

Fibrilación auricular y taquicardia ventricular como eventualidad posible en el P-R corto con Q R S ancho y mellado

POR LOS DOCTORES
R. ARANA y P. COSSIO

Cuando Wolff, Parkinson y White¹ señalaron por primera vez en la literatura médica, que la coexistencia de un P R corto con un Q R S ancho y mellado era una entidad clínica particular, fijaron como una de sus características sobresalientes, la frecuente aparición de crisis de fibrilación auricular o taquicardia paroxística, con la muy curiosa particularidad que los complejos ventriculares antes anchos y mellados, durante los ataques se volvían de ancho normal, y no eran más mellados, es decir, adquirirían un aspecto normal.

Esta eventualidad del P R corto con Q R S ancho y mellado, frecuente aparición de ataques de fibrilación auricular o taquicardia paroxística con la normalización del Q R S durante los mismos, ha sido confirmada por varios autores, y mismo uno de nosotros con Berconsky y Kreutzer², ha tenido la oportunidad de verificarla en una observación personal.

Pero como recientemente en una nueva observación personal hemos tenido oportunidad de comprobar justamente el hecho contrario, es decir los complejos ventriculares se volvían todavía más atípicos durante la crisis de fibrilación auricular, creemos conveniente dar a conocer dicha observación, por ser única en la literatura médica según nuestras informaciones, además de los hechos prácticos que la misma sugiere.

M. R., hombre, 39 años, 63 kilos y 1 m. 70 de talla. Al mediodía el 12 de febrero de 1938, solicita urgentemente nuestros servicios profesionales, por tener un ataque de palpitations con dolor medio esternal y sensación de desfallecimiento desde las primeras horas de la mañana, y que no había pasado a pesar de la medicación hecha (aceite alcanforado con cafeína y pantopón) por el servicio médico público de urgencia.

En esas circunstancias vemos al paciente, y el examen físico reveló lo siguiente: sujeto tendido en la cama con la facies desencajada, piel fría y cubierta de una transpiración viscosa, pulso irregular, 80 por minuto, muy depresible. La auscultación cardíaca reveló ruidos cardíacos irregulares más frecuentes que el pulso, se llegó a contar hasta 120 por minuto, pero como además existían otros ruidos extremadamente débiles, quedó la impresión que todavía había una mayor frecuencia cardíaca. No había signos de congestiones viscerales.

El paciente refería que desde hacía mucho tiempo, aproximadamente veinte años, padecía de estos ataques, los cuales aparecían sin causa aparente, duraban desde pocos minutos a varias horas y se presentaban irregularmente, a veces sólo pasaba meses libres de ataques y otras veces años, tanto que ahora habían pasado seis años sin ataque. Con motivo de su enfermedad, había consultado ya a más de cuarenta médicos, entre los cuales se encontraban los más reputados del país y del extranjero, especialmente de Alemania y Francia. Muchos de los exámenes médicos fueron realizados fuera de los ataques, pero todos los ataques fueron atendidos por médicos y la mayoría coincidió en que eran "cuestiones nerviosas", salvo unos pocos que pensaron en "algo a la aorta" y le recomendaron tratamiento antisifilitico. A pesar que le habían dicho que era "enfermo del corazón", ya le había "tomado confianza a su enfermedad" y hacía una vida activa, practicaba golf intensamente, ostentando un handicap muy bajo; fumaba intensamente, varios paquetes al día y también gustaba de los cocktails.

De inmediato se obtuvo un electrocardiograma, el cual reveló lo siguiente (fig. 1): falta de onda P en las tres derivaciones por existencia de fibrilación auricular; complejos ventriculares muy frecuentes, 150 por minuto, por momentos completamente irregulares y por otros momentos más regulares, polimorfos, pudiendo diferenciarse dentro de ese polimorfismo dos tipos, uno constituido por complejos ventriculares difásicos, ampliamente mellados y con un QRS de 0"12 (taquicardia ventricular polimorfa o anarquía ventricular), y otro constituido por complejos ventriculares no mellados y con un QRS de 0"08, es decir complejos del tipo supraventricular.

Se prescribió sulfato de quinidina per os, 0.20 gramos, con la recomendación que si a la hora de esta primera dosis no pasaba el ataque, tomara otros 0.20 gramos, y si a las dos horas de esta segunda dosis no se modificaba la situación tomara otros 0.20 gramos, momento en el cual debía volver a ser visto por nosotros.

