

Resultados obtenidos en el tratamiento de diversas arritmias con el uso simultáneo de quinidina y procainamida (*)

Por el Dr. JORGE GONZALEZ VIDELA

A mediados del año 1969 (1) publicamos los resultados obtenidos en el tratamiento de distintos tipos de arritmia con un nuevo producto denominado Ritmochin, cada una de cuyas grageas contiene 100 mg de quinidina, 50 mg de procainamida y 60 mg de Crataegus, existiendo además, otra forma farmacéutica que agrega 15 mg de ácido feniletilbarbitúrico.

Los resultados altamente halagadores logrados en un lote de 28 pacientes seleccionados nos alentaron para la prosecución de este estudio, por lo que extendimos dicho tratamiento a otros enfermos hasta totalizar un centenar de casos; los efectos logrados por tal terapia y la prolija y prolongada vigilancia de la evolución en ese crecido número de enfermos nos impulsan a verter en esta publicación la experiencia acumulada y las conclusiones resultantes de la misma.

MATERIAL

El material de estudio abarca un centenar de casos en los cuales se practicó el tratamiento durante un tiempo prolongado que excedió en muchos casos los 2 años y no fue nunca inferior a los 6 meses. Tales sujetos fueron seleccionados por padecer al instituir el tratamiento de extrasistolia aislada, taquicardia paroxística auricular con o sin bloqueo a-v, taquicardia paroxística nodal a-v, paroxismos de aleteo auricular o fibrilación auricular crónica o por acusar en sus antecedentes repetidos accesos de taquicardia paroxística supraventricular o ventricular o frecuentes paroxis-

mos de aleteo o fibrilación auriculares; además, se eligió de preferencia aquellos casos en los cuales ya habían fracasado diversos tratamientos antiarrítmicos.

Edad de los pacientes: Varió de 20 a 79 años, sobrepasando los 50 el 65 % de los casos.

Sexo: En lo que a él respecta, 45 eran hombres y 55 mujeres.

Aparato cardiovascular: En 15 sujetos no existían alteraciones cardiovasculares orgánicas, presentando 6 de ellos un síndrome de preexcitación ventricular. En los 85 restantes el examen demostró la presencia de una afección cardiovascular secundaria, en 40 a una esclerosis coronaria, en 26 a una afección valvular reumática, en 10 a una cardiopatía hipertensiva, en 6 a una miocardiopatía chagásica y en 2 a una cardiotirotoxicosis, padeciendo el restante de una miocarditis aguda (Cuadro N° 1).

Administración de la medicación: En todos aquellos casos que no habían

CUADRO N° 1

Patología subyacente	
Sin afección cardiovascular	15
Cardiopatía coronaria	40
Cardiopatía reumática	26
Cardiopatía hipertensiva	10
Cardiopatía chagásica crónica	6
Cardiotirotoxicosis	2
Miocarditis aguda	1

sido antes tratados con quinidina o procainamida se indicó previamente una gragea y se esperó un lapso de 4 a 6 horas a fin de descubrir una probable idiosincrasia o hipersensibilidad; en un caso aparecieron así manifestaciones de alergia a la medicación por lo que ésta no volvió a admi-

(*) Cardiovascular Research. Abstracts. VI World Congress of Cardiology, p. 318. 1970.

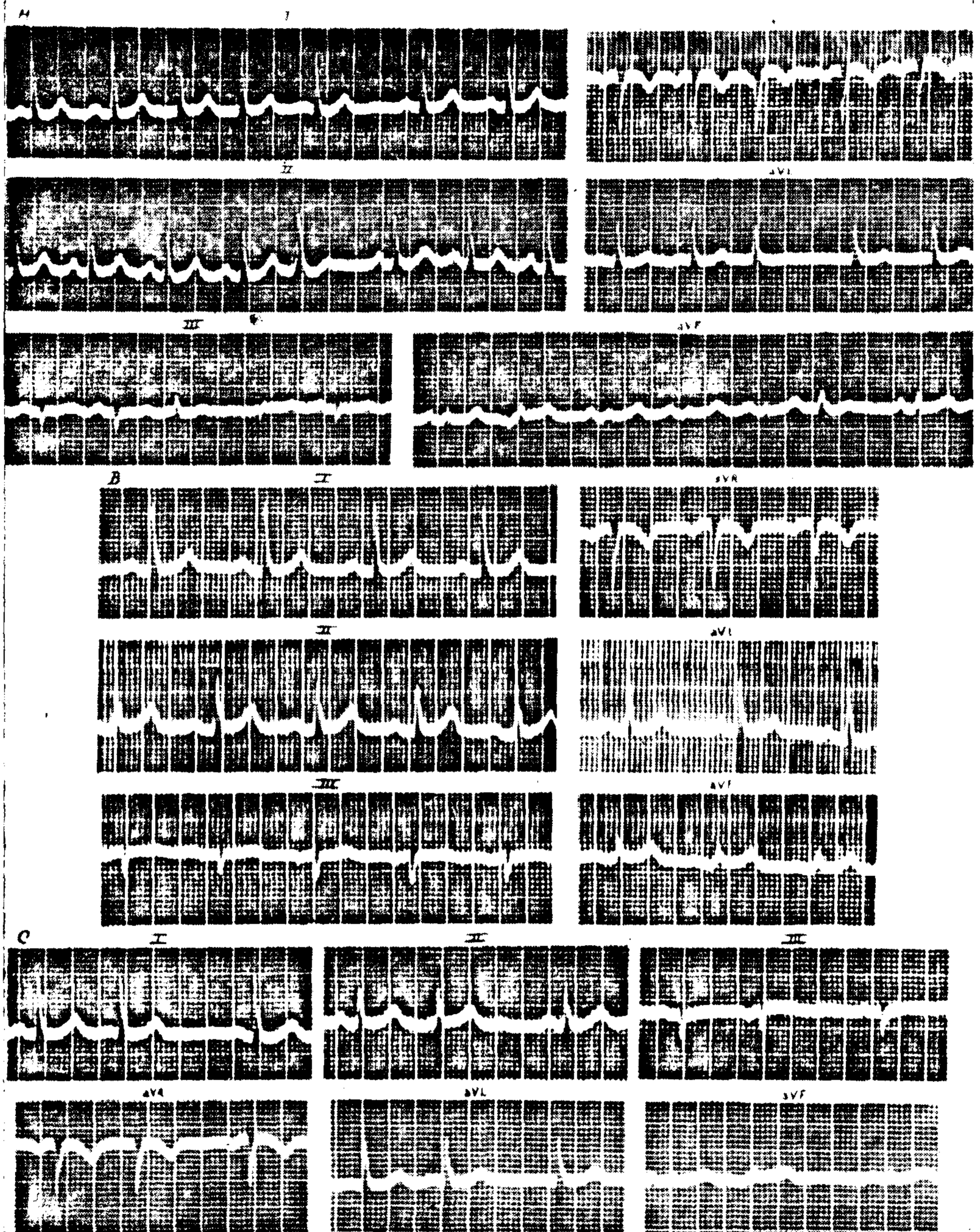


Figura Nº 1. A) Frecuentes extrasístoles originadas en la unión a-v, algunas con conducción ventricular aberrante. En I se inscriben 3 sucesivas: la primera precedida de P retrógrada, la segunda con P oculta tras el QRS, la tercera muy tardía por lo que aparece cuando ya ha comenzado a inscribirse la P sinusal. B) Desaparición de la extrasístolia durante el tratamiento. C) Tras suspender deliberadamente la medicación aparecen en todas las derivaciones extrasístoles sinocoronarias.

nistrarse y el paciente fue excluido del material en estudio.

Las dosis habituales fueron de 3 a 4 grageas repartidas regularmente durante el día, pero en algunas ocasiones

fue necesario prescribir hasta 8 grageas diarias.

En ocasión de taquicardias paroxísticas, aleteo auricular o fibrilación auricular se administraron 5 dosis por

CUADRO N° 2
Resultados obtenidos en extrasistolias

Origen	N° de casos	Aparato cardiovascular	Dosis diarias de grageas	Resultado
Frecuente extrasistolia auricular	26	Sin cardiopatía	5	Marcada disminución, en muchos desaparición total o casi total.
		Card. reumática	10	
		Card. coronaria	8	
		Card. hipertensiva	3	
Frecuente extrasistolia nodal a-v	1	Card. hipertensiva	4	Notable reducción.
Frecuente extrasistolia ventricular	34	Sin cardiopatía	10	Notoria disminución, a veces abolición total o casi total.
		Card. coronaria	12	
		Card. reumática	6	
		Card. chagásica	4	
		Card. hipertensiva	2	
Poliextrasistolia	12	Card. coronaria	6	Sensible reducción.
		Card. hipertensiva	4	
		Card. chagásica	2	

día de una o más grageas a intervalos de 3 o más frecuentemente de 2 horas, habiendo habido un solo caso en el que se precisó llegar a una dosis diaria de 20 grageas para lograr la abolición de la arritmia.

