

Comentario editorial

Deseamos agradecer la oportunidad brindada por el Comité Editor de la Revista de la Sociedad Argentina de Cardiología para comentar la editorial del Dr. Roberto Vedoya.

Resulta grato comenzar diciendo que, para quienes hemos seguido desde hace muchos años la trayectoria del Dr. Vedoya, este trabajo no significa más que una renovada expresión de su capacidad, tenacidad y dedicación. Que aún continúe interesado en investigar y en proyectar hacia adelante el conocimiento, es un típico modelo de quien ha preferido el trabajo hospitalario y el ejemplo de rectitud como medios para trascender. Esta conducta y forma de ser es la más ardua, pero indudablemente la única que deja huella perdurable.

Entrando directamente en tema y obviando desde el comienzo toda cuestión semántica por su escasa relevancia, digamos que se comprueba una vez más cómo la sagacidad y el poder de observación del clínico se pueden anticipar en este aspecto, al igual que en muchos otros, a la interpretación fisiopatológica o a los estudios controlados.

La prolongada evolución del paciente crónico, a diferencia del agudo, de evolución rápida y maligna, fue la principal observación para refutar la opinión corriente por entonces, y lamentablemente con algún resabio aún hoy, de que "todos los coronarios son iguales".

Como observación puntual resulta simpático observar cómo el antiguo síndrome intermedio ha sido reemplazado por la muy moderna definición de "angina refractaria", lo que significaría un evidente progreso si no fuera que sólo se trata de dos nombres para definir al mismo síndrome.

Un breve comentario sobre la angina posinfarto de miocardio. Si bien es cierto que se

vincula con el infarto pasado, también puede preanunciar una nueva necrosis o extensión de la previa. Recordemos que aparece en reposo (sin estímulos), pronostica reinfarto y resulta necesario reevaluar su frecuencia y significado en la era postrombolítica.

De hecho la "angina de reposo" resulta un hallazgo frecuente en la angina inestable. Optamos por no otorgarle identidad clínica por estar presente en todas las modalidades evolutivas. En cambio, las crisis iterativas y refractarias al tratamiento son características definitivas del síndrome intermedio.

Que la angina progresiva sin angor previo es en realidad una angina de reciente comienzo, es otro aspecto semántico sobre el que no vale la pena detenerse.

La isquemia aguda persistente fue propuesta por nosotros por tratarse de una forma "benigna" de la angina de reciente comienzo (de mayor riesgo). La buena respuesta al tratamiento médico moderno en la gran mayoría de los casos hace que en la actualidad esa subdivisión resulte innecesaria.

Tanto la isquemia silente como el síndrome X presentan características de tanto interés fisiopatológico y clínico que su consideración, aunque fuera somera, escapa al sentido de estas líneas.

Para terminar insistimos que lo más importante del aporte del Dr. Vedoya, a quien tanto apreciamos, es comprobar que luego de sesenta años de intachable trayectoria cardiológica conserva intactos su interés y entusiasmo y más aún el deseo de enseñar.

Reciba nuestro homenaje y afecto.

Dr. Carlos A. Bertolasi
Dr. Alfredo C. Piombo