

# ANALES

de la

## Facultad de Medicina de Lima

TOMO VI — AÑO 1920

---

### Síndrome de Stokes-Adams interesante por los datos clínicos y las constataciones anatomopatológicas

\* POR EL DR. ERNESTO ODRIOZOLA

*Decano y Profesor de Clínica Médica en la Facultad de Medicina*

Algunos de ustedes conocen el caso de que hoy nos vamos a ocupar. Se ha hecho memorable no solo por las emocionantes y primitivamente engañosas manifestaciones que se señalaron en su fugaz permanencia en esta sala, sino también por los fenómenos verdaderamente insólitos que todos pudimos comprobar y sobre todo por la *originalidad* de las alteraciones que hemos sorprendido en la autopsia. Ejemplares como este no se ven sino rara vez en la vida y por este motivo, he querido acopiar todos los elementos que permiten hacer de él un estudio completo.

Era un joven de 25 años de edad, natural del Callao, soltero, de profesión fletero. Ingresó en nuestra sala el 15 de Mayo de 1918 y ocupó la cama N.º 51.

Sus padres viven: son sanos. Tiene tres hermanas vivas; un hermano murió de una «fiebre tifoidea». La mayor de las hermanas padece de ataques, durante los cuales se revuelca, se muerde y se araña el cuerpo, quedándose después dormida.

Nuestro enfermo, siendo niño sufrió de «sarampión» y de «tercianas». A los 16 años, contrajo una «blenorragia» que le duró muy poco, sin complicaciones. A los 20 años sufrió una segunda y una tercera a los 23.

Decía que había padecido de «granos» en el cuerpo; pero no existían huellas. Negaba rotundamente antecedente específico. En 1911, estando en Panamá, sufrió de dolores de cabeza, de palpi-

taciones, de fatiga, de desesperación y de sueño interrumpido por espantos que lo hacían levantar a la media noche. Estos trastornos le duraron 6 meses; después pasó todo y él siguió en sus labores. Hay en esta relación, como ustedes ven, caracteres de una excitabilidad nerviosa, que bien puede depender de *histéricas* disposiciones, como también emanar de una impregnación *alcohólica*.

Decía además, que había padecido de «dolores articulares reumáticos». Declaraba ser onanista, llegando hasta tener tres o cuatro eyaculaciones por noche.

El 8 de Diciembre del año 1917, después de una noche de crápula, sintió zumbidos de oído cuando iba por la calle; la vista se le nubló y cayó al suelo, *perdiendo el conocimiento* por breves instantes; se levantó solo y se dirigió a la casa de una parienta, donde le repitieron los ataques, llegando hasta trece el número de ellos; allí lo atendieron con remedios caseros.

El 10 de Enero de 1918, después de aparente mejoría, se repitieron los ataques con mayor fuerza, durándole hasta el día 11. Esta vez se presentaron con un síntoma nuevo: «*dolor de estómago y del corazón*».

El 2 de Marzo, con motivo de haber ingerido un laxante (sal de Carlsbad), aconsejado por un facultativo, por motivo de su constipación, que ha perdurado, volvieron a presentarse y desde entonces menudeaban con mayor intensidad y frecuencia.

El enfermo tenía una mediana complexión; era de aire despierto, aunque abatido por el sufrimiento. Cuando el Sr. León, que leyó su historia, le interrogó acerca de su enfermedad, le dijo que lo que más le mortificaba era un «*fuerte dolor en el epigastrio donde sentía dos bultos que lo ahogaban y no le dejaban digerir*». El día 16 de Mayo dice el mismo Sr. León, que tuvo la oportunidad de asistir a una *crisis dolorosa*, que lo obligaba a retorcerse en su cama, llorando; fijaba entonces la mirada y después volteaba los globos oculares a la izquierda o a la derecha marcándose contracciones fibrilares en los músculos de la cara, batiendo las alas de la nariz, a la vez que su cuerpo se agitaba y sus miembros se contraían, simulando un ataque *epileptiforme*. Después de esta crisis, el enfermo quedaba lloroso.

