

Taquicardia paroxística supraventricular esencial y colecistopatía

R. VEDOYA, M. E. PAPAKIS

Trabajo recibido para su publicación: 4/87. Aceptado: 7/87

Dirección para separatas: Av. Quintana 80, Buenos Aires, Argentina

En los últimos treinta años se recopilaron 160 casos de taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) esencial con el propósito, desde un comienzo, de estudiar la posible relación de esa arritmia con las colecistopatías. En esa serie llama la atención el predominio del sexo femenino (73,75%) y la gran frecuencia de colecistopatía (62,50%), que adquiere significación por la mucha menor frecuencia de ambas en dos series de control (160 casos en cada una). De los 160 casos, en 52 se logró un seguimiento suficientemente prolongado como para deducir el resultado del tratamiento en los pacientes con y sin colecistopatía; en ambos grupos se utilizaron las mismas drogas antiarrítmicas, siendo este tratamiento más enérgico en los pacientes sin colecistopatía. A pesar de ello, el tratamiento fue mucho más eficaz en los 42 pacientes con colecistopatía, en los cuales se indicó el tratamiento correspondiente a esta afección además del antiarrítmico; en 34 desaparecieron las crisis de TPSV (80,95%), entre los cuales en 11 (26,19%) no reaparecieron las crisis al suspender las drogas antiarrítmicas. En los 8 casos en que persistió la TPSV, la arritmia estuvo en estricta relación con trasgresiones a la dieta indicada en 3 de ellos, y en otro existió una litiasis biliar no operada por oposición de la enferma; en esos casos el índice de severidad descendió de un promedio de 6,5 a 2,87. En los 10 pacientes sin colecistopatía la TPSV desapareció en 2 y en los otros 8 el índice de severidad disminuyó sólo un promedio de 6,5 a 5,12. Se concluye que la colecistopatía es una muy frecuente causa desencadenante de la TPSV y que su tratamiento ofrece mejores perspectivas para evitar la repetición de las crisis que el simple tratamiento con drogas antiarrítmicas.

Este trabajo tiene por objeto aportar nuestra experiencia sobre un aspecto de la etiología y trata-

miento de la taquicardia paroxística esencial (Bouveret, 1889), sin hacer distingo entre las de origen auricular o nodal (TPSV). Hace muchos años (1942) tuvimos la oportunidad de examinar y controlar a una enferma de 29 años (M.F.), que fue internada en la Sala V del Hospital Durand (Pabellón Astigueta, Jefe Prof. Dr. J. J. Spangenberg) por presentar una crisis muy prolongada de TPSV con una frecuencia de 180 por minuto. Bajo un control estricto y permanente, la arritmia continuó sin interrupción durante los ocho meses de internación, sin responder a ninguno de los tratamientos disponibles en aquel entonces, incluido el uso de la quinidina endovenosa (500 mg). Como la enferma padecía una evidente colecistopatía, uno de nosotros, inspirado por alguna experiencia anterior, indicó la colecistectomía, la que fue realizada por el Prof. Dr. A. Albanese; en el mismo momento de evacuar la vesícula se advirtió un movimiento de sobresalto del anestesista... breve paro cardíaco... y ritmo sinusal.

Nos enteramos después que la arritmia no reapareció hasta 1951, cuando la paciente tuvo un hijo en la maternidad del Hospital Rawson. En el postparto inmediato tuvo un paroxismo de TPSV que cedió espontáneamente al expulsar la placenta.

Esta evidente relación entre TPSV y colecistopatía fue confirmada en dos pacientes en las cuales las crisis, no muy frecuentes y a veces provocadas por trasgresiones al régimen alimenticio indicado por la enfermedad de las vías biliares, fueron desencadenadas al provocar dolor por palpación enérgica de la zona cística, cediendo de inmediato por masaje del seno carotídeo derecho. Con estos antecedentes, desde hace treinta años decidimos estudiar si esa correlación entre TPSV y colecistopatía, evidente en aquellos casos, era un hecho aislado, infrecuente, o si se observa tan a menudo como para ser tenida muy en cuenta en el tratamiento de esa arritmia.

