

Noticias

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

En la 3ª reunión científica del año realizada el jueves 29 de junio, a las 21 horas, en el Hospital Escuela José de San Martín (Aula de Radiología, P. B.), se consideró el siguiente Orden del Día:

1º Obstrucción del ventrículo derecho por "Red de Chiari".

Dres.: R. Ananía, A. Rodríguez Coronel, G. Berri, A. Gallo y A. González Parente.

Se presenta un caso que a los 2 días de edad se interna en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Municipal de Niños con severa cianosis e insuficiencia cardíaca derecha. El cuadro clínico, radiológico y electrocardiográfico correspondía al de una Atresia Pulmonar con septum interventricular intacto y Ductus arterioso pequeño permeable. El estudio hemodinámico presentó un cortocircuito de derecha a izquierda a nivel auricular a través de un Foramen oval distendido. El ventrículo derecho, pese a su buen tamaño, tenía presiones normales, no siendo posible cateteriza la arteria pulmonar. La angiografía en el ventrículo derecho mostró una marcada regurgitación tricuspídea y la ausencia de pasaje de sustancia a la arteria pulmonar. Antes de poder ser operado el paciente fallece, encontrándose en la autopsia que la obstrucción del ventrículo derecho era producida por una "Red de Chiari" que a la manera de un dedo de guante inflado, forraba por dentro al ventrículo derecho.

Hasta el presente sólo se han descripto obstrucciones de Vena Cava Inferior, de válvula tricuspídea causadas por "Red de Chiari". Se presenta este único caso por la importancia diagnóstica que implica esta entidad de fácil corrección.

2º Características oximétricas de las anomalías totales del retorno venoso pulmonar en seno coronario.

Dres.: R. Ananía, A. Rodríguez Coronel, M. Pedrini y A. González Parente.

La disposición anatómica del seno coronario en relación con la válvula tricuspídea hace suponer un flujo preferencial del cortocircuito de Izquierda a Derecha de las Anomalías Totales del Retorno Venoso en dicho lugar hacia el Ventrículo Derecho y la Arteria Pulmonar. Esto trae agregado una mejor saturación en Arteria Pulmonar que en Aorta, en cierto modo, semejante a lo que ocurre en las Transposiciones Completas de los Grandes Vasos con Septum intacto.

Se estudian 9 pacientes con Drenaje Total Anómalo de Venas Pulmonares en Seno Coronario (Grupo I) y 9 pacientes con Drenaje Pulmonar Anómalo Total en otros sitios, 8 en Vena Cava Superior y 1 en Aurícula Derecha (Grupo II). Todos los pacientes tenían un gran cortocircuito de Izquierda a

Derecha, habiéndose descartado aquellos con resistencias pulmonares aumentadas.

En el Grupo I el promedio de la saturación de O₂ en Arteria Pulmonar fue de 86,2 % y en las cavidades izquierdas (Ventrículo izquierdo y aorta) de 75,7 %.

En el Grupo II el promedio de las saturaciones fue de 85,9 % en Arteria Pulmonar y de 82,3 % en cavidades izquierdas.

Se concluye que la diferencia de saturación entre la Arteria Pulmonar y la Aorta es mayor en el primer grupo que en el segundo. Este hecho es un elemento de utilidad en el diagnóstico diferencial, de la localización del drenaje durante el cateterismo.

3º Síndrome de miocardiopericardial. I. Situación control de variables hemodinámicas.

Dres. J. A. Pascual, E. Otero y J. Rodríguez Giménez.

Se estudiaron 2 grupos de pacientes: Grupo I, (se compensa y sobrevive la internación hospitalaria) Grupo II (fallece durante la internación hospitalaria) entre 1 hora y 8 días después del estudio.

Tanto los 14 pacientes del grupo I, como los 12 del grupo II presentaron a su ingreso, cuando fueron estudiados, deterioro hemodinámico significativo, con la excepción de 1 paciente con infarto de miocardio agudo, que falleció.

Se midió: volumen minuto cardíaco (radiocardiograma frecuencia volumen sistólico, volemia, fracción volémica eyectada por minuto, presión venosa central, presiones arteriales, incluyendo media y de perfusión, conductividad sistemática, trabajo sistólico externo de ventrículo izquierdo, trabajo minuto externo de ventrículo izquierdo, volumen central izquierdo (precarga ventricular izquierda), coeficiente de eyección de ventrículo izquierdo (bomba).

