

L'ESTENOSI DE LA MITRAL, CAUSA POC CONEGUDA DE PARÀLISI RECURRENCIAL ESQUERRA

J. CODINA-ALTES i P. CAMPS JUNCOSA

Si la paràlisi del nervi recurrent dret desperta la idea d'un procés del lòbul dret del tiroides, que la majoria de vegades és una neoplàsia maligna, però no sempre, l'existència d'una paràlisi del recurrent esquerre fa pensar en un procés profundament situat en el mediastí al seu costat esquerre, i a dir veritat, d'una manera quasi exclusiva, massa exclusiva com veurem, fa témer l'existència d'un aneurisma de l'aorta i en la porció de la crossa, ja que és precisament en aquest punt que l'aorta recolza sobre el bronqui esquerre contornejant-lo, on té lloc el pas de dit nervi, que deixant el tronc del neumogàstric es dirigeix cap amunt abraçant la concavitat de dita crossa aòrtica. Per freqüent que sigui aquesta causa i certament ho és, no és pas l'única, essent la més freqüent de totes les altres, l'estenosi de la mitral. Cal recular fins a 1897 per a trobar la primera observació d'Ortner en un noi de 14 anys, portador d'una cardiopatia mitral amb desigualtat de pols i paràlisi de recurrent que fou diagnosticat d'aneurisma i on l'autòpsia demostrà una estenosi mitral. De llavors ençà el nombre de casos publicats ha crescut sense parar. Osler en 1909 publicà tres casos, un d'ells diagnosticat equivocadament d'aneurisma per Nothnagel.

Osler diu que són fets rars. A França, en 1910, Garel publica el primer estudi reunint 37 casos fins llavors publicats. En 10 anys les coses canvien un xic i Garland i White en 1920 troben en 8 anys nou casos en el "Massachusetts Hospital" i diuen que la paràlisi del recurrent esquerre en l'estenosi mitral és molt més freqüent del que es creu i que és lògic creure que quan la gent s'hi fixi més aquestes paràlisis seran molt més correntment

trobades. Nosaltres podem subscriure en un tot les paraules d'aquests autors. En un període d'uns cinc anys hem tingut ocasió de veure'n cinc casos. En els tractats de Mackenzie, i de Hoffmann no hem trobat cap referència; Romberg 1921 en parla breument, igualment Cowan i Ritche.

Dejerine en el seu famós tractat en estudiar el recurrent després de parlar dels aneurismes, anomena el mediastí i el pericardi sense dir res de l'estenosi mitral, no aix  Oppenheim. En el recent tractat d'Edens no n'havem trobat esment. En 1924 Notkin amb ocasió d'un cas autopsiat en re nia 74 dels quals 17 amb necròpsia. Vaquez en re nia 116 en un de seu.

Pel que fa al mecanisme d'aquesta paràlisi Ortner l'explica per la hipertròfia de l'aurícula esquerra que comprimeix el recurrent contra l'aorta. Més tard (1900) Krauss exposa el seu parer de què era la hipertròfia del ventr cul dret la que, fent bascular el cor, feia seguir l'aorta per mitjà del conducte arteriós, exercint una tracció sobre el recurrent, produint-se la paràlisi per allargament del nervi. En el cas de Von Schroeter amb conducte arteriós permeable seria aquest el que comprimiria el nervi sobre l'aorta. Alexander, donada la dilatació de l'aurícula esquerra i de l'arteria pulmonar visibles amb els R. X. suggerí que la paràlisi fos deguda a la pressió de l'arteria pulmonar i poc després Frischauer en tractar d'una necro, el que fos la branca esquerra. Altres hi han afegit l'englobament del nervi per teixit cicatricial. per pericarditis, mediastinitis, com també Lian i Marcorelles per l'existència de trombus, a voltes molt durs, a l'interior de la cavitat auricular. Segons Fetterolf i Norris que estudiaren l'anatomia amb peces endurides i amb talls, rares vegades l'aurícula esquerra s'expandeix sols cap a dalt, sinó també cap endarrera i conclouen que la compressió directa de l'aurícula sobre el nervi  s pràcticament impossible i que, per tant, es fa per mecanisme indirecte.