MATERIAL Y METODO

En los últimos treinta años fueron examinados en nuestro consultorio privado 6.500 pacientes, de los cuales 160 padecían ataques de TPSV "esencial" (2,46%), es decir que se descartaron los casos que además de la arritmia presentaban una cardiopatía orgánica o hipertiroidismo, así como los 14 casos de síndrome de Wolff-Parkinson-White o sus variantes. Esos 160 pacientes fueron clasificados en el primer examen según lo que los enfermos manifestaban respecto de los intervalos con que se presentaba la arritmia y la duración de las crisis (Cuadro 1). A pesar de la variabilidad de los parámetros considerados, la suma de ambos puntajes ofrece una información útil respecto de la severidad de la TPSV.

En los 160 casos se consignó la edad y el sexo, así como la ausencia o presencia de colecistopatía, especialmente mencionada en la historia clínica de cada paciente desde que surgió la idea de este estudio.

El diagnóstico de colecistopatía fue aceptado si la palpación del punto cóstico provocaba dolor y si la maniobra de Murphy era francamente positiva; muchos de estos enfermos eran constipados, o presentaban meteorismo, o tenían trastornos dispépticos o intolerancia a determinados alimentos; muchos conocían la existencia de colecistopatía desde tiempo atrás, sin que nunca se la vinculara a la TPSV; en algunos la ecografía o la colecistografía confirmaron el diagnóstico de enfermedad de las vías biliares, y a menudo los pacientes relacionaban la aparición de las crisis de TPSV con trasgresiones a la dieta.

Este grupo I, de 160 pacientes con TPSV, se comparó con el grupo II, de 160 pacientes con extrasistolia auricular, y con el grupo III, de 160 pacientes examinados recientemente, sin selección de diagnósticos.

De esos 160 pacientes con TPSV muchos fueron examinados una o dos veces, o durante un

período breve, ya sea porque la consulta fue requerida por otro médico, o quizá porque el enfermo se despreocupó al saber que la arritmia no comprometía su vida, o porque se desilusionó al no percibir mejoría con el tratamiento instituido, o porque quedó satisfecho al mejorar o desaparecer la arritmia. Cualquiera sea la causa, lo cierto es que de los 160 pacientes, sólo 52 fueron examinados durante un tiempo suficiente como para extraer conclusiones sobre la eficacia del tratamiento, controlados desde 3 meses hasta 21 años (promedio de 5 años).

Todos ellos fueron medicados inicialmente con una u otra de las siguientes drogas antiarrítmicas: amiodarona (200 mg), propanolol (10, 20 ó 40 mg), quinidina (200 mg) o verapamil (40 mg), administrándose dos o tres dosis diarias. Si la droga elegida no era eficaz se aumentaba la dosis, o se la sustituía por otra, o se asociaban dos drogas. En los que padecían colecistopatía se indicó en todos régimen alimenticio adecuado y colagogos. Se analizaron los resultados del tratamiento en los dos primeros meses y después de ese período, intentando determinar si la mejoría era debida a las drogas antiarrítmicas, de efecto precoz, o al tratamiento de la colecistopatía, de resultado más tardío.

RESULTADOS

En lo que respecta a la edad, llamó la atención que la mayoría de los enfermos consultó a una edad relativamente avanzada: de 10 a 40 años, sólo 34 casos (21,25%); de 40 a 50 años, 31 casos (19,37%). O sea que de 10 a 50 años fueron 65 casos, y mayores de 51 años 95 casos (40,62% y 59,37% respectivamente).

Cuadro 1

Índice de severidad de los casos de TPSV

Intervalo de las crisis		Duración de las crisis	
Mayor de 30 días	1	Menos de 10 minutos	1
Mensual	2	10 a 30 minutos	2
Dos a cuatro por mes	3	30 a 60 minutos	3
Cinco a diez por mes	4	Mayor de 60 minutos	4
Más de diez por mes	5	Requirió CV	5

Cuadro 2

Resultados del tratamiento en 52 casos con seguimiento prolongado

	Con colecistopatía	Sin colecistopatía
Nº de casos	42	10
EDAD PROMEDIO	47 años	58 años
SEXO FEMENINO	88,09%	60%
SEGUIMIENTO PROMEDIO	5,5 años	4 años
SIN TPSV	34 casos (80,95%)	2 casos (20%)
MUY MEJORADOS Índice de severidad	8 casos De 6,50 a 2,87	2 casos De 6 a 3
POCO O NADA MEJORADOS Índice de severidad	0 —	6 casos De 6,66 a 5,83

