

Disociación aurículo ventricular transitoria a ritmo ventricular rápido Influencia de la Digitaloterapia

POR LOS DOCTORES

Prof. RAFAEL A. BULLRICH y DAVID SNEIDER

El interés de la comunicación de este caso reside, no en el hecho de que se trata de una disociación aurículoventricular consecutiva a la digitaloterapia, lo que por otra parte, es discutible, sino en la circunstancia de que, conjuntamente con la disociación se ha presentado un ritmo ventricular rápido absolutamente excepcional y de observación poco frecuente.

Es de antigua data sabido que la digitaloterapia puede ser causa de bloqueo y, aún de disociación aurículoventricular, sobre todo cuando existen en el sistema de conducción circunstancias que lo favorecen (infecciosas, tóxicas o toxínicas). Recientemente los doctores Toureilles y Vázquez han publicado una observación más, que ratifica un hecho que se observa con frecuencia relativa¹. El ritmo ventricular lento es en estos casos el hecho de observación común.

El bloqueo aurículo-ventricular incompleto y la disociación con ritmo ventricular rápido son, en cambio, raros y la relación de los casos conocidos es, por ello mismo, muy interesante.

En 1914, Routier², cita dos casos de disociación aurículoventricular transitoria con ritmo ventricular rápido.

Laubry y Lequime³, publican, en 1933, la observación de un hombre de 60 años, con disociación aurículoventricular completa con ritmo ventricular acelerado; el bloc era de tipo 1/1, con complejos auriculares y ventriculares oscilando entre frecuencias de 97 para el ventrículo y de 115 para la aurícula.

En su artículo estos autores citan la opinión emitida por White, en 1916⁴, quien admitía que, en ciertos casos el centro aurículoventricular sería tan irritable que cualquier circunstancia le

permitiría escapar al contralor sino-auricular y presentar un ritmo ventricular de frecuencia elevada.

Para interpretar los trazados de disociación aurículoventricular a ritmo rápido Laubry busca, como Pezzi⁵, en la teoría clásica, su explicación, admitiendo que ambos fenómenos: el bloqueo y la taquicardia ventricular son siempre el resultado de trastornos, más o menos importantes o durables de la conducción, y quizás, a veces, de la excitabilidad del haz de His, ambas, por otra parte íntimamente ligadas.

Siempre para Laubry, la aceleración del ritmo ventricular puede interpretarse como de causa nerviosa (excitación de los nervios aceleradores en estados infecciosos, tóxicos, etc.).

Mahaim⁶ admite que en algunos casos la taquicardia ventricular con disociación por digitalización puede ser consecutiva a una isquemia cuya acción sería irritativa sobre el tejido de conducción por infarto del miocardio, así como en otros la taquicardia sería consecutiva a una inflamación del haz de His por lesión cicatricial, interrumpiendo su continuidad y presentando en algunos casos blocs "disfrazados", "formas taquisfígmicas" de los autores franceses, con disociación completa, a veces desapercibida y dice textualmente: "En ciertos casos se debe admitir que la lesión del haz (a nivel del nudo de Tawara), se acompaña, exclusivamente, de alteraciones de hiperexcitación", y más adelante: "Toda lesión destructiva del haz no acarrea forzosamente un efecto inhibitor".

Por fin, Mahaim, estudia en otro capítulo de su bella obra un tercer tipo de taquicardia que puede acompañarse de disociación aurículoventricular: la "degeneración" del haz de His-Tawara de carácter electivo y que puede quedar confinada al tejido específico de conducción.

Más recientemente, Laubry y Puddu⁷ hacen un estudio electrocardiográfico y fonocardiográfico de un caso de disociación aurículoventricular a ritmo rápido con frecuencia ventricular primero más rápido y luego más lento que la auricular, rechazando la hipótesis de que pueda tratarse de una disociación con interferencia.

Es interesante, a este propósito, citar un último trabajo de Cutts¹⁰, quien hace un estudio importante de la disociación con interferencia y establece, sobre la base de muchas observaciones propias y ajenas, las condiciones según las cuales se produce este tipo

de ritmo y sus características electrocardiográficas. Para este autor este trastorno se presenta cuando hay depresión del nódulo sinoauricular o excitación del nódulo aurículoventricular. Si el nódulo A-V es más excitable que el S.-A., pero con conducción retrógrada posible, el ritmo A-V subsiste; pero si ésta está bloqueada, entonces aparece la disociación con interferencia, la independencia de los nódulos es completa y sólo se observan complejos de tipo A-V cuando, por casualidad, la incitación partida del nudo S-A halla al ventrículo en período de excitabilidad.

