

INFORMACIONES

La Federación Argentina de Cardiología por intermedio de su presidente, Dr. de la Serna, ha invitado oficialmente a la Sociedad Argentina de Cardiología a participar del 4º Congreso Nacional que dicha Federación organiza en la ciudad de Mendoza del 10 al 15 de julio de 1972.

Con fecha 13 de agosto de 1971 la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Cardiología ha creado tres grupos de trabajo denominados "Comité de Unidad Coronaria", "Comité de Hemodinámica" y "Comité de Fonocardiografía" a cargo de los Dres. Carlos Alberto Bertolasi, Guillermo Pujadas y Guillermo Jorge Ricci respectivamente, quienes se desempeñarán como Coordinadores de los mismos.

El objetivo perseguido es lograr un mayor acercamiento e intercambio de información entre los cardiólogos que se hallan trabajando sobre temas afines en los distintos servicios de cardiología.

Los miembros serán elegidos por los respectivos coordinadores, deberán realizar no menos de cuatro reuniones anuales (de las cuales una será pública) y durarán dos años en sus funciones pudiendo ser reelectos parcial o totalmente.

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

En la VI reunión científica del año realizada el jueves 30 de setiembre a las 21 horas, en el Hospital Escuela José de San Martín (Aula de Radiología, P. B.) Av. Córdoba 2353, se consideró el siguiente Orden del Día:

1º Corrección del hiper fallot con homoinjerto aórtico. Presentación del primer caso exitosamente operado.

Dres. G. Kreutzer, E. Galíndez, H. Bono, C. de Palma y J. P. Laura.

Se presenta un paciente de 5 años de edad y 10 kg de peso, severamente cianótico que con diagnóstico de Fallot extremo fue intervenido en el Hospital de Niños.

El acto operatorio consistió en efectuar una "ventana" sobre el ventrículo derecho a través de la cual, se cerró la C.I.V. y posteriormente se seccionó el tronco de arteria pulmonar interponiendo un homoinjerto aórtico (extraído de cadáver) entre el ventrículo derecho y la arteria pulmonar, fabricando un nuevo tracto de salida.

La evolución postoperatoria fue favorable desapareciendo la cianosis; fue recateterizado encontrándose presiones normales en ventrículo derecho y arteria pulmonar. Se presentan los hallazgos hemodinámicos postoperatorios y se discuten las posibilidades quirúrgicas que ofrece esta técnica.

2º El ruido presistólico en el mixoma de aurícula izquierda. Su auscultación clínica. Presentación de dos casos operados.

Dres. E. Ferreirós, G. Calviño, P. R. Cossio y A. E. Balestrini.

El hecho de que pacientes de cuadro clínico de estrechez mitral resultaran portadores de un mixoma de aurícula izquierda comprobado en el estudio anatomopatológico o en el acto quirúrgico, trajo como lógica consecuencia el interés por el estudio de toda la fenomenología clínica y su correlación hemodinámica a fin de mejorar las posibilidades diagnósticas en estos enfermos. Dentro de todos los elementos de juicio la auscultación cardíaca mereció preferente atención y en tal sentido se describió como hecho característico el hallazgo de cambios postulares de la auscultación.

En los dos casos de mixoma de aurícula izquierda operados en nuestro servicio se auscultó un cuarto ruido, estando situado el foco de máxima auscultación en el área mitral. En ninguno de los dos casos había soplo presistólico, el cuarto ruido era seguido de primer ruido intenso, la sístole estaba libre y luego del segundo se auscultaba un ruido diastólico.

Como conclusión creemos que la existencia de un cuarto ruido auscultable y pasible de registrar fonocardiográficamente con un filtro de frecuencia media en la zona de la punta en un paciente con cuadro clínico de estenosis mitral debe hacer sospechar la existencia de un mixoma de aurícula derecha.

3º El estudio clínico y hemodinámico de la banda muscular anómala del ventrículo derecho. Revisión y presentación de dos casos.

Dres.: E. Ferreirós, C. Garlando, C. Fiore, I. Corsini y A. E. Balestrini.

