

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

En sujetos en estado fisiológico se ha investigado los efectos sobre la tensión arterial de: a) Dos preparados de extracto de lóbulo posterior de hipófisis (11 casos); y b) Uno de la hormona presora (6 casos). Los resultados obtenidos se pueden resumir en las siguientes conclusiones:

1.^a En las condiciones indicadas de estudio en el hombre, el extracto total de lóbulo posterior de hipófisis no produce aumento alguno de la tensión arterial; antes bien, con frecuencia se comprueba una disminución de aquélla.

2.^a Con la hormona presora se obtienen los mismos resultados, aunque, paradójicamente, el efecto hipotensor es más constante y más acentuado que el registrado con los extractos totales.

BIBLIOGRAFIA

1. MOFFAT, W. M.—*Amer. J. Med. Sci.*, 186, 854, 1933.
2. RESNIK, W. H. y GEILING, E. M.—*J. Clin. Invest.*, 1, 217, 1925.

SUMMARY

The effect of a) Two preparations from extracts of posterior lobe of the pituitary gland (11 cases) and b) A preparation from pressor hormone (6 cases) on blood pressure was tried in subjects under physiologic conditions. The results attained may be summarised in the following conclusions:

1) Under the conditions given for study in man the total extract of the posterior lobe of the pituitary gland induces no increase whatsoever in blood pressure; on the contrary, blood pressure is often found to be decreased.

2) The same results are attained with the pressor hormone though, paradoxically, the hypotensive effect is more consistent and marked than that recorded for total extracts.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei physiologisch normalen Personen hat man die Wirkung von 2 Produkten auf den Blutdruck verfolgt.

a) Zwei verschiedene Praeparate des hinteren Hypophysenlappens wurden in 11 Personen ausprobiert.

b) Ein Praeparat des blutdrucksteigernden Hormons wurde in 6 Faellen probiert. Die Ergebnisse können in Form von folgenden Schlussfolgerungen zusammengefasst werden.

1) Unter physiologischen Bedingungen erzeugt der Gesamtextrakt des Hypophysenhinterlappens keinerlei Blutdruckerhöhung; im Gegenteil, häufig kann man eine Senkung beobachten.

2) Mit dem sogenannten Blutdruckhormon dieselben Resultate, wenn auch paradoxerweise

öfter eine Senkung beobachte, die ausserdem meist noch stärker ist als bei den Gesamtexttrakten.

RÉSUMÉ

Chez des sujets en état physiologique, on a étudié sur la tension artérielle les effets de:

a) Deux préparations d'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse (11 cas); et b) D'un de l'hormone hypertensive (6 cas). Les résultats obtenus peuvent se résumer par les conclusions suivantes:

1) Dans les conditions indiquées d'étude chez l'homme, l'extrait total de lobe postérieur de l'hypophyse ne produit aucune augmentation de la pression artérielle, on observe plutôt une diminution de celle-ci.

2) Avec l'hormone hypertensive on obtient les mêmes résultats, quoique l'effet hypotenseur est plus constant et plus sensible que l'enregistré avec les extraits totaux.

LA ATIPIA CLINICA DEL INFARTO DE MIOCARDIO EN LAS EDADES AVANZADAS DE LA VIDA (*)

V. SORRIBES-SANTAMARÍA.

Profesor Adjunto de Patología Médica.

Cátedra del Profesor M. BELTRÁN BÁGUENA. Valencia.

Dentro del terreno clínico del infarto de miocardio, en lo que se refiere a su diagnóstico, se ha rebasado en la actualidad no sólo aquellos límites tan estrechos que ROMBERG le impusiera al decir que "los émbolos y trombosis de las arterias cardíacas se escapan por lo general al diagnóstico" (*Tratado de las enfermedades del corazón y de los vasos*; Labor. Barcelona, 1931), sino que además estamos ya lejos de lo que el mismo MAX HOCHREIN hacía resaltar al decir que "el estudio de la literatura hace suponer que la desviación del síndrome clásico constituye un hecho insólito" (*Der Myokardinfarkt*, 1937; Steinkopff, Dresden).

