



Relato de ocho observaciones

por los doctores

LUIS GONZALEZ SABATHIE y OSVALDO A. ROBILOLO

La taquicardia paroxística es un accidente de presentación poco común en los niños y jóvenes, siendo aún más rara por debajo del primer año de vida.

V. J. Walsh y H. B. Sprague al relatar un caso de taquicardia paroxística en un niño de cinco años, señalan que en el período de 1892 a 1935, Taran y Jennings encontraron en la literatura 52 casos de taquicardia paroxística en niños de distintas edades (1940) ¹.

J. P. Hubbard (1941) ² en un importante trabajo en el cual presenta 9 casos de taquicardia paroxística en niños, ha hallado hasta el año 1940, 19 observaciones debidamente documentadas de taquicardia paroxística en menores de un año, desechando los casos en que la frecuencia elevada era debida a una enfermedad determinante.

Desde 1915 a 1947, hemos hallado en una prolija búsqueda 43 casos de taquicardia paroxística en niños menores de un año. (Cuadro I.)

Este trabajo tiene por objeto relatar nuestra experiencia de 8 observaciones, y señalar de ellas lo que consideramos más importante.

RELATO DE LAS OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN N^o 1. M. C. E. Edad: 13 días. Sexo: fem. Fecha: 1938.

Los antecedentes maternos son negativos. En 1938 y a la edad de 13 días se comprueba electrocardiográficamente una taquicardia paroxística supraventricular de 300 por minuto. La niña no presentaba una sintomatología franca, descubriéndose la anomalía del ritmo con motivo de un examen médico casual. Posteriormente refiere la madre que la paciente se hallaba algo inquieta no queriendo mamar. Niña cuyo examen no revelaba alteraciones orgánicas. La crisis duró de 3 a 4 días, habiendo sido tratada con quinidina. Fué vista nuevamente en 1940, 1942 y 1945. En esta fecha refiere la madre que la enfermita ha tenido 4 ó 5 crisis las que han sido dominadas por ella misma mediante la compresión ocular. La auscultación diariamente notándola algo agitada cuando está con la crisis. Durante este lapso no ha tenido ninguna enfermedad excepto algunos catarros. El examen cardiovascular completo es negativo. La hemos visto por última vez en abril de 1948, gozando de perfecto estado de salud. Ha repetido sus crisis en dos oportunidades más. (Figura 1).

* Trabajo presentado al III Congreso Interamericano de Cardiología. Junio 1948. Chicago.

OBSERVACIÓN N° 2. O. G. Edad: 5 meses. Sexo: masc. Fecha: 1942.

Entre sus antecedentes observamos que la madre tuvo un parto distósico, necesitándose la cesárea. En el momento de nacer fué examinado no hallándose nada anormal. En 1924 y a la edad de cinco meses tiene un ataque de taquicardia esa época hasta mayo de 1947 en que es visto por última vez ha tenido en 3 ó 4

CUADRO I

	Fecha	Edad	Tipo	Proc.	
1)	Lewis	1915	3m.	fl.a	290
2)	O'Flyn	1925	8m	?	245
3)	Merley	1925	4d	?	180
4)	Schuster, Paterson	1925	59d	?	200
5)	Colgate, Mc Calloch	1926	24d	?	291
6)	Colgate, Mc Calloch	1926	21d	?	250
7)	Blus	1926	2m	?	270
8)	Poyton, Willie	1926	4m	fl.a	250
9)	Russell, Ellison	1927	4m	?	270
10)	Doxindos	1930	7d	tps	240
11)	M. Van Cleve	1930	7m	?	225
12)	Carr, Mc Clure	1931	pn	fl.a	
13)	Hecht	1932	8d	fl.a	
14)	Duken	1933	14d	?	300
15)	Tollas	1933	pn	?	
16)	Sherman, Schless	1934	1m	fl.a	232
17)	Farr, Weyman	1935	21d	?	300
18)	Weyman, Egbert	1935	10m	?	240
19)	Soeters	1936	4m	?	300
20)	Lyon	1937	4m	fl.a	310
21)	Taran, Jeanings	1937	7d	?	275
22)	Powers, Le Compto	1938	8m	?	200
23)	Campbell	1937	1m	?	300
24)	Puglisi	1939	10d	?	345
25)	Pyschel	1939	27d	tps	275
26)	Hubbard	1939	1m	tps	270
27)	Hubbard	1934	4m	tps	300
28)	Hubbard	1937	21d	tps	274
29)	Hubbard	1939	14d	tps	300
30)	Hubbard	1939	1m	tps	260
31)	Hubbard	1939	21d	tps	299
32)	Hubbard	1939	7m	tps	305
33)	Hubbard	1940	10d	tps	270
34)	Hubbard	1940	13d	tps	220
35)	Hobbs	1941	2m	?	292
36)	Bass	1942			
37)	Tarnower, Luttier	1942	rn		
38)	Hubbard, Starfueck	1943	2m	?	350
39)	Araña, Kreutzer	1943	rn		
40)	Vozina	1944	4m	?	350
41)	Howard	1945	4d		
42)	Del Carril, Kreutzer	1945	25d	tps	214
43)	Garvin, Kline	1947	pn	tps	200

TAQUICARDIA PAROXÍSTICA EN NIÑOS

paroxística supraventricular con frecuencia de 250 por minuto. La crisis duró tres días, terminando espontáneamente. No tuvo sintomatología aparente. Desde esa época hasta mayo de 1947, en que es visto por última vez, ha tenido en 3 ó 4 oportunidades ataques breves de taquicardia que han cesado espontáneamente. El examen cardiológico completo efectuado en esa época es negativo.

