

Significación clínica de las extrasístoles auriculares

ROBERTO VEDOYA

Director Honorario del Consejo de Electrocardiografía, Electrofisiología y Arritmias "Dr. Antonio Battro"

Trabajo recibido para su publicación: 11/91. Aceptado: 11/91

Dirección para separatas: Av. Quintana 80, Buenos Aires, Argentina

En 12.000 historias clínicas sucesivas de nuestro consultorio privado se comprobó la presencia de extrasístoles auriculares en el electrocardiograma de 222 casos (1,85 %), los que fueron divididos en dos series: serie A (92 casos), pacientes que no tenían otra alteración cardiovascular, y serie B (130 casos), los que sí la tenían. Llama la atención la frecuencia de colecistopatías, presente en 65 casos (29,2 %), 41 en la serie A (44,5 % de los 92 casos) y 24 en la serie B (18,4 % de los 130 casos). Se comprobó la existencia de TPSV o de FA paroxística, o de una y otra alternativamente, en 36 de los 222 pacientes (16,2 %), de los cuales 26 padecían una colecistopatía (72,2 % de los 36), sin diferencia significativa en las series A y B. Se deduce que las colecistopatías, por un mecanismo reflejo, son un importante y muy frecuente factor etiológico de las arritmias auriculares, lo cual adquiere más fuerza al considerar la desaparición o muy franca mejoría de dichas arritmias con el tratamiento de la afección de las vías biliares, resultados muy superiores a los logrados con drogas antiarrítmicas cuando es otra la etiología. Existen razones para aceptar que las diversas arritmias auriculares tienen una íntima relación entre ellas, como si fueran miembros de una misma familia.

En 1908 Sir James Mackenzie¹ manifestó que si un paciente presenta en el examen cardiovascular solamente extrasístoles auriculares, lo mejor es olvidarse de su existencia. Pero poco a poco se puso en evidencia que esta arritmia, aparentemente intrascendente, podría ser un pródromo de otras arritmias más importantes: taquicardia paroxística supraventricular, aleteo auricular y fibrilación auricular paroxística,²⁻⁴ y que estas arritmias eran inducidas más a menudo cuando se presentaban extrasístoles auriculares sucesivas o en pequeñas salvas,⁵ o cuando eran muy precoces.⁶

La extrasistolia auricular es una arritmia de frecuente observación, variando según el grupo humano en que se haga el estudio. Así, en 50.000 pacientes con diversas arritmias, las extrasístoles auriculares se observaron en el 5,6 % de los casos;⁷ en otro estudio, en 67.375 pilotos, se presentaron sólo en el 0,48 %.⁸

Naturalmente, los casos serían mucho más frecuentes si se indicara sistemáticamente el registro Holter, pues la arritmia suele aparecer sólo en algunas horas del día, y aun en algunos días.

En cualquier estudio sobre extrasístoles auriculares conviene dividir los casos en dos grupos: funcionales y orgánicos, como ya fue suge-

rido por Cowan en 1939,⁹ y ulteriormente aceptado por todos los autores, incluyendo en el primer grupo los casos en que la extrasistolia es la única anomalía del aparato cardiovascular y en el segundo grupo aquellos que presentan otra anomalía del aparato cardiovascular, la que puede ser la causa de la arritmia.

En los casos de este segundo grupo se citan como causas más frecuentes la estenosis e insuficiencia mitral, el prolapso mitral, la CIA, el cor pulmonale, la insuficiencia ventricular izquierda con elevada presión de fin de diástole, insuficiencia congestiva e insuficiencia coronaria crónica. En los pacientes sin otra afección del aparato cardiovascular se citan como posibles causas etiológicas el hipertiroidismo, la anemia, reflejos por disfunción del aparato digestivo, el estrés, el acto quirúrgico (especialmente la cirugía de revascularización miocárdica¹⁰) y la parasitosis intestinal. Como causas desencadenantes de las extrasístoles auriculares, en ambos grupos, se citan el nerviosismo, la fatiga física o psíquica, el exceso de alcohol, café, té, tabaco, los anorexígenos, etc. Sólo en algunos trabajos se mencionan, entre otras causas, las colecistopatías, sin conceder a esto mayor significación.^{2, 11-13}

El objeto de este trabajo es verificar la relación entre las colecistopatías y las distintas

arritmias supraventriculares, y por otra parte qué parentesco existe entre las extrasístoles auriculares, la taquicardia paroxística, la fibrilación auricular paroxística y el aleteo auricular.

