

# AORTITIS SIFILITICA

POR EL

**Dr. Horacio Miravet**

CAPITULO V

DATOS GENERALES

LA ANAMNESIS

## *El antecedente del chancro*

No siempre es posible establecer, por medio del interrogatorio, los antecedentes del chancro específico; a veces, los mismos enfermos niegan esta posibilidad, resistiéndose a aceptarla por razones vinculadas a arraigados prejuicios que el médico se ve obligado a respetar.

Por eso, no ha de extrañar que los elevados porcentajes de antecedentes positivos que señalan los diversos autores divergen a veces considerablemente. Así, por ejemplo, una de las primeras estadísticas, la de Fournier, nos dice que en un 50 % de los casos los antecedentes referentes al chancro, son positivos.

Von Romberg, que ha utilizado material proveniente de las clínicas de Munich, hace previamente, un distinguo entre ambos sexos: anamnesis positiva en el 60 % para los hombres y hasta del 12 % para las mujeres.

En un extenso material, analizado entre nosotros por Cossio y Faustinoni, había antecedentes de chancro en el 50 % de los casos; en todos los casos se trataba de chancro genital, salvo en uno en que era labial.

Redlich y Steiner, de Viena, presentan cifras como las ante-

riores; para estos autores había antecedentes positivos en el 30 % de los hombres y solamente en el 20 % de las mujeres.

Woldrich, de la Clínica Dermatosifilográfica de Praga, señala un 60 % de antecedentes positivos de chancro.

Es evidente que muchos enfermos niegan, a sabiendas, el antecedente del chancro considerado, en general, como infamante. Así se explica que Blaschko, analizando el material de una Compañía de Seguros, constató que solamente un 16 % de los fallecidos por afecciones luéticas comprobadas, había declarado el antecedente de un chancro sífilítico.

Veamos lo que no relata al respecto Martinet: "Existe, finalmente, una última categoría de casos en los cuales los pacientes hacen equivocar al médico dándole informes erróneos. Uno de los ejemplos más claros que podemos citar es el siguiente: al principio de nuestra carrera, visitábamos a una señora de no muy sólida reputación, de unos treinta años de edad, cuando, a los pocos meses de tenerla por cliente, observamos que se desarrollaba en ella un tumor mediastínico de marcha progresiva, que se manifestaba por los signos clásicos: cianosis y edema de la cara, de los labios y del cuello, hinchazón y prominencia de las venas cervicales y supraclaviculares, disnea progresiva, signos de compresión tráqueobronquial. A pesar de un examen en absoluto negativo, creímos en la posibilidad de una manifestación sífilítica y, con todas las precauciones y los miramientos propios del caso, así lo insinuamos a la paciente. Suena todavía en nuestros oídos la letanía de las acostumbradas protestas femeninas: "Sana como la que más..., nunca el menor grano..., nada, absolutamente nada, nunca, en ninguna circunstancia..., ningún temor sobre este particular..., inútil seguir por este camino, etc.". Tantas seguridades hicieron mella en nuestra poca experiencia, y perdimos algunas semanas en hipótesis erróneas y en tratamientos ineficaces, hasta que, impuestos por nuestro sentido clínico, aplicamos un tratamiento específico enérgico que volatilizó en pocas semanas los sífilomas mediastínicos. Cuando, después de curada, pretendimos hacer comprender a la enferma el peligro que había corrido engañándonos como lo había hecho, y le dimos a entender que ya

era inútil que continuara en sus negativas, nos dió la siguiente respuesta, en extremo halagadora para nosotros, pero muy poco para ella: “Ya sabía yo que usted era demasiado inteligente para no adivinarlo” (sic).