El jueves 23 de Mayo, vimos a este enfermo por primera vez. Se debatía en una crisis de llanto que a primera vista, parecía un histérico. Nos acercamos a su cama y al interrogarlo nos respondió que tenía un *dolor muy agudo en el epigastrio*. Nosotros procuramos calmarlo con palabras persuasivas, que llevaran a su ánimo la esperanza de una pronta curación, cuando *palideció repentinamente*, clavó la mirada, sus ojos se tornaron a la derecha después a la iz-

quierda, marcándose en seguida ligeros movimientos de los párpados y de las alas de la nariz, terminando por una *brusca congestión* de toda la cara, como una *llamarada*. La *pérdida* del conocimiento fué completa; pero después volvió en sí *continuando su interrumpido llanto*. El ataque duraría cerca de un minuto poco más o menos.

Estábamos indudablemente en presencia de un *ataque epileptiforme*. Al momento sorprendimos su significación, pues al tomar el pulso, notamos que solo latía 18 veces por minuto; lo cual quiere decir que se trataba del síndrome de *Stokes-Adams*. Durante nuestro examen, los ataques siguieron repitiéndose, cada tres o cuatro minutos, poco más o menos, y algunos de ellos con ligeros movimientos *convulsivos* de los brazos.

El examen de su corazón, demostró el aumento de su volumen y un *soplo sisto-diastólico* de la base, con máximo de intensidad a lo largo del borde derecho del esternón, en su parte media. El *soplo diastólico*, descollaba por su exagerada longitud y por su tonalidad de *chorro de vapor*.

Resumiendo la situación, pensamos con los datos ya consignados, que había una insuficiencia *aórtica* con un *bloqueo completo* del corazón, por *degeneración del manojo de His*. Declaramos que el caso era gravísimo y ordenamos la aplicación de una vegiga de hielo a la región precordial, de inyecciones estimulantes de éter y de tintura de estrofantó por la boca.

Al día siguiente, viernes 24, encontramos al enfermo mucho peor. Los ataques *sincopales epileptiformes* seguían repitiéndose en la misma forma y casi sin cesar. La *bradicardia* llegaba al colmo, pues poniendo el oído en la región precordial, llegamos a contar un intervalo de *más de 50 segundos*, sin que el corazón latiera, lo cual fué ratificado por el Dr. VOTO BERNALES que llegó a contar hasta 58 segundos de silencio. El principio del ataque coincidía con la suspensión del pulso y de una brusca palidez de la fisonomía, a la que sucedía después de terminado el ataque, una *súbita congestión* y un pulso muy pequeño, acelerado y desigual. La tranquilidad duraba muy poca cosa, porque los ataques volvían a repetirse sin cesar. Como el día anterior, la *pérdida* del conocimiento era *completa*, durante ellos.

En esta situación, no era difícil asegurar un fin próximo para este desventurado enfermo y en la tarde de ese día dejó en efecto de existir.

Pocas veces verán ustedes en el ejercicio de su profesión, un caso que ofrezca mayor interés; sobre todo cuando lleguemos a detallar las alteraciones encontradas en la autopsia, que son de una importancia verdaderamente insólita.

No entraremos todavía a hacer las reflexiones que el caso demanda, sin que ustedes sepan antes, que el análisis de su orina fué normal, que el examen de su sangre demostró que habían 4.040.000 hematíes y 11.000 leucocitos; que no se encontró hematozooario; que durante su corta permanencia en el hospital, estuvo *apirético*; que la reacción de *Wassermann* fué *dudosa*, y que la dermo-reacción tuberculínica fué *positiva*.

Por la descripción clínica del caso que hemos detallado, se vé pues, que ha existido en él, como hemos ya dicho, el *síndrome de Stokes-Adams con una insuficiencia aórtica y un bloqueo completo del corazón* y como ya hemos expresado, creímos que todo esto demostraba una alteración profunda del *manejo muscular de His*. La causa era difícil de determinar de una manera categórica, pero dada su edad—25 años—la hipótesis más plausible, era la de una *sífilis*, no obstante la reacción de *Wassermann dudosa*. La especie de alteración generadora del trastorno material, era imposible poderla fijar, dada la multiplicidad de sus manifestaciones y aún había que considerar la existencia de una dermo-reacción tuberculínica *positiva*.

Era indudable entonces que las crisis dolorosas o *epigastralgias* que ese pobre enfermo sufría con esa violencia formidable, eran en realidad, crisis de *angina pectoris abdominal*.

