

Síndrome de Lutembacher. Presentación de un caso

Por los Dres.:

JOSÉ GONZÁLEZ DE ARMAS* y **JULIÁN VIERA YANES¹**

González de Armas. J. et al. *Síndrome de Lutembacher. Presentación de un caso.* Rev. Cub. Med. 12: 3, 1973.

Se presenta un caso de síndrome de Lutembacher con todas las características clínicas y comprobación anatomopatológica correspondiente a dicha entidad. Para plantear dicho síndrome se valoraron la fibrilación, crecimiento mareado de cavidades derechas y el arrastre diastólico en foco mitral. En nuestro caso, la valvulopatía mitral y comunicación intrauricular se consideraron como fenómenos asociados. El diagnóstico «de estos casos, y en particular el nuestro, está determinado por la anatomía patológica, aunque la clínica, el electrocardiograma y la radiología pueden contribuir a sospecharlo.

INTRODUCCION

En 1916 *Lutembacher* describe la asociación de estenosis mitral con defecto atrial septal tipo ostium secundum, el cual es reconocido por todos los autores como síndrome de Lutembacher que aparece en el 6% al 10% de todas las valvulopatías nùtrales. Hasta el momento sólo existen reportados en la literatura mundial cien casos, cincuenta de ellos con corrección quirùrgica.^{1,s} Por su poca frecuencia es que se hace la publicación de este caso.

PRESENTACION DEL CASO.

Paciente M. D. O., H.C. 73171, sexo femenino, raza blanca, de 61 años de edad, M. I. Falta

* Especialista de primer grado, Jefe del Dpto. de Medicina Interna, Hospital Regio- de Cienfuegos, L. Y. de aire. H.E.A.: Paciente con tres ingresos anteriores

por presentar falla de aire, tos seca, aumento de volumen de las extremidades inferiores, y palpitaciones, que se alivia con los tratamientos impuestos, aunque no la curan; q) presentar ùltimamente los síntomas anteriores señalados, y la intensa falta de aire, es ingresada en nuestro hospital para su tratamiento.

A.P.P.: Sarampión y parotiditis, A. P. F.: Sin importancia, H.T.: Sin importancia.

I.X.A.: A.R. Falta de aire a los pequeños y grandes esfuerzos.

A.C.: Palpitaciones y aumento de volumen de las extremidades. A.D.: Sin importancia.

G. U.: Sin importancia. Ginecológico: Sin importancia. S'.H.M.P.: Sin importancia. S.N.: Sin importancia. Endocrino: Sin importancia. E. F.G.: Tinte subictérico, pliegue cutáneo grado.

I. A. R.: Estertores crepitantes bibasales. A. C.: Soplo sistólico grado II/VI con arrastre diastólico y chasquido de apertura de la mitral. T.A.: 110-80; pulso: 80/m débil, pulsos periféricos presentes. A. D.: Hepatoinegalia de tres traveses de dedo, sensible y dolorosa; resto del examen físico: Sin alteraciones.

¹ Especialista de primer grado, Jefe del Dpto. de Anatomía Patológica, Hospital Regional de Cienfuegos, L. Y.

Análisis complementarios: Hemograma: Ht: 38, Hb: 12.3, leucocitos: 7 500, stab: 9; segmentados: 65; eos.: 2; mono.: 3; linf.: 21; eri- trosedimentación: 35 mm, serología: negativa, urea: 27, glicemia: 104, bilirrubina: total 1.98. directa: 1.54; indirecta: 0.44, colesterol: 200 mg, fosfatasa alcalina; 4.2 unidades Bodansky. Pruebas funcionales hepáticas: negativas. Transaminasa pirúvica: 32 U.; rayos x de tórax y telecardiograma correspondiente al primer ingreso :

