

FRECUENCIA DEL SOPLO EN LA ARTERIOSCLEROSIS

J. LOPEZ DELMAS y J. PALOU

Departamento de Angiología de la «Obra 18 de Julio», Barcelona. (España)

Frente al enfermo arterioscleroso practicamos sistemáticamente la exploración física de la toma del índice oscilométrico en muslos y regiones supramaleolares; tensión arterial; pulsos periféricos en región cervical, subclavias y carótidas, en extremidades inferiores, femorales, tibiales posteriores y pedias, y en el abdomen, la aorta. En algunos casos recurrimos a la arteriografía.

Durante estos últimos años hemos añadido la auscultación arterial en busca de la existencia de soplos que nos traducen de una manera muy simple la existencia de estenosis arteriales.

En estos enfermos arteriosclerosos hemos podido observar el soplo en fase incipiente, en la simple claudicación intermitente.

Pocos autores se han dedicado a investigar la presencia de ruidos en las arterias. LIAN¹, en 1927, da importancia al soplo sistólico en la subclavía en casos de arteritis incompleta de dicho tronco. POPKIN², en 1950, hace la observación del soplo sistólico y su significación en las enfermedades vasculares periféricas. MARTORELL y PALOU³, en 1959, en el síndrome de oclusión parcial de la arteria ilíaca, estudian dos casos de los cuales uno presentaba a la aortografía una estenosis a nivel de la ilíaca con sector distal permeable, sin soplo ni «thrill», y el otro donde la aortografía demostraba una estenosis incompleta de ambas ilíacas con oclusión de las femorales y donde existía soplo en las dos ilíacas y «thrill» sólo en una. OECONOMOS⁴, en 1961, insiste también y constata dicho signo. RATSCHOW⁵, en 1962, resalta la importancia de la fonoangiografía para la valoración de la estenosis arterial, apreciándose mayor intensidad y frecuencia de las ondas cuanto mayor grado de estenosis presenta.

Al auscultar una arteria normal percibimos un tono sistólico originado por la vibración que produce la entrada de sangre en el vaso y otro diastólico, más débil, que es el tono valvular aórtico propagado.

La aparición de un soplo se debe al franquear la corriente sanguínea una estrechez brusca en su trayecto. Puede haber diferentes características en el soplo: es intermitente y sistólico en las comunicaciones arterioarteriales, como en el caso de las estenosis arteriales, y a veces se acompaña de «thrill»; un soplo continuo con refuerzo sistólico denota una comunicación arteriovenosa; y, por último, un soplo continuo sin refuerzo sistólico y con «thrill» denota una comunicación venovenosa.

Se puede asegurar que un soplo traduce una estenosis, sin embargo no todas las estenosis producen soplo. Hemos notado que los cambios de tensión arterial hacían variar también la intensidad del soplo. La aparición de una obliteración completa, como es lógico, hace desaparecer el soplo.

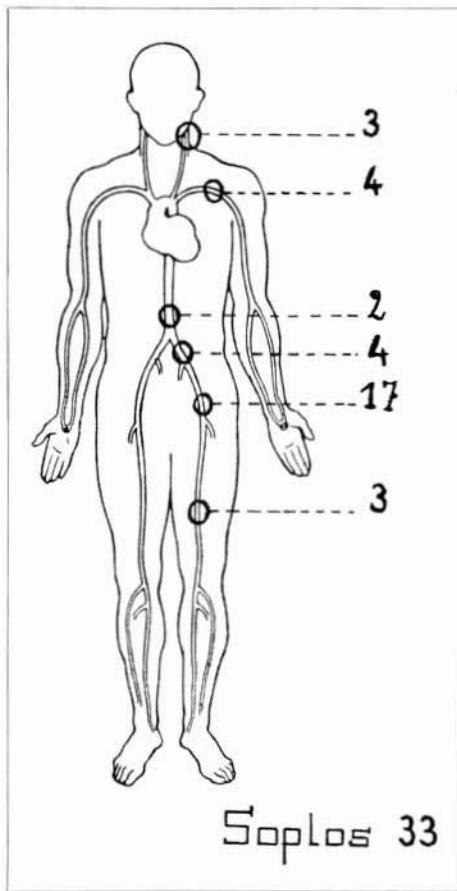


FIG. 1. Localización y frecuencia de los soplos en cien enfermos arteriosclerosos.