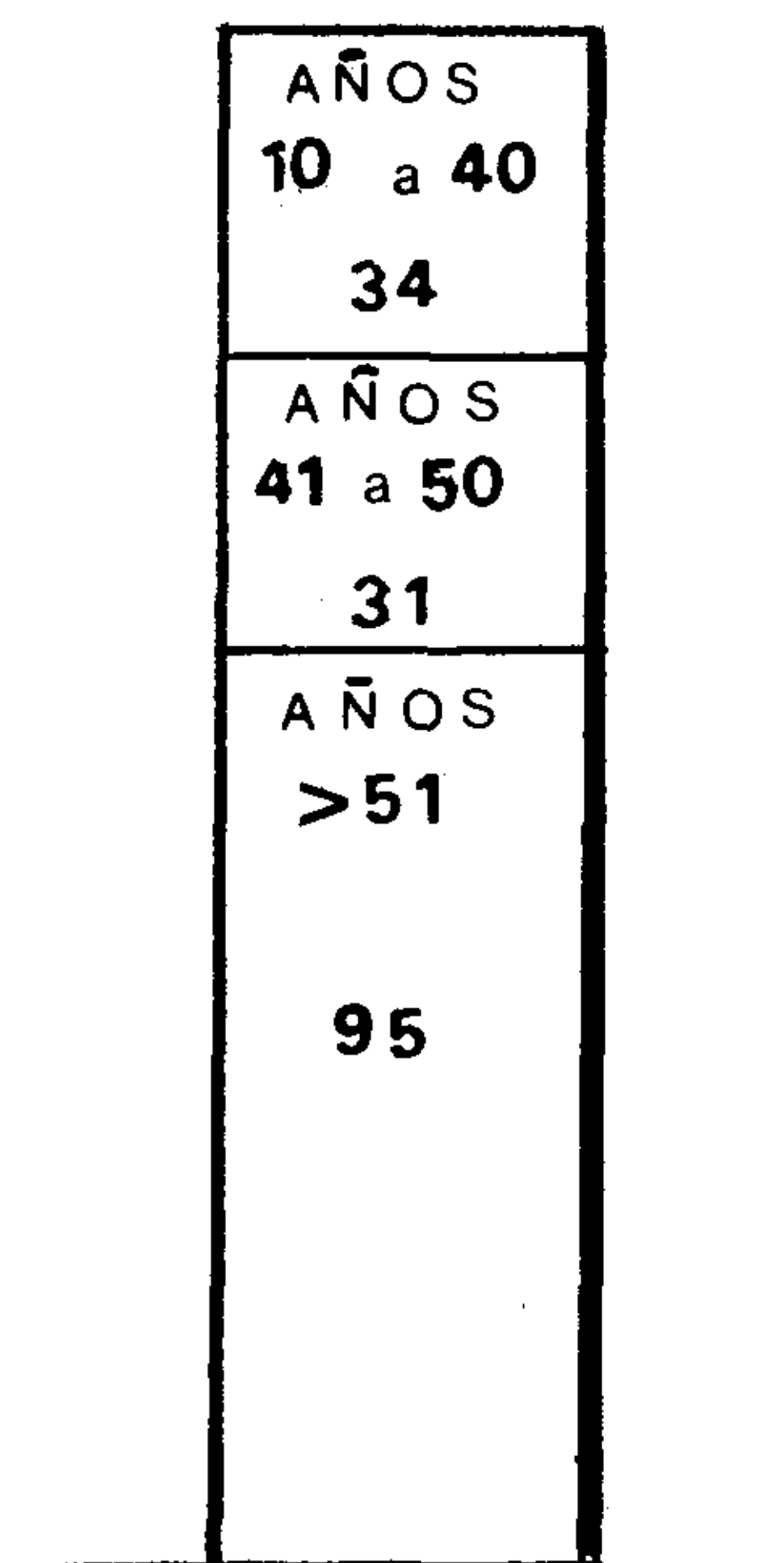


Gráfico I: En el momento de la consulta, 95 de los 160 casos (59,3%) eran mayores de 51 años.

