

# TRABAJOS ORIGINALES

Cátedra de Clínica Médica del Prof. Dr. D. Staffieri - Hosp. Centenario - Rosario

---

## Un nuevo signo periférico en las aortopatías<sup>(1)</sup>

POR EL DOCTOR

LUIS GONZÁLES SABATHIE

Jefe de Clínica - Adscripto a la Cátedra - Encargado  
de Electrocardiografía de la Cátedra de Radiología

---

En el individuo normal, en buen estado de nutrición, el trayecto de los troncos venosos superficiales es en general poco aparente. Las venas del cuello, que habitualmente no se demarcan, pueden en ciertos sujetos y en condiciones especiales acentuar su relieve, manifestándose como sutiles cordones azulados; sabido es que los movimientos respiratorios modifican a veces muy netamente su grado de ingurgitación, siendo en la expiración donde se manifiesta más nítidamente.

Cuando la circulación de retorno se encuentra alterada, ya por causas dependientes del órgano central de la circulación, ya por obstáculos mecánicos en los últimos tramos del árbol venoso, se producen trastornos en las venas superficiales del cuello, de gran interés semiológico, en especial en la yugular externa, sobre la que nos referiremos en este trabajo.

Pueden también producirse en estas venas afecciones primitivas (flebitis y trombosis) que mencionamos de paso, pero que es necesario tener en cuenta para el diagnóstico diferencial.

Fuera de estos casos, la inspección de las venas del cuello nos da en condiciones patológicas dos tipos de manifestaciones: ingurgitación y movimientos.

<sup>1</sup> Trabajo presentado al V Congreso Nacional de Medicina.

Los movimientos están representados por el pulso venoso, que puede ser fisiológico o patológico, y también por aquellas oscilaciones comunicadas por los latidos carotídeos. Las variaciones de volumen bajo la influencia de los movimientos respiratorios, ya las hemos mencionado, se presentan en condiciones fisiológicas y patológicas.