Seis horas después vemos nuevamente al enfermo, y éste nos refirió que sólo había tomado 0.20 gramos de quinidina, porque a los diez minutos de haberla tomado, juntamente con la aparición de

TAQUICARDIA VENTRICULAR EN P-R CORTO

una sensación nauseosa paró bruscamente el ataque, sintiéndose de inmediato perfectamente bien y sólo restando un ligero estado de debilidad.

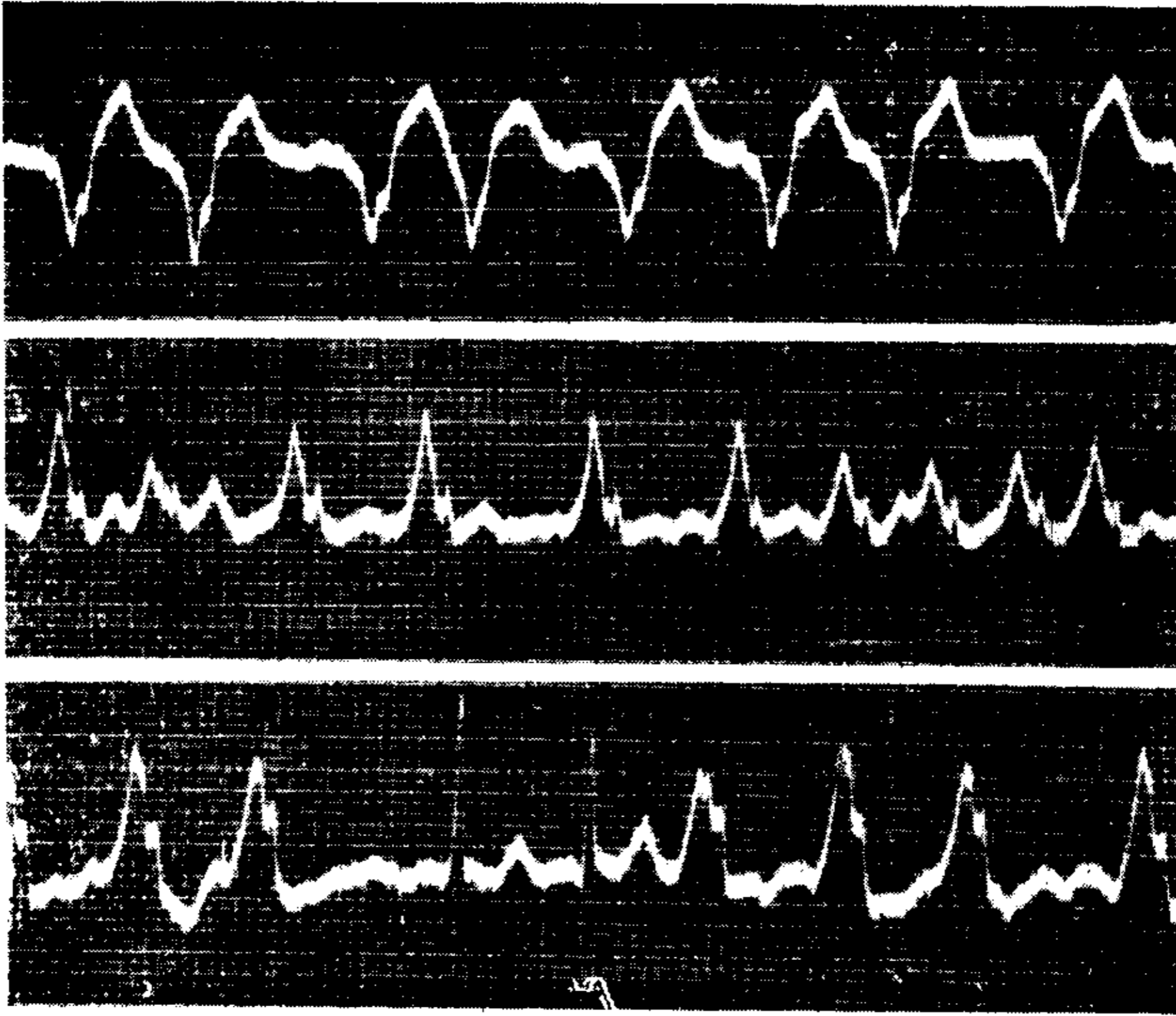


FIG. 1

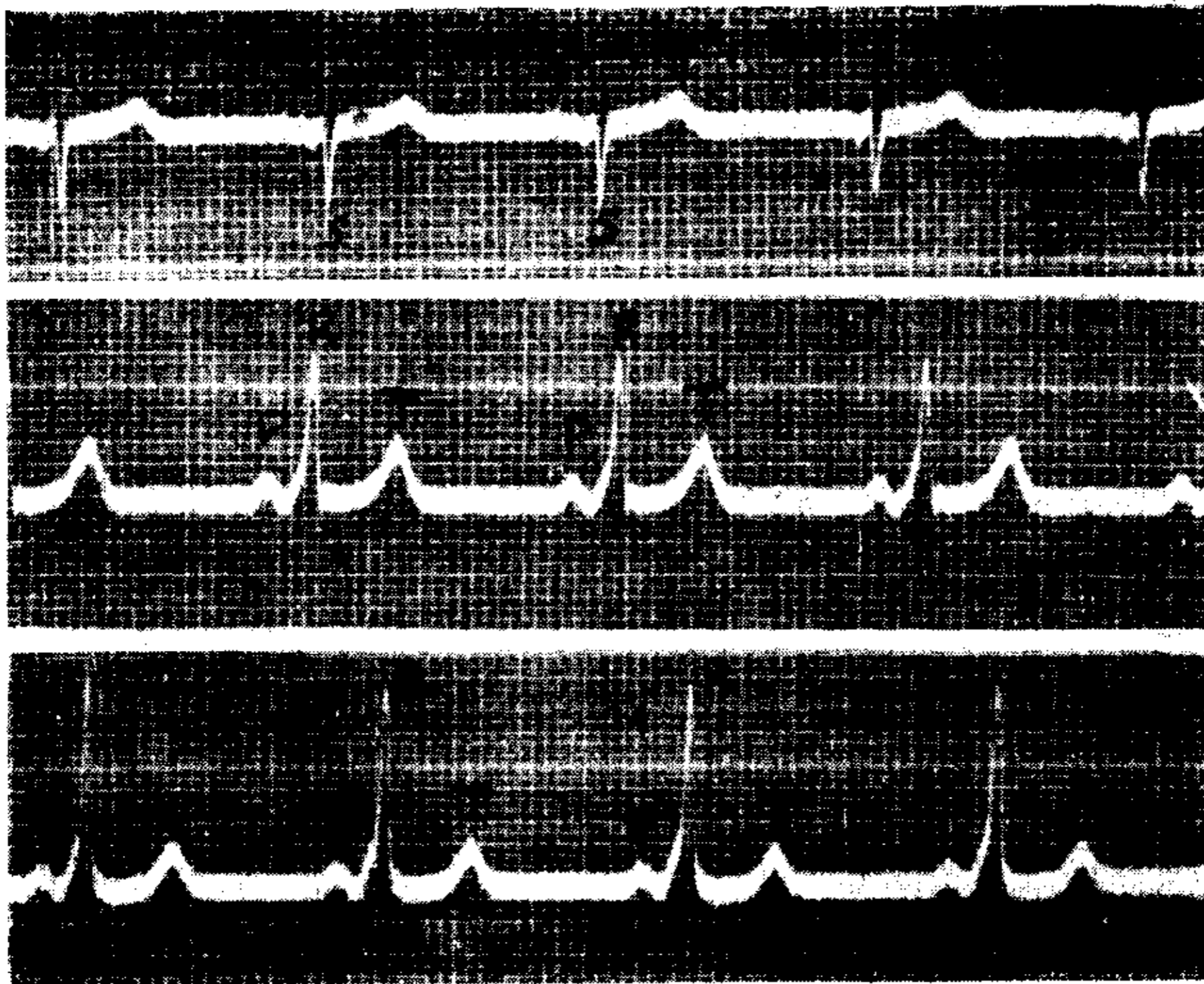


FIG. 2

El examen físico reveló pulso regular, 75 por minuto, Mx. 130 y Mn. 80, ruidos cardíacos intensos y regulares. Un examen radio-

lógico practicado al día siguiente en el consultorio de uno de nosotros, mostró corazón de forma y tamaño normal, y un electrocardiograma también sacado en ese momento mostró (fig. 2): ritmo sinusal con onda P positiva, P-R acortado especialmente en II y III derivación (P-R 0''10), desviación a la derecha del eje eléctrico, QRS ancho (0''10) y mellado, especialmente en el pie de la rama inicial.

