

Dr. Manuel Arroyo Naranjo,
Profesor de Clínica Terapéutica

Insuficiencias Cardíacas y Asistolia Irreductibles

El proceso clínico de diagnóstico de las insuficiencias cardíacas debe, entre nosotros, ser completamente renovado; ¿ello nos conducen los modernos estudios anatómo-fisiopatológicos y eléctricos que, a diario, se practican en cardiología.

El término «asistólico», para nosotros, ha sido, durante un muchísimo tiempo, una especie de historia muda, el final trágico de todo individuo portador de una afección cardíaca; término, por otra parte, aceptado por el uso y consagrado por el libro.

No hemos conocido, o querido conocer, la enorme variedad de asistolia parciales: sugestionados por los clásicos signos y síntomas, hemos visto, en todos los enfermos, una etiología, un solo proceso patológico, una sola variedad de síntomas y, así, en todos también, hemos aplicado un mismo medio diagnóstico que, claro está, dejándonos apreciar solo un signo, nos ha conducido, en todos, a idénticas conclusiones.

Asistolia debidas a insuficiencias o estrecheces de los círculos valvulares, secundarias a endocarditis reumáticas, en su mayor parte, he aquí, en un inmenso porcentaje, la consecuencia lógica de nuestros conocimientos.

Auscultación, percibiendo tan sólo un soplo (sistólico, diastólico, etc.); las reglas de una buena lógica, estableciendo una historia y luego, las interminables discusiones bizantinas a cerecera del enfermo, de sí el soplo asienta en éste o en el otro sitio; si es sistólico o diastólico, de sí va o no acompañase a este y otro signo, y la tardía aplicación del medicamento, T-s-j. en último término, un fatal pronóstico para el enfermo.

En fin de cuentas, que el soplo asiente en éste o en el otro sitio, que traduzca una estrechez o insuficiencia ¿qué más da si la medicación, en uno u otro caso de insuficiencia total e intrínseca del corazón, es la misma?

Una sola etiología, en sinnúmero de enfermos, hemos pretendido encontrar en todos los casos de valvulitis, siendo así que, en verdad, la etiología es múltiple, ya intrínseca, ya extrínsecamente considerada.

Por sistema, como etiología, en los insuficientes cardíacos totales, apenas, si hemos considerado endocarditis o estados reno-vasculares anteriores, echando en olvido el grado mismo del estado tisular del miocardio, debido a alteraciones primarias del músculo, infecciones, intoxicaciones, etc.; estados más o menos patológicos de distintos órganos o aparatos y el importantísimo factor neuro-endocrínico.

Hemos confundido largo tiempo los conceptos: cardiopatia e insuficiencia cardíaca, siendo así que hacen ya muchos años el cardiólogo inglés Sir James Mackenzie, decía: la verdadera clave de la situación en las cardiopatías, se halla en el funcionamiento del miocardio y en el cálculo de su capacidad para desempeñar su trabajo, todo ésto en el estudio del corazón, en los vivos.

La cardiopatía no significa insuficiencia y la miocarditis no implica, forzosamente, descompensación. He aquí lo que ahora sabemos.

Sí tanto han variado, desde hace largo tiempo, los conceptos cardiólogos, ¿por qué seguimos descubriendo, en nuestros enfermos, sólo insuficiencias y estrecheces, olvidándonos, quizá, voluntariamente, de todas las arritmias y de los múltiples estados cardíacos, debidos a infinitas causas?

Nos enloquece encontrar un soplo, y más, discutir su asiento, sin querer escuchar lo que Harry Weil, de la Universidad de San Francisco de California, y con él muchos eminentes cardiólogos, nos dicen: poner una atención meticulosa en los soplos, es salirse por la tangente.

EL VALOR DE TODA MANIFESTACIÓN CARDIACA: disnea, taquicardia, arritmia, cardiomegalia, ESTÁ EN SABER EN QUE GRADO PROVOCA O PUEDE PROVOCAR INSUFICIENCIA MIOCARDICA, AL ESFUERZO, ya que la disnea puede darse en cortos de respiración; la taquicardia, en hipertiroideos; el soplo, ser anorgánico; la arritmia, una banal extrasístolia pasajera, y la cardiomegalia, result ?do de un entrenamiento, dice, con razón

y justicia que le sobran, el Profesor, Gabriel Peco, de la Universidad de Buenos Aires.

Si en el último de los términos, los síntomas y signos que nosotros descubrimos, a diario, en nuestros cardíacos, tienen un valor relativo, sí cada uno de ellos, estudiado en su origen, puede ser consecuencia de distintos factores etiológicos, y sí la insuficiencia miocárdica, que corre parejas con el estado tísular del órgano, es todo ¿por qué no damos todo el valor que se merece, al estado mismo del miocardio y a los trastornos de insuficiencia o de generación de sus fibras?

Planteado así el problema, quedamos por estudiar el segundo punto.

¿Estamos autorizados para hablar de asistolías irreductibles?

Con todas las restricciones que la ciencia impone, estamos autorizados para ello.