Se presentan dos casos de estenosis subpulmonar causadas por la probable existencia de una banda muscular anómala. Se pone de manifiesto lo poco conocido del cuadro clínico de esta entidad nosológica, debido a su poca frecuencia y a su asociación con otras malformaciones congénitas. En los dos casos estudiados en nuestro servicio se auscultaba un soplo sistólico de máxima intensidad en foco pulmonar con un 2º ruido pulmonar disminuido de intensidad. El ECG demostraba una hipertrofia ven-

tricular derecha y la radiografía de tórax demostró una dilatación del infundíbulo de la pulmonar en OAD, con disminución de la circulación pulmonar. Estudios hemodinámicos y la cineangiografía selectiva sugirieron la existencia de una banda muscular anómala en ausencia de lesiones asociadas. Las conclusiones finales nos permiten suponer la existencia de agudos cuadros clínicos de Comunicación Interventricular, Estenosis Pulmonar, Roger, etc., que se confunden habitualmente con los de esta entidad nosológica. Su importancia diagnóstica radica en que su evolución es hacia la oclusión progresiva y a su fácil resección quirúrgica en la infancia.

4º Uso del fibrinógeno marcado con yodo 131 en el diagnóstico de las trombosis venosas profundas de los miembros inferiores.

Dres.: J. C. Parodi, A. Grandi, D. Rotondaro, E. Font y J. Manrique.

En el presente trabajo, realizado en el Servicio de Clínica Quirúrgica, se analiza la utilidad de este método diagnóstico en dos condiciones diferentes: la primera es en la utilización del mismo desde el post-operatorio inmediato con la finalidad de detectar la trombosis incipiente no sintomática; el segundo análisis trata sobre la utilidad diagnóstica en la trombosis sintomática establecida varios días o semanas antes.

*En los meses de junio y julio de 1971 se utilizó este método diagnóstico en 18 pacientes.

El día anterior a la inyección de fibrinógeno marcado administramos cápsulas de yoduro de sodio (200 mg), dos horas después de la operación se inyecta por vía endovenosa 100 microcuries de fibrinógeno con I (131) contenidos en 6 mg de fibrinógeno.

Realizamos conteos diarios sobre puntos fijos de los miembros inferiores según técnica estandarizada.

Ante un aumento de captación realizamos flebografía bajo radioscopia marcando previamente el o los puntos de mayor captación. A pesar del reducido número de pacientes considerados, el hecho tiene tal significación que permite sacar algunas conclusiones. La primera y más importante es que el método es extraordinariamente sensible, en los casos en que se utilizó como control post-operatorio permitió el diagnóstico antes que apareciera el menor síntoma o signo de trombosis profunda. En uno de los casos en que la flebografía mostró un pequeño trombo en las venas de la pantorrilla se había marcado con absoluta precisión la extensión del mismo por el conteo externo.

La segunda conclusión, que no hace más que corroborar el principio del método, es que un trombo ya formado sin aposición activa no capta el fibrinógeno.

5º Valor de la flebografía para el diagnóstico y tratamiento de las trombosis agudas de las venas profundas de los miembros inferiores.

Dres.: A. Grandi, G. Robin, H. Marafietti, J. C. Parodi, E. Font y J. Rosset.

Se comentan 50 flebografías efectuadas durante los últimos 18 meses en el Policlínico Mariano Castex de San Martín, en pacientes en quienes se sospechaba flebotrombosis.

Se practicó la técnica ascendente por canalización o punción de una vena del pie. El examen fue siempre bilateral bajo control radioscópico o televisivo.

No se observaron complicaciones imputables al método, salvo hematomas o hemorragia externa a nivel de la inyección en 15 pacientes de los 45 que recibieron tratamiento anticoagulante.

Salvo 5 casos en los cuales el estudio no permitió demostrar flebotrombosis, el método fue de gran utilidad para determinar la localización, extensión y características de una o multiplicidad del proceso.

Representa el método más objetivo para certificar un diagnóstico sugerido por la clínica o por un método físico como los radioisótopos o el empleo de ultrasonido.

Los datos aportados por la flebografía son los únicos que permiten en el momento actual una formulación terapéutica precisa tendiente a impedir el crecimiento del trombo, su vehiculización hacia el pulmón y prevenir la insuficiencia venosa crónica.

6º Relación entre mongolismo y severa enfermedad vascular pulmonar hipertensiva en niños menos de 5 años de edad con amplios defectos septales en cámaras de alta presión.

Dres.: A. V. Garber, E. Kreutzer, A. Rodríguez Coronel, A. González Parente, M. Pedrini y H. Doval.

Se estudian 52 pacientes menores de 5 años de edad con cardiopatías congénitas caracterizadas por tener amplias comunicaciones entre cámaras de alta presión y con presión sistólica pulmonar igual a la sistémica.

Se realizaron estudios hemodinámicos con cateterismo cardíaco derecho e izquierdo y angiografía selectiva en los 52 pacientes: 19 de ellos tenían síndrome de Dawn (mongolismo) asociados con: 1) comunicación interventricular (CIV) = a 9; 2) Ostium atrioventricularis = a 9; Ductus = a 1.