Partiendo precisamente de esta última base, se observa que la literatura desde hace algunos lustros se enriquece con trabajos dedicados a destacar la frecuencia, importancia, características y circunstancias de las formas atípicas del infarto de miocardio. Demostración de ello son las palabras que aparecen en 1931, ya en ese sentido, en la obra de LEVINE de trombosis coronaria (*Coronary Thrombosis: its various cli-*

(*) Comunicación presentada al II Congreso Nacional de Geriátria, celebrado en Valencia el 1 de julio de 1954.

nical features, 1931; The Mac Millan Company, New York), así como lo que a este respecto se dice en la obra monográfica de LEVI (*Diseases of the coronary arteries and cardiac pain*, 1936; The Mac Millan Company, New York), en la de HOCHREIN (*Der Myokardinfarkt*, 1937-41; Steinkopff, Dresden), así como los párrafos que las obras de Cardiología dedican a las formas atípicas en sus capítulos de infarto de miocardio, como ya se pone de manifiesto en la obra de LUISIADA (*Cardiologia*, 1938; Capelli, Bologna) y en las más modernas: STROUD, FRIEDBERG, WHITE, etc. La expresión máxima de estas formas atípicas del infarto de miocardio la constituyen las monografías dedicadas al estudio exclusivo de estas formas clínicas que se apartan de las formas clásicas, entre las cuales la de CONSTANTINO IANDOLO (*Le forme cliniche atipiche dell'infarto miocardico*, 1946; Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli) es una de las más representativas.

La frecuencia de las formas atípicas es extraordinariamente grande, alcanzando, según las estadísticas más reales, un porcentaje que oscila entre el 13,3 por 100 y el 40 por 100, como se da en la estadística del mismo HOCHREIN. En cuanto a la posibilidad de establecer una relación de causa y efecto entre la localización del infarto y la expresión clínica atípica, no existe ningún nexo fisiopatológico común capaz de explicarlo, sino que por el contrario, ello se debe a las características individuales. Ahora bien, lo que sí nos ha parecido observar en los casos por nosotros vividos es que la atipia clínica aumenta paralelamente con la edad no de un modo relativo, sino absoluto, y por tanto ha de ser siempre provechoso resaltar todavía más, en el campo de la Geriátrica, esta forma clínica atípica del infarto de miocardio; esta observación nuestra concuerda con las conclusiones, en especial la conclusión 10 y 11, del trabajo de J. A. LAMELAS y L. LENO VALENCIA (*El infarto de miocardio y la cardiopatía arterio-esclerótica*, II Congreso Nacional de Cardiología; diciembre, 1943).

El índice de frecuencia del infarto de miocardio en la estadística de BLAND y WHITE (*Enfermedades del corazón*, 1946; El Ateneo, Buenos Aires) baja del 36,6 por 100 entre los 50 y 60 años al 10,2 por 100 entre los 60 y 80 años, mientras que como se ve en el trabajo de LAMELAS y LENO después de los 60 años la cuarta parte de los infartos son indolores. Nuestra experiencia de los casos atípicos corresponden en su mayoría a personas de edad superior a los 65 años. Entre ellos puede ser un ejemplo típico el caso que corresponde a la figura 1, de una enferma de 66 años con un infarto de miocardio simulando una artritis cervical con la característica de aumentar su dolor con los movimientos de la cabeza o la elevación de una pierna, por ejemplo, pero no por los movimientos pasivos imprimidos a la columna cervical.

Ello, unido a una especial intranquilidad psíquica, de gran importancia siempre en el diagnóstico diferencial de las atipias del infarto.

Al hablar de la frecuencia de las atipias en el infarto de miocardio en las edades avanzadas de la vida, no nos referimos a la oclusión coronaria crónica progresiva del corazón senil, sino también a la expresión clínicamente dismórfica de la oclusión coronariana aguda en la alta senilidad.

En favor de todo lo que venimos diciendo también se manifiestan L. TRÍAS DE BES y J. G. SÁNCHEZ LUCAS (*Patología cardíaca del anciano*, 1945; edit. Modesto Uson, Barcelona) al decir: "El gran acceso anginoso, con su espectacular cuadro clínico completo, es más bien propio de los 50 años y sólo por excepción se observa en el anciano."

