

# Principium Recordis

Bonaba J, Marcos JR, Saldun de Rodríguez ML, Soto JA.  
Cardiomegalia e Insuficiencia Cardíaca de la Primera Infancia.  
I parte.

Arch Pediatr Urug 1944; 15 (11): 629-644.

En este número de Archivos, Cabo y colaboradores presentan una importante descripción epidemiológica de las Pericarditis agudas ingresadas en el Hospital Pereira Rossell, durante el primer decenio del presente siglo<sup>(1)</sup>. Una de las complicaciones frecuentes, temidas y más graves de las pericarditis es el fallo cardíaco.

Volviendo al siglo pasado, hurgamos en nuestros preciados archivos y encontramos la primera descripción local de esta complicación, de la cual presentamos aquí un extracto.

Verá el lector que el grupo de Bonaba y colaboradores ya diferenciaban a este síndrome –como dictaba el castellano de aquel entonces- de insuficiencia cardíaca pediátrica como una entidad que era la vía final común de diferentes etiologías, las cuales contaban con características particulares que las diferenciaban de las formas del adulto. La pericarditis (entonces denominada “exu-

dativa”) ya era discriminada como una causa independiente de fallo cardíaco dentro de la clasificación etiológica de Kugel modificada que eligieron los autores.

Emociona sentir como los pediatras de aquel tiempo comunicaban sus propias incógnitas, pues presentaban en sociedad una entidad desconocida hasta hacía poco tiempo. Alertando al lector a estudiar el tema hacen una exquisita descripción del estado del arte en aquellos momentos e instaban a sus colegas a estar atentos para reconocer esta entidad, mortal en su natural evolución.

El documento completo, con las detenidas descripciones de las diferentes etiologías del fallo cardíaco pediátrico en la primera infancia fue dividido en diferentes partes por los autores, las cuales están todas a disposición del lector curioso en la entrañable biblioteca de nuestra SUP.

Dr. Sebastián González  
Comité Editorial de Archivos

## Referencias bibliográficas

1. Cabo E, Ríos M, Assandri E, Vázquez M, Pujadas M, Chiesa P, et al. Pericarditis aguda en pediatría: incidencia y características. Hospital Pediátrico Pereira Rossell; años 2001-2011. Arch Pediatr Urug 2015; 86 (4): 284-93.

---

**Correspondencia:** Dr. Sebastián González. Correo electrónico: sgdambrauskas@gmail.com

# Archivos de Pediatría del Uruguay

Organo de la Sociedad Uruguaya de Pediatría

TOMO XV

NOVIEMBRE DE 1944

Núm. 11

## CARDIOMEGALIA

E

### INSUFICIENCIA CARDIACA

### DE LA PRIMERA INFANCIA

J. BONABA, J. R. MARCOS, M. L. SALDUN DE RODRIGUEZ  
J. A. SOTO

## I PARTE

### DEFINICION Y CONCEPTO

Desde hace tiempo se han vinculado entre sí el cuadro de la insuficiencia miocárdica aguda del lactante con el síndrome clásico de la hipertrofia cardíaca congénita.

Esta relación, aunque posible en clínica, es confusa e inconstante y plantea previamente una delimitación de conceptos.

El concepto de hipertrofia congénita idiopática, desde que Hensch la describiera por primera vez en 1860, permanece en una continua revisión hasta el presente, pudiéndose apreciar en las últimas publicaciones, una tendencia uniforme por parte de distintos autores en reconocer en esta forma impropia llamada, hipertrofia cardíaca idiopática, lesiones anatómicas o disturbios funcionales del ritmo, responsables de la hipertrofia.

Un punto interesante a revisar es el que se refiere al síndrome de insuficiencia cardíaca aguda del niño chico, cuadro que reviste siempre una extraordinaria gravedad clínica, al punto que, no tratado o atendido incorrectamente, lleva en general a la muerte. Este cuadro de insuficiencia aguda del corazón puede revestir dos grandes formas: a) una, **aparentemente primitiva** y b) otra,

Resumen del Informe Oficial de la "Sociedad Uruguaya de Pediatría" al 1er. Congreso de la Confederación de Sociedades Sudamericanas de Pediatría. - Santiago de Chile, 21-26 noviembre 1944.