Los ataques *epileptiformes* ya descritos, constituyen fenómenos conocidos en el síndrome de *Stokes-Adams*; pero debe llamarnos la atención el carácter *subintrante*, como se han sucedido, por el espacio de más de 48 horas, y sobre todo lo que culmina, como un hecho raro, es la *insólita lentitud del pulso*, comprobado en la mañana del 24 de mayo. Tanta fué nuestra sorpresa, al poner el oído en la región precordial y no escuchar latido alguno, que al cabo de cerca de *un minuto de silencio*, abandonamos la auscultación en la creencia de que nuestro enfermo había muerto. Semejante hecho es rarísimo pues los autores hablan hasta de 8 pulsaciones por minuto, como la cifra más baja.

Sin embargo, el profesor BROUARDEL, en su interesante obra sobre «La muerte súbita» publicada en 1895, dice en la página 11: «Podemos sin ser histéricos reducir o retener los fenómenos de la circulación. DONDERS y CHAUVEAU lo han conseguido. CHAUVEAU «cuya estatura vosotros conoceis, llegaba preparándose y haciendo «una gran inspiración que introducía 10 a 12 litros de aire en su «pecho, a detener los latidos de su corazón, durante un minuto «entero. Este fenómeno se podía comprobar no solo por la auscultación el esfigmógrafo, aplicado en la arteria radial, daba «durante ese espacio de tiempo, una línea absolutamente recta.

« Algunas personas pueden pues detener la circulación durante un instante »

« Un inglés, el coronel TOWNSEND pretendía que podía detener los movimientos de su corazón durante media hora. CHEYNE refiere que ese coronel enfermo desde hacía mucho tiempo, tuvo un día la fantasía de mandar buscar a los señores CHEYNE y BAYNARD que lo trataban y al Sr. SCHRINE su boticario, para que fueran testigos de un experimento singular que quería repetir en su presencia; era el de hacerse morir y resucitar. El enfermo se acostó de espaldas, el Dr. CHEYNE le tocaba el pulso, el Dr. BAYNARD le ponía la mano en el corazón. El Sr. SCHRINE presentaba un espejo cerca de la boca. Un momento después no se sentía ni pulsación en la arteria ni movimiento en el corazón y el aliento no empañaba el espejo. Habiendo durado este fenómeno más de media hora, los espectadores estaban a punto de retirarse, persuadidos de que el enfermo había ido muy lejos en su experimento, cuando percibieron un movimiento, después sintieron el pulso y los latidos del corazón volvieron gradualmente, restableciéndose la respiración; en fin, el enfermo comenzó a hablar y dejó a los espectadores igualmente atónitos de su muerte y de su resurrección. Cuando hubieron partido, el coronel hizo venir a un notario, agregó un codicilo a su testamento y expiró tranquilamente ocho horas después del experimento. (TOURDES art. *Mort*—Dict. encyclopédique de Sc. Médic., 2.º serie T. IX, pág. 636).

Como se vé por esta curiosa información del profesor BROUARDEL, es posible la suspensión más o menos prolongada y voluntaria de los latidos cardiacos; pero clínicamente hablando, y tratándose de la *bradicardia patológica*, por alteración del *manejo de His*, me parece que ella se realiza apesar del sujeto y como un fenómeno *ineludible, de alta gravedad* en que la voluntad no puede nada y en que los fueros del pronóstico son por consiguiente intangibles y subordinados a la intensidad del síndrome. Por estas razones la paralización del corazón por *cerca de un minuto*, en el enfermo que estudiamos, es un hecho *completamente insólito* y digno de anotarse en los anales de la clínica. Y tan eminentemente grave debía considerarse esa bradicardia, con las crisis convulsivas que la acompañaban que en la tarde de ese mismo día 24 sucumbió víctima de uno de esos ataques, en que la paralización temporal del corazón se hizo por fin definitiva.

Veamos ahora cuales fueron los resultados de la necropsia.

Los ojos del sujeto estaban dirigidos hácia arriba, como que la muerte sobrevino en una crisis de ataque epileptiforme.

La *apertura del tórax* mostró los pulmones pequeños y retraídos ; ligeramente congestionados en sus bases. El vértice derecho estaba endurecido y con granulaciones *reblandecidas* de aspecto *tuberculoso*.

