

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

Quinta reunión científica del año, viernes 21 de agosto a las 21 hs. en el Hospital Escuela José de San Martín, Av. Córdoba 2351, (Aula de Radiología, P.B.), se consideró el siguiente orden del día:

1º Pericarditis constrictiva Sarcomatosa. Dres.: E. C. Monti, J. de Riz, B. Elsner y F. F. Batlle.

Se presenta un caso singular de sarcoma pericardico, que, con una evolución de más de 6 meses, determinó un cuadro de pericarditis constrictiva neoplásica primaria. Se comentan los hallazgos clínico-anatómicos y se discuten las posibilidades terapéuticas.

2º Histoquímica de la pared arterial. Comunicación previa.

Dres.: R. Ibarra, H. E. Mosso, F. Etala, G. Bare y P. Welsh.

Se toman biopsias de arterias aorta, femoral e ilíaca en pacientes portadores de aterosclerosis con síndromes obstructivos, sometidos a by pass aortofemoral, y se analiza el tipo y distribución de diversas enzimas, mediante métodos histoquímicos apropiados, a nivel de las distintas capas de la pared arterial.

3º Uso de un derivado antranílico en las hipercolesterolemias.

Dres.: H. E. Mosso y F. Pérgola.

Se estudia el efecto de un derivado antranílico en un conjunto de 14 pacientes de ambos sexos que presentan hipercolesterolemia de diverso origen, con o sin manifestaciones clínicas de aterosclerosis. Se administran 3 comprimidos diarios durante un período de seis meses con dieta libre, utilizándose también placebos y se efectúan controles clínicos y de laboratorio completo cada 15 días. Se analizan y comentan los resultados, que muestran un descenso de la tasa de lípidos y colesterol en la mayoría de los casos, observándose una ligera elevación transitoria de las transaminasas en algunos de ellos.

4º Bloqueo A. V. completo en el infarto agudo de miocardio

Dres.: C. Caproni, R. Oliveri, H. Doval y A. Tamashiro.

En una serie de 200 pacientes con infarto agudo de miocardio tratados en la Unidad Coronaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, se observaron 19 casos de bloqueo A. V. completo secundario a dicha patología.

Se analizan los mecanismos de producción del bloqueo A. V. completo en el infarto agudo de miocardio, las características según la localización; tratamiento, incidencia de mortalidad, etc.

5º Valor del electrocardiograma intracavitario en la determinación de posiciones anómalas del cateter electrodo.

Dres.: H. Doval, C. Caproni, A. Garber y R. Oliveri.

Se encuentra ya bien establecido los patrones electrocardiográficos habituales en la colocación de cateteres marcapasos.

En varias ocasiones nos hemos encontrados con problemas de difícil interpretación en cuanto a la localización del cateter electrodo; mediante el registro del electrocardiograma intracavitario simple o con estimulación en distintos sitios, hemos podido ubicar con exactitud la localización del mismo, que no había sido posible con estudios radiológicos simples o cineangiográficos.

Se analizan las interpretaciones de los trazados en tres de estas situaciones.

6º Insuficiencia aortica traumática.

Dres.: M. E. Papakis, S. Polisky, H. Larumbe, K. Shinji y R. Vedoya.

Presentamos dos casos de insuficiencia aórtica de etiología traumática. Basamos dicho diagnóstico en los siguientes hechos: 1) Los enfermos se habían sometido a exámenes clínicos pocos meses antes, no encontrándose patología cardiovascular. 2) Aparición de signos de insuficiencia aórtica y de insuficiencia cardíaca rápidamente evolutiva pocos días después del traumatismo. 3) Ausencia de otro factor etiológico de insuficiencia aórtica.

En el primer caso se efectuó reemplazo valvular, y en el segundo se procedió a la reparación de la lesión por puntos ancorados en teflón, no comprobándose ninguna otra patología valvular.

Ambos casos evolucionaron favorablemente después de la operación.

7º Ensayo con clorhidrato de isoproterenol de acción sostenida en el bloqueo aurículo ventricular.

Dres.: H. Slafer, R. Rudaeff, L. Lepera, L. A. Conti y E. Mantykow.

El Clorhidrato de Isoproterenol, es utilizado para el tratamiento del bloqueo aurículo ventricular con crisis de Stokes Adams en 17 pacientes.

En todos los casos se utilizó Clorhidrato de Isoproterenol por vía sublingual como test de tolerancia y una nueva forma farmacéutica de acción sostenida por vía oral.

Se comentan los resultados obtenidos y se comparan los efectos beneficiosos e indeseables de la droga.

8º Insuficiencia aórtica. - Resultados del tratamiento quirúrgico.

Dres.: C. M. Brea, L. Iraola, M. Osorio y L. F. Oliveri.

Sobre un total de cuarenta pacientes portadores de lesiones aórticas operadas con

C.E.C., dos casos portadores de insuficiencia aórtica pura son sometidas al reemplazo protésico de la misma.