El preparado asociado con fenobarbital se prescribió preferentemente en pacientes con pronunciada distonía neurovegetativa, hiperexcitabilidad nerviosa o evidente repercusión psíquica de la arritmia o se lo reservó en otros casos para la dosis nocturna.

RESULTADOS OBTENIDOS EN EXTRASISTOLIAS (Cuadro N° 2)

Frecuente extrasistolia auricular aislada: La medicación ensayóse en

26 sujetos, 5 de los cuales no presentaban afección cardiovascular orgánica, padeciendo 4 de acentuada distonía neurovegetativa y el restante de un síndrome de preexcitación ventricular; en los otros existía una valvulopatía reumática en 10, esclerosis coronaria en 8 y cardiopatía hipertensiva en 3.

El tratamiento produjo una marcada y persistente disminución de la extrasistolia y en muchos la total o casi total abolición de la misma, oscilando la dosis efectiva entre 3 y 5 grageas diarias.

Repetida extrasistolia de la unión a-v: En una paciente con cardiopatía hipertensiva que acusaba frecuentes

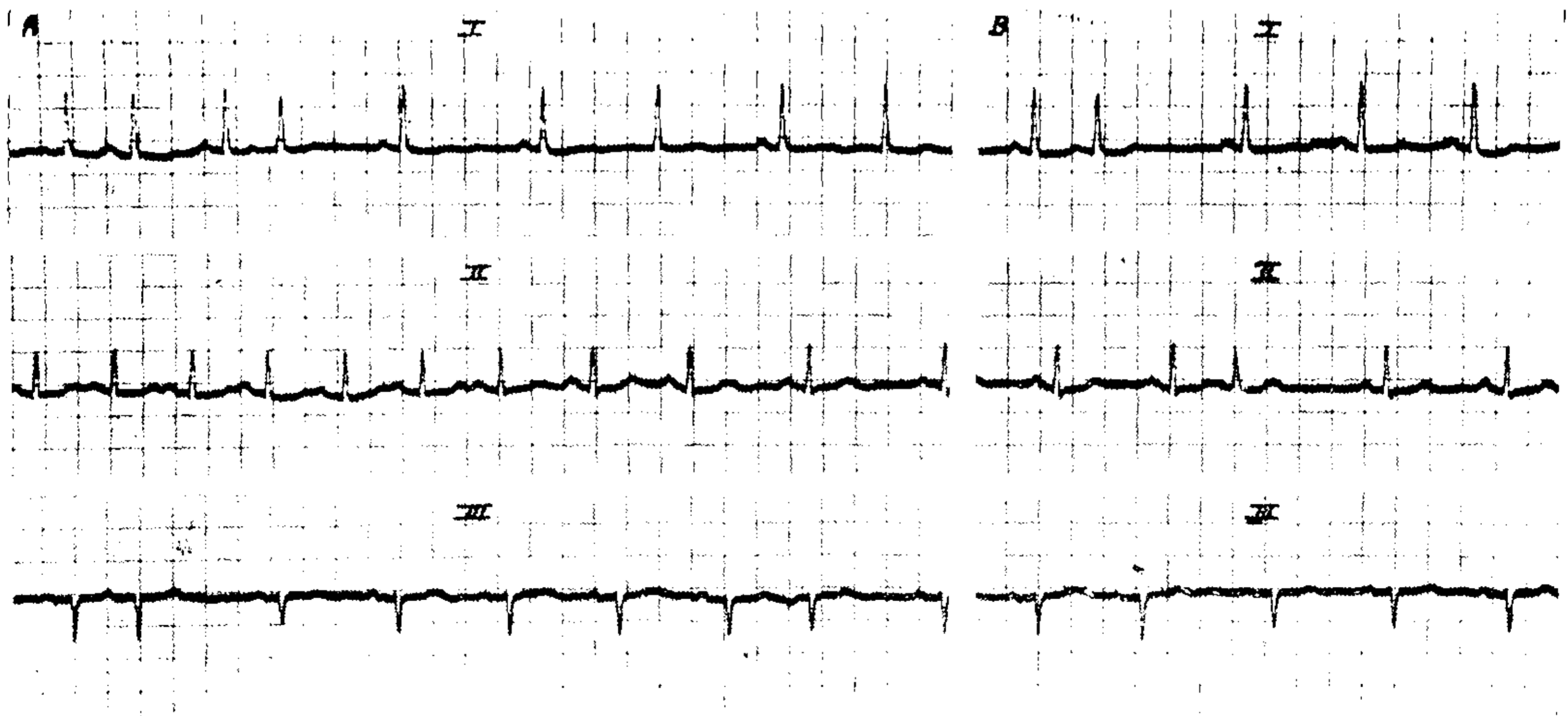


Figura 2. — A) En I dos extrasístoles auriculares y dos extrasístoles nodales a-v tardías con onda P inscripta simultáneamente con el complejo QRS. En II taquicardia paroxística auricular con registro de la terminación del acceso. En III dos extrasístoles auriculares aisladas. B) Con el tratamiento persisten sólo escasas contracciones prematuras auriculares.

extrasístoles con onda P enmascarada tras el complejo QRS o precediéndolo por un tiempo excesivamente breve, la administración de 4 grageas por día redujo notablemente las contracciones prematuras. Suspendido deliberadamente el tratamiento a los 3 meses, aparecieron a los pocos días frecuentes extrasístoles sinocoronarias que sólo desaparecieron con la reiniciación de aquél (Figura 1).

Frecuente extrasistolia ventricular aislada: Administróse el medicamento a 34 sujetos, 10 de ellos sin anomalías cardiovasculares orgánicas (5 sufrían de distonía neurovegetativa y 5 eran portadores de un síndrome de preexcitación ventricular); de los 24 restantes 12 padecían esclerosis coronaria, 6 lesiones valvulares, 4 afección miocárdica chagásica y 2 cardiopatía hipertensiva. Con una dosis diaria de 3 a 5 grageas las extrasístoles ventriculares disminuyeron notoriamente en frecuencia y en algunos pacientes llegaron total o casi totalmente a desaparecer; la mejora observóse aun en los casos de cardiopatía chagásica con repetida extrasistolia ventricular polimorfa.

Poliextrasistolia: En 12 sujetos las extrasístoles provenían tanto de las aurículas o de los ventrículos como de la unión a-v: 6 de ellos acusaban esclerosis coronaria, 4 una cardiopatía hipertensiva y 2 una miocardiopatía chagásica.

La prescripción de 3 grageas por día, en algunos casos 4 a 6, produjo una sensible reducción de las contracciones prematuras, cualquiera fuere su procedencia, resultado no obtenido con otros tratamientos practicados con anterioridad o durante deliberadas suspensiones de la terapia en estudio (Figuras 2 y 3).

RESULTADOS OBTENIDOS EN ARRITMIAS PAROXÍSTICAS (Cuadro N° 3).

Taquicardia paroxística auricular: En un paciente con esclerosis coronaria y síndrome de Wolff-Parkinson-White se produjo una taquicardia paroxística auricular que no cedía a la maniobra de excitación vagal; se indicó por ello una gragea cada 2 horas por 5 dosis, abortando el paroxismo al ingerir la última dosis.