La dilatación o ingurgitación de las yugulares puede produ-



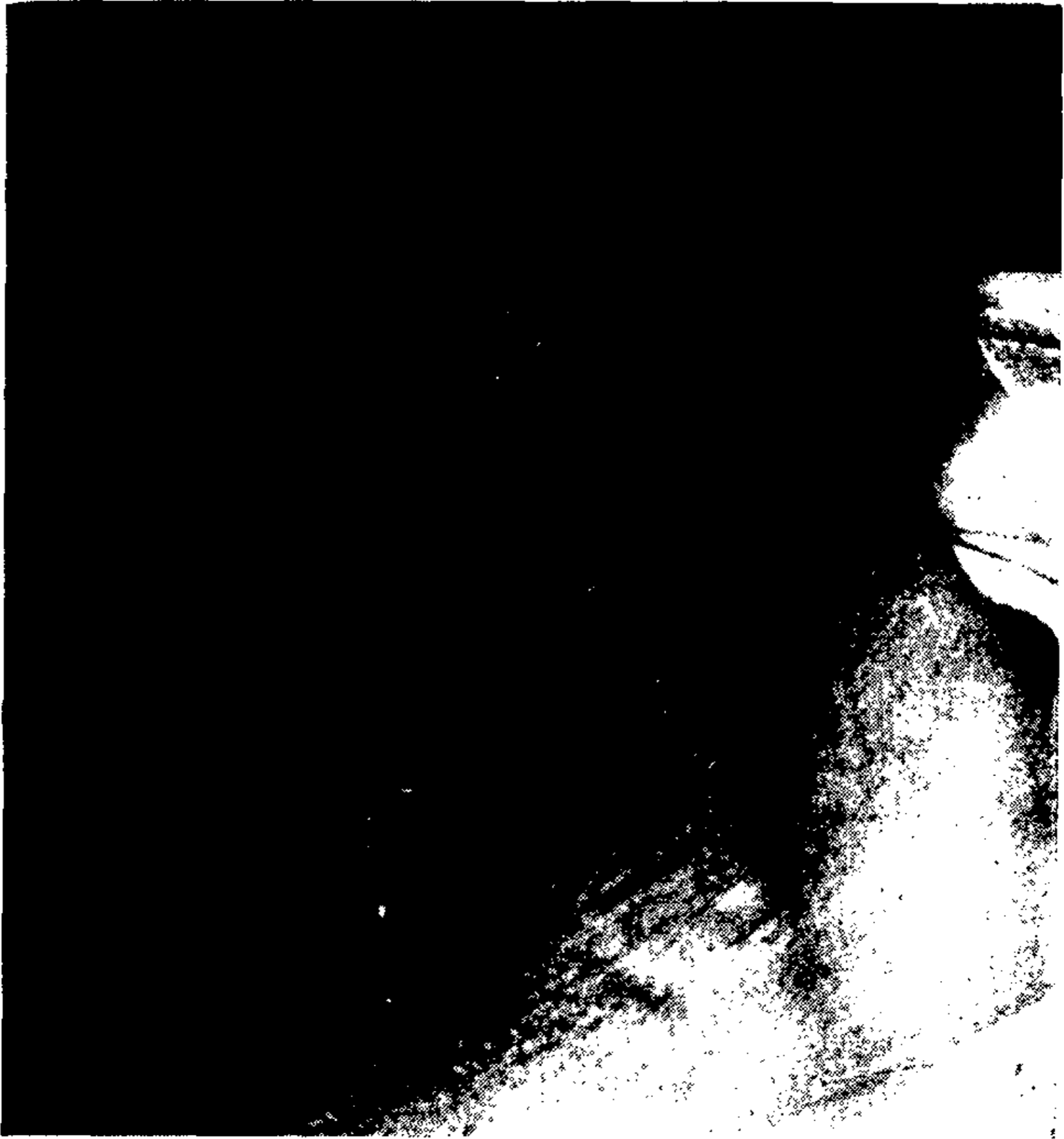
OBSERVACIÓN N° 18. — Lado derecho.

cirse o por un obstáculo más o menos lejano de la circulación, o bien por un exceso de circulación en las mismas como consecuencia de la participación en una circulación colateral o supletoria.

El obstáculo circulatorio es de origen cardíaco (endo, mio o pericárdico), mediastínico (tumores, adenopatías, mediastinitis, aneurismas, etc.) o pulmonar (enfisema, esclerosis, etc.).

Pero en todos estos casos la distensión venosa es bilateral por-

que el obstáculo mecánico es de origen cardíaco o por compresión de la cava o de ambos troncos venosos braquiocefálicos y afectan por igual a ambas yugulares. Cuando en los procesos mediastinales la compresión se ejerce sobre uno solo de los troncos braquiocefálicos, los fenómenos no se limitan a la simple ingurgitación unilateral, sino que va acompañada ésta de edema, cianosis, circulación colateral correspondiente a la mitad del cuello del tórax, cara y miem-



OBSERVACIÓN N<sup>o</sup> 18. — Lado izquierdo.

bro superior del mismo lado. La sangre del tronco venoso braquiocefálico obstruido va a volcarse por las perforantes en las venas mamarias internas del lado opuesto (Sergent) <sup>1</sup>. En estos casos, el diagnóstico debe orientarse en el sentido de una lesión localizada en el piso superior del mediastino. Ha sido observada sobre todo en aneurismas aórticos acompañados de mediastinitis (Baboneix y Baron, Lian y Baron).

La distensión unilateral pura de la yugular tiene gran importancia como índice patológico. En una búsqueda bibliográfica minuciosa no hemos encontrado que haya sido señalada, antes que nosotros, su importancia como signo indicador de aortopatía.

Hemos encontrado este signo en cuatro afecciones de la aorta especialmente: la hipertensión arterial con alteraciones aórticas más o menos acentuadas, la aortitis, las esclerosis aórticas, los aneurismas.

