

## UNA OBSERVACIÓN DE TAQUICARDIA PAROXÍSTICA IRREDUCTIBLE EN UNA EMBARAZADA DE 4.º MES (\*)

por el doctor

**S. DEXEUS FONT**

de Barcelona

Trátase de una joven de 22 años, M. B., sin antecedentes hereditarios de interés. Sarampión en la infancia. Siempre buena salud; excelente excursionista y sardanista. Menarquia a los 19; tipo 5,6/28, indolora. Casó hace cinco meses. Última regla el 8.12 octubre, normal. Coincidiendo con la amenorrea muy ligeros fenómenos simpáticos (náuseas principalmente), que desaparecen gradualmente al entrar en el tercer mes.

Comienza la enfermedad actual el domingo 19 de febrero. A la vuelta del mercado es súbitamente presa de un dolor vivo en la región precordial, acompañado de sensación de angustia y de fuerte disnea de esfuerzo. Vuelve la enferma a su casa por su propio paso, pero con dificultad marcada, apoyándose en las paredes y reposando a cada momento. La enferma contaba después que "creía no poder llegar" dada la intensidad de los fenómenos disneicos. Experimentaba al mismo tiempo sensación de palpitación.

Vemos por primera vez a la enferma el martes día 21 de febrero. El reposo en cama ha atenuado el cuadro disneico y angustioso, pero no la sensación de palpitación, que persiste en toda su intensidad. El aspecto externo de la enferma es muy bueno y nada denuncia su trastorno circulatorio.

**EXAMEN DE LA ENFERMA.** — Facies buena; coloración normal de piel y mucosas. Pulso frecuentísimo que late alrededor de 200 pulsaciones por minuto. A la auscultación es imposible precisar ninguna localización lesional. Choque de la punta poco aparente y sin ninguna característica palpatoria. No se comprueba ningún signo periférico de insuficiencia cardíaca. Campos pulmonares bien.

Se sienta el diagnóstico de *taquicardia paroxística*, sin precisar el tipo clínico de ésta.

**TRATAMIENTO.** — Inténtanse ante todo los procedimientos clásicos de excitación del tono neumogástrico (irritación de la úvula hasta llegar a provocar el reflejo nauseoso, compresión frénica, compresión ocular, etc.), resultado negativo.

Quinidina, empleando el tratamiento clásico, empezando por 0,20 g. y continuando hasta 0,40, 0,60 y 0,80. Geneserina. Tratamiento endo-venoso con la uabaína. Se intenta una digitalización masiva hasta lindar con la intoxicación, dándose un equivalente en digalena de 3 milgr. de digitalina. Todos los procederes terapéuticos van seguidos del fracaso completo.

**EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD.** — La sen-

sación de palpitación mantúvose hasta el momento de la muerte. Casi cotidianamente, presentaba la enferma crisis disneicas acompañadas de malestar general y angustia. Algunas de ellas llegaron a durar algunas horas. El pulso se mantuvo siempre frecuentísimo, a 200 y por encima de esta cifra. Su percepción radial era las más de las veces imposible.

Las primeras manifestaciones de insuficiencia cardíaca se presentaron el miércoles 29 de febrero bajo la forma de un extenso derrame pleural de la base derecha que es puncionado y evacuado, obteniéndose 750 c. c. de líquido. Sin mejoría. Iníciase oliguria (350 gr. de orina en 24 horas) con ligera albuminuria. El sábado 3 de mayo, crisis de edema pulmonar agudo, tratada con uabaína intra-venosa y morfina. A partir de este momento, el cuadro disneico se hace permanente a pesar del reposo absoluto de la enferma. Esta adquiere una facies lívida.

Durante la noche del 6 al 7 se reproduce el cuadro de edema pulmonar agudo; sangría de 500 grs.; uabaína intra-venosa, morfina. La enferma apenas experimenta mejoría alguna.

Por la tarde es trasladada a la Clínica Maternal de Santa Madrona. Muere súbitamente de síncope cardíaco al ingresar.

**CONSIDERACIONES SOBRE EL CASO.** — Trátase de un caso rarísimo de taquicardia paroxística en el cual la enferma vive 16 días con una frecuencia de pulso igual y superior a 200 pulsaciones por minuto.

El fracaso terapéutico total en esta enferma, que no experimenta el más pequeño beneficio bajo la acción de las distintas medicaciones que ejercen una acción directa o indirecta sobre el tono del peneumogástrico, descarta ya con la máxima probabilidad el diagnóstico de taquicardia paroxística tipo Bouveret, casi siempre de naturaleza funcional y desligada de una localización miocárdica precisa.

