

NOTICIAS

5ª REUNION CIENTIFICA

Realizada los días 28 de octubre y 11 de Noviembre a las 21 horas, en su sede de la calle Azcué-
naga 980.

El día 28 de octubre se presentaron los nueve primeros trabajos, los restantes fueron presentados el
11 de Noviembre ppdo.

1) EXTRASISTOLE "ISQUEMICA", INDUCIDA POR LA PRUEBA DE ESFUERZO Y SU RELACION CON LOS ANTECEDENTES CLINICOS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A LA MISMA

Hosp. "Juan A. Fernández"

Dres. M. Mandelman, I. Cohen, J. A. Saglietti y J. Steinman.

El criterio "electrocardiográfico" de isquemia evidenciado en cierto tipo de pacientes y en la repolarización de las extrasístoles de sus electrocardiogramas de reposo, está en contradicción con el criterio "ergométrico". Este no tiene en cuenta la repolarización de ese tipo de arritmia.

Para dilucidar el problema que surge de esta contradicción y que hace al mejor diagnóstico de la cardiopatía isquémica, se estudió un grupo de 54 pacientes a quienes se los sometió a una prueba de esfuerzo. 19 presentaron extrasístoles con trastornos secundarios y 35, primarios. De los 19, 1 tenía antecedentes de angina de pecho y/o infarto previo de miocardio y 18, no. De los otros 35, 32 sí los registraban y 3, no. ($p < 0,001$ por χ^2).

Comentador: Dr. Jorge Masanti.

2) EXTRASISTOLIA "ISQUEMICA" INDUCIDA POR LA PRUEBA DE ESFUERZO Y SU RELACION CON LOS LATIDOS SINSALES

Hosp. "Juan A. Fernández"

Dres. M. Mandelman, J. Steinman, I. Cohen y J. H. Saglietti

Teniendo en cuenta la extrasistolia con características isquémicas en la repolarización, evidenciadas durante la prueba de esfuerzo, surge la necesidad de correlacionarla con la presencia de ese tipo de trastornos de los latidos sinusales. Y, de esta manera, ver si es posible confirmar la idea de considerar la que antes era anormal inespecífica (por la presencia de extrasistolia) como específica.

A tal fin se tomó un grupo de 59 pacientes a quienes se les efectuó una prueba. De este grupo, evidenciaron extrasistolia con trastornos secundarios 19 y 40, primarios. En el primer subgrupo, 2 desarrollaron una prueba clásicamente positiva, 16 no y 1, una no satisfactoria. En el segundo, de los 40, 25 sí, 14 no y en 1 también fue no satisfactoria. ($p < 0,001$ por χ^2).

Estos resultados permiten avalar la opinión de que la extrasistolia que se ha llamado "isquémica" en el título del trabajo y que es la que presenta trastornos primarios de la repolarización, debe hacer considerar a la prueba como anormal **específica**.

Comentador: Dr. Martín Caiafa.

3) EL MALEATO DE EROGONOVINA COMO TEST DIAGNOSTICO DEL ESPASMO CORONARIO

Hospital Argerich- Sanatorio Güemes

Dres.: M. Lugones, J. E. Trongé, C. E. Gadda, G. Mon, E. García y N. Guetta.

Poder documentar a través de la cineangiocoronariografía la existencia de espasmo coronario como causa de angina de pecho no es en realidad un hecho común. Durante los últimos años muchos han sido los intentos, a través de agentes farmacológicos, de provocarlos; así es como se postuló a uno de los derivados del Cornezuelo del Centeno, el maleato de Ergonovina (ME). En dos pacientes, uno con angina de Prinzmetal y otro con una variante de ella se efectuó estudio coronariográfico sin isosorbide, encontrándose lesiones no significativas en la coronaria derecha, por lo que previa administración de ME (en dosis de 0,05 - 0,2 mg.) se repitieron los estudios y en un tiempo de 9 minutos y 2 minutos respectivamente se reprodujo en ambos pacientes angor con espasmo de la arteria coronaria derecha, registrándose concomitantemente aumento de la presión de fin de diástole del ventrículo izquierdo, supradesnivel del segmento ST (correspondiente a la misma zona electrocardiográfica de los E.C.G. registrados durante las crisis espontáneas de angor), extrasistolia ventricular, trastornos de la conducción aurículoventricular e intraventricular de isosorbide sublingual, desapareciendo las alteraciones hemodinámicas y electrocardiográficas. Creemos que la administración de ME es un recurso importante en la detención de espasmos coronarios en aquellos pacientes portadores de Angina de Prinzmetal o sus variantes, como así también puede ser de utilidad su empleo en pacientes con coronarias normales o con lesiones mínimas con otra forma de angina de pecho, en los cuales se sospecha que el espasmo coronario puede estar presente.

Comentador: Dr. Carlos Fiore.

4) ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS INDICES DEL PERIODO EXPULSIVO

Laboratorio de Hemodinámica del Hospital Italiano de Buenos Aires
Dres. C. Garlando, H. P. Baglivo, M. del Río, D. Herrera, G. Pujadas

La velocidad media de eyección normalizada (VMEN) y la velocidad circunferencial media (Vcf media) son índices derivados de la fracción de eyección (FE) o parámetros relacionados con la misma, como el radio ventricular, al que se agrega la información del período expulsivo del ventrículo izquierdo (PE).

En un grupo de 38 pacientes afectados de cardiopatía isquémica crónica fueron analizados índices del período pre-eyectivo y eyectivo en condiciones basales y luego de sobrecarga de volumen. En dicho análisis se correlacionó la Vcf media y la CMEN con la Fe; la misma fue casi perfecta ($r = 0,92$) para la VMEN y algo menor ($r = 0,87$) para la Vcf media. Este último resultado no es debido al mayor o menor poder discriminativo de la Vcf media para detectar alteraciones de la función ventricular izquierda.

Se concluye que ambos índices no agregan mayor información a la provista por la FE.

Comentador: Dr. Marcelo Ruda Vega.

5) "REVERSIBILIDAD DE LA HIPERTENSION PULMONAR (HP) EN CARDIOPATIAS CONGENITAS CON CIRUGIA CORRECTORA" (Grupo I)

Hospital de Niños de Buenos Aires).

Dres. R. Estévez, M. Perriello, R. Ananí y A. Rodríguez Coronel.

Numerosas cardiopatías congénitas producen HP por diferentes mecanismos, principalmente por corto circuitos de izquierda a derecha entre cámaras de alta presión. Ocasionalmente van asociadas a otras cardiopatías (Miocardiopatías, Coartación o Estenosis Aguda, Valvulopatía mitral, etc.) o Síndromes (Down, Hurler, etc.). Se estudiaron 18 casos con cirugía correctora (edades: 3 meses a 10 años). Se correlacionaron Presiones de Arteria pulmonar-sistémica (PAP/PS), Flujos pulmonar-sistémico (QP/QS), Resistencias pulmonar y de reestudio y la patología operada. Docena arteriolar-sistémica (RP/RS), las edades de operación (67 %) tenían PAP/PS 0,9 y 6 (33 %) entre 0,7 y 0,9. Las cardiopatías eran: CIV (6), CIV + otra patología (5), Ductus (1), TCGV + CIV (4), Tronco (2). En 6 (33 %) la presión de AP permaneció sin variaciones significativas (A) y en 12 (67 %) la misma descendió hasta valores normales (B). En (A), la edad promedio al momento de ser operados era de 30,9 meses y en (B) era de 42 meses. Los pacientes de (A) fueron reestudiados en promedio 4,3 meses después de la operación, los de (B): 20,3 meses. En dos 18 pacientes estudiados hubo un descenso en la AP/PS de 43,8 % con relación a los valores previos a la cirugía. De los pacientes con PAP/PS 0,9, en 5 (42 %) la presión de AP no descendió a valores normales (1 Down) y en los que dicha relación estaba entre 0,7 y 0,9, descendió en todos menos en el Síndrome de Hurler. No hubo diferencias en la patología de los subgrupos A y B.

Conclusiones: 1) La cirugía correctora es eficaz para los pacientes. 2) El reestudio precoz puede revertir la HP aún de grado severo, en la mayoría de los casos. 3) La asociación de HP con un Síndrome Genético parece empeorar el pronóstico. 4) La respuesta, favorable o no de la HP, no guardó relación con la Cardiopatía. Comntador: Dr. Jorge Albertal.

6) "REVERSIBILIDAD DE LA HIPERTENSION PULMONAR (HP) EN CARDIOPATIAS CONGENITAS CON CIRUGIA PALIATIVA O CORRECTORA INCOMPLETA" (Grupo II)

Hospital de Niños de Buenos Aires

Dres. R. Estévez, M. Perriello, M. Pedrini y A. Rodríguez Coronel.

Siguiendo los mismos criterios utilizados para el estudio de los pacientes del grupo I, se analizó el resultado de la cirugía paliativa (cerclaje) o correctora incompleta en un grupo de 35 pacientes con HP, con edades entre 1 mes y 15 años.

25/35 (71 %) tenían PAP/PS 0,90, 10/35 (29 %) tenían PAP/PS = 0,7 a 0,9, con las siguientes patologías: CIV (16) CIV + otra patología (6), Canal AV (1), TCGW + CIV + Co (3), Co + Ductus + Fibroelastosis (1), Co + Insuficiencia Mitral (1), Ambos Vasos de VD complicados (3), Fallot con Waterston (1), Estenosis Ao Valvular (2). En 13/35 (37 %) la presión de AP permaneció sin variaciones significativas (Grupo A). En 22/35 (63 %) hubo un descenso de la misma hasta valores normales (Grupo B). La edad promedio al momento de ser operados era: 57,9 meses en Gp. A y 19,7 meses en Gp. B. El tiempo entre la operación y el reestudio fue en promedio 11,9 meses en el Gp. A y 45,3 meses en el Gp. B. Globalmente, el descenso de PAP/PS fue de 41,9 %. De los pacientes con PAP/PS 0,90 en 10/25 (40 %) la presión de AP no descendió. Se normalizó en 15/25 (60 %). En el grupo en el cual dicha relación estaba entre 0,7 y 0,9, la presión de AP se normalizó en 7/10 (70 %). La patología operada era similar para ambos grupos (A y B).

Conclusiones: 1) La cirugía paliativa o correctora incompleta realizada a temprana edad en pacientes con HP produce buenos resultados en la mayoría de ellos. 2) Al igual que en el Gp. 1, el reestudio precoz parece infravalorar los resultados de la cirugía. 3) La cirugía paliativa o correctora incompleta realizada antes de los dos años protege el árbol vascular pulmonar y logró un descenso en la PAP/PS similar al del Gp. 1. 4) A menor PAP/PS mejores resultados. 5) La respuesta es independiente de la patología operada.

Comentador: Dr. Carlos de Palma.

7) RELACION ENTRE EL DIAMETRO Y LONGITUD DE LA CAVIDAD VENTRICULAR IZQUIERDA

Hospital Militar Central, Sección Hemodinamia.

Dres. E. Bereziuk, E. Garcilazo, E. Tenreiro y C. Mauvecin

El estudio de la geometría ventricular izquierda, ha despertado mucho interés para valorar mediante la angiocardigrafía cuantitativa o la ecocardiografía, los volúmenes de la cavidad al final de la diástole y al final de la sístole, como así también los intermedios; tanto en pacientes con dimensiones normales o alteradas y a su vez con y sin asinergia.

Se ha demostrado que no es verdad que el eje mayor de la cavidad ventricular izquierda sea un múltiplo constante conocido del eje menor en todos los pacientes. Pero se demostró luego que existe una relación entre estas dos dimensiones. Con el objeto de determinar cual era esa relación, se analizaron 80 ventriculografías efectuadas en oblicua anterior derecha con cine de 35 mm. a velocidad de 33 cuadros por segundo de los cuales 20 correspondían a normales, 20 a coronarios con asinergia, 20 hipertrofias subaórticas dinámicas y 20 miocardiopatías congestivas. Se midió en cada uno el diámetro mayor o longitud (L) y el diámetro menor (D). Se calculó el volumen de la cavidad ventricular izquierda mediante angiocardigrafía cuantitativa usando la fórmula área-longitud en un solo plano.

