

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

Segunda reunión científica del año realizada el viernes 15 de mayo a las 21,30 horas en el aula de la VII Cátedra de Medicina, Marcelo T. de Alvear 2202, se consideró el siguiente orden del día:

1º Nacimiento común de ambas arterias coronarias del seno de valsalva izquierdo. Diagnóstico por Arteriografía Coronaria.)

Dres. H. C. Moguilevsky, R. Roque, B. Rutitzky y A. Alvarez.

Una paciente de 53 años, diabética, se interna por una isquemia de cara posteroinferior en evolución. La paciente refiere angor de esfuerzo desde 4 años atrás, intensificándose éste desde 3 meses previos a su internación.

Una Arteriografía Coronaria selectiva mostró a las dos arterias coronarias naciendo del seno de valsalva izquierdo, por un ostium común o muy próximos. Además presentaba un estrechamiento del 90 % en el tercio inicial de la coronaria derecha, otro estrechamiento del 50 % en el origen de la descendente anterior y gran daño de la circunfleja izquierda, que se hallaba tortuosa y con varias subobstrucciones. Entre las anomalías congénitas de las arterias coronarias, la que presenta esta paciente es de extraordinaria rareza.

2º La emergencia en la cirugía de revascularización derecha del miocardio.

Dres. M. V. Kaplan, R. C. Vedoya, L. M. de la Fuente, C. A. Bertolasi y A. Barberá.

Los autores relatan la secuencia diagnóstica y terapéutica ocurrida en un paciente de 47 años a través de la Unidad Coronaria y los Departamentos de Hemodinamia y Cirugía Cardíaca de la Fundación Güemes.

A dicho paciente, portador de un severo síndrome intermedio se le realizó dentro de las 24 horas de su internación una coronariografía selectiva que demostró la obstrucción prácticamente total de la descendente anterior lesiones difusas de la compleja y dos lesiones localizadas, una de ellas del más del 85% en la coronaria derecha que daba anquigráficamente colaterales a la descende anterior.

Dentro de las 48 horas de su internación operado efectuándose un by-pass de safena interna en la coronaria derecha distal según técnica de Favaloro y un implante de arteria mamaria interna en la región anterolateral del ventrículo izquierdo. En el postoperatorio, el dolor anginoso desapareció completamente y al 9º día se efectuó coro-

nariografía y se visualizó selectivamente el injerto de safena en su origen desde la aorta. Cuando se opacificó la vena safena, se observó que la arteria coronaria derecha se llenaba en forma anterógrada y retrógrada a partir de la anastomosis distal. También se observó un mejor lleno de las colaterales hacia la arteria descendente anterior.

Los autores discuten el criterio actual y las posibilidades futuras en el manejo de este tipo de pacientes.

3º Alteraciones fisiopatológicas durante la cirugía cardíaca. Valores en 54 pacientes consecutivos.

Dres. J. Albertal, E. V. Segura, H. González, R. Cristofani, S. Minotti y A. Bengolea.

Se analizan los datos hemodinámicos, respiratorio y del medio interno en pacientes sometidos a la cirugía cardíaca correctora de cardiopatías congénitas y adquiridas, con circulación extracorpórea.

Se correlacionan los valores de diferencia arteriovenosa de oxígeno, con los de resistencia periférica y con las consecuentes repercusiones metabólicas. Se comprueba que las acidosis metabólicas producidas por los niños, en condiciones similares son mayores que las de los adultos.

Al analizar las patentes fisiopatológicas comunes a este tipo de cirugía se pone en evidencia la terapéutica a seguir.

4º Ondas en cañón en el trazado de presión capilar del perro: Estudio experimental.

Dres. H. C. Moguilevsky, A. B. Shaffer y J. P. Szidon.

Se hizo un estudio experimental en perros con el objeto de demostrar que ondas en cañón similares a las que se observan en la aurícula derecha, ocurren en la aurícula izquierda y son capaces de propagarse en forma retrógrada a través del lecho vascular pulmonar y ser registradas en la posición capilar.

A los animales se les canuló la aurícula izquierda, y se colocaron catéteres en la arteria pulmonar, en la posición capilar, y un catéter marcapaso en el ventrículo izquierdo con el que se producían contracciones ventriculares prematuras.

De los resultados se desprende que las ondas en cañón se progagan en forma retrógrada desde la aurícula izquierda a la posición capilar, donde pueden ser registradas fácilmente.

El registro de tales ondas es otro criterio para aceptar que un pulso capilar es satisfactorio y que representa fielmente fenómenos que ocurren en la aurícula izquierda.

5º Nuevo criterio para aceptar como satisfactorio un trazado de presión capilar: las ondas en cañón. Estudio clínico.

Dres. H. C. Moguilevsky, B. Rutitzky, F. Roque y A. Alvarez.

Ondas en cañón en la posición capilar similares a las registradas experimentalmente, fueron registradas en varios pacientes mediante la inducción de contracciones ventriculares prematuras.

En experimentos previos se demostró que estas ondas se propagan en forma retrógrada desde la aurícula izquierda.

La producción y registro de dichas ondas en el pulso capilar puede considerarse como otro criterio para aceptar una presión capilar como satisfactoria y representativa de fenómenos que ocurren en la aurícula izquierda.

Esto tendría especial aplicación práctica en aquellos pacientes cuya presión capilar y auricular izquierda son normales o relativamente bajas especialmente en los casos de alta resistencia vascular pulmonar, en los cuales la presión capilar está muy amortiguada y es de dudosa apariencia.

6º Factores de error de fonomecanocardiografía: 1) derivados de falta de análisis del electrocardiograma.

Dres. M. Cuesta Silva, G. Ricci y A. M. Perosio.

Los autores analizaron un error que puede cometerse fácilmente en la determinación de las fases del ciclo cardíaco, al utilizar como es clásico y rutinario, la derivación D2 como reparo del fonocardiograma. El mismo se refiere a aquellas medidas que toman como punto de reparo el electrocardiograma (intervalo electromecánico, Q-2 Ruido, etc.

Ello deriva de que, debido a la orientación del primer vector en el plano frontal, el comienzo de la despolarización ventricular puede inscribirse antes en una derivación que en otra, y dar así una falsa impresión de acortamiento en esas fases. Se propone —si se dispone de medios técnicos adecuados— el uso rutinario de tres derivaciones de electrocardiogramas simultáneas con los otros registros gráficos. En caso de no ser posible debe analizarse cuidadosamente el mismo para determinar el comienzo real de la despolarización ventricular.