

## A PROPOSITO DE UNA OBSERVACION DE HERIDA DE AURICULA DERECHA \*

por los doctores

RODOLFO LUIS ROMERO, CARLOS A. CINGANO, PEDRO H. BLANES,  
CARLOS PASTOR y HECTOR BARO

El motivo primordial de esta publicación reside en que se trata de una herida penetrante de corazón que interesaba la vena cava superior y la aurícula derecha, lo cual le confiere singular gravedad; el segundo, que era relativamente de gran extensión y por último el tercero, que nos permite hacer algunas conjeturas sobre la patogenia de la fibrilación auricular, arritmia que presentó el enfermo durante su convalecencia.

El caso es el siguiente:

R. F., enfermero, de 24 años de edad, \*había sufrido minutos antes tres heridas de arma blanca, de las cuales la que nos interesa era de 3½ cms. de longitud en la zona paraesternal derecha, a nivel del cuarto espacio intercostal.

El examen físico debió ser muy rápido por los evidentes signos de gravedad, la palidez inicial crecía delante de nuestros ojos, excitado, inquieto; discreta hemorragia externa. No había ingurgitación yugular ni cianosis. En el hemitórax derecho, silencio respiratorio. El pulso, que inicialmente era bueno, se iba empujando por momentos, hasta llegar a ser casi impalpable; la tensión arterial en niveles muy bajos.

Se le practicó transfusión sanguínea a paso rápido y previa preparación se inicia la intervención quirúrgica a los 30 minutos aproximadamente de haber sido herido.

Al efectuar la toracotomía, fluye, de la cavidad pleural gran cantidad de sangre y en la exploración se reconocieron dos heridas, que sangraban abundantemente, de las cuales una interesaba el pericardio en unos cuatro centímetros y la otra el diafragma. Se trató primero la herida pericárdica, y se descubrió la lesión de la aurícula derecha que también afectaba la vena cava superior en su desembocadura. Se procedió a suturar; se trataron las heridas restantes.

La sangre aspirada del tórax alcanzó a tres litros y medio y se le practicaron durante el acto quirúrgico transfusiones por cuatro litros y medio.

Evolución: Con la medicación habitual, el enfermo se recuperó rápidamente y ya a las 24 horas la presión arterial y el pulso eran normales. La temperatura, que llegó al día siguiente a 38,5, cedió aparentemente a los antibióticos. En el cuarto día apareció brusco dolor en la parte posterior del hemitórax derecho, con sínto-

\* Instituto General San Martín, La Plata (Argentina).

mas clínicos y radiológicos de embolia pulmonar. Este cuadro no revistió mayor seriedad, y sin otras variantes dignas de mención fué dado de alta al cumplir el 15º día de su ingreso.

Al día siguiente concurrió, por haber experimentado palpitaciones y el examen clínico y electrocardiográfico descubrió fibrilación auricular, iniciándose tratamiento quinidínico.

### COMENTARIOS

Desde el punto de vista electrocardiográfico el primer trazado, 12 horas después de la lesión, mostraba el cuadro eléctrico común en las heridas del pericardio. La evolución posterior habitual, para este tipo de registros, consiste en un descenso (desde su primitiva elevación) del segmento ST, que se va acercando a la isoeletrica y al mismo tiempo se insinúa la negatividad acuminada de la onda T, la cual se mantiene en esta situación por un lapso de 3 ó 4 semanas. Esta evolución pudo seguirse en nuestros trazados.

En cuanto al tercer registro, corresponde a un fibrilò-aleteo auricular, que clínicamente persistió treinta horas y que es un resultado común de la manera de reaccionar del miocardio antes los estímulos más diversos y por ello no se justificaría citarla siquiera; pero hemos considerado interesante la aparición de esta arritmia, como consecuencia de una herida que interrumpió el anillo muscular pericava, el cual sería el origen según Lewis del "circus movement", considerada hasta hace poco, sobre todo entre los países de habla inglesa, como la explicación más lógica de la patogenia de la fibrilación auricular.

Sin embargo, desde la aparición de los trabajos de Scherf, Romano y Terranova, de Bijsma y van Dongen, de van Dongen y Taal y sobre todo los de Prinzmetal y colaboradores, ha variado el concepto sobre la patogenia de la fibrilación auricular. Estos últimos autores concluyen en lo inadmisibile de la teoría del movimiento circular, atribuyendo la arritmia a la aparición de un foco ectópico, del que nacerían las excitaciones y más aún, produciendo alrededor de ese centro incisiones o quemaduras, han completado la prueba de la falta del movimiento circular al no interrumpirse de este modo la fibrilación ya iniciada.

