

REVISTA DE REVISTAS

THE LANCET

Londres, noviembre 1 de 1947.

1947, ii: 641-676.

Artículos originales

Taquicardias paroxísticas (1 parte).

Respuesta inmunitaria retardada.

Metabolismo de la sal en la porfiria aguda.

Ruptura espontánea del bazo después de la defecación.

Meningitis por pseudomonas piocianea después de anestesia raquídea.

Artículos especiales

Relación del departamento fotográfico con las actividades docentes del Hospital.

Sociedades médicas

Sociedad real de Medicina: Circulación renal.

Editoriales

Cólera en Egipto.

Medicina tropical en Londres.

Estado actual de la cirugía del disco intervertebral.

Anotaciones. Cartas al editor.

Taquicardias paroxísticas; M. Campbell, Guy's Hospital, Londres. Pp. 641-647 (auricular y nodal, 60 por ciento), fibrilación auricular (30 por ciento), flutter auricular (6 por ciento) y taquicardia ventricular (4 por ciento). La gravedad de estos procesos marcha a la inversa de su frecuencia. En la práctica no vale la pena separar las taquicardias auricular y nodal, que sólo difieren por el ECG y frecuentemente se engloban con el nombre de taquicardia auricular. El autor limita el

término "paroxística" a casos que no persistan más de 14 días y denomina "transitorias" las arritmias que apenas aparecen una o dos veces en el curso de otro proceso o del infarto miocárdico. Todas estas arritmias, incluso el flutter y la taquicardia ventricular, pueden ser funcionales y por tanto no indican lesión cardíaca.

Partiendo de la base de que el acceso comienza bruscamente, el diagnóstico suele ser posible a base de la historia, mediante las tres preguntas: "Cómo comienza?", "Cuándo fue el último acceso?", "Cuánto duró?". Durante el acceso suele percibirse palpitación, pero el dato no es forzoso. La terminación del acceso, brusca igualmente de ordinario, puede ser mal percibida por el enfermo puesto que frecuentemente el paroxismo va seguido por taquicardia simple. Se averiguará luego al paciente si el corazón era regular o irregular durante el paroxismo; aunque parezca extraño, el dato suele ser fiel; los ritmos irregulares inclinan hacia fibrilación o flutter y si hay algunos accesos regulares y otros irregulares, los primeros tienen mayores posibilidades de ser de flutter. Cuando el ritmo es regular, cabe pensar en taquicardia auricular, porque la ventricular es rara, excepto en pacientes que hicieron insuficiencia cardíaca y están siendo digitalizados.

Si el ritmo regular es interrumpido por otro más lento o irregular, si la

frecuencia puede reducirse a la mitad por compresión del seno carotídeo o, en ataques más largos, si la frecuencia puede reducirse a la mitad o hacerse irregular el ritmo mediante la digital, el ataque es de flutter.

La taquicardia auricular dura generalmente 4 días, raramente hasta 10; cuanto más largo sea el acceso, más posibilidades quedan para el flutter.

Todos estos datos están sujetos a error, de manera que deben hacerse todos los esfuerzos que sean del caso, para obtener un ECG en el acceso taquicardia supraventricular paroxística. Relativamente común, especialmente bajo la forma de ataques cortos.

Para el pronóstico es esencial saber si hay una lesión orgánica asociada, en el corazón; son más abundantes los casos con corazón anatómicamente sano. No hay diferencia de incidencia en relación al sexo. 2/3 de los casos estudiados se iniciaron antes de los 40 años, el resto después, al paso que en la fibrilación paroxística ocurre lo contrario.

Puede haber hechos triviales al iniciarse el paroxismo, pero es más frecuente que falte una causa aparente de él.

Raramente el paciente ignora su acceso, pero los síntomas son extraordinariamente variables en cuanto a intensidad y tipo: hay todos los intermedios entre la incapacidad relativa y la postración completa, dependiendo el cuadro del estado del miocardio, de la longitud del ataque, en menor grado de la frecuencia cardíaca y en buena parte de la mentalidad del paciente. Palpitación, incapacidad respiratoria, incapacidad para permanecer de pie, mareos, colapso y ansiedad, son manifestaciones usuales. Cuando el corazón está sano, hay más molestia que incapacidad real y el enfermo puede continuar en sus quehaceres, aún cuando con esfuerzo, pero si el ataque dura

uno o dos días, toman importancia las manifestaciones de incapacidad, aún en casos de corazón sano.

La pérdida de la consciencia es hecho raro; el dolor anginoso es infrecuente y no hace forzosamente mal pronóstico si en el intervalo de los ataques la condición cardíaca es buena. La aparición de insuficiencia cardíaca tempranamente dentro del acceso sugiere una cardiopatía preexistente, del resto, puede ocurrir en corazones normales por lo demás; suele tratarse de falla principalmente derecha, no especialmente grave si el miocardio está sano y compensado en el intervalo de los accesos. Nausea, vómito, flatulencia y dolor abdominal son datos importantes en 10 por ciento de los casos. Las embolias son una complicación rara.

La frecuencia cardíaca puede sobrepasar con alguna frecuencia, los 240, al paso que otras veces es relativamente baja (112 en un caso); en general, cada paciente presenta la misma frecuencia en sus diversos accesos. Aún cuando no es posible ser categórico al respecto, puede decirse que una frecuencia inferior a 180 hace improbable el flutter.

Los paroxismos duran más bien horas que días y la duración suele ser siempre aproximadamente la misma en cada enfermò. Al crecer la duración del acceso, aumentan las posibilidades de aparición de insuficiencia cardíaca.

