

MERITORIA DESIGNACION DEL Dr. MAURICIO B. ROSENBAUM

El Comité de Redacción de la Revista Argentina de Cardiología tiene la satisfacción de comunicar a sus lectores que un distinguido cardiólogo argentino, el Dr. Mauricio B. Rosenbaum, ha sido designado recientemente Miembro de Honor del American College of Cardiology, distinción que alcanzaron 50 hombres, pero sólo 9 de ellos lo merecieron por su contribución científica realizada más allá de las fronteras de Estados Unidos. No puede asombrar esta honrosa designación a quienes conocen la personalidad del Dr. Rosenbaum y su permanente trabajo de investigación, especialmente en lo referente a los trastornos de la conducción intraventricular. Pero más allá del reconocimiento fuera del país, de los méritos de Dr. Rosenbaum, la cardiología argentina debe agradecerle su muy importante contribución al éxito del VII Congreso Mundial de Cardiología como Presidente del Comité Científico.

El día 24 de abril, a las 21 horas, se realizó en el Salón de la Entidad, Azcuénaga 980, Capital, la 1ª Reunión Científica del año.

Se presentaron los siguientes temas:

1 - Valoración de la acción de dinitrato de isosorbile en el infarto agudo de miocardio mediante mapeo electrocardiográfico precordial. Dres.: A. Sayús, A. Vázquez, H. Almada y J. C. Bastaroli. (Pol. A. Posadas, Serv. de Cardiología. Unidad Coronaria).

Se estudiaron 23 IAM (5 diafragmáticos y 18 anteriores). Se efectuó mapeo precordial, con mapeador de 35 derivaciones, antes y a los 3 min. de administrado 5 mg de DNI. Se evaluaron los siguientes parámetros: FC, TA; FC x TA (DP), presiones pulmonares (en 8 de ellos) y la sumatoria (\pm) del ST en las 35 derivaciones. Se clasificaron los pacientes según la severidad del IAM de acuerdo a Killip y Kirbal. Los valores de ξ de ST pre y post DNI fueron 41.3 ± 23 y 40.1 ± 21.4 mm, respectivamente, para el grupo total. Los pacientes clasificados como KK1 mostraron una disminución significativa ($p < 0.05$) de ξ de ST luego de DNI; los pacientes con KK2, en cambio, no tuvieron cambios significativos aunque mostraron tendencia a aumentar.

La TA sistólica pre y post DNI fue de 11.4 y 108.1 mm, respectivamente (no estadísticamente significativo). La TA pulmonar sistólica se redujo de 20.2 a 16.4 mm.

En resumen, se observó una disminución significativa del área de injuria en los IAM sin compromiso hemodinámico (KK1), luego de DNI, mientras que en el grupo de pacientes con compromiso hemodinámico los cambios no fueron significativos si bien mostraron la tendencia de aumentar la zona de injuria (en 9 de 13 pacientes).

2 - Variaciones hemodinámicas producidas por la fibrilación auricular en el infarto agudo de miocardio. Dres.: F. Otero, A. J. Cirio, H. Burgos y E. A. Otero. (Serv. de Cardiología del Hospital Fiorito).

En siete portadores de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) se efectuaron antes, durante y luego de la instalación de una Fibrilación Auricular, las siguientes determinaciones hemodinámicas: Frecuencia Cardíaca (FC) - Tensión Arterial Media (TAM) - Volumen Minuto (VM) - Volumen Sistólico (VS) - Resistencia Periférica Total (RPT) - Volumen Central Izquierdo (VCI), como exponente de la Pre-Carga de Ventrículo Izquierdo (VI) y el Coeficiente de Eyección (CE), como representante de la Fracción de Eyección Ventricular Izquierda según técnicas Radiocardiográficas.

El lapso transcurrido entre la 1ª determinación hemodinámica y la instalación de la F.A. osciló entre 5 y 40 horas (prom. 21 hs.). Luego de instalado el Ritmo Sinusal (RS), ya sea por Cardio-Versión (CV) eléctrica, farmacológica o espontánea la última determinación se realizó entre la 1ª y 120 horas (prom. 37 hs.). Estos datos fueron comparados con las modificaciones inducidas por la Cardio-Versión Eléctrica de F.A. en 8 pacientes portadores de diferentes tipos de Cardiopatías Crónicas (CC), siendo la 1ª determinación con la FA instalada, la 2ª entre la 1ª y 2ª hora con RS (prom. 90 minutos) y la 3ª determinación, también RS, a las 24-48 horas de la cardioversión (prom. 36 horas).

