

**Dr. MIGUEL SALVADOR S.**

Profesor de la Facultad de Medicina de  
la Universidad Central

*Electrocardiografía - Carditis*

## Estudio de ocho casos de Carditis Reu- mática evolutiva con complejos bizarros o en M en $V_1$ y $V_2$

Al estudiar precisamente uno de aquellos enfermos de reumatismos larvados y casi asintomáticos tan frecuentes en esta zona ecuatorial, de los que nos hemos ocupado largamente en trabajos anteriores, se nos presentó el caso N° 5 que llegó a la consulta quejándose de síntomas vagos de cansancio, enflaquecimiento y anorexia.

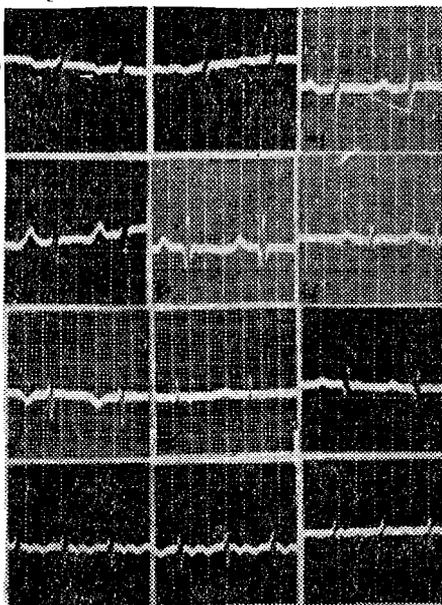
Se trataba de una muchacha de 13 años que entre sus antecedentes personales no se registraba ningún dato de poliartritis ni mialgias ni corea; tampoco presentaba alteraciones cutáneas, características del estado reumático ni se anotaba epistaxis a repetición y el aspecto de la enferma era macilento, muy pálida y de hábito asténico.

La paciente no demostraba signo alguno llamativo de estado reumático al examen. Sus pulmones eran normales en la pantalla fluoroscópica y el corazón tenía tamaño y forma perfectamente normal. La presión arterial y los signos estetoscópicos fueron también normales y como dato anormal al examen somático, sólo pudimos anotar una amigdalitis críptica; pero la eritrosedimentación estaba aumentada, con un índice de Katz de 35mm; existía además una ligera leucocitosis de 11.200.

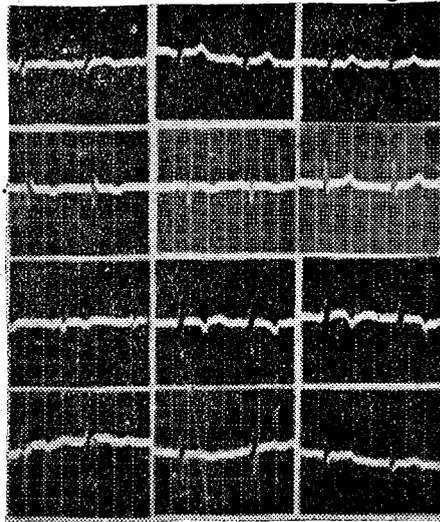
Ni la enferma ni sus familiares habían anotado las pequeñas febrículas que solamente pudo comprobarse cuando se obligó a tomarse la temperatura por la mañana y por la tarde. La reac-

ción de Mantoux fué negativa, lo mismo de los datos de uranálisis y demás procedimientos de investigación. Solamente el electrocardiograma nos reveló un complejo en M en V2 y guiados únicamente por la anorexia y el aspecto de la enferma al lado de la eritrosedimentación alta, la leucocitosis y las pequeñas febrículas, se nos ocurrió pensar en un estado reumático con manifestaciones larvadas, y no obstante de que el electrocardiograma no arrojaba ninguno de los datos conocidos para sospechar en una carditis reumática, instituímos un tratamiento antireumático a base de salicilatos, penicilina y reposo en cama. Los resultados fueron sorprendentes: al poco tiempo, la enferma empezó a comer con apetito, engordó, desaparecieron sus febrículas y tanto la leucocitosis como la eritrosedimentación se hicieron normales.