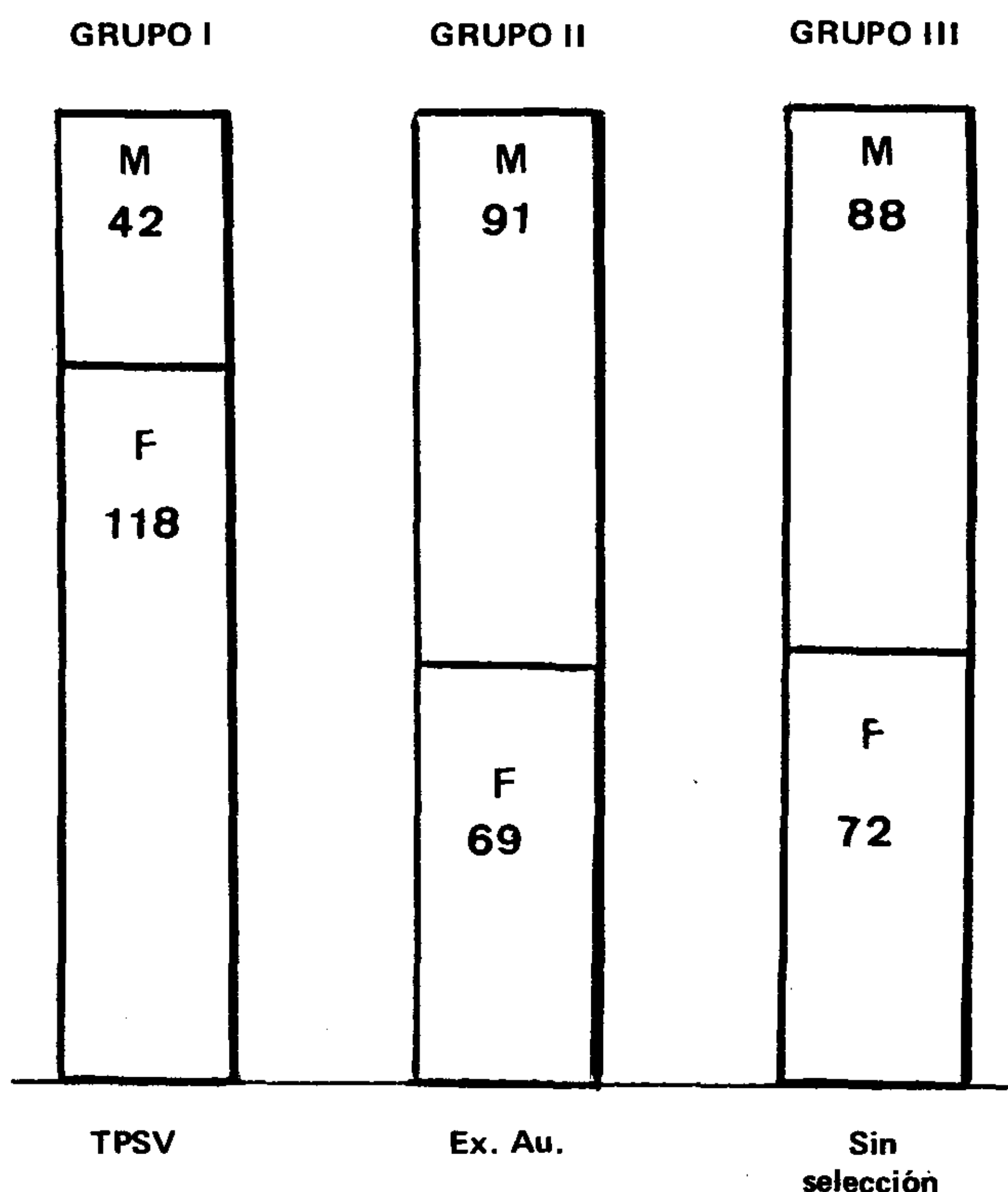


Gráfico II: Llama la atención el predominio del sexo femenino en los 160 casos de TPSV (Grupo I), de los cuales 118 son del sexo femenino (73,75%); en las series de control predomina el sexo masculino (Grupo II, 160 casos de extrasistolia auricular, y Grupo III, 160 casos sucesivos sin discriminación de diagnóstico).

