

Valoración de los síntomas y signos en el examen cardiológico

ROBERTO VEDOYA

“La ciencia de la práctica médica no puede ser adquirida totalmente en el aula ni en los textos; para lograrla debe tenerse en cuenta, en primer término, la experiencia personal” (P. D. White, 3ª ed., 1943).

Por ello me siento responsable al escribir este artículo tras más de cincuenta años de dedicación intensiva a la cardiología, con la idea de criticar la práctica generalizada de un examen rápido: una anamnesis somera y desprolija, así como un examen clínico referido sólo al aparato cardiovascular, solicitando exámenes complementarios de índole instrumental, de los cuales se espera el diagnóstico; pero como quien los realiza no sabe nada del enfermo, actúa como una máquina tragamonedas. Ello ocurre entre nosotros, así como en los países con mayor desarrollo de la cardiología, y estoy seguro de que en todas partes se reconoce la imperfección de esa metodología... pero la falacia sigue vigente. Con la idea de promover el examen completo del paciente mencionaré someramente los síntomas y signos más frecuentes en cardiología, poniendo mayor énfasis en lo adquirido en esa prolongada práctica.

I. SINTOMAS

La anamnesis debe ser prolija, recogiendo la historia del paciente tal como él la describe, reinterrogando en los puntos oscuros y analizando al mismo tiempo su personalidad.

a) **Palpitaciones:** Si son regulares y algo taquicárdicas pueden ser debidas a hipertensión arterial o a insuficiencia aórtica, pero generalmente no son provocadas por una cardiopatía sino por excitación nerviosa, simpaticotonismo o hipertiroidismo.

Entre nosotros el hábito del mate provoca aerogastria que al elevar el hemidiafragma izquierdo aumenta el contacto del ventrículo izquierdo con la pared torácica, especialmente en decúbito lateral izquierdo, haciendo más perceptible el latido normal del corazón.

Si el paciente refiere un latido aislado y pre-

coz seguido de una pausa prolongada, se trata de extrasistolia, auricular o ventricular, que conviene diferenciar, pues la significación de una y otra suele ser muy distinta. Si durante la auscultación aparecen extrasístoles y entre el segundo ruido normal del latido precedente y el primero del latido prematuro aparece otro ruido debido a la suma de la sístole auricular y el período de lleno rápido ventricular del latido precedente (“galope del extrasístole”), se trata con seguridad de extrasistolia auricular. Si durante la palpación del pulso radial el extrasístole provoca un latido muy atenuado, o se percibe sólo una pausa prolongada, y mejor aún, si durante la determinación de la presión arterial el latido prematuro se acompaña de un franco descenso de la presión sistólica, lo más probable es que se trate de extrasistolia ventricular. Las otras características que se describen en uno y otro tipo de esta arritmia son falaces en el diagnóstico diferencial. Lo más frecuente es que la diferencia surja del electrocardiograma; si no aparecen, el diagnóstico seguro surgirá del registro Holter. Por supuesto, los extrasístoles ventriculares tienen mayor significación si son muy precoces, o polifocales, o sucesivos, debiéndose investigar si el paciente está digitalizado (especialmente con digital purpúrea) o tratado con diuréticos que provocan kaluresis e hipokalemia.

Otras veces el enfermo refiere que padece crisis de palpitations muy rápidas con las características de la taquicardia paroxística supra-ventricular; el diagnóstico se hace en la anamnesis y el examen del aparato cardiovascular generalmente no revela anomalías, pero si el examen no es completo no se descubrirá la afección que por vía refleja desencadena las crisis, es decir, “hay que buscar el botón del timbre que hace sonar la campanilla”. En 1988 analizamos 160 casos de TPsv, todos con examen clínico completo, de los cuales 100 padecían una colecistopatía (62,5%). De esos casos con colecistopatía, 42 fueron seguidos durante

un período prolongado (tiempo medio cinco años), comprobando que con el tratamiento de la afección hepatobiliar las crisis desaparecieron totalmente en 34 casos (80,95%) y aparecieron mucho menos a menudo en los otros ocho casos, muchas veces coincidiendo con transgresiones alimentarias. Este resultado, en cierto modo sorpresivo, da más fuerza a nuestro concepto de que siempre debe hacerse el examen completo del paciente; de no haber procedido así nunca hubiéramos podido lograr estas conclusiones inéditas.