Ninguna de las variables analizadas discriminó entre el grupo sobreviviente y el que falleció habiendo para todas ellas superposición absoluta de las cifras.

4º Nuevo método para cuantificar rutinariamente la función de bomba de ventrículo izquierdo y una propuesta para redefinir la insuficiencia cardíaca sobre la base de un espectro cuantitativo.

Dres.: J. A. Pascual, A. Mansilla, I. Méndez, J. Rodríguez Giménez y E. Otero.

Previamente (Pascual y col., 1971), la aplicación del concepto de recambio cinético en compartimiento hidrodinámicos en serie, nos permitió conocer que el volumen obtenido de la pendiente final radiocardiográfica, "Volumen Central Izquierdo", representa cuantitativamente la precarga del ventrículo izquierdo. La relación $(VS/VCI) \times 100$, coeficiente de eyección (CE), define cuantitativamente la función de bomba ventricular izquierda para el

particular momento homeostático en que se efectúa la medición. En 39 individuos normales y pacientes con cardiopatías, la repetibilidad en mediciones sucesivas el control fue excelente. En los normales el valor promedio fue 19 unidades. Las reducciones en cardiopatas se registraron con gran sensibilidad, aun en etapas completamente asintomáticas, con decrementos en los severamente descompensados que incluso llegaron al nivel de la unidad. El CE fue sensible para incrementos inotrópicos de digital, isoproterenol y dopamina y decrementos por bloqueo beta. Se estableció el déficit de la bomba izquierda en la evolución natural de afecciones miocárdicas y valvulares y la depresión aguda de infarto miocárdico sobre bomba previamente conocida. El incremento postquirúrgico en valvulares pudo ser también cuantificado.

La definición clásica de insuficiencia cardíaca es una teorización sin significado práctico ni ajuste a realidades hemodinámicas. Los 4 grados desconocen el amplísimo espectro funcional del ventrículo. Carece de valor para informar sobre evolución natural, pronóstico y proceso de decisiones. La sensibilidad del método propuesto define la gama del déficit ventricular como espectro cuantitativo, en situación preclínica, reconoce disociaciones entre congestión y bomba, racionaliza el pronóstico y las decisiones terapéuticas. Su simplicidad brinda oportunidad para estudios longitudinales. En la valoración final de cada paciente interviene el conocimiento de la mecánica muscular y la reserva miocárdica que son analizados por otros procedimientos complementarios vinculados con este método.

5º Acerca de un caso de shock cardiogénico tratado mediante contrapulsaciones con balón intraaórtico.

Dres.: A. Scandroglio, H. Doval, O. Bazzino, G. Elizalde y R. Oliveri.

Un paciente de 46 años, internado en la Unidad Coronaria del Hospital Italiano por un infarto anterior extenso, desarrolló un cuadro de shock cardiogénico con edema agudo de pulmón. Luego de 48 horas de tratamiento convencional y asistencia mecánica respiratoria se resolvió someterlo a contrapulsación con balón intraaórtico. Se describe la técnica, los estudios hemodinámicos y clínicos seriados y la evolución.

6c Riesgos e indicaciones de la arteriografía coronaria selectiva, nuestra experiencia.

Dres.: R. J. Macchi, H. O. Chianelli, J. Busso-
lini Bourdet, R. Rosental, R. Staguaro y O. Lhez.

Se analizaron las complicaciones observadas en un grupo de 250 pacientes sometidos a estudio arteriográfico coronario con la técnica de Sones, los que fueron divididos en dos grupos. El grupo A. comprendió los 125 primeros casos, y el grupo B. los 125 últimos. Se encontró una morbilidad total de 12,4 % (17,6 % en el grupo A. y 8,0 % en el grupo B). De acuerdo con su importancia, las complicaciones fueron consideradas como mayores (grupo A: 7,2 %, grupo B 2,4 %, total: 4,4 %) o menores (grupo A: 10,4 %, grupo B: 5,6 %, total 8,0 %). Dentro de las complicaciones mayores, la trombosis arterial local y la fibrilación ventricular fueron las más frecuentes. Como menores, se incluyeron tanto las complicaciones de esa importancia, dependientes de la arteriografía propiamente dicha, como las propias del cateterismo arterial retrógrado, comentándose la naturaleza de todas ellas.

Ciertos ajustes en la técnica, la mejoría en la tolerancia de las sustancias de contraste, y funda-

mentalmente la mayor experiencia adquirida con el correr del tiempo, explican los mejores resultados encontrados en los últimos pacientes y la disminución de las complicaciones.

