las dimensiones del área percutoria eran normales, así como los tonos cardiacos.

El *diagnóstico de presunción* que formulamos fué el de cáncer de esófago; entonces sometimos al enfermo a un *examen radiológico*, el cual nos demostró que la disfagia no se debía a una tumoración de esa naturaleza sino a un aneurisma de la aorta.

En efecto, en *posición frontal* (figura 1) el borde izquierdo de la sombra cardio-aórtica presenta un arco pulsátil sobreagregado interpuesto entre los que corresponden al cayado de la aorta y al ventrículo izquierdo. En las *posiciones oblicuas y laterales* se demostró que dicho arco correspondía a una sombra sobreagregada que por delante se confundía con la del corazón. Entonces recurrimos al *relleno opaco esofágico*, según lo preconiza Rigley, con el que obtuvimos los resultados siguientes:



FIG. 1

En *posición frontal* (Figura 2), el relleno esofágico seguía la línea media hasta la muesca aórtica, pero a partir de este sitio se desplazaba hacia la izquierda, sufriendo la impresión del bronquio de ese lado, bordeaba la sombra pulsátil y por último se insinuaba por detrás del ventrículo hasta desaparecer en las proximidades del diafragma.

En *posición lateral* (Figura 3), el esófago estaba también situado en la línea media hasta la altura de la muesca aórtica y a par

rir de ésta se desplazaba hacia adelante, desviado por la sombra pulmonar que ocupaba el mediastino posterior y que transmitía sus latidos rítmicos al relleno opaco.

Los caracteres radiológicos apuntados nos autorizaban a formular el diagnóstico de *aneurisma de la aorta torácica descendente*. Como dicho aneurisma estaba situado en gran parte por detrás del corazón y además su volumen era bastante grande, volvimos a examinar cuidadosamente a nuestro enfermo en busca del llamado



FIG. 2



FIG. 3

latido torácico universal, que uno de nosotros conjuntamente con el Dr. Martini, ha propuesto designar con el nombre de *latido torácico en báscula*. Este nuevo examen dió el mismo resultado que el primero: sólo existía una discreta proyección sistólica de la región precordial. No conformes con ello, enviamos a nuestro enfermo al Instituto de Fisiología de la Facultad, donde el Dr. Oscar Orías le practicó un trazado gráfico que reproducimos en la figura 4. Como puede observarse, dicho trazado demuestra que el *latido torácico en báscula* existe en realidad aunque es muy poco acentuado,

lo que explica el hecho de que pasara desapercibido al simple examen clínico.

COMENTARIOS

La observación que hemos relatado presenta algunos aspectos de interés que vamos a destacar muy brevemente a continuación:

I. — El aneurisma aórtico se ha desarrollado en una persona que no refiere antecedentes que hagan pensar en una etiología sifilítica: dice no haber observado la lesión inicial y los datos familiares son completamente negativos en ese sentido. No obstante ello y la negatividad de las reacciones biológicas, lo consideramos y tratamos como de origen sifilítico.

