

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

*Dr. Alejandro Fajuri N.

Caso 1

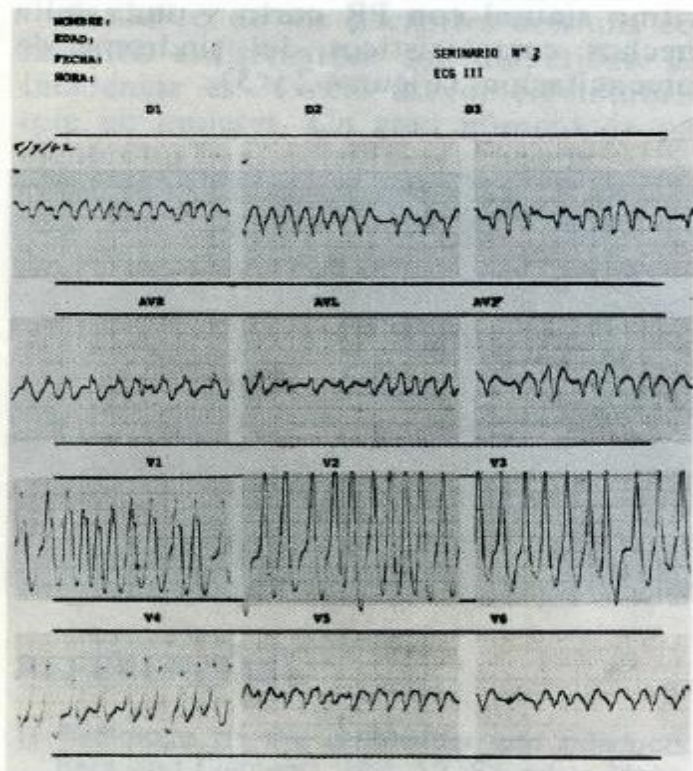
CASO CLINICO

Historia: Paciente de 57 años de edad con antecedentes de taquicardias paroxísticas supraventriculares ocasionales, desde la adolescencia, que cedían con maniobras vagales.

Una evaluación cardiovascular reveló sólo una anomalía electrocardiográfica.

En Septiembre de 1982 presentó un colapso cardiovascular y síncope. Un ECG. practicado reveló la siguiente arritmia: (Fig. 1).

¿Cuál es su diagnóstico?



* Departamento de Enfermedades Cardiovasculares. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

*Dr. P. Barriga

Caso 2

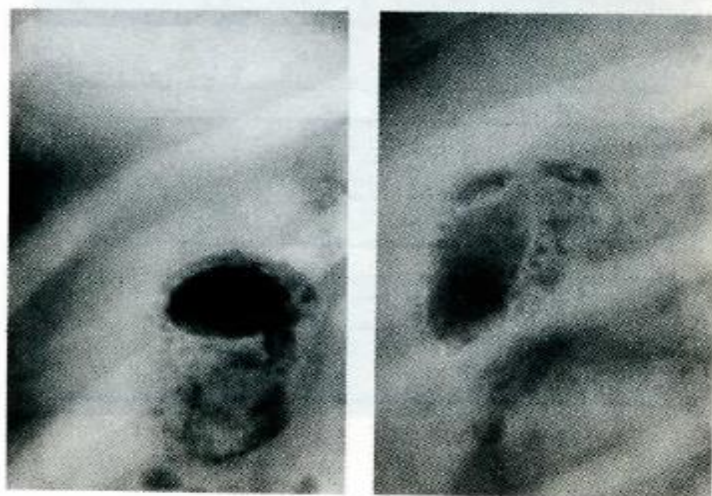
HISTORIA CLINICA

Hombre de 54 años que presenta dolor cólico epigástrico irradiado al hipocondrio derecho, episódico, en los últimos 3 días y que se hace continuo previo al ingreso. Antecedentes de un episodio similar hace 10 años. Intolerancia grasa (-). Diabetes (-).

Al examen físico: afebril, sensibilidad en hipocondrio derecho con dudosa masa palpable.

La radiografía corresponde a una colecistografía.

¿Cuál es su diagnóstico?



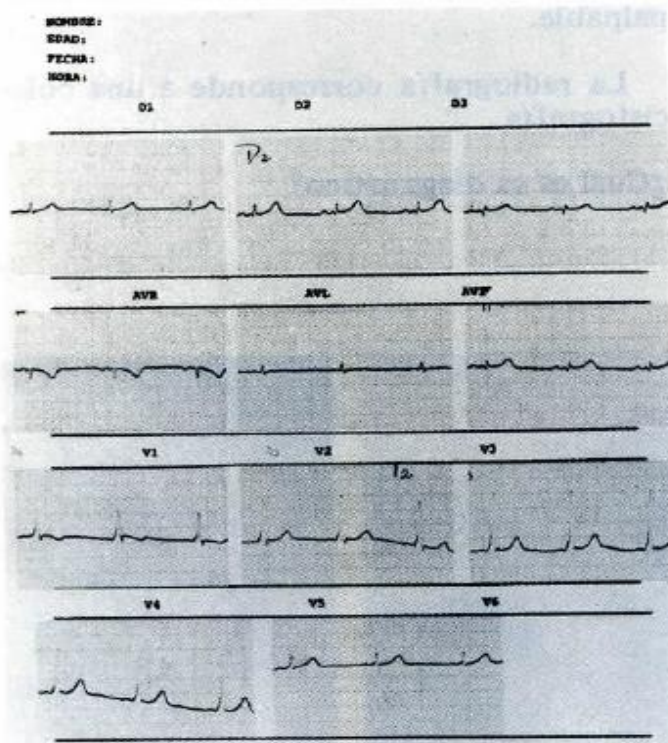
* Departamento de Radiología. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