Se hizo un análisis de correlación entre el cociente diámetro/longitud (D/L) y el diámetro (D). Se calculó un coeficiente de correlación $r = 0,75$ ($\alpha < 0,001$). Se calculó la ecuación de regresión lineal entre las magnitudes mencionadas: $D/L = 0,291 + 0,06509 D$; donde D y L están expresadas en centímetros.

Se concluye que existe una relación lineal entre el cociente D/L y el diámetro de la cavidad ventricular izquierda, independiente de la patología y del tamaño de la cavidad dentro del rango de dimensiones registradas y de las patologías estudiadas.

Comentador: Dr. Juan P. Maciel.

8) ESTUDIO DE LA FUNCION VENTRICULAR IZQUIERDA MEDIANTE EL CINEVENTRICULOGRAMA EN LA ANGINA DE RECIENTE COMIENZO

Fundación Profesor Dr. Luis Güemes

Dres. H. Londero, E. Picabea, A. Rodríguez, M. Ruda Vega y L. M. de la Fuente.

La Angina de Reciente Comienzo (ARC) sin Infarto Previo tiene características clínicas y angiográficas particulares.

Clínicamente podemos distinguir dos formas: ARC con Capacidad Física Conservada (CFC) y ARC con Capacidad Física Disminuída (CFD).

En comunicaciones previas establecimos como la característica angiográfica más saliente, la alta incidencia de obstrucciones únicas y subtotalet de las arterias coronarias, lo que es común a ambas formas (PFC y ACD).

En este trabajo se presentan evidencias de que hay mayor deterioro funcional del Ventrículo Izquierdo en el grupo con CFD.

Se estudiaron 23 pacientes con CF y 18 con CFC, utilizando como Índice de Función Ventricular Izquierda la Fracción de Eyección (FE) la FE en la primera mitad de la Sístole (FE 1º M), la Velocidad Media de Eyección Sistólica Normalizada (VMESN), la VMESN en la primera mitad de la Sístole (VMESN 1º M) y el Porcentaje del Volumen Sistólico Eyeccionado en la primera mitad de la Sístole (% VS 1º M).

La FE y la VMESN no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos: A) FE: CFD $0,70 \pm 0,08$ y CFC $0,68 \pm 0,07$ $p > 0,20$; B) VMESN: CFD $2,41 \pm 0,47$ y CFC $2,54 \pm 0,58$ $p > 0,20$.

Los índices de la primera mitad de la Sístole mostraron una alteración significativa en los pacientes con CFD; C) FE 1º V: CFD $0,31 \pm 0,31$ y CFC $0,39 \pm 0,06$ $p < 0,0005$; D) VMESN 1º M: CFD $2,25 \pm 0,56$ y CFC $3,10 \pm 1,13$ $p < 0,0025$ y E) % VS 1º M: CFD $45 \% \pm 9$ y CFC $58 \% \pm 9$ $p < 0,0005$.

A fin de determinar si el mayor deterioro se debía al tamaño del Area Isquémica Probable se comparó el tamaño del lecho distal a la/las obstrucciones coronarias más severas entre los dos grupos. En el 70 % de los casos era grande en la ARC con CFD y en el 36 % de los casos con CFC.

Se concluye que la ARC con CFD tiene alteraciones de la Función Ventricular Izquierda que la diferencian claramente de la ARC con CFC. Estas alteraciones, que son presumiblemente de origen isquémico, se relacionarían con el mayor tamaño del Area Isquémico Probable y clínicamente con la alta incidencia de Infarto de Miocardio.

Comentador: Dr. Roberto Macchi.

9) ESTUDIO DEL GASTO CARDIACO, VOLEMIA Y RESISTENCIA VASCULAR SISTEMICA EN LA HIPERTENSION ARTERIAL

Laboratorio de Hemodinámica del Hospital Italiano de Buenos Aires

Dres. H. P. Baglivo, M. Traina, M. del Río y G. Pujadas.

Los estadios fisiopatológicos modernos de la hipertensión arterial (HA) demuestran la existencia de distintos perfiles hemodinámicos que condicionan, a su vez, otras tantas conductas evolutivas y terapéuticas. La posibilidad de medir parámetros hemodinámicos tales como el gasto cardíaco (GC), el volumen sanguíneo (VS) y la resistencia vascular sistémica (RVS) con métodos incruentos, abre un amplio campo de aplicación en estos pacientes ya sea con fines de investigación y/o asistenciales.

De 91 pacientes hipertensos estudiados mediante radiocardiografía se seleccionaron 84 con HA esencial. El GC estaba aumentado en 30 pacientes (35,7 %) en forma única o asociada a otras alteraciones. La RVS fué elevada en 44 pacientes (52,4 %) coexistiendo o no con otras alteraciones. El VS fue normal en 58 pacientes (69,05 %), aumentado en 12 (14,9 %) y disminuído en 14 (16,7 %).

Es necesario destacar la implicancia terapéutica derivada del estudio de estos parámetros, particularmente el peligro potencial del uso indiscriminado de diuréticos, considerando que una población relativamente importante de hipertensos cursa con VS disminuído. Por otra parte existe la posibilidad de estudios incruentos longitudinales utilizando esta metodología tanto para la investigación de la evolución natural de la HA como para el control de la eficacia terapéutica.

Comentador: Dr. Pascual.

10) DESARROLLO DE FUERZAS ANTERIORES POR TRASTORNOS DE LA CONDUCCION EN LA CARA ANTERIOR. ESTUDIO VECTOCARDIOGRAFICO

Hosp. de Clínicas José de San Martín

Dres. N. Carnuccio, N. Díaz de Vivar, B. R. de Thomas, A. J. Carli, J. J. Llera, L. D. Suárez y A. M. A. Perosio.

El hallazgo de importantes positividads en precordiales derechas, da lugar con frecuencia a serias dudas diagnósticas. Es sabido que las mismas se atribuirán a hipertrofia septal cuando no superen los 0,02 seg, y a bloqueo de rama derecha cuando se inscriban más allá de los 0,08 seg. Pero cuando el registro de esas fuerzas se realice entre los 0,02 y 0,06 seg. se deberán considerar las siguientes posibilidades diagnósticas:

- a) Síndrome de Preexcitación.
- b) Hipertrofia ventricular derecha (tipos A o B).
- c) Zona de inactivación pósterolateral baja (dorsal)
- d) Una nueva entidad (motivo de la presente comunicación): el bloqueo localizado en cara anterior.

En el estudio de 140 enfermos con cardiopatía isquémica, a los que se les había realizado cinecoronarioventriculografía, se hizo el falso diagnóstico de necrosis dorsal en 10 de ellos, en los cuales el estudio cruento mostró alteraciones tanto vasculares (descendente anterior) como hemodinámicas (aquinesia, hipoquinesia, aneurismas) circunscriptos estrictamente a cara anterior. Se enfatiza la importancia de los bloques localizados, que serían en muchas ocasiones manifestaciones de un trastorno isquémico o necrosis, y se dan las pautas diagnósticas diferenciales con las entidades arriba mencionadas.

Comentador: Dr. Nicolás Tempone.

11) ESTUDIO ELECTRO-VECTOGRAFICO CON PROYECCION ESTEREOGRAFICA Y MODULOGRAMA ESPACIAL EN LOS MARCAPASOS CARDIACOS. ANALISIS ESTADISTICO EN PACIENTES CON ETIOLOGIA DEFINIDA

Servicio de Cardiología UAMI - Rivadavia - Peralta Ramos.

Dres. D. J. Vicario, J. A. Zozlonik, H. Romero Villanueva, A. H. Guardo

Introducción: La hipótesis del trabajo es que, pese a la aberrancia de los complejos de activación por marcapasos, es posible diferenciar alteraciones miocárdicas para una orientación etiológica y terapéutica.

Material y método: En 133 marcapasos cardíacos, cardíacos, se efectuó electrocardiograma convencional y electrocardiograma con las derivaciones de Frank sincronizadas, con barrido rápido de 500 m/seg. Se midieron los voltajes cada centésima de segundo para el QRS y cada 4 para el ST-T. Se efectuaron vectocardiogramas y se estudió la orientación y magnitud espacial por proyección estereográfica y modulograma, con técnica que se recapitula. Este lote fue seleccionado por un integrante del grupo, sobre 2.309 marcapasos del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Se dividió según el tipo de marcapasos y catéteres, en endocavitarios bipolares, endocavitarios unipolares y epicárdicos, según su implantación. Por estudio clínico, electrocardiográfico y humoral es considerado en tres grupos:

- A. Con trastornos de conducción sin etiología determinada, presuntamente enfermedad de Lev-Lenegre.
- B. Con antecedentes de infarto de miocardio y trastornos isquémicos evolutivos.
- C. Antecedentes de cardiopatía chagásica.

Resultados: En la presente comunicación se exponen los resultados del grupo A, sobre 32 marcapasos endocavitarios bipolares, 15 endocavitarios unipolares y 10 epicárdicos. Se promedian los voltajes escalares instantáneos de X, Y, Z, para el QRS y del ST-T, con análisis estadístico. Se definen patentes vectocardiográficas promedio y estéreo-modulográficas. Estos resultados serán lote testigo para el diagnóstico diferencial con los otros casos.

Conclusiones: Es factible establecer, con dispersión aceptable, patrones vectográficos, estereográficos y de magnitud especial, como referencia comparativa entre marcapasos posbloques de distintas etiologías.

Comentador: Dr. Bernardo B. Lozada (h).

12) ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO DE LA TENSION ARTERIAL (TA) EN 2000 PACIENTES QUE REALIZARON UNA PRUEBA ERGOMETRICA GRADUADA (PEG)

Hosp. de Clínicas "José de San Martín". Sección Cardiología.

Dres. J. A. Schurman, R. H. Frías, M. Chiozza, J. Larroca, M. Scattini, B. Boskis, S. Rossi y A. M. Perosio

Se estudiaron 2000 PEG sucesivas con el objeto de analizar el comportamiento de la TA basal, intra-esfuerzo y postesfuerzo en pacientes (N) y con hipertensión arterial basal (HAB). En el grupo N de 1500 pacientes (75 %) se detectaron 294 hipertensos arteriales reactivos (HAR) (19,6 %) [294/2000 = 14,6 %].

En los HAR se observó 38,9 % de respuestas isquémicas en la PEG (PEGI), en contraste con el 16,4 % de PEGI en los N sin respuesta hipertensiva reactiva ($p < 0,00001$). El grupo HAB de 500 pacientes (25 %) se clasificó en hipertensos sistólicos (38 %), diastólicos (14 %) y ambos (48 %). La respuesta fue de 39,6 % de PEGI, observándose una franca diferencia con respecto a los N no reactivos (16,4 %) ($p < 0,00001$). Otro aspecto estudiado fue el comportamiento de la TA diastólica en 308 pacientes que presentaban hipertensión arterial diastólica o sistodiastólica; en 18 (5,8 %) se observó descenso de las TA diastólica durante el esfuerzo a valores normales; por último se estudió el comportamiento anormal de la TA sistólica. La misma disminuyó intraesfuerzo (DI) en 26 (1,3 %) casos, tuvieron escaso incremento (EI) 67 (8,3 %) y la disminuyeron post-esfuerzo (DP) 13 (0,6 %) en forma patológica. De los DI 22 (85 %) eran coronarios, y 4 (15 %) tenían otra patología. Los EI presentaban 51 (76 %) coronariopatías, y 12 (18 %) eran sujetos sanos. 10 (76 %) de los DP no tenían patología ostensible.

Se concluye:

La PEG es útil para detectar un importante número de HAR. Los HAB y HAR presentan una alta incidencia de UEGI en comparación con los N no reactivos.

Se detecta en los HAB a un grupo que normaliza la TA diastólica intraesfuerzo, que sugiere un buen pronóstico clínico.