Otro resultado llamativo es el franco predominio del sexo femenino en los 160 casos de TPSV (73,75% de los casos), lo que no ocurre en las series II y III, de control, en las cuales predomina levemente el sexo masculino (mujeres , 43,12% y 45% respectivamente) (Gráfico II).

Desde el punto de vista de este estudio lo más importante es la frecuencia de colecistopatía en estos 160 casos de TPSV, lo que se observa más a menudo en las mujeres; de los 160 casos, se comprobó colecistopatía en 100 (62,5%), de los cuales 90 eran mujeres; la colecistopatía fue mucho menos frecuente en los grupos de control II y III, de 160 casos cada uno (24,37% y 22,50% respectivamente) (Gráfico III).

Los 52 casos con control suficientemente prolongado fueron divididos en dos grupos: aquellos que padecían una colecistopatía (42 casos) y los que no la padecían (10 casos). Ambos grupos fueron tratados con las mismas drogas antiarrítmicas, aunque este tratamiento fue algo más enérgico en los pacientes que no padecían colecistopatías. El resultado del tratamiento después de transcurrir dos meses (Cuadro 2) fue mucho mejor en los pacientes que padecían una colecistopatía, en los cuales se agregó el tratamiento adecuado a esta afección; de esos 42 pacientes, las crisis desaparecieron en 34 (80,95%), de los cuales en 11 se habían suspendido las drogas antiarrítmicas desde tiempo atrás; las crisis persistieron en 8 casos (19,04%), en los cuales el índice de severidad