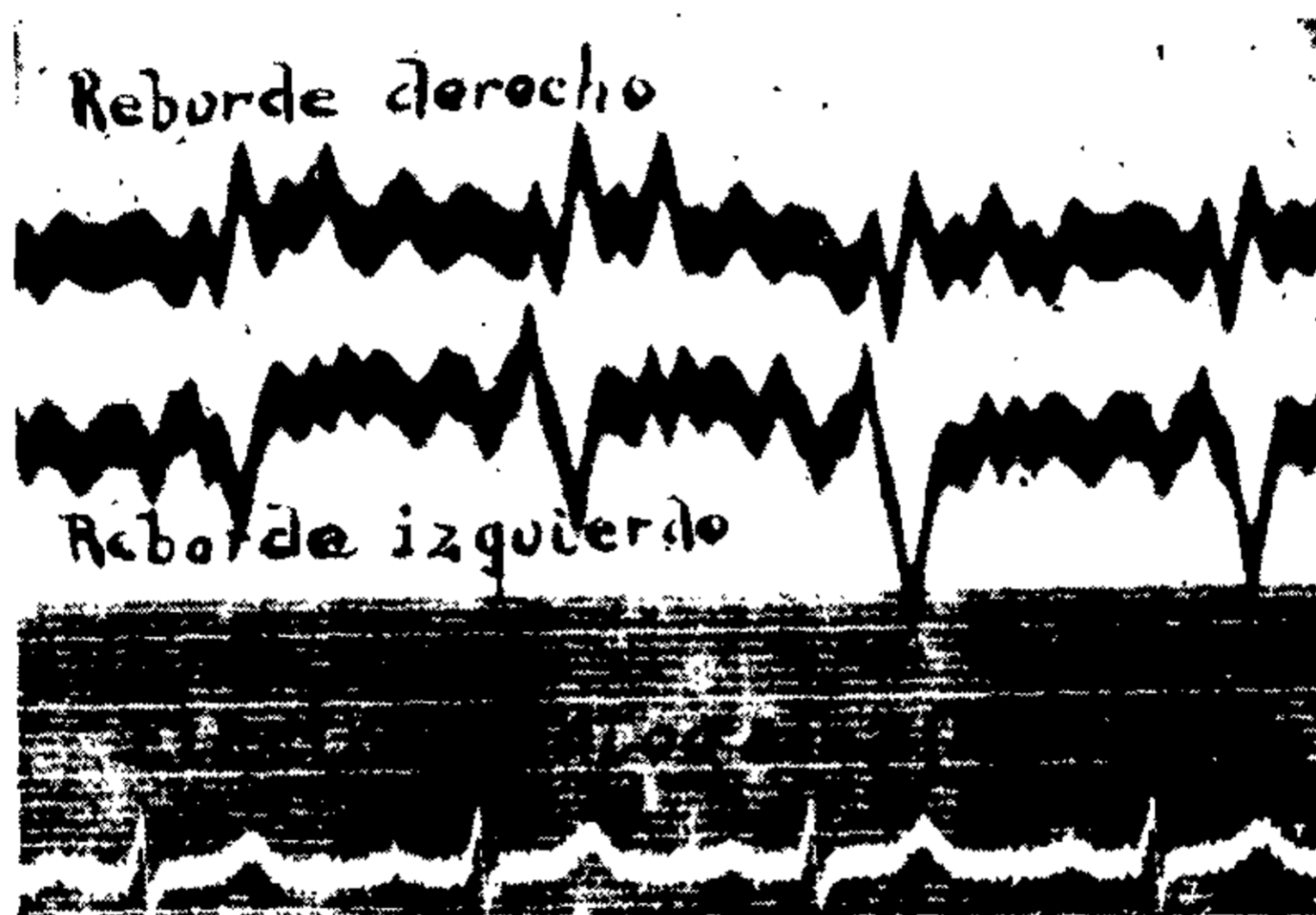


FIG. 4

II. — Los síntomas subjetivos con que el aneurisma tradujo su presencia correspondían a una estenosis del esófago, lo que hizo pensar en la posible existencia de un cáncer de dicho órgano. El estudio radiológico permitió eliminar esa hipótesis y afirmar la presencia de un aneurisma de la aorta, que comprime y desplaza al esófago en una buena parte de su extensión.

III. — El esófago se halla desplazado hacia la izquierda y hacia adelante y este hecho merece que nos detengamos un instante para comentarlo. Normalmente, el esófago se encuentra situado a la derecha de la aorta descendente en la mayor parte de la extensión de esta última: sólo en su posición más inferior se coloca por delante de la arteria para situarse a su izquierda casi al alcanzar el diafragma.

