

Diagnóstico Diferencial de la Insuficiencia Cardíaca (*)

Drs. ALEJANDRO OLIVARES, MARIO SOZA, DAVID LAMAS y GASTÓN CHAMORRO

Cátedra de Medicina Universidad de Chile y Sección "A" de Medicina del Hospital del Salvador. Prof. Dr. Hernán Alessandri.

Definición.—¿Qué se entiende por insuficiencia cardíaca? Es necesario desde un comienzo distinguir entre insuficiencia circulatoria e insuficiencia cardíaca dos conceptos que con cierta frecuencia se confunden. Según Fishberg, insuficiencia circulatoria es la limitación de las actividades del individuo por defectos de la circulación de la sangre, defectos que se traducen por ciertos signos. Su origen puede residir en la periferia, **Insuficiencia Circulatoria periférica**, y depende entonces fundamentalmente de un deficiente retorno de sangre venosa al corazón por causas múltiples que determina un rendimiento cardíaco inadecuado; o bien ser de origen central, **Insuficiencia Cardíaca propiamente dicha**, en la cual la limitación de la actividad física se debe a una deficiencia del corazón mismo. Ambos mecanismos patogénicos pueden actuar separadamente o encontrarse presentes en un mismo enfermo, como pasa por ejemplo en ciertos casos de infarto del miocardio. No nos detendremos a analizar los diferentes factores que pueden causar esta deficiente acción del corazón. Deseamos sólo recordar, que siendo el corazón un órgano esencialmente dinámico las limitaciones de su actividad pueden hacerse presente tanto durante el diástole como el sístole. Tenemos así las insuficiencias cardíacas hipodias-tólicas e hiposistólicas.

Si aceptamos la insuficiencia cardíaca como una limitación de la actividad individual por una deficiencia del corazón mismo, resalta inmediatamente la **relatividad** de este concepto ya que está relacionada con la capacidad física de cada cual, diferente en el atleta bien entrenado, de la del sedentario, por lo cual al evaluar la limitación de dicha capacidad hay que hacerlo teniendo presente lo que podía tal individuo realizar anteriormente sin molestias. Esto, que a primera vista pudiera parecer baladí, en la práctica no lo es, especialmente cuando se trata de apreciar el valor de la disnea de esfuerzo que aparece en un individuo aparentemente no cardíaco. Es sólo la comparación del esfuerzo que la provoca con el que dicha persona era capaz de realizar sin molestias disneicas, lo que nos permitirá darle a dicho síntoma un significado y valor exacto.

* Trabajo presentado a la 1ª Sesión de la XVII Reunión Anual de Medicina, de la Sociedad Médica de Santiago, el día 19 de diciembre de 1945.

Diagnóstico de la insuficiencia cardíaca.—Este diagnóstico se basa en la búsqueda de síntomas y signos físicos o de laboratorio que sabemos producidos por ella, en su agrupación correcta, y valorización exacta. Los primeros, los síntomas, se captan por medio del interrogatorio, cuya importancia, para nosotros, es fundamental y muy superior a los demás métodos de examen. Creemos necesario insistir en la necesidad de ser precisos en su descripción y en todos los detalles que a ellos se relacionan. El interrogatorio debe además analizar la iniciación de la insuficiencia cardíaca la que a menudo sobreviene gradualmente sin factores precipitantes; otras veces estos existen bajo la forma de infecciones respiratorias, esfuerzos excesivos, alcoholismo agudo, etc. Es necesario conocer los hábitos y antecedentes del enfermo, como también los tratamientos ya efectuados.

Para el diagnóstico son necesarios varios síntomas o signos, ya que generalmente no basta uno sólo para formularlo. Las pruebas circulatorias al igual que el electrocardiograma, son deficientes para el diagnóstico precoz de la insuficiencia cardíaca. A menudo hay falta de paralelismo entre los diferentes signos y síntomas entre sí y entre estos y los exámenes de laboratorio. El tamaño de la sombra cardíaca no guarda relación estricta con el grado de las congestiones viscerales.,

Si bien en general, las insuficiencias cardíacas son globales, habitualmente son de comienzo unilateral y cuando los dos lados fallan simultáneamente, siempre la debilidad del uno predomina sobre el otro.

En el corazón, una cavidad puede aumentar considerablemente, antes que se dilaten las otras, por lo menos en forma apreciable. En la insuficiencia cardíaca la insuficiencia ventricular es mucho más importante que la insuficiencia auricular.

