



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico para sus graduados en provincia**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

REUNION ANATOMO-CLINICA N° 1I RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

- a. Anamnesis: Paciente de 16 años de edad, que a los 5 años es hospitalizada en el Hospital San Juan de Dios por un episodio de enfermedad reumática. Tratada con digitálicos y corticoides, es dada de alta a los 8 meses. Esta prolongada estada se habría debido a persistencia de la actividad reumática. Posteriormente, y pese a mantenerse con profilaxis antiestreptococica, presenta numerosos episodios similares que motivan su hospitalización. La paciente nota el desarrollo progresivo de la disnea, que en las crisis de enf. reumática se acentúa, llegando a insuficiencia cardíaca congestiva, rebelde al tratamiento. El uso de digital en estos episodios provoca con frecuencia intoxicación digitálica a dosis pequeñas. Practicamente en todas las hospitalizaciones se usó corticoides. En el último año, las crisis de enf. reumática son más frecuentes y rebeldes. La capacidad funcional se ha comprometido hasta obligar al reposo permanente en cama.

Es enviada del Hospital San Juan de Dios al Policlínico de Cardiología para explorar la posibilidad de reemplazo valvular, con los diagnósticos de enf. reumática activa?. Insuficiencia mitral, Insuficiencia aortica, Insuficiencia tricuspídea?

El 2-I-69 aparece tos con desgarrro purulento, aumento de la disnea y ortopnea, motivo por el cual se hospitaliza el 7-I-69. No acusa antecedentes de importancia.

- b. Examen físico: Disneica, ortopnoica, enflaquecida, piel terrosa, no hay petequias, afebril. P. 92 por minuto en A.C. normotensa. Ing. yugular +. Corazón: VD ++ - VI +++ - F.C. 120 por minuto. Apex: primer ruido apagado, SS gr III-IV, chasquido de apertura mitral. Rodada diastólica suave. Ao = S D Gr. III irradiado a región paraesternal izq. P2 = reforzado. Pulmones: abundantes estertores de 1/2 burbuja y sibilancias en ambos campos. Ab domen: no se palpa hepatomegalia. Extremidades: no hay edema.

Se practica hemograma, uremia glicemia y orina: nor males.

ECG: fibrilación auricular. Hipertrofia VI, acción digitálica.

Se trata con regimen sin sal, diuréticos, Tetraciclina y nebulizaciones, con lo cual cede el cuadro bronquial y mejoran los sintomas de descompensación cardíaca. Es dada de alta al 3er día con indicaciones de Digimerk 1 al día, Laxur y Tetraciclina. Al día siguiente se presenta sensación febril, esca lofríos, vómitos alimenticios, aumento de la disnea y palpitaciones, motivo por el cual reingresa el 14-I-69.

En el examen físico del reingreso se encontró una pa ciente ortopnoica, afebril. Pr 108 en AC, sin ingur gitación yugular, sin petequias, estertores en ambos campos pulmonares.

Ex. cardíaco: sin variación. Hepatomegalia a 4 tra veses del reborde. Sin edema de extremidades. Fon do de ojo normal.

c. Evolución y tratamiento - Exámenes de laboratorio.

14-I-69. Hemograma: G.R. 5.100.000, 14 gr Hb - Gl. bl. 11.180, Bas.1 - Eo. 1 - Bac 6 - Seg. 58 - Mon. 5 Linf. 25.

14-I-69. Sedimento urinario normal. VHS 7/16.

13-I-69. ECG. Fibrilación auricular, extrasistolia ventricular, hipertrofia ventricular izq. Acción digitálica.

Al ingreso se plantea el diagnóstico de intoxicación digitálica, suspendiéndose el Digimerk y dando potasio y diuréticos, con lo que se alivia su sintomatología y desaparece la extrasistolia ventricular. En el cultivo de expectoración hubo desarrollo de Klebsiella, streptococcus viridans y levaduras. Se trató con Rifaldin (por indicación de bacteriología que está haciendo un trabajo al respecto), haciéndose se la expectoración mucosa.

La refractariedad de la insuficiencia cardíaca, el compromiso del estado general, el color terroso de la piel y la aparición de fiebre a los 10 días de hospitalización, nos movieron a buscar EBSA u otra patología. Baciloscopias (3) negativas.

E.F.P. PT = 60 gr% - Alb. 34,85% Alfa I 7,5 - Alfa II 12,2 - Beta 8,5 - Gamma 37.

28-I-69. Hemograma: Gl. rojos 4.660.000 - 12 grHb G.B. 14.420 - Eos. 1 - bac. 7 - segm. 72 - lif. 14 monoc. 6 - VHS 65/100. Urocultivos (-) Prot.c. +++ . Cels lupus (3) (-). Sedimento urinario normal.

El 6-II-69 persistiendo la fiebre, aparece un fino punteado petequial difuso en brazos y piernas. Aparece entonces un hemocultivo positivo + (Estafilococo epidermis) sensible a todos los antibióticos probados (el hemocultivo de la paciente vecina también fué positivo con el mismo germen). Estos hechos y la consideración de que en la eventualidad remota de que existiera un EBSA se beneficiaría, se decidió tratamiento antibiótico con Penecilina y Estreptomina.