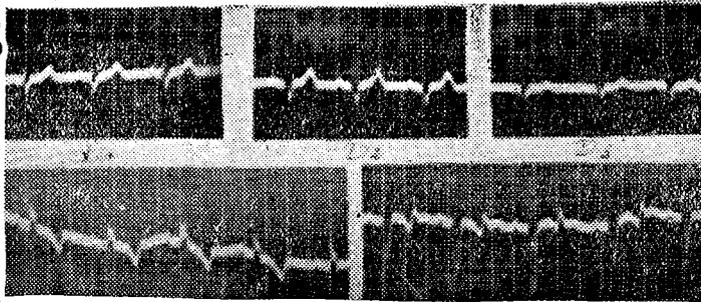
Nuestra sorpresa fué grande cuando al repetir el examen electrocardiográfico observamos la desaparición del complejo en M en V2 como podemos ver en las láminas que adjuntamos a continuación.



**Caso Nº 5, antes el tratamiento antireumático**



**Caso Nº 5, después el tratamiento antireumático.**



**Caso Nº 521, antes el tratamiento.**

Hasta éste momento nunca se había señalado ésta manifestación electrocardiográfica como un signo de carditis reumática evolutiva, por lo menos que yo haya sabido. Poco tiempo antes, los doctores Charlotte Friedland y Demetrio Sodi Pallares de México, habían publicado un trabajo: "Sobre el significado clínico del complejo en "M" en las derivaciones precordiales VI y V2.

Basan sus observaciones en 7.358 electrocardiogramas, en los cuales se encontró 80 con este complejo. Los autores citados, Sodi Pallares y Friedland, dividen estos casos en 2 grupos.

"a), aquellos que, presentando el complejo en M en VI y V2, no tienen anomalías, aparte naturalmente del aumento de la deflexión intrínseca en esas derivaciones, la cual, según la expresión textual del trabajo, implica la necesidad de ser cautos en la interpretación de estas deflexiones para el diagnóstico de hipertrofia ventricular derecha, dando más valor a su retardo, cuando existen otras modificaciones que hablan en el mismo sentido.

"b), un segundo grupo, compuesto de la mayor parte de los trazos estudiados, en los que, además del complejo en M en VI y V2, existen otras anomalías electrocardiográficas.—Las conclusiones más importantes, a las que llegaron pueden sintetizarse así:

1.—Trazos con complejos en M en las derivaciones señaladas son anormales, si existen otras alteraciones eléctricas; si estas faltan, el trazo puede corresponder a sujetos sin cardiopatía, pero nos parece justificada la interpretación de "trazo no necesariamente anormal".

2.—Cuando la deflexión negativa del complejo en M (onda S) tiene un voltaje de 4,5 mm o más, hay que pensar en hipertrofia global, excepto en los casos con complejos en M sin otras anomalías eléctricas.

3.—Se pudo demostrar hipertrofia ventricular derecha por radiología, exploración física y estudio necrópsico en 56 historias clínicas de los 80 casos estudiados".

Para los autores citados la aparición del complejo en M en VI y V2 sería debido a una rotación del corazón en el eje longitudinal en el sentido de las manecillas del reloj, esta rotación se produciría frecuentemente en la hipertrofia ventricular derecha, pero en el caso que acabamos de presentar no existía hipertrofia ventricular ni radiológicamente ni al examen físico y esta manifestación electrocardiográfica desapareció con el tratamiento antirreumático.