Es interesante anotar que Cutts hace resaltar la importancia de los estados febriles y, sobre todo, el reumatismo poliarticular agudo en la génesis de estos trastornos: en 9 casos sobre 12 el reumatismo cardio-articular estaba en causa y en plena evolución. Las observaciones electrocardiográficas del autor citado permitirían, pues, a pesar del ritmo ventricular observado en nuestro caso clínico, rechazar la sospecha de una disociación con interferencia por hallarse el nódulo S-A más rápido que el A-V. Este concepto muy importante, permite delinear perfectamente, de acuerdo con la escuela de White, las disociaciones a ritmo rápido ventricular y las disociaciones con interferencia.

Con respecto a la influencia de la digital en la génesis de esta última, Cutts no cree que sea importante y, sí, sólo accidental.

OBSERVACION CLINICA

Se trata de una mujer de 49 años, que ingresa a la Sala el 11 de mayo del corriente año, con fiebre alta y un proceso agudo pleuropulmonar, caracterizado por tos, expectoración mucopurulenta y los signos dominantes de un abundante derrame pleural izquierdo, cuya punción exploradora reveló la presencia de un líquido serofibrinoso, con predominio de linfocitos y 27 gts. ‰ de albúmina. Ni en los esputos ni en el líquido de punción se hallaron bacilos de Koch, y los cobayos inoculados no reaccionaron. La eritrosedimentación era acelerada. La R. de Wassermann y la de Kahn eran francamente positivas y en los antecedentes de la enferma se anotaba la muerte precoz de 5 hijos, no quedándole sino uno vivo. Se comprobó un ligero estado anémico (3.700.000) y taquicardia con hipotensión arterial. No se oyeron soplos en el corazón.

Bazo grande y palpable.

Al iniciarse el tratamiento se indican X gotas diarias de Digitalina; el pulso desciende de una frecuencia de 120 a 80 por minuto y, en estas circunstancias, cuando la enferma había tomado 140 gotas se hizo E.K.G., el que nos reservó la sorpresa de la presencia de una disociación aurículoventricular total, con ritmo auricular de 120 y ventricular de 80 por minuto (trazado 1).

En DI se observa la presencia de una extrasístole ventricular, cuyo carácter, estableciendo el tiempo que separa los ángulos QRS entre sí, nos parece de tipo "decalante", pues no hay, después de ella, reposo compensador. Esta misma impresión se confirma con el estudio de las Ext. observadas en DII y DIII, en donde le imprimen al ritmo un tipo netamente bigeminado. Basándonos en las descripciones de Lian⁹, que son tales aquellas cuya diástole siguiente tiene la misma duración que una diástole normal, pareciendo, según la expresión de Busquet, que la Ext. desenchaja el ritmo primitivo: "Después de ellas las contracciones automáticas vuelven a tomar la cadencia normal; se trata de un simple cambio de paso". (Veil y Codina Altés⁸).

