

27-I-1951

LA "INSUFICIENCIA SIN INSUFICIENCIA" EN LOS CARDÍACOS

Dr. A. Balcells Gorina

A todos nos ha llamado la atención seguramente más de una vez, la comprobación de "signos de descompensación", por ejemplo disnea de esfuerzo y aun de decúbito, en enfermos mitrales en los que física y radiológicamente no apreciamos dilatación ni apenas modificación de la forma y tamaño del corazón.

En estas ocasiones y cuando en la Medicina Social o Militar cabe sospechar un margen de *simulación* explotando el paciente la existencia de una cardiopatía valvular innegable o como cuando en determinados enfermos, especialmente mujeres, coexisten síntomas típicamente *neuróticos*, queda el médico con cierta perplejidad para enjuiciar la realidad somática de los síntomas subjetivos que el enfermo refiere: ¿se trata de una verdadera insuficiencia cardíaca incipiente o de mera simulación o neurosis? Y la duda crece ante el contraste entre esos enfermos de rica sintomatología y hasta aparatosa, llegando al edema de pulmón, con otros en los que la cardiopatía se soporta bien a pesar de comprobarse una dilatación notable de las cavidades cardíacas y existir, por ejemplo, una arritmia completa.

Meditando sobre estos casos, uno se plantea la cuestión más general de la esencia y naturaleza de lo que llamamos "insuficiencia cardíaca". Es evidente que ésta supone y equivale, en el lenguaje clínico hasta ahora vigente, a "insuficiencia de miocardio". Y que cualquiera que sea la intimidad de los procesos metabólicos, todavía desconocidos, que constituyen su causa inmediata, siempre manifiesta sus efectos en una "insuficiencia hemodinámica", es decir, en un déficit en la movilización de la sangre en el aparato circulatorio, concretamente en una disminución del volumen-minuto.

Pero esta "insuficiencia hemodinámica" supone una "insuficiencia energética" precedente, posiblemente subclínica por bastante tiempo; es decir, supone un cambio en las condiciones del trabajo del músculo cardíaco con déficit de rendimiento, expresado en una disminución del "efecto útil" o relación entre el trabajo efectuado y la energía consumida. Todo ello va unido a una paulatina y progresiva pérdida de tono por parte del miocardio, así como su expresión anatómica: la hipertrofia y dilatación *miógenas*.

Ahora bien, se concibe perfectamente, aún en el puro terreno teórico, la posible existencia de una *insuficiencia hemodinámica sin insuficiencia energética*. Es el caso, por ejemplo, de la estenosis mitral acentuada, en la que el defectuoso paso de sangre de aurícula a ventrículo ocasiona un remanso de la sangre residual que, no pudiendo acumularse en la aurícula, que supone intacta, normal y como tal tónica, por no dejarse dilatar, se estanca "aguas arriba", en plena circulación pulmonar, determinando la consiguien-

te congestión pasiva y con ello la disnea o el edema agudo, según el caso; es indudable que existe aquí una "insuficiencia circulatoria" pero no *cardíaca*, si con esto queremos decir *miocárdica*, pues en el caso imaginado al músculo cardíaco estaría con su íntegra y plena capacidad funcional.

Este caso particular — el de las "estenosis mitrales edematosas" de los franceses — no puede limitarse a los grados máximos de estrechez, a la "stenose serré", pues un orificio mitral menos estrechado puede resultar relativamente "cerrado" si aumentan las exigencias circulatorias en un momento dado, por esfuerzo, por ejemplo, con lo que cabe suponer que en la disnea de los mitrales en general, "compensados", puede jugar un papel importante este mecanismo.

Aparte de los mitrales, otro caso de la que gráficamente queremos llamar "insuficiencia sin insuficiencia" lo constituye la insuficiencia aórtica *compensada*. Cuando ésta es acentuada, el retorno al ventrículo puede ser de bastante cuantía y representar un "retraso" circulatorio puesto en evidencia sólo en el esfuerzo, en forma de disnea, por ejemplo, que en modo alguno puede considerarse por insuficiencia *cardíaca*.

Dentro de la "insuficiencia sin insuficiencia" pueden incluirse las "adiastolias" por derrame pericárdico a tensión o por pericarditis constrictiva en los que el estasis de aflujo obedece no a un déficit propio de la función cardíaca, sino a un impedimento mecánico extracardíaco.

Parece natural pues separar este tipo especial de insuficiencia circulatoria en los cardíacos, caracterizada por signos de insuficiencia hemodinámica, clínicamente indistinguible de la auténticamente miocárdica, pero sin insuficiencia energética. Y esta división no tiene un mero interés teórico, sino que implica una radical diferencia terapéutica; la "insuficiencia sin insuficiencia" no es tributaria de tratamiento "cardiotónico".

Estas ideas, que tuvimos ocasión de exponer por primera vez en estas mismas sesiones de la Clínica Médica B (2-V-1950), han sido objeto posteriormente de una comunicación al Congreso Nacional de Cardiología (diciembre de 1950) donde motivaron el comentario favorable de los profesores JIMÉNEZ DÍAZ, CIVEIRA y GIBERT QUERALTÓ.

3-2-1951

SÍNTESIS DE MEDICACIÓN ANTIHISTAMÍNICA EN LAS ENFERMEDADES ALÉRGICAS

Dr. R. Alemany Vall

Los antihistamínicos ejercen un efecto saludable en la sintomatología de las enfermedades alérgicas, especialmente en las rinitis y en las erupciones tipo urticaria, menos efecto en el asma y apenas en los eczemas.