Apoyados en la morbi-mortalidad hallada y a otras consideraciones, se señala y discute nuestra posición actual en la indicación del estudio arteriográfico coronario.

7º Distintos tipos de bloqueo AV analizados mediante el registro de potenciales del Haz de His.

Dres.: R. Rosental, C. Brener, D. Rigou, C. Krasnov y L. de Soldati.

En un grupo de pacientes que presentaban distintos grados de bloqueo de la conducción auriculo-ventricular se efectuó la técnica de registro de los potenciales del Haz de His propuestas por Scherlag y Damato a fin de determinar la localización de la demora de la propagación del estímulo.

Los hallazgos obtenidos fueron correlacionados con las medidas normales halladas para nuestro laboratorio de Electrocardiografía.

Es así como se analiza el bloqueo AV de 1er. Grado, las dos variantes del bloqueo AV de 2º Grado y el comportamiento del potencial de Haz de His que se observa en los dos tipos de Bloqueo AV de 3er. Grado en relación a la morfología del QRS.

8º Rabdomioma cardíaco

Dres.: C. A. Tolcahier, J. A. Traversaro, D. Hojman y R. Vedoya.

Se presenta un caso de rabdomioma cardíaco diagnosticado en la autopsia de un niño que fallece por insuficiencia cardíaca a las 23 horas del nacimiento.

Un ECG practicado a las 15 horas de vida mostraba bradicardia sinusal, crecimiento auricular derecha y hemibloqueo anterior.

En la necropsia, macroscópicamente se considera la posibilidad de rabdomioma con localización predominante en orejuela y aurícula derecha. El estudio histopatológico confirma el diagnóstico en dicha ubicación, aunque el cuadro clínico y electrocardiográfico sugieren que la lesión del miocardio es difusa.

Se hace una revisión bibliográfica de este infrecuente tipo de tumor, siendo de notar que hasta 1971 sólo hay referencias en la literatura de 114 casos. Se discuten las teorías etiopatogénicas que tratan de explicar su naturaleza entre las que lo consideran enfermedad del metabolismo hidrocarbonado y las que lo atribuyen a un defecto del desarrollo embrionario.

9º Estudio del punto de reflexión de la onda de presión.

Dres.: Aníbal Introzzi y Gloria D. de Introzzi.

Se efectuó registro de presión en nueve puntos de aorta e ilíacas de tres perros.

Las curvas obtenidas fueron sometidas a análisis de Fourier. El cálculo se llevó a cabo mediante una computadora digital. Se comprobó la amplificación progresiva de la 1ra. armónica a lo largo de la aorta y la existencia de nodos y vientres regularmente distribuidos en la 2ª, 3ª, 4ª y 5ª.

Se concluye que:

a) La principal causa de amplificación de la presión diferencial a lo largo de la aorta es la reflexión de la onda.

b) La reflexión sería del tipo cerrado y distal a la bifurcación probablemente en el lecho femoral.

c) La bifurcación aórtica sería un punto de reflexión parcial.

d) En caso de existir $1/4$ de longitud de onda para la primera armónica entre el corazón afrontará el mínimo de oscilación de presión.

En la 4ª reunión científica del año, realizada el jueves 27 de julio, a las 21 horas, en el Pabellón Inchauspe del Hospital Ramos Mejía, calle Urquiza N° 609, se consideró el siguiente Orden del Día:

1ª Mesa Redonda sobre: Indicaciones de la coronariografía.

Integrantes de la Mesa: Coordinador: Doctor Guillermo Pujadas y Dres. H. Baglivo, J. d'Oliveira, E. de la Riega, L. Iraola, P. Maciel, R. Macchi, E. Moreyra, J. A. Pascual, S. Polisky A. Rodríguez Coronel y Luis De La Fuente.

2ª Cirugía de la insuficiencia cerebro-vascular extracraneal - Experiencia sobre 153 casos operados.

Dr. Pedro M. Bianchi Donaire.

Se comenta la experiencia y resultados logrados a través de 153 pacientes operados por lesiones vasculares extracraneales; principalmente carotídeas, que originaban cuadros neurológicos de intensidad y gravedad variables, crónicos y agudos.

Se puntualiza la táctica seguida frente a la insuficiencia circulatoria aguda cerebro-vascular y los conceptos determinantes de la indicación quirúrgica, así como también la conducta a seguir frente a los rulos, pliegues o "kinkings" carotídeos.