Los DI y EI se correlacionan con enfermedad cardíaca orgánica, mientras los DP se relacionan con la distonía neurovegetativa.

Comentador: Dr. Héctor González Louis.

13) CORRELACION CLINICA, ELECTROCARDIOGRAFICA Y ERGOMETRICA EN 2000 PACIENTES

Departamento Cardiovascular, Institutos Médicos Anártida, Buenos Aires

Drs. F. R. M. de Aptecar, M. A. Canossa, H. Arenoso, C. A. Otero y G. y M. Aptecar.

Con el fin de justipreciar el valor diagnóstico de procedimientos básicos del examen cardiológico, intentamos correlacionar datos clínicos (angina típica e hipertensión), con los hallazgos electrocardiográficos en reposo (discriminados por grandes grupos de patología eléctrica), y con los resultados de la prueba

En 2000 enfermos. los datos clínicos y electrocardiográficos habituales fueron recogidos por una parte de los observadores, y confrontados mediante un procedimiento de doble ciego con los resultados de la prueba de esfuerzo realizada por otros de los autores en forma independiente. La confiabilidad de nuestra metodología fue establecida previamente por una buena correlación angiográfica (sensibilidad: 87%; especificidad: 72 %; índice de efectividad 84,7 %), y ergométrica.

Nuestros resultados en 2000 pacientes, expresados como porcentaje de pruebas positivas en cada grupo, son los siguientes:

	Con angina	Sin angina
Total pacientes	35,26 %	8,03 %
ECG normal	65,00 %	1,92 %
ECG patológico	86,87 %	11,97 %
Trast. conducción i.v.	66,07 %	5,35 %
Infarto de miocardio	79,31 %	11,85 %
Trast. repolarización	80,55 %	5,88 %
Hipertrof. y sobrec. V.I.	90,36 %	14,19 %
Inf. mioc. + otros tras.	94,81 %	26,92 %

Estos datos indican que un preciso interrogatorio tiene un fundamental valor predictivo (85 %) en relación a la prueba ergométrica, y que el ECG de reposo le confiere un más sensible poder discriminativo, según los distintos grupos de patología eléctrica. La hipertensión no parece tener influencia sobre los resultados.

Por otro lado, la combinación de angina, ECG patológico y ergometría positiva, identifica un grupo de pacientes altamente específico, en el cual la coronariografía demuestra lesión severa de dos o más vasos en el 92,5 % de los enfermos.

Comentador: Dr. Turri.

14) ESTUDIO DE LA FUNCION VENTRICULAR IZQUIERDA EN LA MITAD DE LA SISTOLE MEDIANTE EL CINEVENTRICULOGRAMA EN 20 CASOS NORMALES

Fundación Prof. Dr. Luis Güemes.

Drs. E. Picabea, H. Londero, M. Ruda Vega, C. Gadda y L. M. de la Fuente.

A fin de establecer los valores medios normales para diversos índices de Función Ventricular, se estudiaron 20 pacientes considerados normales, clínica, electrocardiográfica, radiológica y angiográficamente.

En los 20 se determinó la Fracción de Eyección (FE), Velocidad Media de Eyección Sistólica Normalizada (VMESN), Velocidad Media de Acortamiento Circunferencial (VMAC) para los diámetros (D), Basal (B), Medio (M) y Apical (A), Porcentaje de Acortamiento de Radios y Porcentaje del Volumen Sistólico Eyeccionado (%VS) durante la primera (1º M) y segunda mitad (2º M) de la Sístole.

Los Volúmenes Ventriculares fueron calculados en Fin de Diástole (VFD), Mesosístole (VMS) y Fin de Sístole (VFS) por el Método de Dodge. La duración del Período Eyeccionado (PE) se determinó por el número de cuadros de cine que comprendían una Sístole.

La fórmula utilizada en el cálculo y los valores medios más/menos una desviación standard obtenidos fueron FE1ºM (VFD - VMS/VFD) $0,46 \pm 0,05$, FE2ºM (VMS - VFS/VFD) $0,29 \pm 0,05$, VMESN1ºM (VFD - VMS/VFD x FE1ºM) $3,31 \pm 0,75$, VMESN1ºM (VMS - VFS/VFD) x PE2ºM) $1,94 \pm 0,56$, VMAC - B 1: M

$(D_D - D_{MS}/D_D \times PE1^{\circ}M)$ $1,54 \pm 0,34$, VMAC - B2 $^{\circ}M$ $D_{MS} - D_S/D_D \times PE2^{\circ}M$ $1,00 \pm 0,36$ VMAC - M1 $^{\circ}M$ $1,47 \pm 0,38$, VMAC - M2 $^{\circ}M$ $1,52 \pm 0,55$, VMAC - A1 $^{\circ}M$ $1,58 \pm 0,34$, VMAC - A2 $^{\circ}M$ $1,69 \pm 0,43$, %VS1 $^{\circ}M$ (VFD - VMS/VS) $61 \% \pm 7$ y %VS2 $^{\circ}M$ (VMS - VFS/VS) $39 \% \pm 7$. El acortamiento de Radios fue calculado como porcentaje del acortamiento total en la 1 $^{\circ}M$: R1 $64 \% \pm 15$; R2 $53 \% \pm 15$; R3 $43 \% \pm 13$; R4 $63 \% \pm 12$; R5 $53 \% \pm 15$ y R6 $58 \% \pm 11$.

En 13 de estos casos se determinó la FE y la VMESN en el latido sinusal que seguía a una extrasístole con pausa post-extrasistólica igual o mayor a una vez y media una distole normal. Fe post-Extra. $0,84 \pm 0,03$; VMESN post-extr. $3,00 \pm 0,35$. La media de la diferencia entre la FE post-Extra. y la FE Basal resultó de $0,11 \pm 0,05$.

Los resultados obtenidos son coincidentes con los publicados por otros autores en series similares, por lo que consideramos pueden ser tomadas como valores medios normales para nuestra metodología en estudios comparables.

Comentador: Dr. Jorge Glenni.

15) LA FRACCION DE EYECCION MEDIO SISTOLICA

Laboratorio de Hemodinámica del Hospital Italiano de Buenos Aires

Dres. C. Garlando, M. del Río, H. P. Baglivo, J. Rincón Huerta, G. Pujadas

Con el ritmo normal de expulsión un 60 a 65 % de la descarga sistólica se produce en la primera mitad de la sístole. Por lo tanto si la fracción de eyección media sistólica (FE_{50}) es menor que el 50 % del a fracción de eyección total (FE_{100}) el ritmo normal de expulsión estará invertido y será decididamente patológico. Cuando la FE_{50} se encuentra entre el 50 y 55 % de la FE_{100} puede considerarse a la primera como probablemente anormal.

En 52 pacientes afectados de cardiopatía isquémica crónica se encontró que el 70 % de los mismos con FE_{100} entre 0,70 y 0,55 presentaron FE_{50} patológica. Por lo tanto la FE_{50} es más sensible que la FE_{100} para detectar fallas precoces del ventrículo izquierdo. Además se comprobó que la FE_{50} se normaliza en los ventrículos muy insuficientes (FE_{100} menor que 0,40).

En síntesis, el deterioro ventricular izquierdo se manifiesta en los estadios iniciales como una disminución de la FE_{50} debido a una alteración del ritmo expulsivo sistólico y, en las etapas muy avanzadas de insuficiencia ventricular (FE menores de 0,40) tiende a normalizarse.

Comentador: Dr. Hugo Londero.

16) LA POTENCIACION POST-EXTRASISTOLICA EN LA CARDIOPATIA ISQUEMICA

Laboratorio de Hemodinámica del Hospital Italiano de Buenos Aires

Dres. C. Garlando, M. del Río, H. P. Baglivo, R. Torres y G. Pujadas.

Se estudió la fracción de eyección (FE) y los índices de volumen de fin de diástole (IVFD) y fin de sístole (IVFS) ventricular izquierdo en el latido post-extrasistólico en 52 pacientes afectados de cardiopatía isquémica.

En 7 pacientes con función ventricular seguramente normal (FE mayor o igual a 0,70) el incremento de la FE con la potenciación post-extrasistólica (PPE) guardó una correlación casi perfecta con la Fe basal ($R = 0,88$) siendo la máxima FE alcanzada de 0,80 a 0,85.

En pacientes con FE menor de 0,70 el incremento con la PPE es mayor y llegan a alcanzar FE - PPE de 0,80 cuando toda la masa ventricular responde al estímulo de la PPE. En estas condiciones el IVFD es menor de 20 ml/m².

En 28 pacientes el IVFS fue mayor de 20 ml/m²., ninguno de ellos alcanzó un FE - PPE de 0,80.

Se concluye que en estos casos una parte proporcional de la masa ventricular izquierda no responde al estímulo de la PPE (probable existencia de necrosis irreversible).

Estas conclusiones no confirman las de Cohn y Gorlin en el sentido de que un aumento de la FE - PPE de 0,10 indica una buena reserva contráctil.

Comentador: Dr. Enrique Garcilazo.

17) CIRUGIA DE LA ESTENOSIS AORTICA

Departamento Cardiovascular. Institutos Médicos Antrida, Buenos Aires

Dres. R. Grinfeled, A. Roncoroni, J. A. Navia, K. Shinji y L. Grinfeld.

Material: 21 enfermos operados con Reemplazos Valvulares Aórticos (RVA), 15 hombres, 6 mujeres. Edad promedio de 63,2 años. Grado funcional: IV 18 - II 3. ICT promedio preoperatorio: 0,58 promedio de gradiente transvalvular 90 mm. de Hg. FE promedio 0,59. APT promedio 41 mm. Hg., masa ventricular 244 gr/m² de media. Volúmenes ventriculares, diastólico 130 cc/m² de promedio. IPTD/IPTS: 0,39 como valor medio. Se realizaron biopsias miocárdicas pre y post hipotermia. en las que se realizaron estudios con microscopía electrónica.

Procedimientos: RVA 18, RVA + PV Aorto coronario 2, RVA + tromboctomía de AI: 1.

Tipo de prótesis: Duramadre 17, Starr-Barone 1, Bjork 3.

Protección miocárdica: Hipotermia 26 $^{\circ}$ - 30 $^{\circ}$: 17 pacientes, hipotermia local con catéter 1. Perfusión coronaria fría 2. Tiempo de clampeo aórtico (promedio) 47', tiempo de bomba (promedio) 70'.

Resultados: Inmediatos: mortalidad 1 paciente de causa cardíaca, 1 paciente de causa extracardíaca.

Alejados: No ha habido mortalidad ni embolias, grado funcional post-op. (3 a 22 meses) grado I: 13, grado II: 2.

Reestudios: Se reestudiaron 3 pacientes que prácticamente normalizaron los parámetros hemodinámicos.

Conclusiones:

- 1) La cirugía de la estenosis aórtica se puede realizar con una baja morbimortalidad.
- 2) Los métodos de protección miocárdica empleados son fundamentales para el pronóstico inmediato y alejado.
- 3) IPTD/IPTS no ha demostrado ser un buen índice para diferenciar riesgo quirúrgico.
- 4) Los reestudios muestran que en este tipo de patología una gran parte de los VI se recuperan a pesar de ser pacientes de evolución avanzada. Comentador: Dr. Eliseo V. Segura.

18) EVALUACION PREOPERATORIA, RESULTADOS QUIRURGICOS Y SEGUIMIENTO EN LA CIRUGIA DE REVASCULARIZACION MIOCARDICA

Dto. Cardiovascular - Institutos Médicos Antártida

Dres. J. A. Navia, R. Bernardini, A. Roncoroni, R. Grinfeld, L. Grinfeld y K. Shinji.