MATERIAL Y METODO

En nuestro consultorio privado de cardiología, entre los años 1945 y 1987 revisamos 12.000 pacientes; en todos ellos se hizo el examen clínico completo, el electrocardiograma y la radioscopia, así como los exámenes complementarios cuando se los consideró necesarios. De esas historias clínicas se apartaron 222 (1,85%) que presentaban extrasístoles auriculares registradas en el ECG, de las cuales 92 correspondían a pacientes sin otra alteración cardiovascular (serie A), la que estaba presente en las otras 130 (serie B). Todas esas historias clínicas fueron analizadas en planillas para las series A y B, en las cuales las columnas consignaban el número de serie, el número de historia clínica, edad, sexo, causa probable de la arritmia, síntomas que la delataran, si existían en cada caso TPSV o FA paroxística o ambas, y finalmente un espacio para mencionar datos de interés para cada caso.

DISCUSION

En el Cuadro 1 se muestran las principales características de los casos en las series A y B; la principal diferencia es una mayor frecuencia del sexo masculino y más edad en la serie B, la cual se explica por la incidencia de arterioesclerosis e insuficiencia coronaria crónica.

La casi igual duración del tiempo de seguimiento es puramente casual.

En el Cuadro 2 se menciona la frecuencia de las distintas causas que posiblemente provocan la aparición de las extrasístoles auriculares en las series A y B; llama la atención la frecuencia de las colecistopatías en la serie A (44,5%), mientras que en la serie B se observó la afección

hepatobiliar en 24 de los 130 casos (18,4%), siendo difícil discernir si las extrasístoles auriculares son debidas a la afección cardiovascular o a la colecistopatía, pero de los 43 casos con hipertensión arterial 6 tenían cifras tensionales elevadas en forma leve a moderada (160/100 a 200/100 mmHg), todos con colecistopatía, lo que obliga a pensar que ésta era la causa de la arritmia.

En 1988 publicamos un trabajo¹⁴ sobre la relación de las crisis de TPSV y las colecistopatías, mencionando las razones que nos indujeron a ese estudio. En una serie de 160 casos de TPSV estudiados en nuestro consultorio privado, el 62,5% presentaba una colecistopatía. De los 52 casos con seguimiento suficientemente prolongado, 42 padecían una colecistopatía y con su tratamiento las crisis desaparecieron en 34 (80,9%), aun suprimiendo las drogas antiarrítmicas, mejorando muy francamente en los otros 8; en cambio, en los 10 casos sin colecistopatía, con enérgico tratamiento medicamentoso, las crisis desaparecieron sólo en dos casos (20%) y mejoraron en otros dos, sin mejoría en los seis restantes.

Sabiendo que las extrasístoles auriculares suelen preceder a la TPSV, la FA paroxística y a veces al aleteo auricular, pensamos que si esas arritmias forman una familia debería existir entre ellas una relación ancestral, lo que en muchos casos podría ser una colecistopatía.

En el Cuadro 3 mostramos que, de los 92 casos de extrasístoles auriculares de la serie A, existía colecistopatía en 41 (44,5%), de los cuales 15 (36,5%) presentaron TPSV, FA paroxística, o ambas, mientras que en los 51 casos sin colecistopatía se observaron las arritmias mayores sólo en cinco casos (9,8%).

En el Cuadro 4, de los 130 casos de extrasístoles auriculares de la serie B, existía colecistopatía en 24 casos, de los cuales en 11 (45,8%) aparecían las arritmias mayores, mientras que en los 106 casos sin colecistopatía sólo en cinco

Cuadro 1
Extrasístoles auriculares

	Serie A CV normal	Serie B Afección CV	Total A + B
Nº de casos	92	130	222
Sexo masculino	46	79	125
Sexo femenino	46	51	97
TM de edad	55 años	64 años	59 años
TM seguimiento	38 meses	37 meses	37,5

TM = Tiempo medio.