Información en la AP.: cardiomegalia transversal con aumento del arco medio de la pulmonar, configuración mitral (fig. 1). Telecardiograma O AI: aumento del ventrículo izquierdo (fig. 2). O AD: no hay desplazamiento del esófago. RX de estómago, esófago y duodeno: compresión extrínseca del bulbo duodenal sin alteraciones orgánicas del mismo. RX de tórax correspondiente al último ingreso: se comprueba crecimiento biventricular y moteado de aspecto inflamatorio en las bases. Electrocardiograma (primer ingreso): Signo de crecimiento auricular izquierdo, fibrilación auricular, posible crecimiento ventricular derecho. Electrocardiograma (segundo ingreso): fibrilación auricular, la presencia de QR en VI, unido a la fibrilación y las ondas S hasta V6 sugiere crecimiento biauricular. Es tratada con reposo en posición Fowler, dieta sin sal, aminofilina, diuretiazida, cloruro de potasio, no mejora; falleció* a los diez días de hospitalizada.

informe (inatomopatológico):

Estenosis mitral de tipo reumático (inactiva) con comunicación interauricular por persistencia del foramen oval, hipertrofia y dilatación de las cavidades derechas compatibles con el síndrome de Lutembacher (fig. 5).

DISCUSION

Se describe el caso de una paciente de 61 años, portadora de una estenosis mitral, de

etiología reumática, ya que algunos autores aceptan la forma congénita y silente.¹⁰ Actualmente estas últimas están en discusión. Asimismo, consideramos que la comunicación interauricular a causa de un defecto interauricular tipo ostium secundum por persistencia del foramen oval y la estenosis mitral, eran elementos asociados que formaban dicho síndrome como fue descrito en el trabajo original de *Lutembacher*.^{*} Se han señalado casos de comunicación interauricular que fisiológicamente puede producir un síndrome similar por trastornos hemodinámicos del corazón, actuando sobre la válvula mitral; se han observado casos en los cuales existían anomalías vasculares, tales como venas pulmonares anómalas y drenaje alterado.¹⁰

Los recientes avances alcanzados por la cardiología moderna han permitido el diagnóstico y tratamiento de estos enfermos mediante la corrección quirúrgica, que ha sido satisfactoria en todos los casos a los cuales se les ha realizado con un tiempo de sobrevivencia más prolongado.^{1,8,9,10} Consideramos que la clínica, estudios radiológicos y la electrocardiografía son esenciales para el diagnóstico,^{2,3,7,8,9} aunque las conclusiones finales son determinadas por la comprobación anatomopatológica, que es definitiva la que demuestra todas las alteraciones inherentes al síndrome; aceptamos que nuestra enferma reunía todos los criterios establecidos para hacerla acreedora de la entidad motivo de nuestro trabajo.

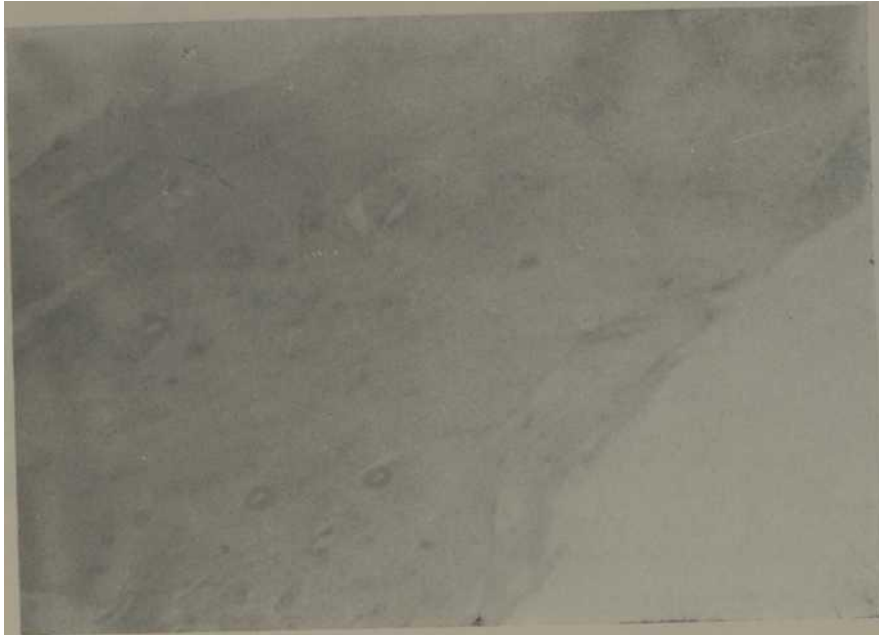


Fig. 1.—Fibrinosis y engrosamiento de la valva mitral.