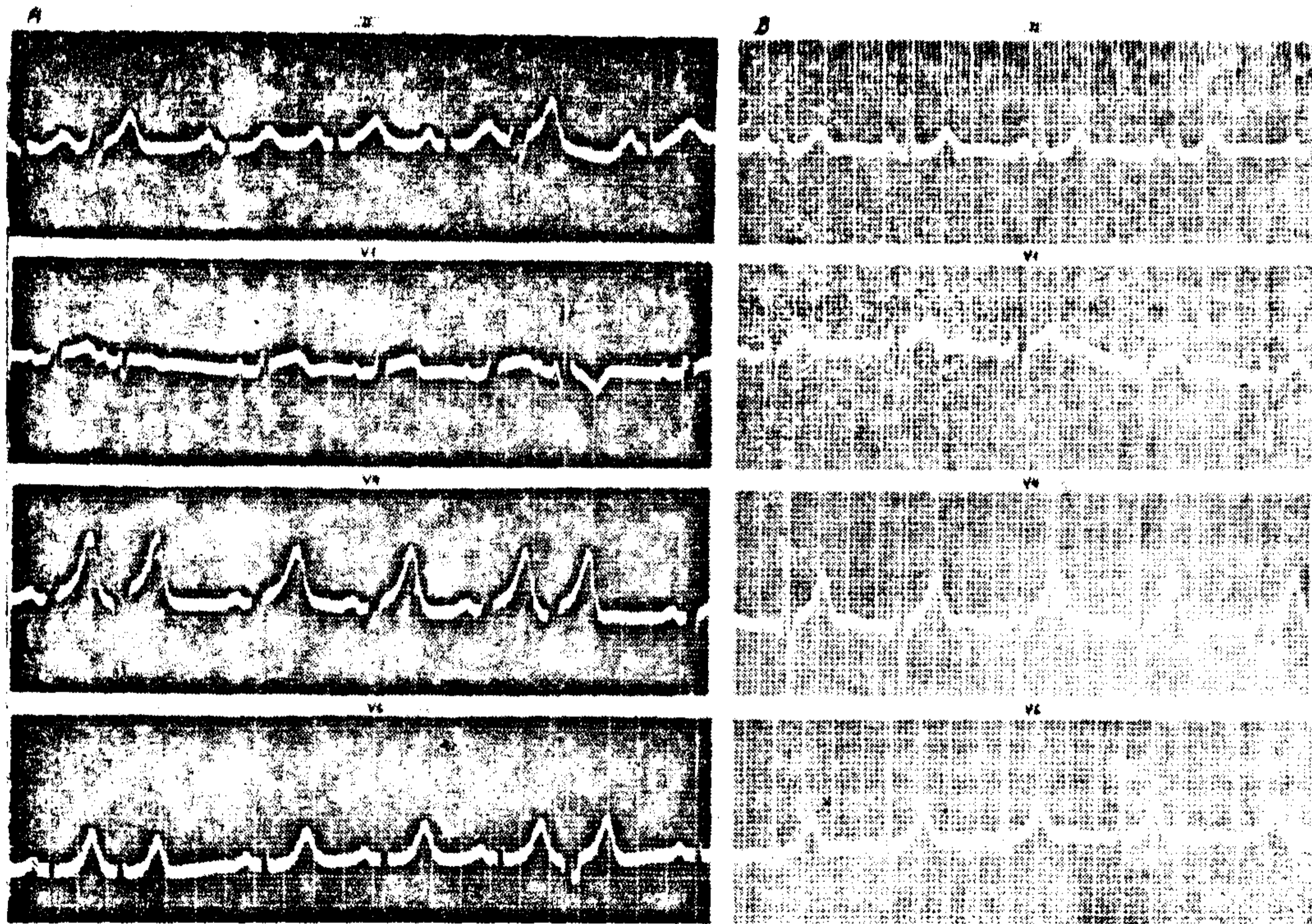


Figura 3. -- A) Frecuentes extrasístoles auriculares, nodales y ventriculares aisladas, siendo a veces ligera o marcadamente aberrante la conducción ventricular de las originadas en la aurícula o en la unión a-v. B) Desaparición de las contracciones prematuras durante el tratamiento.

Taquicardia auricular con bloqueo a-v: En un sujeto con esclerosis coronaria y enfisema obstructivo generalizado se trata un paroxismo de aleteo auricular con altas dosis de digital y aparecen a consecuencia de ésta, manifestaciones de toxicidad y una taquicardia paroxística auricular con bloqueo a-v simple y parcial tipo I o tipo II a una frecuencia auricular promedio de 107 por minuto con ligera irregularidad en la descarga del foco ectópico y esporádicas apariciones de la onda P de origen sinusal: suspendida la medicación digitálica, se administran 5 grageas diarias de Ritmochin y al día siguiente se había ya restaurado el ritmo sinusal.

En otro paciente con enfermedad mitral y avanzada insuficiencia car-

queo 4:1 a 6:1 que su médico trató con altas dosis diarias de sulfato de quinidina: ante la persistencia del aleteo se practica al 7º día una cardioversión con la que se restaura el ritmo sinusal. Hace un año y medio recurre el aleteo y se le hace de inmediato el choque eléctrico, pero a los 6 meses acontece un nuevo paroxismo que es tratado infructuosamente con bloqueadores beta-adrenérgicos por lo que al 4º día lo yugulan con otra cardioversión.

Hace 6 meses es visto por nosotros a raíz de haberse instalado nuevamente un aleteo auricular con bloqueo 3:1 a 4:1 (frecuencia auricular: 300, ventricular: 75 a 100), indicándosele 2 grageas cada 2 horas por 5 dosis. Al

CUADRO Nº 3
Resultados en arritmias paroxísticas

Tipo de arritmia	Nº de casos	Aparato cardiovascular	Dosis diaria de grageas	Dosis total	Resultado
T.P.A.	1	Card. coronaria	5	5	Cese del acceso
T.P.A. con B a v	2	Intox. digit.	5	5	Cese del acceso
T.P.N. a v	1	Card. coronaria	5	9	Cese del acceso
A.A. con B a v	1	Sin cardiopatía	10 + 15 + 20	90	Cese del acceso
A.A. con B a v	1	Sin cardiopatía	15	30	Cese del acceso

díaca congestiva, la digital a altas dosis desencadenó también una taquicardia paroxística auricular con bloqueo a-v 2:1 que cedió en un día con la suspensión de la droga y la administración de una gragea de Ritmochin cada 3 horas por 5 dosis.

Taquicardia paroxística nodal a-v: El mismo enfermo al que nos refiriéramos con motivo del acceso de taquicardia paroxística auricular sin bloqueo a-v, hizo en otra oportunidad un paroxismo taquicárdico originado en la unión a-v: habiendo fracasado las maniobras de excitación vagal, se indicó 5 dosis diarias de 1 gragea cada 2 horas, aumentando al siguiente día a 2 grageas cada dosis con lo que se obtuvo el cese del acceso cuando se llevaban administradas 9 grageas en total.

Aleteo auricular paroxístico: Un adulto joven sin afección cardiovascular orgánica había sufrido hace 3 años una crisis de aleteo auricular con blo-

queo 4:1 a 6:1 que su médico trató con altas dosis diarias de sulfato de quinidina: ante la persistencia del aleteo se practica al 7º día una cardioversión con la que se restaura el ritmo sinusal. Hace un año y medio recurre el aleteo y se le hace de inmediato el choque eléctrico, pero a los 6 meses acontece un nuevo paroxismo que es tratado infructuosamente con bloqueadores beta-adrenérgicos por lo que al 4º día lo yugulan con otra cardioversión.

Hace 6 meses es visto por nosotros a raíz de haberse instalado nuevamente un aleteo auricular con bloqueo 3:1 a 4:1 (frecuencia auricular: 300, ventricular: 75 a 100), indicándosele 2 grageas cada 2 horas por 5 dosis. Al día siguiente sólo se había reducido la frecuencia auricular a 250, aumentándose entonces cada dosis a 3 grageas. Al tercer día la frecuencia auricular había descendido a 230 y el bloqueo a-v era 3:1 y por momentos 2:1 o con períodos de Wenckebach, por lo que dos días después se aumentó a 4 grageas por dosis con lo que se restauró de inmediato el ritmo sinusal (Figura 4). El paciente prosiguió con 8 grageas diarias de sostén sin experimentar durante más de 7 meses ninguna recurrencia de la arritmia, pese a que en una ocasión interrumpió por su cuenta la medicación durante 7 días. Empero, al realizar inopinadamente una nueva suspensión se reinstala a las 36 horas el aleteo auricular con bloqueo a-v 3:1 a 4:1 y una frecuencia auricular de 260 por minuto: se indican entonces 3 grageas cada 2 horas por 5 dosis y antes de iniciar la toma del tercer día ya se había restaurado el ritmo sinusal.

