

Cartas al Editor

Sr. Director:

He leído con gran interés la traducción realizada por el Dr. Edgardo Carisimo de la descripción original de angina por William Heberden. Creo que es una excelente oportunidad para la Revista Argentina de Cardiología de publicar este valioso documento.

Valentín Fuster

The Mount Sinai Medical Center
Neva York, 12 de junio de 1991

Algunos relatos sobre una enfermedad del pecho

Por William Heberden

(Leído en la Facultad, 21 de julio de 1768)

Existe una enfermedad el pecho, marcada por síntomas fuertes y peculiares, de importancia por la clase de peligro que encierra y que ocurre con cierta frecuencia, y de la cual no pude encontrar información entre los autores médicos. Su lugar de localización, su foco y la sensación de estrangulamiento y ansiedad que provoca hacen que resulte impropio llamarla "angina de pecho".

Aquellos que la padecen son atacados mientras caminan, y especialmente después de comer, por una sensación dolorosa y muy desagradable en el pecho, que parece que de continuar o incrementarse acabaría con la vida. Sin embargo, ese malestar desaparece cuando permanecen quietos. En los demás aspectos, al comienzo los pacientes se sienten perfectamente bien y no presentan acortamiento de la respiración, lo cual es totalmente diferente.

Luego de algunos meses el malestar no cesa de manera instantánea al permanecer quieto, y al cabo de casi un año se repetirá no sólo cuando se camina sino que también cuando una persona se acuesta, obligándola a levantarse por la noche. En uno o dos casos crónicos se hizo presente sólo con el movimiento de un caballo o un carruaje, y también al tragar, toser, evacuar el vientre, hablar o con cualquier alteración de la mente. He oído de una persona a quien el malestar la atacaba mientras estaba parada o sentada. Pero la mayoría de los casos que he visto no se sintieron afectados al cabalgar, hablar, tragar, reír, estornudar o vomitar. Un paciente me contó que se sentía más afectado en el invierno; otro, que su molestia se agravaba con el clima templado, y el resto que las estaciones no les provocaban ninguna diferencia.

He observado algo similar a esta afección del pecho en una mujer paralítica y oí de uno o dos hombres jóvenes que se quejaban pero de manera muy benigna. Sin embargo, el resto de las personas que observé de más de veinte años eran hombres y la mayoría de más de cincuenta años con cuello corto y tendencia a engordar.

Si se presenta un malestar de esta clase al caminar, su duración será corta, ya que se irá cuando la persona se detenga. Si se produce en la noche, durará una o dos horas. Tuve oportunidad de ver un caso donde el malestar continuó por bastantes días y el paciente parecía estar en inminente peligro de muerte.

Como la primera vez que observé este desorden no pude encontrar respuesta alguna en los libros, consulté a un hábil médico de mucha experiencia, que me contó que había visto muchos de esos casos y que todos habían muerto repentinamente. Esto me hizo pensar que era verdad, ya que había atendido a seis pacientes que murieron de esa manera y tal vez hubo más que experimentaron una muerte similar y que no tuve la oportunidad de atender. A pesar de que la tendencia general de esta enfermedad es matar súbitamente y aunque no tiene el poder de preservar a una persona de otras dolencias, se cree con facilidad que algunos pacientes que sufren la misma pueden morir por otra causa, ya que esta enfermedad —como me he enterado más de una vez— puede durar alrededor de veinte años y ataca en su mayoría a los de más de cincuenta años. Hubo un paciente que se murió luego de una prolongada enfermedad de otra naturaleza.

Se señala al esternón como el lugar donde se localiza la enfermedad, pero algunas veces se sitúa en la parte superior, a veces en el medio o en la parte baja del mismo, pero siempre se inclina más hacia el lado izquierdo y muchas veces se siente un dolor en la mitad del brazo del mismo lado. Lo malo es que no es fácil localizar en qué parte del esternón está situado. El dolor puede ser el de un fuerte calambre o el de una úlcera o ambos.

