

# REVISTA DE REVISTAS

## THE LANCET

Londres, noviembre 8 de 1947

1947, 11: 677-708.

### *Artículos originales*

Físico y crecimiento de los escolares.

Taquicardias paroxísticas (conclusión).

Basofilismo pituitario (sobre un caso).

Neuropatía por tratamiento de Kala-Azar con estilbamidina.

Malaria cuartana transmitida por transfusión sanguínea.

### *Invencciones*

Férula para fractura clavicular y luxación acromio-acromio clavicular  
Sociedades Médicas (Manchester):  
Absceso pulmonar.

### *Editoriales*

Pepatitis por suero homólogo.

*Anotaciones. Salubridad. Cartas al editor.*

*Taquicardias paroxísticas. M. Campbell, Cuy's Hospital (Conclusión) Pag. 681-684.*

*Taquicardia ventricular paroxística.* Gallavardén distinguió dos tipos: una forma, observable en corazones muy enfermos, que llamó estado prefibrilatorio, y otra, menos común, poco seria, de accesos cortos y con frecuentes extrasístoles ventriculares.

No menos de un paroxismo taquicárdico, de cada 15, es ventricular; 4/5, de los paroxismos ventriculares ocurren en sujetos con enfermedad cardíaca grave, frecuentemente en insufi-

ciencia, desde antes de iniciar el paroxismo y por ello sólo 1 de cada 50 enfermos que buscan atención por sus paroxismos, suele presentar el tipo ventricular.

3\*5 de los casos tienen enfermedad cardíaca seria y de ellos 55 por ciento sufren de insuficiencia congestiva grave; 35 por ciento han tenido recientemente un infarto miocárdico y; a menudo sufren de ambas cosas y en numerosas ocasiones han recibido digital. Para Levine, un 3 por ciento de los enfermos que hacen infarto cardíaco, presentan taquicardia ventricular poco después. La digital produce frecuentemente esta taquicardia y aún con dosis bajas cuando estas se administran a un corazón lesionado. Adrenalina, atropina y quinidina pueden producir accesos y estos no son raros en la difteria infantil.

La taquicardia ventricular seguida por detención da cuenta de 1/4 de los casos de pérdida de la conciencia en el síndrome de Stokes-Adams y ella sola determina otra cuarta parte de los mismos.

El fenómeno es más frecuente en el hombre y principalmente entre 40 y 78 años.

La sintomatología es pobre porque los enfermos generalmente estarán graves antes del desarrollo de la taquicardia y esta sólo constituye un fenómeno más en este corazón sobrecargado; si el enfermo estaba sano antes

del acceso, los síntomas, son similares a los de la taquicardia auricular.

La frecuencia cardíaca no permite diferenciación con las taquicardias auriculares pero la presencia de cierto grado de irregularidad en las contracciones sí puede inclinar en pro del origen ventricular del acceso aunque también cabe la posibilidad de Flutter.

La ocurrencia de accesos que sólo abarcan unas cuantas contracciones es mucho más frecuente en las taquicardias supraventriculares; sin embargo, los accesos taquicárdicos pueden ser mucho más prolongados.

Para el pronóstico debe distinguir: un pequeño grupo con corazón sano y buen pronóstico, y el grupo principal, de corazón muy enfermo y con pronósticos particularmente malo, ya que un 80 por ciento de los casos suele haber muerto al cabo de 24 días; hay sin embargo, un pequeño grupo de casos con corazón aparentemente sano, que sólo se quejan de los paroxismos, pero presentan tendencia a hacer fibrilación ventricular y son, por ello mismo, particularmente graves.

#### *Tratamiento*

a) La quinidina debe iniciarse aún en los intervalos de los aroxismos, si es entonces cuando se tiene en la mano el diagnóstico. Se administran 0.2 gr. para descubrir idiosincracia y si no hay manifestaciones de ella, se dan 0.4 gr. a las dos horas, con posibilidad de repetirlos: son estas las llamadas pequeñas dosis.

Si el acceso no cede, se repetirá la dosis de 0.4 cada dos horas, por 5 veces (total 2 gr.) controlando de cerca al paciente, haciéndolo por una sola vez en cada enfermo y como medicación de emergencia: son las dosis moderadas.

Las dosis grandes sólo han de usarse por expertos en el manejo de la droga: 0.8 gr. y hasta 1 gr. cada dos horas.

Tan pronto como la quinidina ha restablecido el ritmo normal, puede suspendérsela, salvo, el caso de que haya razones para temer la reaparición de los accesos.