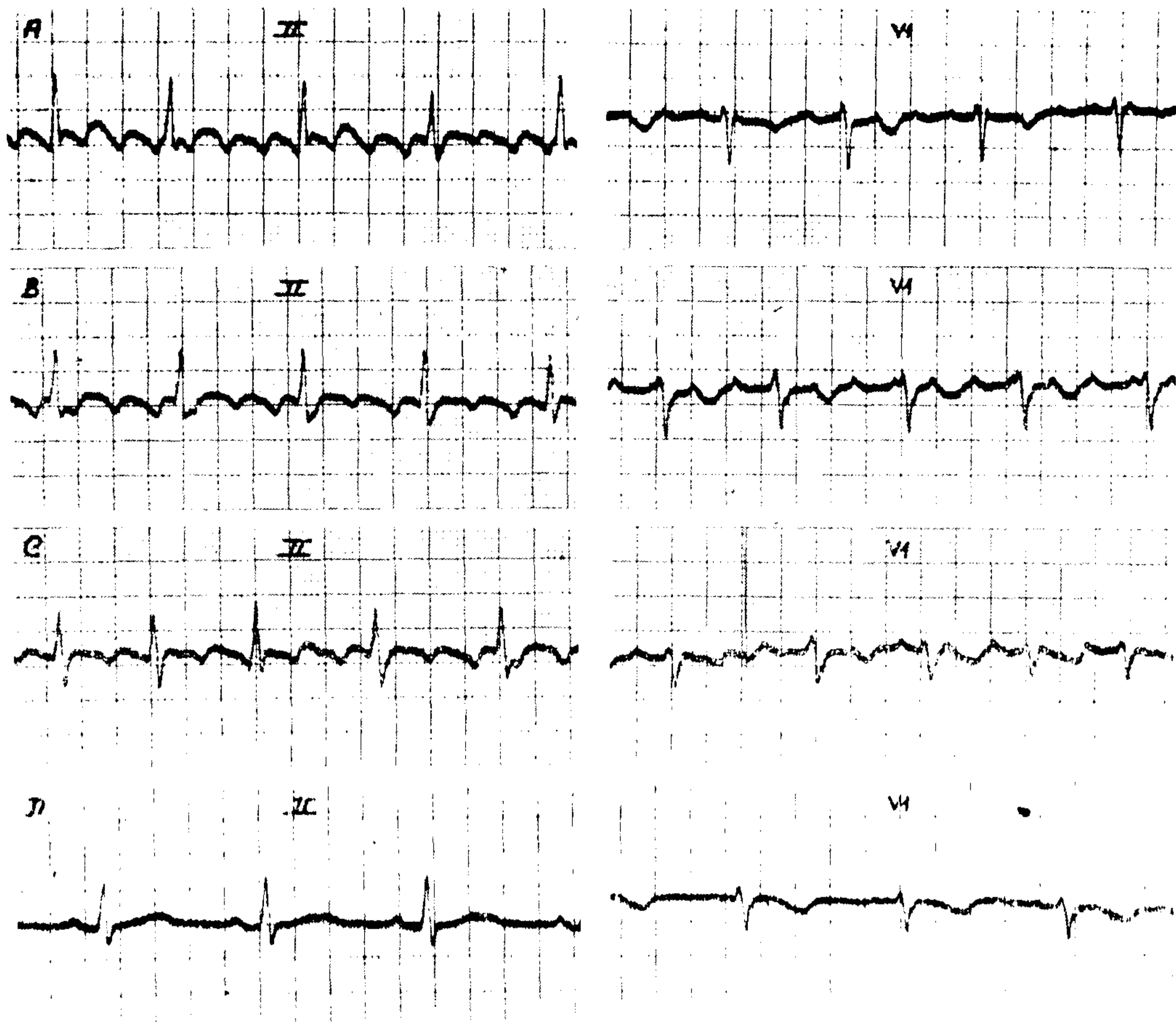


Figura 4. A) Aletio auricular con 300 contracciones auriculares por minuto y bloqueo a-v 3:1 a 1:1. B) Al día siguiente sólo se ha reducido la frecuencia auricular a 250, persistiendo el mismo grado de bloqueo a-v. C) Al tercer día la frecuencia auricular ha disminuido a 230 y se ha reducido el bloqueo a-v que es ahora de 2:1 a 3:1. D) Al 5º día restauración del ritmo sinusal.

RESULTADOS EN FIBRILACION AURICULAR CRONICA (Cuadro N° 4)

Fibrilación auricular crónica: Intentóse la restauración del ritmo sinusal en 15 casos portadores de una fibrilación auricular crónica, de los cuales padecían 8 esclerosis coronaria, 3 lesiones valvulares reumáticas, 1 miocarditis aguda y 2 cardiotoxicosis, no presentando el restante ninguna otra anomalía cardiovascular.

En todos los casos se logró la desfibrilación de la aurícula, pero las dosis variaron ampliamente según las circunstancias y características de cada uno.

En el sujeto cuya única anomalía la constituía la arritmia instalada hacía 5 años, se agregó a la digoxina desde entonces administrada una gragea cada 2 horas por 5 dosis: al día

siguiente se comprobó la desaparición de la fibrilación auricular y su remplazo por un ritmo sincoronario con algunas extrasístoles auriculares aisladas por lo que se redujo a 3 el número de grageas diarias. Al otro día se había ya restaurado el ritmo sinusal, persistiendo, aunque reducida, la extrasístolia auricular y ocurriendo de tanto en tanto algunos escapes aislados de la unión a-v con P retrógrada precediendo por escaso margen al complejo QRS.

En un paciente con acentuada enfermedad mitral e insuficiencia aórtica, pronunciado agrandamiento de ventrículo derecho y ambas aurículas, fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca congestiva se obtuvo con tratamiento adecuado el cese de la descompensación: se agregó entonces

Ritmochin a la dosis de sólo 3 grageas diarias por no ser factible la vigilancia cotidiana del paciente. Al examinarlo a los 10 días ya se había restablecido el ritmo sinusal, entrecortado por algunas extrasístoles auriculares aisladas, persistiendo tal situación después de haber transcurrido más de un año con 2 grageas diarias como tratamiento de sostén.

En otro paciente con bloqueo completo de rama izquierda, marcado agrandamiento ventricular izquierdo, insuficiencia ventricular izquierda ya yugulada y fibrilación auricular instalada hace 10 años se agregó al tratamiento, Ritmochin a bajas dosis por existir antecedentes de manifiesta intolerancia a la quinidina: se prescribió por ello 3 grageas diarias pero el enfermo concurre a hacerse nuevamente a examinar recién a los 7 meses, manifestando haber tenido que suspender dicha medicación hace 1 mes por intensos zumbidos y diarrea pertinaz. El examen, sin embargo, demostró que se había restaurado el ritmo sinusal por lo que se indicó una gragea diaria como tratamiento de sostén, aunque el enfermo debió reducirlo ulteriormente a una gragea día por medio para evitar los disturbios intestinales, pese a lo que persiste desde hace meses su ritmo normal inalterado (Figura 5).

En una paciente con fibrilación auricular secundaria a una fibrosis is-

quémica del miocardio auricular se prescribió una gragea cada 6 horas, produciéndose al tercer día la instalación de un ritmo de la unión a-v con activación auricular precedente: se interrumpió a causa de ello la medicación pero se reinstaló la fibrilación auricular; transcurridos unos días se intentó nuevamente la conversión al ritmo sinusal pero sólo se obtuvo la desfibrilación de la aurícula y la aparición del ritmo nodal a-v, lo que sugiere la posibilidad de serias lesiones a nivel del nódulo sinusal que le impedirían poner de manifiesto su habitual automatismo.

En 2 pacientes con cardiotoxicosis en los que la corrección de la disfunción tiroidea con I radioactivo o drogas antitiroideas no había eliminado la fibrilación auricular se indicó 1 gragea cada 3 horas por 5 dosis con lo que se restableció el ritmo sinusal al 2º día en un caso y al 1º día en el otro.

En los 9 pacientes restantes, 2 con afecciones valvulares, 1 con miocarditis aguda y 6 con esclerosis coronaria, se requirieron dosis progresivamente crecientes durante un tiempo variable.

En el paciente con miocarditis aguda y fibrilación auricular desde hace 4 meses se administraron 5 grageas diarias (1 cada 2 horas por 5 dosis), aumentadas al tercer día a 10 y al quinto día a 15: la arritmia desapare-

CUADRO N° 4

Resultados en fibrilación auricular crónica

Casos	Aparato cardiovascular	Dosis diaria de grageas	Evolución	Aparición de R. sinusal
1	Sin cardiopatía	5 → 3	R. sinocor. al 2º día	3er. día
2	Valv. mitral y aórtica	3	?	10º día o antes
3	Cardiopatía coronaria	3	?	?
4	Cardiopatía coronaria	4	R. sinocor. al 3er. día	
5	Cardiotirotoxicosis	5		2º día
6	Cardiotirotoxicosis	5		4º día
7	Miocarditis aguda	5 → 10 → 15		6º día
8	Estrechez o enf. mitral	5 → 10		6º día
9	Estrechez o enf. mitral	5 → 10		6º día
10	Cardiopatía coronaria	5 → 10		6º día
11	Cardiopatía coronaria	5 → 10	A.A. al 2º día	3er. día
12	Cardiopatía coronaria	5 → 10 → 15	A.A. del 2º al 4º día	9º día
13	Cardiopatía coronaria	5 → 10 → 15		6º día
14	Cardiopatía coronaria	5 → 10 → 15		6º día
15	Cardiopatía coronaria	5 → 10 → 15		10º día