**secundaria**, que puede ser, a veces, el término final de una hipertrofia cardíaca anterior; otras veces es el resultado de un **disturbio rítmico cardíaco** (generalmente una taquicardia paroxística o un "flutter" auricular) y, muy amenudo, la consecuencia de factores patógenos variados (infecciones, hipertensión, avitaminosis, mixedema, tesaurismosis, etc.).

La tendencia actual niega la existencia de formas verdaderamente primitivas de insuficiencia cardíaca del lactante. Los estudios histológicos modernos de tales casos y las comprobaciones electrocardiográficas, afirman cada vez más el concepto de, que **la inmensa mayoría de las insuficiencias cardíacas del lactante son secundarias**, si es que existen las formas llamadas primitivas o idiopáticas.

Concretando ideas, podemos decir al presente, que el síndrome de cardiomegalia congénita no es, en general, idiopático y que el aumento congénito del corazón puede responder a etiología variada, a veces difícil de descubrir: glucogenosis, anomalías de irrigación coronariana, avitaminosis B, arritmias, tumores circunscritos o difusos, como los rhabdomiomas, etc.

Y en lo que respecta a la insuficiencia cardíaca aguda, creemos que **debe encararse igualmente ésta, como un síndrome, generalmente secundario a su etiología, pudiendo presentarse como resultado de una hipertrofia cardíaca anterior, pero también sin hipertrofia cardíaca previa.**

Es indudable que la insuficiencia cardíaca aguda o subaguda del lactante constituye un síndrome clínico y no una enfermedad individualizada. Este síndrome tiene rasgos clínicos fuertemente llamativos y característicos. No hay nada comparable en la patología del adulto. Es una entidad nosológica nueva, que desconocíamos hasta época reciente. Se desarrolla con un tipismo cronológico-evolutivo digno de destacarlo. Su anatomía patológica suele ser variable, aunque en muchos aspectos todavía es oscura y, desde luego, deja un campo promisor para futuras investigaciones. Su patogenia, aunque se ha enriquecido últimamente de conocimientos valiosos, todavía está llena de incógnitas: la mayor parte de los mecanismos que dan origen a este síndrome, nos son todavía desconocidos. Muchas interpretaciones confusas podrán evitarse cuando nuestro concepto de encarar la insuficiencia miocárdica aguda del lactante como un síndrome y no como una en-

— 631 —

fermedad especial, se haya difundido en la práctica médica. Vivimos todavía la etapa de difusión de su conocimiento, tratando de despertar en el público médico la preocupación por esta grave afección cuyo diagnóstico y tratamiento deben conocerse bien.

Cuando este síndrome se presente en clínica, habrá que estudiar cuidadosamente la causa o las causas que pueden determinarlo. Lo primero es asegurarse sobre si existía o no agrandamiento cardíaco anterior, dato muy difícil de conocer en la mayoría de los casos que se ven por primera vez. El interrogatorio deberá ser meticulado; no solo referido a la anamnesis familiar (enfermedades cardíacas o hipertensión, etc.) y personal (datos del nacimiento, período neo-natal, desarrollo), sino también en lo que atañe a la dieta alimenticia que puede ponernos, a veces, en la vía de una carencia vitamínica. El estudio del enfermo será clínico, radiológico y electro-cardiográfico. Si se llega al estudio anatómico, éste será completo (medidas, peso, aparatos valvulares, vasos, etc.) con especial insistencia en el examen histológico de la fibra miocárdica; comprendiendo en particular una investigación escrupulosa de las lesiones mínimas y de la infiltración posible por material glucogénico. El estudio microscópico se llevará, además de sobre las fibras miocárdicas, sobre los elementos vasculares, en especial sobre los vasos coronarios. Es así, como en muchos casos, lesiones coronarias, que en un examen superficial pudieron pasar desapercibidas, han podido ser descubiertas y ser consideradas como responsables del cuadro.