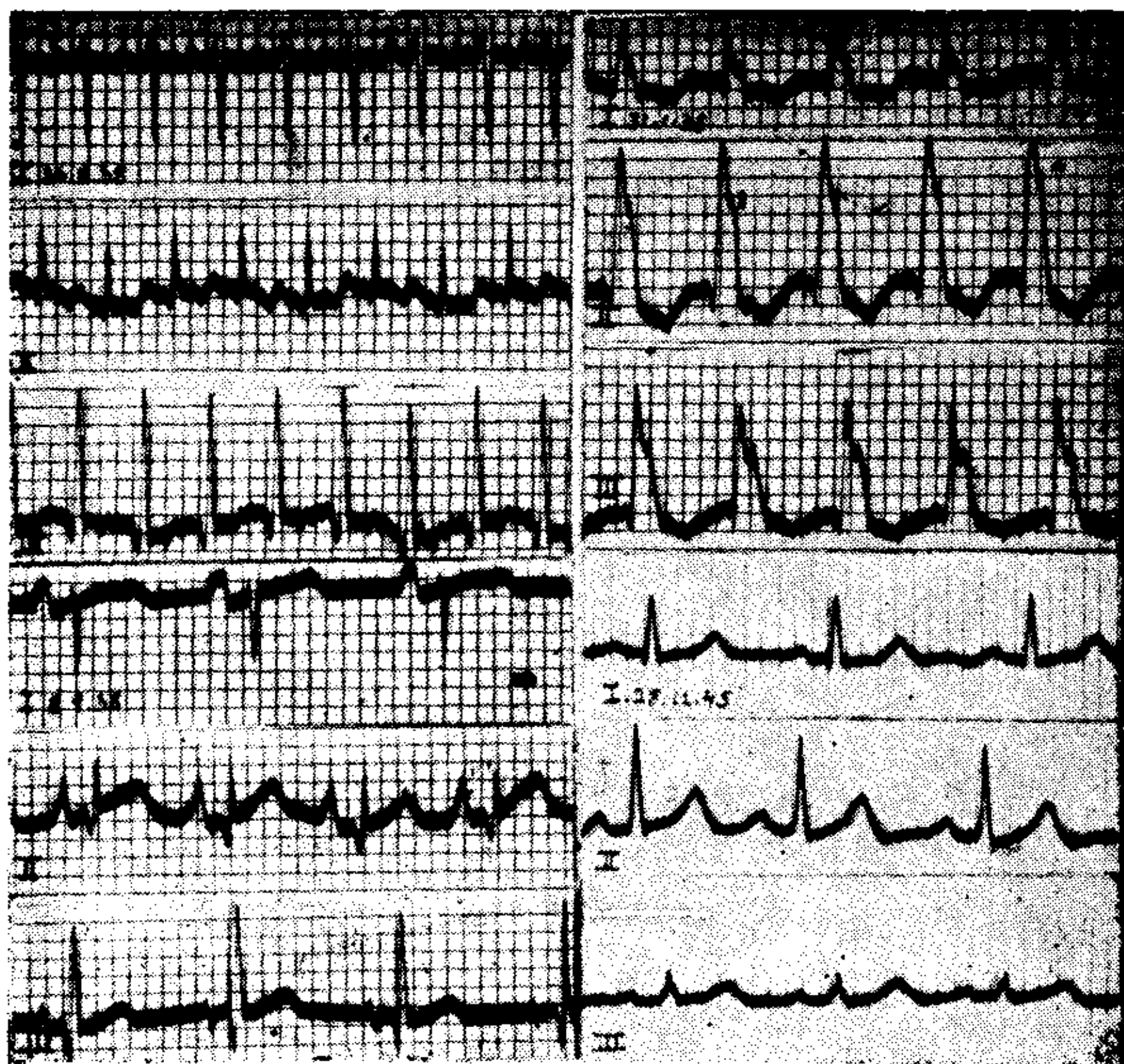


FIG. 1

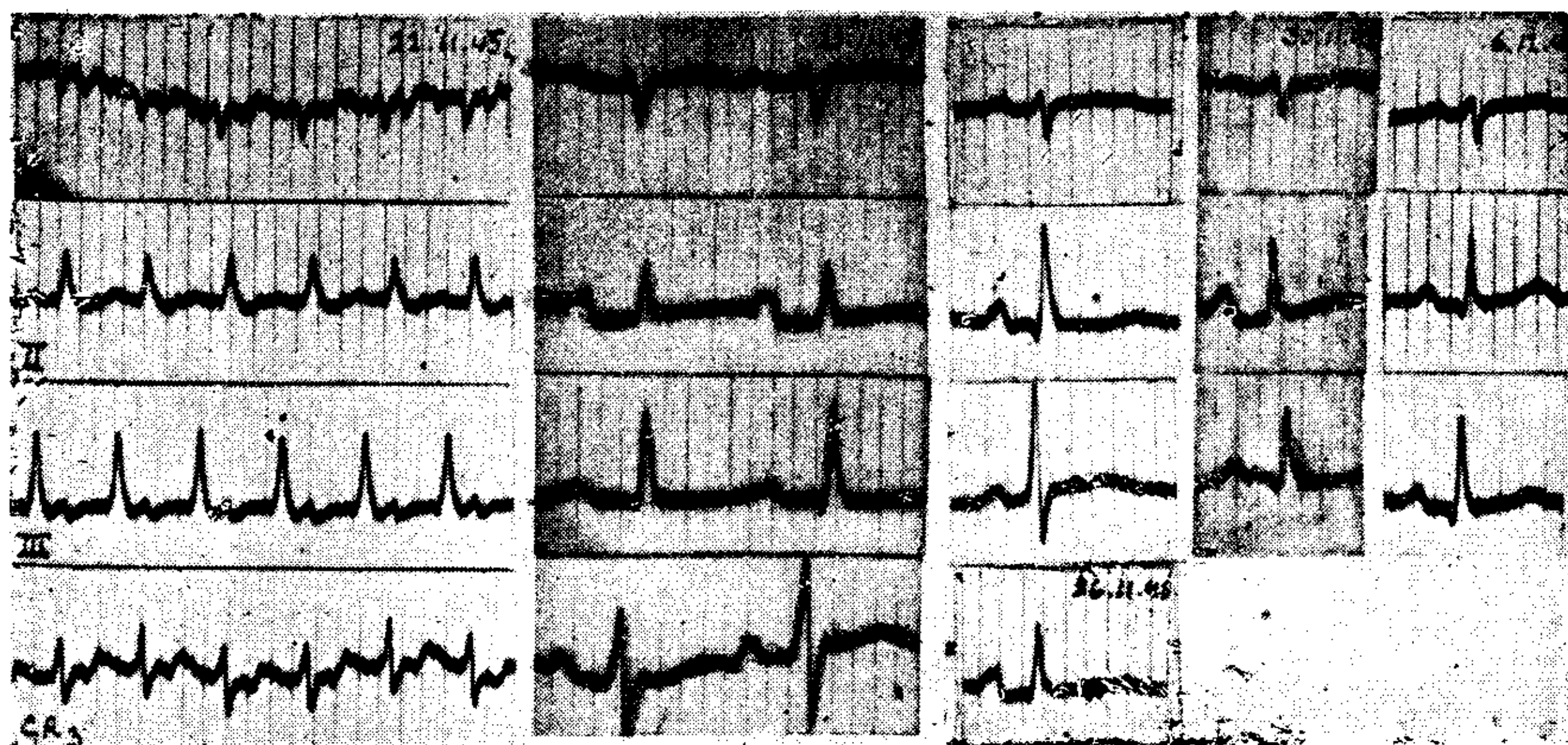


FIG. 2

OBSERVACIÓN N° 3. L. B. Edad: 22 días. Sexo: masc. Fecha: 1945.

Se trata de un niño nacido a término, en parto distósico, presentación de

cara, habiendo tenido convulsiones después del nacimiento y presentando una deformación de la cabeza. En 1945 a los 22 días de edad la madre le nota llanto prolongado, negándose a mamar. Además observan los familiares agitación, palidez por momentos y un color morado. El electrocardiograma revela la taquicardia paroxística supraventricular con frecuencia de 300 por minuto. Se administra quinidina, cesando la crisis al tercer día. Desde entonces y hasta la fecha no ha repetido su primer crisis. El examen cardiológico completo es negativo. (Figura 2).

OBSERVACIÓN N° 4. L. N. Edad: 15 días. Sexo: fem. Fecha: febrero de 1946.