El moment d'aparició de la paràlisi en el curs de la malaltia és sumament variable com també la manera de manifestar-se; al costat dels casos en els quals la ronquera, l'af nia o la veu bitoral es manifesta bruscament sovint en ocasió d'una crisi disneica o d'una fatiga excessiva, n'hi han d'altres en els quals hi ha signes de petita insuficiència, en altres amb els progressos de la descompensació, altres vegades, en canvi, com a primera manifestació anormal, el que fa que els pacients es dirigeixin primerament a l'especialista de la gola com ha succeït en dos dels nostres casos. Un cop apareguda la paràlisi, no sempre té la

mateixa evolució ni duració; casos hi ha en què és passatgera i desapareix ràpidament, com en un cas de Garland i White que desaparegué als 5 dies; altres tenen milloraments i reaguditacions com en un dels nostres que presentava l'afonia m s marcada quan estava fadigat per l'esforç, sobretot en caminar costa amunt, minvant ràpidament en el rep s. A voltes es veu la regressió després de varis mesos (de deu en un altre cas de Garland i White), altres vegades es va establint definitivament la paràlisi, total o parcial. En el cas de Lian i Marcorelles es present  tos quintosa abans de venir l'afonia. Amb el tractament digit tic, s'experimenten milloraments; no sempre, però, que millora la veu  s indicatiu de millora de la paràlisi, ja que pot tractar-se d'acomodació de la corda bona; de vegades amb el canvi de posició s'exagera l'afonia, sobretot en el decúbit esquerre.

S'han descrit també casos amb paresia i fins par lisis dobles, en els quals s'invoca la teoria de l'estirament de l'aorta, que portaria el de la subclàvia dreta. També s'haurien observat diferències de pols que podrien fer creure en aneurismes, com en el cas d'Ortner, en el qual el pols de la car tida esquerra era més petit; també s'haurien observat batecs en segon i tercer espais esquerres i també anisocoria, fent fer errades diagnòstiques en temps en què els exàmens radiològics eren més rarament emprats.

Resumirem breument els nostres casos.

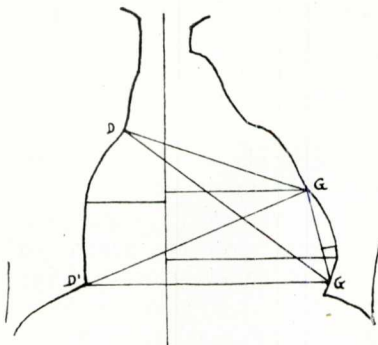
J. J. 59 anys, 4 fills. Ha tingut verola. Afecció respiratòria a 20 anys amb moltes hemoptisis. Fa 30 anys, diu, s ptomes de neum nia, dolor de costat esquerre, fadiga i afonia; qued  tos expectoració. Ha vingut tenint hemoptisis fins fa 18 anys. Fa un any afonia que persisteix. Disnea, tos dolor toràcic esquerre. A l'exploració ritme mitral, a radioscòpia, imatge t pica d'estenosi mitral. El Dr. Vila Abadal diagnostica paràlisi del recurrent esquerre. Aquesta malalta procedeix del Dispensari del C. de Radas.

M. S. 25 anys, vídua lu tica. Corea a 8 anys, als 14 reumatisme. Albúmina i eclàmpsia en 1er. embaràs, en el 2on. alb. Disnea d'esforç, tos lleugera, afonia des de temps. Ingressa a la Clínica M dica B de la Facultat, Prof. Dr. Ferrer Solervicens, intoxicada per sublimat. L'exploració demostra estenosi mitral. Examen radiosc pic comprova sortida arc mig. Dr. Vila Abadal diagnostica paràlisi recurrent esquerra.

