

RESUMENES DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS A LAS REUNIONES CIENTIFICAS DEL AÑO 1983

TERCERA REUNION CIENTIFICA

30 DE JUNIO DE 1983

INFARTO AGUDO DE MUSCULO PAPILAR (IAMP): HALLAZGOS ANATOMOCLINICOS

R. Migliore, L. Gadaleta, F. Guerrero, M. C. Díaz,
A. Lapuente y R. Posse

Servicio de Cardiología - Hospital "Prof. Dr. Mariano
R. Castex" - Buenos Aires

El objetivo del presente trabajo fue determinar la incidencia del IAMP comprobado anatomopatológicamente (AP) y describir los hallazgos clínicos y necróticos.

Material y métodos. Se revisaron 2.582 necropsias generales consecutivas entre 1973 y 1982, hallándose 196 (7,5%) infartos de miocardio, de los cuales 23 (11,7%) presentaban infarto de músculo papilar (IMP), siendo 20 (86,9%) agudos (IAMP) y 3 (13%) crónicos. De los 23 p, 14 eran hombres y 9 mujeres (edad promedio 67,1 años).

Resultados. De los 20 p con IAMP, 4 (20%) presentaban IAM de cara anterior, 9 (45%) de cara posterior y 7 (35%) anterior y posterior, observándose además en 4 (20%) de ellos IAM de VD asociado al de VI. El músculo papilar afectado fue el posteromedial en 6 p (30%), anterolateral en 3 p (15%) y ambos músculos en 11 p (55%), no observándose ninguna ruptura del MP. El soplo sistólico de insuficiencia mitral (IM) fue auscultado en 10 p (50%): 4 al ingreso, 3 entre las 24-48 horas del IAM y 3 entre los 7-21 días. El 80% (16/20) presentó insuficiencia cardíaca, evolucionando el 65% (13/20) hacia el shock cardiogénico, siendo más frecuente en pacientes con IAMP de ambos músculos. Se investigó la manifestación electrocardiográfica del IAMP anterolateral (según Burch y De Pasquale), encontrándose una sensibilidad del 70%. La mortalidad desde instalado el cuadro de IM o IC fue de 43,7% (7/16) a las 24 horas, 87,4% (14/16) a las 48-72 horas, 93,6% (15/16) a los 6 días y sólo un paciente sobrevivió 15 días. El 50% (10/20) tenían lesión de tres vasos (más del 75%) y 35% (7/20) de dos vasos. En cuanto a la

extensión del IAMP (microscopia), fue masivo en el 40%, submasivo (más del 50%) en el 36% y mínimo en el 24%.

Conclusiones. 1) La incidencia del IMP comprobado AP en los infartos de miocardio fue del 11,7% (86,9% agudos y 13% crónicos). 2) El MP más afectado fue el posteromedial. 3) El 80% presentó falla de bomba relacionándose con el número de MP comprometidos. 4) El soplo de IM fue detectado en el 50% de la serie. 5) La mortalidad fue del 87,4% dentro de los 3 días.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL EFECTO ANTIARRITMICO DE PROPAFENONA Y MEXILETINE EN PACIENTES CORONARIOS

T. Cianciulli, L. Garré, M. Senesi, O. Barbiero
y A. Demartini

División Cardiología - Hospital Carlos G. Durand - Buenos Aires

Se estudió la acción antiarrítmica de propafenona (Pr) y mexiletine (Me) por vía oral en 30 pacientes (p) coronarios, varones, 54 años edad promedio (38 a 67) con extrasístoles ventriculares (EV) clase II a V de Lown, en un estudio prospectivo, randomizado, doble ciego, cruzado con placebo. Se efectuaron 5 Holter (H) de 24 horas de dos canales a cada p, los días 1, 7, 14, 21 y 28. Luego de un H de inclusión el día 1 y otro con placebo el día 7, para incorporar sólo p con EV estables, se administró al azar 900 mg Pr ó 600 mg Me, ambas fraccionadas en tres tomas durante 7 días, y luego de un H con placebo se entrecruzaron ambas drogas. Considerando como eficacia antiarrítmica la reducción mayor del 80% del número de EV y la supresión de formas complejas, comprobamos lo siguiente.

Resultados:

Clase de Lown	Placebo	Propafenona	Placebo	Mexiletine
II N° EV/hora	146	15 (89%) p<0,001	140	51 (64%) p<0,01
N° pac c/↓>80% EV	30	22 (73%) p<0,001	30	14 (47%) N.S.
III N° focos extrasist.	92	46 (50%) p<0,001	84	65 (23%) p<0,01
IVa N° pac con duplas	14	6 (57%) p<0,05	14	6 (57%) p<0,05
IVb N° pac con TV	6	1 (83%) p<0,03	4	1 (75%) N.S.
V N° pac con R/T	9	3 (66%) p<0,06	7	4 (43%) N.S.

La Pr prolongó un 29% el PR, un 23% el QRS y un 8% el QTc. El Me no produjo cambios en el ECG. La Pr produjo trastornos de conducción intraventricular (TCIV) en 4 p (13%): 2 p con BCRD y 2 p con BCRI. El Me produjo alteraciones gástricas en 4 p (13%) que obligaron en un caso a suprimir la droga.

Conclusiones. 1) La Pr produjo una reducción mayor del 80% del número de EV en el 73% de los p, con una reducción del 50% de los focos extrasistólicos, con supresión de las duplas en el 57% de los p, de TV en el 83% de los p, y de R/T en el 66% de los p. 2) La Pr demostró ser más eficaz que el Me, tanto en la reducción del número de EV, como en la supresión de formas complejas. 3) La Pr produjo TCIV en p que tenían deterioro de función ventricular.

ALTERACIONES ESPACIALES DEL QRS Y ST-T EN EL IAM POR OBSTRUCCION EN EL TERRITORIO DE LA ARTERIA CIRCUNFLEJA

C. A. Ingino, C. A. Mallie y L. F. Guillemi
Hospital Militar Central - Servicio de Cardiología

Con el objeto de conocer las alteraciones vectorcardiográficas del IAM por obstrucción en el territorio de la circunfleja (Cx), se seleccionaron 7 pacientes (p) con IAM, VCG durante el mismo y lesión significativa única (>70%) en el territorio de la Cx. Se analizaron las asas QRS y ST-T en los planos frontal (PF) y horizontal (PH).

Resultados. Asa QRS. Rotación: PF: 7 p cruzada; PH: 4 p antihor., 3 p cruzada. AQRS PF: 5 p inferior e izquierdo, \bar{x} 18°; 2 p superior y derecho, \bar{x} -156°. AQRS PH: 6 p anterior e izquierdo, \bar{x} 39°; 1 p posterior y derecho, -121°. Fuerzas iniciales anterior y derecho, -121°. Fuerzas iniciales (FI) derechas: 7 p, \bar{x} 25 msec y \bar{x} 0,16 mV. FI superiores: 6 p, \bar{x} 30 msec y \bar{x} 0,17 mV. FI anteriores: 7 p, \bar{x} 51 msec y

0,75 mV. Razón voltaje ant/post < 1: 5 p.

Asa ST-T (se analizó en 6 p). Rotación: PF: 2 p hor., 2 p antihor., 2 p lineal; PH: 6 p hor.; ATPF: 3 p inferior, \bar{x} 137°, 3 p superior, \bar{x} -127°. AT PH: 6 p anterior, 5 p derecha, \bar{x} 107°. Morfología: 6 p alargada, 3 p asimétrica.

Diagnóstico de IAM por: a) VCG: 2 p inf. post. lat.; 2 p post.; 1 p inf. post.; 1 p lat.; 1 p post. lat.; b) ECG: 2 p post. lat.; 1 p inf. post. lat.; 1 p inf. post.; 1 p post.; 2 p no diagnosticables.

Conclusiones. a) El desplazamiento anterior y a la derecha y la pérdida de fuerzas izquierdas del asa QRS sugiere necrosis posterolateral, mientras que el desplazamiento superior extensión a la cara inferior, aun en ausencia de rotación hor., como ocurrió en la mayoría. b) Como la activación de la región posterolateral ocurre tardíamente, las modificaciones de la mitad inicial del asa QRS se podrían explicar por *reacomodación* de fuerzas eléctricas al nuevo equilibrio vectorial. c) El asa ST-T guarda un patrón constante y tendría una importancia primaria para indicar la región comprometida, en especial en presencia de IAM con cambios no diagnósticos del QRS. Sus características en el PH serían fuertemente sugestivas de lesión de Cx, ya que no fueron halladas en lesiones de otros territorios.

MARCAPASOS ANTITAQUICARDIA A DOBLE DEMANDA VENTRICULAR. QUINCE MESES DE SEGUIMIENTO

O. Oseroff, J. González Zuelgaray, A. Giniger, J. Suárez, I. Ramella, H. Crescimone y R. A. Posse
Servicio de Cardiología - Hospital Castex - Buenos Aires

A propósito del empleo de MP antitaquicardia, se presenta el caso de un paciente con 15 meses de seguimiento.

E.N., 68 años, sexo masculino, con taquicardias ventriculares recurrentes desde hace dos años, revertidas frecuentemente con choques eléctricos y en alguna oportunidad con mexiletine IV. Los estudios realizados demostraron ausencia de cardiopatía e incluso la coronariografía mostró arterias coronarias normales. Fue medicado con diversas drogas por vía oral, en dosis crecientes y asociaciones varias (amiodarona, mexiletine, disopiramida, propranolol, quinidina, perhexilina, procainamida).

Se realizó un estudio electrofisiológico mediante la introducción de tres catéteres multipolares intracavitarios (AD, VD e His) y de un catéter intraesofágico para

AI. Se estimuló con un programador Medtronic 5325. Los tiempos obtenidos fueron AD-AI 70 mseg, AH 100, HV 45, TRNS 1.160 mseg y PRV(E) 220 mseg. Sobre ritmo sinusal (850 mseg) y A-S2 300 y S2-S3 230 mseg se reprodujo TV con conducción VA tipo Mobitz I. Estos episodios se reprodujeron también con acoplamiento 280-240 y de 250-240 mseg. En todos los casos se logró revertir con "tren de estímulos" con ciclo de 250 mseg a nivel ventricular. En enero de 1982 se implantó un MP Medtronic 2404 automático que actúa como VVI ante bradiarritmias y que al detectar un intervalo interectópico menor de 369 mseg (158 latidos por minuto) emite un tren de 8 estímulos con ciclos de 254 mseg (236 por minuto).

Luego de 15 meses de seguimiento el paciente se encuentra asintomático, no ha presentado TV asintomática refractaria, habiéndose documentado dos episodios yugulados automáticamente por el MP.

Se concluye que la utilización de los MP antitaquicardia constituye un significativo avance en el tratamiento de las taquiarritmias refractarias.

VARIACION DEL INDICE DE DISTRIBUCION DEL VOLUMEN SANGUINEO PULMONAR (APEX/BASE) EN LA INTERPRETACION DE RESPUESTAS CIRCULATORIAS PROVOCADAS

M. Lewkowicz, A. V. Garber, A. Norkus, D. Goldberg y M. Aptecar

Departamento Cardiovascular y Medicina Nuclear - Institutos Médicos Antártida - Buenos Aires

Conociendo el valor predictivo del índice A/B ≤ 1 para discriminar presiones capilares pulmonares ≤ 12 mmHg, intentamos demostrar su aplicación para detectar cambios de la misma ante diversos procedimientos, así como sus posibles implicancias clínicas.

Material y métodos. Se estudiaron 58 pacientes (p), 5 mujeres y 53 hombres, entre 28 y 70 años de edad, todos coronariografiados; 11 de ellos eran normales y 42 coronarios. El método de la angiografía isotópica en equilibrio sincronizado, así como el índice A/B (I A/B) fueron descriptos previamente. Para analizar las variaciones del I A/B se utilizaron 10 mg de dinitrato de isosorbide en 15 p con IA/B > 1 , y la prueba ergométrica en los restantes, evaluando los cambios del mismo con el ejercicio.