Fig. 2.—La misma foto anterior a mayor aumento.



Fig. 3—Fotos de calcificación de la valva mitral.

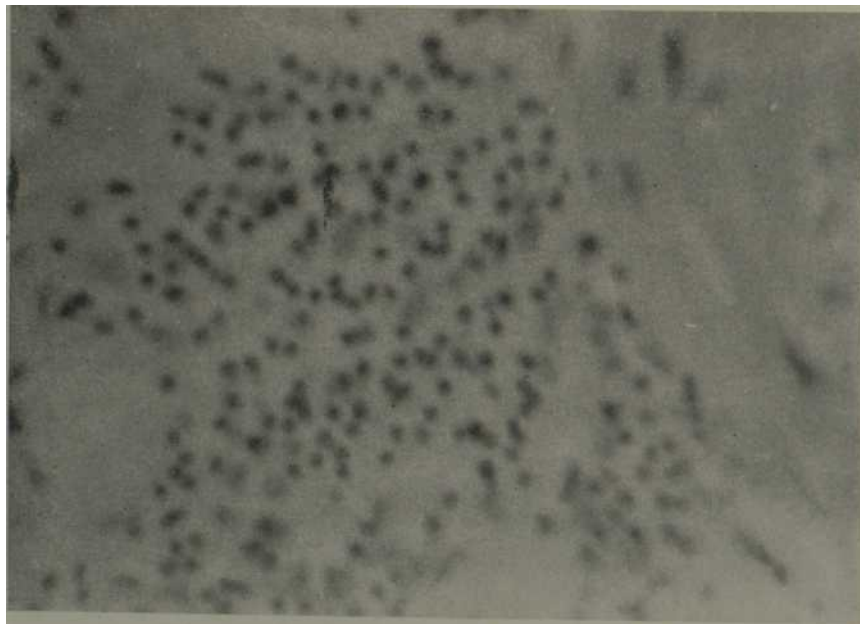


Fig. 4.—Corte de orejuela con foco linfohistiocitario.

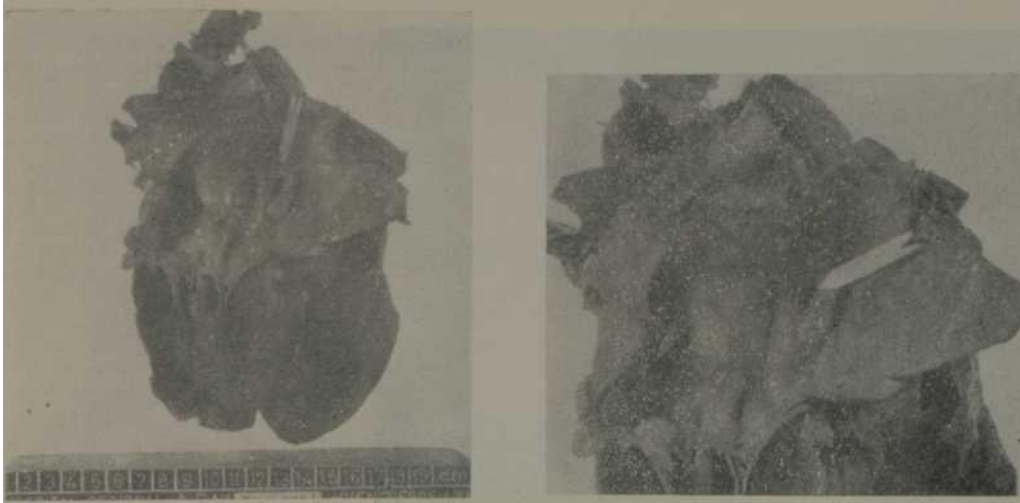


Fig. 5.—Comunicación interauricular por persistencia del foramen oval.