Conclusiones: De acuerdo a nuestros resultados podemos inferir que:

- En el grupo de pacientes con IAM las modificaciones de la FC no fueron tan importantes, aún más, si las comparamos con las variaciones halladas en los C. Crónicos.
- La diferencia más importante se vincularía al comportamiento de la Pre-Carga

VI (VCI) y a las modificaciones de la curva de Función Ventricular Izquierda, en donde se observan significativos beneficios luego de la CV en el grupo con IAM, las cuales evidencian el grave deterioro que provoca la FA en este grupo de pacientes, lo cual nos indica la necesidad de su rápido tratamiento.

3 - Acciones de la prostaglandina E₁ (PGE₁) sobre parámetros hemodinámicos y la duración de las fases del ciclo cardíaco. Dres.: C. A. Feldstein, A. O. Olivieri, A. R. Vilches, A. A. Cohen, M. A. Gómez y M. Mihura.

Se estudió las acciones de la inyección intraventricular izquierda de la prostaglandina E₁ sobre parámetros hemodinámicos, la duración de las fases de una sístole electromecánica y la frecuencia cardíaca en perros, con un modelo experimental que permite modificar independientemente la presión y el flujo aórticos. Se comprobó una reducción significativa del volumen sistólico ventricular izquierdo a los 30 segundos (\bar{X} : 22,5 ml; \bar{X}_1 : 14,7 ml; s: 6,2; p 0,05). Al minuto y a los dos minutos el volumen sistólico se elevó por encima de los valores basales, aunque esa diferencia no resultó significativa.

El período preeyectivo se redujo significativamente (\bar{X} : 106 mseg.; \bar{X}_1 : 95 mseg.; s: 17,5; n: 88; p < 0,01) y el eyectivo se prolongó sustancialmente (\bar{X} : 272 mseg.; \bar{X}_1 : 286 mseg.; s: 28,7; n: 88; p < 0,05). La sístole electromecánica y la frecuencia cardíaca no se alteraron significativamente. La contractilidad ventricular izquierda, por acción de la PGE₁ aumentó en forma significativa (\bar{X} : 24,4; \bar{X}_1 : 34,2; n: 88; s: 7,5; p < 0,02).

De la investigación surge, además, que las alteraciones del volumen sistólico inducidas por la PGE₁ no dependen de modificaciones de la resistencia sistémica (controlada artificialmente) y que las variaciones de la frecuencia cardíaca, señaladas por otros autores, son de origen reflejo.

4 - Observaciones ecocardiográficas sobre el síndrome del "clic mesosistólico y/o soplo telesistólico". Dres.: Ricardo J. Esper y Roberto J. Madoery.

Se presentan los hallazgos ecocardiográficos obtenidos en 17 pacientes portadores de clic mesosistólico y/o soplo telesistólico, 9 de los cuales fueron estudiados hemodinámica y angiográficamente.

Se comentan la diversidad de los hallazgos en relación a la múltiple patogenia del síndrome, con el común denominador de alteración estructural y/o funcional del aparato valvular mitral.

Se hace referencia a la utilidad y precisión del método para el correcto diagnóstico y la posibilidad del fácil estudio evolutivo dada su inocuidad.

5 - Tratamiento quirúrgico de la estenosis subaórtica hipertrófica dinámica. Dra. M. del C. Dimarco, Dr. D. Liotta, Dr. O. Bazino. (Hospital Italiano).

Se presentan dos pacientes con diagnóstico clínico y hemodinámico de Estenosis Subaórtica hipertrófica dinámica que no respondieron al tratamiento médico, por lo que se los sometió a tratamiento quirúrgico con reemplazo valvular mitral, con válvula Bjork.

Se presentan los estudios preoperatorios, partes quirúrgicos y estudios postoperatorios con comentarios acerca de la evolución de los pacientes.

Se discute la conducta terapéutica en esta entidad nosológica.

6 - Electrocardiografía dinámica (sistema Holter). Fundamentos, técnica e indicaciones. Dres.: S. Drajer y S. Guerchicoff. (Centro de Diagnóstico y Rehabilitación Cardiovascular).

La ECG dinámica por el método Holter es una técnica de monitoreo ambulatorio de 24 horas que ha posibilitado el estudio de una amplia gama de trastornos episódicos del ritmo, la conducción y la irrigación del miocardio, no siempre detectables por los métodos convencionales.

Los autores comunican su experiencia con equipos de electrograbación en cinta magnética de dos canales simultáneos, analizados en un rastreador de alta velocidad (scanner) con lectura cuantitativa, analógica y digital.

Se describe la técnica utilizada en la calibración, fijación de electrodos y obtención de los registros, así como las indicaciones del método.

7 - Presentación electrocardiográfica audiovisual sobrepuesta (AVSEP): Base del sistema Holter. Dres.: S. Guerchicoff y S. Drajer. (Centro de Diagnóstico y Rehabilitación Cardiovascular).