El pronóstico inmediato es excelente, sea cual fuere el aspecto de gravedad que el caso presente: es muy raro que el paciente muera en un acceso; es claro que la duración del acceso agrava la situación, porque la reducción del volumen-minuto circulatorio es muy marcada. La parte importante reside en la coexistencia de cardiopatías asociadas, muy difíciles de precisar durante un acceso, dada la frecuencia cardíaca, difíciles de juzgar a base de datos tensionales, porque la acele-

ración cardíaca por sí es capaz de reducir fuertemente presión del pulso y presión sistólica y difíciles de juzgar mediante el electrocardiograma, porque aún durante algunos días después del acceso, pueden encontrarse aspectos sugestivos de un infarto que no existe, fruto probablemente de cambios químicos reversibles ocurridos en el miocardio a merced de la duración del paroxismo.

El pronóstico alejado ha de implicar el reconocimiento de que los accesos suelen repetirse, pero depende ante todo de la condición cardíaca en los intervalos que separan los accesos. Los ataques pueden continuar durante la mayor parte de la vida de un enfermo, sin que lleven al desarrollo de cardiopatías lesionales; la frecuencia de los accesos puede tanto aumentar como disminuir. En términos generales, el pronóstico es bueno cuando esta arritmia constituye la única anomalía imputable al corazón.

Fibrilación auricular paroxística. No es proceso raro pero sí menos frecuente que la fibrilación permanente. Parece que buena proporción de estos enfermos no tienen lesión cardíaca y Cowan concluye que la fibrilación permanente es de origen orgánico, al paso que la paroxística reconoce causas reflejas o tóxicas; empero, el paso de la segunda a la primera se observa a menudo. En conjunto; es frecuente hallar lesión orgánica y la coexistencia con bocio, especialmente tóxico, es relativamente común; las infecciones agudas sólo son causas ocasionales. La digital provoca a menudo fibrilación auricular, especialmente en casos en que había insuficiencia cardíaca con ritmo normal, y entonces puede surgir este efecto del empleo de dosis pequeñas o medianas de la droga. La producción de fibrilación auricular por adrenalina, arsénico, aspirina. CO, yodo en el tratamiento de los bocios, etc, es menos frecuente.

Suelen faltar causas que hayan desencadenado el ataque de manera evidente, excepción hecha de comidas copiosas y del ejercicio inmediatamente de una comida.

La duración de los accesos es generalmente inferior a dos días, pero tampoco es extraño que se desborde ese valor. Muchos autores encuentran que los accesos aislados tienden a durar más que los recurrentes: la experiencia del autor apoya ese concepto. Pueden observarse tercias recurrencias variablemente espaciadas o cortas series de accesos que conducen a la fibrilación permanente, y ésto con salud normal o después de infarto miocárdico, o en el curso de insuficiencia cardíaca o de una infección.

Es lo frecuente que exista cierto grado de enfermedad cardíaca lentamente progresiva. La quinidina generalmente resulta muy valiosa. En los casos de bocio, la tiroidectomía es muy efectiva y el tiouracilo puede tener buen resultado. Otras veces los accesos son difíciles de prevenir, pero no peligrosos; el pronóstico del acceso aislado es excelente, no es común que durante él ocurran manifestaciones que sugieran gravedad muy grande y el peligro de muerte es pequeño mientras el corazón no se halle previamente muy enfermo. Cuando la taquicardia se prolonga más de cuatro días, se hace probable la instalación de fibrilación permanente, que resulta cada vez más posible cuando se prolonga por encima de una semana, pero si el acceso cede y se repite frecuentemente, suele observarse que cada vez se acortan más los intervalos libres; si la frecuencia es grande, suele haber tendencia a la fibrilación permanente; cuando los ataques son menos de dos por mes, no suelen hacerse más frecuentes con el correr del tiempo. En términos generales puede decirse que en sujetos menores de 40 años, la fibrilación paroxística no tiene significación pro-

nóstica, al paso que en los mayores de 40, puede ser el primer signo de una cardiopatía grave; más aún, es aceptable la afirmación de que la condición cardíaca no modifica mayormente su pronóstico por el hecho de los paroxismos.

Flutter auricular paroxístico. Permanente o paroxística, el flutter auricular ocurre con frecuencia de 1/20 en relación. Un cuarto de los casos de flutter es paroxístico y 1/8 de los de flutter permanente ha sido paroxístico. Es relativamente pequeño el número de casos de flutter en que no hay lesión orgánica; grosso modo se encuentran como causas: reumatismo 20 por ciento, hipertensión 15 por ciento, procesos miocárdicos 43 por ciento, tirotoxicosis 6 por ciento y normales 10 por ciento. La proporción de casos del sexo masculino, de 5/1 es mayor en las restantes arritmias y la mayor incidencia se encuentra entre 40 y 70 años.

Los síntomas salientes son disnea, palpitación, debilidad, mareos e indisposición para el trabajo; en 1/4 de

los casos se observó dolor retroesternal y el 1/10 de ellos, pérdida de la conciencia, generalmente por el establecimiento de un ritmo de 1/1, producido por el esfuerzo. El embolismo es más frecuente que en los otros paroxismos y la aparición de insuficiencia cardíaca relativamente común cuando el paroxismo se prolonga, posiblemente porque el corazón suele estar lesionado y porque los ataques tienden a prolongarse.

Los ataques largos son más frecuentes que en los restantes paroxismos y es mayor la tendencia al establecimiento del flutter.

El pronóstico depende de la condición cardíaca y puede juzgarse por la rapidez con que la insuficiencia sigue a la iniciación del paroxismo. La presencia o ausencia de lesión cardíaca no tiene influencia sobre la posibilidad de volver al ritmo a lo normal mediante quinidina o digital, pero sí sobre la de sostener el ritmo normal así conseguido.

L. M. B. H.