Durante el embarazo la madre tiene al sexto mes una fuerte intoxicación, presentando además albuminuria. Parto en presentación de cara. En febrero de 1946 a los 15 días de edad nota la madre agitación, dificultad para la succión y llanto prolongado, además al cambiarla, observa que el corazón late muy ligero por lo cual consulta. El electrocardiograma revela la taquicardia paroxística supraventricular de 266 contracciones por minuto. Se administra quinidina. La crisis dura dos días, repitiendo con frecuencia de 210 por minuto al día siguiente

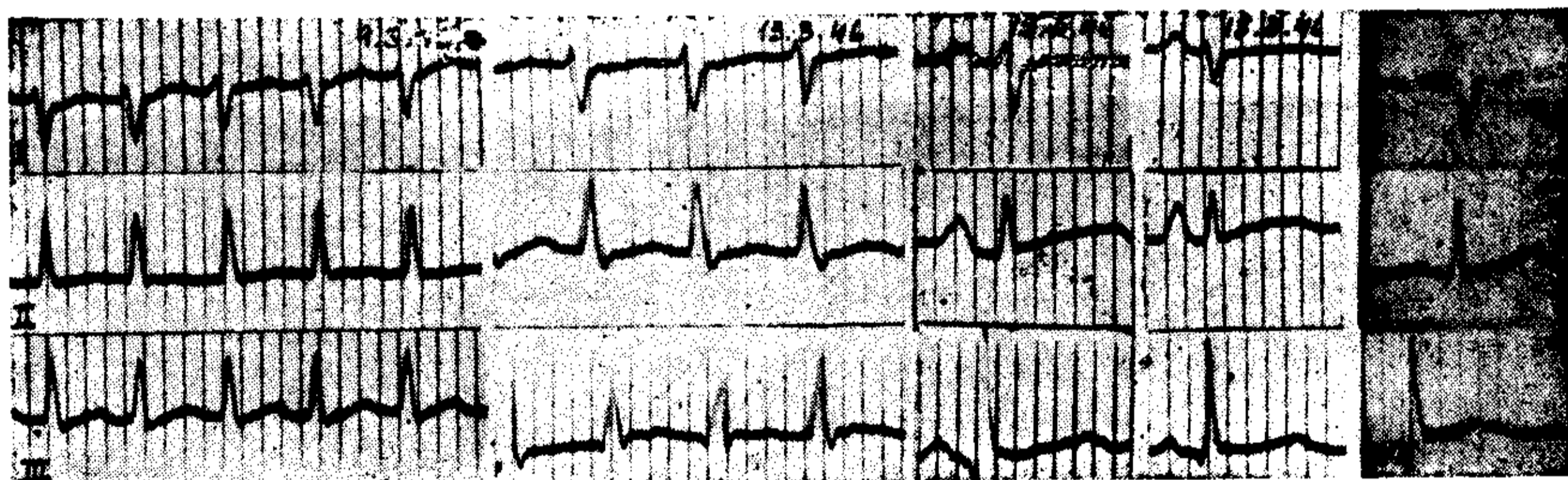


FIG. 3

de finalizada. Se vuelve a administrar quinidina, durando un día y medio. La volvemos a ver en abril de 1948, la madre nos refiere que en marzo de 1947 la niña tuvo un ataque de palpitaciones que duró horas, pasando espontáneamente. El examen revela un moderado agrandamiento cardíaco, desviación del eje eléctrico a la derecha (actualmente tiene 27 meses de edad) y arritmia por trastorno de la actividad sinusal. La auscultación es negativa y no hay síntomas de insuficiencia cardíaca. (Figura 3).

OBSERVACIÓN N° 5. R. C. C. Edad: 10 días. Sexo: fem. Fecha: abril de 1946.

Niña nacida a término, presentando después del nacimiento ictericia y hepatomegalia. En abril de 1946 y a los ocho días de edad le notan por la mañana inapetencia, inquietud y llanto prolongado. Durante la noche anterior había estado muy molesta. Es revisada dos días después de la iniciación de sus molestias, notándosele intranquilidad, quejido, gran taquicardia, imposible de contar. El electrocardiograma revela taquicardia paroxística supraventricular con una

TAQUICARDIA PAROXÍSTICA EN NIÑOS

frecuencia de 316 por minuto. Además, el examen comprueba discreta hepatomegalia, no agrandamiento cardíaco, palidez y ligera disnea. Se le administra quinidina y digitalina. La crisis duró cuatro días. (Figura 4).

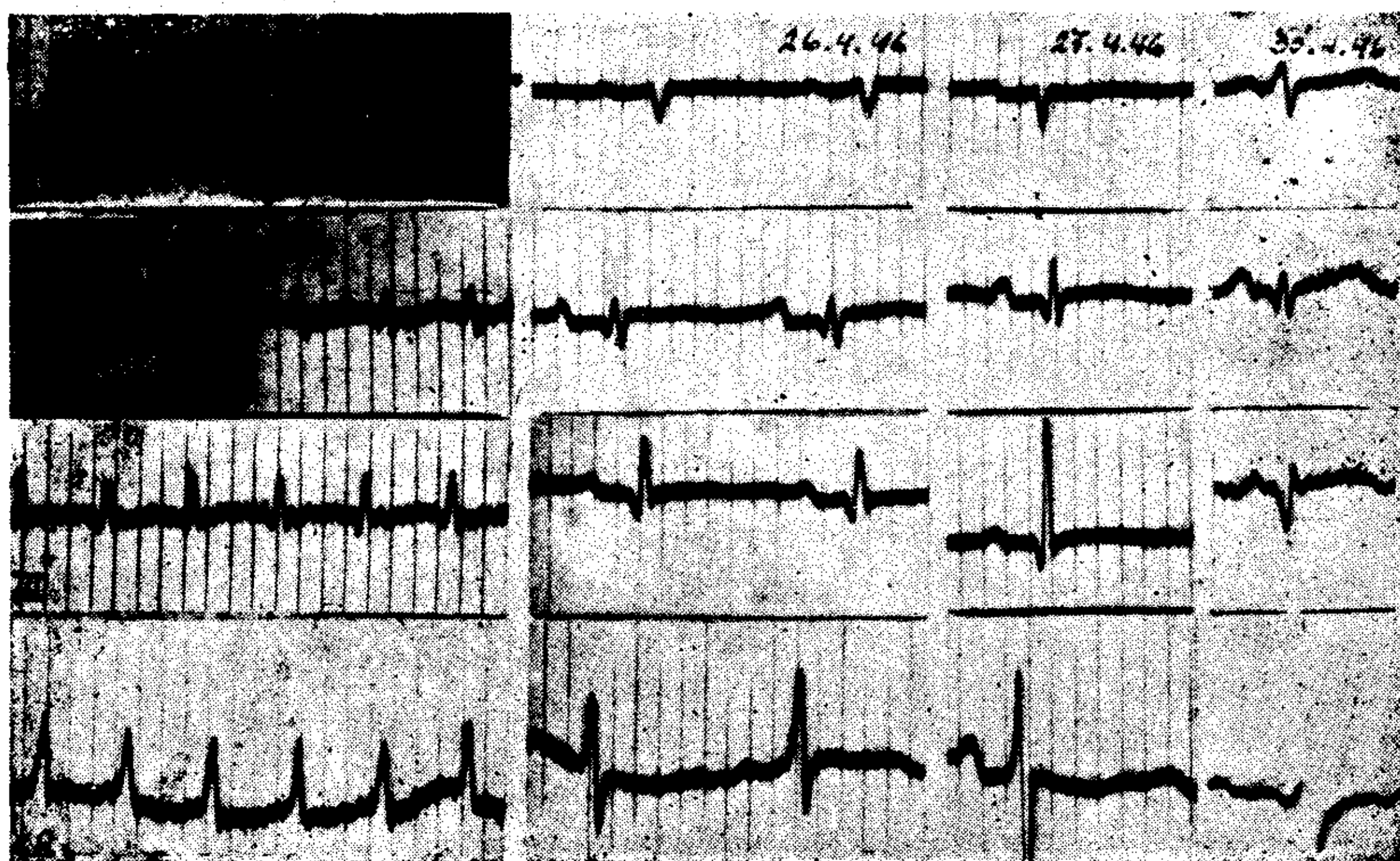


FIG 4

Cuatro días después de la terminación de su primer ataque la madre la nota nuevamente muy agitada, observando gran taquicardia. Una vez más se administra quinidina y digitalina, desapareciendo la taquicardia en un lapso de un día y medio. La hemos visto nuevamente en setiembre de 1946, enterándonos que padeció de un nuevo ataque en julio de ese año, pasando con la ingestión de quinidina. La última vez que concurrió a nuestra consulta fué en abril de 1948, no ha repetido sus crisis y el examen cardiológico completo es negativo.