Como un complemento de los trabajos de índole experimental, pensamos que nuestro caso constituye un aporte interesante. En él se inicia una fibrilación que evidentemente estaba ligada con el proceso vivido 15 días antes: la herida auricular. No interesa por

el momento si fué el foco cicatricial el causante directo, ni cuál la causa determinante, sino que queremos llamar la atención sobre los siguientes hechos:

1º Enfermo que recibió una herida penetrante que interesó la vena cava superior y la aurícula derecha, extendiéndose un centímetro en la vena y dos y medio en la aurícula, sobre su borde derecho. Excepcional por el tamaño y localización.

2º Como consecuencia de ello estaba seccionado el anillo muscular pericava en una extensión apreciable. La herida se suturó por adosamiento del endocardio y como daba todavía sangre, se practicó surget sobre la misma.

3º Diecisiete días más tarde episodio de fibrilación auricular, que cede en treinta horas con tratamiento quinidínico y no repite.

4º Es lógico pensar que la cicatrización o cualquier proceso con ella relacionado ha originado el acceso arrítmico.

5º No puede desempeñar ningún papel en la patogenia del cuadro pasado, la teoría del movimiento circular desde que los anillos causantes de la propagación y el mantenimiento de esa arritmia (según Lewis) habían sido seccionados.

6º Aun pensando que se hubiera reconstituído el anillo, situación improbable por el tipo de sutura, resulta inadmisibles pensar que la propagación pudiera mantenerse con igual velocidad en tejido sano y cicatricial.

7º Creemos aparte del valor como casuística de las heridas de aurícula derecha y vena cava superior, que nuestro caso suma una demostración de importancia en favor de la activación de un foco heterotópico, como causante de la iniciación del acceso fibrilatorio y en contra del mantenimiento y propagación de acuerdo con la teoría del movimiento circular de Lewis.

#### RESUMEN

Se describe el caso de un hombre de 24 años que recibe una herida torácica que interesó la vena cava superior y la aurícula derecha seccionando el anillo muscular pericava. Diez y siete días después de la sutura aparece fibrilación auricular que cede rápidamente con quinidina. Se destaca este caso como argumento en contra de la hipótesis del movimiento circular de Lewis como génesis de la fibrilación auricular, dada la sección del mencionado anillo.

BIBLIOGRAFIA

1. *Lewis Thomas.* — The Mechanism and Graphic Registration of the Heart Beat. Ed. 3ª Shaw. Londres, 1925.
2. *Prinzmetal M., Corday, E. Brill, J. C. Sellers, A. L. Oblath, R. W. Frieg y Kruger H. E.* — Mechanism of the Auricular Arrhythmias. "Circulation", 1950, 1, 241.  
Mechanism of the Auricular Arrhythmias. "Circulation", 1950, 1, 241.  
*Kennamer S. R. y Osborne J. A.* — Auricular Fibrillation. "J.A.M.A.", 1951, 146, 1275.
4. *Scherf D., Morgenbesser L. J., Nightingale E. J. and Schaeffler K. T.* — Further Studies on Mechanism of Auricular Fibrillation. "Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.", 1950, 73, 650.
5. *Scherf D., Romano F. J. y Terranova R.* — Experimental Studies on Auricular Flutter and Auricular Fibrillation. "Am Heart J.", 1948, 36, 241.
6. *Van Dongenk y Taal A.* — Remarsk on the Mechanism of Heart Fibrillation. "Arch. Internat. de Pharmacodyn et de Therap.", 1950, 81, 129.

R É S U M É

Un homme de 24 ans reçut une blessure thoracique qui intéressa la veine cave supérieure en sectionnant l'anneau musculaire péricave. Di sept jours après la suture il apparut une fibrillation auriculaire qui ceda rapidement à la quinidine. On souligne ce cas comme un argument contre l'hypothèse du mouvement circulaire de Lewis comme génèse de la fibrillation auriculaire, étant donné l'interruption du dit anneau.

S U M M A R Y

A thoracic wound sectioning the superior vena cava and the muscular pericaval ring of the right auricle is reported. Seventeen days after surgical repair, auricular fibrillation developed, and was controlled with quinidine. Because of the accidental sectioning of the aforesaid muscular ring, the case is presented as a further proof against Lewis' theory of circular movement.

ZUSAMMENFASSUNG

Man beschreib den Fall eines 24 jährigen Mannes der eine Thorax verletzung erlitt die die Vena cava superior und den rechten Vorhof interessierte und den Muskelring und die Cava durchschnitt. Siebzehn Tage nach der Naht tritt Vorhofflimmern auf, welches durch Quinidin rasch behoben wird. Dieser Fall wird als Gegenbeweis gegen die Hypothese der Kreisbewegung als Ursache des Vorhofflimmerns von Lewis hervorhoben, da dr erwähnte Muskelring ja durchtrennt ist.