Fuimos llamados de provincias para visitar, en consulta, después de cinco o seis celebradas con otros colegas, a un abogado enfermo de albuminuria importante (varios gramos) y rebelde (databa de año y medio o dos años), con fenómenos graves de insuficiencia cardiorrenal. Siguiendo nuestra técnica acostumbrada, examinamos al enfermo de pies a cabeza y, al explorar los órganos genitales comprobamos la existencia de una atrofia del testículo izquierdo. Dijimos al paciente: “Tiene usted una atrofia del testículo izquierdo; usted ha tenido sífilis”.

Confiesa sin dificultad y nos proporciona, a nuestro requerimiento, los pormenores más precisos y circunstanciados sobre el comienzo, la evolución y el tratamiento de su avariosis. Estupor del colega: “Pero usted me había afirmado siempre a mí y a los demás médicos que le han visto antes (dice al enfermo) que no había tenido usted nunca nada”. “Es muy fácil de explicar, respondimos a nuestro colega. Usted preguntó al señor: “¿Ha tenido usted sífilis?” El señor pensó: “Esto quiere decir que no se dan cuenta” y optó, en buen abogado, por hacerse el inocente en virtud del aforismo: “No confieses nunca”. Yo he encontrado un testículo atrofiado por la sífilis y le he dicho resueltamente: “Vd. ha sido sifilítico”. Creyéndose cogido, ha creído preferible confesar la verdad. No se trata más que de una simulación profesional”. Aunque no de muy buena gana, el abogado confesó que mi interpretación era exacta.

El capítulo de la especificidad es sumamente espinoso y creemos poder afirmar que nueve veces de cada diez no debe darse, en este terreno, ningún valor a las aseveraciones del enfermo, que, consciente o inconscientemente, se afirma siempre en la negativa: en la mujer, pensamos siempre en la especificidad, pero digámoslo lo menos posible. El médico joven no debe olvidar nunca una regla práctica de diagnóstico: *en materia de sífilis y de em-*

*barazo, deben aceptarse las afirmaciones del paciente con el mayor escepticismo y fiarse únicamente de lo que se vea''.*

En cuanto al valor que se asigna, en general, a este antecedente, es necesario destacar que la Clínica Cardiológica de Brooklyn ha adoptado este dato como uno de los más valiosos para justificar, *en presencia de otros signos y síntomas*, una sífilis cardiovascular. También la New York Heart Association ha asignado gran valor a este antecedente, haciéndolo figurar entre los tres datos positivos susceptibles de estructurar un diagnóstico de certeza de la sífilis cardiovascular.

*Intervalo entre la adquisición del paciente primario y la aparición clínica de la aortitis sífilítica*

Entre la adquisición del chanero específico y la aparición de los primeros síntomas transcurre un intervalo que varía considerablemente, entre pocos años a 40 y más aún; pero término medio y en la mayoría de los casos puede asegurarse que el intervalo que media entre la agresión primaria y la observación de los primeros signos y síntomas de la aortitis luética, suele ser de *20 años*, aproximadamente.

Los accidentes pueden aparecer, ciertamente, pocos meses después de haberse adquirido la infección primaria; a veces, después de algunos meses; pero, si por otra parte existen también observaciones que han señalado los primeros síntomas después de un largo período de silencio, de 40 y más años, en la mayoría de los casos el término medio oscila alrededor de los 20.

Bianchi señala términos de oscilación mínima y máxima de 6 a 41 años; Feliciani, de 2 a 46 años; Deneck, de 5 a 44 años. Von Jagic y Zimmermann-Meininger han visto aparecer los trastornos iniciales pocos meses después del chanero y también después de 40 años; Cossio y Faustini señalan, entre nosotros, términos de 15 a 25 años haciendo notar que cuanto menor es el intervalo de latencia tanto mayor es la gravedad de la sífilis cardiovascular. En este aspecto confirma la observación de Lian quien hace, precisamente, el mismo distinguo: si la enfermedad aparece pocos meses des-

pués del chanero y se trata, además, de un joven, el cuadro resulta de extrema gravedad.