#### ETIOPATOGENIA

El síndrome de insuficiencia cardíaca aguda del lactante reconoce múltiples causas, que pueden ser intracardíacas o extracardíacas, congénitas o adquiridas, endógenas o exógenas; pero, cualquiera sea su modalidad, conduce uniformemente al mismo cuadro, es decir, al desfallecimiento agudo del corazón con dilatación, o con dilatación e hipertrofia del mismo. Si existe una hipertrofia cardíaca congénita del tipo llamado clásicamente "idiopática congestiva", la insuficiencia marca el último período de aquella hipertrofia y aunque tal estado es considerado muy grave, por lo general fatal, es susceptible, según nuestra opinión, de regresar y curar. Un segundo tipo es la insuficiencia aguda sin

hipertrofia congénita. Consideramos que es la modalidad más frecuente. En ella el corazón se dilata y desfallece en forma aguda, en condiciones aparentemente primitivas. En realidad, **no se trata de una insuficiencia primitiva sino secundaria**, porque todos los protocolos de necropsia recientes, en especial cuando se ha insistido tenazmente en el estudio microscópico, demuestran que los corazones afectados presentan lesiones en mayor o menor grado, no sólo de las fibras miocárdicas, sino también infiltración o edema intersticial dislocando las fibras del músculo y también lesiones de irrigación sanguínea por lesiones coronarias. Kugel y Stoloff han insistido particularmente sobre estas últimas lesiones.

En el estudio etio - patogénico, pasaremos en revisión las distintas causas que pueden llevar a la insuficiencia cardíaca, actuando solas o combinadas. Nos ha parecido que la clasificación de Kugel es la que mejor se adapta a ese propósito.

Hemos introducido en ella una modificación importante: los trastornos del ritmo del tipo de la taquicardia paroxística o "flutter" auricular. Hemos agregado también, las pericarditis con derrame, dado que, si bien no son cardiomegalias por lo menos en el sentido habitual, plantean un problema diagnóstico importante, a veces insoluble por otra vía que la punción pericardiaca.

La clasificación que seguiremos es la siguiente:

**CLASIFICACION ETIOLOGICA DEL SINDROMO DE CARDIOMEGALIA  
INSUFICIENCIA CARDIACA EN LA PRIMERA INFANCIA  
(KUGEL MODIFICADA)**

- |                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| 1º) ANOMALIAS CONGENITAS | { | Corazón<br>Grandes vasos<br>Coronarias      |
| 2º) INFECCIONES          | { | Etiología conocida<br>Etiología desconocida |
| 3º) ANEMIAS              | { | A - Primarias<br>A - Secundarias            |

— 633 —

- 4°) SINDROMO DE DEGENERACION MIOCARDICA CON DILATACION E HIPERTROFIA NO SUPURATIVA DE KUGEL Y STOLOFF.
- 5°) HIPERTROFIAS DE CAUSA METABOLICA { a-Avitaminosis  
b-Hipotiroidismo  
c-Tesaurismosis  
1-glucogenosis cardíaca  
2-lipidosis (Niemann-Pick)  
d-Cardiomegalia del recién nacido de madre diabética.
- 6°) TAQUIARRITMIAS { Taquicardia paroxística  
Flutter auricular
- 7°) HIPERTENSION { a - Gran circulación { Esencial  
Tumores adrenales  
Hipertensión renal  
b - Peq. circulación { Pulmonar  
Cifoescoliosis
- 8°) TUMORES DEL CORAZON { Primarios  
Secundarios
- 9°) PERICARDITIS EXUDATIVA
- 10°) GRUPO INCLASIFICADO

En este resumen, sólo se hace mención muy restringida de cada uno de los grupos de esta clasificación, los cuales han sido objeto de desarrollo detallado en el informe original.

#### 1° ANOMALIAS CONGENITAS

No haremos sino señalar las gruesas anomalías del corazón y de los grandes vasos, como enfermedades a tener en cuenta frente al diagnóstico diferencial del corazón grande congénito.

Otra cosa sucede con las anomalías de las arterias coronarias, que pueden originar cuadros de insuficiencia cardíaca aparentemente primitivos.

#### 2° INFECCIONES

Puede tratarse de infecciones conocidas o desconocidas. Quiere decir, que en un caso, la insuficiencia cardíaca acompaña o sigue a una enfermedad infecciosa conocida y diagnosticada como