Los 32 pacientes restantes sin mongolismo asociados, padecían: 1) CIV = 23; 2) Ductus = 4; 3) CIV + Ductus = 4; 4) Ostium atrioventricularis = 2.

Se considera en forma arbitraria que tenían severa obstrucción vascular pulmonar, los pacientes con relación flujo pulmonar / flujo sistemático (Q_p/Q_s) menor de 1,2, o aquellos en que si bien no se pudo determinar dicha relación, el cortocircuito de izquierda a derecha era menor del 20 % del flujo pulmonar.

De acuerdo a esta metodología se llega a las siguientes conclusiones:

1) La severa obstrucción vascular pulmonar es más frecuente en los pacientes con síndrome de Down (mongolismo), (97,7 %), que en los pacientes no mongólicos (21,2 %) con un $p < 0,0001$.

2) La severa obstrucción vascular pulmonar en los pacientes con síndrome de Down (mongolismo), no estuvo relacionado con la edad de los mismos ni con el tipo de cardiopatía ($p < 0,05$).

3) Se demuestra, que los pacientes con síndrome de Down (mongolismo) acompañados de cardiopatías congénitas con amplios defectos entre cámaras de alta presión desarrollan, una diferente y precoz reacción vascular pulmonar hipertensiva en comparación a los pacientes no Down con similares cardiopatías congénitas.

7º Niveles plasmáticos de ácidos grasos libres - Variaciones fisiológicas e influencia de drogas y hormonas en pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Dres.: M. P. de Neuman, S. Talmasky, L. P. de Lippenholtz, P. L. Bruno y J. Neuman.

Se compararon los resultados obtenidos en la determinación de los niveles de ácidos grasos libres (A.G.L.) en 79 pacientes y 17 controles sanos en relación con diversas condiciones fisiológicas, drogas y hormonas. Esta valuación tuvo por objeto la interpretación de las variaciones de los niveles plasmáticos de A.G.L. que se encuentran en pacientes con infarto agudo de miocardio.

Se utilizó el método de Duncombe modificado, obteniendo en el grupo de 17 controles una concentración de A.G.L. plasmáticos de $410 \mu\text{Eq/l} \pm 20$.

La ingestión de un desayuno rico en hidratos de carbono produjo en 5 pacientes un descenso significativo de los niveles de A.G.L. plasmáticos.

En un grupo de 12 diabéticos con infarto agudo de miocardio el nivel plasmático de A.G.L. ($980 \mu\text{Eq/l} \pm 80$) estaba aumentado con respecto a otro grupo de 28 pacientes con infarto agudo de miocardio normogluicémicos, cuyos niveles plasmáticos de A.G.L. fueron de $810 \mu\text{Eq/l} \pm 50$. Este aumento no fue significativo ($p < 0,1$).

La administración de Heparina en enfermos no diabéticos (7 con infarto agudo de miocardio y 3 con diversas emergencias clínicas) evidenció un aumento ni significativo ($p < 0,1$) de la concentración plasmática de A.G.L. ($1.280 \mu\text{Eq/l} \pm 320$), comparado con otro grupo de 40 enfermos con similar patología que no recibió Heparina ($760 \mu\text{Eq/l} \pm 60$).

La infusión venosa continúa de nor-adrenalina en 3 pacientes produjo una elevación de los niveles plasmáticos de A.G.L. comprobándose asimismo, una modificación de dichos niveles por la administración de dextrosa por vía endovenosa y Propranolol por vía oral.

Se concluye que los niveles plasmáticos de A.G.L. variaron especialmente por la ingestión de alimentos, la diabetes, el ayuno y la administración de Heparina, Catecolaminas, Beta Bloqueantes Adrenérgicos y Dextrosa. Estos factores en juego deben ser debidamente evaluados cuando se analizan los niveles plasmáticos de A.G.L. en el infarto agudo de miocardio.

8º Paro auricular persistente - Estudio del electrocardiograma intracavitario y registro del haz de His.

Dres.: R. Pesce, S. Drajer, E. Valero, A. Kohan, D. Kaplan, I. Berconsky y J. Neuman.

Se presenta un caso de paro auricular persistente y ritmo de la unión auriculoventricular o hisiano en

una paciente portadora de una miocardiopatía de etiología desconocida.

La electrocardiografía intracavitaria fue de importancia fundamental para el diagnóstico diferencial con el denominado ritmo nodal medio. El electrograma auricular no mostró onda P. La estimulación auricular fue negativa. El registro de los potenciales del haz de His permitió demostrar que el origen de los complejos QRS estaba en la zona hisiana o de la unión auriculoventricular.