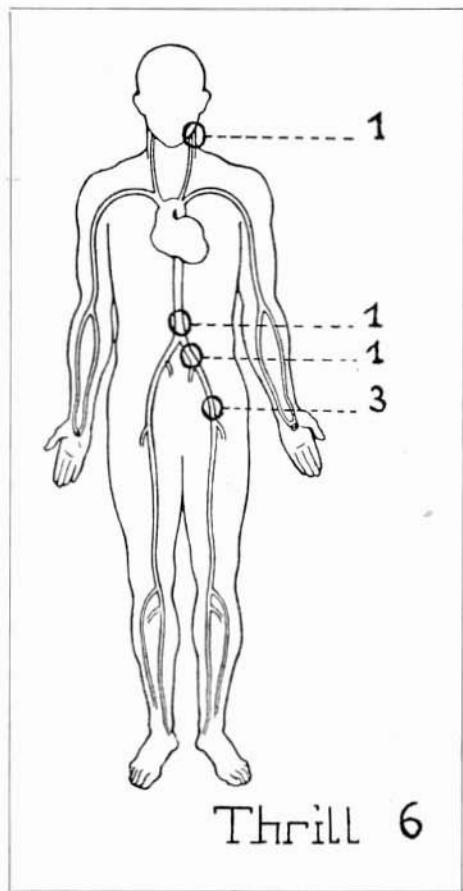


FIG. 2. Localización y frecuencia del «thrill» en cien enfermos arteriosclerosos.

Se han emitido varias teorías para explicar la hemodinámica de este signo, pero no las creemos muy convincentes. Se acepta por bastantes autores que el soplo traduce una estenosis incompleta a condición de que en un segmento más distal haya obliteración. Esto puede verse en la práctica, pero a veces hemos auscultado soplos intensos en subclavia siendo positiva la pulsatilidad humeral y radial.

Hemos escogido los 100 últimos enfermos del pasado año afectos de arteriosclerosis obliterante, asistidos en la «Obra 18 de Julio» de Barcelona, a los cuales se les ha auscultado de una manera sistemática las arterias carótidas, subclavias, aorta, ilíacas, femorales a nivel inguinal y del conducto de Hunter. No se han practicado sistemáticamente arteriografías a todos ellos; nuestro criterio es que sólo deben efectuarse en aquellos en los que puede ser necesaria una intervención del tipo desobstructiva o reparadora.

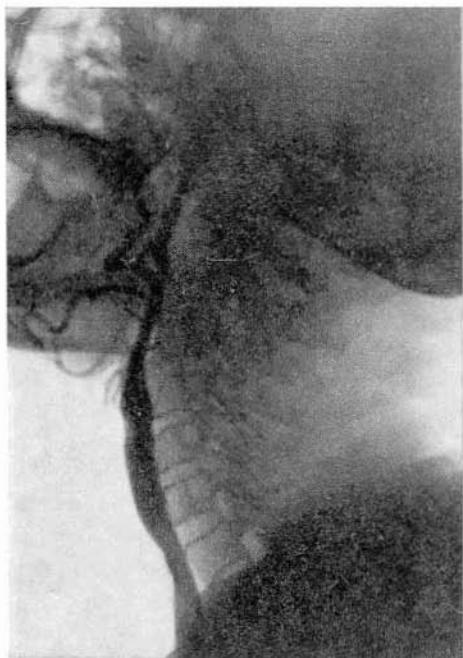


FIG. 3. Doble estenosis a nivel de la carótida primitiva.

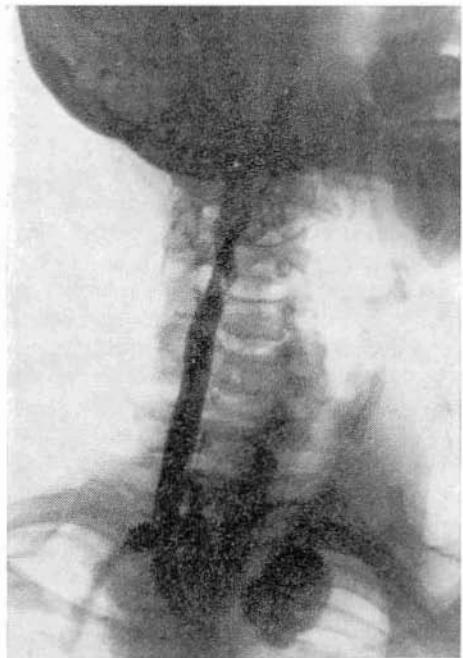


FIG. 4. Estenosis a nivel de la bifurcación de la carótida.