Síntomas de insuficiencia cardíaca.—Son ellos el resultado de trastornos de la circulación de determinados órganos y se deben buscar en la perturbación funcional de dichos órganos. Entre éstos el pulmón es seguramente el más importante por su participación en la insuficiencia cardíaca izquierda y en las globales, es decir, las formas más frecuentes de este cuadro. Su perturbación funcional se traduce por el síntoma disnea, tal vez el más sobresaliente de la insuficiencia cardíaca.

La disnea.— Los cardíacos pueden presentar disnea continua que es la que existe en el período final de la insuficiencia cardíaca y es de poca importancia diagnóstica y disnea discontinua, que incluye a la disnea de esfuerzo y disnea de reposo. La disnea de reposo con sus diversos tipos (ortopnea, disnea vespertina, asma cardíaca, respiración de Gheyne Stokes), puede confundirse con otros tipos de disnea no cardíaca que analizaremos más adelante.

Disnea de esfuerzo.—El enfermo nos traduce esta sensación por lo que llama cansancio, ahogo, sofocación o sed de aire durante el esfuerzo. Esta sensación hay que distinguirla de la fatiga

física de los caquéticos, debilitados, anémicos, neurasténicos, etc. La confusión con la disnea que producen los derrames pleurales, tumores del mediastino, obstrucciones bronquiales etc., es en general fácil de evitar y no la analizaremos.

Frente a un enfermo que se queja de disnea de esfuerzo, el médico dirige inmediatamente su atención hacia el corazón. Si partimos de la base que debemos investigar con igual prolijidad una afección broncopulmonar que una cardiopatía, habremos apartado, tal vez la causa más frecuente de error en la interpretación de este síntoma.

En efecto es frecuente la confusión con el enfisema pulmonar. En esta afección los enfermos se quejan de disnea de esfuerzo y a veces tienen crisis paroxísticas nocturnas por su asociación con el asma bronquial; además hay cianosis, prominencia de las venas superficiales y aún a veces edema, síntomas que pueden estar a menudo presentes mucho tiempo antes que haya aparecido una reacción cardíaca. El enfisema senil y toracógeno produce pocos síntomas y moderada disminución de la capacidad vital. En cambio es el enfisema obstructivo, resultante de la obstrucción bronquial por bronquitis crónica o asma bronquial, el que produce gran número de estos síntomas pseudocardiácos. En esta enfermedad hay deficiente aireación de la sangre, lo que se traduce en disminución de la saturación del oxígeno en la sangre arterial, siendo esta la causa de la cianosis. La presión venosa puede estar elevada, aunque en nuestro Servicio la hemos comprobado en general baja o normal. A veces hay prominencia de las yugulares sin hipertensión venosa. Esta prominencia podría ser debida a dilataciones y engrosamiento de la pared venosa, secuelas de las ingurgitaciones durante los paroxismos de asma o de tos. Influiría en la hipertensión venosa la modificación de la presión intrapleural, la posición baja de los diafragmas, etc. El aumento de la presión venosa junto con el aumento de la permeabilidad capilar por la anoxemia, produciría pequeñas edemas y congestión hepática moderada, sin necesidad de que esté presente forzosamente la insuficiencia cardíaca (Jiménez Díaz). Las modificaciones del tórax debidas al enfisema pulmonar tienen poca importancia, pues a menudo son más intensas en el enfisema senil y toracógeno, que como sabemos son menos importantes desde el punto de vista clínico.

Estimamos que los siguientes hechos permiten diferenciar el enfisema de la insuficiencia cardíaca a saber:

- 1o.)—**Antecedente de bronquitis crónica o de asma bronquial.** Consideramos esto lo fundamental para el diagnóstico.
- 2o.)—En el enfisema pulmonar la capacidad vital está disminuida, a menudo mucho más que en la insuficiencia cardíaca. Esta disminución es permanente en el enfisema, y sin mejoría apreciable, a la inversa de lo que sucede con el cardíaco que se compensa.

3o.—La velocidad circulatoria es normal en el enfisema sin insuficiencia cardíaca.

4o. —Podríamos agregar todavía que la falta de éxito del tratamiento digitalico es un dato más para que la disnea sea atribuida a una afección respiratoria y no cardíaca.

5o.—Finalmente hay ausencia, con las salvedades del caso, del pulmón cardíaco.

La obesidad también produce disnea y es una afección fácil de confundir con la insuficiencia cardíaca. El obeso es un individuo con hábitos sedentarios, y con propensión a la fatiga muscular fácil; tiene los diafragmas ascendidos, lo que hace disminuir su capacidad vital, produciéndose por consiguiente disnea. Además tiene con frecuencia edemas maleolares producidos ya sea por el peso excesivo del cuerpo (lo que acarrea dificultad circulatoria local), por pequeñas trombosis venosas, o por causas que se nos escapan. Si se agrega a esto, que a menudo son individuos que tienen alza moderada de la tensión arterial, se explica fácilmente este error. El diagnóstico diferencial con la insuficiencia cardíaca, debe hacerse por el análisis cuidadoso del resto de los síntomas y signos junto con las pruebas funcionales cardíacas y los exámenes de laboratorio.

