



REVISTA DE LA
**FEDERACION ARGENTINA
DE CARDIOLOGIA**

Publicación trimestral oficial de la Federación Argentina de Cardiología

Versión electrónica:

ISSN 1666-5694

www.revistafac.org.ar

Versión impresa:

ISSN 0326-646X

Indizada en

- Free Medical Journals
- IMBIOMED
- Latindex
- Lilacs
- Periódica UNAM
- Scopus



Anuario 2015

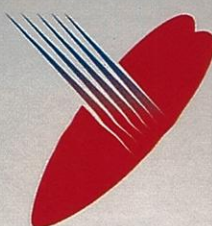
REVISTA de la FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

Fundada en 1970

Editada en Buenos Aires, Argentina



Línea Cardio Metabólica
Roemmers



LOSACOR

LOSARTÁN



LA VIGENCIA DE UN LÍDER

PRESENTACIONES:

Losacor 50 mg por 30 y por 60 comprimidos ranurados. **Losacor 100 mg** por 30 comprimidos ranurados.
Losacor D por 30 comprimidos ranurados. **Losacor D 100** por 30 comprimidos ranurados.





Autoridades de la Revista

Editor Jefe

• Héctor Luciardi
UNT-Universidad Nacional de Tucumán

Editor del Suplemento de HTA

• Daniel Piskorz
Sanatorio Británico de Rosario

Editores Asociados

• Daniel Piskorz
Sanatorio Británico de Rosario
• Luis Guzmán
UNC-Universidad Nacional de Córdoba
• Armando Pacher
UNER-Universidad Nacional de Entre Ríos

Editores Consultores

• Gianni Tognoni
Instituto Mario Negri de Milán. Italia
• Juan Badimón
Mount Sinai de Nueva York. USA

Gerente Editorial

• Raúl Bevacqua
UBA-Universidad Nacional de Buenos Aires

Comité Editorial Nacional

Luis Aguinaga
UNT-Universidad Nacional de Tucumán

Raúl Altman
UNT-Universidad Nacional de Tucumán

Carlos Becker
UNL-Universidad Nacional del Litoral

Juan Beloscar
UNR-Universidad Nacional de Rosario. Santa Fe

Mario Bendersky
UNC-Universidad Nacional de Córdoba

Sofía Berman
UNT-Universidad Nacional de Tucumán

Julio Bono
Sanatorio Allende. Córdoba

Edmundo Cabrera Fisher
CONICET-UBA- Universidad Nacional de Buenos Aires

Horacio Cingolani
CONICET-UNLP- Universidad Nacional de La Plata

Eduardo Conci
Instituto Modelo de Cardiología. Córdoba

Daniel Corsiglia
UNLP-Universidad Nacional de La Plata

Carlos Cuneo
Instituto de Prevención Cardiovascular. Salta

Sergio Chain
Centro Radiológico Méndez Collado. Tucumán

Fernando de la Serna
UNT-Universidad Nacional de Tucumán

Rafael Díaz
ECLA-Estudios Clínicos de Latino América

Adrián D'Ovidio
UCC-Universidad Católica de Cuyo

Eduardo Escudero
UNLP-Universidad Nacional de La Plata

Fernando Faccio
UNL-Universidad Nacional del Litoral

Eduardo Farías
UNN-Universidad Nacional del Nordeste

Gabriela Feldman
UNT-Universidad Nacional de Tucumán

Francisco Femenia
Hospital Español. Mendoza

Arturo Fernández Murga
Instituto de Cardiología. Tucumán

Jorge Garguichevich
Sanatorio Los Arroyos. Rosario

Lilia Lobo Márquez
Instituto de Cardiología. Tucumán

Roberto Lombardo
UNER-Universidad Nacional de Entre Ríos

Hugo Londero
Sanatorio Allende. Córdoba

Ricardo López Santi
Hospital Italiano de La Plata

Alberto Lorenzatti
Instituto Médico DAMIC. Córdoba

Stella Macín
UNN-Universidad Nacional del Nordeste

Felipe Martínez
UNC-Universidad Nacional de Córdoba

José Milei
UBA-Universidad Nacional de Buenos Aires

Juan Muntaner
UNT-Universidad Nacional de Tucumán

Marcelo Orlas
Instituto de Investigación Médica Mercedes y Martín Ferreyra. Córdoba