6.—La misma foto anterior a mayor aumento, donde se aprecia la fibrosis de la válvula mitral.

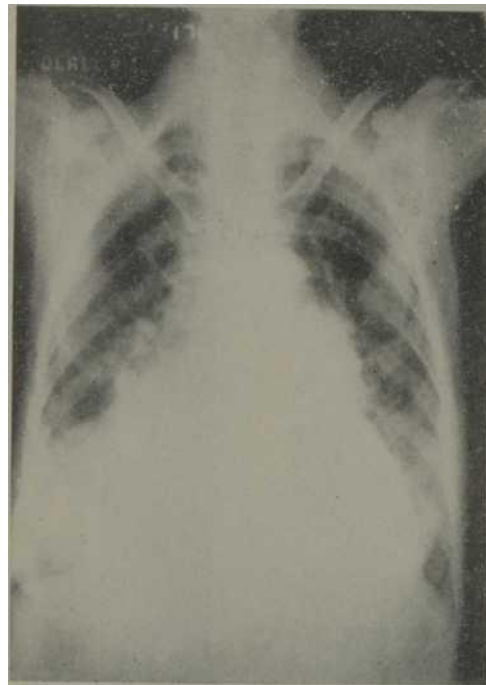
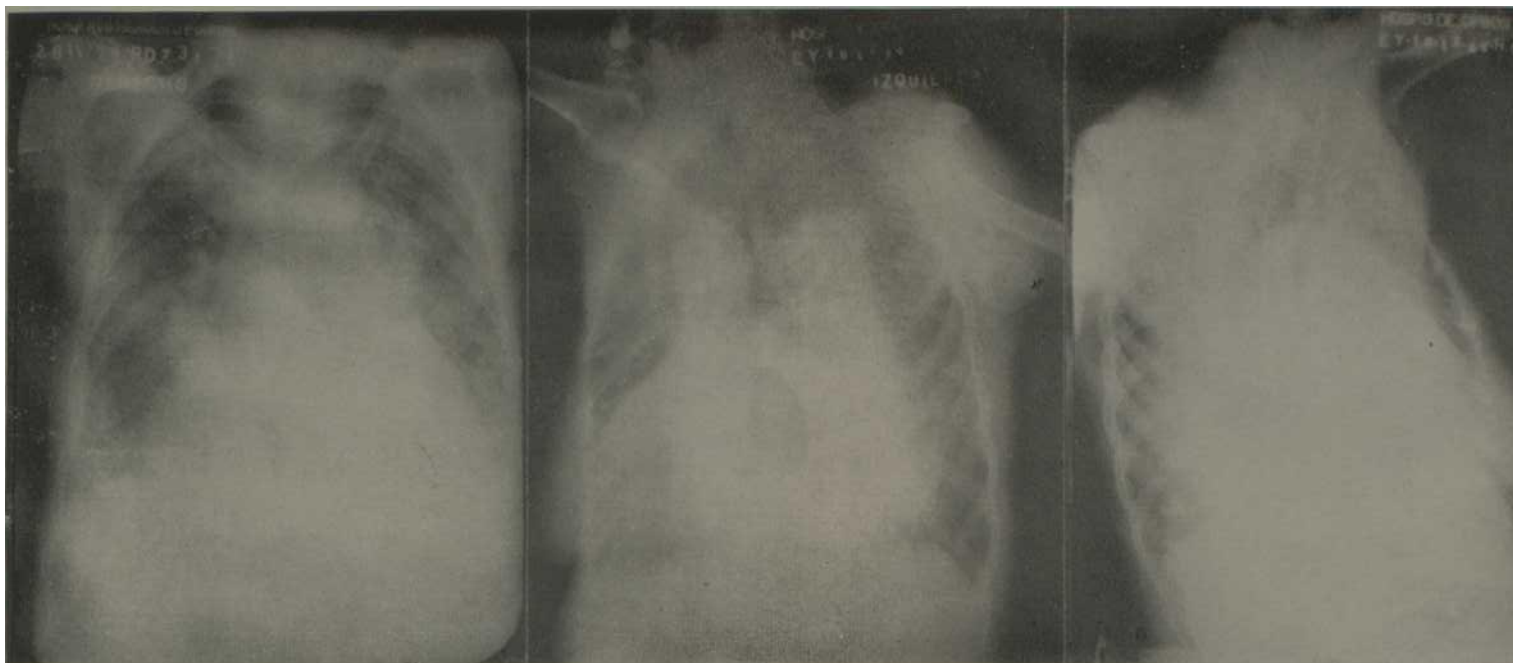