La fiebre había caído el día en que se inició el tratamiento para no reaparecer. En ningún momento se encontró petequias, panadizos de osler u otras manifestaciones periféricas de EBSA.

Sin embargo se va comprometiendo progresivamente el estado general, la insuficiencia cardíaca se hace difícil de controlar, obligando a usar dosis mínimas de Cedilanid que aún así le producen intoxicación digitalica. La VHS se mantiene en cifras de alrededor de 50 mm en 1 hora. La serie electrocardiográfica muestra aparición de extrasistolias ventriculares uni o poli focales y en su último control el 3-III-69, se constata un fibrilo-flutter auricular.

Finalmente la paciente cae en insuficiencia cardíaca congestiva irreversible, aparecen signos de débito bajo y fallece el 8-III-69.

II COMETARIO DEL DIAGNOSTICO

Se trata de una paciente de 16 años, que tiene antecedentes de episodios reumáticos frecuentes y rebeldes desde los 5 años de edad.

En el transcurso de estos años se han ido instalando lesiones importantes de las válvulas mitral y aórtica. Como consecuencia de el trastorno hemodinámico provocado por el daño valvular y por el compromiso reumático directo del miocardio, vemos aparecer insuficiencia del corazón izquierdo, manifestado por disnea progresiva, ortopnea y tos y también I. derecha evidenciado por ingurgitación yugular y hepatomegalia.

Al ingreso constatamos una doble lesión mitral que se expresa por crecimiento de V.I., clínico, ECG. y radiológico, crecimiento de A.I. y de V.D. La auscultación demuestra S.S., chasquido de apertura mitral y rodada diastólica en el apex. También encontramos signos de insuficiencia aórtica a juzgar por el S.D. aórtico

La insuficiencia cardíaca se ha acentuado al agregar una bronquitis aguda, infección muy frecuente en los pacientes mitrálícos y responsable en un alto número de casos, de descompensación miocárdica.

La imagen radiológica de campos pulmonares, en que se observa sombras nodulares, finas, de alta densidad en pulmón derecho, nos llevó a buscar una granulía TBC, pero las baciloscopías fueron negativas. Por otra parte, la opinión de los radiólogos fué de que se trataba del aspecto caracteristico de una hemosiderosis, aunque fuera unilateral, hecho poco frecuente pero observado. También se tenía el dato verbal del médico tratante en el Hospital San Juan de Dios, de que tal imagen había aparecido hacía más de 8 meses y no se había modificado en controles sucesivos. La hemosiderosis se explica en esta paciente, por el escape al interticio y alvéolo, de cantidades de sangre y su transformación en hemosiderina que es fagocitada por los histrocitos y depositada en el interticio.

La evolución de una E.R. como en el caso presente, no es común. En ella tenemos episodios persistentes de actividad reumática que se suceden con frecuencia, pese al tratamiento profiláctico con penicilina Benzatina. Lo habitual de ver, son crisis reumáticas que curan con terapia penicilínica y aspirinas o corticoides, y si se mantiene la profil-axis antiestreptocócica, no es frecuente la recurrencia.

Para explicar la persistencia o recurrencia de actividad reumática, se ha postulado que el estreptococo B hehemolítico se acantona en lugares poco accesibles para el antibibiótico. Es por esto que en este tipo de pacientes se recomienda la amigdalectomía y cuidadosa defocación dental. Con estas medidas se han obtenido buenos resultados.

El miocardio en estos enfermos se compromete por dos factores, uno es la lesión directa de la enf. reumática, la otra es la insuficiencia cardíaca secundaria al trastorno hemodinámico generado por el daño valvular. La insuficiencia cardíaca representa hipertrofia miocárdica y dilatación de la cavidad (sobre distensión de la fibra), y por

otra parte disminución del aporte coronario por bajo débito. La combinación de ambos factores (mayor masa y menor aporte) deprime aún más la efectividad del músculo cardíaco agravando la insuficiencia cardíaca. De esta manera se entra en un círculo en que causas y efectos se confunden y llevan al paciente a la muerte. En estas circunstancias, es fácil comprender que la terapia digitálica tendrá poca efectividad y es mas bien peligrosa, porque la dosis terapéutica está muy próxima a la dosis tóxica. Tal era el caso de nuestra paciente. En ella la indicación de digital se debió a la alta frecuencia ventricular por su F. auricular, pretendiendo sólo bloquear parcialmente la cond. A-Ventricular, mejorando así el trabajo del ventrículo.

La evolución y los hallazgos clínicos y de laboratorio pueden ser explicados por una E. reumática activa, pero hay ciertos hechos que obligan a pensar en otras posibles noxas agregadas a la enf. reumática y en este sentido dirigimos el estudio.