Dicha conclusión clínico-terapéutica fué confirmada por un trazado mecánico obtenido por los doctores TRÍAS DE BES y CELIS, que permite afirmar que se trata de una forma paroxística de taquisistolia o *flutter auricular*. Dicho diagnóstico excluye la posibilidad de que el trastorno cardíaco fuese meramente funcional y conviene relacionarle con una localización lesional miocárdica de la aurícula susceptible de modificar esencialmente la función de excitabilidad. Cabe señalar la posibilidad de que una causa tóxica pudiera obrar en el

(\*) Comunicación a la *Sociedad de Obstetricia y Ginecología* de Barcelona.



mismo sentido y con igual fenomenología que una lesión orgánica.

De todas maneras, existe siempre la incógnita de cómo se generó esta lesión en una enferma indemne de todo antecedente patológico anterior y cuya historia patológica quedaba reducida a un sarampión leve sufrido a la edad de 3 años.

Surge en seguida la idea de la influencia que podría haber ejercido la gestación sobre el proceso que hemos descrito. ¿Puede, *a priori*, admitirse aquí la influencia de la gravidez? Sabemos en efecto a la mujer más sensible que el hombre a ciertas influencias sobre el pulso. Ya WENCKEBACH hizo notar la mayor frecuencia en aquélla de los extrasístoles y del pulso irregular respiratorio. La faradización de los genitales (HERINGS) produce taquicardia e hipertensión. Señalemos también el papel que representa el sistema endocrino y el nervioso-vegetativo en el desarrollo de las toxemias gravídicas, sobre cuyo papel SEITZ y LOUROS han insistido particularmente. Pese a estas consideraciones no es fácilmente admisible que nuestra observación encaje dentro del cuadro de una intoxicación de embarazo, por dos razones: Primera, la taquicardia paroxística no ha sido observada como una de las manifestaciones de la toxemia-gravídica. Esta, en los primeros meses, da lugar al cuadro de la hiperemesis; en los últimos a la eclampsia, mucho menos a menudo al desprendimiento placentario, a la dermatosis, a la hemoglobinuria; Segunda. Nuestra enferma comenzó su crisis en el segundo trimestre, época, si bien no libre teóricamente de las manifestaciones de intoxicación gravídica, exenta de éstas en la práctica.

El repaso de la literatura médica es plenamente negativo en este sentido. Sólo existe una observación de SCHUBERT (1) en la cual relata que en tres sucesivas gestaciones, presentóse desde el segundo mes un cuadro circulatorio consistente en debilidad del pulso, crisis de taquicardia, cuadro general inquietante. Había en

los antecedentes una enfermedad mitral antigua. El fracaso del tratamiento interno le condujo a tres interrupciones sucesivas del embarazo. El autor interpreta su caso como una lesión del sistema nervioso del corazón, por una causa tóxica emanada de la gravidez. La presente observación, objeto de esta comunicación, difiere esencialmente de la de SCHUBERT; instalación brusca y permanente de un cuadro de taquicardia paroxística en lugar de crisis sucesivas; ausencia de antecedentes en mi caso, cardiopatía en el historial del de SCHUBERT y aparte de estas consideraciones, concepto de alteración funcional del sistema nervioso circulatorio en éste y de trastorno orgánico auricular, probablemente miocárdico en el aportado hoy.

Tampoco guarda relación alguna con nuestra observación el caso publicado por FABRE y GAUCHERAND (2) de taquicardia paroxística observada en el sexto día del puerperio, sin interpretación plausible según los mismos autores y el de MUSCHALLIK (3), de crisis taquicárdica durante el parto, con resultado favorable.

La idea de la no existencia de una relación de causa a efecto entre el embarazo y el trastorno circulatorio descartó naturalmente la posibilidad de que pudiera sentarse una indicación de interrupción prematura y artificial de la gestación. Así se hizo, manteniendo el criterio de no intervencionismo a pesar del curso desfavorable seguido por la enfermedad.

Mi agradecimiento cordial al Profesor GELIS y al doctor Luis TRÍAS, particularmente al último, que trató a la enferma y me suministró datos de gran interés para la confección de esta nota. También quiero expresar aquí mi agradecimiento a mi maestro, el doctor B. GUILLERA, que vió también a la enferma y contribuyó a reforzar con su valiosa opinión mi abstencionismo estéril, pero justificado.

(2) FABRE ET GAUCHERAND. Un cas de tachycardie paroxistique dans les suites de couches. *Bull. de la Soc. d'Obs. et de Gyn. de Paris*, 1920, n.º 6.

(3) MUSCHALLIK. Paroxysmale Tachycardie während der Geburt. *Deut. Med. Wochen.* 1920, pág. 206.

(1) SCHUBERT. Rythmus-Störungen in der Schwangerschaft. *Zentralblatt für Gynakol.* 1922, pág. 273.