Cole y Usilton consignan solamente 3, de 186 casos, en que, el cuadro clínico se inició al segundo año de la infección; en la mayoría de los casos transcurrieron más de 10 años como mínimo. Longcope, hasta llega a dudar de todos aquellos casos en que se pretende la presencia de un intervalo menor de 5 años. Moore y sus colaboradores fijan un término medio de 25 años. Para Citron oscilaría entre 15 a 20 años.

Como se ve, el intervalo de latencia varía según las diversas apreciaciones aunque puede deducirse fácilmente de todas ellas que el intervalo es, con máxima frecuencia, de larga duración.

Este largo período de silencio sintomático ha inducido a varios autores a sacar conclusiones acerca de la modalidad de evolución de la sífilis cardiovascular. Los períodos mínimos, de algunos meses, a los máximos, de más de 40 años, dejan entrever que la evolución de la sífilis cardiovascular debe de estar sometida a numerosas contingencias que, por el momento, escapan al control y a la interpretación clínica. Puede afirmarse, desde luego, que este intervalo de latencia está sometido a variaciones de índole individual; es aquí donde surge nuevamente aquella verdad de la clínica hipocrática según la cual *es el individuo el que hace la enfermedad y no esta última a aquél*. Es que *en igualdad de lesiones anatomopatológicas, dos sujetos no presentan un mismo intervalo de silencio sintomático ni una misma fecha de expresión clínica*. Esto lo ha demostrado claramente la experiencia necrósica. Aortitis sifilíticas que se descubren recién en la autopsia y que durante la vida no habían motivado trastorno alguno a pesar de que el proceso podía considerarse de extrema gravedad anatómica y, por otra parte, pacientes que sucumbían bien pronto bajo el destino aparente de alguna de las complicaciones de la aortitis sifilítica y en los que la necropsia revelaba, luego, alteraciones de mínima expresión. Entre estos dos términos extremos, el de la *aortitis "necrósica"* y el de la *aortitis "clínica"*, median todos los matices imaginables, precisamente aquellos que derivan de la personalidad psicosomática y de la constitución individual.

La escuela de Pletnew ha tratado de acercarse a la explicación de estos hechos; afirman sus colaboradores que la espiroqueta cumple la agresión vascular poco tiempo después de haber invadido el organismo, semanas después de haber adquirido el chancro. La observación clínica parece haber confirmado esta opinión, que es también la de Leschke. Existen, en efecto, observaciones de temprana iniciación clínica. También incluye la literatura del tema los hallazgos necrópsicos realizados ocasionalmente en sujetos fallecidos por otras causas, accidentes o enfermedades intercurrentes. Poco tiempo después de la aparición del complejo primario la espiroqueta había dejado ya la huella profunda de su anidamiento vascular.

Esto demuestra que si bien las alteraciones anatómopatológicas son tempranas, la afección puede transcurrir silenciosamente, con un largo período de lactancia y que es bien posible también que después de causar precozmente la aparición de una sintomatología clínica, se llame espontáneamente a silencio. Stadler recuerda, a propósito, que en enfermos de más de 60 años de edad se encuentran a veces alteraciones sifilíticas en la necropsia que corresponden, sin duda alguna, a aortitis sifilíticas “mudas” de antigua instalación y evolución. Standler prefiere llamarlas “aortitis sifilíticas rudimentarias”.

Todo esto enseña que, como en toda otra entidad nosológica, el período de latencia varía considerablemente y que hay factores de orden individual, de naturaleza imponderable por ahora, que imprimen un sello característico al acontecer patológico.

Otro hecho más puede anotarse: que *una vez que ha alcanzado expresión clínica, la aortitis sifilítica progresa y evoluciona rápidamente.*

## LA REACCION DE WASSERMANN

Como ocurre con cualquiera otra localización de la sífilis, así también en el cuadro de la aortitis luética una reacción de Wassermann positiva significa un considerable aporte diagnóstico, mientras que la negatividad de la misma no autoriza a excluirla. En todo caso el valor de la reacción de Wassermann es mayor que el

del antecedente del chancro, sometido como está este último a las concesiones subjetivas y morales del enfermo.