Cualquiera puede afirmar que es una convulsión de la parte afectada, si se considera la forma de presentarse y desaparecer, los intervalos sin dolor, el alivio que proporcionan el vino y los licores espirituosos, la influencia de las pasiones de la mente, la comodidad que trae consigo variar la postura de la cabeza y de los hombros

al estirar las vértebras del tórax o flexionarlas levemente hacia adelante y hacia atrás, el número de años que continúa sin afectar la salud, el hecho de que soporta el movimiento de un caballo o carruaje, que siempre se asocia con dolores espasmódicos en los pacientes que sufren de úlcera. Por último, su aparición luego del primer sueño de la noche, cuando las pesadillas, el asma convulsiva, el entumecimiento, la epilepsia, la languidez hipocondríaca y otras enfermedades que se atribuyen a los disturbios en las funciones de los nervios reaparecen en forma peculiar o se agravan.

Algunas veces el pulso no se altera por este dolor y por lo tanto tampoco el corazón. Tuve oportunidad de observar este fenómeno durante el paroxismo. Sin embargo, nunca pude abrir un paciente que murió por esta razón, ya que la muerte súbita no ayuda a poder llevar a cabo esta tarea, porque en la mayoría de los casos los pacientes fueron enterrados antes de que pudiera saberlo. A pesar de que es muy probable que un espasmo fuerte sea la causa de este desorden, existen razones para pensar que algunas veces se acompaña de una úlcera y que puede proceder de la misma. He visto a dos de estos pacientes que solían esputar sangre y purulencia y uno de ellos aseguraba que sentía que provenían del lugar del desorden. Otro sentía dolor al tragar cuando apretaba la parte que parecía estar afectada. En el caso de un cuarto paciente que murió súbitamente, luego de su deceso todos los presentes sintieron un olor muy desagradable y pensaron que había estallado el alma de algún absceso.

Creo que el sangrado y los vómitos no hacen ningún bien. El vino y los licores tomados antes de ir a dormir prevendrán o atenuarán los ataques nocturnos, pero no hay nada más efectivo que un somnífero. Si se toman diez, quince o veinte gotas de tintura thebaica al acostarse, el paciente que se veía forzado a levantarse y sentarse por dos o tres horas cada noche no se levantará hasta la mañana siguiente por muchos meses. Se puede continuar tomando esta cantidad o una mayor, si es necesario. Se puede añadir a esto el alivio que proporciona el opio, que demuestra que los ataques son de tipo convulsivo. El tiempo y la atención descubrirán sin lugar a dudas más remedios contra estos malestares. Sin embargo no se debe esperar demasiado para establecer el método de cura de una enfermedad tan poco observada hasta el momento y para la cual no se ha encontrado un lugar y un nombre dentro de la historia de las enfermedades.

Cardiopatía y embarazo. A propósito de un caso de difícil manejo

Sr. Director:

A pesar de la evolución de diagnóstico y terapéutica de las últimas décadas en cardiología y obstetricia, la embarazada con cardiopatía constituye siempre una paciente de alto riesgo y de difícil manejo. Queremos presentar un caso de una enferma con estenosis mitral severa que consulta a las 31 semanas de gestación.

Se trata de una paciente de 29 años de edad, con antecedentes de fiebre reumática, "soplo cardíaco", episodios de endocarditis infecciosa dos años previos a la admisión, a partir del cual queda en clase funcional II (NYHA) por disnea. Al momento de su internación se encontraba cursando embarazo de siete meses y medio, taquipneica, taquicárdica, ingurgitación yugular (+++) y hepatomegalia congestiva, estenosis mitral severa e insuficiencia tricuspídea. El ECG mostraba RS, sobrecarga biauricular e hipertrofia ventricular derecha. En la radiografía de tórax se veía silueta cardíaca de configuración típica mitral e hilios congestivos. El eco Doppler cardíaco confirmó estenosis mitral crítica ($0,8 \text{ cm}^2$), calcificación anular y afectación gruesa del aparato subvalvular mitral, insuficiencia tricuspídea severa, presión sistólica pulmonar calculada en 120 mmHg, además de insuficiencias mitroaórticas leves (Fig. 1). La ecografía obstétrica demostró feto único en posición pelviana de 32 semanas de edad gestacional, biometría correspondiente a 30 y oligoamnios. Dadas

