Crónicas de Actividades Científicas

Facultad de Medicina de Barcelona

Clínica Médica B.

Prof. Dr. MÁXIMO SORIANO

Estenosis ístmica de la aorta

DRES. A. CODINA ALTÉS y E. JUNCADELLA FERRER

(Sesión del 13-X-45)

Presentan el caso de un enfermo diagnosticado en vida de estenosis ístmica de la aorta con comprobación anatómica. Se trataba de un paciente de 30 años, cuyas molestias habían comenzado tres o cuatro años antes de su ingreso en la clínica, en forma de disnea de esfuerzo de ligera intensidad. Unos seis meses antes de su ingreso aumentó la disnea y aparecieron edemas en tobillos; no abandonó su trabajo de peluquero hasta que la disnea se hizo más intensa, presentándose también de noche en forma de ortopnea.

Con algunas alternativas de mejoría y empeoramiento fué pasando hasta su ingreso en la clínica, en cuyo momento presentaba disnea intensa, edemas y dolor en pantorrillas. A la exploración se apreciaba palidez, baile arterial, pulso céler, punta en sexto espacio tres dedos fuera de línea medioclavicular, doble soplo aórtico. Hígado rebasando cuatro dedos desde el reborde costal, de consistencia dura. Las arterias carótidas y axilares se aprecian muy dilatadas y con baile arterial extraordinariamente intenso. En región axilar posterior, a ambos lados se palpa una arteria tortuosa y dilatada animada de acusado baile arterial extraordinario, asimismo en región interescapular superior se palpan latidos arteriales muy intensos, así como a nivel del séptimo espacio intercostal por debajo de la punta escapular especialmente en el lado izquierdo.

La presión arterial medida en los brazos es de 20/5.

Extremidades inferiores no se aprecian pulsaciones ni en femorales ni en tibiales posteriores, así como tampoco en poplíteas y pedias. Existe notable disminución oscilométrica en muslos y piernas.

El enfermo aqueja dolores violentos en las pantorrillas. La radiografía de costillas muestra la existencia muy acusada de muescas o desgastes en sus bordes inferiores.

El enfermo continúa en su estado de insuficiencia cardíaca irreductible, falleciendo a los pocos días de su ingreso.

Es interesante hacer resaltar que anteriormente al comienzo de sus molestias se había encontrado siempre perfectamente bien, habiendo practicado incluso deportes tan violentos como el boxeo, sin haber notado nunca el más ligero dolor en pantorrillas que fuesen indicadores de una circulación deficiente. Los dolores han aparecido, en cambio, al sobrevenir la grave insuficiencia cardíaca, con lo que la circulación en miembros inferiores se ha hecho insuficiente.

Necropsia. Corazón muy voluminoso. Ventrículo izquierdo de paredes muy gruesas. Aorta ascendente y cayado de calibre normal hasta el punto de implantación del conducto arterioso, el cual está completamente obliterado. A partir de dicho punto la aorta se estrecha en embudo hasta su obstrucción total. La obstrucción completa abarca una extensión de pocos milímetros; por debajo vuelve a tener luz hasta sus terminaciones. Toda la aorta torácica y abdominal es de calibre disminuído y las ilíacas son muy delgadas. Por encima de la estenosis hay pequeñas placas de ateroma.

Consideraciones sobre la etiología y el tratamiento del ulcus

Dr. F. BROGGI GUERRA

(Sesión del 20-X-45)

Sin entrar a discutir el mecanismo patogénico preciso del ulcus gastroduodenal,