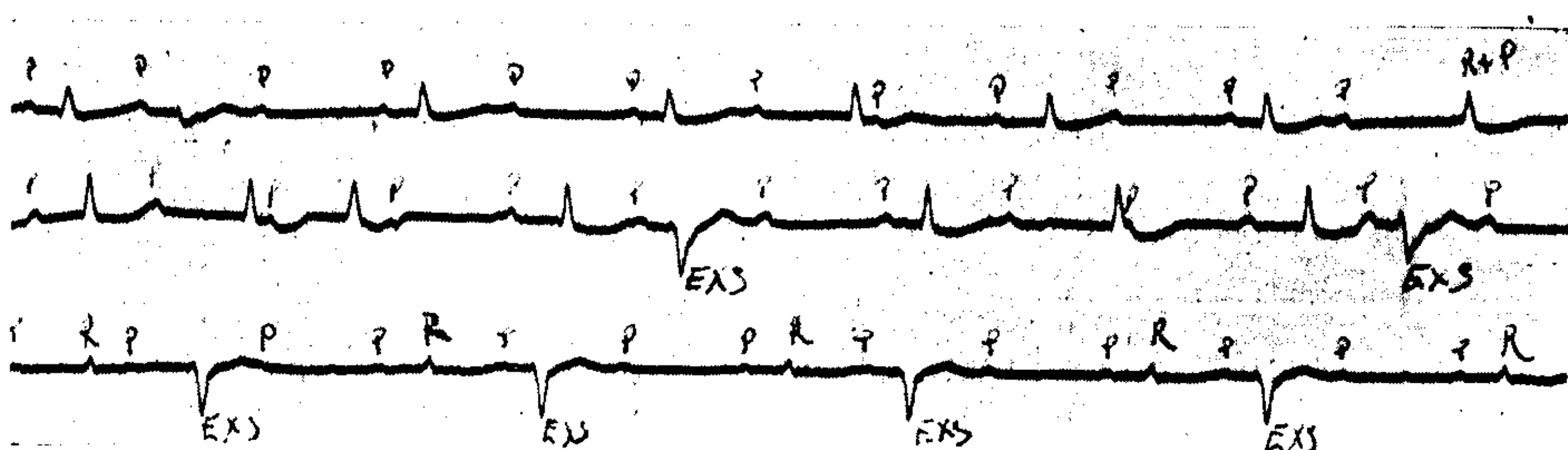


FIGURA 1

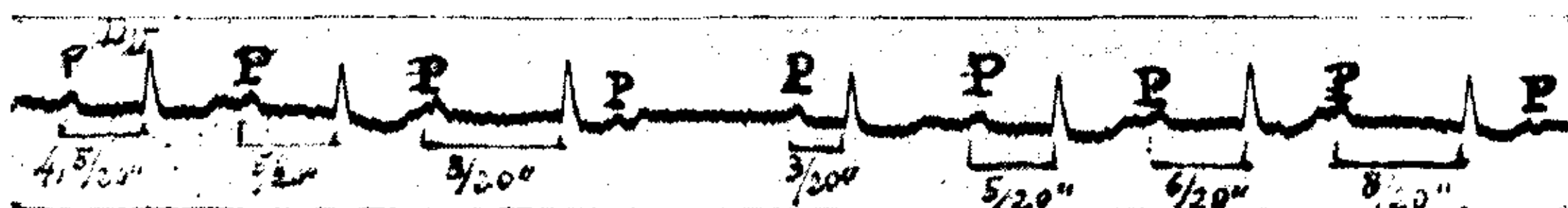


FIGURA 2

Otra característica del trazado en las tres derivaciones es la arritmia que, fuera de las Ext., se observa casi constantemente. Los complejos ventriculares se hallan separados por espacios de tiempo variables, aunque no muy acentuados. Este es un hecho conocido, sobre el cual Cutts hace referencias muy interesantes.

La situación se mantiene estacionaria, a pesar de suspenderse la Digitalina; se nota regularización del ritmo y, por ello, la frecuencia del pulso asciende en apariencia.

La enferma no acusa ningún trastorno subjetivo. El 2 de junio, con 90 pulsaciones radiales, se hace nuevo electrocardiograma y se nota la desaparición de la disociación, con la presencia de trastornos de conducción caracterizados por períodos de Wenckebach-Luciani (fig. 2 en DII).

El trastorno de conducción mejora rápidamente. El 5 de junio un nuevo E.K.G. muestra en DII una distancia PQ de 4.5/20'' (fig. 3) con desaparición de los períodos de Wenckebach.

El 8 de junio el espacio PQ queda reducido a $3,5/20''$ (fig. 4).

El día 3 de julio se efectúa un nuevo electrocardiograma y se comprueba que, a pesar de una taquicardia persistente, la conducción auricular es normal $3/20''$ y la onda T que era persistentemente negativa se ha hecho positiva (fig. 5).

Hemos manifestado, al principio, que dudábamos de que la digitaloterapia, por sí, hubiera sido capaz de provocar los trastornos que hemos señalado. Intentamos, en efecto, reproducirlos volviendo a digitalizar a la enferma en la misma forma y con dosis de digitalina aún más altas (XV diarias durante 15 días). No lo conseguimos. El electrocardiograma que se hizo el 28 de julio, después de esta experiencia, sólo muestra un segmento S-T con tendencia a negativizarse sin otro trastorno (fig. 6).



Fig. 3 ; 4-VI-37



Fig. 5 ; 3-VII-37



Fig. 4 ; 8-VI-37.

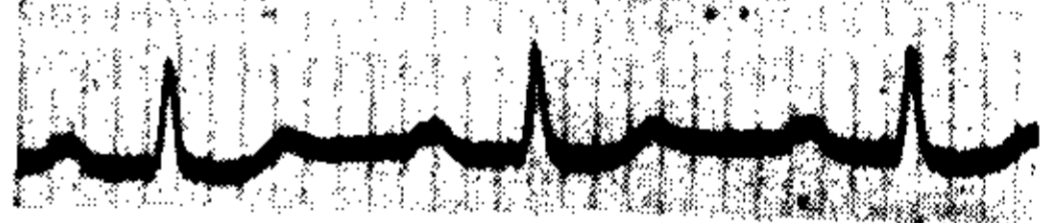


Fig. 6 ; 28-VII-37

Es que, en realidad, habiendo mejorado la enferma de su proceso infeccioso y habiendo desaparecido su derrame, normalizándose la temperatura, ha faltado el factor tóxico o toxínico o infeccioso que ha influido en la génesis de estos trastornos, juntamente con la digital, de acuerdo con las ideas que hemos emitido más arriba y que han sido señaladas en numerosos trabajos ajenos y propios. En dos trabajos anteriores ¹¹, ¹², hemos señalado estos hechos y creemos innecesario repetirlos. La bibliografía al respecto es, por otra parte, abundante e ilustrativa.

