



Repertorio de Medicina y Cirugía

www.elsevier.es/repertorio



Historia de la medicina - Repertorio de antaño

Un caso de aneurisma aórtico[☆]

A case of aortic aneurysm

Andrés Bermúdez

Universidad Nacional de Colombia

Hubiera deseado que el primer trabajo científico que se presentara en estas sesiones de la Sociedad de Cirugía, después de una pausa de varios meses, fuera algo de suficiente mérito que llamara la atención de mis oyentes y sirviera eficazmente para el adelantamiento de los conocimientos médicos modernos.

Pero yo tengo que limitarme a exponer clínicamente los datos suministrados por los enfermos de mi servicio, en donde me he esforzado en que se lleven con el mayor esmero las observaciones de los casos mórbidos que allí son atendidos. He creído de ese modo servir al hospital, porque se trata en el servicio de hacer la historia cuidadosa de todos los enfermos, para llegar más hondamente al origen de cada dolencia y encaminar de mejor manera el tratamiento. Espero también que tanto el Jefe del Servicio como el ayudante se beneficien de estos detalles, que enseñan a ambos, por la observación metódica, la verdadera marcha clínica de cada enfermedad.

Hoy me permito, de manera muy sencilla, relatar un caso de aneurisma con dilatación aórtica que se estudió y trató con el servicio de San Roque en 1928.

Se trataba de una enferma de 60 años de edad, natural de Bogotá, hospitalizada el 3 de febrero de 1928 y que quise conservar en el servicio por referirse a una lesión que me llamaba particularmente la atención. Llegó con alguna ligera gripa y no dio antecedentes de mayor importancia. Tuvo fiebre tifoidea en su juventud, no había presentado sino un traumatismo de escasa importancia, y solo había padecido novedades de poca significación. La enferma, en el momento del primer examen, estaba en el lecho en decúbito dorsal, se la notaba algo pálida, pero tenía un aspecto de absoluta tranquilidad, sin fatiga, dolor ni malestar ninguno; contestaba bien a las

preguntas y manifestaba haber tenido solamente cefalalgia y dolores óseos nocturnos.

Remontaba el principio de su enfermedad a unos 6 meses antes, y lo relacionaba con un golpe recibido en el omoplato derecho contra el muro en un traspies que dio por bajar un pequeño escalón en la entrada de su pieza. Ella se figuraba que ese traumatismo era la causa de una tumefacción al nivel de la extremidad interna de la clavícula derecha, blanda y móvil, de manera que la desalojaba con alguna facilidad y la trataba con masajes y unturas. El tumor fue aumentando rápidamente, pero sin producirle incomodidad ni dolor.

En la fecha indicada el tumor era del tamaño de una naranja, en el sitio de la horquilla externa, con una ligera inclinación a la derecha: el esternón y la clavícula se hallaban rechazados hacia delante y se notaban adheridos al tumor, de modo que parecían formar parte de él; en altura llegaba hasta el borde inferior de la laringe, y la región suprahioides se había deprimido por la presión contra el tumor. Su desarrollo se había efectuado sobre todo hacia delante, estirando la piel, que se encontraba perfectamente sana a ese nivel y apenas un poco vascularizada. Tenía la forma de una especie de cilindro de dirección anteroposterior, con una base ligeramente ensanchada, como lo manifiesta la fotografía adjunta a este trabajo.

El tumor presentaba latidos y expansión sistólica muy clara. Cuando se palpaba se notaba, además, una consistencia de la pared muy dura en algunos puntos, como si el tumor tuviera incrustaciones óseas o cartilaginosas extensas en forma de placa. El tumor tenía alguna movilidad lateral; no se movía al compás de los movimientos respiratorios.

[☆] Tomado de Repertorio de Medicina y Cirugía, volumen XXI, N.º 12 de diciembre de 1930.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reper.2016.07.003>

0121-7372/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

A la auscultación no se encontró soplo, sino un desdoblamiento del primer ruido en la punta, que algunas veces daba la sensación de un soplo suave, pero al continuar la auscultación un rato largo aparecía claramente el desdoblamiento. El corazón se notaba enormemente aumentado de volumen, la punta se sentía latir en el séptimo espacio intercostal, fuera de la línea mamilar. El choque era intenso, muy apreciable a la vista, pero se notaba en la pared de la región y no se localizaba solamente en la punta; no había estremecimiento cutáneo; se apreciaba al mismo tiempo levantamiento del hemitórax derecho debajo del tumor.