La ingurgitación, que puede ser desde apenas marcada a gro-



OBSERVACIÓN N° 18. — De frente.

seramente evidente, es aislada o bien predominante en el lado izquierdo.

Buscándola sistemáticamente en sanos y enfermos, la hemos constatado alrededor de sesenta veces; en dos casos solamente no se trataba de aortopatía: uno era un cáncer del vértice del pulmón izquierdo que provocaba otras alteraciones de la fosa supraclavicular y el otro en un sujeto aparentemente indemne de afección cardiovascular.

El resto correspondió preferentemente a hipertensos con alteraciones radiológicas de la aorta, más o menos pronunciadas, y a aortitis.

El conocimiento de nuestro signo permitió al practicante mayor del Servicio hacer el diagnóstico de aortopatía a uno de los porteros de nuestro Hospital Nacional del Centenario, al concurrir a un llamado de guardia. En ese caso la ingurgitación es tan pronunciada, que aún estando el paciente de pié y vestido se la puede observar. Examinado a posteriori, se le encontró con tensión arterial máxima de 23 cms. de Hg. lo que fué para él un hallazgo, ya que hasta entonces no se había manifestado por ningún otro síntoma. La aorta, netamente patológica, desenrollada al examen radiológico.

En otro caso, la esposa de un colega español que revalida actualmente en nuestra Facultad, la comprobación del signo orientó hacia el diagnóstico de una aortitis que luego se confirmó con mínima sintomatología.

Además, este signo ha sido observado en la mayor parte de los servicios de clínica médica de nuestra ciudad.

En diez de nuestros casos con signo positivo hemos tomado la presión venosa y la velocidad sanguínea en ambos brazos. En todos hemos constatado un aumento de la presión venosa y una disminución de la velocidad sanguínea del lado izquierdo. Esto tiene particular interés, ya que es un dato muy importante para su patogenia.

## TÉCNICA

Si bien es cierto que en algunos casos muy pronunciados, como ya hemos dicho, la comprobación del signo se hace aun estando el enfermo parado, para la mayor parte es necesario ajustarse a una técnica por cierto muy sencilla.

El enfermo en decúbito dorsal, con el busto desnudo, se le hace rotar la cabeza del lado opuesto al que se va examinar. La observación comparada permite apreciar la ingurgitación exclusiva o predominante. En ciertos casos no muy manifiestos, especialmente en sujetos pínicos u obesos, se puede para acentuar la ingurgitación hacer expirar profundamente al paciente.

Normalmente la vena yugular externa es apenas visible y se dibuja como una delgada línea azul que cruza oblicuamente el esternocleido mastoideo; su dilatación puede ser apenas discreta, aunque evidente. Desde este caso hasta el que se presenta muy dilatada, turgesciente, tortuosa, como una columna líquida a tensión, todas las gradaciones son posibles.

## PATOGENIA

Para explicarla es necesario recordar algunas nociones especialmente de orden anatómico.

Los troncos venosos braquiocefálicos nacen a la altura de las articulaciones esternoclaviculares; de su reunión se forma la vena cava superior. Pero como el punto de conjunción está situado a la



OBSERVACIÓN N° 25. — Lado derecho.

derecha de la línea media, el largo y la dirección del tronco braquiocefálico izquierdo es distinto al derecho. De mayor longitud, tiene una dirección oblicua que se aproxima mucho a la horizontal. El tronco venoso braquiocefálico izquierdo — dice Testut " — describe una ligera curva de concavidad dirigida hacia atrás; por su concavidad abraza *la parte más elevada del cayado aórtico* y abraza las tres arterias que del mismo se desprenden.

Es sabida la frecuencia con que las afecciones aórticas determinan una elongación del vaso más o menos acentuada que se traduce radiológicamente por los signos de la aorta desenrollada. Entre éstos se cuenta el ascenso del botón aórtico que traduce la elevación del cayado. Dada la relación anatómica del tronco venoso braquiocefálico izquierdo, es razonable admitir que una compresión



OBSERVACIÓN N° 25. — Lado izquierdo.

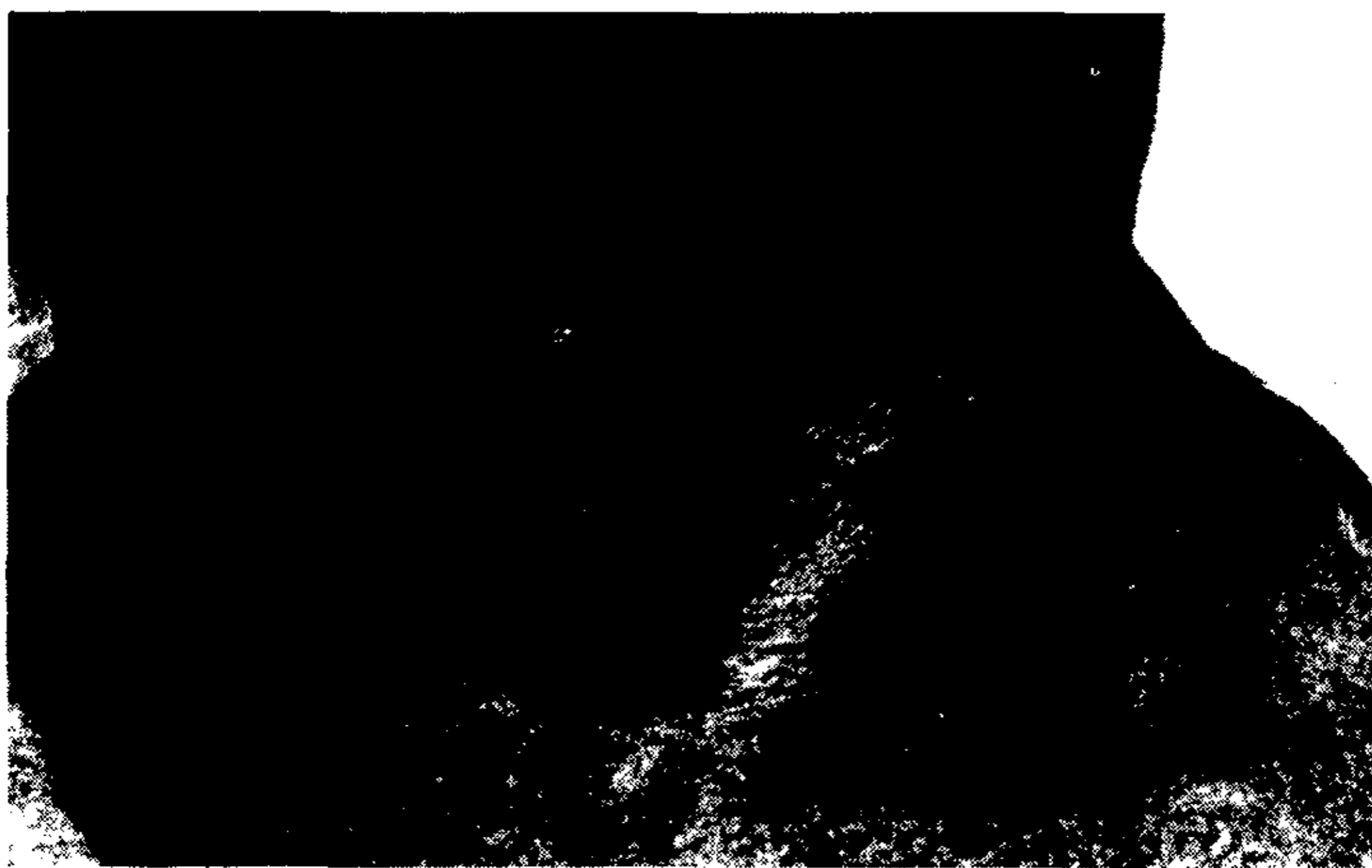
ción de éste es la responsable de la ingurgitación de la yugular izquierda externa.