Fig. 7.—RX de tórax: crecimiento diventricular, configuración mitral.



*Fig. 8.—Telecardiograma:
A.P.—Aumento del diámetro transversal del corazón.
OAL—Crecimiento de cavidades Izquierdas.
OAD—No se observa desplazamiento del esófago.*

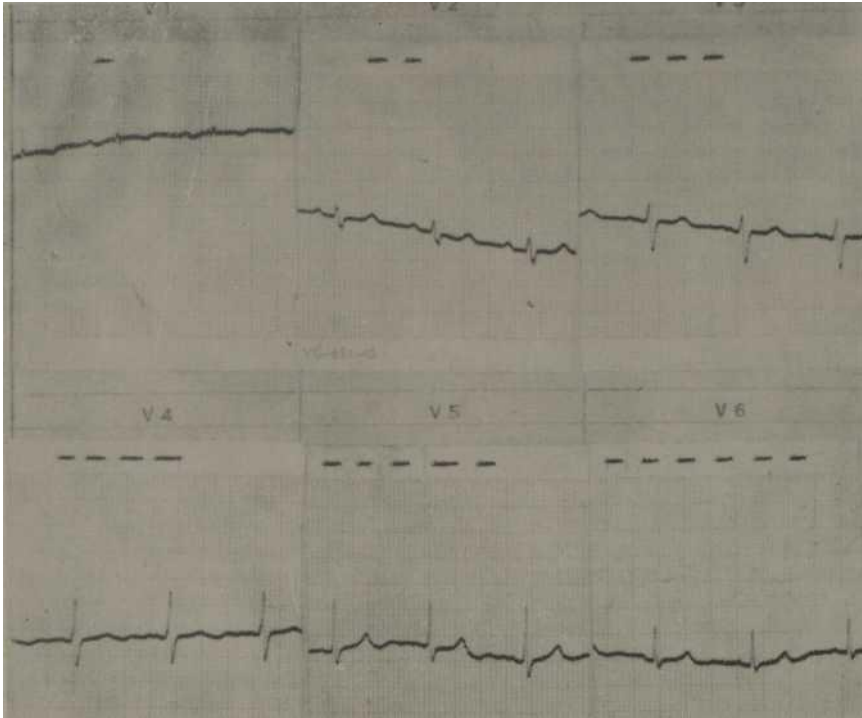


Fig. 9. Fibrilación auricular.

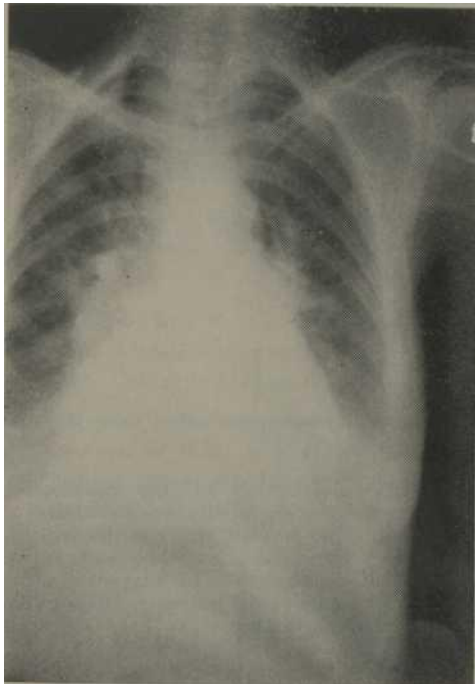


Fig. 10.—RX de tórax: corazón aumentado de tamaño, arco medio abombado moteado en bases.