Arterias. No había eretismo arterial ni retardo de ningún pulso radial ni temporal; no se notaba hipertensión en él, pero era rápido: 120. La tensión alcanzaba 14.

Fenómenos de la vecindad. A pesar de que el tumor en su base llegaba a la parte inferior de la laringe y podía comprimir la tráquea, la respiración era normal en su ritmo, aunque algo acelerada, 28 a 30 respiraciones por minuto. La voz, de timbre natural, ni bitonal ni ronca. La deglución se efectuaba de manera fácil, no había edema de la cara, ni vascularización mayor de la piel, ni pulso yugular; las venas del cuello no estaban dilatadas; la enferma no presentaba vértigos ni pesantez de cabeza que indicaran compresión del paquete vascular en el cuello. Las pupilas se notaban iguales.

Se hizo una radioscopia y se encontró el corazón enormemente hipertrofiado; al nivel del cayado aórtico había una marcada dilatación. No se notaba una expansión más grande de la aorta en el momento de la sístole de lo que se observa ordinariamente, pero sí un corazón muy alargado.

Se hizo el diagnóstico de aneurisma aórtico y se mandó hacer una reacción de Wassermann, la cual dio resultado positivo (+++), aunque la enferma no daba datos de la época de su infección, como sucede de ordinario en las mujeres. A juzgar por su edad debía tratarse de una sífilis antigua.

Localización. El estudio de los síntomas nos llevaba a estudiar detenidamente el punto de la aorta en el cual se hubiera desarrollado el tumor. Primeramente era de pensar que no se localizaba en el nacimiento del vaso, lo que hubiera determinado insuficiencia aórtica con soplo al segundo tiempo, vértigos y palidez acentuada. El desdoblamiento del primer ruido fue atribuido a la hipertrofia de la aurícula izquierda, que acompañaba a la del ventrículo y daba lugar al desdoblamiento; el soplo suave que sentíamos en la punta se atribuyó a cierto grado de insuficiencia mitral concomitante.

El aneurisma de la porción ascendente de la aorta produce ordinariamente choque sistólico a la auscultación en el borde derecho del exterior por dilatación de la bolsa y choque diastólico por caída de las sigmoideas. Hay frecuentemente soplo sistólico por estrechez aórtica debida a rugosidades de las válvulas, y diastólico por insuficiencia, y ambas se acentúan por la vecindad de la bolsa a la parte estrecha de la aorta, y nada de esto se encontraba en el caso estudiado. Había retardo del pulso en todas partes con relación a la sístole cardíaca por la situación de la dilatación antes del nacimiento de casi todos los colaterales, exceptuando las coronarias. Había compresión de la vena cava superior que baja a la derecha de la aorta, pues como el tumor no podía desarrollarse hacia delante, pues encontraba el esternón, ni hacia la izquierda, en donde está envuelto por la arteria pulmonar, debía comprimir la cava, y

entonces se notaría edema de la cara y del cuello de ese lado, y nada observamos a ese respecto.

No podía tratarse de un aneurisma de la convexidad del cayado, porque estos comprimen la tráquea, el bronquio izquierdo y el esófago, y esto no se observaba; comprimiría el simpático, que se encuentra detrás de los vasos, y habría ocasionado fenómenos vasomotores en la cara y sucesos pupilares. El simpático, comprimido en la parte inferior del cuello, lleva fibras pupilares que salen con los últimos cervicales y primeros dorsales, y por las comunicantes va al ganglio torácico superior, y en seguida por el asa de Vieussens al cervical inferior y de este al superior; por el asa anastomótica simpática gaseriana al ganglio de Gasser, de este al oftálmico y por los iliares largos a las fibras radiadas del iris.

El aneurisma del cayado comprimiría el recurrente izquierdo que pasa por detrás y ocasionaría cambio bitonal de la voz o ronquera, la que no se presentaba en el caso que comentamos. La acción sobre el plexo cardíaco que se encuentra hacia delante del cayado ocasionaría cambios en el ritmo cardíaco por acción sobre las extremidades neumogástricas o simpáticas. Produciría neuralgias y turbaciones respiratorias que no se observaron.