Raúl Ortego
UNM- Universidad Nacional de Mendoza

Jorge Pasca
UBA-Universidad de Buenos Aires

Eduardo Perna
Instituto de Cardiología JF Cabral. Corrientes

Sergio Perrone
UCA-Universidad Católica Argentina

Ricardo Pichel
UF-Universidad Favaloro. Buenos Aires

Domingo Pozzer
Instituto de Cardiología JF Cabral. Corrientes

Aldo Prado
UNT-Universidad Nacional de Tucumán

Hugo Ramos
UNC-Universidad Nacional de Córdoba

José Luis Ramos
Hospital Italiano. Rosario

Alberto Robredo
Hospital Público Materno Infantil. Salta

Ricardo Ronderos
UNLP-Universidad Nacional de La Plata

José Sala
Instituto Modelo de Cardiología. Córdoba

Alberto Sampaolesi
UCC-Universidad Católica de Córdoba

Felipe Somoza
Hospital Materno Neonatal. Córdoba

Walter Stoerman
CIMAC-Centro Integral de Medicina de Alta Complejidad

Miguel Tibaldi
UCC- Universidad Católica de Córdoba

Jorge Vilarriño
Instituto Fleni. Buenos Aires



CORBIS

BISOPROLOL

EL BETABLOQUEANTE DE ELECCIÓN

Más eficaz en el tratamiento de la hipertensión arterial,
cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca.



PRESENTACIONES:

Corbis 2,5 mg x 30 comprimidos.

Corbis 5 mg x 30 comprimidos.

Corbis 10 mg x 30 comprimidos.

OTRA PRESENTACIÓN:

Corbis D x 30 comprimidos.





Autoridades Mesa Directiva 2016

Presidente <i>Narcisa Celina Gutiérrez Carrillo</i>	Secretario <i>Alejandro Amoroso</i>	Tesorero <i>Sebastián Araujo</i>	Vocales <i>Alberto E. Robredo</i>
Vicepresidente 1° <i>Daniel L. Piskorz</i>	Pro-Secretario <i>Carlos Alberto Dumont Dunayevich</i>	Pro-Tesorero <i>Joaquín Serra</i>	<i>José Sebastián Schanz</i>
Vicepresidente 2° <i>Adrián H. D'Ovidio</i>			<i>Carlos Alberto Cuneo</i>
			<i>Florencia Wayar</i>
			<i>Aldo Prado</i>

Comité Editorial Internacional

<i>Juan Badimon (USA)</i>	<i>Alejandro De La Sierra (España)</i>	<i>Vicente Lahera (España)</i>	<i>Natesa Pandian (USA)</i>
<i>Josep Brugada (España)</i>	<i>Marcelo Di Carli (USA)</i>	<i>Robert Lang (USA)</i>	<i>Andrés Pérez Riera (Brasil)</i>
<i>Alain Carpentier (Francia)</i>	<i>Edgardo Escobar (Chile)</i>	<i>Radi Macruz (Brasil)</i>	<i>Leonard Reisen (Israel)</i>
<i>Juan Chachques (Francia)</i>	<i>Valentin Fuster (USA)</i>	<i>Marco A. Martínez Ríos (México)</i>	<i>Julio Sandoval Zárate (México)</i>
<i>Mario Cazzaniga (España)</i>	<i>Mario García (USA)</i>	<i>Carlos Martínez Sánchez (México)</i>	<i>Julián Segura (España)</i>
<i>Costantino Costantini (Brasil)</i>	<i>Carlos García Guevara (Cuba)</i>	<i>Alberto Morganti (Italia)</i>	<i>Gianni Tognoni (Italia)</i>
<i>Adolfo De Bold (Canadá)</i>	<i>Mario Gonzalez (USA)</i>	<i>Manlio Márquez Murillo (México)</i>	<i>Héctor Ventura (USA)</i>
			<i>Raúl Weiss (USA)</i>

In Memoriam del Sr. Carlos María Gigy

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

Propiedad intelectual N° 157282

Gerencia Editorial: Bulnes 1004 (1176) Buenos Aires, Argentina. Tel/Fax: (011) 4866 5910 / (011) 4862 0935 / revista.fac.org@gmail.com

Editorial FAC: edifac@fac.org.ar / **Editor:** hectorlucasluciardi@gmail.com / www.revistafac.org.ar

Gerente Editorial: Raúl J. Bevacqua

Diseño: Carolina Cugliandolo. carocugliandolo@gmail.com

Tirada de esta edición: 10.000 ejemplares

Prohibida la reproducción total o parcial salvo autorización expresa de la Dirección de la Revista.



Línea Cardio Metabólica
Roemmers

Rovartal

rosuvastatina



Mayor Potencia



PRESENTACIONES:

Rovartal 20 mg: comprimidos recubiertos por 30.
Rovartal 10 mg: comprimidos recubiertos por 15 y 30.
Rovartal 5 mg: comprimidos recubiertos por 30.



ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA

SUMARIO. ANUARIO 2015**Artículos de Revisión**

- Miocardopatía hipertrófica: Valor del electrocardiograma para el diagnóstico de los distintos tipos y para el diagnóstico diferencial con el corazón de atleta** 09
Andrés Ricardo Pérez Riera, Raimundo Barbosa Barros

- Ecoembriología de las anomalías del arco aórtico en el feto** 09
Carlos García Guevara, Mayder Martínez Lopez, Jakeline Arencibia Faife, Juan Pablo Arguello, Carlos Pastore, Andrés Savio Benavides

- Arco corneal: ¿signo del paso del tiempo o de riesgo cardiovascular?** 10
Pablo Corral

- Diabetes y aterotrombosis. Importante impacto en la carga global de morbilidad. Mecanismos fisiopatológicos involucrados** 10
Juan Muntaner, Ruben Roggia, Juan Jose Badimon

- Influencia del metabolismo sistémico y miocárdico en la recuperación cardíaca post-isquémica** 11
Romina Hermann, María Gabriela Marina Prendes, Alicia Varela

- Que hay de nuevo en la terapia de resincronización en insuficiencia cardíaca** 11
Freddy Del-Carpio Muñoz, Gustavo X Morales

- Estratificación de riesgo mediante variables eléctricas en insuficiencia cardíaca** 12
Gabriel Sálica

Artículos Original

- Trascendencia de asociar semicuantificación de perfusión e indicadores de función ventricular en la interpretación del test de perfusión miocárdica** 13
Lucas Gutiérrez, Fernando A Peñafort, Carlos R Secotaro, Raúl E Ortego

- Sustitución valvular aórtica por bioprótesis sin sutura en pacientes de alto riesgo: Registro Pavarotti** 14
Alba Marigliano, Elizabet Berastegui, Alfredo Cuppoletti, Raquel Tineo, Belén Gualis, María L Camera, Carles Pare, Xavier Ruyra

- Perfusión miocárdica, función ventricular y cuantificación de calcio en la evaluación de pacientes con enfermedad coronaria** 15
Amalia Peix, Lázaro O Cabrera, Kenia Padrón, Lydia Rodríguez, Jesús Sánchez, Luis R Llerena, Liliam Cisneros, Giselle López, Regla Carrillo, Erick Mena, Yoel Fernández

- Diferencias electrocardiográficas entre Takotsubo e infarto agudo de miocardio** 16
Luciano Battioni, Juan P Costabel, Ignacio L Mondragón, Andrés Russo, Belén Sotelo Villariño, Pablo M Lamelas

- Seguridad y eficacia de usar un solo catéter multiuso para angiografía coronaria por vía transradial** 17
Javier Courtis, Gabriela Zeballos, Magdalena Dimitroff, Analía Gonzalez

- Utilidad de la escala ACEF para predecir la aparición de complicaciones posoperatorias en la cirugía de revascularización miocárdica** 18
Vladimir Rodríguez Rodríguez, Karel Andalia Pérez, Eliezer San Román García, Carmen Elena Viada González

- Angioplastia carotídea: Experiencia de un centro polivalente** 19
Adolfo Ferrero Guadagnoli, Andrea V Liberti, Carlos R Leonardi, Diego de Goicochea, Ruth Kaplan, Alejandro E Contreras, Jonathan Miara, Miguel A Ballarino

- Valor pronóstico del pro-BNP en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST** 20
Luis Almirón, Raúl Pasetto, Viviana Severini, Mariela Onocko, María Coronel, Eduardo Perna, María Brizuela, Bilda González-Arjol, Laura Peña, Stella Maris Macín

- Factibilidad y seguridad de la facilitación con atropina de los estudios de SPECT cardíacos con estrés ergométrico** 21
Miguel Hominal, Ricardo Ferrer, Gerardo Zapata, Jorge López