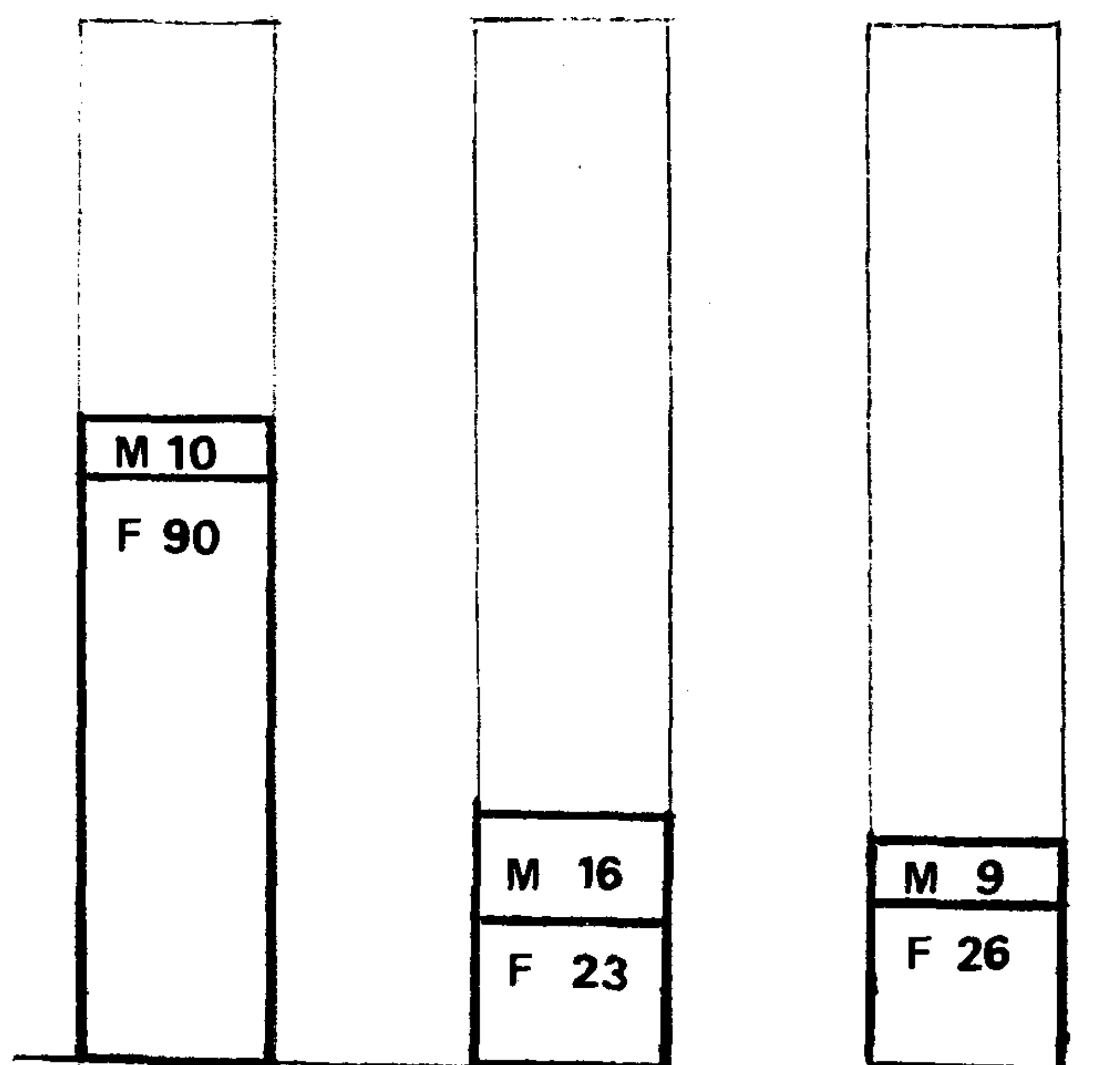


Gráfico III. La colecistopatía es muy frecuente en los 160 casos de TPSV (62,50%), mientras que es mucho menos frecuente en las series II y III, de control ($p < 0,001$), a pesar de que posiblemente existe en esas series un aumento del número de colecistopatías (ver "Discusión").

descendió en un promedio de 6,5 a 2,8). Es de notar que en 3 de estos casos la TPSV ocurrió sólo eventualmente en relación con francas trasgresiones a la dieta indicada, y en otro por existir litiasis no operada (la enferma se opuso a la operación).

En cambio, en los 10 pacientes sin colecistopatía, la TPSV se suprimió sólo en 2 casos (20%), en otros 2 (20%) hubo mejoría (el índice de severidad promedio disminuyó de 6 a 3), mientras que en los otros 6 hubo escasa o ninguna mejoría, sin modificación sustancial del índice de severidad (promedio de 6,66 a 5,83).

Los datos del Cuadro 2 sugieren que el tratamiento es más eficaz en los 42 casos con colecistopatía que en los 10 sin esa afección; lo reducido de estas muestras hace difícil valorar el análisis estadístico, pero los resultados son sugestivos.

DISCUSION

En 1938 examinamos en el Vº Dispensario de Asistencia Social del Cardíaco (Hospital Durand) a un paciente que sufría frecuentes y prolongadas crisis de TPSV. También padecía de una apendicitis crónica de la que fue operado, sin que se estableciera una relación entre una y otra enfermedad. Sin embargo, después de la apendicectomía, desaparecieron los accesos de TPSV. Tres años después reaparecieron las crisis de la arritmia y el examen reveló una hernia inguinal que no existía anteriormente, indicándose la intervención quirúrgica, esta vez con la intención de suprimir las crisis, lo cual fue logrado después de la operación.

Desde entonces explicamos a nuestros enfermos el mecanismo de la TPSV, comparándolo con el "mecanismo del timbre", similar al "gatillo", citado a menudo (los pacientes comprenden mejor "timbre"), en el cual:

a) Existe el *botón del timbre*, o sea una afección, generalmente localizada en el abdomen, de la cual parten los estímulos reflejos que desencadenan las crisis; suprimiendo ese botón, otra afección puede reemplazarlo, o sea, puede haber en el mismo paciente más de un botón de timbre.

b) Los estímulos allí originados son *conducidos* hacia el corazón por vía nerviosa, lo cual será tanto más fácil cuanto más nervioso e hiperexcitable sea el paciente, característica personal frecuente y a menudo reconocida en los artículos que se refieren a TPSV.

c) La *campanilla* que suena es el corazón, predispuesto por una alteración electrofisiológica a la TPSV desencadenada por vía refleja, cualquiera sea la localización del botón del timbre. Es un concepto generalmente aceptado que las drogas antiarrit-

micas tienen un efecto limitado para impedir la repetición de las crisis.

Desde entonces pensamos que un tratamiento racional de la TPSV es *suprimir el botón del timbre*.