9º Comparación entre extrasístoles auriculares precoces y con intervalo de acoplamiento de duración habitual.

Dres.: R. Della Mora, J. C. Bastaroli, A. Vázquez y M. Rosemberg.

Se determinaron los índices de acoplamiento (intervalo de acoplamiento - duración del ciclo auricular precedente) y de precocidad (intervalo de acoplamiento - intervalo entre el comienzo de P. y el final de T en el latido normal preextrasistólico) en 126 pacientes con extrasistolía auricular.

Los casos fueron divididos en cuatro grupos según que el valor del índice de acoplamiento fuera igual o inferior a 0,60 (Ia) o superior a 0,60 (Ib), y el índice de precocidad igual o inferior a 0,95 (IIa) o superior a 0,95 (IIb).

Los parámetros evaluados fueron: edad, sexo, datos radiológicos, empleo de digitálicos, Pelemia y natremia, arritmias asociadas, diagnóstico cardiológico y sobrevida.

Las únicas diferencias significativas observadas ($p < 0,01$) entre los grupos Ia y Ib, IIa y IIb, se refirieron a la edad promedio y a la incidencia de casos con aorta elongada. Los dos parámetros fueron más elevados en los sujetos con índices de acoplamiento y precocidad iguales o inferiores a 0,60 y 0,95, respectivamente.

Se concluye que el hallazgo de extrasistolía auricular con valores "bajos" de índices de acoplamiento y precocidad es de poca importancia pronóstica.

10º Trastornos de la conducción aurículo ventricular e intraventricular en 350 casos de I.A.M. tratados en unidad coronaria.

Dres. C. A. Otero y Garzón, E. H. Marpegán, J. F. Tarzibachi, R. Vedoya.

La presencia de trastornos de la conducción en el infarto agudo del miocardio (I.A.M.) incide especialmente sobre la mortalidad del mismo y constituyó el objeto del presente estudio.

Se analizan 350 casos de I.A.M. internados en Unidad Coronaria en los que fue tabulada la incidencia y mortalidad de las arritmias auriculoventriculares y bloqueos de rama.

Para valorar los resultados se hizo una separación en 2 grupos de acuerdo a la presencia o ausencia de falla mecánica severa (shock o insuficiencia cardíaca grave) y a la localización del infarto (anterior o posterior).

Los resultados mostraron una incidencia alta (13 %) de bloque A/V completo, la común en blo-

queo A/V de 1er. y 2º grado y 5 % de disociación A/V. Casi la tercera parte de los enfermos tuvieron bloqueo de rama de algún tipo. La mortalidad cuando hubo falla mecánica severa fue varias veces mayor en los bloqueos A/V y 15 veces mayor en los bloqueos de rama.

Hubo similar mortalidad para el bloqueo A/V de 1er. y 3er. grado y los bloqueos de rama en los infartos posteriores.

Se concluye que en los trastornos graves de la conducción A/V la mortalidad no se ve influenciada por la localización del infarto pero sí por la concomitancia de falla mecánica severa, lo que eleva sustancialmente la mortalidad en estas arritmias y la valoración de las mismas debe hacerse considerando este factor.

11º Un caso de bloqueo trifascicular. Estudio con electrograma del haz de His.

Dres. A. Kohan, E. Valero, R. Pesce, S. Drajer y J. Neuman.

Se presenta un paciente portador de una cardiopatía coronaria con infarto de cara diafragmática.

El paciente presenta un bloqueo incompleto de rama izquierda que durante su internación evoluciona a bloqueo completo de rama izquierda con HP largo alternando con bloqueo de rama derecha y hemibloqueo posterior y bloqueo AV de primero y segundo grado 2-1. Con el diagnóstico de bloqueo trifascicular se le coloca un marcapaso endocavitario temporario. Mediante la introducción de un segundo cateter se estudió en días sucesivos el electrocardiograma intracavitario y los potenciales del haz de His. Se analizan los resultados.

cardiozóxin

DIGOXINA PURÍSIMA RECRISTALIZADA

AMPOLLAS: 0,5 mg de digoxina en 2 cm³ indistintamente por vía endovenosa e intramuscular.

No requiere dilución previa.

SUPOSITORIOS: 0,5 mg de digoxina y 0,5 g de diprofilina. El agregado de diprofilina, por su acción diurética y cardio-respiratoria, complementa la acción digoxínica.

TABLETAS: 0,25 mg de digoxina.

SIEMPRE

DISPONIBLE

EN

FARMACIAS

LABORATORIOS RIOPLATENSE S. A. C. I. I.

AGÜERO 1843/47

T. E. 82-0024/25

BUENOS AIRES