El método audiovisual de rastreo para la lectura a alta velocidad de ECG continuos grabados en cinta magnética por el sistema Holter, se basa en la propiedad que tiene la retina humana de percibir y retener imágenes fugaces. La sucesión de las mismas permite apreciar su fijeza o desplazamiento (principio en el que se basa la cinematografía).

La imagen consiste en la persistencia de un ciclo cardíaco eléctrico (PORSTU) que se sobreimprime constantemente en el osciloscopio.

Durante el ritmo sinusal se observa una imagen estática; si se produce una extrasístole u otro fenómeno paroxístico se observa un destello fugaz o una nueva imagen estática con la morfología y duración correspondiente al paroxismo. El mismo tipo de modificación se visualiza con los cambios del nivel del segmento ST.

El sonido producido se modifica por la morfología del QRS y la frecuencia cardíaca. Su timbre cambia por la presencia de extrasístoles aisladas, en salvos o paroxismos y su tono varía con la frecuencia cardíaca. Un histograma continuo del período R-R indica la frecuencia cardíaca, momento a momento.

Se presenta un audiovisual con los patrones típicos de ritmo sinusal, diferentes arritmias y desniveles del segmento ST.

La 3ª Reunión Científica, a realizarse en la ciudad de Alta Gracia, Córdoba, los días 19, 20 y 21 de junio de 1975.

Con la colaboración de la Federación Argentina de Cardiología y la Sociedad de Cardiología de Córdoba.

Coordinador: Dr. Roberto Madoery.

JUEVES 19

16 hs.: Mesa de Temas Libres.

17.30 hs.: Mesa de Debate: MIOCARDIOPATIAS.

Coordinador: Eduardo Moreyra. Participantes: Dr. Luis Alday, Dr. Luis Becú, Dr. Ricardo Esper, Dr. Eduardo Kreutzer, Dr. César Serra, Dr. Ezio Zuffardi.

VIERNES 20

8.30 hs.: Mesa de Temas Libres.

9.30 hs.: Mesa de Debate: ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE LAS ARRITMIAS.

Coordinador: Dr. Mauricio Rosenbaum. Participantes: Dr. Luis M. Amuchástegui, Dr. Gianni Corrado, Dr. Carlos Crespo, Dr. Saúl Drajer, Dr. Adolfo Mondejar, Dr. Jacobo Yedurón.

15 hs.: Mesa de Temas Libres (SIMULTANEAS).

Mesa de Debate: RECIENTES AVANCES EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS VALVULOPATIAS.

Coordinador: Dr. José A. Delfino. Participantes: Dr. Jorge Albertal, Dr. Miguel Domínguez, Dr. René Favalaro, Dr. Eduardo Galíndez, Dr. Manuel Osorio, Dr. Jorge Samaja, Dr. Adolfo Uribe.

SABADO 21

8.30 hs.: Mesa de Debate: ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA.

Coordinador: Dr. Agustín Caeiro. Participantes: Dr. Carlos Bertolasi, Dr. Girardi Cantalupi, Dr. Rodolfo Carballo, Dr. Luis de la Fuente, Dr. René Favalaro, Dr. Domingo Liotta, Dr. Guillermo Pujadas.

"PREMIO BETA 1975"

Del 8 al 18 de agosto próximo se recibirá en la secretaría de la Sociedad Argentina de Cardiología, Azcuénaga 980, Capital, de 15 a 19 horas, los trabajos de los aspirantes al "PREMIO BETA".

El Premio se otorgará al autor o autores del mejor trabajo sobre cardiología básica o aplicada.

Los aspirantes deberán entregar cinco copias de su trabajo, escrito a máquina a dos espacios y de un solo lado de la hoja.

VIII JORNADAS ANGIOLOGICAS ARGENTINAS

Lugar de realización: Mendoza. Fecha: 13, 14, 15 y 16 de agosto de 1975.

Programa Preliminar

7 Mesas Redondas: 1) Opciones menos frecuentes de tratamiento quirúrgico en Cirugía Vasculat. 2) Patología de la prótesis. 3) Indicaciones del tratamiento quirúrgico en la cardiopatía isquémica aguda. 4) Cirugía de las cardiopatías congénitas. 5) Valoración de la función del ventrículo izquierdo como indicación y pronóstico quirúrgico. 6) Bloqueos. Electrocardiograma del Haz de His. Marcapasos. 7) Nuevas técnicas de diagnóstico en Angiología y Cardiología.

5 Conferencias: 1) Aneurisma fisurado de aorta. 2) Cirugía de las válvulas Cardíacas. 3) Cirugía combinada. 4) Consideraciones sobre fisiología cardíaca. 5) Hipertensión reno-vascular.

7 Mesas de Temas Libres.

1 Curso paralelo sobre "Cuidado Intensivo en pacientes Cardiovasculares".

Inscripciones e información: T.E. 99-1591 al 99, interno 346, de 9 a 17 horas.