22 Seguridad del ecocardiograma transtorácico para la realización de biopsias endomiocárdicas en post trasplante cardíaco <i>Sebastián Wolff, Manuel Rodriguez, David E Wolff, Sergio Perrone, Guillermo Bortman, Burgos Claudio</i>	22
23 Troponina ultrasensible como predictor de riesgo en cirugía de revascularización miocárdica por síndrome coronario agudo <i>Mariano Camporrotondo, Juan C Espinoza, Juan P. Costabel, Mariano Benzadon, Juan Camou, Mariano Vrancic, Fernando Piccinini, Daniel Navia</i>	23
24 Percepción de enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial. Estudio piloto <i>Adriana Feltri, Carlos Ventura, Eduardo Gallucci, José M. Quiroga, José Allevato, Enrique Bavio, Francisco A. Mansilla, Pablo A. Olavegogeoascoechea</i>	24
25 ¿Es diferente el tratamiento antitrombótico en pacientes con síndromes coronarios agudos con y sin supradesnivel del segmento ST? <i>Marcelo Trivi, Alejandro Lakowsky, Ernesto Duronto</i>	25
26 Evaluación de calidad atención del infarto agudo de miocardio <i>Ariel A Fernández, Fernando E Chiarini, María E Fassi, Marcos F de la Vega, Gustavo Pessah</i>	26
27 Protocolo de manejo de la unidad de diagnóstico intensivo en insuficiencia cardíaca <i>Roberto Campos, Juan Pablo Costabel, Florencia Lambardi, María Luján Talavera, Adriana Acosta, Marcela Urdapilleta, Paula Ariznavarreta, Marcelo Trivi, Mirta Diez</i>	27

Casos Clínico

Trastornos del ritmo cardíaco en ventrículo izquierdo no compactado aislado. Breve revisión de la literatura a propósito de una casuística <i>Oscar A Pellizzón, Liliana Gastaldi, Juan M Bonelli, Antonia Catalano, Gabriel Tissera, Cecilia Watchmuth, Marcelo Marino</i>	28
Miocardiopatía hipertrófica. Valor del ECG y aportes de la vectocardiografía <i>Andrés Ricardo Pérez Riera, Raimundo Barbosa Barros</i>	28
Síndrome coronario X. Valor de las imágenes híbridas (PET / CTA), como alternativa no invasiva en pacientes con sospecha de cardiopatía isquémica <i>Andrea Monroy, Christian González, Gerardo Guínto, Raúl Cruz, Lourdes Walls, Luis Casares, Enrique Berríos, Aloha Meave, Erick Alexánder</i>	29
Afectación cardíaca del síndrome carcinoide <i>Guillermo N Vaccarino, María N Brenzoni, Sergio Baratta, Jorge Bilbao</i>	29
Flutter auricular izquierdo por circuito macro-reentrante mural: ablación mediante aplicación focal de radiofrecuencia <i>Martin Ricardo Arceluz, Pedro Federico Cruz, Estela Falconi, José Luis Merino</i>	30
Síndrome de Laubry-Pezzi en un paciente adulto. Reporte de un caso <i>Rafael Romero González, José Pedros Rodríguez, Yasser Colao Jiménez, Frank D. Padrón Martínez</i>	30
Dos taquicardias isorritmicas durante la reperfusión de infarto agudo de miocardio <i>Oscar A Pellizzón, Mario D Gonzalez, Lucas Arias, Gabriel Tissera</i>	31
Ergotismo severo asociado al uso de antiretrovirales <i>Gastón FR Mosso, Noemí Saldeña, Eduardo Delgado Pereyra</i>	31
Tratamiento endovascular de la oclusión aórtica aguda. A propósito de un caso <i>Luis García-Nielsen, Rafael Feldman, Gerardo Padilla, Oscar Tobías Teruel, Romelia Del Valle</i>	32
Fenómeno de fatiga, en una vía accesoria manifiesta, luego de la aplicación de radiofrecuencia <i>Oscar A Pellizzón, Sebastián Nannini, Mario D Gonzalez, Marcelo Elizari</i>	32
Amiloidosis cardíaca simulando una miocardiopatía hipertrófica <i>Marcia M Cortes, Luciano Battioni, Agustina Sciancalepore, Juan P Costabel</i>	33

Artículo de Revisión

Miocardopatía hipertrófica: Valor del electrocardiograma para el diagnóstico de los distintos tipos y para el diagnóstico diferencial con el corazón de atleta

Hypertrophic cardiomyopathy: Value of electrocardiogram for the diagnosis of different types and for differential diagnosis with athlete's heart

Andrés Ricardo Pérez Riera¹, Raimundo Barbosa Barros²

¹Facultad de Medicina de la Fundación ABC. Santo André. Sao Paulo, Brasil. ²Hospital Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Fortaleza, Brasil

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(1): 12-24

La miocardopatía hipertrófica es una enfermedad miocárdica frecuente con expresión fenotípica variable y la responsable de mayor número de muertes súbitas entre atletas jóvenes (<35 años). En cualquier caso se manifiesta por hipertrofia miocárdica de variado grado y localización en ausencia de cualquier causa que pueda justificar dicha hipertrofia. En la gran mayoría de los casos obedece a mutaciones en los genes que codifican las proteínas de la unidad contráctil del miocardio: el sarcómero. La entidad se caracteriza por la tétrada: hipertrofia, desorganización sarcomérica de los miocitos, fibrosis intersticial y grados variables de insuficiencia coronaria consecuencia de enfermedad de microcirculación, disminución de capacidad vasodilatadora de árbol coronario, compresión de los vasos septales y subepicárdicos, caída de presión media en la raíz de la aorta por obstrucción dinámica en el tracto de salida del VI, dificultad compresiva en el llenado coronario por la hipertrofia, aterosclerosis coronaria en mayores de 50 años y desproporción de oferta/demanda en favor de la última por aumento excesivo de la masa.