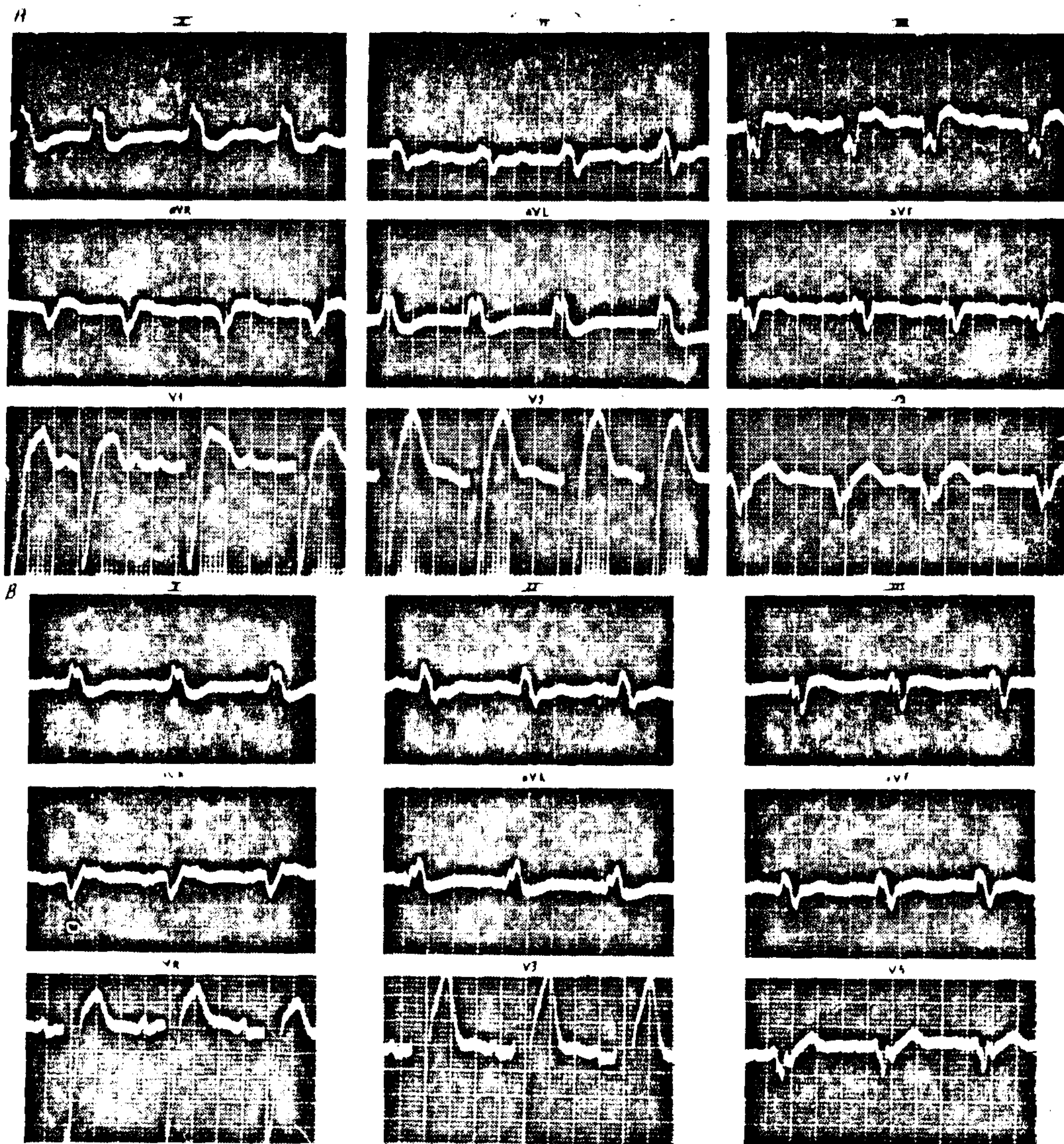


Figura 5. — A) Fibrilación auricular instalada hace 10 años en un paciente con avanzada esclerosis coronaria. B) Ritmo sinusal restablecido después de un tiempo a pesar de haberse administrado sólo 3 grageas diarias por manifiesta intolerancia a la quinidina.

ció al 6º día, persistiendo el ritmo sinusal pese a la rápida disminución del número diario de grageas a 4 y luego a 3.

En 2 sujetos con estrechez mitral pura o predominante y en 1 con cardiopatía coronaria se inició el tratamiento con 5 grageas por día, las que se aumentaron a 10 al cabo de 3 días, comprobándose al 6º día la instalación de un ritmo sinusal normal.

En un enfermo con avanzada esclerosis coronaria se indican 5 grageas y aparece al día siguiente un aleteo auricular con bloqueo a-v 4:1 a 6:1; se

aumenta entonces el número de grageas a 10, comprobándose al otro día la restauración del ritmo sinusal.

En otro paciente coronario la dosis inicial de 5 grageas diarias produjo al 2º día un aleteo auricular con bloqueo a-v 3:1 a 5:1 pero a las 48 horas retornó la fibrilación auricular: se aumentó por ello la dosis a 10 el 5º día y a 15 el 8º día, con lo que se obtuvo 24 horas más tarde la conversión al ritmo sinusal.

En otros 2 sujetos coronarios la dosis de 5 grageas, por día debió ser aumentada progresivamente hasta 15,

produciéndose la desaparición de la fibrilación auricular al 6º día de iniciada la terapia.

Finalmente, en el restante paciente con cardiopatía coronaria se obtuvo una respuesta similar pero difirió la evolución: la dosis inicial de 5 grageas fue aumentada a 10 a los 2 días y a 15 el 6º día.

Al cumplirse 10 días del comienzo del tratamiento se restablece el ritmo sinusal por lo que se reduce a 10 el número de grageas, pero en el 16º día se reinstala la fibrilación auricular: se vuelve entonces a la dosis que resultara efectiva, sin conseguir, no obstante, la desfibrilación. Al 23º día, ante la preocupación suscitada en el paciente por la larga y asidua vigilancia, se suprime la medicación y se la reemplaza por digital para el control adecuado de la frecuencia ventricular (Figura 6).

TRATAMIENTO PREVENTIVO
DE ARREMIAS PAROXÉTICAS
(Cuadro N° 5)

Prevención de accesos de taquicardia paroxística supraventricular: Ensayóse la medicación con fines preventivos en 20 sujetos que acusaban en forma reiterada crisis de taquicardia

paroxística supraventricular: en 5 de ellos que padecían una marcada distonía neurovegetativa se produjo una notoria reducción en la duración y frecuencia de presentación de los accesos taquicárdicos, respuesta que fue espectacular en uno pues los sufría desde hace 35 años cada 8 a 10 días durando desde segundos hasta 12 horas y la medicación redujo su duración a no más de 2 minutos y su frecuencia a 1 ó 2 por mes.

En 5 enfermos con cardiopatía reumática y en 4 con esclerosis coronaria el medicamento demostró una acción preventiva similarmente eficaz, aunque no en las proporciones inusitadas de los casos anteriores.

Finalmente, en 6 sujetos con síndrome de preexcitación ventricular el efecto del tratamiento fue notable y a veces extraordinario: uno de esos casos corresponde a una mujer de 59 años que desde su niñez acusaba frecuente extrasístola aislada y accesos de taquicardia paroxística que se presentaban diariamente o varias veces por mes y duraban desde unos minutos hasta 8 días, ocasionando un estado de permanente angustia. El tratamiento preventivo practicado durante 19 años arrojó pobres resulta-