Este concepto fue aplicado en aquella enferma citada al comienzo de este trabajo, quien padeció una TPSV rebelde al tratamiento durante ocho meses de internación, la que cesó súbitamente durante la colecistectomía, al suprimir el botón del timbre. Reapareció años después durante un parto, y desapareció espontáneamente al expulsar la placenta (nuevo botón del timbre).

También hicimos de cuenta que tocábamos el botón del timbre en aquellos casos en que desencadenamos la TPSV al provocar dolor por la palpación enérgica de la zona vesicular.

Desde entonces prestamos especial atención a la posible relación entre TPSV y colecistopatía, considerando, además, que observábamos la TPSV más a menudo en el sexo femenino, en el cual son más frecuentes los trastornos de las vías biliares.

La serie que analizamos, de 160 casos de TPSV esencial, es una de las más numerosas de la literatura médica. Campbell y Elliot¹ analizan 100 casos, 41 con cardiopatía y 8 con taquicardia ventricular y sólo 51 con TPSV esencial (aunque incluyen 4 con "bocio" y no mencionan si hubo casos con síndrome de W-P-W). Jones,² a su vez, analiza 47 casos, de los cuales 4 con cardiopatía orgánica, 5 con W-P-W y otros 4 con una variante de ese síndrome, de modo que sólo 34 son de TPSV esencial.

En lo que se refiere a la edad, se acepta generalmente que la TPSV se observa generalmente en personas jóvenes y aun, según numerosas citas, en la infancia.

En la serie de Campbell y Elliot¹ la edad fue entre 15 y 40 años en el 72% de los casos; en la de Jones² fue edad promedio de 29 años, y según Corday e Irving la mayor incidencia se observa entre los 20 y 40 años.³ En cambio, en nuestra serie, el 59% de los pacientes consultaron cuando tenían 51 años o más (promedio de los 160 casos, 52 años), siendo difícil explicar esta diferencia. La mayoría de estos enfermos padecían las crisis de TPSV desde hacía muchos años, aunque era difícil precisar en todos los casos a qué edad comenzaron. Más llamativa es la diferencia en los que respecta al sexo; según de Soldati⁴ la TPSV se presenta con igual frecuencia en hombres y mujeres. En la serie de Campbell y Elliot¹ fueron 32 hombres y 19 mujeres y en la de Jones² 26 del sexo femenino y 21 del masculino. En cambio, en nuestra serie de 160 casos, 118 fueron del sexo fe-

menino (73,75%). Este predominio puede estar ligado a la mayor frecuencia de colecistopatías en las mujeres. En efecto, de los 160 casos de TPSV se encontró colecistopatía en 100 (62,58%), de los cuales 90 eran mujeres; en el grupo II, de control, se encontró colecistopatía en 39 (24,37%), de los cuales 23 eran mujeres, y en el grupo de control III la colecistopatía estuvo presente en 35 (21,82%), de los cuales 26 eran mujeres ($p < 0,001$).

Es indudable que la gran incidencia en el sexo femenino y la frecuencia de colecistopatía es propia de la serie de 160 pacientes con TPSV. Pero aún así llama la atención la frecuencia de colecistopatía en las series de control II y III, una y otra de 160 casos, en las cuales aparece respectivamente en el 24,37% y en el 21,87%. Ello puede justificarse en la serie II de control, pues en ella se incluyeron sólo pacientes con extrasístoles auriculares, muchas veces vinculados con colecistopatía (debería aparecer más a menudo que en una serie de casos incluidos sin discriminar el diagnóstico). En la serie de control III, sin embargo, es aun elevada la incidencia de colecistopatía.

Es sabido que a un consultorio de cardiología concurren pacientes que a veces exageran los síntomas por hiperexcitabilidad psíquica, por notar arritmias, dolores atípicos en región esternal o precordial, disnea en decúbito con tendencia a ortopnea por la misma razón, síntomas que hacen temer una cardiopatía orgánica, y que, no siempre, pero a menudo, son sólo expresión de una colecistopatía. Por ello, en los pacientes del grupo III, en los cuales se había consignado inicialmente sólo sexo, edad y existencia de colecistopatía, se analizaron nuevamente las historias clínicas de los que presentaban colecistopatía, para determinar el caudal de pacientes que habían consultado por síntomas que no siempre, pero a menudo, estaban directamente vinculados a la colecistopatía; esos casos introducían de contrabando en la serie un mayor número de colecistopatías, aumentando la incidencia de esta enfermedad.