Desde octubre 1974 a junio 1976, un total de 176 pacientes fueron intervenidos con cirugía de revascularización miocárdica directa. De acuerdo con la clasificación clínica de la cardiopatía isquémica, 140 pacientes (79,5 %) correspondieron a angina inestable, solamente 21 pacientes (12 %) operados con cuadro de angina estable y 8,5 % otros síntomas. La evaluación preoperatoria (156 pacientes) en base a la fracción de eyección (VN $0,74 \pm 0,04$) permitió agrupar a los ventrículos en normales 32,6 % y en anormales el 67,3 %; estando comprendidos dentro de este último grupo ventrículos considerados severos (FE 0,48 - 0,39) y muy severos (FE menor de 0,38) el 28,7 % de los casos. La cirugía de revascularización fue clasificada en completa cuando: a) Todas las arterias coronarias mayores con obstrucción significativa reciben revascularización por PV o anastomosis mamaria; b) irrigación de áreas isquémicas no fibróticas. Incompleto debido a mala calidad del lecho arterial por enfermedad difusa en algunas ramas, tamaño arterial pequeño, ausencia de venas o mamaria de pequeño calibre. La mortalidad global fue del 5,7 % considerándose que están incluidos en la misma el grupo de pacientes agudos. La potenciación postextrasistólica fue un método de real valor para la indicación quirúrgica en ventrículos con áreas acinéticas. Del grupo operado 27 pacientes tenían VI hipertrófica con masa VI promedio de 162 g/m² observándose en los mismos una mayor tendencia a la morbimortalidad. Seguimiento de 120 pacientes (de 3 a 18 meses), se observó que en el período preoperatorio en grado funcional IV estaba el 75 %, G. III 14 %, G. II 9 %. Postoperatorio: el 85 % se encuentran asintomáticos, G. II 12 %, G. III-IV 3 %. En pacientes con revascularización completa (72 casos) 94 % están asintomáticos, con revascularización incompleta están asintomáticos 69 % y en G. II 25 %. Se enfatiza el valor de la FE para la evaluación preoperatoria, el valor de la revascularización completa sobre la incompleta en los resultados inmediatos y alejados y la tendencia del VI hipertrófico a una mayor morbimortalidad.

Comentador: Dr. Roberto C. Vedoya.

6ª REUNION CIENTIFICA

Los días 12 y 13 de noviembre, a las 21 horas, en su sede de la calle Azcuénaga 980, se realizó la Reunión Extraordinaria de Clausura 1976, en el siguiente orden:

Viernes 12, 10 horas: del trabajo Nº 1 al 10.

Viernes 12, 20.30 horas: del trabajo Nº 11 al 19.

Sábado 13, 9 horas: del trabajo Nº 20 al 29.

1) METODOS DE DETECCION DEL RETARDO EN LA CONTRACCION VENTRICULAR MEDIANTE EL CINEVENTRICULOGRAMA

Fundación Luis Güemes.

Dres. H. Londero, E. Picabea, A. Rodríguez, M. Ruda Vega y L. M. de la Fuente.

Los trastornos de la contracción ventricular izquierda detectables mediante el Cineventriculograma se pueden dividir en dos grupos: a) Acinergias (Gorlin) que persisten a lo largo de la sístole; b) Tardoquinesis o Retardo en la Contracción (Welch) que se manifiestan sólo en la primera mitad de la sístole.

El Retardo en la Contracción ha sido descrito como un signo angiográfico precoz de isquemia, aún cuando no es específico de las obstrucciones coronarias y aparece asociado a Insuficiencia Cardíaca, aumento exagerado de la Post-carga, etc. En ventrículos sin zonas de Asinergia la Fracción de Eyección en la primera mitad de la Sístole (FE_{1/2}M) y el porcentaje del volumen Sistólico eyectado en la primera mitad (% E y 1/2 M) permiten detectar retardos en la contracción de origen isquémico. Cuando se trata de ventrículos con Infarto Premio (IP) y por lo tanto con áreas de Asinergia es conveniente separar la Asinergia de la Tardoquinesis. A fin de determinar cual de estos índices no permiten establecer dicha diferencia comparamos cuatro grupos de pacientes en los que asumimos que la Asinergia por Infarto se combinaba con el Retardo por Isquemia de diferente forma: **Grupo A:** 20 normales (ausencia de Isquemia e Infarto). **Grupo B:** 18 con Síndrome Intermedio (SI) sin IP (área isquémica sin área de Asinergia). **Grupo C:** 22 con SI con IP (área de Asinergia y zona isquémica de diferente localización). Grupo D: 19 con Infarto Crónico Asintomático (ausencia de isquemia con una zona de Asinergia).

Los pacientes sin isquemia tenían un %E_{1/2}M dentro de lo normal (GA: $61,0 \pm 7$ GD: $58,6 \pm 11$ $P > 0,20$) pero la FE_{1/2}M estaba deprimida en el grupo con Asinergia (GA: $0,46 \pm 0,05$ GD: $0,32 \pm 0,07$ $P < 0,0005$). Los pacientes con isquemia tenían un %E_{1/2}M deprimido en grado similar en los dos grupos (GB: $50,0 \pm 10,2$ GC: $44,9 \pm 13,5$ $> P \geq 0,09$) pero la FE_{1/2}M resultaba significativamente menor en

el grupo con IP (GB: $0,35 \pm 0,08$ GC: $0,23 \pm 0,09$ $P < 0,0005$). Los pacientes con Isquemia sin Infarto (GB) tenían una FE1ºM semejante a los con Infarto sin Isquemia (GD) $P > 0,10$, pero el %Ey1ºM lograba diferenciarlos $P < 0,005$.

Estas y otras correlaciones nos permiten concluir que: a) la FE1ºM está influenciada por zonas de Asinergia; b) El %Ey1ºM permite detectar áreas de Retardo en la Contracción y no está influenciado por zonas de Asinergia; c) Recomendar la utilización del %Ey1ºM cuando se quiere comparar grupos de pacientes con IP de diferente extensión o con grupos sin IP con el fin de detectar áreas de Retardo en la Contracción.

Comentador: Dr. Enrique Garcilazo.

2) VELOCIDAD DE ACORTAMIENTO CIRCUNFERENCIAL TOTAL (VAC) Y VELOCIDAD DE ACORTAMIENTO CIRCUNFERENCIAL RAPIDO (VAC_r) EN LA DINAMICA VENTRICULAR

Hospital Militar Central - Hemodinamia.

Dres. E. Bereziuk, G. Agostinelli, C. Mauvecin, E. Tenreiro y J. d'Oliveira.

Introducción: La velocidad de acortamiento circunferencial de la fibra miocárdica durante la sístole total (VAC_t) suele utilizarse como parámetro de evaluación de la dinámica ventricular, pero no siempre expresa la realidad. Por tal motivo, y tratando de detectar alteraciones en el período en el que el miocardio desarrolla su mayor actividad mecánica, se determina la velocidad de acortamiento circunferencial de la fibra miocárdica en la sístole precoz o de eyección rápida (VAC_r) y se comparó con la VAC_t, dado que la eyección es determinada principalmente por la cantidad y velocidad de acortamiento antes de que la tensión de las fibras caigan por debajo del adecuado nivel de presión intraventricular.

Material y método. Se estudiaron 30 enfermos coronarios cuyo ventriculograma objetivo era satisfactorio, con fracción de eyección $> 0,70$ y presión de fin de diástole < 15 . Se calcularon la VAC_t y la VAC_r a partir de las magnitudes, longitud y área de la silueta del ventriculograma izquierdo, del tiempo de los períodos eyectivos total y rápido, aplicándose el modelo del elipsoide de revolución para la cavidad ventricular. Se obtuvo el cociente VAC_r/VAC_t, de acortamiento circunferencial relativo, total y rápido (VAC_r y VAC_t) y los radios internos ventriculares izquierdos de fin de diástole (Rfd), a fin de sístole (Rfs) y en el tercio inicial de la misma (Rr).

Resultados: La determinación del cociente VAC_r/VAC_t ha detectado alteraciones de la dinámica ventricular en pacientes aparentemente sin perturbación funcional. Del total, un 56 % presentó dos o más vasos comprometidos, con lesión predominante de la arteria descendente anterior.

En este grupo, se obtuvo un valor promedio de 0,78 ($S_x : 0,05$) para el cociente VAC_r/VAC_t. El promedio para el grupo formado por el resto de los pacientes estudiados fue de 1,38 ($S_x : 0,14$). La diferencia entre ambos promedios resultó ser altamente significativo ($\alpha < 0,001$).

Conclusión: El coeficiente VAC_r/VAC_t representa un parámetro que permitiría hallar perturbaciones funcionales del ventrículo izquierdo no detectables por los métodos que consideran solamente la sístole terminal.

Comentador: Dr. Marcelo Ruda Vega.

3) AMBOS VASOS NACIENDO DEL VENTRICULO DERECHO CON "L" MAL POSICION Y ESTENOSIS PULMONAR. CORRECCION QUIRURGICA Y ULTERIOR TRATAMIENTO EXITOSO DE LA ENDOCARDITIS BACTERIANA

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital de Niños de Buenos Aires.

Dres. J. P. Laura, G. Kreutzer, A. Schlichter, R. Neirotti, G. Berr y E. Galíndez.

Esa malformación poco frecuente es corregible habiendo un solo caso publicado en la literatura mundial.

La endocarditis bacteriana en los pacientes con prótesis es una complicación grave y de difícil tratamiento.

Se presenta la reparación de esta malformación en un paciente de 13 años y el tratamiento médico-quirúrgico exitoso de la complicación infecciosa.

La operación consistió en la resección de un anillo fibromuscular subpulmonar y el cierre de la comunicación interventricular (CIV) con un parche de dacrón tunelizado al ventrículo izquierdo hacia la aorta. El resultado inmediato fue satisfactorio siendo dado de alta sin soplo y sin signos de insuficiencia cardíaca.

Cinco meses después se reinternó por insuficiencia cardíaca incontrolable con diagnóstico de CIV reabierto e insuficiencia tricúspide severa causada por una endocarditis bacteriana a estreptococo alfa hemofílico. Luego de 2 semanas de antibioticoterapia se reoperó.

En el acto operatorio se observó el parche desprendido en 2/3 de su circunferencia y cubierto de vegetaciones al igual que la valva posterior de la tricúspide. El músculo papilar del cono estaba desinsertado. Se reemplazó la prótesis, se resecó la valva posterior y se reinsertó el músculo papilar en el parche.

Luego de 5 semanas de tratamiento antibiótico evolucionó favorablemente.

La resección de la válvula tricúspide en una endocarditis bacteriana es un recurso quirúrgico interesante y no publicado hasta el presente en una cardiopatía congénita.

Comentador: Dr. Roberto C. Vedoya.

4) DETECCION DE TROMBOSIS VENOSAS CON FIBRINOGENO MARCADO CON I-131 EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. COMUNICACION PRELIMINAR

Servicio de Cardiología - Sección Medicina Nuclear- Policlínico Prof. Dr. Mariano R. Castex
Dres.: A. Smith Esquivel, L. Castelletti, V. Ríos, C. Baudino, J. G. Zuelgaray, D. Rotondaro,
R. A. Posse y J. C. Parodi.

En pacientes con Infarto Agudo de Miocardio antes de la movilización, se les efectuó detección de Trombosis Venosas en miembros superiores e inferiores con Fibrinógeno marcado con I-131. Esta investigación se inició en julio del corriente año.

En los dieciséis pacientes estudiados, tres fueron positivos y tres dudosos. En dos de los tres casos positivos, hubieron evidencias clínicas y centellográficas de Tromboembolismo pulmonar; en el resto de los pacientes no se presentaron complicaciones tromboembólicas. Las flebografías de miembros superiores corroboraron la presencia de trombosis en dos de los casos positivos y fue negativa en los dudosos.

Estos resultados sugieren la conveniencia de un estudio sistemático mediante esta técnica de todos los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio antes de su movilización.

Comentador: Dr. García del Río.

5) REFLEJO DE INMERSION

Cardiodinámica. Centro de Diagnóstico y Rehabilitación Cardiovascular.

Dres. H. Kunik, S. Guerchicoff, S. Drajer, A. Vázquez y C. Nijensohn.

Se ha sugerido que la muerte súbita puede ser una manifestación del primitivo reflejo de inmersión. La estimulación de la cara con agua fría desencadena un reflejo muy desarrollado en animales zambullidores y en menor grado en el hombre. Se estudiaron 113 individuos (85 hombres: Grupo I Coronarios confirmados, Grupo II Coronarios presuntivos, Grupo III Otras Patologías, Grupo IV Sanos. La prueba consistió en: a) Monitoreo previo de 8 min; b) Período de apnea; c) Inmersión en agua a 37°C; d) Inmersión en agua a 4°C. Se utilizó un monitor de ECG de 3 canales simultáneos con integrador digital de frecuencia cardíaca (FC) y segmento ST, y grabación en Holter.

Los resultados muestran que durante la apnea (n: 67) aumentó la FC en 32 (48%), no hubo cambios en 9 (13%), en los restantes 26 (39%) hubo decremento de 10,8 latidos/min. A 37°C se observó ascenso de FC, en 9 (13%), sin modificaciones en un caso y decremento en los 57 restantes (85%, promedio 16,1).

La inmersión en agua a 4°C produjo decremento de FC (20-22%) en 99 de los 112 exámenes (87%)

Arritmias de distinta naturaleza fueron observadas en el 15% de los estudios (Extrasístoles auriculares y ventriculares, ritmos unionales, taquicardia ventricular, latidos de fusión, bloqueo AV de alto grado, disociación AV, fenómeno de Wenckebach), no superponibles a los observados en ergometría.

La incidencia de arritmias fue de 20%, 16%, 17% y 4% para los grupos I a IV respectivamente.

Conclusiones: 1) La apnea o inmersión a 37°C no produce arritmias significativas. 2) la inmersión a 4°C produjo arritmias en el 15% de los estudios (20% en coronarios, 4% en sanos). 3) Las arritmias inducidas por inmersión no son superponibles a los de ergometría.

Comentador: Dr. Alberto C. Taquini.

6) ASPECTOS POCO CONSIDERADOS DE LA MIOCARDIOPATIA CHAGASICA CRONICA

Policlínico Ferroviario Central

Dres. H. Castagnino, J. Cicco y A. Thompson.

Se efectúa una breve revisión sobre aspectos clásicos de la Miocardiopatía Chagásica crónica, destacándose en especial una forma particular de presentación clínica de la enfermedad, los Aneurismas ventriculares chagásicos, que presentan como manifestación más conspicua: taquiarritmias ventriculares iterativas y a veces refractarias al tratamiento farmacológico y/o eléctrico clásico. Con miras a un diagnóstico precoz de las lesiones mencionadas, se realiza una división tentativa sobre formas de presentación clínica, destacándose la importancia de nuevos estudios, para el diagnóstico diferencial de las formas clínicas esbozadas en la clasificación.

Las teorías fisiopatológicas, acerca de la formación aneurismática ventricular en la enfermedad de Chagas, son descriptas, vinculando luego alguna de esas teorías, en especial la de la denervación simpática, a cierto tipo de cirugía posible. En este aspecto, la cirugía cardíaca con diversas técnicas, algunas no empleadas en esta forma especial de miocardiopatía, surge como una solución para ciertas formas particulares de la enfermedad.

Desde el punto de vista terapéutico clínico, la anticoagulación crónica es considerada para las dos formas principales de presentación clínica de la miocardiopatía chagásica.

Comentador: Dr. Miguel Sciégata.

7) RUPTURA ESPONTANEA DE VALVA EN UNA PROTESIS DE DURAMADRE

Signos fono-ecocardiográficos. Sanatorio Güemes

Dres. C. H. Alvarez, J. Cors, Hugo Londero, J. J. Boullon, C. A. Bruno, G. J. Ricci y J. Zahler.

En un paciente de 38 años portador de una prótesis de duramadre en posición mitral se ausculta, llamativamente, un clic protosistólico, variable y de mediana intensidad en el post-operatorio. En el curso de los diez meses siguientes presenta un soplo holosistólico que aumenta de intensidad en las consultas sucesivas apareciendo también 3er. ruido y rólido mesodiastólico. Al año se ausculta un intenso

soplo musical en área mitral, holosistólico, de configuración romboidal en el fonocardiograma que se propaga a todo el precordio. El ecograma de la mitral mostró vibraciones diastólicas muy nítidas, de alta frecuencia, correspondientes a una de las valvas de la prótesis, dato que se confirmó quirúrgicamente, comprobándose que la causa fue la ruptura de la misma. Es motivo de esta presentación señalar los signos esteto-acústicos y ecocardiográficos de una complicación poco frecuente de las prótesis de duramadre.

Comentador: Dr. Manuel Cuesta Silva.

8) INDICES DE PEEL E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Hospital Argerich y Sanatorio Güemes

Dres. R. Sarmiento, R. M. Villamayor, J. Kohn, M. A. Riccitelli y A. González

Han pasado varios años desde que se ha utilizado el primer índice pronóstico en la Unidad Coronaria (UC) para prever la evolución y mortalidad del paciente que presentaba Infarto Agudo de Miocardio (IAM). Es nuestro interés comparar el Índice de Peel Modificado por Lown (IPM), al ingreso y egreso del paciente en la UC. Analizamos 541 pacientes en un plan prospectivo de estudio en el cual un grupo de médicos destinados específicamente a tal fin levantó una planilla independiente de la Historia Clínica. Ambos índices se clasifican de acuerdo a un puntaje preestablecido de 1 a 8 puntos (P1), de 9 a 12 (P2), de 13 a 16 (P3) y de 17 a 28 (P4). En la primera parte comparamos el IP y el IPM (sobre 200 casos) no observando diferencias estadísticas significativas en la distribución ($p > 0,75$) y mortalidad ($p > 0,85$) de cada grupo de ambos Peel. Luego comparamos el IP de ingreso con el IPP (de permanencia) en 541 casos.

La distribución y mortalidad (en paréntesis) en el IP de ingreso fue: P1 234 (38 %), P2 203 (6,4 %), P3 73 (38,5 %), P4 31 (71,5 %); el estudio estadístico corroboró la diferente mortalidad entre los 4 grupos ($p \ll 0,0001$). A su vez en el IPP la distribución fue P1 159 (0 %), P2 162 (0,6 %), P3 139 (12,94 %), P4 81 (64,19 %), confirmando también la diferente evolución de los 4 grupos.

Concluimos: 1º El IP y el IPM no muestra diferencias significativas en la distribución y mortalidad de los pacientes; 2º El IP constituye un excelente índice pronóstico; 3º El diferente comportamiento del IP y el IPP demuestran que ambos poseen diferente aplicación, el primero sirve para el diagnóstico durante el período agudo, y el segundo es un excelente índice para el primer año de vida de la UC.

Comentador: Dr. Audino Cirio.

9) PRODROMOS E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Hospital Argerich y Sanatorio Güemes

Dres. G. Mon, J. C. Aubermañ, J. C. De Seta, D. Turri y A. Ramos.

Para relacionar las diferentes modalidades de angor y otros pródromos (PR) con la evolución del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) se efectuó el estudio prospectivo de 541 casos internados en Unidad Coronaria. Consideramos como PR el conjunto de síntomas de presumible origen cardiovascular que preceden a un IAM, sea que se presenten como nuevos o como empeoramiento de los ya existentes, entre las 24 hs. y los 3 meses previos al ataque definitivo, y los dividimos en pacientes con Angor (de acuerdo a nuestra clasificación de la Cardiopatía Isquémica), Disnea y varios (incluye palpitaciones, mareos, lipotimias, etc.). Sin PR se presentaron 167 casos, (31 %) con una mortalidad del 8,9 % y con PR 374 casos (69 %) con una mortalidad de 14,9 %.

La distribución y mortalidad (en paréntesis) de los pacientes con PR fue: 1º Angina de reciente comienzo: a) Con Infarto Previo 44 (0,09 %), b) con capacidad física conservada 96 (1,0 %), c) con capacidad física disminuída 58 (18,96 %). 2º Angina inestable: a) Angor Progresivo 78 (14,10 %), b) Síndrome Intermedio 39 (30,76 %); 3º Disnea 35 (45,71 %); 4º Varios 24 (4,16 %).

Se concluye: 1º Cada 3 casos de Infarto Agudo de Miocardio 2 presentaron PR; 2º La modalidad del Angor previo se relaciona con la mortalidad; 3º Se pueden separar grupos de PR de distinto riesgo

Comentador: Dr. Blas Moia.

10 NUEVO INDICE PRONOSTICO EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Hospital Argerich y Sanatorio Güemes

Dres. S. J. Dubner, C. A. Bertolasi, J. E. Trongé, M. I. Lugones y E. Martín.

El valor de los índices pronósticos para el seguimiento del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) en la Unidad Coronaria (UC) han demostrado ser de gran utilidad. El análisis del índice de Peel y los pródromos por separado constituyen un ejemplo de lo dicho. Nuestra intención es sensibilizar el Índice de Peel por medio de los Pródromos. Para ello en base a un plan prospectivo de trabajo ya explicado analizamos los pródromos y observamos que existen 3 grupos con comportamiento definido. El 1º grupo (A) constituido por Angina de reciente comienzo con IAM previo y con capacidad física conservada. Varios y sin Pródromos, que tenían una mortalidad global del 6 % con una variabilidad del 3,4 % al 8,6 %; el grupo (B) constituido por Angor Progresivo y Angina de Reciente comienzo con capacidad física disminuída, con una mortalidad del 16,2 % con una variabilidad del 9,9 % al 22,9 %; y el grupo (C) constituido por Síndrome Intermedio y Disnea con una mortalidad del 37,8 % con una variabilidad del 26,9 % al 49 %. A su vez la aplicación de los Pródromos a los diferentes tipos de Peel mostró una diferenciación entre ellos para P1 (Mortalidad que varía del 0,6 % al 26 %, $p \ll 0,0005$) y P2 X Mortalidad que varía del 2,3 % al 22,8 % $p < 0,001$), mientras que para P3 y P4 no se observaron diferencias importantes.

En conclusión, consideramos que la aplicación de los Pródromos al Índice de Peel nos permite contar con un nuevo Índice Pronóstico para evaluar la evolución de los pacientes con IAM en el momento de su internación en la UC.

Comentador: Dr. Luis A. Girotti.

11) DIABETES Y CARDIOPATIA CORONARIA HEREDO-FAMILIAR

25 de Mayo (Pcia. de Buenos Aires)

Dr. M. A. Estanga.

La asociación de diabetes mellitus y cardiopatía coronario se da con significativa frecuencia. Se admite, en general, que no existe un factor hereditario dominante sino una concatenación de causas de las cuales una sería dominante.

Se presenta un grupo familiar de 12 hermanos, de los cuales 11 padecen cardiopatía isquémica después de los 50 años. De estos últimos 6 tuvieron infarto miocárdico único o múltiple. En todos ellos existió diabetes concomitante. Además, en 3 se diagnosticó un bloqueo de rama derecha y bloqueo de rama izquierda en otro. Existió antecedente de diabetes en el padre, mientras que la madre y cuatro tíos maternos padecieron cardiopatía isquémica.

Se concluye que, si bien la enfermedad coronaria parece más relacionada con una alteración estructural y/o enzimática de las arterias coronarias vinculadas genéticamente a la vía materna, la diabetes acentuó la severidad de las lesiones coronarias en los casos en que estuvo asociada.

Comentador: Dr. Alberto Taiano.

12) CORRECCION ANATOMICA DE LA TRANSPOSICION COMPLETA DE LOS GRANDES VASOS

Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital de Niños de Buenos Aires

Dres. J. P. Laura, R. Neirotti, A. Rodríguez Coronel, E. Galíndez y G. Kreutzer.

La corrección anatómica de la transposición completa de los grandes vasos (TCGV) con comunicación interventricular e hipertensión pulmonar (técnica de A. Jatene) fue realizada en dos lactantes. Ambos pacientes fueron operados con hipotermia profunda y paro circulatorio total.

La reparación de la malformación fue realizada mediante la reinserción de las arterias coronarias y la transacción y entrecruzamiento de los grandes vasos de tal modo que la aorta emerja del ventrículo izquierdo y la arteria pulmonar del derecho. En el primer paciente el resultado fue satisfactorio. El estudio hemodinámico y angiográfico postoperatorio demostró la ausencia de gradientes en ambos tractos de salida, la disposición normal de los grandes vasos, la comunicación interventricular cerrada y el descenso de las presiones en las cavidades derechas. El segundo paciente falleció en la sala de operaciones probablemente debido a una compresión o acodadura de la coronaria izquierda.

La corrección arterial de la TCGV constituye un procedimiento ideal desde el punto de vista anatómico y funcional; evita además las frecuentes complicaciones que suelen presentar las transposiciones reparadas con la técnica de inversión intraauricular (Mustard).

Comentador: Dr. Mariano Ithuralde.

13) ESTUDIO CLINICO, HEMODINAMICO Y ANATOMOPATOLOGICO DE UN RABDOMIOSARCOMA DE VENTRICULO DERECHO

Dres. D. Turri, M. Riccitelli, A. Monserrat, J. Fabrikant, G. Mon y C. Parisi.

Los tumores cardíacos constituyen cuadros proteiformes, derivando sus manifestaciones según sean intracardíacos, murales o afecten al pericardio, y de las combinaciones de ellos. Los tumores intracavitarios se revelan con signos obstructivos propios de la cavidad que afectan. De 31 rabdomiosarcomas que investigamos en la literatura en general afectaban una o ambas aurículas. El caso que presentamos fue remitido con diagnóstico de ductus hipertensivo en un paciente de 29 años, que en aparente estado de salud 2 meses antes había comenzado con disnea de esfuerzo y cianosis. En el momento del examen, cuadro de severa insuficiencia cardiocirculatoria, cianosis, disnea de reposo y facies abotagada; soplo sistólico eyectivo y protodiastólico en F.P., 2º R único en el ECG BRD y HVD. No hubo respuesta al tratamiento médico, efectuándose estudio hemodinámico de urgencia a los 2 días de ingresar; se comprobó casi la totalidad de la cavidad ventricular derecha ocupada por un tumor que avanzaba hacia el tracto de salida hasta las valvas pulmonares, comportándose en el registro de presiones como una estenosis subvalvular pulmonar y en el cateterismo izquierdo como una estenosis subaórtica dado el compromiso del septum a ese nivel. Fue intervenido al día siguiente extirpándose un gran tumor de las características antedichas, de 11 cm. de largo que en los exámenes anatomopatológicos se diagnosticó como rabdomiosarcoma, efectuándose microscopía electrónica.

Se destaca la rareza del cuadro y lo infrecuente de esta localización (de 31 casos revisados la ubicación era una o ambas aurículas en general), y la presentación proteiforme (clínicamente confundido con una cardiopatía congénita y en el registro de presiones comportándose como una estenosis subvalvular biventricular).

Comentador: Dr. Alberto Rodríguez Coronel.

14) COMPARACIONES DE LA VELOCIDAD DE ACORTAMIENTO CIRCUNFERENCIAL DE FRACCION DE EYECCION EN LA SISTOLE PRECOZ

Hospital Militar Central - Hemodinamia.

Dres. G. Agostinelli, E. Bereziuk, C. Mauvecin, E. Tenreiro y J. d'Oliveira.

Introducción: Diversos son los métodos que habitualmente se utilizan para el estudio de la función de

ventrículo izquierdo. Dentro de ellos hemos determinado dos cocientes que surgen del análisis de la sístole precoz o período de vaciamiento rápido del miocardio, con la finalidad de detectar disfunciones no siempre demostradas por métodos que estudian la sístole total.

Material y método: En un total de 30 enfermos coronarios con ventriculograma objetivo satisfactorio, fracción de eyección $> 0,70$ y presión de fin de diástole < 15 , se calculó el cociente entre las velocidades de acortamiento circunferencial rápido y total, así como entre fracción de eyección rápida y total efectuándose la correlación entre ambos cocientes.

Resultados: Como era de esperar, en razón de que los dos índices reflejan el comportamiento muscular dentro de la misma fase de eyección ventricular, se observó una buena correlación entre ellos, con un coeficiente r de 0,961 ($\alpha < 0,001$). Se verificó además una diferencia altamente significativa ($\alpha < 0,001$) entre los valores de ambos índices, entre dos grupos de pacientes con diferente magnitud de lesión anatómica arterial.

Conclusión: Ambos cocientes representan lo mismo y determinan con un similar grado de confiabilidad alteraciones de la dinámica ventricular en pacientes aparentemente sin disfunción, siendo de ellos el F_{er}/F_{et} de determinación más simple.

Comentador: Dr. Ladislao Iraola.

15) TRASTORNOS DE LA CONDUCCION EN LAS VALVULOPATIAS AORTICAS: CORRELACION CON EL DIAGNOSTICO ANATOMICO, ETIOLOGIA, EDAD, SEXO Y SINTOMAS

Instituto de Cardiología, Fundación Pombo, Bs. As.

Dres. M. Ravera, E. Marcó, C. Alvarez, E. Segura y J. Albertain.

Debido a la frecuencia elevada de los trastornos de conducción (TC) en las valvulopatías aórticas, se estudiaron retrospectivamente 101 pacientes (pac.) que fueron operados; edad entre 16 y 75 años (media 44). 80 eran varones y 21 mujeres. Las valvulopatías se agruparon en: Insuficiencia Aórtica (IA), Estenosis Aórtica (EA) y Enfermedad Aórtica (Enf. Ao). Los TC se dividieron en 3 grupos: Grupo I (Bloqueos AV), Grupo II (BCRD, BCRI y Hemibloqueos) y Grupo III (Bloqueos combinados). De 50 pac. con IA, 10 tenían TC (20 %); de 22 EA 5 con TC (23 %) y de 29 con Enf. Ao. 8 con TC (28 %). Total 23 pac. con TC (23 %). De los varones tenían TC 21 (26 %), de las mujeres, 2 con TC (10 %). La incidencia de TC fue mayor en los pac. de más de 41 años. De 69 pac. con incapacidad grado II o III por disnea, 14 tenían TC (20 %), con incapacidad grado IV, tenían TC 8 par. (31 %); con angor, 50 pac. tenían TC 12 (24 %); con mareos o síncope, 38 pac. 5 tenían TC (15 %). De 37 pac. con valvulopatía congénita, 10 tenían TC (37 %); con Fiebre Reumática había 29 pac. 5 con TC (17 %); con endocarditis infecciosa había 19 pac. 3 con TC (16 %), de causa desconocida u otra, 16 pac. 5 con TC (31 %) Se observó un alto porcentaje de TC en las valvulopatías aórticas (23 %), con predominio de la EA. Los tipos de TC más frecuentemente encontrados fueron del Grupo II (79 %), especialmente el HBAI (39 %). LOS TC del Grupo I se encontraron solamente en los EA. En la IA No se encontraron TC del Grupo II. Los TC fueron más frecuentes en los hombres, que en las mujeres; y en pacientes de más de 40 años. Los TC fueron más frecuentes en los pac. más incapacitados por disnea (Grado IV), (31 %) y menos en los que presentaron mareos o síncope (15 %). El mayor porcentaje de TC lo tenía la valvulopatía de etiología desconocida (31 %), siguiéndolo las valvulopatías congénitas (27 %).

Comentador: Dr. Rubén A. Pose.

16) TRASTORNOS DE LA CONDUCCION EN LAS VALVULOPATIAS AORTICAS: CORRELACION CON CALCIFICACIONES Y HEMODINAMIA

Instituto de Cardiología, Fundación Pombo, Buenos Aires.

Dres. M. Ravera, E. Marcó, R. Cayré, C. Alvarez, E. Segura y J. Albertain.

Debido a la frecuencia elevada de los trastornos de conducción (TC) en las valvulopatías aórticas, se estudiaron retrospectivamente 101 pacientes (pac.) operados; edad entre 16 y 75 años (media 44). 80 varones y 21 mujeres. Las valvulopatías eran: Insuficiencia Aórtica (IA) 50 pac., Estenosis Aórtica (EA) 22 pac., Enfermedad Aórtica (Enf. Ao.) 29 pac. Los TC se dividieron en tres grupos: Grupo I (Bloqueo A-V), Grupo II (BCRD, BCRI, Hemibloqueo), Grupo III (Bloqueos combinados). De 39 pacientes con IA, sin calcio, 8 tenían TC (21 %), todos eran del Grupo II; 11 pacientes con IA y calcio tenían TC 2 (18 %) y pertenecían al Grupo II. De 4 pac. con EA sin calcio ninguno tenía TC y de 18 EA con calcio 5 tenían TC (28 %), 2 eran del Grupo I (40 %) y 3 del Grupo II (60 %). Había una Enf. Ao. no calcificada sin TC y de 28 Enf. Ao. con calcio, 8 tenían TC (29 %) siendo 5 del Grupo II (62 %) y 3 del Grupo III (38 %). Total 44 pacientes sin calcio, 8 con TC (18 %) y 57 pacientes con calcio 15 con TC (26 %). De 65 pac. que tenían estudio hemodinámico, había 33 pacientes con presión telediastólica ventricular izquierda (PTDVI) menor de 20 mm de Hg, 5 con TC (15 %); de 32 pacientes con PTDVI superior a 20 mm de Hg 15 tenían TC (47 %). Con gradiente transvalvular aórtico (GT) menor de 50 mm de Hg había 3 pac. sin TC, con GT entre 51 y 79 mm de Hg 9 pac., 1 con TC (11 %) con GT mayor de 80 mm de Hg había 18 pac., 7 con TC (39 %). No tuvo relación la presencia o no de calcificaciones con la TC de IA (18 % y 21 % respectivamente). Todos los TC en los EA y Enf. Ao. se presentaron en válvulas calcificadas. Neto predominio de los TC en pac. con PTDVI mayor de 20 mm de Hg. y pac. con GT mayor de 80 mm de Hg.

Comentador: Dr. Gianni Corrado.

17) XENOINJERTOS VALVULARES EN CORAZON IZQUIERDO. AUSCULTACION Y FONOCARDIOGRAFIA

Servicio de Cardiología. Sección Fonomecanocardiografía. Hospital Italiano

Dres. C. A. Sinclair, G. E. Calviño y N. P. Attanasio.

Con motivo de la implantación en corazón izquierdo, de un nuevo tipo de prótesis biológica como es

la válvula aórtica de porcino, proporcionamos los datos auscultatorios y fonocardiográficos hallados.

De 72 válvulas biológicas implantadas en posición mitral y/o aórtica se seleccionaron para este estudio 40 pts. intervenidos en nuestro servicio de Cirugía Cardiovascular, desde julio de 1975 a agosto de 1976.

Los registros fueron obtenidos con un Polibeen Samborn de 4 canales con registro fotográfico y realizados con intervalo de 10 días a 9 meses de la cirugía. Se distribuyeron así: Grupo A: Reemplazo valvular mitral (RVM) 27 pts. Grupo B: Reemplazo valvular aórtico (RVA): 12 pts. Grupo C: Doble reemplazo: 1 pt.

Resultados: Grupo A: 1º R. compuesto con un doble tren de ondas: 90 % de los casos. 2º R. desdoblamiento normal 95 %, P2 mayor o igual a A2 en 25 %. Chasquido de apertura presente en 25 % con distancia A2-Chasq. mayor a 0,12". Se registraron s plo sistólico grado 1 a 2 clasif. de Levine en el 40 %. Períodos: pre-expulsivo 112 ms. expulsivo V.I. 243 ms, convencional 90 % norm. y dismin. 10 %. Grupo B: No se registró ruido de apertura protésico. El ruido de cierre fue de intensidad semejante al 2º R. aórtico normal en 77 % y aumentado en un 22 %. En todos se registraron soplo sistólico eyectivo grado 1 a 3 de la clasif. de Levine. Períodos: pre-expulsivo 119 ms. expulsivo V.I. 303 ms., convencional 78 %, normal y disminuído un 22 %. El carotídeograma en un 66 % presentó morfología normal. Grupo C: Reemplazo mitro-aórtico, en el cual la válvula mitral originaba una auscultación normal y la aórtica un ligero soplo sistólico.

Se concluye: 1) Que la prótesis mitral origina auscultación de estenosis o insuficiencia mitral leve en la mitad de los casos, sin repercusión hemodinámica en la actualidad. 2) Las bio-prótesis en posición aórtica no presentan ruido de apertura y quedan con soplo sistólico de leve intensidad residual.

Comentador: Dr. Dante Martinucci.

18) COMUNICACION INTERVENTRICULAR PORTINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. I: PARAMETROS CLINICO HEMODINAMICOS DE 23 PACIENTES

Hospital C. Argerich y Sanatorio Güemes

Dres. S. E. Schabelman, H. Gómez Llambí, C. Gadda, H. Londero y J. C. Woroszylo.

Se analizan 23 pacientes portadores de Infarto Agudo de Miocardio (IAM), internados en Unidad Coronaria, que desarrollaron Comunicación Interventricular (CIV), a fin de correlacionar hallazgos clínico-hemodinámicos. En todos los casos el diagnóstico fue confirmado por curva de Hidrógeno. En 10 pacientes se realizó cateterismo derecho y en 13, cineangiocoronariografía, y en 5, estudio necrópsico. Además se complementaron los estudios con fonomecánico y ecoardiografía. Resultados: 1 - ANTECEDENTES PERSONALES: a) Edad: predominó en las 5ª y 6ª décadas de la vida (35 y 56 % respec.); b) Sexo: 16 varones (70 %) y 7 mujeres (30 %); c) Diabetes en 20,5 %; d) Hipertensión arterial en 30 %; e) Infarto previo en ningún caso; f) Sintomatología coronaria previa no existía en 15 pacientes (65 %). 2 - CLINICA: a) Localización del IAM: cara anterior 40 %; diafragmática 40 %; y mixta en 20 %; b) Día de aparición de la CIV: primeros 5 días: 12 pac. (52 %); entre el 6º y 10º día: 6 pac. (26 %), y después del día 10: 5 pac. (22 %); c) Arritmias y trastornos de conducción en 67 % de los pacientes. 3 - CATETERISMO DERECHO en 10 pacientes: Presión Capilar promedio: 20,4 mm Hg. y media de Arteria Pulmonar entre 20 y 30 mm en la mitad, y en el resto entre 30 y 40 mm Hg. 4 - CINEANGIOCORONARIOGRAFIA en 13 pacientes: se encontró lesión única de Descendente Anterior en 5 pac. (38 %), y de Derecha en 3 pac. (24 %). Sólo 5 pac. (38 %) tuvieron lesiones de ambos vasos. CONCLUSIONES: De estos datos, es importante remarcar: I - La baja incidencia de antecedentes coronarios y la ausencia de infarto previo. II - La necrosis diafragmática aislada puede complicarse con CIV. III - La elevada incidencia de arritmias, en particular de trastornos de conducción. IV - En los pacientes estudiados angiográficamente, 62 % mostraron lesión de un solo vaso.

Comentador: Dr. Horacio Di Nunzio.

19) COMUNICACION INTERVENTRICULAR PORTINFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. II: TRATAMIENTO Y EVOLUCION DE 23 PACIENTES

Hospital C. Argerich y Sanatorio Güemes

Dres. J. J. Blugermann, E. Weinschelbaum, C. Parisi, R. Sakumoto y Caramutti.

Se analizan los resultados del tratamiento médico y quirúrgico de 23 pac. con Comunicación Interventricular (CIV) post Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

T. Médico: Fue orientado a disminuir el volumen del cortocircuito mediante: a) Disminución de las resistencias arteriales periféricas con vasodilatadores; b) Aumentar las resistencias pulmonares con la colocación de balones en las arterias pulmonares (3 pac.); c) Mejorar la función ventricular izquierda mediante drogas y/o contrapulsación aórtica (en 3 casos). Todas estas medidas fueron paliativos, ya que los 11 pac. que recibieron tratamiento médico exclusivamente fallecieron todos (100 %), en el período agudo o subagudo. Este grupo no es comparable con aquellos pacientes que pudieron ser intervenidos, ya que existió una selección natural hasta cirugía, entre otros parámetros.

T. Quirúrgico: 12 pacientes. a) 6 fallecieron en el acto operatorio o postcirugía inmediato (50 %); b) Los otros 6 pac. viven con un seguimiento promedio de 20 meses (6-40 meses). En todos los casos se efectuó cierre de la CIV con parche y en la mayoría reconstrucción del Ventrículo Izquierdo. Se efectuaron 2 puentes a la Descendente Anterior. No se encontraron diferencias significativas entre los datos hemodinámicos y angiográficos de los distintos grupos, ni tampoco en la localización y extensión del infarto, ni en la variedad y/o severidad de las arritmias presentadas. El tamaño y localización del defecto septal estimado en hemodinamia, cirugía o necropsia mostró distribución semejante en ambos grupos. Los pacien-

tes que sobrevivieron a la cirugía fueron operados todos luego del día 17 del IAM, aunque no se lograron resultados positivos en todos los pac. operados luego de esa fecha.

Conclusión: El tratamiento médico o mecánico hasta la tercera semana sería el procedimiento ideal para lograr un mejor éxito en la corrección quirúrgica de esta complicación del infarto agudo de miocardio.

Comentador: Dr. Armando Roncoroni.

20) DIAGNOSTICO FONOMECANO Y ECOCARDIOGRAFICO DE LA INSUFICIENCIA AORTICA AGUDA GRAVE

Hosp. de Clínicas Gral. San Martín.

Dres. A. F. Torino, M. Cuesta Silva, P. Boskis y A. M. A. Perosio.

El objeto del presente trabajo es describir el cuadro fonomecano y ecocardiográfico de pacientes portadores de insuficiencia Aórtica Aguda Grave. Se estudian cuatro pacientes: en tres casos producida por Endocarditis Bacteriana y en uno con dislocación de la válvula por aneurisma del seno de Valsalva.

Hallazgos fonomecanocardiográficos: Primer ruido ausente, segundo ruido con componente aórtico intenso, tercer ruido protodiastólico, ruido de cierre precoz de la mitral (pudiendo sumarse al tercero dando galope). Soplo sistólico de hiperflujo, soplo diastólico de regurgitación arterial, pulso carotídeo de insuficiencia aórtica, choque de la punta de hipertrofia ventricular izquierda, hiperdinámico, con sobresalto protodiastólico muy marcado.

Hallazgos Ecocardiográficos: Dilatación ventricular izquierda con buena movilidad parietal, cierre mesodiastólico de la válvula mitral sin reapertura auricular, con presencia o no de temblor fino. En un paciente nube de ecos en el tracto de salida del ventrículo izquierdo. El cuadro descrito constituye una emergencia quirúrgica que por su gravedad y su seguridad diagnóstica puede operarse sin estudio hemodinámico previo.

Comentador: Dr. Carlos M. Krasnov.

21) ACCION DE LA XILOCAINA Y AJMALINA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE CONDUCCION INTRA-VENTRICULAR

Servicio de Cardiología del Hospital Israelita

Dres. E. Vasta, J. Rey, J. Neuman, R. Pesce, S. Drajer y E. Valero.

Se estudiaron 24 pacientes que presentaban diferentes trastornos de conducción intraventricular y que fueron remitidos por referir mareos y/o episodios sincopales. Se efectuaron maniobras bradi y taquicardizantes y posteriormente se realizó el registro de la actividad del sistema de conducción, estimulación auricular aislada acoplada y continua de la aurícula derecha hasta obtener fenómenos de Wenckebach nodales. En todos los casos se administró Atropina, en 19 Xilocaína y en 11 Ajmalina endovenosa, registrándose nuevamente la estimulación auricular luego de cada droga. La Xilocaína aumentó la frecuencia cardíaca en el 79 % de los casos. El intervalo AH no varió en el 70 % y el HV se prolongó en el 40 % haciéndolo en igual medida ya fuera el HV basal normal o prolongado. El QRS se prolongó levemente en el 27 % de los casos. Un paciente con bloqueo de rama derecha y Mobitz II en la rama izquierda desarrolló paro ventricular. La Ajmalina aumentó la frecuencia cardíaca en el 50 % de los casos. Sobre el intervalo AH la acción fue variable, mientras que el intervalo HV se prolongó en el 80 %, haciéndolo en mayor medida cuando dicho intervalo se encontraba prolongado en condiciones basales. En el 67 % de los casos aumentó la duración del QRS. Un paciente presentó ritmo hisiano, otro un fenómeno de Wenckebach en la rama derecha y otro con un bloqueo completo de rama izquierda y Mobitz II en la rama derecha desarrolló un paro ventricular.

La Ajmalina mostró ser de mayor utilidad que la Xilocaína para evidenciar trastornos de conducción en la rama aparentemente indemne.

Comentador: Dr. Norberto Pisani.

22) PUNCION PERCUTANEA DE VENA SUBCLAVIA, PARA COLOCACION DE ELECTRODO CATETER TRANSITORIO

Policlínico Ferroviario Central

Dres. E. Porterie, A. Thompson y H. Castagnino

La utilización de la punción de vena subclavia, para la colocación de catéter electrodo transitorio, constituye un procedimiento útil y de fácil realización especialmente en los casos de urgencia.

El método fue utilizado en 25 pacientes internados en Unidad Coronaria, realizándose con las precauciones del caso al lado de la cama del enfermo y sin necesidad de utilizar necesariamente radioscopia.

La parte instrumental está constituida por un trocar adecuado al efecto, practicándose la punción percutánea a través de la fosilla de Mahrenheim (Punto infravicular generalmente equidistante entre articulación acromio y externo clavicular. La rapidez de abordaje, la menor distancia recorrida por el electrodo y la fácil maniobrabilidad, la preservación de otras vías (aún de la misma subclavia, la posibilidad de prolongada estadía del catéter in situ y el escaso material quirúrgico necesario, constituyen las principales ventajas de esta técnica, destacándose la ausencia de complicaciones (especialmente flebopatías) y eventual utilización de esta vía en reiteradas oportunidades.

Comentador: Dr. Juan Demonte.

23) CLINICA, ELECTROCARDIOGRAFIA Y HEMODINAMIA EN UN CASO DE ESPASMO CORONARIO PROVOCADO

Servicio de Cardiología. Hospital Municipal Cosme Argerich

Dres. R. Bienaimé, A. Ramos, L. Grinfeld, M. A. Riccitelli y C. A. Bertolasi.

Se presenta un paciente portador de una angina de Prinzmetal que durante la crisis de angor espon-

táneo presentaba supradesnivel del segmento ST-T en cara diafragmática con aparición de BAVC. En su ECG de ingreso comprobóse RS y HBA. Durante su evolución presenta bloqueo de Rama Derecha, Hemibloqueo posterior, Bloqueo de Rama izquierda y coincidiendo con las crisis anginosas BAVC. Se efectuó estudio del electrograma del Haz de His pudiendo reproducirse la aparición de angor y supradesnivel con la administración de ergonovina, comprobándose entonces distintos grados de trastornos de la conducción (alargamiento del AH, HV, bloqueo 2:1 supra e infra hisiano, Wenckebach de latidos alternos, BAVC). Durante el estudio cineangiográfico se efectuó registro ECG continuo y simultáneo, y mediante el test con Ergonovina se logró reproducir lo anteriormente señalado, comprobándose así la correlación entre dichos trastornos y la aparición de espasmo coronario en la Arteria Coronaria Derecha en prácticamente todo su trayecto. Merced al registro pudo observarse como desde el comienzo de la acción de la Ergonovina (10 minutos) progresivamente va desapareciendo la morfología de HBA, se ensancha el QRS, se eleva el ST-T en la cara diafragmática y se desvía el eje a la derecha. Asimismo se constató la aparición de: Bloqueo A-V de 1º, 2º y 3º grado. La administración posterior de Isosorbide permitió observar la regresión de estos trastornos a la situación basal y la correspondiente desaparición del espasmo.

Comentador: Dr. Roberto Macchi.

24) TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL TRONCO ARTERIOSO CON HIPOTERMIA PROFUNDA

Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital de Niños de Buenos Aires

Dres. A. Schlichter, E. Galíndez, R. Neirotti, G. Berri y G. Kreutzer.

El resultado de la cirugía del tronco arterioso está directamente ligado a la magnitud de la enfermedad vascular pulmonar de los pacientes a tratar. Esto unido a la altísima mortalidad espontánea en el primer año de vida, ha hecho encarar su tratamiento corrector lo más precozmente posible. El material a presentar consta de 5 pacientes, con un promedio de 15 meses de edad, los cuales fueron operados con el auxilio de la hipotermia profunda. La evolución fue favorable en tres de ellos, falleciendo dos en el postoperatorio inmediato. Uno de los fallecidos mostró en examen anatomopatológico una variedad, caracterizada por una hipoplasia del ventrículo derecho, que seguramente fue factor determinante del fallecimiento en bajo volumen minuto luego de la corrección quirúrgica. En esta serie se utilizaron homoinjertos para restablecer la continuidad del tracto de salida ventricular derecho. Este resultado con una sobrevivencia del 60 % se compara favorablemente con la posibilidad de cirugía paliativa (cerclaje de arteria pulmonar) o con la evolución espontánea y tratamiento médico, lo cual hace encarar esta grave patología más precozmente y con mayor probabilidad de éxito.

Comentador: Dr. Carlos Seara.

25) ESTUDIO DE LA FUNCION VENTRICULAR IZQUIERDA MEDIANTE EL CINEVENTRICULOGRAMA EN EL SINDROME INTERMEDIO, LA ANGINA PROGRESIVA Y EL ANGOR ESTABLE SIN INFARTO PREVIO

Dpto. Cardiopulmonar. Fundación Güemes

Dres. E. Picabea, H. Londero, C. E. Gadda, M. Ruda Vega y L. M. de la Fuente.

El Síndrome Intermedio (SI) y la Angina Progresiva (AP) se consideran clínicamente dentro del grupo de la Angina de Pecho Inestable. La apreciación subjetiva de la contracción del ventrículo izquierdo en el cineventriculograma y la Fracción de Eyección (FE), no establecen diferencias entre la función ventricular izquierda (FVI) entre estos dos cuadros y la Angina de Pecho Estable (AE) = (R : FE 0,70 \pm 0,07 — SI : 0,69 \pm 0,08 P > 0,30 — AP : 0,72 \pm 0,04 P > 0,15).

Desde que las características clínicas y evolutivas de estos cuadros parecen ser diferentes, tratamos de establecer si mediante índices más sensibles podíamos detectar signos indirectos de isquemia.

Comparamos un grupo de 18 pacientes con AE, 13 de SI y 17 de AP en los que se analizó la FVI en la 1ª mitad de la sístole, demostrando que el Porcentaje del Volumen Sistólico eyectado en la 1ª mitad de la sístole (%Ey1ºM) muestra una depresión estadísticamente significativa en la AP y SI en relación a la AE y normales (%Ey1ºMAE: 38,8 \pm 6 — SI : 50 \pm 10 P < 0,0025 — AP : 53 \pm 9 P < 0,0125). La AE tiene valores semejantes a lo normal (61 \pm 7) y a otros cuadros no evolutivos (Angina de Reciente Comienzo con Capacidad Físico Conservada: 58 \pm 9 e Infarto Crónico Asintomático: 58,6 \pm 11) lo que nos sugiere que las alteraciones de la contracción en la primera mitad de la sístole observados en el Angor Inestable son de origen isquémico.

Comentador: Dr. Héctor Mogilevsky.

26 FUNCION VENTRICULAR DERECHA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Servicio de Cardiología. Pol. Prof. Dr. Mariano R. Castex

Dres. A. Smith Esquivel, A. Lapuente, V. Ríos, D. Rotondaro, V. A. Sinisi, C. Baudino y R. A. Posse.

Se ha realizado el análisis de la curva de función del ventrículo derecho en treinta y un pacientes con Infarto Agudo de Miocardio para valorar el comportamiento del mismo ante la falta del ventrículo izquierdo y la existencia de necrosis aguda de dicha cavidad.

De este grupo, veintitrés fueron hombres y ocho mujeres, con una edad promedio de 53 años. El estudio se efectuó dentro de las primeras 72 horas del cuadro agudo, realizándose las mediciones hemodinámicas mediante la utilización de un catéter con balón inflable de cuatro vías (Swan-Ganz) y el volumen minuto por termo-dilución. Se compararon las curvas de función de ambos ventrículos. El 38 % tenía compromiso diafragmático y el 62 % compromiso de cara anterior de ventrículo izquierdo. De los treinta y un pacientes, el 58 % tenía curva de función Vi planas, el 35,6 % curva ascendente y el 6,4 % curva descendente; la curva de función del VD era normal o ascendente en el 45 % de los pacientes, el 51,6 % tenía

curvas de tipo hiperreactivo y en un paciente era de tipo descendente; este último, presentaba un infarto de VD en el estudio anatómico-patológico.

Se concluye que en el análisis de la curva de función VD, aquellos pacientes que tienen una curva descendente haría sospechar la presencia de un compromiso VD y que la mayoría de los casos tienen curvas de función normal o ascendente.

Comentador: Dr. Víctor Garber.

27) BIVENTRICULOGRAFIA EN LA EVALUACION DE PACIENTES CON ESTENOSIS SUBAORTICA DINAMICA

Hosp. de Clínicas "José de San Martín", Sec. Cardiología, Hemodinamia
Dres. F. Walker, J. D. Feroso, A. Fourcade, J. J. A. Cosentino y L. Yraola.

Con la colaboración técnica de A. Blanco.

Es propósito de este trabajo estudiar la morfología del septum interventricular, de la pared libre del ventrículo izquierdo y los volúmenes ventriculares en 6 pacientes con estenosis subaórtica dinámica (ESD) y su comparación con 2 normales y 2 portadores de valvulopatía aórtica. A todos se les hizo ventriculogramas izquierdos en OAD y biventriculografías en OAI.

El grosor medio normal del septum en sístole fue de 9,6 mm, en el grupo con hipertrofia ventricular, 17,8 mm y en la ESD 18,94 mm $ESx:2 p < 0,001$. La relación entre el tercio superior e inferior del septum era cercana a la unidad en los dos primeros grupos (1,14 y 0,9), mientras en la ESD : 0,74 $p < 0,001$. El valor medio de los volúmenes de fin de sístole en la ESD era 20,2 ml/m² y de los dos de fin de diástole 99,9 ml/m², con fracción de eyección 0,80. La hipertrofia de la pared posterolateral no fue uniforme en la ESD, y la relación septum-pared libre mayor a la unidad.

En los pacientes con ESD el septum interventricular tiene una configuración anormal, con pérdida del paralelismo normal de sus caras, que permite distinguirlos de los del grupo normal y con hipertrofia concéntrica. La pared ventricular está irregularmente engrosada, los volúmenes de fin de sístole y diástole dentro de valores mínimos normales y fracción de eyección aumentada, configurando las características de una miocardiopatía obstructiva y restrictiva.

Comentador: Dr. Carlos Garlando.

28) TRASTORNOS DE CONDUCCION INTRAVENTRICULARES EN LA PRUEBA ERGOMETRICA

Servicio de Cardiología, Hospital Italiano de Buenos Aires
Dres. C. A. Sinclair, J. Menna, J. C. Cassesra, E. R. Ferreiros, A. Fontao y C. Fiore.

Se analizaron los trastornos de conducción intraventriculares durante la prueba ergométrica sobre 12.000 estudios consecutivos, desde enero de 1970 a junio de 1976, encontrándose una incidencia global del 3,9 %. Así distribuidos: A) HBAI: 1,5 %. B) BRD: 1,2 %. C) BRI: 1 %. BRD : HBAI: 0,2 %.

En esta serie obtuvimos respuesta clínica de angor en 66,5 % de los casos, con neto predominio de los pacientes del grupo D y A. La respuesta isquémica electrocardiográfica fue indudable en los grupos A, B y D, con una incidencia del 60 %.

En caso del grupo C la respuesta fue considerada positiva cuando el BRI se acompañara de angor típico progresivo. Dicha positividad se refiere a la insuficiencia coronaria aguda no obligadamente debida a coronariopatía obstructiva y así lo demuestran nuestras correlaciones con estudios hemodinámicos en un lote de pacientes, distribuidos en: C-1: 3 pts. con coronariopatía obstructiva, 2 con lesión única de la DA y 1 con triple lesión; la PFDVI se encontraba aumentada en el 100 %. C-2: 5 pts. sin lesiones obstructivas, 3 con flujo normal e HVI severa y 2 con flujo lento e HVI leve; sólo el 20 % presentó PFDVI elevado.

Se concluye que: 1 - La PEG constituye un método adicional de estudio de los TC intraventriculares, dado que son "frecuentes dependientes" en su mayoría. 2 - Los grupos A y D se acompañan en alto grado de respuesta isquémica. 3 - De los casos del grupo C con estudio hemodinámico 37,5 % tenían coronariopatía obstructiva y 62,5 % sin lesiones, mostraron hipertrofia ventricular y/o flujo lento.

Comentador: Dr. Miguel Scattini.

29) TALORACION CINEANGIOGRAFICA DE LA PROGRESION DE LA ENFERMEDAD CORONARIA DESPUES DE LA CIRUGIA DE REVASCULARIZACION

Dep. Cardiopulmonar, Fund. Prof. Luis Güemes
Dres. C. E. Gadda Thompson, F. Isaacs, M. Ruda Vega, R. G. Favalaro y L. M. de la Fuente.

Se comparó la Cinecoronariografía pre y postoperatoria de 59 pacientes con un promedio de evolución desde la cirugía de 11 meses. 26 pacientes presentaban Angina de Pecho post-operatoria y en 33 dicha sintomatología estaba ausente. Sobre esta población se habían efectuado 101 "by-pass" con una incidencia de oclusiones (IO) del 15,94 %, - 83 fueron Puentes Venosos Aorto-Coronarios (IO: 15,6 %) y 18 Anastomosis Mamario-Coronarias IO: 16,6 %). Los 3 Implantes Mamario-Coronarios efectuados estaban conectados y permeables.

En los pacientes re-estudiados sin Angina de Pecho (AP) había una IO de 8,5 % mientras que en los pacientes con Angina de Pecho la IO fue de 26 %.

Se consideró progresión de la enfermedad a la aparición de nuevas lesiones, al aumento del porcentaje de las obstrucciones preexistentes y/o al empeoramiento difuso de los lechos distales. Se encontró progresión de la enfermedad en las arterias no revascularizadas en el 18 % de los enfermos sin Angina

de Pecho y en el 46 % de aquellos con sintomatología anginosa. Se observó progresión de la enfermedad en el lecho distal de las arterias revascularizadas en el 6,7 % de los pacientes sin Angina de Pecho y en el 20,8 % de aquellos que estaban sintomáticos. No se consideró progresión de la enfermedad por aterosclerosis a la oclusión total de los "by-pass", ya que ello puede ser debido a otros factores, como ser de índole técnica.

La incidencia de oclusiones totales de los by-pass efectuados en los 41 pacientes sin evidencias de progresión de la enfermedad en arterias no revascularizadas, fue del 10,1 % mientras que en los 18 pacientes donde se objetivó evolutividad de la misma, la incidencia de oclusiones fue del 28,1 %.

Se concluye que existe una relación significativa entre la progresión de la enfermedad coronaria en las arterias no revascularizadas, la incidencia de oclusiones de los "by-pass" y la persistencia de los síntomas.

Comentador: Dr. Kazumitsu, Shinji.