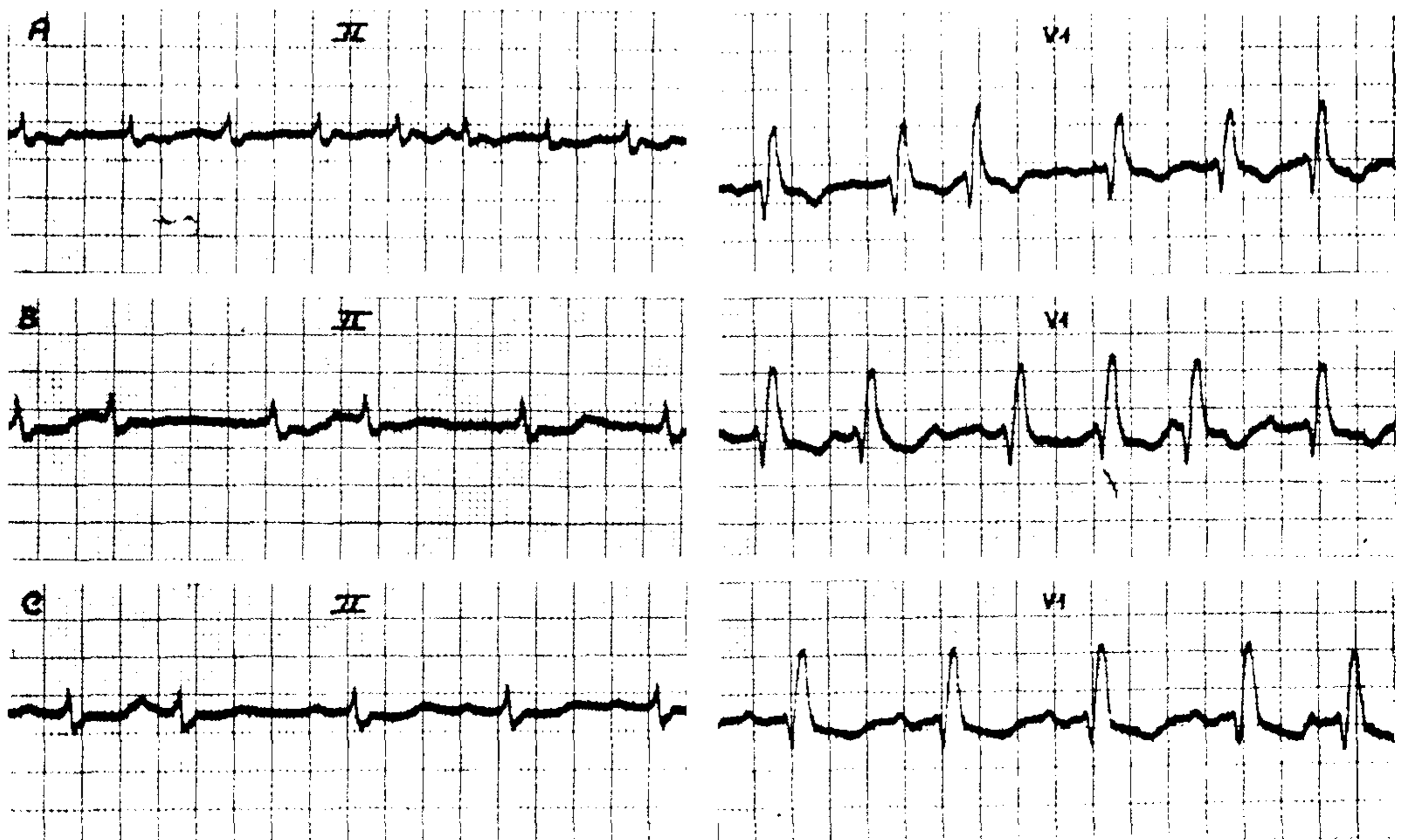


Figura 6. — A) Fibrilación auricular de larga data en paciente con pronunciada esclerosis coronaria. B) Al 6º día sólo se advierte una ligera reducción de la frecuencia ventricular. C) Al 10º día se restaura el ritmo sinusal con algunas extrasístoles auriculares aisladas.

dos, pese a haberse apelado en forma sucesiva a 1,5 g diarios de procainamida, 0,80 g por día de sulfato de quinidina, 1 radioactivo, guanetidina, digital a altas dosis con simultánea administración de sedantes y potasio, bloqueantes beta-adrenérgicos, etc.

Efectuado el tratamiento con 3 a 4 grageas diarias, los accesos que ocurrían en esa época cada 2 días se espaciaron notablemente, transcurriendo a veces intervalos hasta de 45 a 60 días sin presentarse, otras veces produciéndose en número de sólo 1 a 2 por mes; además, su duración se abrevió notablemente, importando en la mayoría desde contados segundos hasta 1 a 10 minutos y únicamente en 8 oportunidades extendiéndose de 1 a 4 horas en un lapso que en la actualidad supera los 2 años. Concomitantemente con semejante influencia sobre los paroxismos taquicárdicos, la frecuente extrasistolia aislada que la paciente pensaba en los intervalos disminuyó hasta casi desaparecer.

Prevención de crisis de taquicardia ventricular: En una paciente de 55 años con miocardiopatía chagásica se comprobaron, en ocasión del primer examen, 3 largas crisis de taquicardia ventricular polimorfa, aparte de frecuentes extrasístoles ventriculares polimorfas bi, tri o cuadrigeminadas: con el tratamiento se redujeron en forma notoria las contracciones prematuras y no sobrevinieron nuevos paroxismos ventriculares durante la administración de la medicación.

En otro paciente de 69 años, portador también de una cardiopatía cha-

gásica, existían extrasístoles ventriculares aisladas y continuos accesos de taquicardia ventricular polimorfa constituidos cada uno por 4 a 11 complejos ventriculares, casi siempre a ritmo irregular y con frecuencia progresivamente creciente (de 240 a 260) con sólo 1 a 2 complejos sinusales intercalados. Tales alteraciones del ritmo se remontaban casi seguramente a 4 meses atrás pues el enfermo aquejaba desde esa época frecuentes mareos acompañados de zumbidos y varias pérdidas fugaces de conocimiento sin pródomos ni secuelas. Se suspende la digitoxina que el paciente tomaba desde hacía 2 meses y se le indican 5 grageas por día con lo que dejan de ocurrir a los 2 días los paroxismos taquicárdicos, desaparece totalmente la sintomatología y persisten sólo escasas extrasístoles ventriculares aisladas: tan favorable evolución se mantiene desde hace más de un año, pese a reducir a 3 el número de grageas diarias (Figuras 7 y 8).

Prevención de aleteo auricular paroxístico: En un coronario con marcado enfisema obstructivo generalizado ocurrían desde hace 9 años paroxismos de aleteo auricular de 5 a 15 minutos de duración, casi diariamente, en ocasiones hasta 6 veces por día. En vista de que los accesos empezaron a durar desde varias horas hasta 2 días se le indicó 0,80 g diarios de quinidina, la dosis más alta tolerada, sin obtener ningún beneficio. En cambio, la administración de 5 grageas por día del producto determinó una manifiesta reducción en la frecuencia y duración de las crisis.

CUADRO Nº 5

Tratamiento preventivo de arritmias paroxísticas

Tipo de arritmia	Nº de casos	Aparato cardiovascular	Dosis diaria de grageas	Resultado
T.P.S.V.	5	Sin cardiopatía	3 a 4	Excelente
T.P.S.V.	5	Cardiopatía reumática	3 a 4	Bueno
T.P.S.V.	4	Cardiopatía coronaria	3 a 4	Bueno
T.P.S.V.	6	S. de W-P-W	3 a 4	Excelente
T.V.	1	Cardiopatía chagásica	3 a 4	Excelente
T.V.	1	Cardiopatía chagásica	5	Excelente
A.A.	1	Cardiopatía coronaria	5	Bueno
A.A.	1	Sin cardiopatía	8	Excelente
F.A.	1	Cardiopatía coronaria	4	Excelente