Hay otros síntomas que traducen la efectividad de esta compresión y son el aumento de la presión venosa y disminución de la velocidad sanguínea del mismo lado constatada por nosotros. Sera <sup>5</sup>, estudiando los trastornos de la circulación venosa intratorácica en

las afecciones de la aorta, encuentra en ciertos tipos de aneurisma y en aortitis modificaciones unilaterales de la tensión venosa que atribuye a la compresión del tronco venoso braquiocefálico, aunque limita su significado, ya que lo cree únicamente como expresión de una compresión aneurismática inicial.

### CONCLUSIONES

(1) La constatación de la ingurgitación preponderante o exclusiva de la vena yugular externa izquierda es, en la mayor parte de



OBSERVACIÓN N<sup>o</sup> 25. — De frente.

los casos, un índice de aorta patológica y debe orientar el examen clínico en ese sentido.

(2) Dadas las relaciones anatómicas del tronco braquiocefálico izquierdo y la parte más elevada del cayado, debe interpretarse este signo como consecuencia de una elevación del cayado aórtico, resultado de su elongación patológica. Hace más verosímil esta patogenia la circunstancia de que los sujetos portadores de este signo tienen del mismo lado un aumento de la presión venosa y disminución de la velocidad sanguínea, casi constante.



BIBLIOGRAFIA

- 1 E. SERGENT. -- *Les grands syndromes respiratoires*. Fasc. II. G. Doin. París, 1925. pág. 55.
- 2 MARTIN SOLON. — *Oblitération de la veine cave supérieure et des veines brachiocéphal*. "Archives générales de Médecine", 1836, t. X. Citado por Sergent. Loc. cit.
- 3 TESTUT. — *Tratado de Anatomía Humana*. P. Salvat. Barcelona. pág. 338.
- 4 CASTELLINO PIETRO F. — *Lezioni di semeiotica e Patologia speciale medica del cuore e dei grossi vasi*. Vallardi. Milán. pág. 867.
- 5 SERA. — *Cuore e Circolazione*. Febrero, 1930.
- 6 GALLAVARDIN L. — *Précis des maladies du coeur et de l'aorte*. O. Doin. París. 1908. pág. 175.

RESUMÉ

La constatación d'un gonflemente predominant, ou exclusif de la veine yugulaire externe gauche, est, dans la plupart des cas, un signe d'aorte pathologique, et doit adresser l'examen clinique dans ce sens là.

Etant connues les relations anatomiques du tronc veineux brachi-céphalique gauche, et de la partie, la plus élevée de la crosse aortique, on doit interpreter ce signe, comme la consequence d'une elevation de la crosse aortique, originée par son elongation pathologique. Cette pathogénie est d'autant plus vraisemblable, que les sujets porteurs du signe, qu'on vient de décrire, ont presque dans tous les cas, une augmentation de la pression veineuse et une diminution de la velocity sanguine, du cote gauche.

SUMMARY

Predominant or exclusive blood stasis along the vena jugularis externa is often an index of aortic disease. This sign is a consequence of the intimate relations of the aortic cross with the left innominate vein; it is probably due to a rise of the aortic cross as a consequence of its lengthening .

ZUSAMMENFASSUNG

1. - - Vorherrschende oder ausschliessliche Staaung der äusseren Jugularis ist in der Mehrzahl der Falle ein Zeichen von pathologischer Aorta und sollte die klinische Untersuchung in diesem Sinne orientieren

2. - - Die anatomischen Verhältnisse des linken Vena anomima und des böchten Teiles des Aortabogens veranlassen uns obiges zeichen als die Folge von einer Erhöhung des Aortabogens, hervorgerufen durch seine pathologische Verlängerung, zu erklären. Die Wahrscheinlichkeit dieser pathogenetischen Erklärung wird noch erhöht durch die Tatsache, dass man bei Kranken die dieses Zeichen aufweisen beinahe konstant auf der affektierten Seite eine Erhöhung des venösen Druckes und eine Verringerung der Blutgeschwindigkeit feststellt.