Las crisis de palpitations muy rápidas pueden ser también expresión de taquicardia ventricular, que muy rara vez aparecen en corazones sanos, siendo frecuentes en el infarto agudo de miocardio, por lo cual su significación es más severa que la de la TPsv. Si fuera necesario hacer clínicamente el diagnóstico de una y otra crisis de taquicardia debe tenerse en cuenta que en la TV existe disociación auriculoventricular, razón por la cual el primer ruido es de intensidad variable; que de tanto en tanto se observa en las yugulares una onda de taponamiento; y que es variable la amplitud del pulso radial, así como el nivel de la presión arterial sistólica.

b) **Disnea:** La disnea de esfuerzo es un síntoma importante de insuficiencia cardíaca, limitando la capacidad funcional del paciente, tanto más cuanto más severa es la cardiopatía. Pero no debe olvidarse que otros factores también provocan disnea de esfuerzo, lo que puede hacer suponer que existe insuficiencia cardíaca o que sumándose a la de este origen tienda a agravar el pronóstico por mayor reducción de la capacidad funcional (sedentarismo, obesidad, elevación del diafragma, tabaquismo, anemia, afecciones broncopulmonares, etc.). En los casos más avanzados de insuficiencia cardíaca aparece disnea en reposo, lo más a menudo nocturna, con ortopnea, respiración de Cheyne-Stokes, y a veces crisis de disnea paroxística premonitoria de edema agudo de pulmón.

c) **Dolor precordial:** Si el dolor precordial presenta las características típicas del angor de esfuerzo crónico, el diagnóstico es indiscutible, e incluso puede valorarse su severidad según la reducción de la capacidad funcional. Pero a veces el dolor es reemplazado por una leve opresión, o una sensación de constricción en el mango del esternón que impide la inspiración (blockipnea), o aparece sólo en las zonas clásicas de irradiación, o surge provocado por el esfuerzo sólo en el período de la digestión, o por influencia del frío, especialmente al pasar de un ambiente templado al frío. En todos estos

casos debe registrarse el electrocardiograma, y si persistiera la duda debe indicarse la ergometría. El diagnóstico de la violenta crisis estenocárdica del infarto de miocardio no escapa al estudio electrocardiográfico seriado. En virtud de la brevedad de este editorial mencionamos solamente aquellas coronariopatías que se traducen por el angor de reciente comienzo, el angor de esfuerzo crónico con súbita y progresiva reducción de la capacidad funcional, y las crisis estenocárdicas en reposo que no siempre ceden con nitritos, síndrome que publicamos en 1940 con el título "Diagnóstico clínico del infarto de miocardio inminente", tema muy bien estudiado en los años más recientes, con terminología más adecuada, por el Dr. Carlos Bertolasi y colaboradores.

Un típico angor de esfuerzo suele observarse en la estenosis aórtica, sin coronariopatía, lo que confiere extrema severidad a esa valvulopatía.

Pero uno de los síntomas que más a menudo provocan la consulta médica cardiológica son los dolores precordiales atípicos, sin relación con esfuerzo o emoción, que aparecen caprichosamente, más frecuentes en decúbito, dolores punzantes fugaces u opresión precordial persistente, que suelen ser debidos, con más frecuencia, a osteocondritis costal o neuritis de un nervio intercostal, reflejo de una afección del aparato digestivo, especialmente colecistopatías o aerogastria, que en nuestro medio es a menudo debido al hábito del mate, pues con cada sorbito caliente se traga una bombilla de aire.

d) **Astenia, obnubilación, desmayo:** El paciente suele referir que a veces tiene gran astenia, con obnubilación, pudiendo llegar a la pérdida de conocimiento y caída. El interrogatorio debe orientarse a determinar el momento y causa probable de esos síntomas. Si aparecen en relación con ciertos movimientos, como levantarse bruscamente de la cama, o al incorporarse rápido después de agacharse, o girando la cabeza súbitamente hacia uno u otro lado, o al mirar hacia arriba, se trata evidentemente del síndrome vasovagal por hiperexcitabilidad del seno carotídeo. Ello puede ser constitucional, pero se exagera o aparece coincidiendo con trastornos digestivos (náuseas, diarrea) o en la convalecencia de una gripe. Otras veces el paciente refiere que cuando permanece de pie un rato largo aparecen astenia y obnubilación, y puede caer, con o sin pérdida de conocimiento; ello es debido a hipotensión ortostática, lo cual debe confirmarse en la tensiometría.

Cuando el paciente pierde súbitamente el conocimiento, generalmente con convulsiones,

comprobandose ausencia de pulso durante el episodio y muy lenta recuperación, se trata de una crisis de Stokes-Adams por bloqueo auriculoventricular completo, que no debe confundirse con epilepsia. Debe indicarse la urgente implantación de un marcapaso.