RESUMEN

En una mujer con pleuresía serofibrinosa, coincidiendo con digitalización intensiva se presenta una disociación aurículoventricular, con ritmo ventricular rápido (80 por minuto) y auricular

de 120, registrado en el E.C.G. Posteriormente aparece bigeminismo transitorio y después de varios días un nuevo E.C.G. muestra el restablecimiento del ritmo sinusal, pero con períodos de Wenckebach-Luciani, evolucionando luego al retardo simple de conducción aurículoventricular, que desaparece un mes después de obtenido el primer E.C.G. Los autores discuten la influencia de la medicación digitálica y hacen una rápida revista de la etiopatogenia del síndrome, desde el punto de vista anatomopatológico y electrocardiográfico.

BIBLIOGRAFIA

1. *Tourilles J. F. y Vázquez P. C.* — "Prensa Médica Argentina"; 1935, pág. 1119.
2. *Routier D.* — "Archiv. Malad. Coeur, Vaiss. et Sang"; 1914, pág. 316.
3. *Laubry et Lequime.* — "Archiv. Malad. Coeur, Vaiss. et Sang"; 1933, pág. 353.
4. *White P.* — "Archiv. of internal Med."; 1916, XVIII, 244.
5. *Pezzi C.* — "Archiv. Malad. Coeur, Vaiss. et Sang"; 1931, pág. 1.
6. *Mahaim I.* — Les maladies organiques du faisceau de His-Tawara. París, 1931, Masson Edit.; capítulos VII, VIII y IX.
7. *Laubry y Puddu.* — "Archiv. Malad. Coeur, Vaiss. et Sang"; 1936, pág. 665.
8. *Veil et Codina Altés.* — "Traité d'Electrocardiographie Clinique". París, 1928.
9. *Lian C.* — "Tratado de Patología Médica y Terapia". Colección "Sergent", t. IV, ed. 1926, págs. 338 y 424.
10. *Cutts F. B.* — "Amer. Heart J."; 1937, XIII, pág. 451.
11. *Bullrich R. A.* — "Bolet. Acad. Nac. Medic."; 1935, pág. 461.
12. *Bullrich R. A.* — "Bolet. Acad. Nac. Medic."; 1935, pág. 565.

RESUMÉ

Chez une femme, pendant une pleuresie serofibrineuse, coincidant avec digitalisation intensive, se présente une dissociation auriculo-ventriculaire, avec rythme ventriculaire rapide (80 par minute) et auriculaire de 120, enregistrée dans l'E.C.G.

Plus tard apparait bigeminisme transitoire et plusieurs jours après, un autre E.C.G. montre le rétablissement du rythme sinusal, mais avec periodes de Luciani-Wenckebach, évoluant postérieurement vers le retard simple de conduction auriculo-ventriculaire et disparaissant un mois après avoir obtenu le premier E.C.G.

Les auteurs discutent l'influence de la medication digitalique et font une revision rapide de l'etiopathogenie du syndrome, du point de vue anatomopatologique et electrocardiographique.

SUMMARY

In a woman affected by an exudative sero-fibrinous pleuritis, corresponding with a period of intense digitalization, an A-V dissociation appeared with an auricular rate of 120 per minute and a ventricular of 80, as recorded in the E.C.G. Later on, after a transient period of coupled extra systoles, a new E.C.G. record showed the reappearance of the sinus-rhythm, affected however by Luciani-Wenckebach periods. Finally only a decreased A-V conduction time remained, which also disappeared within a month from the first E.C.G. record.

The influence of digitalis in producing this trouble is discussed and the mechanism of the syndrome is analyzed from the stand point of the pathologic anatomy and electrocardiography.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei einer Frau mit einer serofibrinösen Pleuresie zeigte sich im Zusammenhang einer intensiven Digitalisierung eine a-v Dissoziation, mit beschleunigten Vorhof — und Kammerrhythmus — 80, bzw. 120 pro Minute — (durch Ekg. registriert).

Später erscheint eine vorübergehende Bigeminie und nach einigen Tagen zeigt ein neues Ekg. das Wiedererscheinen des Sinus-Rhythmus, in Begleitung von Wenckebachsche Perioden, der nachher zur gewöhnlichen a-v Verspätung übergeht und einen Monat nach Aufnahme des 1. Ekg. verschwindet. V. diskutieren den Einfluss der Digitalisierung und präsentieren einen schnellen Überblick der Äthiopatogenie des Syndroms, vom anatomopathologischen, sowie Ekg. Standpunkte aus.