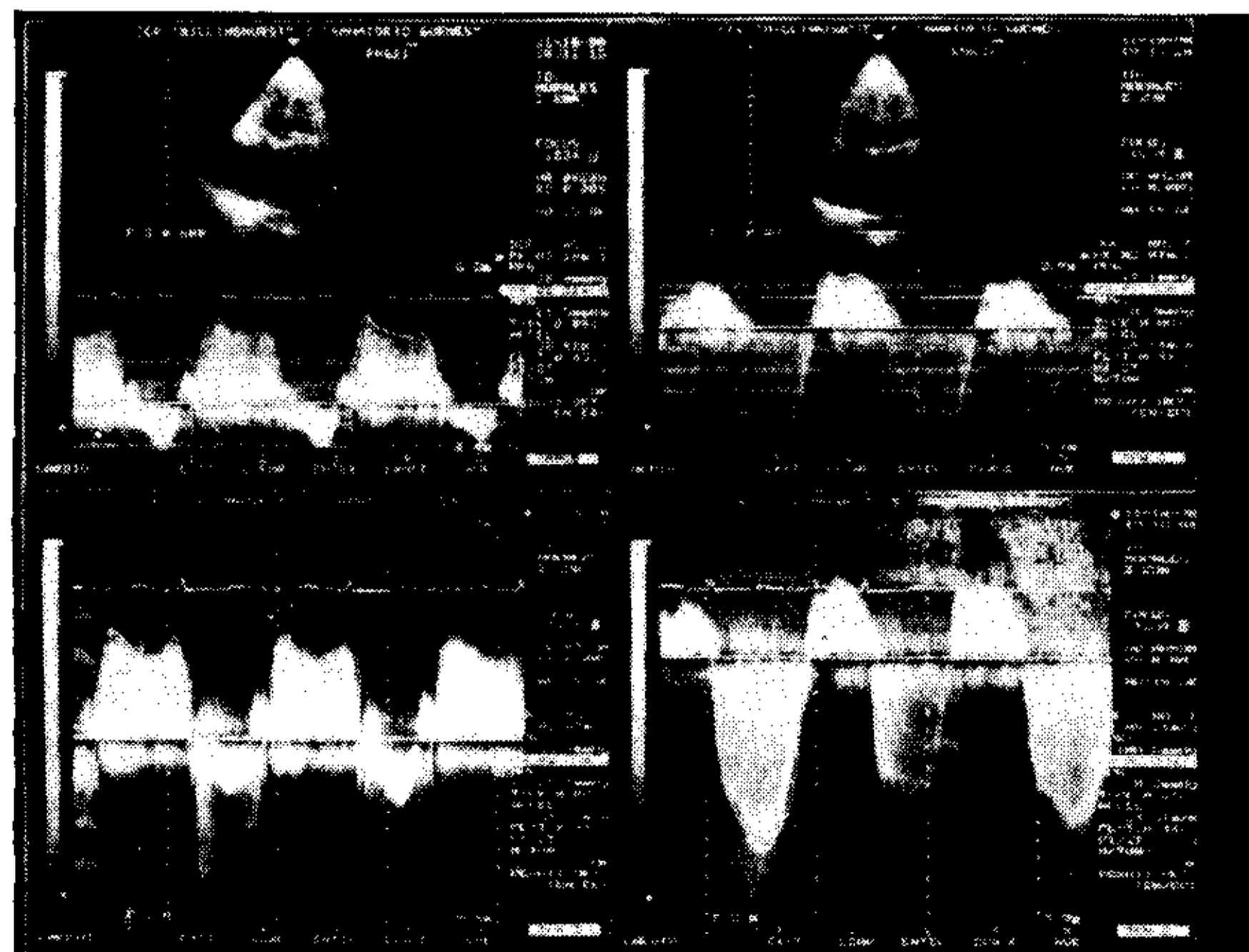


Fig. 1. Eco Doppler prequirúrgico. Izquierda: curva de flujo transmitral. Se observa estenosis mitral severa, gradiente medio de 22 mmHg e insuficiencia mitral leve. Derecha: curva de flujo tricuspídeo. Insuficiencia tricuspídea severa, presión pulmonar calculada de 120 mmHg.