Se analizan las conclusiones crónicas completas de la carótida interna frente a lesiones sintomáticas contralaterales y las posibilidades que en algunas seleccionadas ocasiones pueden tenerse para lograr su reoperabilización.

Se describe sucintamente el síndrome descrito por el autor (Síndrome de la Disección Quirúrgica Alta de la Carótida Interna), cuando por necesidad de la patología local es necesario llegar con la disección carotídea hasta las vecindades de la base del cráneo, lesionándose inevitablemente fibras nerviosas plexuales del vago, ubicadas entre el vientre posterior del digástrico y el nacimiento de los músculos estiloideos; remarcando la importancia de esto frente a la existencia de una disfagia previa.

3ª Resultados alejados de la cirugía vascular, sus complicaciones: hematoma pulsátil tardío espontáneo (no traumático). Análisis en 2.009 casos.

Dr. Pedro M. Bianchi Donaire.

Se analizaron 75 casos de hematoma pulsátil tardío no traumático; 55 de ubicación inguino-crural; 16 casos en región aórtica infra-renal; 3 en región femoro poplíteo y uno axilar. Todos ellos ocurrieron después de un lapso de 2 a 10 años de la intervención vascular. La incidencia es del 3,75 % sobre un global de 2.009 pacientes operados.

Se consideran y analizan como causas etiológicas: la interposición de un sistema rígido (prótesis) en uno viscoelástico (arterias); la reflexión parcial cerrada de la onda de pulso en el cono aórtico y el mayor traumatismo hemodinámico que esto deter-

mina en la aorta infra-renal (aneurisma). localización de placas ateroscleróticas); las anastomosis protético-vasculares que se comportan como anillos rígidos originando fuerzas de tracción, flexión y corte en la zona de unión; la aceleración y reflexión de la onda de presión a su paso a través de un tubo rígido protesis; la incorporación y fijación ambiental de aquella al organismo impidiendo su deslizamiento tisular, originando fuerzas de tensión durante los movimientos de flexo-extensión; estado y constitución de la pared arterial, carácter evolutivo de la arterioesclerosis, longitud del sistema arterial del paciente y de la prótesis interpuesta, el régimen de vida, etc.

El análisis efectuado permite presuponer que en toda unión protético arterial puede originarse una ruptura de la pared arterial yuxta-anastomótica cuando las condiciones hemodinámicas del paciente y las modificaciones de estas últimas producidas por la interposición de una prótesis, determinen una concentración zonal de los factores mencionados.

La 5ª reunión científica del año, se realizó el jueves 31 de agosto a las 21 horas, en el Pabellón Inchauspe del Hospital Ramos Mejía.

1ª Comportamiento del soplo continuo de la fístula arteriovenosa coronaria con al inhalación del nitrito de amilo.

Dres. R. J. Esper, R. Machado y C. García Guiñazú.

Se hace referencia a dos casos de soplos continuos por fístula arteriovenosas coronarias con desembocadura en aurícula derecha, probadas con cinecoronariografía y certificadas por la cirugía. En ambos casos el soplo se intensificó por la inhalación del nitrito de amilo.

Se comparan los resultados con 17 casos de conductos arteriales permeables cuyos soplos continuos disminuyeron con la misma droga.

Se plantea la utilidad del método como diagnóstico diferencial en los soplos continuos precordiales bajos.

Por último se reseñan las probables causas del comportamiento de los soplos en ambos casos bajo el efecto de la droga.

2ª Consideraciones sobre las indicaciones de coronariografía y sus complicaciones.

Dres. E. Garcilazo, N. Ruiz Calderón, D. Carrera y J. d'Oliveira.

Merece la atención este tema, en razón de la discrepancia de criterios existentes respecto no sólo a la indicación, sino también a la limitación que puede tener este método por los riesgos y complicaciones que puede presentar.

Efectuamos por lo tanto las consideraciones de las indicaciones y valoramos los riesgos y las complicaciones inherentes al método de acuerdo a nuestra experiencia.

Ponemos a discusión nuestro criterio, en la selección de enfermos para efectuar estudios coronariográficos y la valoración de los riesgos y complicaciones, como limitantes del método.

3ª Correlación entre lesión anatómica coronariográfica y lesión electrocardiográfica.

Dres.: N. Ruiz Calderón, E. Garcilazo, J. d'Oliveira y D. Carrera.