Moore, Danglede y Reisinger encuentran, entre los 81 casos sometidos a análisis, 61, es decir, el 75,3 % con Wassermann positiva, índice indudablemente alto.

López Pontes y Roberto Segadas, de Río de Janeiro, encuentran en 422 casos de aortitis luética 70,6 % de reacciones positivas; estos autores creen que, en realidad, la reacción de Wassermann es mucho más frecuente puesto que agregando los casos del material que estudiaron, en los que la reacción fué negatizada por el tratamiento específico y aquellos otros en los que la reacción se negatizaba espontáneamente, debería calcularse una positividad del 80 a 85 %.

Lo mismo, es decir, el efecto negativamente del tratamiento específico y su repercusión sobre el porcentaje de Wassermann positivas en aortitis luéticas, ha sido constatado, en Buenos Aires, por José Luis Carrera; así, de 100 casos de aortitis luéticas, en las que 80 al iniciar el tratamiento específico presentaban reacción de Wassermann positiva, 3, de 32 tratados intensivamente durante un año, 28 representaron, luego, reacción de Wassermann negativa.

Seguramente es en atención a este hecho que Moore y colaboradores no incluyen entre las 7 condiciones suficientes para el diagnóstico de la sífilis de la aorta la reacción de Wassermann positiva; expresan que bastan 3 de las 7 condiciones postuladas, con o sin Wassermann positiva, para el diagnóstico clínico práctico de la sífilis de la aorta. Esto significa, pues, que la positividad o negatividad de esta reacción no tiene, para estos autores, la misma importancia que otros signos y síntomas.

La New York Heart Association postula tres condiciones esenciales, incluyendo en la segunda la positividad de la reacción de Wassermann; cuando es posible verificar la existencia de una lesión signológica característica de la aorta, una dilatación de la aorta al examen radiológico justificaría ampliamente el diagnóstico de la aortitis luética; si, además, la reacción de Wassermann fuera positiva, aún en el caso en que la anamnesis no pudiese re-

velar el antecedente del chanero; si la reacción de Wassermann fuese negativa sería necesario, no solamente la presencia de una alteración característica de la aorta sino también la de otra de carácter manifiestamente sifilítico, por ejemplo, una lúes cerebrospinal.

Con todos estos antecedentes puede afirmarse que *la reacción de Wassermann es un criterio de considerable valor en la afirmación diagnóstica de una aortitis luética* y que, sintetizando las numerosas indicaciones estadísticas de los diversos autores que se han ocupado de esta cuestión, resulta que en 70 a 80 % de los casos de aortitis luética, la reacción de Wassermann resulta positiva.

#### *E d a d   y   S e x o*

Esta aortitis excesivamente frecuente en las tablas de mortalidad y que supera, desde este punto de vista, a otros procesos tardíos de la sífilis bien podría figurar, al decir de Oberndorfer, al lado de la tuberculosis y de los tumores malignos, “enfermedades de la civilización”. Socialmente, el panorama puede ser sombrío si se considera que el porcentaje de hombres afectados es tres veces mayor que el de mujeres, que la edad corresponde a la de mayor capacitación psíquica del individuo y que, a su vez, suele presentar una contextura física aparentemente muy bien dotada.