J. A. religiós. Enviat pel Dr. J. Sánchez Llistosella per paresia temporal del recurrent esquerre, havent parlat d'aneurisme

algú que hauria fet radioscòpia. El pacient té des de fa 14 anys catarros amb molta expectoració blanquinosa, i des de que varen començar presenta modificacions de veu quedant-se a voltes molt afònic. L'exploració demostra soroll presistòlic a la punta, típic d'estenosi mitral. La radioscòpia demostra un punt auriculventricular baix; les oblíques demostren la hipertròfia de l'aurícula esquerra. Res sospitós d'aneurisme.

R. M. 30 anys. Enviat pel Dr. Mainou perquè té una paràlisi de la corda vocal esquerra. Presenta disnea d'esforç i quan es cansa queda sense veu i té palpitations; descansa un parell de minuts i la veu torna. De noi havia tingut reumatisme poliarticular agut. Res més fora d'alguns còlics de plòm; és pintor. Fa mig any que es cansa. L'exploració demostra malaltia mitral amb arritmia completa. Engrandiment de l'ombra cardíaca als R. X. amb forta sortida de l'arc mig en la part baixa, el punt auricolventricular és baix. Vegi's esquema.



Diàmetres; Longitudinal 17 - Horizontal 16,4 - Basal 16 - A. dret 10,8 - A. esquerre 9,9 - V. dret 15,7 - V. esquerre 6,5 - Fleixa 1.

T. A. 19 anys; està embarassada de 7 mesos. Corea a 3 mesos de 6 mesos de duració. Fa 2 anys disnea d'esforç amb expectoració hemoptoica; a l'any té de deixar el treball, estant embarassada, apareixent forta descompensació, abortant de tres mesos. Fa 7 mesos nou embaràs i en el quint mes descompensació amb tos, febre fins 40°, ronquera, afonia. L'exploració demostra malaltia mitral. Ingressa a la Clínica Mèdica B de la Facultat. El Dr. Vila Àbadal diagnostica paràlisi de recurrent esquerra.

Part de terme als pocs dies. La radioscòpia, abans del part, confirma hipertròfia aurícula esquerra.

En cap d'ells hi ha hagut ocasió de comprovació anat mica per tant, posaríem punt final a la nostra comunicació després de fer ressaltar que es tracta d'un fet que no és cap raresa i que, per tant, cal conèixer-lo, perquè no passin desapercebuts els casos evidentment freqüents, si no fos que creiem poder dir quelcom de nou i important en el que fa referència a la patogènia d'aquesta lesió.

En llegir els treballs més recents sobre la qüestió, crida l'atenció els pocs avenços que s'han fet en aquesta matèria, ja que estem poc menys que all  on  rem fa trenta anys. Diríem que l'únic avenç que s'ha fet  s demostrar Fetterolf i Norris que no és possible la compressió directa del nervi per l'engrandiment de l'aurícula esquerra; pel dem s l'esperit no es queda gaire satisfet amb les teories actuals.

D'un temps en a s'han demostrat certs fets que creiem que tenen importància en la qüestió que ens ocupa. El primer a remarcar és la situació de l'aurícula esquerra, per ésser ben diferent del que en general es creu i del que el seu nom indica, ja que no ocupa pas l'esquerra del cor, sinó que té una posició eminentment posterior; adem s tenim de fer constar que aquesta cavitat constitueix precisament la part més alta del cor i que sobre d'ella, com h  demostrat Steoerk, hi ha la bifurcació de la tr quea de tal manera, que el bronqui esquerre, en condicions normals, descansa sobre l'aurícula durant un curt trajecte. Al seu torn l'esòfag passa per darrera de l'aurícula esquerra, separat pel pericardi, i com recolzant-se sobre d'ella durant uns centímetres del seu trajecte. Donada, doncs, aquesta posició de l'aurícula, posterior i superior, en engrandir-se pot fer-ho cap a la dreta o cap a l'esquerra, com també cap a dalt i cap enrera, com en veritat ho fa amb les consegüents modificacions sobre el seu veïnatge.