Nuestra primera sospecha fué la existencia de una EBSA, por la aparición de fiebre, coloración amarillo-pálida de la piel, VHS moderadamente alta y discreta leucocitosis, sin embargo faltaban otros elementos: no había esplenomegalia, panadizos de Osler ni petequias características, ya que las descritas eran muy finas (puntiformes) y profundas y desaparecieron en el plazo de 3 días. La fiebre, por otra parte, cayó espontáneamente al décimo día de evolución, antes de iniciar el tratamiento antibiótico. Tres exámenes de sedimento urinario fueron normales.

Hubo uno de los diez hemocultivos practicados, positivo, con un estafilococo epidermis, sin embargo, la paciente de la cama vecina tuvo el mismo germen en hemocultivo y no tenía EBSA ni septicemia clínica sino una artr. reumatoídea. Por este motivo, creemos que el hemocultivo de la paciente era positivo por contaminación de la muestra.

A pesar de estas consideraciones, ante la remota posibilidad de que existiera una EBSA, se trató sin obtener ningún beneficio.

Otra posibilidad es que en los últimos días hubiera habido fenómenos embólicos pulmonares, cuyo punto de partida estaría situado en aurícula derecha o en venas profundas de extremidades, en favor de ello habla el agravamiento progresivo de la paciente, con crisis de disnea y taquicardia súbita. Sin embargo no hubo espectoración hemoptóica, dolor pleural ni signos clínicos ni E.C.G. de sobrecarga aguda derecha.

En resumen, creemos que nuestra enferma era portadora de una valvulopatía mitral y aórtica reumática, que tenía un miocardio muy dañado por actividad reumática persistente y por la insuficiencia cardíaca crónica. Es posible que en etapas finales de su enfermedad se haya agregado embolias pulmonares. Más remoto nos parece la existencia de una EBSA en evolución.

III DIAGNOSTICOS CLINICOS.

- Enfermedad reumática activa?
- Enfermedad mitral. Insuficiencia aórtica
- Miocarditis reumática
- Insuficiencia cardíaca congestiva global
- Hemosiderosis pulmonar secundaria
- Bronquitis purulenta
- ¿ Embolias pulmonares?
- ¿¿ EBSA??

IV ESTADA.

60 días

Médico tratante: Dr. M. Fernandez

V COMENTARIO PRE NECROPSIA

Dr. Corbalán: Tuvo antecedentes aportados por médicos del Hospital San Juan de Dios. Llamó la atención durante la evolución la taquicardia persistente que no se modificó con el reposo (120 por minuto). Tendencia a la fácil intoxicación con digitálicos, hechos

que traducen importante compromiso miocárdico. Se inclina fundamentalmente por una enfermedad reumática persistentemente activa.

Dr. Ortuzar: Trat. fundamental: enf. reumática "maligna". La profilaxis antiestreptocócica no es 100% efectiva. Los corticoides no impiden la reaparición clínica. Aquí existió básicamente daño miocárdico: taquicardia persistente, intolerancia extrema a la digital, características ECG. Insuficiencia cardíaca irreversible que llevó al exitus.

Dr. Acevedo: El aspecto radiológico pulmonar permite plantear los siguientes diagnósticos: Edema pulmonar, Tbc miliar? Neumoconiosis, aspiración de substancia extraña (lipiodol). Hemosiderosis. Estudio funcional, por la coexistencia de insuficiencia cardíaca no aclaró el problema. Se inclina más por una hemosiderosis, a pesar que la lesión fué de predominio unilateral y los nódulos aquí son más densos que los observados en esta entidad. Se han comunicado casos de hemosiderosis en que el aspecto radiológico semejaba a "calcificación".

VI RESUMEN DE LA AUTOPSIA Y DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO

- Enfermedad reumática crónica activa.
- Miocarditis y endocarditis reumática.
- Pericarditis crónica fibrosa adhesiva difusa .
- Valvulopatía crónica mitroaortica, no deformante, de tipo reumático, con predominio de insuficiencia.
- Calcificación distrófica alveolar pulmonar
- Hipertrofia cardíaca global, con dilatación de aurícula derecha, izquierda y ventrículo izquierdo.
- Induración rojo morena pulmonar.
- Atrofia cianótica hepática.
- Cianosis de visceras.
- Edema encefálico leve.

VII DIAGNOSTICO ANATOMO CLINICO

- Enfermedad reumática activa
- Enf. mitral e insuficiencia aórtica
- Insuficiencia cardíaca congestiva

VIII COMENTARIO FINAL POST NECROPSIA

Dr. Ortuzar: Nos encontramos con un hallazgo que no nos había tocado observar: calcificación distrófica alveolar pulmonar.

Se han observado casos de enfermedad reumática con neumonitis reumática intersticial en que el infiltrado se organiza y puede llegarse a la distrofia, más grave alteración arteriolar.

Este caso habría sido mal candidato a transplante cardíaco, ya que existía una seria alteración orgánica del territorio vascular pulmonar, que se habría interpuesto como una barrera, con claudicación consecuente del corazón derecho.

Dr. J. Valdivieso: Esta entidad no tenía relación con la hemosiderosis ? No.

La hemosiderosis es más frecuente en valvulopatía mitral en hombres. Desde el punto de vista quirúrgico, este tipo de enfermedad reumática es fracaso seguro para la cirugía de reemplazo valvular.