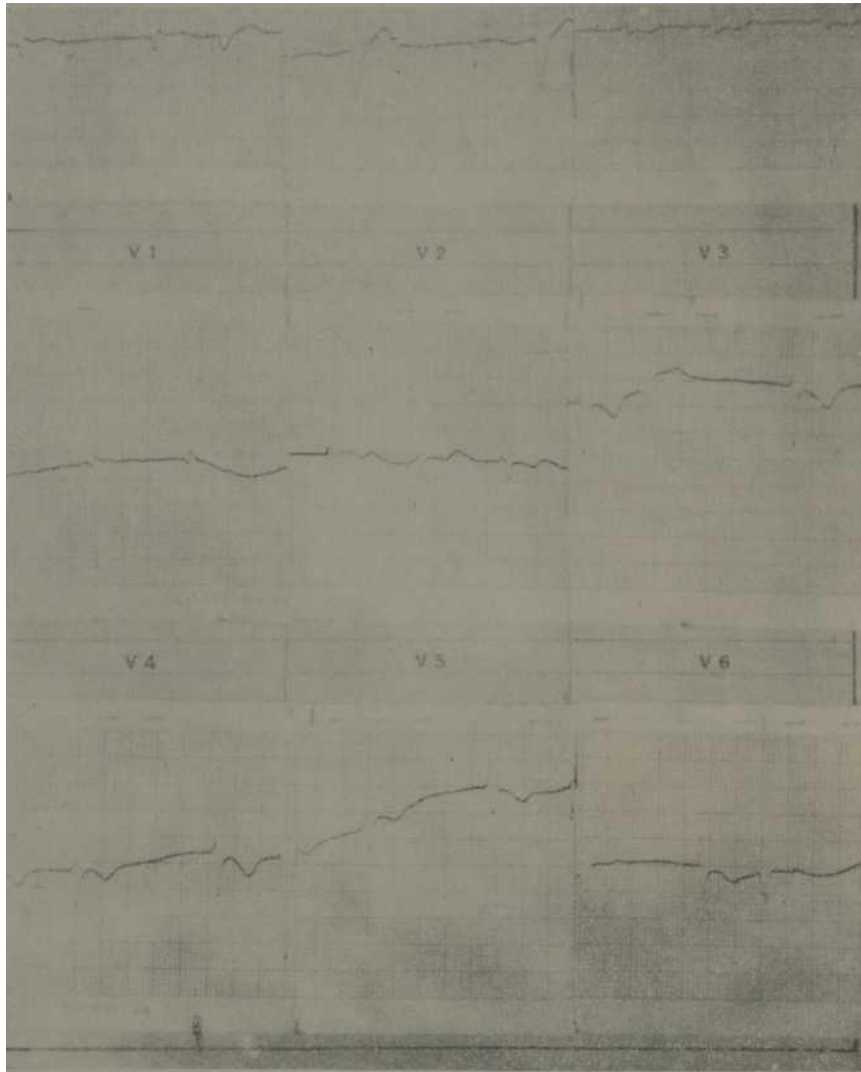


Fig. 11. E. C. G.: Fibrilación auricular, QR en V1 y S hasta V6 plantea crecimiento biauricular.

SUMMARY

González de Armas J. et al. "Lutembacher's syndrome: One case presentation" Rev. Cub. Med. 12: 3, 1973.

One case of Lutembacher's syndrome with all its clinical characteristics and the anatomic-pathological findings corresponding to that entity is presented. In order to diagnose the above mentioned syndrome, fibrillation, the remarkable growth of right cavities, and the diastolic rumble in the mitral focus were appraised. In our case, the mitral valve pathology and the interauricular communication were considered as associated phenomena. The diagnosis of these cases and particularly our own case are determined by pathological anatomy/although the clinic, the electrocardiogram and the radiology can contribute to suspect it.

González de Armas J. et al. *Syndrome de lutembacher. A propos iPuncas*. Rev. Cub. Med. 12: 3, 1973.