Dos eran portadores de lesiones mitrales; uno de ellos era una insuficiencia que no requirió corrección y el segundo una estenosis mitral que se corrigió mediante una cientes fueron dados de alta en buen estado, comisurotomía, presentando una fenestración de una válvula signoidea. Todos los pa-analizándose la evolución alejada de los mismos.

9º Comunicación interventricular - Su abordaje a través de la aurícula derecha.

Dres.: M. Osorio, C. Brea, L. F. Oliveri y L. Iraola.

Está demostrado que la ventriculotomía derecha disminuye la fuerza contráctil de miocardio, hecho que agrava la evolución posoperatoria inmediata en los pacientes con hipertensión pulmonar.

Por otro lado se desconoce la morbilidad alejada de la ventriculotomía en aquellas C.I.V. con indicación límite, por tener poco compromiso hemodinámico. El abordaje por la aurícula derecha solucionaría estos problemas.

En base a estas consideraciones se analiza una serie de pacientes portadores de C.I.V.

10º Aneurisma del ventrículo derecho post-ventriculotomía. - Corrección quirúrgica.

Dres.: L. F. Oliveri, M. Osorio, C. Brea y L. Iraola.

Se presenta un caso corregido de aneurisma del ventrículo derecho, luego de una corrección completa de una tetralogía de Fallot.

Se comentan los estudios hemodinámicos, angiocardiógráficos y el resultado post-operatorio de la corrección del aneurisma.

11º Ensayo clínico con la oxifedrina de la angina de pecho

Dres.: A. de Soldati, A. López Salgado y L. de Soldati.

Se estudiaron, en 100 enfermos afectados de angina de pecho, la acción de la oxifedrina sobre el síntoma de dolor.

12º Fibrilación auricular desencadenada por shocks de baja energía durante la cardioversión del aleteo auricular.

Dres.: J. Neuman, J. Wigutov, R. Pesce, E. Valero y S. Drajer.

Se presentan 5 casos de aleteo auricular en los cuales se practicó la cardioversión con shocks sincronizados de baja energía (5 a 12 W/S), aplicados fuera de la zona vulnerable ventricular.

Cuatro de los pacientes pasaron a fibrilación auricular y con un segundo shock de mayor watajese los revirtió al ritmo sinusal. El quinto enfermo pasó directamente a ritmo sinusal.

Se analizaron las ventajas prácticas de la utilización de shocks de baja energía y académicamente su apoyo a la teoría de reen-

trada a los conceptos de zona vulnerable. Asimismo se consideró el problema del posible desencadenamiento selectivo de fibrilación auricular como etapa intermedia de la reversión eléctrica del aleteo auricular.

13º Hemibloqueo posterior intermitente.

Dres.: G. J. Nau, M. S. Halpern, R. J. Levi y M. Rosenbaun.

En una mujer de 45 años con miocardiopatía de causa desconocida, se desarrolló un hemibloqueo posterior (HBP) intermitente. La coexistencia de una fibrilación auricular permitió observar que este trastorno de conducción dependía de la frecuencia ventricular y que la duración de la recuperación en la división posterior de la rama izquierda cambiaba día a día. Se registraron diferentes grados de HBP. Fundamentalmente el HBP desvía las fuerzas principales del QRS hacia abajo a la derecha mientras que las iniciales se dirigen hacia arriba y a la izquierda y la duración del QRS no aumenta más que 0.02 seg.

Según pudimos determinar, éste es el primer caso presentado de HBP intermitente puro.

14º Curva de recuperación de la rama derecha en un caso de bloqueo de rama derecha intermitente.

Dres.: G. J. Nau, M. S. Halpern, R. J. Levi y M. Rosembaun.

Una paciente de 49 años con miocarditis crónica chagásica tenía un bloqueo de rama derecha (BRD) intermitente y de grado variable dependiente de la frecuencia. En base a la ligadura y los distintos grados de BRD de todos los latidos, se pudo construir la fase final de la curva de recuperación de dicha rama.

La presencia de grados diferentes de BRD, estaba condicionada por dos factores: 1) Un período refractario relativo prolongado, que en este caso llegaba más allá de 1,74 seg. 2) La existencia de retardos menores de 0.04 seg. en la rama derecha, que aumentan progresivamente en relación a la frecuencia.

Este caso clínico documenta el fenómeno fisiológico responsable del bloqueo tipo Mobitz I que puede encontrarse a cualquier nivel del sistema de conducción cardíaco.

15º Revisión crítica de los resultados obtenidos en un centro de cuidado intensivo cardiovascular, después de un año de trabajo.

Dres.: A. Cecchi, N. Uthurralt, A. Eljatib, R. Cermesoni, J. Open y B. Moia.

Se discuten los resultados obtenidos en el estudio y tratamiento de los pacientes internados en nuestro servicio, según hayan presentado o no infarto de miocardio agudo, analizando en especial estos casos y evaluando los resultados obtenidos con las distintas medidas terapéuticas, según fuesen las complicaciones que presentaron, así como también los índices que nos han resultado más útiles para seguir la evolución del Shock cardiogénico.