Finalmente, la crisis sincopal se provoca en un paciente con estenosis aórtica severa, de muy mal pronóstico. En este caso se impone el reemplazo valvular.

II. SIGNOS

Mencionaré sólo algunos detalles referentes al examen físico.

Examen físico

a) **Yugulares:** Muchas veces la yugular izquierda está ingurgitada debido a compresión venosa por el cayado de la aorta. Si las dos están ingurgitadas en decúbito, debe elevarse el torso a 30° y si aún persisten algo ingurgitadas debe indicarse al paciente que haga una inspiración profunda; si así las yugulares no colapsan, ello se debe a hipertensión venosa por insuficiencia cardíaca congestiva.

b) **Auscultación cardíaca:** Haré sólo un breve comentario sobre este punto.

La auscultación de un soplo sistólico no significa con certeza que exista una cardiopatía, pues puede tratarse de un "soplo inocente" que carece de significación patológica; este signo ha merecido la publicación de un libro (Caseres y Perry, 1967), pero basta recordar que si el soplo se ausculta en decúbito y desaparece en posición de pie, se trata de un "soplo inocente".

El soplo diastólico de insuficiencia aórtica suele ser muy suave y puede pasar inadvertido; debe ser siempre investigado con el estetoscopio adecuado, especialmente en apnea espiratoria, a nivel del cuarto espacio intercostal izquierdo paraesternal, haciendo algo de presión con la membrana.

El soplo sistólico en foco aórtico generalmente no es expresión de estenosis aórtica; en esta valvulopatía el soplo es intenso, rudo, romboidal, a menudo con frémito y bien irradiado a carótidas; si ese soplo se acompaña con síntomas (disnea o angor de esfuerzo, o crisis sincopales) el pronóstico es severo y deben solicitarse los exámenes complementarios previos al reemplazo valvular.

La percepción de un click sistólico puede no tener importancia pero obliga a orientar el examen para demostrar o descartar un posible prolapso de válvula mitral.

El ritmo de galope es un signo importante de

insuficiencia cardíaca pero tiene menor significación si se trata del "galope de suma", que se produce cuando una discreta taquicardia coincide con un intervalo PR algo prolongado, de modo que la sístole auricular coincide con el período de lleno rápido del ciclo precedente.

c) **Presión arterial:** Para su determinación debe disponerse del instrumento adecuado y tranquilizar al paciente lo más posible. Si la presión es normal, con una evaluación es suficiente, pero si excede los límites normales debe repetirse una o dos veces, tranquilizando al enfermo, comunicándole una cifra tolerable en la primera comprobación; incluso puede ser útil hacer el último control mientras el paciente inspira y expira profunda y lentamente tratando de estar tranquilo. Debe tenerse en cuenta que la presión arterial será más elevada si el paciente está muy nervioso, o simplemente ansioso por conocer las cifras tensionales, o si la determinación se hace en ambiente frío, o sin el debido reposo unos minutos antes, e incluso si la vejiga está distendida y el enfermo tiene deseos de orinar.

Además, hay que considerar el "valor relativo" de las cifras de la presión arterial, pues en dos individuos con la misma presión intraarterial, uno con brazo delgado y flácido, y el otro con brazo de gran circunferencia y con mucho desarrollo muscular, puede, en este último caso, obtenerse una cifra mayor, pues parte de la presión del manguito es utilizada para vencer la resistencia opuesta por los tejidos antes de colapsar la arteria.

Si al determinar la presión arterial se observa hipotensión debe tomarse la presión estando el paciente de pie, pues es probable que ella descienda más; esto puede ser debido a una predisposición personal, pero se observa más a menudo cuando el enfermo está tratado con alguna de las drogas antihipertensivas que suelen provocar hipotensión ortostática, más aún si se combinan con diuréticos, en cuyo caso deberá reducirse la dosis o cambiar el medicamento.

d) **Edemas de miembros inferiores:** Si el edema es unilateral o predomina francamente de un lado, no es expresión de insuficiencia cardíaca sino de origen venoso local (terreno varicoso). Si es igual en ambos miembros inferiores puede ser por insuficiencia cardíaca, en cuyo caso debe coincidir con ingurgitación yugular, tal como se expresó anteriormente.