On présente un cas d' syndrome de lutembacher avec toutes les caractéristiques cliniques et vérification anatomopathologique á propos de cet entilé. Pour é'ablir ce syndrome on a tenu compte de la fibrillation, croisement marqué des cavités droites et trainement diastolique en foyer mitral. Dans notre cas la valvulopathie mitrale et la communication inter-auriculaire ont été considérés como des phénomènes associés. Le diagnostic de ces cas et en particulier le notre, est déterminé par l'anatomie pathologique, bien que la clinique, l'électrocardiogramme et la radiologie puissent contribuer á le soupçonner.

RESUMÉ.

Тога Jieч 43 Ap. iac X., h np. Ciihícpom JIioTGMÓaxep. IlpejicTaBjieHie Ojrnoro CJiyMaH. Rev. Cub. Med. 12: 3, 1973

ripejcTaBjuieTCfl cjiy^iañ cimjpoMa JIraTewóaxep co Bcem RjumiPiecKii- íiii xapai:TepncTiiKam h aHaTOM0naTOJi0riraecKHM nojxTBepsjieHieM co— OTECTCTEYKxiín.i íiaHHOMj' 3aóojieBaHmo. ¿Ulh nocTaHüBKii yKa3aHHoro CHHjpor.ia oueHiiEajiacB faidpiuuuiiw, pe3Koe nojxpacTaHHe npaBHX nouocTeñ n juiaicTOJuraecKitn nyM uiiTpaJiBHoró \$OKyca. B niaiuem cjiy- qae 3aóojieBamie t.niTpaJiBHoró cocyJia h íihtepaBpiiKyjlhphan CBH3B (5^7111 DaccMOTpeHH Kan coBMecTHHe HBjieHHfl. IllocTaHOBKa jmarE03a **uw** 3t:ix c^Maes, ii b qacTHOCTi: jym Harnero, oóyc.noEjieHa naro- jionwecKOi: aHaTomieü, xoth Taropé KJiHHiraecKaH naTOJioriüfl, 3KT h pajmojoriw MoryT norioraTB b ero ycTaHOBjieHHH.

BIBLIOGRAFIA

1. —Biaza, S. O. et al: Corrected transposition of the great vessels associated with true mitral insufficiency and atrial septal defect: case report of successful complete correction. J. Thorac Cardio. Surg. 50: 233-42, Aug. 1965.
2. —El-Sherif, N. et al: The acquired Lutembacher's syndrome a cause of "Silent" mitral stenosis.
3. —Gould, S. E.: Pathology of the Heart and Blood Vessels. Third Edition. Pág. 1094, 1968.
4. —Lutembacher, li.: De la Stenosis mitrale, avec communication inter-auriculaire, Arch. Mal. Coeur, 9: 237-260, 1916.
5. —Meyer, W.: The aortic and pulmonary components of the second heart sound in mitral stenosis, atrial septal defect and tetralogy of Fallot. Cardiologia (Basel) 50: 65-74, 1967.
6. —Mirhoseini, M. et al: Introgenic Lutembacher's syndrome. J Thorac Cardiovasc. Surg. 59: 299-302, feb. 1970.
7. —Moraes, C. P. et al: Interatrial communication associated with injuries to the mitral valve Lutembacher's syndrome. Arq. Brasil Cardiol 21: 269-76, Aug. 1968.
8. —Piwnica, A. et al: Surgical treatment of Lutembacher's syndrome. Arch Mal Coeur. 61: 22943, (fr) Feb. 1968.
9. —Soulie, P. et al: Lutembacher's syndrome Apropos of 22 cases. Arch Mal Coeur. 61: 209-28 (fr) Feb. 1968.
10. —Soulie, P. et al: Mitral stenosis and pulmonary stenosis associated with an interatrial communication. Arch Mal Coeur. 61: 564-74 (fr), Apr. 1968.
11. —Steinbrunn, W. et al: Atrial septal defect associated with mitral stenosis. The Lutembacher's syndrome revisited. Amer. J. Med. 48: 295-302, Mar. 1970.

Rev. Cub. Med. 12: 259-268, Mayo-Junio, 1973

INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA