

TRABAJOS ORIGINALES

ARRITMIAS RESIDUALES BENIGNAS

por los doctores

LUIS GONZALEZ SABATHIE y FERNANDO GASPARY

Dos hechos fundamentales nos han llevado al concepto del carácter residual y benigno de ciertas arritmias. El primero ha sido una observación que hemos podido seguir desde hace más de 15 años. Se trataba de una mujer de 30 años, a quien habíamos examinado reiteradas veces por distintos procesos sin importancia, sin comprobar nunca trastornos en su aparato circulatorio. En el curso de un fuerte estado gripal apareció una extrasistolia ventricular de tipo bigeminado, sin ninguna otra manifestación de daño miocárdico, ni de alteración cardiovascular. Curado el estado infeccioso, la extrasistolia bigeminada persistió sin modificarse y sin repercutir sobre el estado circulatorio. Los exámenes posteriores, efectuados a intervalos desde entonces, han demostrado la persistencia inveterada del bigeminismo extrasistólico. El examen clínico, radiológico y electrocardiográfico de la enferma en fecha reciente, excepto su bigeminismo, es absolutamente normal y semejante a 15 años atrás, fecha de la instalación de su arritmia.

El otro hecho ha sido el estudio de cuatro casos de bloqueos auriculoventriculares inestables¹ en jóvenes, mantenidos bajo observación durante largo período de tiempo (2 a 15 años) por cuyo motivo calificamos a estos bloqueos como "permanentes"; "residuales" por la falta de coincidencia con enfermedad aguda, intoxicación o cardiopatía orgánica definida y "benignos" por ser la única manifestación de alteración cardíaca, sin tendencia evolutiva ni repercusión trascendente en la capacidad circulatoria.

Desde entonces hemos procurado individualizar distintos tipos de arritmias semejantes a éstas por su origen residual y carácter benigno, con el objeto, no solo de integrar un grupo de trastornos hasta ahora no delimitado, sino también con el propósito de fijar claramente su significación pronóstica y evitar así interpretaciones erróneas.

MATERIAL

Nos limitamos a transcribir algunas historias clínicas resumidas con la documentación gráfica de los casos más atípicos, de observaciones características, de estas arritmias, elegidos entre un numeroso grupo de observaciones.

Observación N^o 1. — *Extrasistolia auricular*. — Hombre, 26 años. Arritmia observada reiteradamente en exámenes en la empresa donde trabaja y que ha motivado la pérdida de la efectividad de su empleo, siendo aceptado solo como suplente. No acusa ningún síntoma subjetivo. Antecedentes: solo una angina de tipo gripal cinco años atrás. Excepto su arritmia el examen completo de su aparato cardiovascular es negativo.

Electrocardiograma: *Extrasistolia auricular trigeminada del tipo llamado por reingreso*. Invariable en distintos trazados tomados en el curso de varios años. Fuera de la extrasistolia el trazado es normal.

Como este tipo de extrasistolia por reingreso², es considerado como propio de corazones con lesiones orgánicas o deprimidos por la acción de ciertas drogas (digital, estrofanio, etc.), y nuestro enfermo no presentaba ningún signo de lesión cardiovascular, ampliamos las investigaciones. Se tomaron electrocardiogramas después de esfuerzo, compresión del seno carotídeo, compresión ocular, nitrito de amilo y atropina. La inhalación de nitrito de amilo eleva la frecuencia de 80 a 109 contracciones por minuto, con lo cual desaparece transitoriamente la extrasistolia para reaparecer cuando la frecuencia alcanza de 120 a 160 por minuto. La inyección endovenosa de atropina, baja la frecuencia de 85 a 60 por minuto con desaparición de la extrasistolia mientras dura el efecto. Este efecto paradójico sobre la frecuencia cardíaca se relaciona a la pequeña dosis empleada (1 mgr.) que tendría en este caso un efecto excitante sobre el vago en lugar de paralizante. Así interpretado, la excitación del vago haría desaparecer la extrasistolia y sería un aumento del tono simpático lo que condicionaría su aparición, lo cual concuerda con el resultado de la prueba del nitrito de amilo.

No obstante, el carácter permanente y el tipo por reingreso de la extrasistolia demuestran su organicidad y relegan el factor nervioso a una concausa. Interpretamos este caso como de origen residual y sin mayor significación, por lo cual se aconsejó la reintegración a sus ocupaciones habituales, sin limitaciones².

Observación N^o 2. — *Extrasistolia auricular*. — Hombre, 39 años: Enviado por un colega que ha descubierto su arritmia incidentalmente. No acusa ningún síntoma subjetivo. Antecedentes: sarampión en la infancia; tifoidea a los 17 años; gripe a los 25 años; fiebre urliana con orquiepididimitis a los 38 años. Examen cardiovascular completo negativo excepto su arritmia.

Electrocardiograma: *Extrasistolia auricular del tipo llamado por reingreso*, por momentos bi o trigeminada.

Exámenes complementarios negativos. Observado reiteradamente la arritmia permanece inmodificada.

Observación N^o 3. — *Extrasistolia auricular con complejo ventricular aberrante*. — Hombre, 23 años. Con motivo de trastornos dispépticos es examinado por un colega, quien lo envía a nuestra consulta por haber comprobado una arritmia. No acusa síntomas subjetivos en relación a su arritmia. No da antecedentes de enfermedades infecciosas.

Electrocardiograma: *Extrasistolia auricular trigeminada del tipo llamado por reingreso con complejos ventriculares aberrantes*, que se repite inmodificada a lo largo del trazado y en electrocardiogramas tomados con mucho tiempo de inter-

ARRITMIAS RESIDUALES BENIGNAS

valo. Además no desaparece con las pruebas funcionales y farmacológicas de rutina.

Observación N^o 4. — *Extrasistolia ventricular*. — Mujer, 30 años. Examinada en distintas ocasiones por uno de nosotros sin haber comprobado nunca alteración en el aparato circulatorio. Con motivo de un fuerte proceso gripal se asiste a la aparición de una extrasistolia ventricular bigeminada, que no desaparece al curar la gripe y persiste en forma permanente hasta el momento actual es decir durante más de 15 años. Examen cardiovascular completo normal, así como el resto del examen clínico.

Electrocardiograma: *Extrasistolia ventricular bigeminada del tipo llamado por reingreso*. Régimen básico normal.

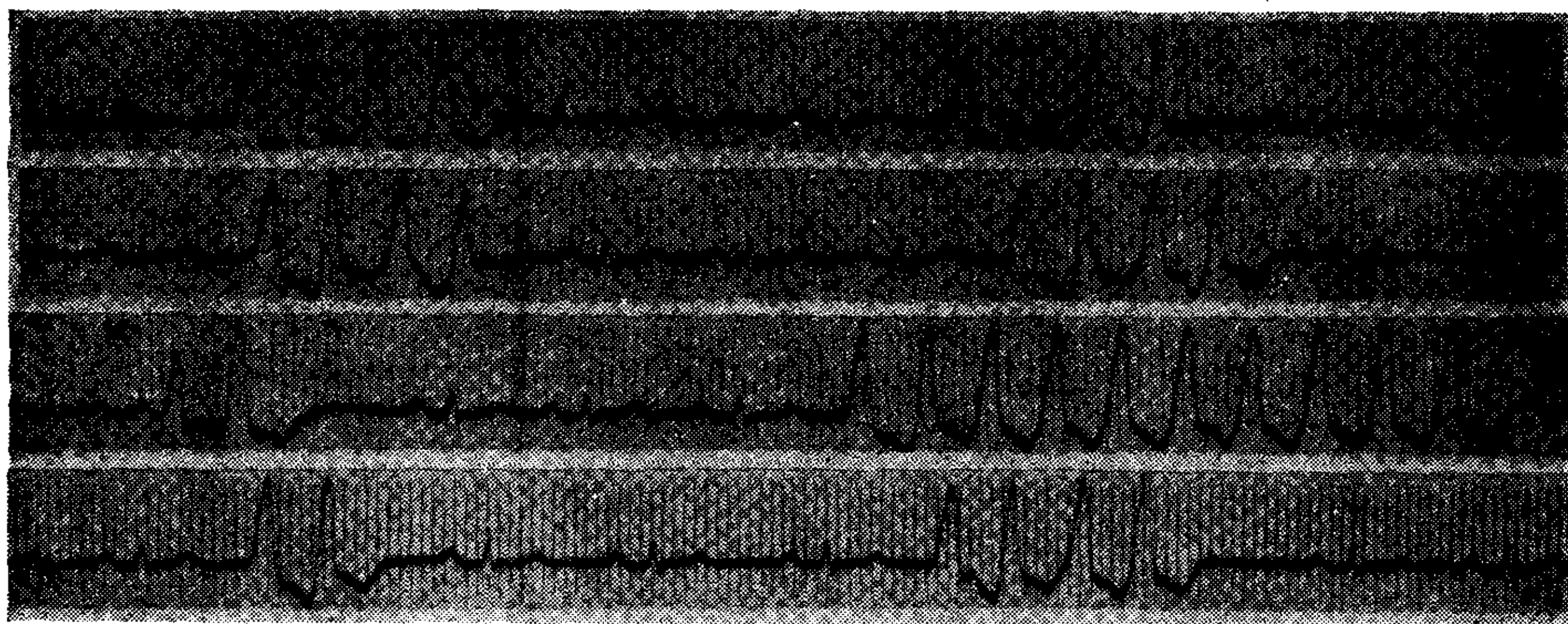


FIG. 1

Observación N^o 5. — *Extrasistolia ventricular*. — Hombre, 21 años. Remitido por un colega que descubre su arritmia al ser consultado por palpitaciones desde hace dos años. Antecedentes: difteria a los 7 años; amigdalitis a repetición hasta los 11 años en que fué amigdalectomizado; dolores de crecimiento a los 15 años y tifoidea a los 19 años. Examen completo, clínico y cardiovascular negativo, excepto su arritmia.

Electrocardiograma: *Extrasistolia ventricular ritmada (bigeminada, trigeminada, etc.) del tipo llamado por reingreso*. Régimen básico normal.

Observación N^o 6. — *Extrasistolia ventricular en salvas*. — Mujer, 38 años. Desde la edad de 20 años y a raíz de su primer embarazo tiene periódicamente ataques de corta duración caracterizados por sensación de ahogo, mareo, angustia, flojedad, enfriamiento de extremidades y malestar precordial. En el transcurso de los mismos los médicos que la han asistido han comprobado, según la enferma, taquicardia. Por este motivo le aconsejaron no tener más hijos y en ocasión de un nuevo embarazo, lo hicieron interrumpir. Los accesos duran alrededor de un minuto y la dejan muy abatida. Antecedentes: sarampión en la primera infancia, corea a los 11 años y tifoidea a los 25. El examen revela su arritmia, como único hecho de significación.

Electrocardiograma (Fig. 1): *Extrasistolia ventricular en salvas del tipo llamado por reingreso*.

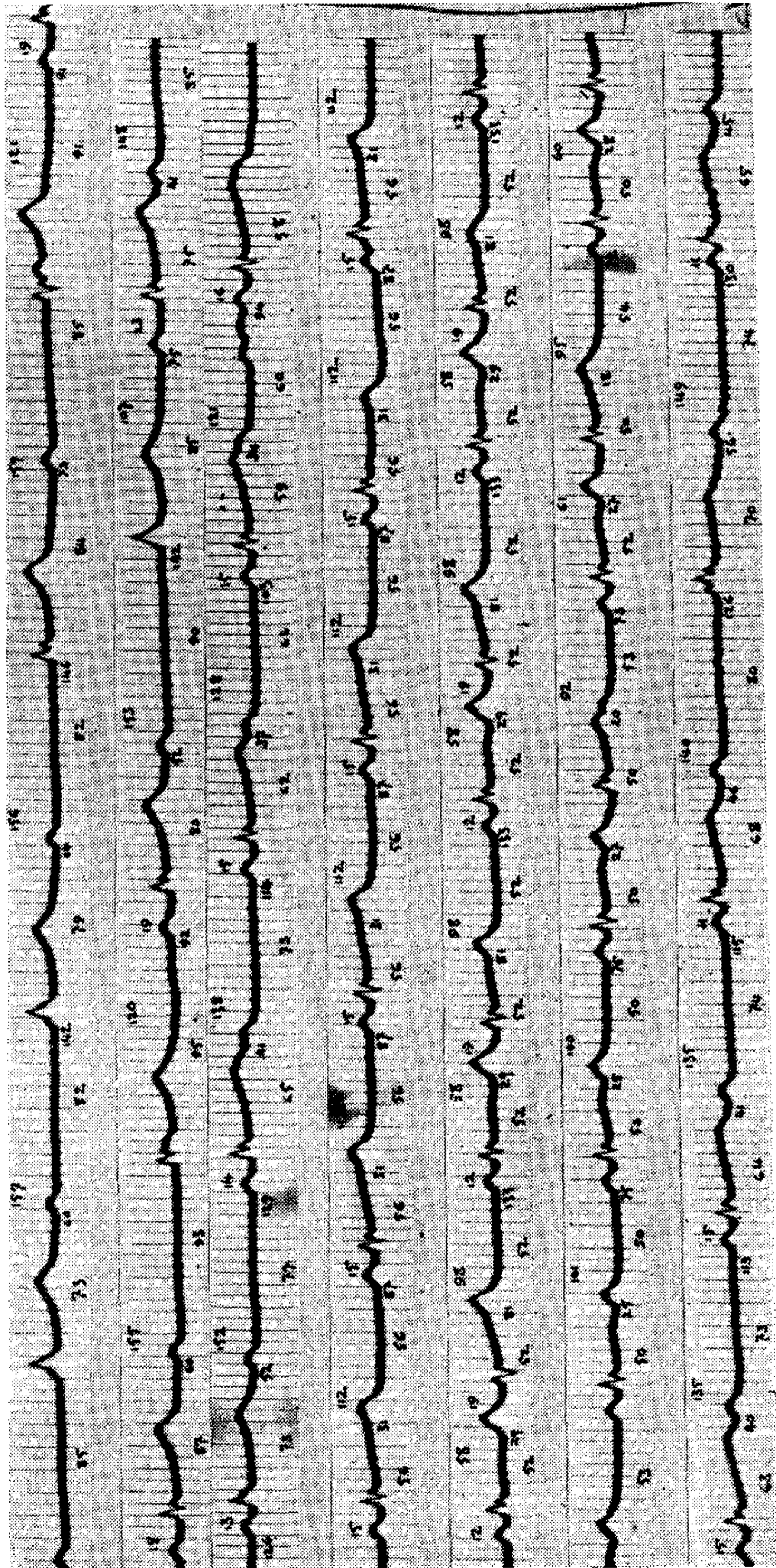


FIG. 2 (después de nitrito de amilo)

Exámenes complementarios negativos.

Observación N^o 7. — *Alargamiento simple del tiempo de conducción a-v.* — Hombre, 41 años. Consulta porque hace cuatro años fué jubilado, según se le dijo por una lesión cardíaca. No acusa ningún síntoma subjetivo. Antecedentes: Fiebre reumática a los 29 años, que le obligó a permanecer seis meses en cama. Examen clínico y cardiovascular negativo. No hay signos de arterioesclerosis y los exámenes complementarios son negativos.

Electrocardiograma: *Alargamiento simple del tiempo de conducción a-v.* PR = 0".28. Durante varios años se han seguido registrando trazados que han mostrado inmodificado el trastorno descrito.

En este caso, dado el antecedente, es lógico considerar la arritmia residual como de origen reumático.

Observación N^o 8. — *Bloqueo a-v inestable.* — (Bloqueos a-v incompletos, variables con disociación a-v e interferencia). Varón, 11 años. En un examen médico profiláctico se le descubre una arritmia, motivo por el cual es dirigido a nuestra consulta. No acusa síntomas subjetivos. Antecedentes: Padre etilista, madre diabética. Un hermano retardado mental. Neumonía aguda grave a los 2 años; tifoidea, sarampión y coqueluche en la segunda infancia. Al examen, tórax en quilla y la arritmia como únicos datos de interés. Exámenes complementarios negativos.

Electrocardiograma (Fig. 2): *Bloqueo a-v inestable.* Las pruebas de esfuerzo, compresión del seno carotídeo, nitrito de amilo y atropina demuestran el carácter orgánico del mismo el que, por otra parte, permanece inmodificado desde hace más de 5 años.

Observación N^o 9. — *Bloqueo a-v inestable.* — Hombre, 20 años. Arritmia descubierta por un colega en un examen periódico hecho en una empresa de ferrocarril. Ningún síntoma subjetivo. Antecedentes: sarampión y neumopatía aguda en la primera infancia. Excepto su arritmia, el examen clínico y de su aparato cardiovascular completamente negativo así como los exámenes complementarios.

Electrocardiograma (Fig. 3): *Bloqueo a-v inestable.* Las pruebas funcionales y farmacológicas no lo hacen desaparecer. Este trastorno persiste inalterado desde hace más de cuatro años.

Observación N^o 10. — *Bloqueo a-v tipo 2/1; bloqueo intraventricular tipo S.* — Hombre, 25 años. Desde hace 5 meses ligeros mareos de muy breve duración, los que se repiten alrededor de una vez por semana. No acusa ningún otro síntoma subjetivo y es un activo jugador de fútbol. Antecedentes: no recuerda haber tenido sarampión en la primera infancia. Examen clínico y cardiológico normal. Exámenes complementarios negativos.

Electrocardiograma (Fig. 4): *Bloqueo a-v 2/1 con bloqueo de rama derecha.* La prueba del esfuerzo lo transforma en un bloqueo a-v inestable. Exámenes posteriores demuestran inalterado el bloqueo 2/1 con trastornos de conducción intraventricular, tipo bloqueo de rama derecha. En observación durante varios años.

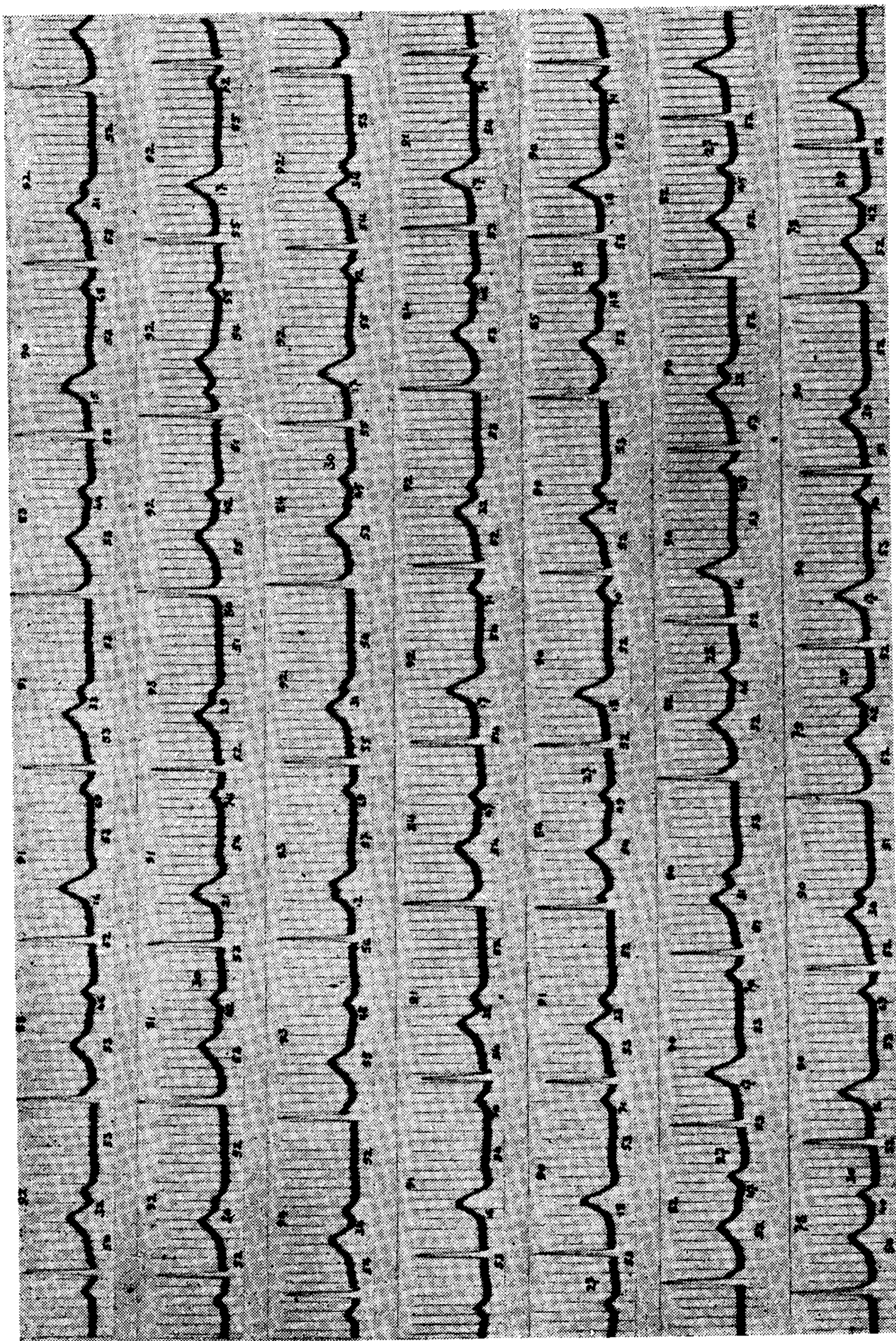


FIG. 3 (después de atropina)

ARRITMIAS RESIDUALES BENIGNAS

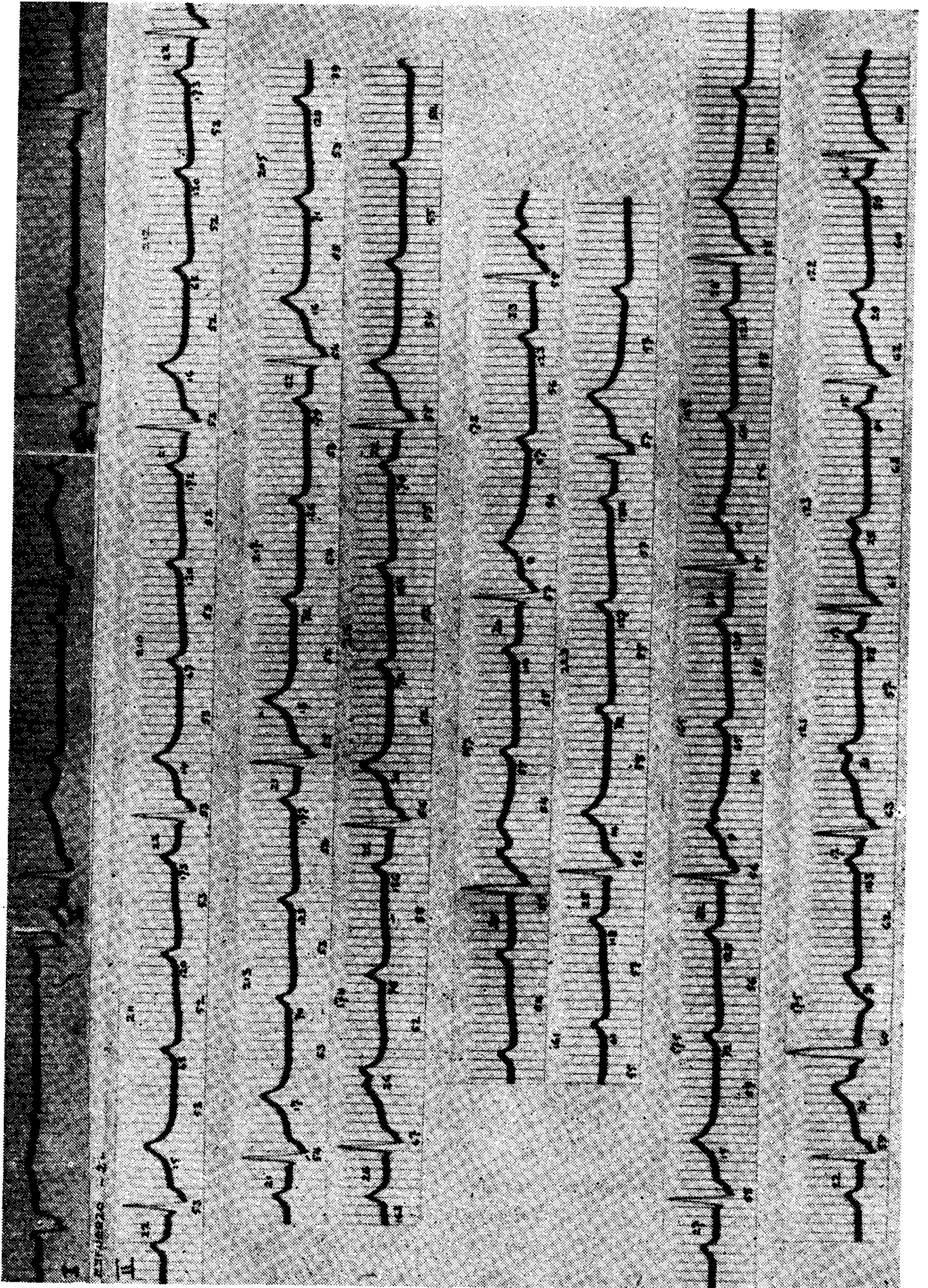


Fig. 4

Observación N^o 11. — *Bloqueo a-v incompleto; trastornos de conducción intraventricular.* — Hombre, 28 años. Hace 11 años (1935) fué internado en nuestro servicio hospitalario por discretos trastornos subjetivos al esfuerzo. En esa época se comprobó como única manifestación cardíaca, bloqueo a-v incompleto y trastornos de conducción intraventricular. No daba ningún antecedente de importancia. Una vez dado de alta el enfermo practicó diversos deportes violentos especialmente fútbol y hasta hace pocos meses, en que nos vuelve a consultar, es decir 11 años después de su internación; ha realizado sin inconvenientes toda clase de trabajos pesados. El motivo de su nueva consulta es que pretende una indemnización en su trabajo porque sabe que tiene "algo al corazón", pero no porque sufra de ninguna molestia. En la actualidad el resultado del examen es absolutamente igual al obtenido la primera vez: excepto su arritmia, es negativo. Exámenes complementarios normales.

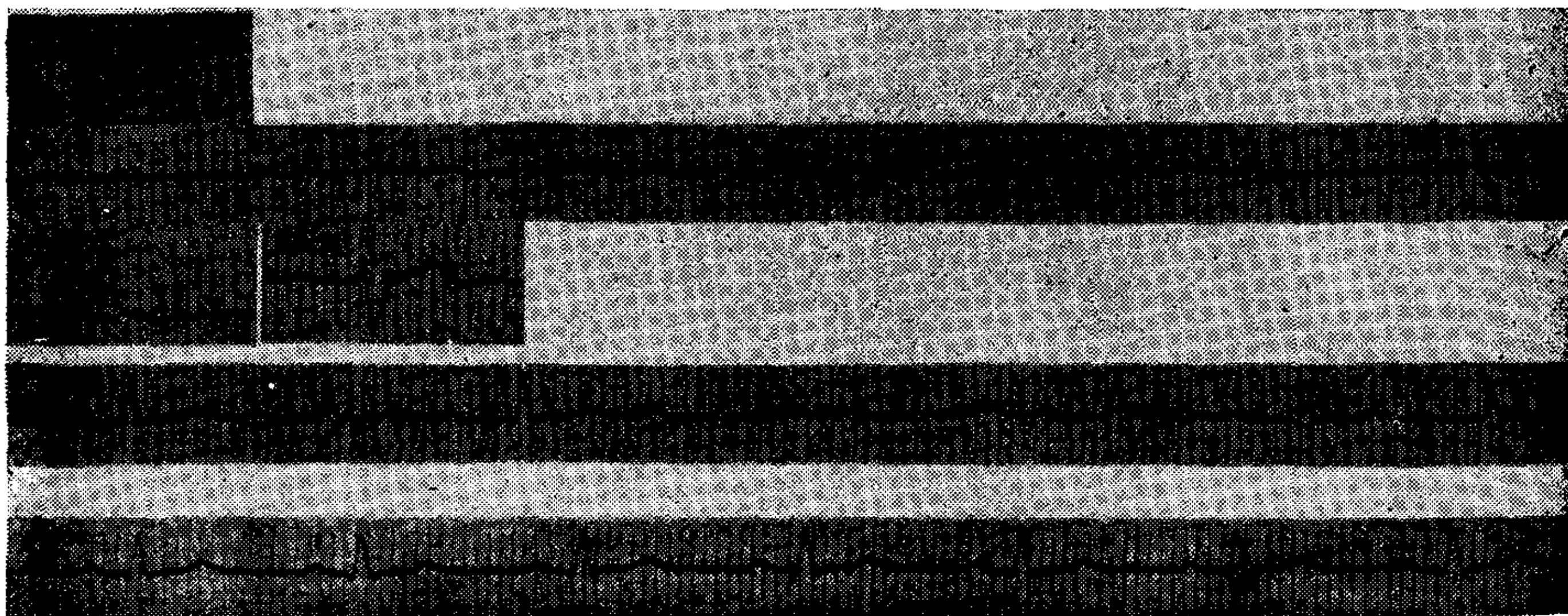


FIG. 5

Electrocardiograma (Fig. 5): *Bloqueo a-v incompleto, con alargamiento progresivo y falla (períodos de Luciani-Wenckebach); trastornos de conducción intraventricular (bloqueo de rama derecha).* El esfuerzo no modifica la arritmia y la atropina hace desaparecer transitoriamente el bloqueo a-v. El trastorno de conducción intraventricular no se modifica en ningún momento. En algunas circunstancias el bloqueo a-v incompleto, se reduce a un alargamiento simple del tiempo de conducción a-v. (PR = 0".28).

Observación N^o 12. — *Crisis de fibrilación auricular paroxística.* — Mujer, 39 años. Desde hace 20 años sufre crisis de fibrilación auricular paroxística que se han repetido con una frecuencia variable, aunque rara vez ha pasado un mes sin tener, por lo menos, una crisis y la mayor parte, ha tenido más de dos. La duración de las mismas ha oscilado entre horas y semanas. Antecedentes: Sarampión y escarlatina en la primera infancia. Procesos gripales en distintas oportunidades. El examen somático no revela ninguna anormalidad digna de mención. Fuera de las crisis, aparato circulatorio clínica y radiológicamente normal.

ARRITMIAS RESIDUALES BENIGNAS

Electrocardiograma: *Fibrilación auricular paroxística*: discreto aplanamiento de las ondas T en las derivaciones de los miembros.

La enferma ha acusado siempre una acentuada hiperexcitabilidad nerviosa que tratada con psicoterapia ha mejorado notablemente, no obstante lo cual las crisis se siguen repitiendo en la actualidad a pesar de haberse utilizado todos los recursos terapéuticos conocidos.

Observación N^o 13. — *Bloqueo de rama derecha*. — Varón, 21 años. Consulta por sensación de punzadas precordiales y respiración suspirosa. Un electrocardiograma de rutina, demostró un trastorno de conducción, intraventricular, tipo bloqueo de rama derecha y un PR en el límite (0.20) (Fig. 6).

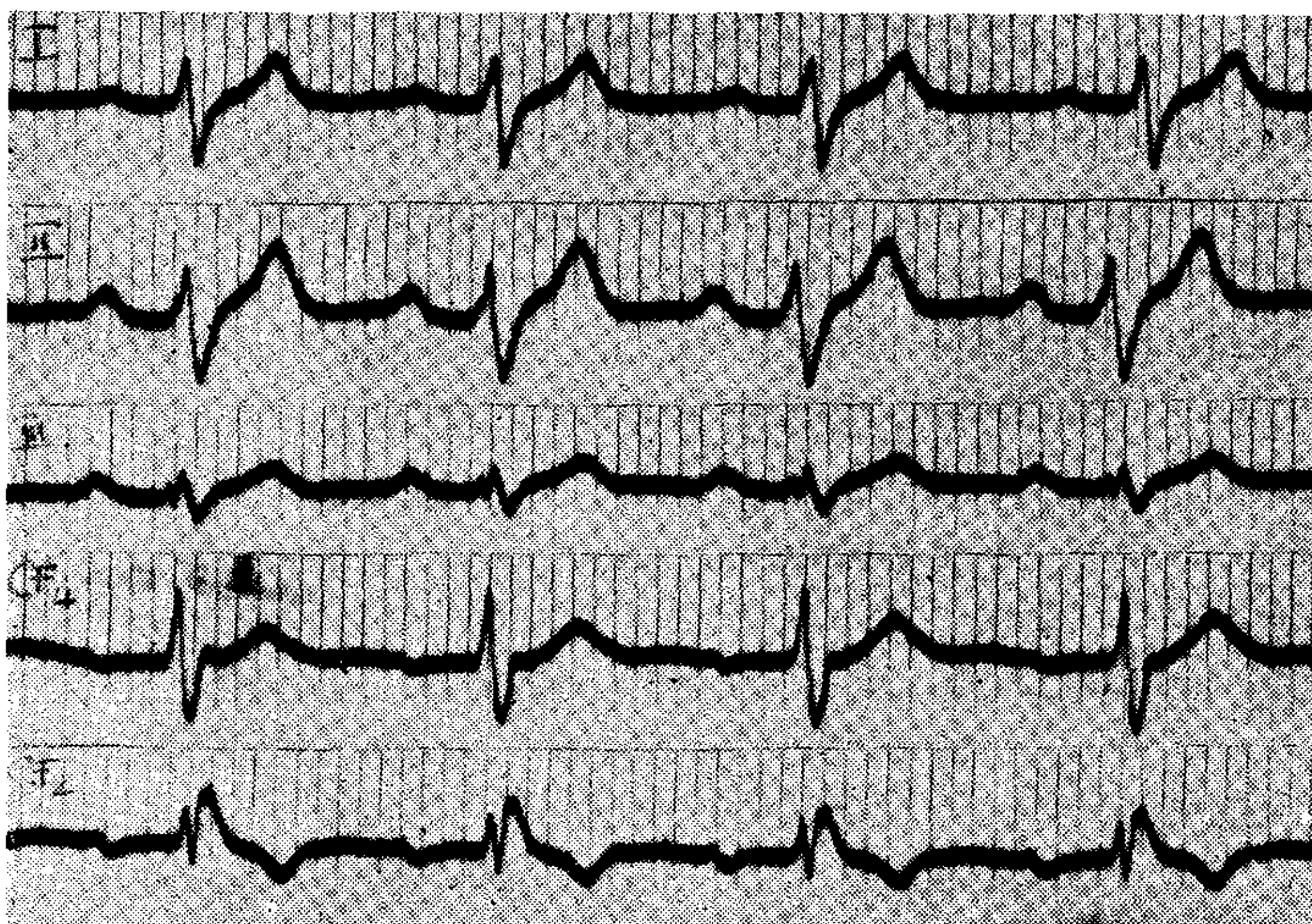


FIG. 6

Antecedentes: Sarampión y bronconeumonía en infancia. Fiebre reumática a los 18 años, que le obligó a guardar cama 1 mes. Examen clínico completamente negativo. Corazón tamaño y forma normales. Exámenes de laboratorio negativos.

COMENTARIOS

El estudio electrocardiográfico ha permitido una mejor información sobre la frecuencia con que determinadas enfermedades infecciosas o parasitarias originan lesiones miocárdicas^{2 a 31}. El conocimiento de este hecho nos hizo sospechar que los trastornos del ritmo registrados por nosotros en las observaciones fundamentales de este trabajo, tuvieron su origen en focos fibrosos más o menos localizados e inactivos, residuos de antiguas miocarditis curadas.

Es sabido que en el curso de estos procesos no es excepcional observar modificaciones más o menos significativas de los complejos eléctricos y también la aparición de los más diversos trastornos del ritmo. La experiencia demuestra que estas arritmias, cuando los enfermos no mueren a consecuencia de la enfermedad causal, son frecuentemente transitorias, variando su duración desde horas hasta días pudiéndose observar en un mismo enfermo arritmias de distinto tipo.

La extrasistolia, en la gran mayoría de nuestros casos, es de carácter ritmado: bigeminada, trigeminada, cuatrigeminada, etc. y del tipo llamado por reingreso. Insistimos en señalar este hecho, porque precisamente las extrasistolias ritmadas por reingreso son consideradas como propias de corazones con lesiones orgánicas o deprimidos por la acción de ciertas drogas (digital, estrofantó, etc.), lo cual hace que los sujetos portadores de estas arritmias sean, como en algunos de nuestros casos, erróneamente interpretados.

Para que una enfermedad infecciosa aguda provoque arritmia es necesario que los gérmenes o sus toxinas lesionen el miocardio especializado. Esto puede responder a una miocarditis inflamatoria o a la acción de las toxinas microbianas sobre la fibra miocárdica. Aun cuando la fiebre, el desequilibrio vagosimpático, insuficiencia coronaria relativa por anemia o aumento del metabolismo propios de estos estados infecciosos pueden producir cierto grado de modificación electrocardiográfica, es indudable que el trastorno del ritmo, se relaciona estrechamente con el daño miocárdico producido por el agente etiológico causal, el que, por otra parte, determina su evolución ulterior.

El mecanismo de producción de estas arritmias residuales permanentes es, en definitiva, el mismo que el de las arritmias permanentes de los cardioesclerosis o las residuales del infarto de miocardio. Se trata de uno o más focos de fibrosis miocárdica, reemplazando lesiones degenerativas o necróticas instalados a lo largo de las vías de conducción, que por su localización originan un trastorno permanente en la excito-conductibilidad cardíaca.

Aun cuando tenga una relativa importancia clínica, no es a menudo fácil determinar con exactitud el factor etiológico de una arritmia residual benigna. A menos que se haya podido asistir a su aparición en el curso de un proceso infeccioso, como en una de nuestras obser-

vaciones, en los otros casos es la mayor parte de las veces muy difícil o imposible. El antecedente de una difteria grave o de una fiebre reumática, corea, etc. tiene indudable significación.

Creemos importante desde el punto de vista práctico conocer la existencia de este tipo de arritmias residuales, por su pronóstico benigno, su carácter no evolutivo y por la escasa acción de los recursos terapéuticos. El estudio electrocardiográfico seriado durante y después de las enfermedades infecciosas ha de permitir un conocimiento más completo de estas arritmias.

En este trabajo nos concretamos a estudiar los casos típicos de arritmias residuales benignas con el objeto de dejar bien precisado y aclarado el concepto que nos merecen esta variedad de arritmias encontrada en sujetos jóvenes que reúnen todas las condiciones para ser considerada como residual. Dejamos desde ya establecido que, sin perder su carácter residual, estas arritmias pueden presentarse en personas con otras manifestaciones de alteración cardíaca, como en el caso de valvulopatías reumáticas crónicas inactivas sin síntomas ni signos de insuficiencia cardíaca.

Las personas en quienes se encuentran estas arritmias presentan, general, poca o ninguna sintomatología y buena parte de ellas nos han consultado remitidas por colegas quienes las habían descubierto al examinarlas por distintos motivos, no vinculados al aparato circulatorio. En otros casos, las hemos examinado con motivo de haber sido rechazadas en exámenes previos o periódicos de trabajo, seguros de vida, etc.

R E S U M E N

Entendemos por arritmias residuales benignas, trastornos del ritmo de grado diverso, generalmente irreversibles, no evolutivos, de buen significado pronóstico que se ven aparecer en el curso de procesos infecciosos de índole diversa para quedar después con carácter permanente o que se presentan como única manifestación de trastorno cardíaco en personas jóvenes cuyos antecedentes en muchos casos no permiten precisar de manera inobjetable el factor etiológico causal.

Por su carácter permanente no evolutivo y benigno, ya que es habitual que no tengan repercusión trascendente sobre la dinámica circulatoria, las arritmias residuales son el resultado de una agresión miocárdica, muchas veces mínima, en el curso de procesos de variada naturaleza que han dejado como huella un trastorno del ritmo.

Se insiste en señalar que las extrasistolias residuales benignas, se presentan, en la mayoría de los casos, con carácter ritmado: bigeminadas, trigeminadas, cuadrigeminadas, etc. y son del tipo llamado reingreso.

BIBLIOGRAFIA

1. *González Sabathie, L. y Gasparry, F.* — "Rev. Arg. de Cardiol.", 1944, 11, 215.
2. *Katz, L.* — "Electrocardiography", Filadelfia, Lea y Fabiger, 1941, p. 349.
3. *Clerc, A. y Levy, R.* — "Presse Med.", 1930, 38, 1257.
4. *Aubertin, C.* — Les troubles du rythme au cours des myocardites infectieuses sigües. París, 1934, T 3.
5. *Burnett, C. y Pilz, G.* — "J. A. M. A.", 1929, 95, 1120.
6. *Reid, W.* — "Am. Heart J.", 1929, 30, 5, 524.
7. *Scherf, D. y Boyd, L.* — Electrocardiografía clínica. Buenos Aires. El Ateneo, 1942, p. 333.
8. *Etienne, G.* — "Arch. d. Mal. d. Coeur", 1930, 23, 153.
9. *Besancon, F. y Weill, M.* — "Ann. d. Medecine", 1926, 19, 167.
10. *White, P. D.* — "Am. J. Med. Sc.", 1916, 153, 589.
11. *Carr, J. y Reddick, H.* — "J. A. M. A.", 1928, 94, 853.
12. *Thompson, W., Golden, S., y White, P.* — "Am. Heart, J.", 1937, 13, 934.
13. *Stecher, R.* — "Am. Heart J.", 1929, 4, 545 y 715.
14. *Arana, R. y Kreutzer, R.* — El electrocardiograma en la difteria. Bs. Aires, El Ateneo, 1942.
15. *Natin, I. y Darin, J.* — "La Semana Méd.", 1934, 41, 1789.
16. *Butlers, S. y Levine, S.* — "Am. Heart J.", 1931, 5, 592.
17. *Chagas, C.* — "Folha Med.", 1930, 11, 52.
18. *Natin, I.* — "La Semana Méd.", 1933, 40, 1069.
19. *Godel, R. y Stephar, E.* — "Arch. d. Mal. d. Coeur", 1939, 32, 589.
20. *Sonje Echagüe, E.* — "Rev. Arg. de Cardiol.", 1936, 2, 122.
21. *Duchosal, P. y Sciclounoff, F.* — "Arch. d. Mal. d. Coeur", 1934, 27, 409.
22. *Shookhoff, C. y Taran, L.* — "Am. J. Dis. Child.", 1931, 42, 554.
23. *Faulkner, J., Place, C. y Ohler, W.* — "Am. J. Med. Sc.", 1936, 189, 352.
24. *Weicker, B. y Nehr Korn, O.* — "Ztschr. f. Kreislaufforsch", 1936, 28, 633.
25. *Dressler, W. y Kiss, A.* — "Klin. Woch.", 1929, 8, 1664.
26. *Leitzer, St y Hartlev, O.* — "Zeit. f. Kreislaufforsch.", 1935, 28, 373.
27. *Neuburgh, L. y Porter, W.* — "Jour. Exper. Med.", 1915, 22, 123.
28. *Staffieri, D. y González Sabathie, L.* — "El Día Médico", 1933, 4, 900.
29. *González Sabatshie, L.* — "Bull. et. Mem. d. l. Soc. Med. d. Hop.", 1935, Nº 12.
30. *Garretón Silva, H., Herve, L. y Del Solar, A.* — "Arch. d. mal. d. coeur", 1935, 28, 265.
31. *Rubegni, R.* — "Cuore e circ.", 1939, 23, 169.

ARRITMIAS RESIDUALES BENIGNAS

RÉSUMÉ

On entend par arrythmies résiduelles bénignes les alterations du rythme à divers degrés, généralement irréversibles, pas évolutifs, à pronostic favorable et qui peuvent se présenter comme l'unique anomalie cardiaque dans des jeunes personnes sans antécédents étiologiques définis ou qui apparaissent pendant l'évolution de diverses maladies infectieuses et qui restent comme la conséquence des mêmes. Ils sont donc le résultat d'une agression myocardique souvent très limitée, et n'influencent généralement pas défavorablement sur la dynamique circulatoire.

On souligne que les extrasystoles résiduelles bénignes, sont dans la grande partie des cas rythmées et présentent le type connue comme de "rentrée".

S U M M A R Y

One considers as benign residual arrhythmias those of diverse grade, generally irreversible, non progressive, of good prognosis, which can appear as the only cardiac abnormality in young individuals who present no definite etiological antecedents, or which appear in the course of, or as a secuela of, diverse infectious processes. They are the result of a myocardial lesion, very often minimal, and do not generally affect the circulatory dynamics.

Attention is called to the fact that the benign residual extrasystolias appear in the majority of cases as bigeminies, trigeminies, cuadrigeminies, etc. and are of the type considered as of reentry.

ZUSAMMENFASSUNG

Man bezeichnet als gutartige Restarrhythmien Rhythmusstörungen verschiedener Grade, im allgemeinen unumkehrbar, nicht evolutiv, von guter Prognose, die sich als einziges anormales Anzeichen bei jungen Personen ohne bestimmte ätiologische Vorgeschichte und die während des Verlaufs oder als Folgeerscheinung verschiedenartiger infektiöser Prozesse auftreten. Sie sind also das Ergebnis eines Herzangriffes, der oft minimal ist, und im allgemeinen sich nicht ungünstig auf die Herztätigkeit auswirkt.

Man unterstreicht, dass die gutartigen Restextrasystolen in den meisten Fällen als Bi-Tri-oder Quadrigeminismus usw. erscheinen, und von dem sogenannten Typs des "reentry" sind.