*La sífilis de la aorta es, podría decirse, la enfermedad de la edad “útil”*. Tal surge claramente de las numerosas estadísticas existentes al respecto y de la apreciación de la mayoría de los autores, por no decir de todos. Cossio y Faustini, que han trabajado con material de nuestro medio la han encontrado con máxima frecuencia en la quinta década de la vida. Estos autores no la han encontrado nunca antes de los 20 años. Cole y Usilton, americanos, encuentran entre 326 enfermos de sífilis cardiovascular no complicada que en un 9 % de casos aparecía antes de los 30 años de edad, en un 3 % después de los 65 y en un 39 % entre 35 y 45 años. También Meirovsky y Pinkus señalan que la iniciación de los síntomas de la aortitis luética se produce alrededor de los 50

años de edad, término medio. Para O. Von Jagie y C. V. Zimmermann-Meinzingen la afección se inicia entre los 40 y 55 años. Según la estadística de Longcope la distribución en función de las diversas edades, en un material de 419 casos, ha sido la siguiente:

EDADES	NÚMERO DE CASOS
10 - 20 años	0 casos,
21 - 30 "	16 "
31 - 40 "	97 "
41 - 50 "	141 "
51 - 60 "	109 "
61 - 70 "	53 "
más de 71	3 "

Esta estadística torna a confirmar que la sífilis de la aorta se presenta con máxima frecuencia alrededor de los 50 años.

En lo que respecta al *sexo*, hay también acuerdo completo en atribuir una mayor frecuencia absoluta en el hombre. Lo demuestran así todas las estadísticas, sin dejar lugar a dudas. Para Dennig es, en el hombre, en un 30 % más frecuente. Moore y colaboradores anotan en su material 26 hombres y solamente 5 mujeres de raza blanca y 53 hombres frente a 19 mujeres de raza negra. Para Cossio y Faustinoni es predominante en el sexo masculino, en la proporción de 7 a 1. Schlesinger también aporta datos concluyentes con respecto a la mayor frecuencia en el hombre. Lamb y Turner encuentran una proporción de 3 a 1 y Maynard y colaboradores de 2 a 1.

En cuanto a la razón de esta mayor frecuencia en el hombre son numerosos los autores que intenta explicarla como, por ejemplo Meirovski y Pinkus, diciendo que en la mujer el aparato cardiovascular no es solicitado para enfrentar la sobrecarga del esfuerzo físico como en el hombre. A nuestro entender esta apreciación resulta impropcedente porque no hay duda que la mujer se infecta menos que el hombre, razón por la cual la sífilis cardiovascular aparece también en menor proporción que en el sexo masculino; porque si el argumento de la menor sollicitación física del corazón

en el sexo femenino fuera argumento valedero, la tasa de mortalidad general también debería ser menor en la mujer que en el hombre. Las estadísticas demuestran, por el contrario, que mueren tantas mujeres como aproximadamente hombres de diversos trastornos cardiovasculares.

Puede afirmarse, pues, que la sífilis es, no solamente la enfermedad de la edad "útil" sino que también, en mayor proporción, una *afección del hombre*.

### *Aortitis luética e hipertensión arterial*

Frecuentemente han sido discutidas las relaciones existentes entre aortitis luética e hipertensión arterial, y se explica que el problema haya sido planteado a menudo, sobre todo en los primeros tiempos del conocimiento de este cuadro, el de la aortitis luética, tan semejante aparentemente, en lo que atañe al proceso macroscópico fundamental, a la arteroesclerosis de la aorta.

En la literatura francesa y americana de los primeros tiempos, la sífilis se interpreta, frecuentemente, como causa presunta y, a veces, hasta obligada, de la hipertensión arterial; es natural que, con este criterio, se interpretara a la hipertensión como concomitante obligado de toda aortitis luética.

Ultimamente, esta cuestión ha sido discutida numerosas veces y ya no se acepta este razonamiento; por el contrario, las amplias estadísticas realizadas entre portadores de aortitis luética, en lo que respecta a la presencia de la hipertensión arterial, demuestran lo contrario: es un signo infrecuente en la aortitis luética. Primero fueron Horine y Weiss quienes analizaron un número apreciable de hipertensos desde el punto de vista de la especificidad de la reacción de Wassermann, encontrándose con que entre 666 hipertensos se encontraba la reacción de Wassermann positiva, con la misma frecuencia que entre 2000 sujetos con tensión arterial normal; habían elegido, para este estudio, grupos de la misma edad y de la misma constitución somática.

Schlesinger, que es uno de los autores que más se ha ocupa-

do de esta cuestión, señala a su vez que entre sus enfermos portadores de aortitis luética, solamente en el 15 al 20 % había, concomitantemente, una hipertensión arterial. Vaquez ha perseguido el mismo objetivo en la discriminación de este signo de hipertensión y coincide con Schlesinger no solamente en lo que respecta al bajo porcentaje de hipertensión arterial en luéticos en general, sino también en las aortitis sifilíticas en particular; ambos autores recalcan, especialmente, que la hipertensión en la aortitis luética es más frecuente en sujetos jóvenes: esto induce a pensar que la hipertensión se da por sí en aquellos sujetos jóvenes que presentan una arteroesclerosis precoz, de acusada tendencia constitucional.

La coexistencia de hipertensión arterial y aortitis luética puede plantear, en algunas ocasiones, un complejo problema diagnóstico diferencial. Moore y Metildi, de Baltimore, al mismo tiempo que niegan que la aortitis luética pueda causar una hipertensión, recalcan las dificultades diagnósticas que presenta la asociación de ambas afecciones recomendando, en tal situación, particular cautela en lo que respecta al diagnóstico de una aortitis de naturaleza luética. En todo caso, la presencia de una hipertensión arterial ensombrece considerablemente el pronóstico de la aortitis luética.

Las primeras manifestaciones de la aortitis luética y de la hipertensión arterial, y de aquí se deriva ya la primer dificultad diagnóstico-diferencial, se inician, frecuentemente, alrededor de los 50 años de edad; a veces, ambos procesos comienzan alrededor de esa edad. Ambos procesos pueden motivar, inicialmente, las mismas manifestaciones subjetivas: hay sensación de opresión precordial y disnea de escasa intensidad, como consecuencia del esfuerzo físico; la fatigabilidad está muy acentuada; frente a las excitaciones de orden psíquico la hipertensión suele responder, quizás, en forma algo más lábil de lo que ocurre en las aortopatías de naturaleza luética.

La acentuación del segundo tono aórtico aparece también en ambos procesos y ya se sabe todo el valor que este signo tiene en el diagnóstico de la aortitis luética, hasta el punto de que ha sido in-

cluído dentro de las 7 condiciones que aseguran un diagnóstico correcto de la aortitis luética.

En cuanto al soplo sistólico mesoesternal puede decirse que falta generalmente en la hipertensión arterial, siempre que no se trate de sujetos de constitución pletórica; pero, con todo, este signo tampoco ha de poder ser utilizado frecuentemente como criterio de diagnóstico diferencial ya que en un buen porcentaje de las aortitis luéticas tampoco está presente; a lo sumo, suele presentarse en las aortopatías luéticas de sujetos de edad.

Si se recurre a la exploración radiológica no siempre será posible distinguir una dilatación por esclerosis simple e hipertensión, de la causada por la aortitis sifilítica.

En tal situación, es natural que haya que recurrir a integrar el cuadro de la aortitis sifilítica con todos los demás signos y síntomas propios y característicos de esta afección.

Pero, frente al problema escueto de las relaciones existentes entre hipertensión y aortitis sifilíticas puede afirmarse, a la altura actual de nuestros conocimientos, que la hipertensión arterial es tan frecuente en la sífilis de la aorta como en sujetos que no son portadores de localización específica alguna y que la hipertensión arterial debe ser desechada como signo de la aortopatía luética.

No es ni siquiera un síntoma concomitante frecuente y cuando existe en una aortitis luética debe ser imputada a otras causas, a menofrapatías crónicas o a una arterioloesclerosis, las más frecuentes concurrencias.

---