Entre los accesos puede administrarse la quinidina como preventivo, a razón de 0.4 gr. tres veces en el día; es posible que se requieran dosis más altas.

b) La mayoría de los casos sólo requieren reposo relativo; el reposo en cama suele estar indicado por la condición cardíaca. Animar al paciente a base de un buen pronóstico, es conveniente. Si el acceso persiste al caer la tarde, un sedante o hipnótico y el reposo en cama pueden cortarlo.

c) En la *taquicardia supraventricular*: lo mejor suele ser la compresión sinocarotídea sostenida por medio minuto en el punto en donde la arteria sale de su sitio detrás del esternocleidomastoideo para colocarse delante de él; la compresión suele ser más eficaz en el lado derecho. También suele ser útil la compresión ocular.

Agacharse bruscamente hasta el suelo, colocar la cabeza entre las rodillas y sobre todo una inspiración forzada, seguida de expiración con glotis cerrada, suelen ser métodos eficaces, que el paciente aplicará por cuenta propia cuantas veces se ofrezca, si una vez le han sido útiles.

La quinidina en dosis pequeñas o moderadas es, probablemente, la droga más eficaz. En caso que se prolongue más de 4 días pide hospitalización y tratamiento por persona muy experimentada en estos trastornos. Empero, puede acudirse antes a otros procedimientos:

El mecolil ha sido mediocre en manos del autor; posiblemente —dice— las dosis fueron algo bajas; contraindicado en caso de cardiopatía seria; en asmáticos y alérgicos debe tenerse lista atropina inyectable.

El protigmin intramuscular o subcutáneo parece más efectivo y menos peligroso.

El carbachol ha tenido éxito en muchos casos: 0.05-0.12 mgr. I. V.

Cuando no hay cardiopatía sería conviene emplear sucesivamente: mecolil 20-40 mgr., prostigmin 0.5-2.0 mgr y finalmente carbachol.

Cuando el acceso no cede, Levine aconseja sulfato de quinidina 0.5 gr, en 20 c. c. de agua, vía I. V. o 20 c. c. de gluconato de calcio al 10 por ciento o 15 c. c. de sulfato de magnesio al 20 por ciento I. V. La morfina no es recomendable sino cuando un acceso que está produciendo gran ansiedad, se prolonga bastante: en tal caso está indicada y puede ser efectiva.

La digital no debe administrarse en general, a no ser que esté indicada por el desarrollo de insuficiencia cardíaca; en general no suele ser útil y sólo debe administrarse (entonces para hacer digitalización completa) en casos de flutter.

d) En la *fibrilación auricular paroxística* lo mejor suele ser la quinidina, en dosis pequeñas o medianas. La estimulación vagal parece menos eficiente. La digital puede ser útil en estos casos, aunque su tendencia a producir fibrilación parecería contraindicarla; de hecho, no lleva a la fibrilación permanente en todas las ocasiones, dobllega el paroxismo en algunos enfermos y los espacia en otros.

e) En el caso del *flutter paroxístico auricular* la elección es la digital, administrada de lleno y suspendida tan pronto como se haya pasado a la fibrilación; frecuentemente el ritmo vuelve a lo normal y aún en caso de que tal no ocurra, siempre está mejor el enfermo con fibrilación que con flutter. Si el estado cardíaco no lo contraindica, puede ensayarse quinidina como en la fibrilación.

f) Para la taquicardia ventricular, quinidina 0.4 gr. cada dos horas, hasta 3 y aún 5 veces; 0.5 gr, de biclorhidrato de quinidina en agua, repetido a las dos horas en inyección I. M. de 5 c.c. de dextrosa al 5 por ciento I. V. a la velocidad de 100 c.c. por hora, pueden conducir al éxito. Las sales de magnesio 2-4 gr. I. V. pueden igualmente ser beneficiosos. El mecolil es peligroso aquí sólo cabe darlo a pacientes jóvenes, con corazón sano.

g) En el *intervalo de los paroxismos* se impone un examen completo para descubrir su causa; dar confianza al enfermo es a veces todo lo posible y por cierto puede alejar un poco los accesos. En casos de fibrilación o flutter, buscar hipertiroidismo y operar, que esto puede llevar a la curación.

Deben buscarse la corrección de los factores tóxicos y diatéticos, sin esperar mucho de ellos; evitar las comidas copiosas. Reducción y aún supresión de alcohol y tabaco. Un sedante puede ser cosa útil.

Cuando a pesar de esto continúan los accesos, quinidina 0.4 gr, tres veces al día, como medicación sostenida, puede prevenir los accesos y a veces su acción se sostiene después de suspendida la droga. Se justifica emplearla cuando los accesos son frecuentes y molestos.

Raramente está indicada la digitalización regular en la taquicardia auricular paroxística y se halla contraindicada en la ventricular, puesto que a menudo causa los accesos. En la fibrilación paroxística sólo ha de acudirse a la digital cuando falla la quinidina.

#### Anotaciones

Epidemiología del cólera.

Quimioterapia del cáncer.

L. M. B. H.