El corazón que aquí les presento, es bastante voluminoso, pesa 430 gramos; la grasa normal que llena los surcos interaurículo-ventriculares, es muy abundante. Las paredes de los ventrículos, en especial la del izquierdo, están muy gruesas. Se nota la *insuficiencia clara* de las válvulas sigmoideas aórticas con la prueba del agua, como lo habíamos previsto. Sus nidos están casi borrados, por el encogimiento de la cortina valvular, la que aparece tiesa, como apergaminada, especialmente la valva interna. Los orificios de las coronarias anormalmente dilatados. La pared de la aorta anormalmente engrosada, ostenta *rugosa* su superficie interna, con ese aspecto casi característico de las lesiones aórticas *sifilíticas*.

El *estómago* estaba biloculado.

El *intestino grueso* sumamente atrofiado, de menor volumen que el delgado.

*Cápsulas suprarrenales* aumentadas de volumen y de consistencia dura.

*Cerebro*: lesiones de paquimeningitis, adherencias de la masa encefálica con la dura-madre, aumento de la cantidad de líquido céfalo-raquídeo.

Volvamos a emprender ahora el examen del corazón. Este prolijo estudio, señores, pertenece al Dr. DANIEL MACKENIE, cuya competencia en esta materia, me complazco en reconocer.

*Aurícula y ventrículos*, parecen normales al examen histológico; merece apenas mención un depósito de pigmento bruno, en algunas de las fibras musculares, a inmediación de los núcleos.

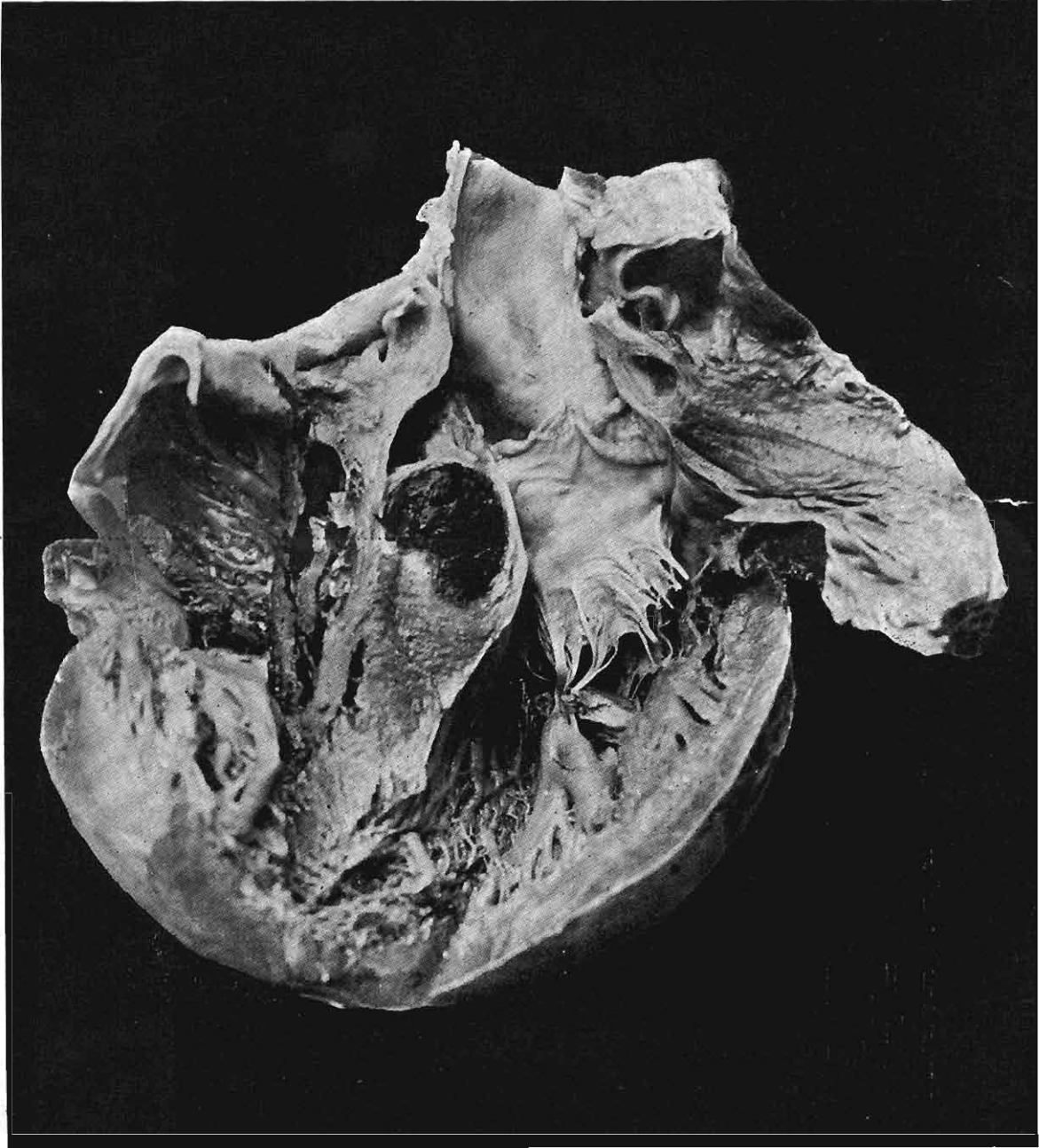
*Arterias coronarias*, permables y sin alteración apreciable.