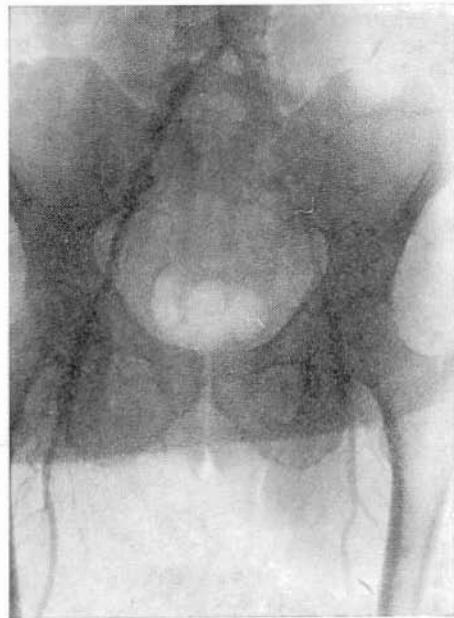


FIG. 5. Estenosis a nivel de la iliaca primitiva izquierda.

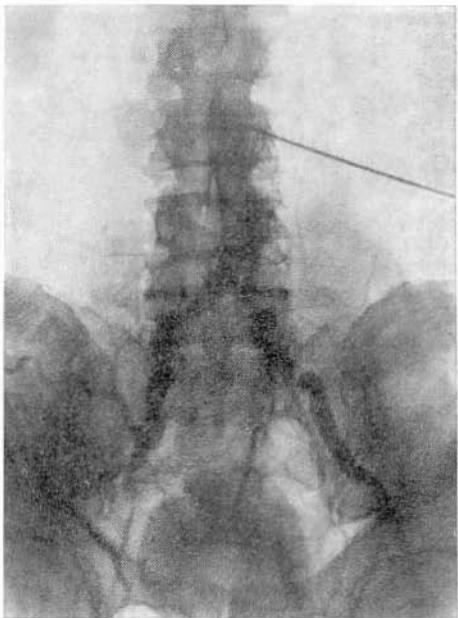


FIG. 6. Estenosis a nivel de la iliaca primitiva y externa del lado izquierdo.

Como dato de interés cabe resaltar que sólo 5 eran mujeres, ninguna de las cuales presentaba soplos.

De estos enfermos hemos podido auscultar un total de 33 soplos entre 26 enfermos (alguno de ellos presentaba más de un soplo). En cuanto al «thrill», sólo en 6 casos era palpable. La región femoral es la zona donde aparece el mayor número de soplos (figs. 1 y 2).

En las arteriografías que presentamos en las figuras 3, 4, 5 y 6 pueden comprobarse las estenosis. A la auscultación era evidente el soplo.

Creemos que el poder notar una alteración de la pared arterial mediante una exploración física tiene cierta importancia, sobre todo en la práctica diaria y teniendo en cuenta que no conlleva riesgo ni pérdida de tiempo apreciable, pudiendo darnos siempre una orientación del estado de la arteria que investigamos, ya sea como revisión o bien en casos de injerto al comprobar su permeabilidad y ausencia por tanto de estenosis incipiente.

RESUMEN

Hemos revisado 100 enfermos afectos de arteriosclerosis obliterante, auscultando de modo sistemático las arterias carótidas, subclavias, aorta, ilíacas, femorales (a nivel de la ingle y del conducto de Hunter). Se aprecia soplo en un elevado número de casos, pudiéndose comprobar en algunos por medio de la arteriografía el paralelismo entre la presencia de estenosis y soplo.

SUMMARY

In a consecutive series of 100 patients suffering from arteriosclerosis obliterans of the legs auscultation is accomplished over the arteries in the neck and the abdomen. A systolic murmur is found very frequently. Clinical and arteriographic parallelism is commented.

BIBLIOGRAFÍA

- LIAN, G.; GILBERT-DREYFUS; PUECH, P. — *Importance de la recherche et de la constatation d'un souffle systolique du creux sus-claviculaire pour le diagnostic des artérites incomplètement obliterantes de la sous-clavière.* «Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris», 1201; 22 julio 1927.
- POPKIN, R. J. — *A systolic murmur heard over the lower abdominal aorta: Its significance in peripheral vascular disease.* «Angiology», 1:244;1950.
- MARTORELL, F. y PALOU, J. — *El síndrome de oclusión parcial de la arteria ilíaca.* «Actas del Instituto Policlínico de Barcelona», 13:171;1959.
- OECONOMOS. — *L'auscultation vasculaire. Son intérêt chirurgical.* «Presse Médicale», 69:431;1961.
- RATSCHEW, M. — *The importance of phonoangiography for an early diagnosis of arterial occlusion.* «Journal of Cardiovascular Surgery», 3:239;1962.