Al día siguiente el enfermo realizó una excursión en yacht al Uruguay, sin haber experimentado molestia alguna, todo el verano ha practicado el golf como acostumbraba, teniendo una lucida actuación en las numerosas competiciones en que intervino.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

El electrocardiograma obtenido al día siguiente del ataque, al revelar la existencia de un P-R de 0.10 seg., coexistiendo con un QRS de 0.10 seg. y con el pie de la rama inicial mellado, certifica que el presente caso es una nueva observación de P-R corto con QRS ancho y mellado.

El electrocardiograma obtenido durante el ataque, al mostrar la falta de onda P y la presencia de complejos ventriculares difásicos, mayor desviación del QRS en sentido contrario de la onda T, extremadamente anchos, QRS 0.16 seg., marcadamente mellados, no absolutamente iguales, vale decir polimorfos, y sucediéndose rápida e irregularmente, evidencia que los ataques se debían a un paroxismo de fibrilación auricular y de taquicardia ventricular polimorfa.

La hipótesis que el estímulo de la activación cardíaca en caso de fibrilación auricular o taquicardia paroxística en el P-R corto y QRS ancho y mellado, por razón de la mayor frecuencia, sigue las vías normales y por eso el QRS se vuelve de ancho normal y no es más mellado, no se ha cumplido en el presente caso. Por el contrario, la coexistencia de la taquicardia ventricular con la fibrilación auricular, lleva a pensar que un trastorno semejante del proceso de excitación ocurrido en las aurículas, ha ocurrido en los ventrículos. En otras palabras, la activación de los ventrículos en el presente caso de P-R corto y QRS ancho y mellado, en lugar de normalizarse durante las crisis de fibrilación auricular como hasta ahora había sido comprobado, se realizaba en una forma mucho más anormal.

La aplicación en el presente caso del criterio universalmente

admitido, que la taquicardia ventricular polimorfa es de extraordinario mal significado pronóstico, y más si existe también fibrilación auricular, nos hubiera llevado a cometer un grave error pronóstico, con el consiguiente descrédito. No establecimos mal pronóstico, porque sobrepusimos los antecedentes y condiciones cardiovasculares del enfermo, al cuadro electrocardiográfico.

La quinidina por vía oral y a la dosis mínima de 0.20 gramos, ha sido espectacularmente efectiva en el presente caso, tanto que las primeras palabras del enfermo cuando lo vimos por segunda vez fueron las siguientes: "es el primer remedio que me han dado que me ha parado un ataque, siempre lo tendré a mano". Será necesario comprobar que en futuros ataques tenga la misma efectividad, para sentar su real eficacia.

RESUMEN

Se relata una observación única en la literatura médica según la información de los autores, de P R corto con Q R S ancho y mellado, que de tanto en tanto presentaba crisis de fibrilación auricular y taquicardia ventricular polimorfa, y en la cual la quinidina per os fué espectacularmente efectiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Wolff L., Parkinson J. y White P. D. — Bundle-Branch Block with Short P-R Interval in Healthy Young People Prone to Paroxysmal Tachycardia. "Am. Heart Journal". 5, 685, 1930.
2. Cossío P., Berconsky I. y Kreutzer. — P-R acortado con Q R S ancho y mellado (análisis de las 34 observaciones de la literatura médica, incluyendo 7 observaciones personales). "Revista Argentina de Cardiología", 2, 411, 1936.

RÉSUMÉ

L'on cite une observation, unique selon les auteurs, dans la littérature médicale, de P-R court avec QRS large et fendu, qui de temps en temps présentait des crises de fibrillation auriculaire et tachycardie ventriculaire polymorphe, et dans laquelle la quinidine fût extraordinairement effective.

SUMMARY

A case is here reported (unique in the literature in so far as the authors know) of reduced P-R interval with broad and knotted QRS complexes, with

recurrent attacks of auricular fibrillation and polymorphic ventricular tachycardia in which quinidine administration acted with spectacular efficacy.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird ein Fall beschrieben, der nach Angabe der Verf. einzig in der medizinischen Literatur darsteht: ein kurzer PR mit verbreitertem und gesplittetem QRS, bei dem zeitweise Vorhofflimmern und eine polymorphe Kammer tachykardie auftrat und durch Chinidin bemerkenswert beeinflusst wurde.