Esa disposición anatómica explica el hecho de que los aneurismas de la parte superior de la descendente desplacen el esófago hacia la derecha y que los de la parte inferior lo hagan hacia la izquierda. Dado que en nuestro enfermo el aneurisma comienza en un punto bastante elevado de la aorta (a la altura de la sexta vértebra dorsal), el esófago debería estar desplazado hacia la derecha. Sin embargo sucede lo contrario: el órgano está proyectado francamente hacia la izquierda, lo que constituye uno de los puntos interesantes de la observación y que deseamos recalcar.

IV. — El otro punto de interés se refiere al *latido torácico en báscula*. Por haber alcanzado un volumen apreciable y estar colocado en el segmento retrocardíaco de la aorta, el aneurisma reunía condiciones suficientes como para originar el mencionado movimiento torácico. Sin embargo, fué necesario recurrir a los trazados gráficos para poderlo poner de manifiesto y en dichos trazados el desplazamiento de los hemitórax es tan poco acentuado que se justifica el hecho de no habérselo observado a simple vista.

Como por otra parte parece haber sido demostrado por Moia y Braun Menéndez que el *latido torácico universal* constituye sólo la exageración de un fenómeno normal y como además dicho latido puede ser observado en una serie de condiciones patológicas, esta observación contribuiría a limitar todavía más la verdadera importancia del signo de referencia, pudiéndose entonces afirmar:

1º) Que un latido torácico universal franco e intenso puede encontrarse en enfermos afectos de otros padecimientos que los aneurismas de la aorta torácica. 2º) Que una aneurisma retrocardíaco de dimensiones bastante apreciables y pulsátil puede existir sin que origine un latido torácico universal observable a simple vista.

RESUMEN

Un hombre de 55 años sufría de disfagia, la cual era provocada por un aneurisma del segmento torácico de la aorta descendente, conforme lo demostró el examen radiológico. Dicho aneurisma desviaba el esófago hacia adelante y la izquierda, en lugar de hacerlo hacia adelante y la derecha como correspondería dadas las relaciones anatómicas de aquel órgano con la aorta torácica. A pesar

de su volumen, de su situación retrocardíaca y de sus movimientos de expansión diastólica, no existía un latido torácico universal observable a simple vista, lo que contribuye a restringir todavía más la importancia del signo de referencia.

RÉSUMÉ

Un homme de 55 ans souffrait d'une dysphagie provoquée par un anévrisme thoracique de l'aorte descendante, conformément à ce qu' a démontré l'examen radiologique.

Ledit anévrisme détourne l'œsophage vers l'avant, et la gauche au lieu de le faire en avant et à droite comme il correspondrait en vertu des relations anatomiques de cet organe avec l'aorte thoracique.

Malgré son volume, sa situation retrocardíaque et ses mouvements d'expansion diastolique, il n'existait pas un battement thoracique observable à simple vue, ce qui contribuait à restreindre encore plus l'importance du signe de référence.

SUMMARY

A man aged 55 suffered from dysphagia due to an aneurysm of the thoracic segment of the descending aorta, as proved by roentgenologic examination.

The said aneurysm deviates the esophagus forward and to the left, instead of directing it forward and to the right as it should considering the anatomic relation of the said organ with the thoracic aorta.

In spite of its volume, its retrocardiac situation and its movements of diastolic expansion, no universal thoracic beating could be observed at simple sight, which circumstance means that the importance of the sign referred to should be even more restricted.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei einem Mann von 55 Jahren welcher an Dysphagie litt konnte durch roentgenologische Untersuchungen festgestellt werden, dass diese durch ein Aneurysma des thorakalen Teiles der Aorta descendens hervorgerufen wurde.

Dieses Aneurysma verursachte erstens eine Verschiebung des Oesophagus nach links vorne statt nach rechts vorne, wie es sich aus den anatomischen Verhältnissen dieses Organs mit der thorakalen Aorta ergeben musste, und zweitens war trotz seines Volumens trotz seines retrokardialen Sitzes und trotz seiner diastolischen Ausdehnungen kein allgemeiner thorakaler Schlag mit blossen Auge sichtbar, was dazu beiträgt die Bedeutung dieses Zeichens noch mehr zu verringern.