

CASUÍSTICA

Cátedra de Clínica Médica del Prof. R. A. Bullrich. - Hosp. Ramos Mejía. - Bs. Aires
1er. Dispensario de Asistencia Social del Cardíaco. - Hosp. Ramos Mejía. - Bs. Aires

Bloqueo total aurículo-ventricular con restablecimiento del ritmo sinusal después de 4 meses de evolución

POR LOS DOCTORES

B. MOIA y A. C. SCHIAVI

Los casos de bloqueo cardíaco transitorio vinculados a procesos toxí-infecciosos, reflejos, vasculares, etc., se ven cada vez con mayor frecuencia, quizás por el hecho mismo de que la obtención de los trazados electrocardiográficos al lado del lecho del enfermo se generaliza cada día más.

El ritmo sinusal puede alternar con el bloqueo, durante los intervalos de las crisis o aún mismo, periódicamente, durante la obtención del trazado, como sucedió en un caso de Cheyne-Stokes, que uno de nosotros publicara con Bullrich ¹.

En los procesos a sustractum orgánico, la chance de recuperación del ritmo sinusal se hace cada vez menor a medida que el bloqueo envejece, dando así la muestra de su organicidad. La circunstancia de haber observado un caso en el que la normalización electrocardiográfica y clínica del ritmo se produjo a los 4 meses de obtenido el primer E. C. G. que evidenciaba la disociación aurículo-ventricular total, nos mueve a publicarla por creer que los comentarios que derivan de las condiciones en que ella se realizó, pueden ser de gran interés.

Ficha N° 1.201. Angel P., italiano, casado de 68 años de edad, portero, concurre al Dispensario el 28 de Diciembre de 1934, manifestando que 5 días

BLOQUEO TOTAL --- RESTABLECIMIENTO DEL RITMO SINUSAL

antes fué despertado bruscamente en la noche por un dolor precordial no muy violento, acompañado de opresión y estado nauseoso. Se incorpora entonces y hace algunos movimientos para tratar de aliviar sus sufrimientos, pero el dolor lejos de atenuarse sigue aumentando en intensidad. Toma 2 aspirinas y al cabo de varias horas el dolor se va atenuando tardando dos días en desaparecer totalmente. Luego nota que aparece disnea de esfuerzo acentuada, y aún de decúbito, síntomas que antes nunca había acusado, por lo que se decide a consultar a un facultativo. Este encuentra hipertensión y pulso muy lento y le aconseja concurra a nuestro Servicio.

Los antecedentes del paciente carecen de importancia en lo que se refiere al proceso actual. Sólo manifiesta que hace un año padeció de una úlcera varicosa en su pierna izquierda, que curó con tratamiento adecuado.

El examen revela un hombre de hábito pletórico, cuyos síntomas más salientes de parte del aparato cardiocirculatorio son los siguientes:

Aumento del área cardíaca a expensas de todos sus diámetros. Se ausculta soplo sistólico mitral y segundo tono aórtico reforzado. Sistolés en eco y a veces ritmo a tres tiempos. No hay signos de insuficiencia congestiva.

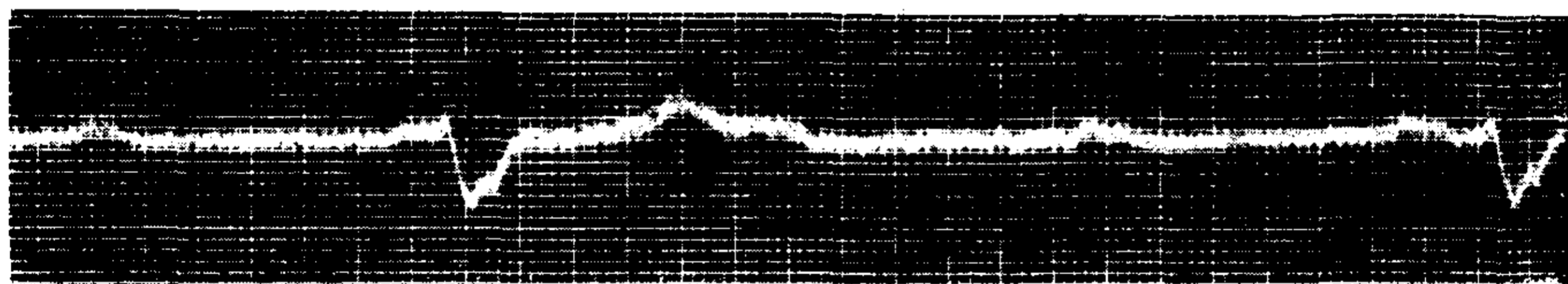


FIG. 1. — E.C.G. Deriv. II.

Arterias flexuosas y endurecidas. Presión arterial Mx 220, Mn 80 (Baumanómetro). Pulso regular, latiendo a 34 contracciones por minuto.

Exámenes de laboratorios. — Análisis de orina (datos positivos solamente). Densidad 1.020; Albúmina: vestigios; glucosa 5.55 gs. %.