De los 35 casos de colecistopatía en la serie de control III, 13 habían consultado por precordialgia atípica y 12 por diversas arritmias; si descartamos esos 25 casos de la serie de 160, resulta que en 135 casos hubo colecistopatía en 10 casos (7,4%), lo cual es más razonable.

El franco predominio del sexo femenino en nuestros 160 casos de TPSV esencial y, coincidentemente, la gran frecuencia de colecistopatía, obliga a suponer como muy probable que la arritmia está muchas veces vinculada a los trastornos de las vías biliares. Pero si los pacientes con colecistopatía responden mucho mejor al tratamiento combi-

nado de ésta y la arritmia, que los pacientes sin colecistopatía tratados sólo con drogas antiarrítmicas, la relación de causa a efecto es muy probable. De los 52 casos con seguimiento suficientemente prolongado, 42 padecían una colecistopatía, y de ellos, en 34 desaparecieron las crisis de TPSV, persistiendo ese resultado en 11 en los cuales se habían suspendido las drogas antiarrítmicas; los otros 8 pacientes de ese grupo mejoraron francamente y en 4 de ellos las crisis aparecieron sólo por defectos en el tratamiento de la colecistopatía (Cuadro 2).

Este resultado del tratamiento es mucho mejor que el observado en pacientes sin colecistopatía y también mejor que el logrado administrando sólo drogas antiarrítmicas, según lo expresado generalmente en la literatura médica.

No hemos encontrado ningún trabajo en el cual se estudie la relación de TPSV y colecistopatía. En 22 textos de cardiología clínica, de los cuales 8 dedicados expresamente a las arritmias, sólo en dos se cita a los trastornos de las vías biliares como causa de la TPSV,^{4,5} pero se trata de una simple mención entre muchas otras causas, sin referirse a su frecuencia, importancia y derivaciones terapéuticas.

SUMMARY

Over the last thirty years we collected 160 cases of essential paroxysmal supraventricular tachycardia (PSVT) with the initial proposal of studying the possible relation of this arrhythmia with cholecystopathy. This series shows a remarkable preponderance of female sex (73.75%) and also a great incidence of cholecystopathy (62.5%). This is important because both were much less frequent in two control series of 160 cases each. Of these 160 cases with PSVT, in 52 the follow up was long enough to deduce the different result of treatment in patient with and without cholecystopathy; the same antiarrhythmic drugs were used in both groups but treatment was somewhat more intense in patients without cholecystopathy. In spite of this, treatment was much more effective in the 42 patients with cholecystopathy who were treated for this disease beside being treated with antiarrhythmic drugs. In 34 of them crises of PSVT disappeared (80.95%), including 11 cases in which this result was maintained even when the antiarrhythmic drugs were interrupted. In eight cases the arrhythmia continued, in three of them

in relation with transgressions of the indicated diet and in one with cholelithiasis not operated on because of the patient opposal; in this eight patients the severity index was reduced from 6.5 to 2.87. In the ten patients without cholecystopathy the PSVT disappeared in two (20%) and in the other eight the severity index was reduced only from 6.5 to 5.12. We conclude that cholecystopathy is a very frequent provocative cause of attacks in PSVT and that its treatment offers better perspective to avoid the paroxisms

that the simple treatment with antiarrhythmic drugs.

BIBLIOGRAFIA

1. Campbell M, Elliot GA: Paroxysmal tachycardia; aetiology and prognosis of one hundred cases. *Brit Heart J* 1: 123, 1939.
2. Jones JM: Paroxysmal auricular tachycardia: observation of 47 cases. *Ann of Int Med* XL: 581, 1954.
3. Corday E, Irving DW: Disturbance of heart rate, rhythm and conduction. WB Saunders Co, London, 1961.
4. de Soldati L: Enfermedades cardiovasculares. El Ateneo, Buenos Aires, 1970.
5. Friedberg ChK: Diseases of the heart. WB Saunders Co, 1966.