Que quan l'aurícula esquerra s'engrandeix, i l'estenosi mitral ofereix el cas òptim, i més encara quan hi ha fibrilaci  auricular, pot fer-ho cap a la dreta, és avui dia un fet ben segur, i deixant de banda els casos extrems com el d'Owen i Fenton en què l'aurícula esquerra arribava fins la línea axilar dreta on fou punccionada creient que es tractava d'un vessament, o els de Lutembacher i darrerament de Bedford, entre altres, en què ad-

quiria un volum extraordinari, sempre a dreta, mereixent el nom d'aneurisma auricular, a part d'aquests,  s força freqüent trobar dilatacions m s moderades en què aquesta cavitat ve a formar part de la vora dreta del cor, per sobre de l'aurícula dreta, essent nombrosos els autors que n'han publicat observacions; citem únicament com testimoni a Assmann i diguem que Bordet, en un conjunt de 200 casos, ho ha trobat en un cinc per cent.

La compressió de l'esòfag pot tenir lloc en aquestes circumstàncies com ha estat demostrat entre altres per Kovacz i Stoerk arribant a voltes a produir disfàgia.

Però el que m s interessa aquí, és la influència o modificacions que pugui determinar sobre el bronqui, i realment, per bé que quasi gens conegudes, no deixen d'ésser ben importants, com ho han palesat els magnífics estudis de Stoerk i el recent treball de Steele i Paterson que s'han ocupat del desplaçament i compressió del bronqui en l'estenosi mitral. Com sempre hi han fets ben antics en la literatura, aix  King en 1838 fou el primer que trobà la compressió del bronqui principal esquerre, produïda per la hipert fia de l'aurícula esquerra, referint-ne quatre casos autopsiats, tres dels quals per estenosi mitral i l'altre en un noi de dos anys amb una malaltia amb cianosi. Steele cita també l'observació d'una noia amb estenosi mitral a la qual Friedrich en 1850 clínicament diagnostic  una compressió del bronqui esquerre, pels signes persistents de la base esquerra, diagnòstic que fou confirmat quatre anys més tard per Virchow, en la taula d'autòpsies. També cita l'observació de Taylor (1899) d'un noi de 16 anys amb estenosi mitral i engrandiment de l'aurícula esquerra que contenia 11 unces de coàguls a l'interior i amb el bronqui esquerre marcadament aplanat, en sentit anteroposterior i que passava darrera, m s que per sobre l'aurícula. Però ha estat Stoerk qui en 1910 ha estudiat m s detingudament la qüestió mesurant les modificacions dels angles de sortida dels bronquis dret i esquerre amb la tr quea, i l'eixamplament de l'angle dels bronquis, en l'estenosi mitral a expenses de la desviació del bronqui esquerre. Una mica més tard Kahler (1912) demostr  en el viu, per broncos pia, el desplaçament i la compressió del bronqui esquerre en malalts d'estenosi mitral, trobant-los en 12 dels 13 examinats, si bé en un sol hi havien signes anormals en la base pulmonar esquerra. Aquesta compressió pot ésser tan marcada, que en un cas la llum bronquial era una escl txa de dos mil metres d'amplada; dos d'aquests casos han estat autopsiats, comprovant-se l'existència diagnosticada per broncos pia