Glucemia 1.50 gs. %.

Urea en suero 0.42 gs. %.

Reacción de Wassermann: negativa; de Kahn standard negativa, de Kahn presuntiva: positiva.

Electrocardiograma. (Fig. 1). Diagnóstico: Disociación auriculoventricular total. Frecuencia auricular 98 por minuto. Frecuencia ventricular 32 por minuto. Bloqueo de rama izquierda (nueva nomencl.).

Tratamiento: reposo. Régimen para combatir sus diabetes. Feobromina luminal. Efedrina 0.03 gs. por día.

La diabetes mejora rápidamente hasta hacerse normoglucémico. El pulso no se modifica. Como persiste la disnea se agregan pequeñas cantidades de digital. A los tres meses el pulso sigue a 34 por minuto. Se aumenta la efedrina a 0.05 gs. por día. El enfermo se siente algo mejor de su disnea, pero persiste el pulso lento. La presión arterial se mantiene en 200/70 cms. Hg. El 24 de Abril se aumenta

la efedrina a 0.10 gs. diarios. A los 4 días el enfermo manifiesta haber obtenido una mejoría rápida y total, al punto que su disnea ha desaparecido por completo. Le examinamos y encontramos con sorpresa que el pulso late rítmicamente a 62 pulsaciones por minuto. Se practica un nuevo electrocardiograma (Fig. 2), que confirma la existencia de ritmo sinusal latiendo a razón de 60 contracciones por minuto. Espacio P-R aumentado a 0.24". Persiste el bloqueo de rama pero los complejos ventriculares han disminuído notablemente de voltaje y sus ramas están muy engrosadas.

A la semana, después de haber abandonado la medicación se obtienen nuevos trazados directos y previa, compresión ocular y sinocarotidea, no consiguiéndose la disociación del ritmo.

Después de cuatro meses el E.C.G. revela la recomposición del ritmo con los mismos caracteres.

COMENTARIOS

Expuesta la observación brevemente y en sus caracteres más salientes, nos referiremos ahora, en primer lugar, a la probable etio-

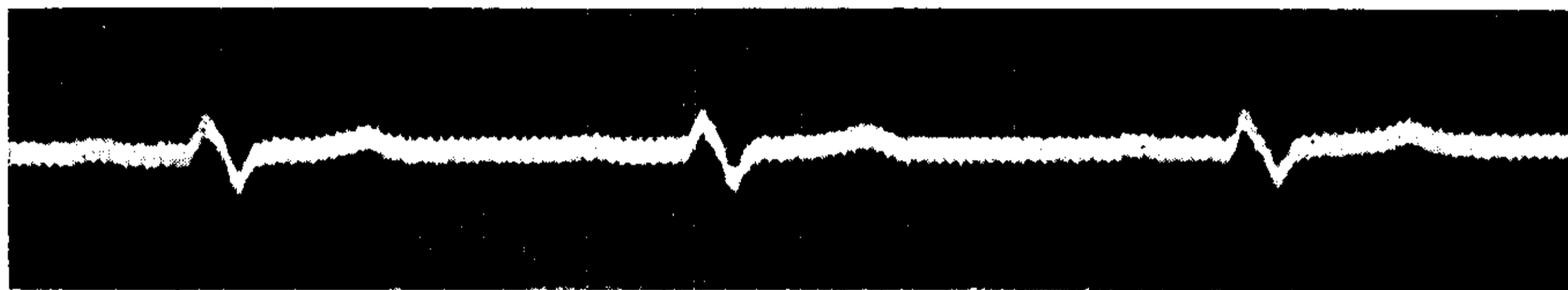


FIG. 2. — E.C.G. Deriv. II.

patogenia de la afección y en segundo lugar a la relación existente entre la terapéutica utilizada y los resultados obtenidos.

La brusca aparición y el complejo sintomatológico que le precedió y acompañó (diabetes, esclerosis vascular con hipertensión, cuadro anginoso prolongado, etc.), así como la falta de otros elementos etiológicos capaces de desencadenar el síndrome, nos inclinan a aceptar que en nuestro enfermo el bloqueo debe vincularse a la existencia de una lesión coronaria, máxime si se recuerda la concomitancia del bloqueo de rama.

Múltiples son los autores que han comunicado casos de bloqueo por infarto de miocardio ^{2, 3, 4, 5} etc. y aún por angina de pecho ⁶. Pero en todos ellos cuando el ritmo volvió a lo normal, el trastorno fué poco duradero, no pasando en general de días o semanas y excepcionalmente 1 o 2 meses ^{7, 8}. Sin embargo, la desusual duración no debe, en nuestro caso, deponer en contra de tal hipó-

tesis, pues si, como dice Smith ⁷, se tiene en cuenta que la oclusión coronaria es la fase aguda de un proceso arterial crónico, hay que pensar que la disociación auriculoventricular por lesiones arteriales degenerativas es más común de lo que se cree. Si la oclusión aguda puede dar bloqueo, los cambios lentos en los mismos vasos producirán gradualmente el mismo efecto, especialmente en los viejos, en los que las probabilidades de compensación circulatoria estarán más disminuídas. Por otra parte, es hoy un hecho admitido que la causa más común de bloqueo A-V. permanente es la coronariopatía con el estrechamiento de los vasos que irrigan los tejidos de conducción ⁹.