La discrepancia existente en algunos pacientes de su cuadro clínico y electrocardiográfico, obliga en muchos casos a efectuar estudio hemodinámico con la finalidad de establecer su real estado coronario. Los hallazgos obtenidos en nuestra experiencia, concordante con la de otros autores, nos inclinó a efectuar esta correlación.

Por lo tanto para el presente trabajo hemos tomado 100 pacientes al azar, a quienes les efectuamos coronariografía y comparamos la anatomía del árbol coronario hallada y el trazado electrocardiográfico de cada enfermo.

Para tal fin hemos dividido los enfermos con electrocardiograma normal y coronariografía patológica, enfermos con electrocardiograma patológico y coronariografía normal y los enfermos con ambos parámetros patológicos.

Efectuamos las consideraciones de cada grupo, de sus correlaciones con la gravedad de la lesión anatómica y su manifestación electrocardiográfica, así como la ubicación de ambas alteraciones.

4º Correlación del estudio ergométrico con la cinecoronariografía.

Dres.: J. Lemprópulos, L. de la Fuente, M. Ruda Vega, M. Borrueal y C. A. Bruno.

Se estudiaron 100 pacientes con dolor precordial, correlacionando los hallazgos coronariográficos con el estudio ergométrico y electrocardiograma de reposo. Se detalla la nueva terminología utilizada para interpretar los resultados ergométricos: Prueba Negativa, Prueba Positiva (por angor y ST., por ST., por angor) y Prueba dudosa. Este cambio en la nomenclatura se hizo teniendo en cuenta que la anteriormente propuesta por nosotros, daba lugar a dudas en su interpretación.

De la correlación entre prueba ergométrica y coronariografía, se obtuvo la siguiente: de 67 pruebas positivas, se encontraron lesiones coronarias en 66. De 23 pruebas negativas, 18 tenían coronarias normales. De las 10 pruebas dudosas, se encontraron

lesiones coronarias en 4. De esta correlación surge que la sensibilidad del método es del 92 % con una especificidad del 94 %. En el caso de prueba dudosa, la correlación es pobre, siendo los hallazgos coronariográficos imprevisibles. De la correlación con E.C.G. de reposo, se encontró que el 58 % de E.C.G. normales, correspondían a pacientes con enfermedad coronaria y que un 18 % de los E.C.G. patológicos, tenían coronarias normales.

5º Volumen central izquierdo (VCI). - Concepto y método.

Dres.: J. A. Pascual, J. Rodríguez Giménez, I. Méndez, A. Mansilla y E. Otero.

Newman y col. (1951) obtuvieron el "volumen de la pendiente" de una curva de dilución, y lo atribuyeron al sector pulmonar, creando contradicciones en la comprensión de efectos hemodinámicos centrales. Posteriormente se intentó atribuir el volumen de la pendiente final de un radiocardiograma (RCG), al ventrículo izquierdo (VI). Pero ya sea por razones técnicas o por suponer que dicho volumen es afectado por sectores volumétricos derechos y pulmón, no hubo estudios sistemáticos clínicos o experimentales ni aplicación clínica de la medición. Nosotros demostramos que ese volumen es independiente de la influencia previa de cavidades derechas (inyección de indicador en AD) y de pulmón, y que refleja cuantitativamente la precarga de cavidades izquierdas. Ello nos autorizó a denominarlo "volumen central izquierdo" y aplicarlo rutinariamente para análisis de la bomba de VI. METODOS: Inyección de radicalbúmina en AD o en AP obteniendo el RCG y midiendo VMC. La pendiente final (0.693/TM) es igual a VMC/VCI, obteniéndose la magnitud volumétrica. Las curvas de AD pueden ser de dos picos (cavidades derechas e izquierdas) o bien de un solo pico (cavidades izquierdas) como ocurre al inyectar en AP. La repetibilidad del VCI y de la relación VS/VCI (coeficiente de eyección o bomba de VI) fueron excelentes y no existió diferencia estadísticamente significativa entre mediciones sucesivas.

NUEVOS PRODUCTOS PARA LA ESPECIALIDAD

VISKEN (Laboratorio Sandoz)

Fórmula: Cada comprimido contiene:

5 mg de 4-(2-hidroxi-3 isopropilaminopropoxi)-indol

DAMANTON (Química Argentina)

Fórmula: Cada comprimido contiene:

Piridinolcarbamato	250 mg
Clofibrato de aluminio	360 mg
Excipientes	c. s.