Cuadro 2
Causas probables de las extrasístoles auriculares

Serie A (92)		Serie B (130)	
Colecistopatía	41	Coronariopatía	45
Gastrointestinal	13	Hipertensión arterial	43
Nerviosismo	6	Valvulopatías aórticas	21
Vagotonismo	3	Valvulopatías mitrales	9
Hipertiroidismo	2	Infarto de miocardio	7
Desconocida	27	Varios	5

Cuadro 3

Extrasístoles auriculares y taquicardia paroxística, fibrilación auricular paroxística o ambas. Relación con colecistopatía Serie A (92 casos)

	Con colecistopatía (41 casos)	Sin colecistopatía (51 casos)
TP	8	1
FA paroxística	3	3
TP y FA paroxística	4	1
Total	15 (36,5 %)	5 (9,8 %)

Abreviaturas: TP: Taquicardia paroxística. FA: Fibrilación auricular.

se observaron las arritmias mayores (4,7 %).

Pero no basta que las diversas arritmias auriculares tengan algo ancestral en común, en este caso la colecistopatía como factor etiológico, sino que es también necesario establecer que existe una íntima relación entre ellas, como miembros de una misma familia. La relación entre las extrasístoles auriculares y la TPSV o FA paroxística (en un solo caso de esta serie con el aleteo auricular) apoya ese concepto, el cual es aún más evidente en algunos casos; dos ejemplos son suficientes.

a) Paciente de 80 años, sin colecistopatía, tratado desde los 60 años por una severa coronariopatía que mejora progresivamente por gran desarrollo de la circulación colateral. El 14 de setiembre ppdo. padece una intensa precordialgia, sin causa desencadenante, que