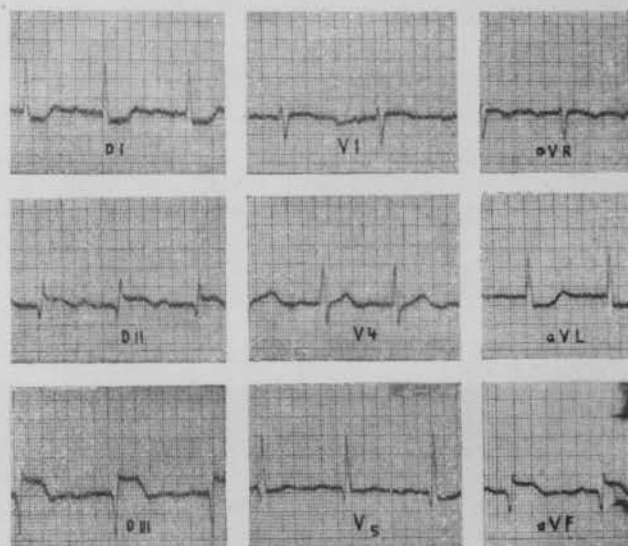


Fig. 1.

En general, la razón de la atipia clínica del infarto de miocardio depende en último término, como ya hemos dicho, de las eventuales variaciones individuales en las conexiones nerviosas, a fenómenos reflejos sostenidos por una particular labilidad neurovegetativa, o bien al fenómeno de sumación de estímulos al proyectarse la onda algioígena de origen isquémico sobre aquella otra zona de "latencia dolorosa" correspondiente a un órgano afectado.

A las razones fisiopatológicas de orden general de la atipia clínica del infarto de miocardio hay que sumar en el anciano la disminución de su sensibilidad como consecuencia de su fibrosis miocárdica, la isquemia previa latente por esclerosos de las coronarias con la consiguiente disminución de la denominada "reserva funcional vascular" y, por último, a la existencia de múltiples taras, con mayor probabilidad de más zonas de "latencia dolorosa", así como también a la probable elevación del umbral para el dolor de los receptores periféricos y centrales.

Con esta aportación hemos querido contribuir a sostener viva en el médico que trata al viejo lo que IANDOLO llama "mentalidad coronariana", dada la frecuencia en la senilidad de las formas atípicas, única forma de diagnosticar precozmente casos de infarto que de otra manera no se hubiera pensado en ellos.

A continuación exponemos un intento de sistematización de estas formas atípicas, en cierto modo vividas, y otras que hemos visto descritas, reunidas todas en una clasificación que podría ser a su vez variante, pero a nuestro juicio más completa de la de GIROUX y la de IANDOLO.

SISTEMATICA DE LAS ATIPIAS CLINICAS DEL INFARTO DE MIOCARDIO

A) Formas asindrómicas. B) Formas minor-sindrómicas			Indoloras.
			Atenuadas: { Con síndrome Waitzkin. Sin síndrome Waitzkin.
C) Formas heterosindrómicas	Abdominales		Gastroenteríticas.
			Apendicular.
			Perforativa.
			Colecística-colelitílica.
			Pancreática.
			Ileal (ileo paralítico).
	Torácica	Cardiovascular	Asistólica.
			Sinopal.
			Colapsal.
			Arritmica.
			Hipotensiva.
		Broncopleurópulmonar	Disneica.
			Tusígena.
			Congestiva.
			Edematosa.
			Embolígena.
	Neurológica	Cerebral	Pleurítica.
			Cefalálgica.
			Vertiginosa.
			Epileptiforme.
			Confusional.
		Periférica	Comatosa.
			Emboliforme.
			Neurálgica (trigémico).
			Idem (ciático!).
			Hombro-hombro.
	Reumático (hiperalgésica no precordial)		Hombro-mano.
			Artritis cervical.
			Idem miembros superiores.
			Idem temporomaxilar.
			Miálgica (cuello, garganta).
			Odontálgica.
			Seudoarterítica (temporal).
			Sinopática.
			Hiperpirética.
			Comatosa (diabético!).
	Infecciosa		
	Metabólica		

SUMMARY

Emphasis is laid on the high frequency of the atypical forms of myocardial infarction in old age. A personal classification of them all is given.

ZUSAMMENFASSUNG

Man macht darauf aufmerksam, wie oft man bei alten Leuten atypische Formen des Myo-

cardinfarktes sieht; eine neue, eigene Klassifizierung derselben wird vorgeschlagen.

RÉSUMÉ

On insiste sur la fréquence des formes atypiques de l'infarctus de myocarde chez les vieillards, exposant un classement personnel de toutes ces formes.