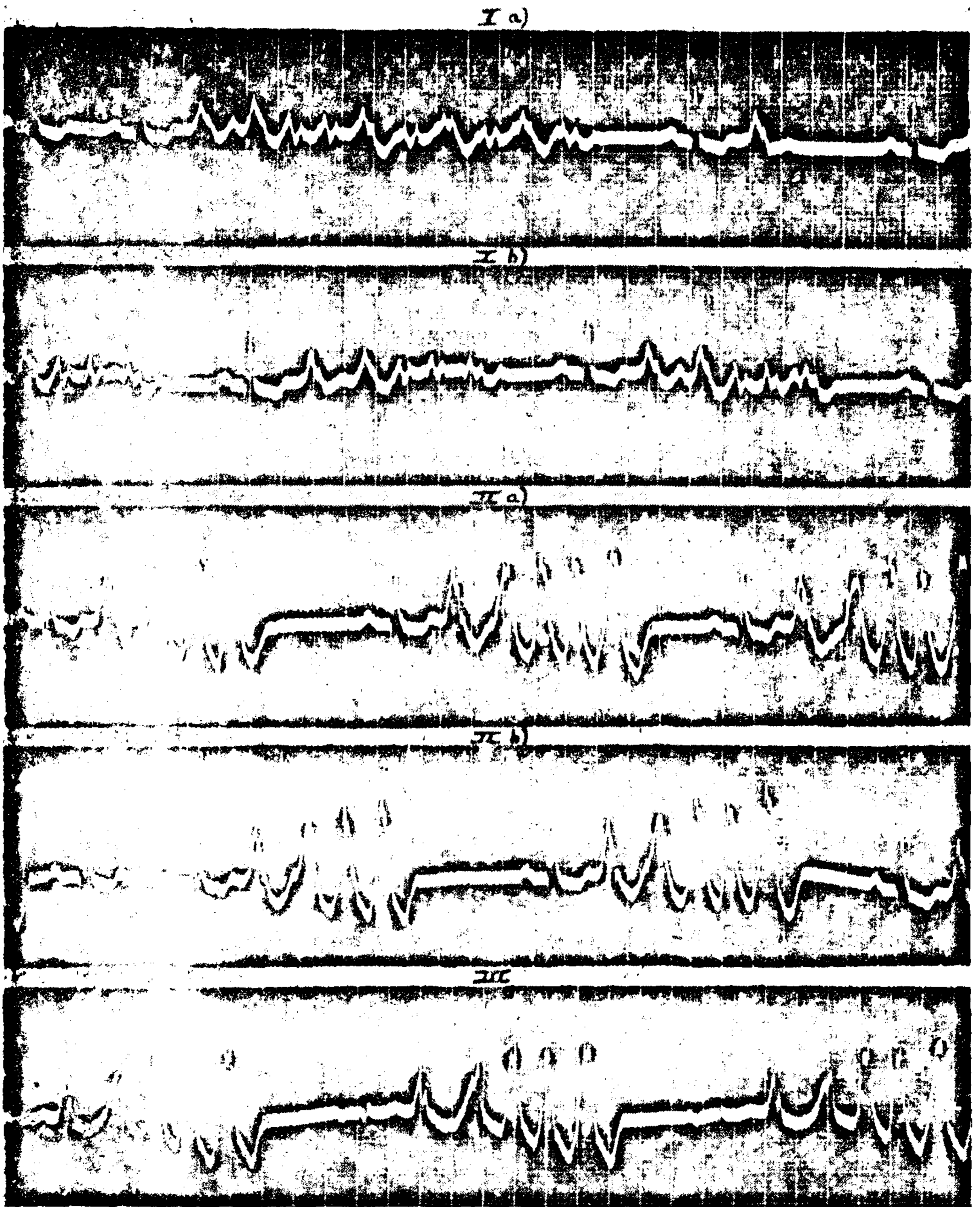


Figura 7. — Paciente con miocardiopatía chagásica en cuyo e.c.g. se observan extrasístoles ventriculares aisladas y continuos accesos de taquicardia ventricular polimorfa constituidos por 4 a 11 complejos ventriculares con sólo 1 a 2 latidos sinusales intercalados.

En otro sujeto sin afección cardiovascular orgánica en el que se obtuvo con el Ritmochin el restablecimiento del ritmo sinusal tras un prolongado acceso de aleteo auricular, se prescribieron 8 grageas diarias como tratamiento de sostén sin que sobreviniera ningún nuevo paroxismo durante más

de 7 meses hasta que el paciente interrumpiera por su cuenta la medicación.

Prevención de paroxismos de fibrilación auricular: En un paciente con esclerosis coronaria que sufría crisis de fibrilación auricular cada 1 a 2 meses, la toma de 4 grageas diarias coin-

cedió con la falta de aparición de aquéllas durante los 20 meses que el enfermo lleva sometido a la medicación.

Efectos secundarios: En un paciente el medicamento provocó deposiciones diarreicas que obligaron, no a suspenderlo, pero sí a reducir marcadamente las dosis. En una paciente con fibrilación auricular secundaria a una esclerosis coronaria la medicación produjo en dos oportunidades la aparición de un ritmo de la unión a-v que llevó a la suspensión de la terapia, aunque en este caso no puede asegurarse en forma terminante que tradujera un efecto tóxico pues podría obedecer

también a la invasión del nódulo sinusal por la fibrosis isquémica existente en el miocardio auricular.

La ocurrencia de estos efectos secundarios en sólo 2 de un centenar de pacientes (2 %) habla elocuentemente de la excelente tolerancia del producto, aún más si se tiene en cuenta que en varios casos llegó a administrarse hasta 15 y 20 grageas diarias.

Aparición de los resultados terapéuticos: El lapso que medió entre la iniciación de la terapia y la comprobación de una mejoría apreciable varió entre 3 y 15 días en la gran mayoría de los casos.

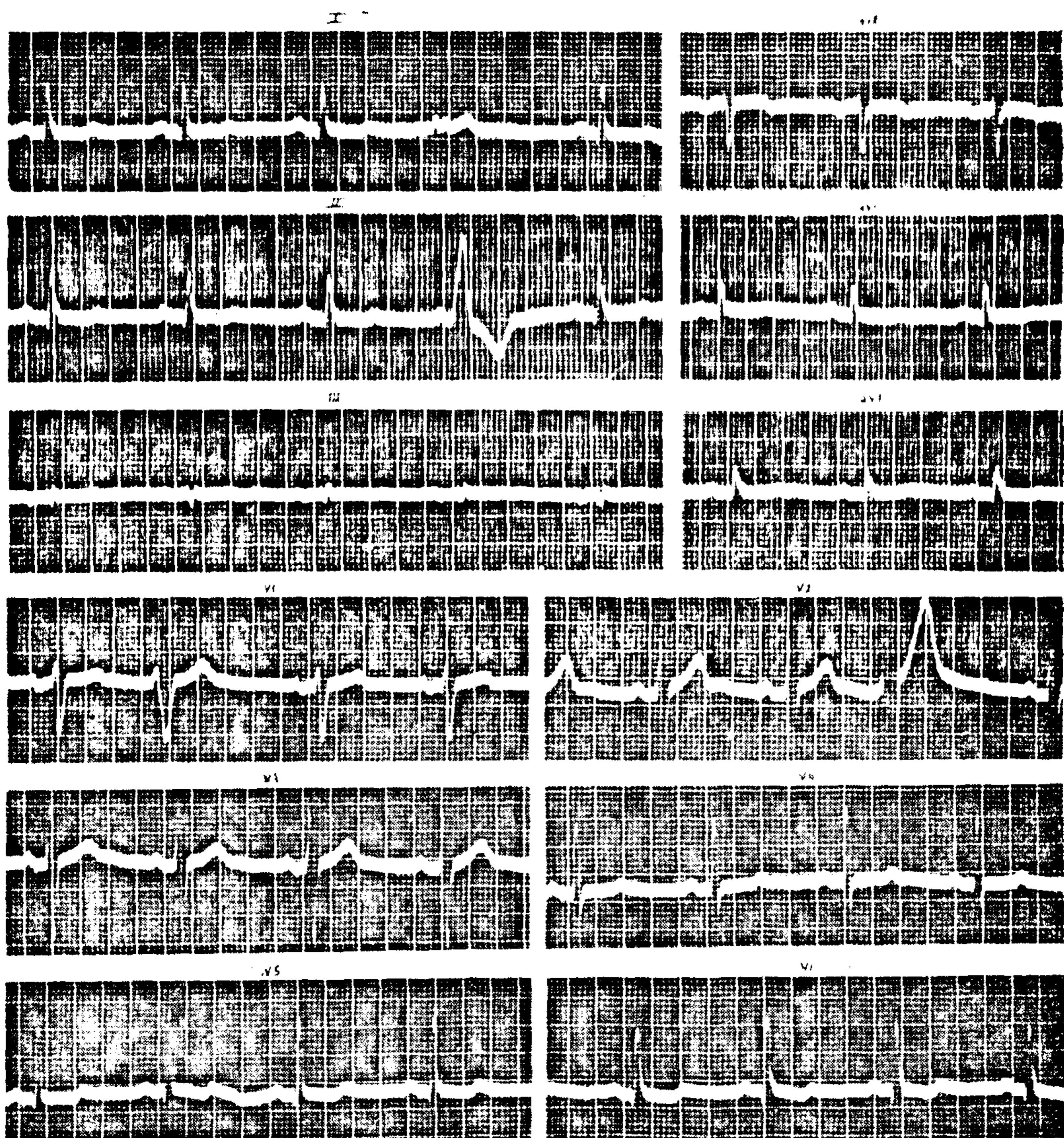


Figura 8. — Con la medicación en el paciente de la figura 7 desaparecen prontamente los paroxismos taquicárdicos y persisten únicamente escasas extrasístoles ventriculares aisladas, manteniéndose tan favorable evolución desde hace más de un año.

En los sujetos con fibrilación auricular el plazo transcurrido hasta la desfibrilación de la aurícula osciló entre 2 y 6 días, salvo en 2 pacientes en los que se prolongó respectivamente a 9 y 10 días.

Efecto de la suspensión del tratamiento: En muchos pacientes se interrumpió la medicación por falta de colaboración u omisión del enfermo o se la suprimió en forma deliberada, comprobándose la reaparición de la arritmia al cabo de un tiempo variable, casi siempre breve.

Tratamiento de sostén: El número de grageas diarias utilizado como terapia de sostén varió entre 2 y 4 en la casi totalidad de los casos, habiendo sólo uno en el que debió llegarse hasta 8.

Tratamiento anteriormente realizado: Muchos de los enfermos que integran este material de estudio habían sido ya sometidos desde hace tiempo a tratamiento con otros agentes antiarrítmicos sin lograr el resultado apetecido, siendo precisamente esa falta o pobreza de respuesta uno de los criterios que nos guiara para una selección adecuada de los casos.

Conviene recalcar que entre las drogas antiarrítmicas ensayadas con anterioridad o durante deliberadas suspensiones del tratamiento figuraban la quinidina o la procainamida por vía oral y a dosis manifiestamente mayores que las ahora utilizadas sin que se obtuviera el beneficio procurado por el producto en estudio.

