Instituto de Asmatología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo
Director: Prof. R. Frouchtman

ASMA BRONQUIAL CON ESTENOSIS MITRAL

Prof. Dr. R. FROUCHTMAN

Asma bronquial y estenosis mitral se asocian a veces, dando lugar a un estado complejo resultante de dos enfermedades, y cuya existencia es menos rara de lo que suele aceptarse. Entre 3.000 historias de asmáticos de diversa naturaleza examinados en nuestro Instituto, hemos reunidos 21 observaciones, o sea un porcentaje de 7 $^{0}/_{00}$. Por lo demás, esta reducida frecuencia de estas formas es posiblemente aparente, debido a la no publicación de todos los casos observados e incluso en ocasiones al desconocimiento de esta posible asociación con una lesión difícil de diagnosticar en un asmático en crisis.

Estas formas presentan diversos tipos evolutivos que hemos descrito en sus aspectos clínicos y terapéuticos (comunicación al próximo Congreso Internacional de Medicina Interna, Madrid), y uno de cuyos ejemplos vamos a referir a continuación:

A. P., es una mujer casada, de 34 años; se dedica a sus labores y tiene un solo hijo de 16 meses de edad. Sin antecedentes familiares de interés, destacan en su anamnesis personal anginas de repetición y una mastitis hace 3 meses; aparte algunas afecciones propias de la infancia no ha sufrido nunca reumatismo ni presenta antecedentes alérgicos.

Evolución patográfica de su enfermedad actual: Sin fijar edad de comienzo, a los 15 años ya sufría catarros descendentes estacionales, acompañados a veces de ruidos bronquiales. A partir de los 19 años estos catarros se acompañan de disnea sibilante y crisis obstructivas asmógenas; la expectoración era mucosa y en ocasiones francamente mucopurulenta. Durante los años siguientes estos catarros han ido repitiéndose desde octubre hasta mayo, encontrándose mucho mejor durante los veranos, si bien comenzó a notar ligera disnea a mayores esfuerzos. En 2 ocasiones le aplicaron penicilina, con eficaz aunque transitorio resultado.

Hace 16 meses, después del parto, comienza a aquejar repetida aparición de crisis de disnea nocturna, sin necesidad de catarro previo y muchas veces sin acom-

pañamiento de ruidos en pecho; es frecuente que esta crisis disneica sea precedida por quintas de tos convulsiva, provocada a veces por mayores esfuerzos.

Exploración: Normolínea, normosómica. Reacciones pupilares normales. Dentadura normal. Expansión torácica disminuída, respiración algo ruda y ligeramente sibilante, especialmente en lóbulo inferior izquierdo. Ritmo cardíaco normal, pulso 80 y presión arterial 12-8. Arrastre diastólico, soplo presistólico con refuerzo del primer tono; acentuación del 2 tono.

Radiología: Hilios y trama acentuados. Arco medio alargado y prominente con ligero aumento de la aurícula izquierda.

Otros exámenes: Eosinofilia periférica, 8 %. Leucocitos, 7.678. Hematíes, 4.848.000. Eritrosedimentación, 8-10. Pruebas cutáneas: Mantoux (100.000), + — — —. Polvo de la casa: +++. Lana: ++ — —.

Broncoscopia: La mucosa de ambos bronquios presenta un ligero edema inflamatorio, con aspecto aterciopelado; en ambos bronquios inferiores la inflamación es algo más acentuada, con cierta reducción del calibre y secreción mucosa; a la broncoaspiración se recogen pequeños moldes y la siembra desarrolla bastantes colonias de dos variedades de estreptococos viridans.

E. C. G.: P. poco elevada, con vértice plano en primera derivación, prominente y ancha y escotada en II y ligeramente agrandada en III derivación. Normal en VL, ancha y elevada en VF y angulada en VR.

El complejo ventricular es indiferenciado, con eje ligeramente desviado hacia la vertical. En precordiales derechas, R alta.

Comentario resumido: Se trata, por consiguiente, de una forma asociada de asma infecciosa primitiva con sensibilizaciones secundarias y, años más tarde, aparición de los signos de mitral estenosis desarrollada de forma inadvertida hasta que la gestación y el parto provocan las primeras manifestaciones de sobrecarga.

Desde este momento el curso evolutivo de la enfermedad experimenta un cambio, con acentuación de sus manifestaciones respiratorias, fácil aparición de la reacción asmática, muchas veces a consecuencia de los accesos de tos convulsiva y crisis de disnea de decúbito. Tanto los exámenes clínicos como los complementarios ponen entonces de manifiesto esta asociación de la enfermedad asmática, con los signos propios de la lesión mitral, y el trazado electrocardiográfico presenta caracte-

res mixtos propios de la sobrecarga ventricular derecha y auricular izquierda.

En su evolución, estas dos afecciones sumarán sus efectos perjudiciales sobre la función respiratoria, siendo necesario asociar la terapéutica antiinfecciosa, antiasmática y tonicardíaca, a fin de retardar el desarrollo de la sobrecarga derecha consecutiva al aumento de la resistencia pulmonar.