Con respecto al segundo punto, debemos recordar que las variadas medicaciones destinadas a la curación del bloqueo, sólo han servido, en general, para la aceleración de ambos ritmos, semejando así falsos restablecimientos sinusuales, que no resistían a la prueba electrocardiográfica. Así sucedió con la adrenalina, droga que bien pronto cayó en desuso, no sólo por los escasos resultados obtenidos, sino por los peligros a que su uso podía dar lugar ¹⁰.

Para precaverse de estos efectos secundarios, al par que obtener resultados más regulares y constantes, los autores americanos ^{11, 12, 13}, etc. recurrieron a la efedrina, volviendo a describirse buenos resultados, aunque en su mayoría sin control electrocardiográfico. F. Seeber ¹⁴ relata, sin embargo, recientemente dos casos, uno de ellos con bloqueo desde dos meses de antigüedad, en los cuales al cuarto día de administrada la droga se obtuvo la recomposición del ritmo, previo pasaje por un bloqueo 2/1.

En nuestro caso, si bien las primeras dosis de efedrina no trajeron el resultado esperado, es muy significativo que la curación, coincidió con la duplicación de la cantidad de droga. La persistencia de la recomposición del ritmo, cuatro meses después de abandonada la medicación, y los resultados negativos de las distintas maniobras tendientes a provocar la disociación nos obligan a rechazar la hipótesis de que la efedrina haya actuado sobre el sistema neurovegetativo: por lo que creemos que, como hipótesis más aceptable, se podría admitir que la vasodilatación coronaria producida por la administración de la droga a la dosis adecuada favoreció la irrigación de la zona lesionada, haciendo que algunas fibras del haz de His recuperaran en parte su función conductora, lo que trajo como

resultado final el restablecimiento del ritmo sinusal, a costa de un marcado retardo de conducción.

RESUMEN

Se describe una observación de bloqueo total auriculoventricular, de probable origen coronario, que desaparece a los 4 meses de su brusca aparición, 4 días después de la administración de 0.10 gs. de efedrina. El ritmo sinusal persiste cuatro meses después, evidenciando un retardo de conducción auriculoventricular.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BULLRICH R. A. y MOIA B.: *Rev. Arg. Cardiol.*, 1934, I, 145.
- 2 LEVINE S. A. y BROWN C. L., *Medicine*, 1929, VIII, 246.
- 3 PARKINSON J. y BEDFORD D. E., *Lancet*, 1928, I, 4.
- 4 GERAUDEL E. *Paris Méd.*, 1930, II, 25.
- 5 SMITH S. H. *Lancet*, 1930, I, 685.
- 6 EDENS E. *Kl. Woch.*, 1933, XII, II, 1763.
- 7 HANSEN O. S., *Am. Heart. J.*, 1932, XIII, 386.
- 8 ARRILLAGA F. C. y TAQUINI A. C., *Rev. Arg. Cardiol.*, 1934, I, 362.
- 9 KARSNER H. T., *Human Pathology*, Philadelphia, J. B. Lippincott y Cia., (cit. por Smith).
- 10 BULLRICH R. A. *Asoc. Méd. Arg.*, 1921, II, 954.
- 11 HIGLEY CH. S. y STECHER R. M., *Am. Heart J.*, 1933, IX, 90.
- 12 WOOD E. J. *J.A.M.A.*, 1932, XCVIII, 1364.
- 13 NATHANSON M. H. *Arch. Int. Méd.*, 1934, LIV, 111.
- 14 SEEGER F. *Kl. Woch.*, 1933, XII, II, 1648.

RÉSUMÉ

Une observation de bloc auriculo-ventriculaire totale, d'origine probablement coronaire, laquelle, 4 mois après sa brusque apparition, disparaît, après l'administration, pendant 4 jours, de 0.10 gs d'éphedrine. Le rythme sinusal persiste encore 4 mois après, mettant en évidence un retard de conduction auriculo-ventriculaire.

SUMMARY

A case of total A-V block probably due to coronary occlusion is described which disappeared after four months its beginning. The S A rhythm recommenced 4 days after administration of 0.10 grams of ephedrine and persisted four months thereafter with a slight delay in the A V conduction time.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird die Beobachtung einer vollkommenen atrioventricularen Block, deren wahrscheinliche Ursache in den Kranzadern zu suchen ist und vier Monate nach ihrem plötzlichen Erscheinen, vier Tage nach Verabfolgung von 0.10 gr. Ephedrin, verschwand, beschrieben. Der Sinusrhythmus dauert vier Monate weiter an und zeigt so eine Verzögerung des P R intervalls an.