16º Estudio de una taquiarritmia en síndrome de W. P. W.

Dres: A. Eljatib, N. Uthurralt, R. Cermesoni, B. Mautner y B. Moia.

Se hace el estudio de una taquiarritmia en una paciente portadora de síndrome W.P.W. y afectada de arteritis necrotizante.

Se pretendió localizar el lugar de origen de la arritmia para lo cual se recurrió a diversos métodos que permitieron el diagnóstico.

Se discute su tratamiento.

17º Accidentes hemorrágicos acaecidos en el post-operatorio de la cirugía cardíaca con circulación extracorporea.

Dres: C. M. Castro, D. Martinucci, H. Grilli, A. Alescio y H. Cola.

Se estudió un grupo de 34 pacientes sometidos a distintas intervenciones quirúrgicas con circulación extracorporea por padecer afecciones cardíacas congénitas o adquiridas. A todos los pacientes se les efectuó distintos estudios de laboratorio y tromboelastográficos con el fin de determinar el estado coagulatorio y fibrinolítico, antes de la intervención y en distintos momentos del post-operatorio. Se valora la presentación de hemorragias en relación con la existencia de fibrinólisis o de otras alteraciones coagulatorias, como así también el momento de su presentación. También se valora la frecuencia de las mismas en relación con el tiempo de perfusión y con el tiempo de intervención realizada.

18º Ruptura cardíaca en el infarto agudo de miocardio

Dres.: M. Dalmastro, I. Corsini, R. Oliveri y A. Tamashiro.

En 220 pacientes con infarto agudo de miocardio, tratados en la Unidad Coronaria del Hosp. Italiano, se observaron 5 muertes debidas a ruptura de la pared ventricular; en todos los casos la comprobación se hizo por necropsia. Se consideran en relación con dicha complicación: localización de infarto, características anatómicas y topográficas de las lesiones coronarias correspondientes, intervalo entre el comienzo de los síntomas y la ruptura, localización y tamaño de infarto, la evolución electrocardiográfica y los trastornos del ritmo observados durante el episodio terminal.

19º Acción arrítmica de un nuevo bloqueador adrenérgico beta

Dres.: B. Malamud, J. Grois, D. Werbin, J. M. Capellano y E. Pittaluga.

Se empleó ICI 50172 (ERALDIN) en 82 casos de distintas arritmias: fibrilación ventricular, extrasístolias auriculares y ventri-

culares (digitálicas o no, en el infarto agudo de miocardio y en el miocarditis chagásica). La droga se administró por vía venosa (de 5 a 20 mg.) u oral (de 100 a 300 mg. diarios).

Se describen y analizan los resultados así como la tolerancia al fármaco.

20º Un bloqueador adrenérgico beta de acción cardíaca selectiva.

Dres.: B. Malamud, A. Goldman, L. Arena, J. Sarquis, J. Sanguinetti y F. Fisman.

Se estudió la acción del ICI 50172 (ERALDIN) en 32 casos de insuficiencia cardíaca de distinto grado y etiología, así como 17 de asma bronquial, comprobándose la buena tolerancia de la droga. Se observa invariablemente disminución de la frecuencia cardíaca (X %) tanto en los pacientes con ritmo sinusal y en los fibrilados. La droga se administró por vía oral (de 100 a 300 mg. por día) y endovenosa (de 10 a 20mg). Se describe el caso de un infarto agudo de miocardio con edema agudo de pulmón acompañado de taquicardia y extrasístolia ventricular que no habían cedido a los digitálicos (por vía venosa) pero que respondieron al Eraldín.

Por Decreto Nº 1102/70 del Poder Ejecutivo Nacional, se dispuso imponer al Policlínico de San Martín el nombre de Profesor Doctor Mariano R. Castex.

Con ese motivo se realizará el martes 1º de diciembre a las 10, en el Policlínico, Balcarce 900 (Ruta 8) San Martín, un acto en que se rendirá homenaje al Profesor Castex, figura descolante y orientadora de la medicina argentina durante muchos años, con notable repercusión internacional.

La ceremonia comenzará con una misa celebrada por el Obispo de San Martín Monseñor Doctor Manuel Menéndez; a continuación hablará el Profesor Doctor Antonio Ernesto Alzugaray, Presidente de la Comisión de Homenaje y descubrirá una placa con el nombre del Policlínico; luego usará de la palabra el Presidente de la Asociación Médica Argentina, Doctor Eduardo Capdehourat quien entregará una placa de esa asociación de la que el Profesor Castex fuera Presidente y Miembro de Honor; cerrará el acto el Director del Policlínico, Doctor Robinson E. H. D'Aiutolo quien hará entrega de medallas recordatorias.

Concurrirán los familiares del Doctor Castex, académicos, altas autoridades nacionales, provinciales, universitarias, municipales, eclesiásticas y de las fuerzas armadas, representantes de las fuerzas vivas y el vecindario sobre el cual el Policlínico desarrolla fecunda misión.