En general la severidad de la disnea cardíaca guarda cierto paralelismo con la intensidad de la congestión pulmonar y es el síntoma eje de la insuficiencia cardíaca izquierda. (Insuficiencia ventricular izquierda y estenosis mitral).

Disnea paraxística.—La manifestación más típica es el asma cardíaco o sus equivalentes que en ciertas ocasiones pueden llegar al edema pulmonar. Está, como sabemos, íntimamente ligada a la insuficiencia ventricular izquierda; aparece en un terreno de congestión pulmonar produciéndose un aumento brusco de ésta, ya sea por insuficiencia aguda del ventrículo izquierdo o por taquicardia intensa como en la estenosis mitral. El acceso casi siempre nocturno, es a veces difícil diferenciarlo del acceso de asma bronquial, sobre todo cuando el asma cardíaca es la primera manifestación de la insuficiencia cardíaca, hecho no infrecuente. El tórax, el examen objetivo y el cuadro clínico puede ser casi idéntico en uno y otro caso. La presión venosa puede ser normal o alterada con normalización una vez pasado el paroxismo. En estos casos consideramos muy importante la medición del tiempo de circulación pulmonar generalmente alterado en el asma cardíaca y normal en el asma bronquial. Además si se tiene presente las siguientes indicaciones se podrá evitar la confusión entre estos dos tipos de disnea paroxística, confusión que sólo es *posible*, lo repetimos, cuando el asma es la única o primera manifestación cardíaca. Estas indicaciones son:

1o.)—Todo acceso asmático desencadenado en un portador de una afección cardíaca, debe por presunción, ser considerada como asma cardíaca.

2o.)—Debe sospecharse como asma cardíaca todo acceso asmático que sobrevenga por primera vez en sujeto de edad avanzada.

3o.)—El éxito del tratamiento antiasmático no sirve como elemento de juicio diferencial, ya que puede yugular ambos tipos de asma,

4o.)—Se insiste de que a menudo la crisis de asma cardíaca va acompañada de ascenso de la presión arterial. No tenemos experiencia para pronunciarnos sobre el valor de este signo.

No analizaremos el edema pulmonar agudo y su diferenciación posible con otros cuadros ya que sus manifestaciones son muy difíciles de confundir. Hay que tener presente, sí, que el edema pulmonar no es una manifestación exclusiva de insuficiencia cardíaca ya que se presenta además en cuadros infecciosos graves, comas hepáticos y cerebrales, intoxicaciones arsenicales, bronquiolitis obliterante, etc.

Disnea periódica.—La forma más típica es el Cheyne Stokes. Debemos recordar que tampoco es una manifestación exclusiva de insuficiencia cardíaca, ya que se presenta a veces durante el sueño, en los ancianos, en los que usan hipnóticos, afecciones cerebrales, etc. Ocurre eso sí, más frecuentemente en cardíacos crónicos con insuficiencia ventricular izquierda combinada con irrigación defectuosa del centro respiratorio. Se beneficia con el tratamiento de la afección cardíaca y además con el uso de la aminofilina o cafeína.

Si bien la disnea es la manifestación más característica de la insuficiencia izquierda, existe también en las insuficiencias derechas. Hay múltiples factores para ellos. Generalmente, la insuficiencia derecha se asocia a la insuficiencia izquierda. Otras veces, la mayoría de las restantes, es consecutiva a afecciones broncopulmonares con producción de anoxemia. Lo que llama la atención cuando existe disnea apreciable en la insuficiencia derecha, es la desproporción entre los signos congestivos pulmonares, escasos o nulos y los signos de éctasis venoso, congestiones viscerales y síndrome edematoso. Además tenemos la extremada rareza del infarto pulmonar, por lo menos, en la insuficiencia derecha pura, hecho muy explicable, dada la estrecha relación entre éste y el pulmón cardíaco.

Otros síntomas— El dolor precordial retroesternal, o torácico, las palpitations, astenia, síntomas de shock, dolor en el hipocandrio derecho, trastornos digestivos, etc., tienen en general muy poca utilidad diagnóstica por sí solas y no insistiremos en el valor de ellos. A veces en presencia de cuadro de colapso la comprobación de yugulares ingurgitadas e hipertensión venosa nos ha prestado muy buenos servicios para descubrir el origen central cardíaco y no periférico de dicha manifestación clínica.