OBSERVACIÓN Nº 6. P. T. Edad: 9 meses. Sexo: masc. Fecha: julio de 1946.

Nacido normalmente. No ha tenido alternativas de importancia excepto algunas corizas y bronquitis frecuentes. A las dos de la mañana observan los familiares que el niño se queja, presentando una fatiga intensa y mal color. Hacía ya por lo menos tres o cuatro días que le notaban que su corazón latía muy fuerte. El facultativo que lo examina establece el diagnóstico clínico de taquicardia paroxística. La inspección del niño revela disnea intensa, palidez y ligero tinte cianótico; estado general bueno en cuanto a nutrición. Afebril. A la inspección se observan latidos epigástricos muy rápidos, imposibles de contar, transmitidos a la región precordial.

La auscultación muestra taquicardia incontable. Además hepatomegalia a dos traveses de dedo. Angustia e inquietud, Luego de realizar las maniobras mecánicas, que fracasan, se le administra coramina, oxigenoterapia y digitalina. Se

nos solicita un electrocardiograma, tomado el cual revela taquicardia paroxística supraventricular con frecuencia de 342 por minuto. A las once de la mañana se comprueba que la hepatomegalia aumenta de tamaño. A las trece horas nuevamente intensa inquietud, desesperación, angustia, enfriamiento y palidez. El médico de cabecera continúa suministrando digitalina, comenzando a suministrarle quinidina. El paciente fallece con el mismo cuadro a las 17 horas. Los datos que hemos referido fueron proporcionados por el médico que atendía al niño, el cual solicitó el electrocardiograma que realizamos. (Figura 5).

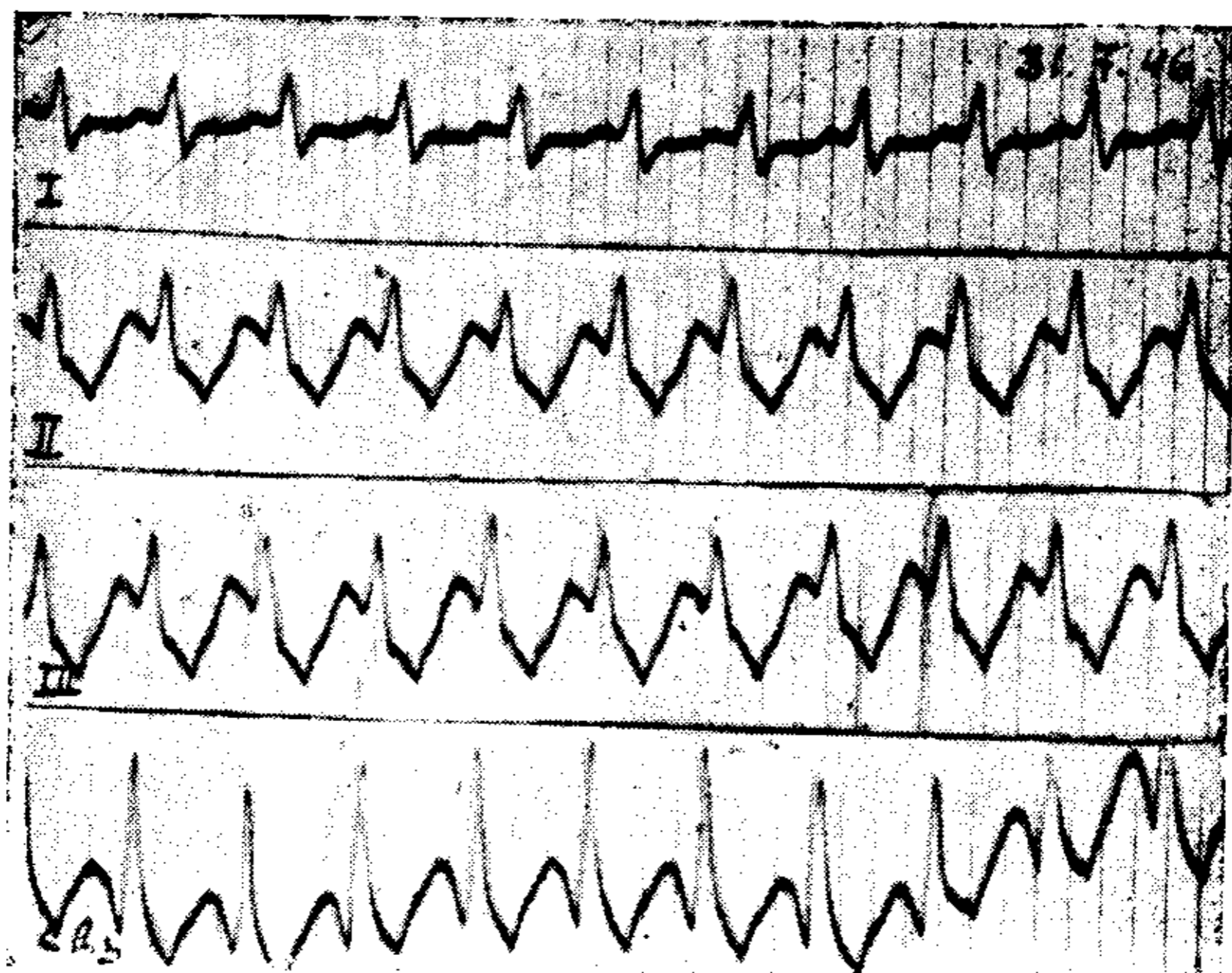


FIG. 5

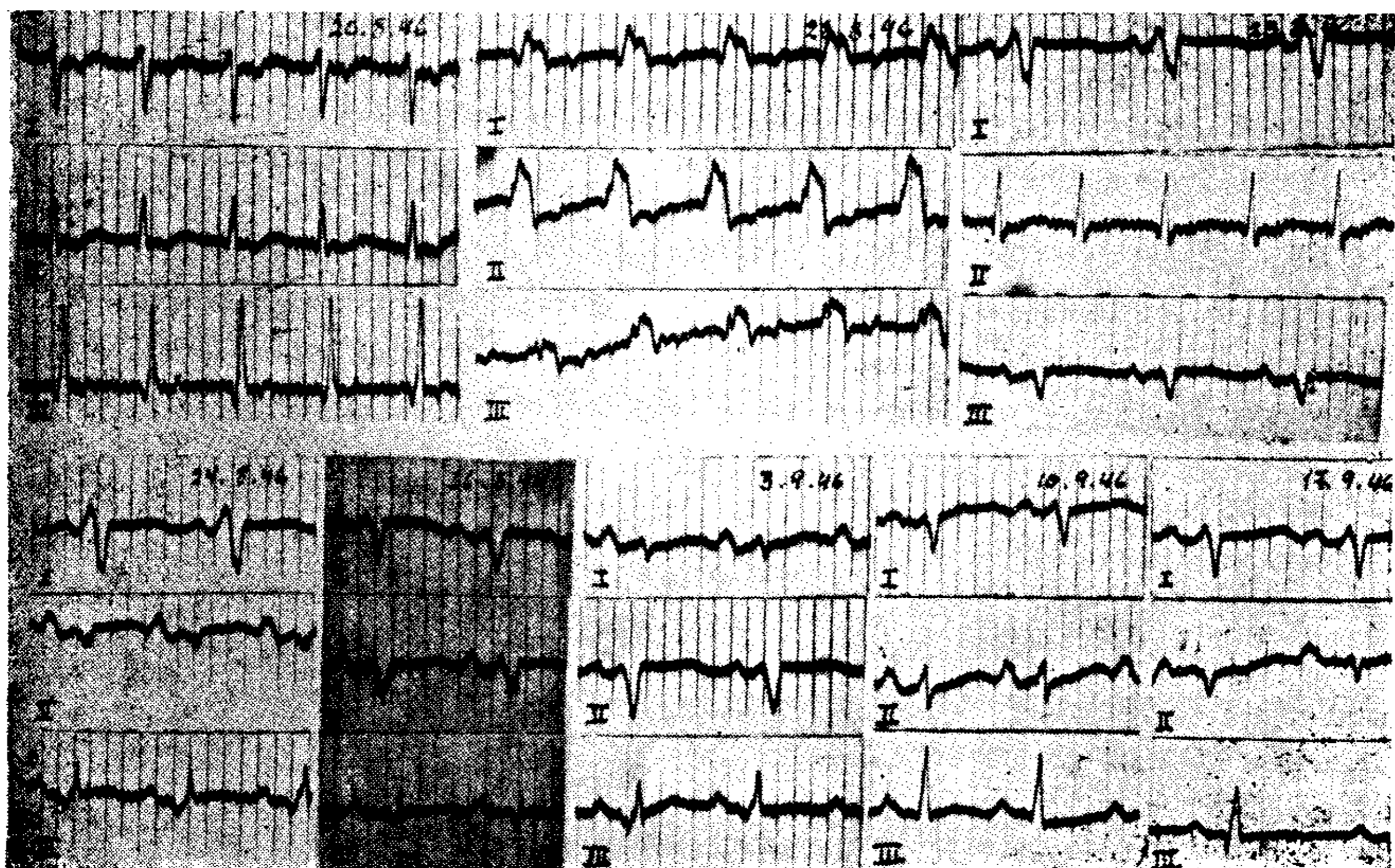


FIG. 6

TAQUICARDIA PAROXÍSTICA EN NIÑOS

OBSERVACIÓN N^o 7. O. G. Edad: 3 días. Sexo: masc. Fecha: agosto de 1946.

Durante el embarazo la madre ha tenido un prurito genital intenso y dolor lumbar. Tuvo una caída sentada de cierta intensidad. Nació 10 días antes de la fecha que había sido prevista, siendo el parto normal. Inmediatamente después de nacer le notaron que no quería mamar por cuyo motivo se lo alimenta a cucharaditas. En agosto de 1946, a los tres días de edad, consultan porque el niño presenta vómitos de color marrón, hallándose una gran taquicardia.

El electrocardiograma comprueba la taquicardia paroxística supraventricular con frecuencia de 240 por minuto. Se administra quinidina. La crisis duró tres días. Repitieron en dos oportunidades, haciéndose cesar una de ellas mediante la compresión ocular. El paciente es visto por última vez en abril de 1948, encontrándose en excelente estado de salud, siendo negativo el examen cardiológico completo realizado. (Figura 6).

OBSERVACIÓN N^o 8. A. C. Edad: Sexo: masc. Fecha: noviembre de 1946.

Se trata de un niño de 25 días que estuvo internado en un hospital de esta ciudad por infección umbilical, teniendo en esa oportunidad un ataque de taquicardia paroxística. Algunos días después, padeciendo siempre su proceso infeccioso umbilical, repite el ataque, comprobándose en el electrocardiograma una taquicardia supraventricular con frecuencia de 240 por minuto. Se administra quinidina, cediendo la crisis. Es dado de alta, no siendo examinado más el paciente y conociéndose que una noche bruscamente el niño fallece de un síncope. La presente observación no fué tratada ni estudiada clínicamente por nosotros, ya que únicamente pudimos realizar el electrocardiograma. (Figura 7).

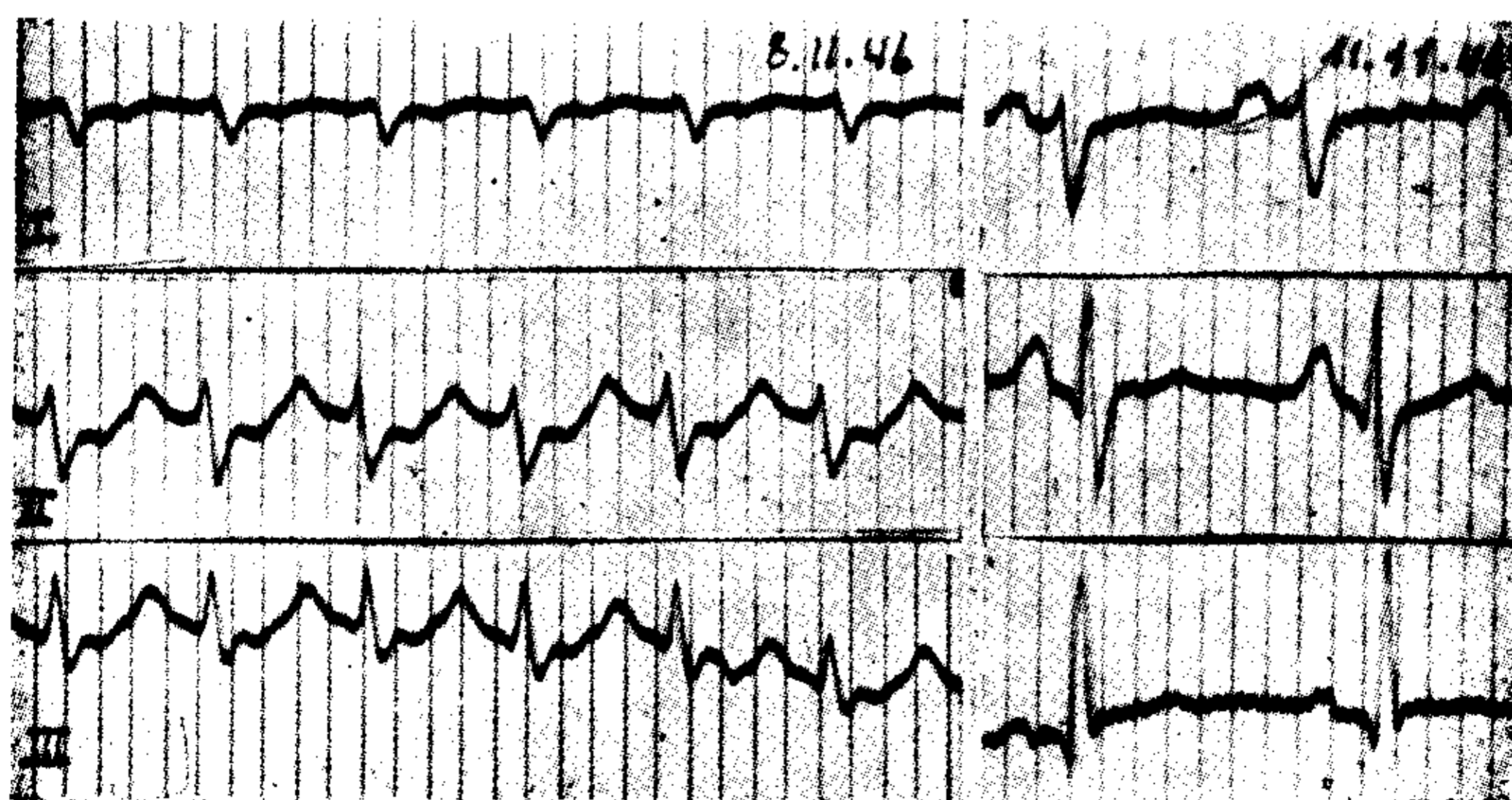


FIG. 7

RESUMEN DE LAS OBSERVACIONES. (Cuadro II)

De nuestros 8 casos, 6 se hallaban por debajo del primer mes de vida (3, 8, 13, 15, 22 y 25 días). Las otras dos observaciones son de 5 y 9 meses.

Los síntomas de comienzo han sido variables: llanto prolongado, inquietud, palidez, negativa para mamar, vómitos, agitación, etc. En dos ocasiones los mismos familiares observaron la extraordinaria aceleración de la frecuencia cardíaca, lo cual motivó la consulta posterior, y en un caso la taquicardia paroxística fué descubierta a raíz de un examen médico casual.

La observación 6 llegó a la consulta con un cuadro franco de insuficiencia cardiocongestiva.

Al examen clínico, además de los síntomas ya mencionados, llamaba particularmente la atención la frecuencia cardíaca a menudo extraordinaria que hacía imposible su recuento.

Entre los antecedentes maternos, durante el embarazo, existe una observación de fuerte toxemia y albuminuria, otra de trau-

CUADRO II

Nombre	Fecha	Edad	T. de Taquic.	Frec.	Durac.	Rep.	Sints.	ICC	A.K.	A.P.	Evol.	Trat.
M.C.	1938	13d	tps	300	4d	si	no	no	no	no	b.	q.-c.o.
G.O.	1942	5m	tps	250	3d	si	no	no	no	no	b.	no
L.R.	1945	22d	tps	300	2d	no	si	no	si	si	b.	q.
L.C.	1946	15d	tps	266	2d	si	si	no	si	no	b.	q.
R.C.	1946	8d	tps	316	4d	si	si	si	no	si	b.	q.-dig.
P.T.	1946	9m	tps	342	-	-	-	si	-	-	f.	no
O.G.	1946	3d	tps	240	3d	si	si	no	si	no	b.	q.-c.o.
A.C.	1946	25d	tps	240	-	si	-	no	no	si	f.	q.

matismo violento. En dos casos parto distósico con presentación de cara.

Como antecedentes de los niños, uno tuvo convulsiones después de nacer, otro ictericia y hepatomegalia y un tercero una infección umbilical.

Los electrocardiogramas obtenidos durante los ataques revelan como dato común a todas las observaciones la desviación del eje eléctrico a la derecha.

Todas las taquicardias responden al tipo supraventricular, siendo de origen infranodal cuatro de ellas (obs. 1, 3, 7, 8) dos nodales (4, 5) y aleteo auricular 1:1 la observación número 6. Las frecuencias halladas fueron: 300, 250, 300, 266, 316, 342, 240 y 240 contracciones por minuto.

En dos casos (obs. 1 y 7) la crisis taquicárdica fué seguida de una taquicardia de menor frecuencia, 200 por minuto, en las dos ocasiones con las características de una taquicardia ventricular, complejo QRS ancho y mellado con onda T opuesta a la deflección principal y teniendo en conjunto los complejos de las tres derivaciones el aspecto de lo que antes se llamaba bloqueo de rama concordante.

La duración de las crisis osciló entre 2 y 4 días.

El niño de la observación número 6, que como ya se mencionó anteriormente, llegó a nuestra consulta en insuficiencia cardiocongestiva, falleció sin que cesara la crisis taquicárdica y antes de que se pudiera iniciar el tratamiento. En cambio en el caso número 5, se pudo observar antes de que fuera dominada la crisis taquicárdica, la aparición de síntomas de insuficiencia cardiocongestiva que cedieron al tratamiento.

Después de cesada la crisis todos los niños acusaron un excelente estado general al examen clínico.

Fué posible realizar el examen radiológico en seis casos, siendo normal en todos menos en la observación número 4, que reveló un discreto agrandamiento cardíaco.

El electrocardiograma mostró trastornos de conducción intraventricular, aunque con distintas características, en los casos 4 y 7, desapareciendo en ambos antes de los dos meses.

El análisis de los trazados obtenidos después de las crisis mostró modificaciones muy marcadas de la onda P y segmento PQ. En algunos (obs. 1, 3, 4, 8) los trazados tomados inmediatamente después de cesados los ataques mostraron verdaderas ondas P gigantes por su ancho, altura y la modificación de su contorno. Estas modificaciones de la onda P retrocedieron en un lapso no mayor de un mes.

Se observaron también modificaciones del segmento PQ tanto en su largo como en cuanto a su desnivel, siempre negativo. La observación número 3 es la que muestra en este sentido más notoriamente estas modificaciones.

Por último, cabe destacar el aplanamiento de la onda T en todas las derivaciones.

En resumen, en los casos por nosotros observados se compro-

baron modificaciones en todo el complejo electrocardiográfico reversibles en un lapso que osciló entre 4 y 28 días.

COMENTARIOS

La taquicardia paroxística puede presentarse antes de nacer. Tales las observaciones de Carr y Mac Clure, en 1930³, Tollas en 1933⁵ y la de Garvin y Kline en 1947⁴. En estas tres oportunidades se diagnosticó la taquicardia paroxística antes del parto por la auscultación de los latidos fetales. En el primero de los casos se notó una marcada irregularidad cardíaca de tipo variable durante el último mes de la gestación. A las 26 horas y media después del nacimiento se registró flutter auricular 2:1 y 3:1 en el electrocardiograma.

La observación de Garvin y Kline es más reciente (1947). En el sexto mes de la gestación los latidos se auscultaron con frecuencia de 200 a 250 por minuto, persistiendo en todos los exámenes posteriores hasta el nacimiento. A término nace una niña sin anomalías orgánicas, notándose únicamente la taquicardia paroxística de origen supraventricular y un ligero agrandamiento cardíaco. Luego de ser dominada la taquicardia paroxística, la niña no presenta ninguna anomalía.

Los autores⁴ emplean el término de taquicardia paroxística congénita, denominación a nuestro juicio inadecuada. En efecto, el concepto de afección congénita involucra un trastorno de carácter permanente, de allí que los términos paroxística y congénita tiendan a rechazarse, no debiendo ser empleados simultáneamente. Propondríamos como más cercano a la realidad en estos casos la denominación de Taquicardia Paroxística Prenatal.

Doxiades (1930)¹⁰ observa un niño de 7 días que padece de taquicardia paroxística sin síntomas de cardiopatía congénita. Repitió varias veces los ataques.

A. Puglisi (1939)¹² presenta una observación de una niña de 10 días que padece de taquicardia paroxística nodal.

Existen otros relatos de taquicardia paroxística en niños menores de un mes^{6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21}, los reunimos con las taquicardias paroxísticas en los niños menores de un año, en el cuadro respectivo (figura II).

La sintomatología de la afección se presenta en forma variable.

Puede pasar inadvertida muchas veces, debido a que las manifestaciones subjetivas del niño son pobres, a lo cual se une la dificultad para el examen por el llanto y la intranquilidad. Además el ataque se tolera bastante bien y recién después de varias horas podrá presentarse algún signo o síntoma que revele la anormalidad. En otras ocasiones podrá notarse intranquilidad, vómitos, palidez, dificultad respiratoria, respiración acelerada, dificultad para la succión, cianosis. A veces lo primero en notarse es el aumento de la frecuencia cardíaca. Posteriormente y en algunos enfermos puede presentarse hipertermia, leucocitosis, hepatomegalia, congestión pulmonar y si la taquicardia no se detiene, insuficiencia cardíaca congestiva que podrá terminar con el fallecimiento del niño. Si el ataque es lo suficientemente prolongado se observa evidente agrandamiento cardíaco.

El tiempo en que el niño tarda en desarrollar síntomas de insuficiencia cardíaca es muy variable, ya que depende de la intensidad del ataque, de la tolerancia del paciente, del número de ataques anteriores, etc.

La duración de los accesos es asimismo variable. Desde pocas horas hasta los 9 días. Los casos de Hubbard duraron de 1 a 8 días.

Las mayores frecuencias cardíacas registradas son: la observación de Puglisi (1939)²³ con 345 por minuto, taquicardia paroxística nodal; las de Hubbard y Starfuck (1943)²² y Vezina (1944)²³, ambas con 350 contracciones por minuto.

En cuanto a los tipos de taquicardia paroxística encontrados, se relatan de origen auricular, nodal y ventricular. De los 9 casos de Hubbard² todos responden al tipo de taquicardia paroxística supra-ventricular. Dos casos son taquicardias nodales y los siete restantes auriculares, no habiendo en ninguno pruebas claras de flutter auricular.

Algunas veces existe un factor determinante de las taquicardias, pero la mayoría de los casos no presentan causa etiológica demostrable.

En algunas observaciones la taquicardia se presentó en niños que padecían de cardiopatía congénita¹². En el caso de Lyon (1937)²⁴ el enfermo tenía una meningitis estreptocócica.

Algunos autores creen que en los niños hay menor tendencia a la repetición de los ataques que en el adulto. Nuestra experiencia

nos demuestra sin embargo, en casi la totalidad de los casos, una franca tendencia a la repetición de los accesos.

J. P. Hubbard² señala que de sus 9 observaciones comprendidas desde 1930 a 1940, 6 de ellas han sido hechas en el curso de un solo año, por lo cual considera que esta clase de arritmia no debe ser tomada como tan rara. Las observaciones que presentamos han sido llevadas a cabo en un lapso corto, ya que de los 9 casos, 5 lo fueron en un mismo año, por lo cual podemos asociarnos a lo indicado ya por Hubbard y a pesar de la escasa cantidad de relatos hallados en la literatura, creemos que se debe tener siempre presente a esta condición frente a un lactante o niño que la haga sospechar.

En cuanto al tratamiento, las maniobras mecánicas son raras veces eficaces en el niño. No obstante en nuestros casos la compresión ocular dió buen resultado en dos oportunidades.

De las sustancias medicamentosas utilizadas en los accesos de taquicardia paroxística unas actúan preferentemente sobre los nervios extracardíacos y otras son de acción cardíaca preponderante.

Entre las primeras se han utilizado: a) las vagomiméticas: eserina o fisostigmina y los derivados de la colina. Hubbard usó el Clorhidrato de Mecholyl presentándose un grave cuadro de insuficiencia circulatoria con colapso, siendo necesario administrar atropina endovenosa. Como el Mecholyl presenta el mismo inconveniente, no cree prudente usarlo en niños tan pequeños antes de probar otros medicamentos. Walsh y Sprague (1941)¹ relatan una observación de taquicardia paroxística en un niño de 5 años de edad, cuyo ritmo normal fué restaurado por el uso del Mecholyl subcutáneo en dosis de 10 mgs. Fué necesario administrar atropina. M. J. Del Carril, Kreutzer y Díaz Bobillo (1944)²¹ frenan una taquicardia paroxística en un recién nacido con Prostigmin endovenoso. Usaron 6 décimos de la ampolla (3 décimos de mgr. de droga activa) provocando un shock gravísimo que obligó a administrar 1½ mgr. de atropina y hacer respiración artificial. Consideran que no se debe sobrepasar por esta vía los 4 décimos de la ampolla en el recién nacido.

Entre las segundas se utilizan: a) digital. Hubbard ha usado en el tratamiento de sus casos la digital en forma de Digifolina intramuscular, creyendo que la digital constituye la droga de elección. La dosis de Digifolina usada fué de 0,05 a 0,10 gms. inicial-

mente, siendo repetida cuando era necesario. A un niño de 4 kgs. de peso se le administró 0,30 gms. de Digifolina. El autor cree que no debe usarse la digital en mayor cantidad que la administrada para el adulto proporcionalmente. Con la digital ha tenido pleno éxito en el cese de la taquicardia. Si ésta tiene tendencia a repetir administra una dosis de mantenimiento de 0,05 gms. de digital.

Floyd Hobbs (1941)²⁵ en una observación de 2 meses de edad usa la digifolina subcutánea con buen éxito. Cree que la digital es la mejor droga para esta condición, especialmente si hay descomposición cardíaca.

b) Quinidina o quinina. Desde 1938, fecha de nuestra primera observación, hemos usado para el tratamiento de las taquicardias paroxísticas en los niños el sulfato de quinidina. No conocemos que hasta esa fecha hubiese sido utilizado en tales condiciones. En 1947 Garvin y Kline⁴ lo usan en un recién nacido.

Lo hemos administrado por vía oral en dosis de 0,05 gms. por vez con intervalos variables entre 5 y 6 horas, aumentando dicho intervalo a medida que la frecuencia cardíaca disminuía. Como dosis de mantenimiento 0,05 gms. cada 12 horas.

Anteriormente nos hemos referido a las modificaciones en el complejo electrocardiográfico registradas después de las crisis. Como en todos los casos en que se pudo observar estos trastornos se utilizó en el tratamiento el sulfato de quinidina, queda por aclarar si las modificaciones observadas constituyen un síndrome post-taquicárdico directamente relacionado con la droga o bien con la repercusión miocárdica de las crisis.

También hemos utilizado en dos de nuestros casos la digital por existir signos de descompensación cardíaca.

RESUMEN

Se relatan 8 observaciones de taquicardia patoxística en niños menores de un año que sumadas a las 43 observaciones de la literatura elevan a 51 las aportaciones sobre esta rara entidad clínica.