*Arteria aorta*, a pocos centímetros por encima de las válvulas sigmoideas, hay pequeñas elevaciones, redondas unas, confluentes otras, y formando, en este caso, masas alargadas horizontales.

La elevación o montículo de la íntima, constituido por células emigrantes y por degeneración hialina de las mismas y de los haces conectivos, parece indicar un proceso arterio-esclerótico; pero la circunstancia de encontrarse en la adventicia la mayor parte de los vasa-vasorum con sus paredes engrosadas, con túnica interna en proliferación que en veces ocluye el conducto, inclina a asignar origen *luético* a la lesión, reforzando este parecer la infiltración de células redondas que también existen alrededor de los mismos vasos.

Se encuentra en el *septum* dos *gomas* del tamaño de una cereza, bastante próximas, que hacen eminencia, una hacia la aurícula

DR. ERNESTO ODRIEZOLA.— *Síndrome de Stokes-Adams,*  
*interesante por los datos clínicos y las constataciones anatomo-*  
*patológicas.*



Corazón del enfermo en el que se vé la formación gomosa (A), implantada en el tabique inter aurículoventricular, destruyendo el fascículo de His.

derecha, y otra, mucho más marcada hacia las sigmoideas aórticas en el sitio por donde desciende el manojito de His.

La primera, la superior, está en pleno tejido muscular y limitada por este en todo su contorno, bien que adelgazándose en el segmento vecino al endocardio auricular.

La segunda inferior, importante por los trastornos que ha ocasionado, ocupa precisamente el trayecto aurículo-ventricular, de tal manera que el corte anterior y vertical de ESMEIN la divide casi en hemisferios. Rodeada por fibras musculares en tres cuadrantes, está en el resto limitada por numerosos haces fibrosos transversales que refuerzan el endocardio. No hay aquí el menor rastro del manojito de His que indudablemente ha degenerado por compresión.

Una sección horizontal en la región que estudiamos encuentra: 1.º el endocardio; 2.º una gruesa capa fibrosa y 3.º la goma, con su red fibrinosa periférica. Las fibras miocárdicas se insinúan, como cuñas entre ésta y el endocardio reforzado.

En las fibras musculares, y concéntrica a la masa gomosa, hay una lámina calcárea y en cantidad apreciable, pigmento. Las arteriolas del tejido muscular, en la proximidad de ambas gomas, están envueltas por el mismo manguito perivascular de tipo linfocitario que también notamos en la aorta.

Como se ve, señores, el caso que acabamos de historiar, es realmente excepcional, porque el hecho de que este enfermo haya podido vivir largas horas con una bradicardia representada por un *-latido* por minuto, creo que es hoy único en la ciencia.

En el número de «The Lancet» correspondiente al 24 de Abril último, el Dr. STRICKLAND GOODALL, resume la historia de 20 enfermos que presentaban el síndrome de Stokes-Adams y entre ellos el que menos pulsaciones tenía, llegaba a 10.

Apesar de la rareza de este caso, he creído instructivo ocuparme de él, porque está lleno, como ustedes han podido comprobarlo, de muy útiles enseñanzas.