III. ELECTROCARDIOGRAMA

Es la norma, aquí y en todas partes, que el médico tratante solicite el electrocardiograma sin

adjuntar un resumen de la historia clínica, y que el cardiólogo informe el trazado sin conocer al paciente. Y es también común que en presencia de trastornos de la repolarización informe "insuficiencia coronaria", aun sabiendo que esas anormalidades pueden ser provocadas por otras causas (acción de drogas, anemia, pericarditis, disendocríneas, psiconeurosis, etc.); pero la insuficiencia coronaria "es la más común", como contestó a mi requerimiento un famoso electrocardiografista en Estados Unidos; y cuando le comenté que yo en Buenos Aires no informaba un electrocardiograma sin hacer el examen completo del paciente me respondió: "Feliz de usted que puede". Y es el paciente el que se perjudica envuelto en esa maraña reñida con la ciencia.

Ya en 1942, mi compañero de tareas y amigo, el Dr. Jorge González Videla, expresó textualmente en el prólogo de su tesis: "Sin embargo, el electrocardiograma en ningún caso debe ser interpretado en forma aislada sino juntamente con los antecedentes aportados por el enfermo y los datos proporcionados por los exámenes clínico y radiológico. Es así como adquiere su mayor valor y utilidad". Y yo agrego hoy que se evitarán groseros errores de diagnóstico.

IV. RADIOLOGIA

Generalmente se completa el examen cardiológico con una telerradiografía, pues con ella disminuye la divergencia de los rayos, la imagen es más real y permite medir diversos diámetros para tener una idea más precisa de la normalidad o agrandamiento de la imagen. Pero sin causa aparente la sombra cardíaca puede variar de forma y tamaño entre un examen y otro, lo cual no debe extrañar sin consideramos que el disparo registró la imagen cardíaca una vez en sístole y otra vez en diástole, lo cual quita todo valor a los famosos diámetros; es verdad que existe la técnica para obtener siempre la imagen en sístole, pero no se la utiliza en la práctica. A veces se solicita también la telerradiografía en una posición oblicua, pero la interpretación es difícil, pues a veces la rotación es mínima y otras veces la posición es casi lateral. El cardiólogo acostumbrado a examinar a sus pacientes radioscópicamente aprende pronto a neutralizar la consecuencia de la divergencia de los rayos apreciando si la sombra cardíaca es normal o agrandada, y en este caso el grado de agrandamiento, observando el corazón en sístole y en diástole, valorando la amplitud de los latidos y observando la imagen en OAD y OAI en rotación de 45°. Además permite observar la posición del corazón

en inspiración y en espiración, valorando el grado de excursión del diafragma. En un paciente obeso y meteorizado, el hemidiafragma izquierdo está elevado y el corazón en posición horizontal; en inspiración profunda el diafragma desciende poco y el corazón sigue horizontalizado, apareciendo la sombra cardíaca agrandada, pues al elevarse la punta el corazón gira proyectando al plano frontal una parte de la cara lateral. Ese giro del corazón provoca una aorta desenrollada y la sombra de la aorta ascendente y descendente aparecerá en la telerradiografía en posición frontal como un "pedículo aórtico" ensanchado, lo que creo dio origen hace años a la epidemia de "aortitis" que merecía el correspondiente tratamiento antilúético. Radioscópicamente en OAD en un grado de rotación adecuado puede verse el diámetro de la aorta ascendente normal entre el borde libre y la luz del bronquio.

Considero que el examen radiosκόpicamente es parte fundamental del examen cardiológico completo. En 1938, integrantes de la mejor escuela cardiológica de Francia (Laubry y colaboradores) publicaron un trabajo titulado "El síndrome frenogástrico de las coronaritis", presentando cinco casos con gran elevación del hemidiafragma izquierdo con o sin aerogastria, dolores precordiales atípicos y anormalidades en la III D del electrocardiograma (dos casos con Q3 T3 como secuela de infarto de miocardio de cara inferior, y otro con Q3 y T3 aplanada). Sospeché que algo no estaba claro y esperé hasta examinar radioscópicamente a un enfermo con gran aerogastria y diafragma muy elevado con buena excursión; el electrocardiograma mostró el síndrome Q3 T3, que desapareció en inspiración profunda, lo que nos hizo pensar que en aquellos casos no existía coronariopatía, que todo era debido a la posición del corazón, y generalizamos la inclusión de la III D inspirada en nuestros estudios electrocardiográficos, lo cual fue la base de la tesis de González Videla, donde se demuestra categóricamente la importancia de la posición del corazón. Sin embargo, todavía se ven muchos electrocardiogramas en los cuales se ha omitido esa sencilla maniobra.

V. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

a) *Ergometría*: Desde los tiempos del *two steps* siempre se consideró la prueba de esfuerzo como un método útil en el estudio de las coronariopatías, adquiriendo mayor valor en los últimos años empleando la bicicleta ergométrica o el tapiz rodante, considerando que la prueba es negativa si alcanzando la frecuencia cardíaca

submáxima no aparece angor o ST isquémico. A veces se reemplaza el electrocardiograma por la administración de un isótopo radioactivo (Tc), deduciendo que la prueba demuestra "insuficiencia coronaria" cuando hay menor fijación del isótopo en una zona del miocardio, diagnóstico que se mantiene, sin especificar su grado, aunque sea ése el único elemento de juicio positivo. Así el diagnóstico de insuficiencia coronaria es mucho más frecuente, lo cual puede ser debido a una falla del método, o más probablemente a su extrema sensibilidad, que objetiva un grado mínimo de insuficiencia coronaria subclínica, propia de una muy discreta arterioesclerosis proporcional a la edad del paciente. Por ahora, al menos, prefiero usar el electrocardiograma en la interpretación de la ergometría. Por otra parte, existe un grupo de pacientes en los que el esfuerzo está limitado y no se logra alcanzar la frecuencia cardíaca submáxima (vida sedentaria, edad avanzada, obesidad, sexo femenino), por lo cual se informa "prueba incompleta". En esos casos sugiero hacer el estudio ergométrico colocando en el pecho del paciente una bolsa de hielo, con lo que el esfuerzo limitado puede ser suficiente para provocar angor y ST isquémico.

b) **Ecocardiograma:** El primitivo, que vimos nacer en Filadelfia en 1966, ha sido superado por el bidimensional, inocuo y útil, con muy escaso margen de error, que debe usarse para confirmar el diagnóstico de malformaciones congénitas, pericarditis y valvulopatías, aportando datos útiles sobre la severidad de la afección.

El ecocardiograma Doppler me hace acordar a lo que solía decir el Maestro Houssay: "Los métodos de investigación modernos, cuanto más complicados y sofisticados, más causa de error contienen, y deben ser siempre cotejados con los métodos clásicos, con los cuales tenemos mayor experiencia". Un ejemplo: a una enferma que atendía desde 1949 por una estenosis mitral, en 1983 se le hizo un reemplazo valvular mitral con todo éxito; sigue muy bien en plena actividad y en diciembre de 1990 se le hizo un examen cardiológico general para documentar la evolución alejada; en el ecocardiograma Doppler se informa, por ciertas turbulencias, insuficiencia mitral leve, insuficiencia aórtica moderada e insuficiencia tricuspídea moderada a severa; en un examen muy prolijo se comprueba la buena función de la

prótesis mitral sin ninguna otra patología valvular. Ese informe provenía de un centro de gran predicamento, por lo cual debo aceptar que el error era debido al método en sí mismo.

c) **Hemodinamia y cineangiocardiógrafa:** Estudio complejo, invasivo, prácticamente sin riesgo, que proporciona datos exactos y objetivos. Está indicado en el estudio de muchas cardiopatías pero fundamentalmente en las malformaciones congénitas y valvulopatías; debe hacerse siempre cuando el examen clínico sugiere gravedad de la afección cardiovascular y se discute la intervención quirúrgica.

d) **Cinecoronariografía:** Este método ha significado un gran progreso en el estudio de las coronariopatías, mostrando la localización y grado de las obstrucciones coronarias. Uno de los puntos importantes es cuando se observa un mal lecho distal tras la obstrucción, pues puede ser debido a estrechez orgánica de la arteria coronaria o a escasa dilatación de ese segmento de la arteria por disminución del flujo provocada por una obstrucción severa, y más aún si existen dos obstrucciones sucesivas; esto tiene gran importancia y la solución del problema influye en la conducta terapéutica. Existen diversos criterios para indicar la cinecoronariografía, pero hay coronariopatías en las cuales la indicación es formal: 1) angor de esfuerzo crónico con poca capacidad funcional y mala respuesta al tratamiento médico; 2) angor de esfuerzo crónico que en un momento de su evolución reduce la capacidad funcional en forma súbita y progresiva; 3) angor de esfuerzo de reciente comienzo; 4) angor de esfuerzo en el cual aparecen crisis en reposo, sin causa desencadenante, cualquiera que sea la eficacia de los nitritos.

Del estudio de la coronariografía surgirá la conducta terapéutica, ya sea continuar con tratamiento médico por no haber otra posibilidad, o indicar la angioplastia coronaria con el catéter de Grundzig o el by-pass quirúrgico.

He escrito este artículo con la experiencia adquirida en más de cincuenta años de intensa dedicación a la cardiología con la intención de insistir en que el diagnóstico debe surgir del examen completo del paciente y para que los cardiólogos más jóvenes actúen con mayor criterio clínico.