Con la inquietud que nos dejara este hallazgo empezamos a investigar sistemáticamente el trazo electrocardiográfico en todos los pacientes de estas manifestaciones larvadas del estado reumático habiendo encontrado complejos bizarros en M en VI y V2 en 7 pacientes más de sintomatología análoga, y a semejanza del caso primero que hemos presentado las patentes electrocardiográficas de las diferentes historias clínicas a las que nos estamos refiriendo no demostraban ninguna otra alteración

fuera de los complejos bizarros o en M en V1 y V2.—Esto es lo que podemos observar en la figura 1 y en la figura 3.

Solamente encontramos un complejo bizarro en V1 en un niño de 15 años con poliartritis reumática típica pero en el existía ya una lesión mitral; todos los demás electrocardiogramas de este tipo fueron registrados en pacientes, que sólo presentaban o epistaxis a repetición, o cefaléas, anorexia y desnutrición, o estados de inquietud del tipo coreiforme.

En ninguno de estos pacientes a excepción de aquel, que tenía poliartritis y lesión mitral, se encontró ni hipertrofia ventricular ni deformación ninguna de la sombra cardíaca, y en el caso N° 521 pudimos comprobar también después de la medicación antireumática, la desaparición de este complejo en M. Pero en los 8 pacientes hubo siempre una leucocitosis más o menos marcada y un aumento de la eritrosedimentación. En muchos de estos pacientes pudimos comprobar las febrículas aún cuando en otros no nos fue posible. Desgraciadamente en los 6 casos restantes no pudimos realizar el electrocardiograma de prueba por ser enfermos de consulta privada a quien no se les pudo obligar a la repetición del trazo electrocardiográfico.

## RESUMEN

1° Se examinan ocho casos de carditis reumática evolutiva con diversos complejos sintomatológicos de estado reumático donde se presentan complejos bizarros o en M en V1 y V2 como única manifestación electrocardiográfica de carditis reumática.

2° La mayor parte (87,5%) de estos casos corresponden a formas larvadas de reumatismo sin poliartritis.

3° En todos los casos se encuentra un aumento de la velocidad de eritrosedimentación y leucocitosis acompañada de febrícula.

4° En dos de estos casos, N° 5° y N° 521 se ha visto desaparecer los complejos descritos en V1 y V2 después del tratamiento antireumático.

5° Es posible que los complejos bizarros o en M en V1 y V2 puedan constituir un valioso signo electrocardiográfico de carditis reumática.

## BIBLIOGRAFIA

1º Dres. Charlotte Friedland, Demetrio Sodi Pallares "Sobre el significado clínico del complejo en "M" en las derivaciones precordiales VI y V2" Archivos del instituto de cardiología de México, año 17, tomo XVII, N° 3, 1947.

2º Emanuel Goldberger B. S., M. D. Unipolar lead electrocardiography", Philadelphia 1948.

3º Dr. Sergio Alvarez Mena "Electrografia clínica" La Habana, Cuba 1947.

4º William D. Stroud B. S., M. D., F. A. C. P. "The diagnosis and treatment of cardiovascular disease" Vol. I. Philadelphia 1946.

5º Georg Burch M. D., F. A. C. P. y Travis Windsor M. D. "A primer of electrocardiography", Philadelphia 1945.

6. Samuel A. Levine M. D., F. A. C. P. "Cardiopatología clínica". Barcelona 1946.

7. Dr. Rafael Carral y de Teresa "Semiología cardiovascular". México 1947.

8. Luis H. Sigler M. D., F. A. C. P. "The electrocardiogram" New York 1946.

9. Demetrio Sodi Pallares M. D. "Nuevas bases de la electrocardiografía". México 1949, 2 edición.

10. Charles E. Kossmann M. D., Adolph R. Berger M. D., Joseph Brumlik M. D. Stanley A. Briller M. D. New York "An analysis of causes of right axis deviation based partly on endocardial potentials of the hypertrophied right ventricle", American heart journal, Vol. 35 N° 2, Febr. 1948.

11. Dr. Miguel Salvador "Incidencia Reumática y nuevos signos del Estado Reumático". Quito 1950.