En efecto, sí la etiología de las cardiopatías es múltiple, sí los sitios de localización de las infecciones cardíacas es, asimismo, diferente (pericardio, endocardio, miocardio), sí intoxicaciones e infecciones de distintos órganos de la economía, pueden dar, en último término, una miocarditis, el concepto de asistolia o insuficiencia cardíaca irreductible, no debe ser rechazado, sistemáticamente.

Aún sin tomar en consideración estos factores, que se nos permitirá llamarlos activos, los esencialmente pasivos, como las asistolías a repetición, traen, más tarde, un estado tal de la fibra, que no es otro que el de una verdadera degeneración.

Cortes histológicos, sistemáticamente practicados, en corazones de individuos cardíacos, nos revelan exudados sólidos depositados en los espacios interfibrilares, en los tractus escaleriformes y, aún, en las fibras mismas.

Sí se recuerda, por otra parte, que los exudados son elementos anormales dentro de la constitución de un tejido, y que ellos, resultado de una reacción tísular, en la mayor parte de los casos, se organizan, tendremos constituida, hasta cierto punto, una verdadera miocarditis segmentaria.

No es otra, en resumen, la etiología de aquellos estados que llamamos ciroc 3 del corazón.

Más claro, más lógico y mejor comprobado, está el papel que ciertas infecciones e intoxicaciones (fiebre tifoidea, intoxicación fosfórica, etc.), desempeñan en relación con la fibra cardíaca: los procesos degenerativos consiguientes, son de todos conocidos y no insistiremos en su estudio.

Así, pues, factores esencialmente activos, como pasivos, pueden convertir, en un momento dado, una asistolía o insuficiencia cardíaca, en irreductible.

Esta irreductibilidad es primitiva o secundaria, según los casos.

En ambas fracasa todo tratamiento, estando la diferencia, únicamente, en el proceso evolutivo de las mismas.

Difícil será decir si una asistolía es o no irreductible. El estudio sistemático de signos y síntomas y de los caracteres evolutivos de la enfermedad, son los únicos que nos harán establecer el diagnóstico.

¿Cómo hacerlo?

Hemos insistido en los caracteres evolutivos, pues bien ellos nos darán la clave, si bien en no todos los casos, definitiva.

El estudio sistemático de la presión arterial, de los caracteres del pulso, de todos los signos radioscópicos, de los síntomas y signos de los distintos remansos: periféricos, viscerales, central, de las diferentes curvas cardiográficas, y, sobre todo, el fracaso sistemático y repetido de la medicación toní- cardíaca, bien aplicada, confirmarán nuestras sospechas o nuestro diagnóstico.

Cada vez que la terapéutica cardíaca, que es una de las más constantes en sus efectos, no tiene resultado, es que la insuficiencia cardíaca se presenta con signos particulares ligados ya a la etiología o a la evolución de la enfermedad, dice Giroux.

Váquez, mismo, sin negar la existencia de las asistoiias irreductibles, las divide en aparentes y reales, unas y otras con caracteres diferentes: las primeras, dependientes de la insuficiencia de la dosis de digital, del defectuoso estado de las vías digestivas y sobre todo del hígado; y, las segundas, dependientes del corazón mismo.

En este segundo grupo, nos permitimos colocar la asis- tolia padecida por el enfermo que presento a vuestra consideración, asistolía que, por otra parte, es secundaria, ya que

es consecutiva a brotes asistólicos repetidos, durante largo tiempo.

La asistolía que padece nuestro enfermo, no pertenece al grupo de las aparentes de Vázquez, por las razones siguientes: si hemos de convenir que brotes repetidos de asistolías, crean un estado especial de la fibra cardíaca, quizá, una verdadera degeneración, abstracción hecha de una cirrosis hepática, consecutiva a su hígado cardíaco, nuestro enfermo, debe tener un corazón degenerado, y su hígado, según la palpación nos revela, no tiene la consistencia normal y los caracteres de un órgano congestionado, pasivamente.

El número de pulsaciones, que podéis apreciar en la curva, junto con su carácter de regularidad absoluta, quizá, no constituya otra cosa que la traducción evidente del que podemos llamar signo de Vaquez, en ¡las asistolías irreductibles.

El eminente maestro, señala como carácter especial de estas asistolías, la rapidez y la regularidad del pulso desde el primer momento.

El estudio de las curvas y diámetros obtenidos por la radioscopia, hoy poderosísima auxiliar de la clínica, nos revela una cardiomegalía acentuada; las ningunas variantes en la tensión arterial, aún después de haber eliminado los remanentes periféricos, el estudio de la función urinaria, deficiente y pobre en elementos y residuos, están confirmando, quizá, nuestro diagnóstico.

A mayor abundamiento, insistiré sobre el punto capital en el que apoyamos nuestro diagnóstico: el fracaso absoluto de la medicación tonicardíaca.

Hemos prescindido en nuestro enfermo, después de dos sucesivos fracasos de la digital, de la administración 'por vía digestiva, de este medicamento, haciéndolo por vía endovenosa, en el afán de conseguir así los efectos deseados, y, hemos logrado tan sólo añadir dos más a los fracasos anteriormente señalados.

¿Existen asistolías irreductibles?

Sí, en nuestro concepto, ahora vosotros, con vuestro ilustrado criterio sabréis aceptar o rechazar nuestras opiniones, fruto de un paciente estudio junto a los lechos de Hospital.