COMENTARIOS

Cabe ante todo poner de relieve el exitoso resultado procurado por la administración del producto en la casi totalidad de los pacientes portadores de distintos tipos de alteraciones del ritmo.

En los 73 casos que padecían frecuente extrasistolia aislada auricular, a-v o ventricular o poliextrasistolia la medicación produjo una sensible y persistente reducción y en algunos casos hasta desaparición de las contracciones prematuras, no incidiendo en su eficacia la distinta procedencia de las mismas y oscilando la dosis útil entre 3 y 6 grageas diarias.

En 2 ocasiones se trató un acceso de taquicardia paroxística supraventricular lográndose el cese del paroxis-

mo cuando el paciente llevaba ingeridas respectivamente 5 y 9 grageas.

En 2 pacientes en los que había sobrevenido una taquicardia paroxística auricular con bloqueo a-v de resultados de una intoxicación digitálica, se restauró el ritmo sinusal a las 24 horas de haber suspendido la droga y administrado 5 grageas de Ritmochin.

En un caso con antecedentes de prolongadas crisis de aleteo auricular, tratadas infructuosamente con diversos agentes antiarrítmicos hasta el punto de abortar siempre sólo con cardioversión, sobreviene un nuevo paroxismo que es tratado con dosis progresivamente crecientes del producto hasta que en el 6º día se obtiene la conversión al ritmo sinusal. Reinstalado a los 7 meses el aleteo auricular bastó la administración de 15 grageas diarias de Ritmochin durante 2 días para obtener el restablecimiento del ritmo sinusal.

Los resultados logrados en 15 enfermos con fibrilación auricular crónica fueron sumamente satisfactorios pero varió grandemente la dosis exigida para la conversión. En un caso bastaron sólo 5 grageas para que se desfibrilara la aurícula al siguiente día, en otros 3 una dosis diaria de 4 a 5 grageas resultó efectiva en un lapso de 2 a 4 días y en otros 2 la administración de 3 grageas por día restauró el ritmo sinusal sin poder precisarse la fecha en que se produjo la conversión por haber reexaminado -- por razones ajenas a nuestra voluntad -- a uno de ellos recién al cabo de 10 días y al otro cuando habían transcurrido varios meses. En los otros 9 casos las dosis exigidas fueron mayores: hubo que llegar progresivamente hasta 10 grageas diarias en 3 casos, obteniéndose el restablecimiento del ritmo sinusal al tercer día de iniciada la terapia en uno y al 6º día en los 2 restantes; en los otros 6 la dosis útil fue de 15 grageas en el día, lográndose la conversión al 6º día de prescripto el tratamiento en 4, al 9º día en 1 y al 10º día en el que resta. Cabe recalcar con relación a estos casos que la mayoría no reunían las condiciones ideales para prever el logro de la desfibrilación, ya por la marcada antigüedad de la arritmia, ya por la extensión e intensidad de la cardiopatía subyacente en la mayoría de los casos de tipo degenerativo.

En lo que respecta al tratamiento preventivo de taquicardia paroxísticas supraventriculares o ventriculares o de aleteo o fibrilación auriculares los resultados fueron plenamente favorables y a veces espectaculares como puede inferirse del comentario pormenorizado de algunos de los casos.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El alto porcentaje de éxitos obtenidos con la administración del producto, confirma las conclusiones a que arribáramos en nuestra anterior publicación.

Pese a la opinión de algunos autores (2), el efecto individual de la quinidina y de la procainamida no es idéntico, pues cada una de ellas tiene sus indicaciones de elección: la quinidina en las arritmias auriculares, en el intento de restaurar el ritmo sinusal en la fibrilación auricular, en el tratamiento preventivo prolongado, etc., y la procainamida en las extrasístoles ventriculares, en la taquicardia ventricular, en las alteraciones del ritmo secundarias a una intoxicación digitalica, etc. Tales diferencias cuali o cuantitativas en los efectos de ambas drogas dan cuenta de los numerosos casos en que se obtiene éxito con el uso de una de ellas cuando se ha fracasado con la otra. Por ello, su administración simultánea tiene la ventaja del complemento en su acción farmacodinámica y la ampliación del espectro terapéutico.

Además, el uso de ambas a la vez permite comprobar una indudable potencialización de su acción antiarrítmica que acentúa en gran medida los efectos terapéuticos: es así como se explican los éxitos alcanzados con dosis relativamente pequeñas de la asociación medicamentosa, aún en aquellos casos en que habían fracasado dosis mucho mayores de una u otra droga administradas en forma individual (3,4).

Recuérdese a tal efecto que de 38 casos de fibrilación auricular en los que Goldman (5) fracasó en su tentativa de desfibrilación dando separadamente hasta 4 a 6 g diarios de quinidina o hasta 8 g de procainamida, logró en 19 la conversión con una dosis útil de 2 g de procainamida y 1,60 gramos de quinidina en 8, de 2 g de procainamida y 2,40 g de quinidina en

7, de 2 g de procainamida y 3,20 g de quinidina en 3 y de 3 g de procainamida y 4 g de quinidina en el restante.

De modo similar piénsese que en nuestros pacientes con extrasístolia la dosis útil osciló entre 0,30 g de quinidina con 150 mg de procainamida y 0,60 g de quinidina con 300 mg de procainamida y que en una taquicardia paroxística supraventricular y dos taquicardias paroxísticas auriculares con bloqueo a-v bastaron 0,50 g de quinidina con 250 mg de procainamida para hacer abortar el acceso; en lo que atañe a los casos con fibrilación auricular, la dosis exigida para la conversión varió en 6 pacientes entre 0,30 gramos de quinidina con 150 mg de procainamida y 0,50 g de quinidina con 250 mg de procainamida, importó en 3 enfermos 1 g de quinidina con 500 mg de procainamida y se elevó en los otros 6 casos a 1,5 g de quinidina con 750 mg de procainamida.

Este evidente sinergismo resultante de la administración simultánea de ambas drogas importa, como vemos, un menor requerimiento de las mismas, lo que permite una reducción correlativa de las dosis efectivas: a su vez, ello se traduce en una mayor tolerancia y la ausencia o sensible disminución de manifestaciones tóxicas o de efectos secundarios indeseables. Estas razones, unidas a las anteriormente expuestas, explican los halagadores resultados obtenidos en nuestro centenar de casos y reafirman nuestra íntima convicción de disponerse de un arma sumamente eficaz para la corrección o prevención de las arritmias.

RESUMEN

Se analizan los resultados logrados en la corrección o prevención de distintas arritmias con un nuevo preparado por vía oral en el que se asocian fundamentalmente la quinidina y la procainamida.

El material de estudio abarcó un centenar de pacientes portadores de muy diversas arritmias: extrasístolia aislada o en salvos de origen auricular, aurículo-ventricular o ventricular, taquicardias paroxísticas supraventriculares o ventriculares, aleteo auricular, fibrilación auricular crónica o repetidos accesos de taquicardia paro-

xismal o de crisis de aleteo o fibrilación auriculares.

Se destacan los resultados altamente satisfactorios obtenidos tanto en la corrección como en la prevención de tales arritmias y la ausencia de manifestaciones tóxicas o de efectos secundarios que ponen de relieve la efectividad y la excelente tolerancia de dicha asociación medicamentosa.

SUMMARY

Results obtained in the corrective or preventive treatment of different arrhythmies with a new oral preparation based on quinidine and procainamide are analyzed.

Material under study consisted of a hundred patients with the following different arrhythmies: extrasystoles of auricular, auriculoventricular or

ventricular origin, supraventricular or ventricular paroxysmal tachycardias, atrial flutter and atrial fibrillation.

The highly satisfactory results obtained in the correction and prevention of these arrhythmies and the lack of side or toxic effects underline the effectiveness and excellent tolerance of this drug association.

BIBLIOGRAFIA

1. Gonzáles Videla, J.: La Semana Médica, 134: 924, 1969.
2. Kayden, H. J.: Am Heart J., 70: 423, 1965.
3. Stepp, W.: Med. Klinik, 54: 644, 1959.
4. Pierau, F. K. y Dörner, J.: Nannyn-Schmiedeberg's Arch., 245: 70, 1963.
5. Goldman, M. J.: Am. Heart J., 54: 742, 1957.

cardiogoxin

DIGOXINA PURÍSIMA RECRISTALIZADA

AMPOLLAS: 0,5 mg de digoxina en 2 cm³ indistintamente por vía endovenosa e intramuscular.

No requiere dilución previa.

SUPOSITORIOS: 0,5 mg de digoxina y 0,5 g de diprofilina. El agregado de diprofilina, por su acción diurética y cardio-respiratoria, complementa la acción digoxínica.

TABLETAS: 0,25 mg de digoxina.

SIEMPRE

DISPONIBLE

EN

FARMACIAS

LABORATORIOS RIOPLATENSE S. A. C. I. I.