Entre los años 1938 y 1946 se hallan comprendidos nuestros 8 casos; consideramos importante que 5 de ellos pudieron estudiarse en el transcurso de un año.

Todas responden al tipo de taquicardia paroxística supraventricular.

Seis de las observaciones evolucionaron bien, falleciendo dos de ellas, una por síncope alejado de las crisis y otra por insuficiencia cardíaca durante el ataque.

Se detalla el cuadro clínico que ha acompañado cada caso analizando la sintomatología, tipo y frecuencia de las taquicardias, duración de los ataques, repetición de los mismos, desarrollo o no de insuficiencia cardíaca, antecedentes maternos, coexistencia de otras enfermedades y evolución.

Además se realiza el examen detenido de los electrocardiogramas comprobando la existencia de un síndrome post-taquicárdico.

Se comenta la taquicardia paroxística en los niños menores de un año sobre la base de los relatos ya aparecidos.

Se propone el término de Taquicardia Paroxística Prenatal en lugar de Taquicardia Paroxística Congénita ya empleado para los casos observados antes del parto.

Se analiza la terapéutica empleada hasta el presente y se describe la forma en que se ha utilizado el sulfato de quinidina por boca, con éxito y sin inconvenientes. En dos oportunidades las maniobras de excitación vagal fueron capaces de detener la taquicardia paroxística*.

BIBLIOGRAFIA

1) Citado en el trabajo

1. Walsh, B. J. y Sprague, H. B. — "Am. Heart J.", 1940, 20, 111.
2. Hubbard, J. P. — "Am. J. D. Child.", 1941, 61, 687.
3. Carr, J. G. y Mc Clure, W. B. — "Am. Heart J.", 1931, 6, 824.
4. Garvin, J. A. y Kline, E. M. — "Am. Heart J.", 1947, 33, 362.
5. Tollas, H. — "Zentralbl. f. Gynäk.", 1933, 57, 60.
6. Arana, M. y Kreutzer, R. — "Arch. Arg. Pediat.", 1943, 19, 105.
7. Tarnower, S. y Luttier, E. — "N. Y. S. J. of M.", 1942, 42, 805.
8. Howard, P. J. — "J. of Pediat.", 1945, 26, 273.
9. Werley, G. — "Arch. of Pediat.", 1925, 42, 825.
10. Doxiades, L. — "Klin. Wochs.", 1930, 9, 454.
11. Taran, L. M. y Jennings, R. G. — "Am. J. D. Child.", 1937, 54, 557.
12. Puglisi, A. — "Arch. Arg. Pediat.", 1939, 11, 3.
13. Colgate, C. E. y Mc Culloch, H. — "Am. Heart J.", 1926, 2, 160.
14. Mc Culloch, H. — "Am. Heart J.", 1926, 2, 160.
15. Hecht, A. — "Klin. Woschr.", 1932, 11, 701.
16. Duken, J. — "Arch. f. Kinderh.", 1933, 99, 65.
17. Tollas, H. — "Zentralbl. f. Gynäk.", 1933, 57, 60.

* Agradecemos al Dr. José Celoria el envío a nuestra consulta de algunas de las observaciones relatadas.

TAQUICARDIA PAROXÍSTICA EN NIÑOS

18. *Farr, L. E. y Wegman, M. E.* — "Am. J. M. Sc.", 1935, 190, 22.
19. *Puschel, E.* — "Monatsch. f. Kinderh.", 1939, 80, 375.
20. *Hubbard, J. P.* — "Am. J. D. Child.", 1940, 20, 3.
21. *Del Carril, M. J., Kreutzer, R. y Díaz Bobillo, J.* — "Sem. Méd.", 1944, 46, 981.
22. *Hubard, J. P. y Starfuch, G. W.* — "Am. J. D. Child.", 1943, 65, 582.
23. *Vezina, N.* — "Arch. Med. Canada", 1944, 73, 648.
24. *Lyon, J. A.* — "J. A. M. A.", 1937, 108, 1393.
25. *Floyd Hobbs, L.* — "Am. Heart J.", 1941, 21, 804.

II) Otra bibliografía consultada

26. *Dressler, W. y Löwy, M.* — "Med. Klinik", 1926, 39, 1481.
27. *Franke, W. y Wiener, R.* — "Ztschr." f. Kinderh.", 1928, 46, 676.
28. *Van Cleve, M.* — "J. A. M. A.", 1930, 94, 1758.
29. *González Videla, J.* — "Rev. Arg. Card.", 1947, 14, 30.
30. *Leys, D.* — "Arch. D. Child.", 1945, 20, 44.
31. *Neubauer, C.* — "Brit. Med. J.", 1945, 7, 107.
32. *Wright, J. y Howell, L.* — "Am. J. D. Child.", 1938, 56, 1334.
33. *Shookhoff, G., Litvak, A. M. y Matusoff, I.* — "Am. J. D. Child.", 1932, 43, 93.
34. *Amberg, S. y Willius, F. A.* — "Cardiac Clinics", pág. 189, 1941.

RÉSUMÉ

On raconte 8 observations de tachycardie paroxystique chez des enfants de moins d'une année, toutes elles du type supraventriculaire, ayant trouvé 5 en une année.

Six cas évolutionnèrent favorablement, et deux moururent. Un, par syncôpe éloignée des crises et un autre par insuffisance cardiaque pendant l'accès.

On détaille le cadre clinique et les caractéristique électrocardiographiques, constatant dans un cas, l'existence d'un syndrome post-tachycardique.

On propose la nomination de tachycardie paroxystique prenatale au lieu de congénitale pour les cas observés avant l'accouchement.

On fait le commentaire de la thérapeutique employée soulignant l'utilité de la quinidine via bucale. Dans deux cas les manoeuvres d'excitation vagale arrêtaient la crise.

SUMMARY

Eight cases of paroxysmal tachycardia of the supraventricular type in infants less than one year old are reported. Two of the infants died: one of a syncope which occurred long after a crisis and the other of cardiac failure during a paroxysm.

In two cases vagal stimulation stopped the paroxysms. Quinidine per os was

useful in many cases. The clinical and electrocardiographic characteristics are described which include the existence of a post-tachycardial syndrome.

The term prenatal instead of congenital paroxysmal tachycardia is proposed to design those cases observed before delivery.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden 8 Beobachtungen von paroxysmaler Tachykardie in Kindern unter 1 Jahr beschrieben, alle supraventrikulärer Art. Fünf von diesen Fällen sind in einem Zeitraum von 1 Jahr angetroffen worden. Sechs Fälle haben günstigen Verlauf gehabt, 2 sind gestorben: 1 unabhängig vom Anfall und 1 infolge von Herzinsuffizienz während des Anfalls.

Es werden das klinische Bild und die elektrokardiographischen Einzelheiten beschrieben, indem man das Bestehen eines posttachykardischen Syndroms feststellt.

Es wird die Benennung prenatale paroxysmale Tachykardie, an Stelle von angeborener, für Fälle, die man vor der Geburt beobachtet, vorgeschlagen.

Die angewendete Therapie wird besprochen und die Nützlichkeit des Chinidins per os vorgehoben. In 2 Fällen haben die Versuche der Vagusreizung den Anfall zum Stillstand gebracht.