Respuesta Caso 1

El ECG. revela una arritmia con complejos QRS de duración prolongada (QRS anchos). La frecuencia ventricular es elevada y el intervalo RR irregular (taquiarritmia).

Los complejos ventriculares no son idénticos uno del otro (polimorfismo).

El caso corresponde a una fibrilación auricular en un paciente con un síndrome de preexcitación (Wolff-Parkinson-White).

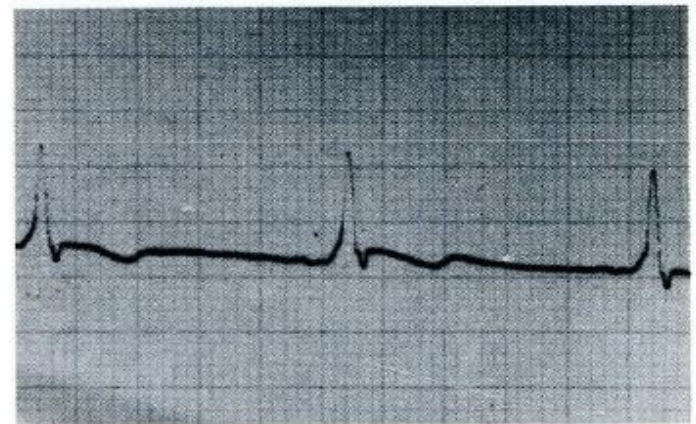


El haz paraespecífico (haz de Kent) en el presente enfermo tiene un período refractario muy corto, lo que permite a un gran número de impulsos auriculares depolarizar los ventrículos a través de esta vía aurículo ventricular anómala.

En estos casos debe efectuarse una cardioversión de urgencia ya que la arritmia, por su alta frecuencia, es mal tolerada y puede degenerar en fibrilación ventricular.

Es de hacer notar que los digitálicos tan útiles en casos habituales de fibrilación auricular están absolutamente contraindicados en situaciones como la presente, ya que suelen acortar los períodos refractarios de haz paraespecífico con la consiguiente aceleración de la frecuencia ventricular.

Un ECG. post cardioversión revela un ritmo sinusal con PR corto y onda delta hechos característicos del síndrome de preexcitación. (Figuras 2 y 3).



REFERENCIAS

1. Wellens HJJ, Durrer A.: Relation between refractory period of the accessory pathway and ventricular frequency during atrial fibrillation in patients with the Wolff-Parkinson-White Syndrome. *Am. J. Cardiol* 33:178, 1974.
2. Gallagher JJ, Pritchett et al. The preexcitation syndromes. *Progr. Cardiovasc. Dis.* 20:285, 1978.

Respuesta Caso 2

DIAGNOSTICO:

Hallazgos radiológicos: En la radiografía de hipocondrio derecho, en la región vesicular, se observa gran cantidad de pequeñas burbujas de aire, las que aparecen delimitadas por una línea de aire, que demarca la pared vesicular.

Discusión: La colecistitis enfisematosa es una variedad poco frecuente de colecistitis aguda, en la que hay gas presente en la pared y lumen de la vesícula biliar. Este es causado por infección por micro organismos productores de gas, del grupo de los Clostridium, Streptococos Anaerobios, Escherichia Coli y Estafilococos.

El 20^o/o de los pacientes con una colecistitis enfisematosa son diabéticos. La incidencia es 3 veces mayor en hombres que en mujeres. Un gran número de pacientes no tiene colelitiasis asociada.

La patogenia probablemente sea la oclusión de la arteria cística, seguida de isquemia, necrosis e infección de la ve-

sícula biliar. Existe una alta incidencia de gangrena, con el riesgo de perforación de la vesícula (5 veces mayor que en una colecistitis aguda litiásica).

El diagnóstico se efectúa por una radiografía de abdomen simple.

En ésta el gas no es visible hasta 24-48 horas después del inicio del cuadro, y aparece en el lumen y pared vesicular, y ocasionalmente en los tejidos adyacentes.

El diagnóstico ecográfico es difícil de efectuar, debido a que la presencia de gas determina artefactos.

Diagnóstico Diferencial:

- 1) Fístula colecistoentérica.
- 2) Absceso hepático.
- 3) Cuerpo extraño (compresa).

Evolución: El paciente fue operado. Se encontró una vesícula gangrenada, sin litiasis. En la bilis se cultivó un Clostridium Perfringens.

REFERENCIAS:

1. Radiology of the gallbladder and bileducts. Berk and Clementt. Vol. 12. Saunders Monographs in Clinical Radiology. Págs. 16-20.