Si se tratara de un aneurisma del tronco braquiocefálico habría latidos y soplos dobles a la derecha, hacia el tercio interno de la clavícula, retardo del pulso radial derecho sobre el izquierdo, dolores neurálgicos en el brazo derecho por compresión de algunas raíces del plexo braquial, edema del brazo derecho por compresión del tronco venoso braquiocefálico derecho, ningún síntoma del recurrente izquierdo, pero sí signos muy claros de compresión del derecho que sube detrás del tronco arterial braquiocefálico. Habría dilatación pupilar si alcanzara a tocar el asa de Vieussens que pasa delante de la subclavia y que puede estar rechazada hacia arriba y atrás contra la columna cervical.

¿Qué habrá pasado, pues, en el caso que es motivo de este estudio? La autopsia nos reveló la situación y la verdadera conformación de la lesión.

La enferma permaneció 3 meses en el hospital, tiempo durante el cual se trató activamente la causa específica con inyecciones mercuriales y yoduro de potasio, asociando este tratamiento al bismuto en los intervalos para beneficio de ambos tratamientos.

La enferma mejoró considerablemente: el tumor disminuyó de modo notable de volumen, el rechazo hacia delante de la extremidad interna de la clavícula derecha y de la parte vecina del tórax se hizo menos apreciable y parecía que se trataba de una reposición formal. Pero la enferma tuvo que salir del hospital, y a pesar de haberle recomendado que siguiera tratándose en la consulta y que se presentara con la mayor frecuencia, pasaron unos 4 meses sin que volviera por allí.

Al llegar tenía el tumor tan desarrollado como al principio de su primera estadía: la piel estaba roja hacia la cima de la tumefacción y trataba de ulcerarse; tenía ya algunos fenómenos disneicos, gran malestar, y no podía permanecer sino sentada en el lecho.

Se volvió a establecer el tratamiento específico, el cual no pudo continuarse activamente porque se produjo estomatitis y se vio que se acercaba el desenlace fatal. El final fue dramático. En una madrugada botó sobre los cobertores un trozo

de la aorta y murió con hemorragia, colapso y asfixia en unos pocos momentos.

Se practicó inmediatamente la autopsia con la participación del doctor Pérez, mi practicante entonces; la porción aórtica expulsada tenía la forma de un casquete cubierto por la piel y el tejido celular mortificados; de consistencia dura, tenía esa parte de la aorta placas ateromatosas gruesas y rugosas hacia el interior. Al abrir la cavidad torácica encontramos la aorta en un grado de dilatación enorme, desde su nacimiento hasta el punto donde termina el cayado; el grado de dilatación alcanzaba 10 cm de diámetro uniforme en toda su extensión. Y se observaba que el tumor recostado sobre la horquilla y la cavidad interna de la clavícula derecha había impelido esos huesos hacia delante. En la parte anterior y superior de la porción ascendente del cayado se encontraba el orificio que dejaba el desprendimiento del tumor, que abarcaba la mayor parte de la cara anterior, lo que indicaba que una tumefacción saxiforme salía de la cara anterior y superior del cilindro aórtico dilatado; la dilatación aórtica primitiva, producida a su edad por su profesión de transportar pesos y su lesión específica, habían facilitado el paso del sacro aneurismático por encima de la horquilla, y esa parte pudo salir al exterior

rechazando los músculos infrahioideos, como lo hubiera hecho un separador.

Me expliqué en ese tiempo la falta de signos de compresión por la manera en que se dilató el cayado, de forma uniforme y gradual; de esa manera, a nivel del recurrente izquierdo, por ejemplo, se produjo un estiramiento progresivo e insensible y un rechazo también muy suave de la tráquea y del esófago del frénico derecho de la cava superior, y esta no parecía impedida en su expansión por la vecindad aórtica crecida.

De la presente observación sacamos las conclusiones siguientes: es mucho lo que sirve para el jefe del servicio y para su ayudante la observación atenta y pormenorizada que se consigna en una observación escrita con relación a cada enfermo; cómo sirve para el hospital este trabajo para facilitar los diagnósticos y hacer más seguro el tratamiento; así como la importancia de la autopsia en muchos casos, tanto para el progreso científico como para aclarar diagnósticos dudosos.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.