Resultados. a) Farmacológicos: el I A/B pre y post droga se redujo de $1,13 \pm 0,2$ a $0,9 \pm 0,1$ ($P < 0,01$). b) Ergométricos: los 43 p sometidos a ejercicio fueron

divididos en tres grupos: Grupo I, de 11 p normales con una respuesta de la FE del VI de $68,2 \pm 7,8$ a $84,2 \pm 6,5\%$ ($p < 0,001$); Grupo II, de 16 coronarios con una respuesta normal de la FE ($63,5 \pm 16,7$ a $79,3 \pm 12,1\%$, $P < 0,01$), y Grupo III, de 16 coronarios con una respuesta anormal de la FE ($43,1 \pm 18,3$ a $42,7 \pm 21,2\%$ - NS). El índice A/B en los tres grupos fue:

	Basal	Ejercicio	P
Gr. I	0,8 \pm 0,1	#0,9 \pm 0,05	<0,02
Gr. II	*0,9 \pm 0,1	#1,1 \pm 0,1	<0,001
Gr. III	*1,01 \pm 0,2	1,1 \pm 0,1	NS

** P < 0,005 # P < 0,001

La coronariografía reveló lesión de un vaso en el 68,8% de los p del Grupo II, y de tres vasos en el 68,7% del Grupo III. Con el ejercicio, el I A/B fue mayor de 1 en el 88% de los coronarios, cuando sólo el 50% de ellos tenía caída de la FE ($P < 0,01$). Utilizando ambos parámetros, la sensibilidad aumentó el 94% (30/32 p).

Conclusiones. 1) El I A/B permite valorar cambios secuenciales en la distribución del volumen sanguíneo pulmonar. 2) En la población estudiada el I A/B mejoró la sensibilidad para detectar la disfunción del VI. 3) El conocimiento de las variaciones del I A/B con el dinitrato de isosorbide o el ejercicio puede tener implicancias terapéuticas.

UTILIDAD DE LA ERGOMETRIA EN LA PREDICCIÓN DE EVENTOS CORONARIOS EN PACIENTES CON CARDIOPATIA CORONARIA. SEGUIMIENTO A SEIS AÑOS

J. Lerman, H. Svetlize, M. Chiozza, J. Parnes, J. Camps, A. Escrivá, M. Poyatos y A. Perosio

Sección Cardiología - Hospital de Clínicas - Universidad de Buenos Aires

Con el objeto de establecer el valor predictivo (VP) de la ergometría (PEG) en la incidencia de eventos coronarios (EC) se realizó PEG a 180 pacientes (p) coronarios comprobados clínica y angiográficamente, con una edad promedio de 51 ± 9 años (27-72). Siete eran mujeres. Se registraron los EC (infartos y muertes cardiovasculares) ocurridos durante los seis años que siguieron a la PEG en todos los p. Se estudiaron todas las variables que habitualmente se analizan en una PEG y sus combi-

naciones. Se calculó el VP, error predictivo y la relación de riesgo de cada variable, y se las ordenó de acuerdo con el VP, con el fin de establecer cuáles eran las más predictivas.

Se observó 32% (57/180) de EC en total. El VP de la presión arterial sistólica (PAS) ≤ 130 mmHg durante el esfuerzo fue 73%; la capacidad funcional límite (CFL) ≤ 2 mets = 68%; supradesnivel del ST (ST \uparrow) = 67%; doble producto límite (DPL) ≤ 15.000 = 59%; disnea desproporcionada (D) = 59%; CFL ≤ 4 mets = 55%; comportamiento paradójal de la PAS (PASP) = 50%; ruidos agregados = 50%; frecuencia cardíaca límite (FCL) ≤ 100 = 47%; extrasístoles ventriculares (EV) = 46% FCL ≤ 120 = 44%; DPL ≤ 20.000 = 44%; angor = 42%; infradesnivel del ST (ST \downarrow) = 38%; extra-

sístoles auriculares = 22% y normales = 3%. Las combinaciones del CFL ≤ 4 mets con ST \uparrow , D, PAS ≤ 130 mmHg y EV tuvieron un VP de 75%, 70% y 69%, respectivamente. La asociación de: CFL ≤ 4 mets + DPL ≤ 20.000 + PASP = 85%; CFL ≤ 4 mets + DPL ≤ 20.000 + D = 85% y CFL ≤ 4 mets + FCL ≤ 120 + D = 86%.

Conclusiones. 1) La PEG tiene VP de EC en pacientes coronarios. 2) Una PEG normal identifica a un subgrupo con una incidencia de EC similar a la población general. 3) Las variables con mayor VP son las que indican compromiso de la función ventricular. 4) El VP del angor y del ST es comparativamente bajo en estos pacientes. 5) La combinación de dos o tres variables permite identificar subgrupos de pacientes con un VP de hasta 86%.