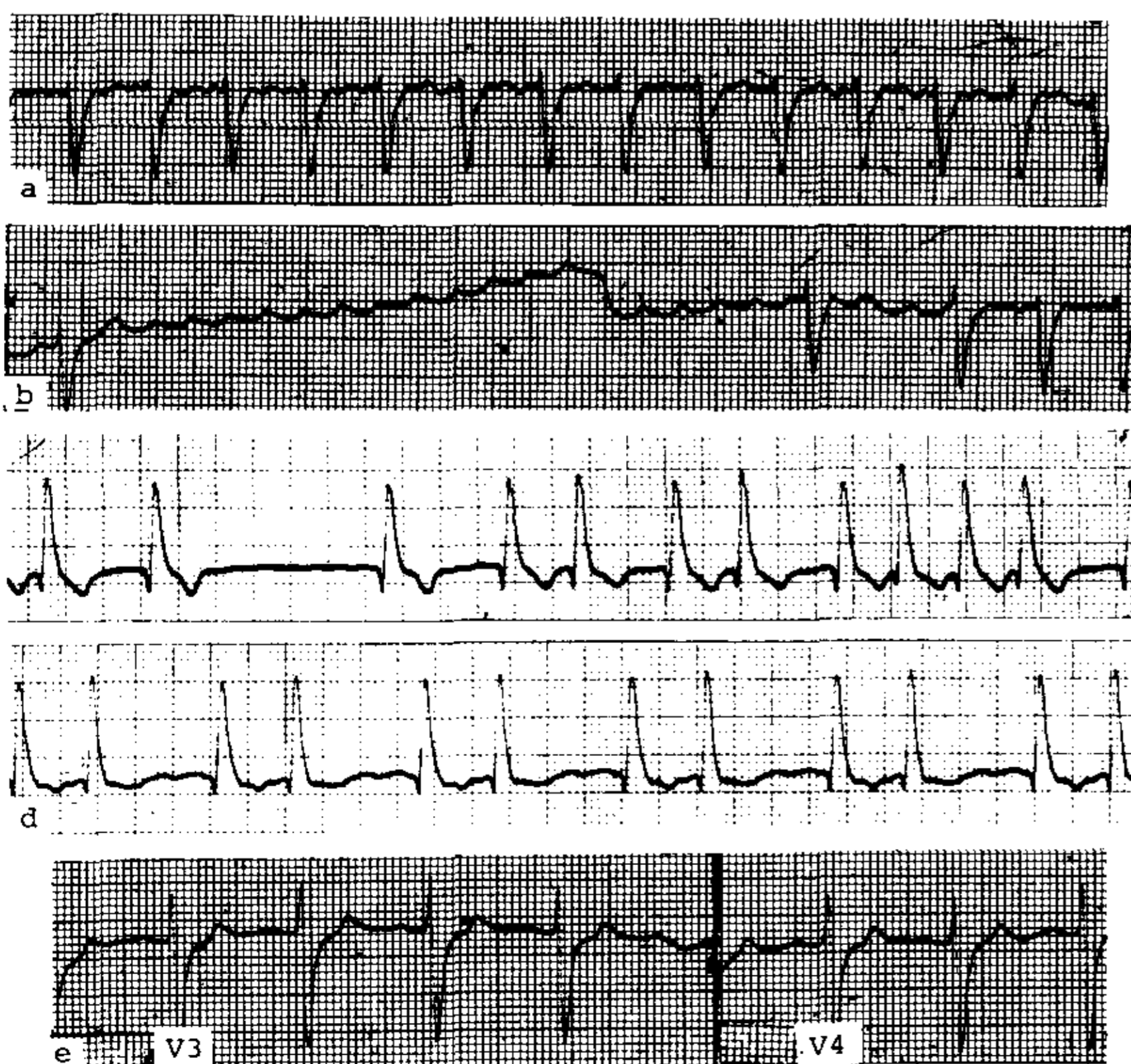


Figura 1

Cuadro 4

Extrasístoles auriculares y taquicardia paroxística, fibrilación auricular paroxística o ambas. Relación con colecistopatía Serie B (130 casos)

	Con colecistopatía (24 casos)	Sin colecistopatía (106 casos)
TP	8	3
FA paroxística	1	1
TP y FA paroxística	2	1
Total	11 (45,8 %)	5 (4,7 %)

Abreviaturas igual que en Cuadro 3.

persiste unas dos horas y no cede con tres comprimidos de dinitrato de isosorbide sublingual. Internado en unidad coronaria mejora rápidamente. El día 16, tras una discusión con intensa excitación nerviosa, sin angor, aparece una taquicardia regular de 150 por minuto, que tampoco provoca angor, y la compresión del seno carotídeo derecho determina una pausa ventricular y pone en evidencia un aleteo auricular con frecuencia de 300 por minuto, con bloqueo AV 2:1 (Fig. 1, a y b).

Se le administra una ampolla endovenosa de verapamil y a las dos horas se registra un ritmo taquicárdico e irregular que se interpreta como fibrilación auricular, lo cual es confirmado por la ausencia de ondas de sístole auricular durante la pausa provocada por la compresión del seno carotídeo derecho (Fig. 1 c).

Se lo digitaliza y a las ocho horas se observa un ritmo bigeminado por extrasístoles auriculares precoces (Fig. 1 d), que desaparecen totalmente a las dos horas, restableciéndose el ritmo sinusal normal (Fig. 1 e). En el curso de sólo 12 horas el paciente presenta, en sentido decreciente, diversas arritmias auriculares, faltando sólo la TPSV.

b) Paciente de 51 años que consulta en 1972 por

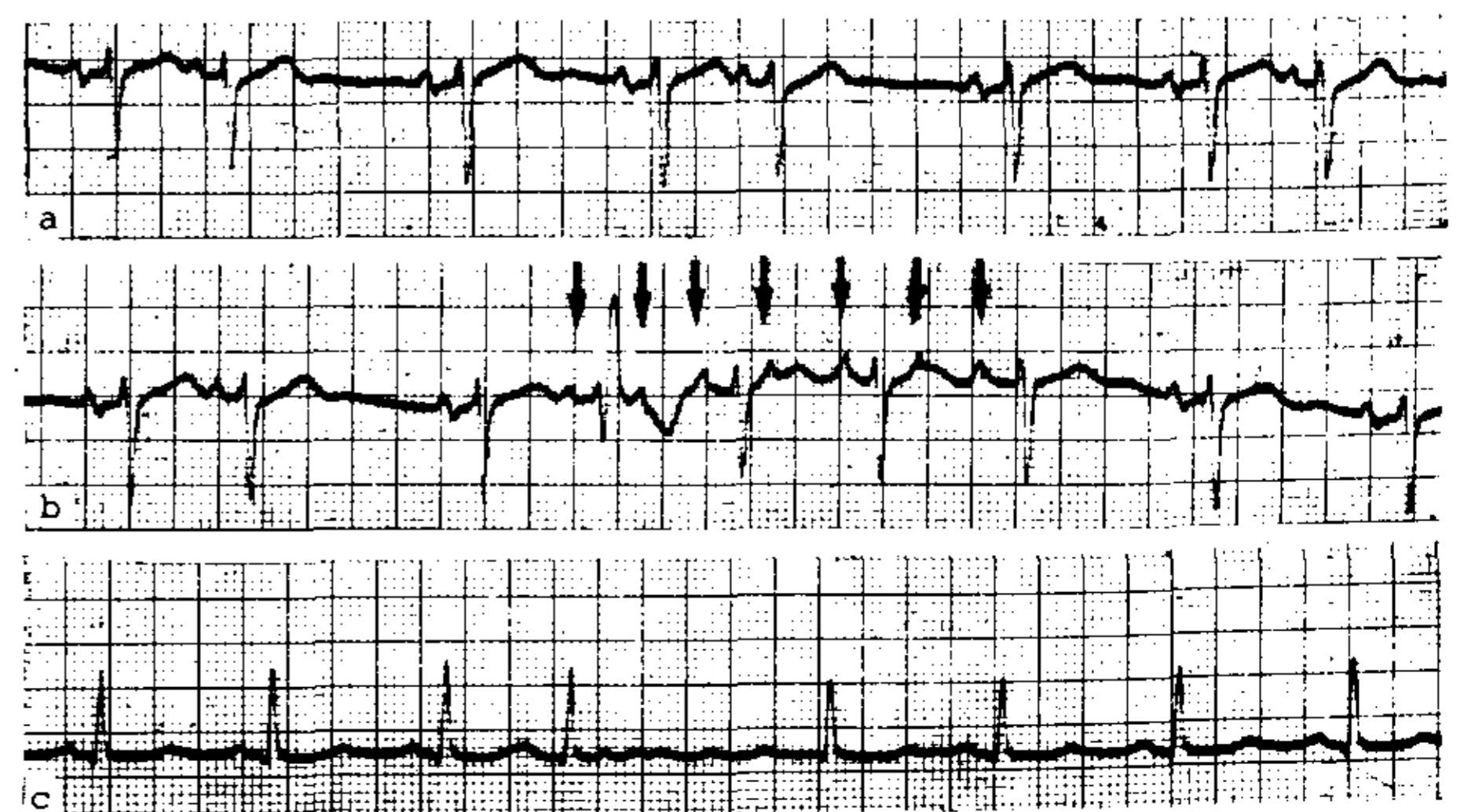


Figura 2

dolores precordiales atípicos que se atribuyen a aerogastria; el examen sólo reveló extrasístoles auriculares precoces. Reaparece en 1983 aportando un ECG de 1981 con frecuentes extrasístoles auriculares precoces; el examen revela una evidente colecistopatía y el ECG muestra frecuentes extrasístoles auriculares con ciertas características que inducen a solicitar un registro Holter, en el cual se informa: "Extrasístoles auriculares muy frecuentes, trigeminadas, bigeminadas, apareadas, con QRS normal o aberrante; después de algunas extrasístoles auriculares se observa un artefacto difícil de explicar".

Ello motivó un registro electrocardiográfico muy prolongado que permitió comprobar que tras algunas extrasístoles auriculares, todas precoces (Fig. 2 a), aparecían breves crisis de TPSV con una frecuencia de 190 por minuto (Fig. 2 b), y en otras oportunidades breves crisis de FA (Fig. 2 c), en uno y otro caso con alguna respuesta ventricular antes de reaparecer el ritmo sinusal.

Si en el caso anterior las diversas arritmias auriculares se observaron en forma sucesiva, en el segundo caso aparecen simultáneamente en el mismo trazado, coexistiendo con colecistopatía.

De nuestro estudio no es posible deducir si las extrasístoles auriculares sucesivas son más a menudo preanuncio de otras arritmias más importantes, pues sólo se observaron en 11 casos, en dos de los cuales apareció TPSV, en otros dos fibrilación auricular paroxística, y también en dos, una y otra de estas arritmias. En cuanto a la precocidad de las extrasístoles auriculares, el índice de Killip y Gault⁶ ($\frac{PP'}{PP}$) parece ser útil en nuestros casos, pues cuando es de 0,50 o menos la posibilidad de TPSV o FA parece ser mayor, aunque ello no se cumple estrictamente.

Es digno de hacer notar que cuando se cumple estrictamente el tratamiento de la colecistopatía, las extrasístoles auriculares desaparecen o son mucho menos frecuentes, y con sólo dos excepciones desaparecen las crisis de TPSV o FA paroxística.

En cuanto a la posibilidad de que estas extrasístoles sean anuncio de FA crónica, como fuera expresado por Wood,¹⁵ nuestra serie no

permite extraer conclusiones pues ello se observó sólo en ocho casos (tres de valvulopatía mitral, tres coronariopatía crónica, uno hipertiroidismo y uno hipertensión arterial severa); es posible que ese número reducido sea debido a un período de control insuficiente, pues si bien el tiempo medio de seguimiento fue prolongado, hubo bastantes casos en que fue inferior a los seis meses, siendo muy probable que el tiempo requerido desde la observación de las extrasístoles auriculares hasta la aparición de la FA crónica puede ser bastante mayor. En nuestra experiencia la presencia de frecuentes extrasístoles auriculares en la valvulopatía mitral obliga a plantear la posibilidad de reemplazo valvular antes de la aparición de la FA crónica.

BIBLIOGRAFIA

1. Mackenzie J: Diseases of the Heart. Frowde, London, 1908.
2. Scherf D, Schott A: extrasystoles and Allied Arrhythmias. Grune & Stratton, New York, 1953.
3. Friedberg Ch: Diseases of the Heart. WB Saunders Co, Philadelphia and London, 1966.
4. Dreifus L, Likoff W: The twenty-fifth Hahnemann Symposium in Cardiac Arrhythmias. Grune & Stratton, New York and London, 1973.
5. Battro A: Las arritmias en clínica (Diagnóstico, pronóstico y tratamiento). El Ateneo, Buenos Aires, 1937.
6. Killip T, Gault J: Mode of onset atrial fibrillation. Am Heart J 1965; 70: 172.
7. Katz L, Pick A: Clinical Electrocardiography. Part I: The Arrhythmias. Lea & Febiger, Philadelphia, 1956.
8. Fosmoe R, Lamb K, Lamb L: Electrocardiographic findings in 67.375 asymptomatic subjects. II: Supraventricular arrhythmias. Am J Cardiol 1960; 6: 84.
9. Cowan J: Some disturbances of the rhythm of the heart. Brit Heart J 1939; I: 3.
10. Zillo A, Rois O, Hecht G, González Telmo R, Sánchez Posleman C, Martino J: Arritmias supraventriculares en el postoperatorio de la cirugía de revascularización miocárdica. Rev Arg Cardiol 1970; 55: 72.
11. Corday E, Irving D: Disturbances of heart rate, rhythm and conduction. WB Saunders Co, Philadelphia and London, 1964.
12. De Soldati L: Enfermedades cardiovasculares. Tomo II. El Ateneo. Buenos Aires, 1970.
13. Bellet S: Clinical disorders of the heart beat. Lea & Febiger, Philadelphia, 1971.
14. Vedoya R, Papakis M: Taquicardia paroxística supraventricular esencial y colecistopatía. Rev Arg Cardiol 1988; 56: 45-50.
15. Wood P: Diseases of the heart and circulation. Eyre & Spottiswoode, London, 1968.