las condiciones cardiológicas y obstétricas se indica cirugía en "cadena": primero cesárea, segundo cirugía cardiovascular inmediatamente después. Previo a todo el procedimiento se realiza corticoideoterapia para maduración pulmonar del feto. Se realizó la cesárea sin complicaciones, naciendo una niña prematura de 1.080 gramos que evolucionó favorablemente. A la madre se le realizó reemplazo de válvula mitral con prótesis mecánica y plástica tricuspídea con evolución normal. En la actualidad, a un año del procedimiento, la madre se encuentra en clase funcional I (NYHA) y el eco muestra buen funcionamiento protésico con presión sistólica pulmonar de 40 mmHg. La niña tiene un crecimiento ponderal y neurológico normal.

La apropiada terapéutica para cada caso requiere de un entendimiento adecuado de la patofisiología de la lesión y de su interacción con la fisiología del embarazo. El tiempo de consulta de la paciente es fundamental para las decisiones. Algunas cardiopatías son particularmente mal toleradas durante el embarazo, a tal punto que, por ejemplo, la hipertensión pulmonar primaria o secundaria de grado severo, síndrome de Marfan, etc., deberían considerarse seriamente como contraindicación del mismo. La interrupción de la gestación en estas pacientes es de significativo riesgo, por lo que es preferible la prevención para evitarlo. Cuando es posible programar el tratamiento, se prefiere realizar la cirugía luego de las doce semanas, es decir después que la embriogénesis ha finalizado y ha pasado el pico más alto de incidencia de aborto espontáneo, y antes de las veinte semanas, que es el pico mayor de sobrecarga cardíaca materna. La comisurotomía mitral a cielo cerrado puede ser realizada con un riesgo materno

< 3% y una mortalidad fetal < 9%. Actualmente, si las condiciones lo permiten, se puede considerar la valvuloplastia por cateterismo. En nuestra paciente, ambas opciones eran imposibles por el estado de la válvula mitral. La insuficiencia cardíaca y la hipertensión pulmonar severa se asocian a un 50% de mortalidad materna durante el parto y puerperio, cualquiera que sea la táctica elegida (parto vaginal o cesárea). Se optó finalmente por cirugía en "cadena" con un resultado óptimo; sabiendo que aquí el riesgo era de sangrado uterino durante la circulación extracorpórea, se apeló al manejo farmacológico de los mecanismos intrínsecos de coagulación uterina. La cirugía cardíaca debió realizarse inmediatamente después de la cesárea, en el mismo acto, para evitar la sobrecarga abrupta de volumen que genera la descompresión brusca de la vena cava inferior. Obviamente, se trabajó en íntimo contacto con los Servicios de Obstetricia y Neonatología. En nuestro Servicio es la primera experiencia con este procedimiento y desconocemos que existan descripciones similares.

**E. Gabe, C. Rapallo, M. Racli,
C. Bruno, V. Caramutti**

Fundación Favalaro - Sanatorio Güemes

BIBLIOGRAFIA

1. Benedetti T, Hargrave J et al: Maternal pulmonary edema during premature labor inhibition. *Obstet Gynecol* 1982; 59 (Suppl): 33.
2. Bernal JM, Miralles P: Cardiac surgery with cardiopulmonary bypass during pregnancy. *Obstet Gynecol Surg* 1986; 4: 1.
3. Metcalfe J: Heart disease and pregnancy. In: Metcalfe J (ed): *The effects of pregnancy on the cardiovascular system*. Little-Brown, Boston, 1986, Chapter 2, p 11 (2nd ed).
4. Metcalfe J: Heart disease and pregnancy. In: Metcalfe J (ed): *Generalizations concerning the management of hearts diseases during pregnancy*. Little-Brown, Boston, 1986, Chapter 4, p 83 (2nd ed).