Recentment, 1924, Gabert estudiant radiològicament les modificacions de l'arbre tràqueo-bronquial, es convenç de què l'eixamplament de l'angle bronquial és degut especialment a l'engrandiment de l'aurícula esquerra que desplaça el bronqui esquerre. Sols en una minoria de casos, els de compressió més marcada, es presentarien signes clínics manifestos d'alteració de la base esquerra: atelectàsia, esclerosi, bronquietàsia, etc. Fou precisament la persistència de signes en la base esquerra en una malalta d'estenosi mitral, la que portà a Steele a fer un examen amb lipiodol per a veure de trobar una bronquietàsia per compressió de bronqui esquerre i que si bé no es trobà li demostrà clarament la marcada desviació de dit bronqui, que presentava la forma de S. agegada. Ulteriorment ha prosseguit amb Paterson l'estudi del desplaçament i compressió del bronqui esquerre en la hipertròfia de l'aurícula esquerra i ho va poder demostrar als R. X., en les posicions obliques, com també en l'anterior amb el lipiodol en els casos d'estenosi mitral.

Aquest fet del desplaçament i de la compressió del bronqui esquerre per l'aurícula esquerra engrandida, ens sembla de la més gran importància en la patogènia de la paràlisi del recurrent esquerre, perquè precisament per sobre del bronqui hi ha la creua de l'aorta i entre un i altre, com sabem, passa el nervi recurrent, fent nansa. I si aquest nervi es paralitza en cas d'aneurisma de la creua perquè aquesta el comprimeix contra el bronqui, no és lògic admetre que també es pot paraitzar quan es troba comprimit també entre l'aorta i el bronqui, quan sigui aquest el que estigui desplaçat cap amunt, empès per sota per l'aurícula esquerra, que com acabem de veure és capaç, quan s'engrandeix per l'obstacle de la mitral, de sortir a la dreta formant veritables aneurismes i de comprimir marcadament el bronqui esquerre, malgrat la seva armadura cartilaginosa? Lian i Marcolles parlen de la necessitat de quelcom suficientment dur per a comprimir el nervi, i anomenen el que l'aurícula estigui plena de glesbes dures; el mateix Notkin en descriure el seu cas parla d'una branca del vagus que estava unida a un gangli calcificat, que hi havia per davant i a sota de l'aorta, afegint que és difícil determinar si durant la vida aquesta masa calcificada, exercia pressió sobre l'aorta i indirectament sobre el recurrent; i en altre lloc parla de factors secundaris que puguin ajudar a la compressió, augmentant la rigidesa de les parts contràries, especialment cita els trombus en les aurícules, trombosi de l'arteria pulmonar, aterosoma i esclerosi de la pulmonar i aorta, cicatrius, etc., és a dir, que

la idea de trobar quelcom prou dur per a comprimir el nervi ha obsessionat als que s'han ocupat d'aquesta qüestió. Nosaltres creiem que aquesta formació dura és precisament el bronqui, situat immediatament per sobre de l'aurícula i que en lloc de fer d'enclusa, com en el cas de l'aneurisma de l'aorta, fa d'enclusa i de martell alhora en l'estenosi mitral, sense que l'aorta deixi de seguir fent de martell com de consuetut. En aquest sentit, és d'importància l'observació de Fontan i Broustet d'una malalta de 39 anys amb un síndrome de base esquerra amb tos i buf cavitari persistent i amb una estenosi mitral i paràlisi del recurrent esquerre.

Acaba de fer-nos creure l'escassa importància que pugui tenir la dilatació de l'arteria pulmonar en la patogènia d'aquestes paràlisis, el que no es presentin en els aneurismes de la pulmonar, que representa el màxim de la dilatació de la dita arteria, encara que siguin voluminosos, com en un cas nostre comprovat per la necròpsia. Això no té res d'estrany, si tenim en compte que és cap a l'esquerra, amunt i endavant que té lloc el creixement de l'aneurisma, sempre per davant del bronqui i no pas per sota d'ell, com fa l'aurícula en l'estenosi mitral.

D'aquí endavant creiem, doncs, que en els casos d'estenosi mitral amb paràlisi del recurrent, cal fer un acurat estudi radiològic, si convé amb lipiodol i fins l'examen broncoscòpic per a comprovar l'estat del bronqui esquerre.