Son indicadores de evolución ominosa, sobrevivientes de parada cardíaca, sincopales inexplicados (no-neurocardiogénico) en portadores jóvenes, historia familiar de muerte súbita en parientes de primer grado, QRS fragmentado, hipertrofia extrema (≥ 30 mm), aneurisma apical, episodios de taquicardia ventricular sostenida y no sostenida en el Holter en jóvenes, hipotensión sistólica en la prueba de esfuerzo, fibrilación auricular aguda repetitiva, evolución hacia cardiopatía dilatada, mutaciones genéticas sabidamente malignas, y las multigenéticas.

Palabras clave: Miocardopatía hipertrófica sarcolémica. Corazón de atleta. Electrocardiograma. Muerte cardíaca súbita

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n1/revision/revision01/riera.php>



Artículo de Revisión

Ecoembriología de las anomalías del arco aórtico en el feto

Embryology and fetal sonographic diagnosis of aortic arch anomalies

Carlos García Guevara, Mayder Martínez Lopez, Jakeline Arencibia Faife, Juan Pablo Arguello, Carlos Pastore, Andrés Savio Benavides

Cardiocentro Pediátrico William Soler. La Habana. Cuba

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(2): 73-77

Bajo el término de anomalías del arco aórtico se incluyen un grupo de anomalías congénitas de la posición y/o ramificación del arco aórtico. Algunas de estas anomalías son simplemente posicionales y, por tanto asintomáticas, en otras puede formarse un anillo vascular que atrapa tanto la tráquea como el esófago. En los últimos años la generalización de la imagen de los tres vasos extendida ha permitido comprobar por una parte que estas anomalías son más frecuentes de lo que inicialmente podíamos pensar y en segundo lugar que en la mayoría de los casos se presentan de forma aislada, es decir en fetos por lo demás completamente normales, motivo que nos ha llevado a realizar la presente revisión.

Palabras clave: Anillos vasculares. Ecocardiografía fetal. Diagnóstico prenatal. Cardiopatías congénitas

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n2/revision/revision02/guevara.php>



Artículo de Revisión**Arco corneal: ¿signo del paso del tiempo o de riesgo cardiovascular?***Corneal arcus: sign of aging or cardiovascular risk?*

Pablo Corral

Universidad FASTA. Instituto Clínica Médica (ICM), Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(2): 78-81



El arco corneal se refiere al depósito de ésteres de colesterol en el estroma corneal formando posteriormente un arco periférico. Diferentes estudios y trabajos han tratado de determinar su correlación con la enfermedad aterosclerótica y los niveles lipídicos circulantes.

Las características distintivas del tejido corneal, avascular y con la incapacidad de la migración de macrófagos, hacen al depósito de este tipo de lípidos tener un patrón distintivo, adoptando la clásica imagen de arco en su comienzo, para concluir en un verdadero anillo corneal.

El hallazgo de este signo clínico, en pacientes menores de 45-50 años, debe hacer sospechar al médico de un trastorno severo del metabolismo lipídico, instrumentando todos los elementos a su alcance para realizar un correcto diagnóstico e implementar una eventual terapéutica.

En la hipercolesterolemia familiar, trastorno severo y frecuente del metabolismo lipoproteico, el hallazgo de este signo constituye un estigma clásico, específico y sensible para su diagnóstico clínico.

Palabras clave: Arco corneal. Hipercolesterolemia familiar. Riesgo cardiovascular

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n2/revision/revision01/corral.php>

Artículo de Revisión**Diabetes y aterotrombosis. Importante impacto en la carga global de morbilidad. Mecanismos fisiopatológicos involucrados***Diabetes and atherothrombosis. Major impact on the global burden of disease. Pathophysiological mechanisms involved*

Juan Muntaner, Ruben Roggia, Juan Jose Badimon*

Centro Modelo de Cardiología, Tucuman, Argentina *Mount Sinai, New York, USA

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(3): 133-138



La diabetes produce un estado protrombotico crítico. En esta revisión se hace referencia a los mecanismos por los cuales la diabetes produce mayor agresividad de la enfermedad arterial, exacerbación de la disfunción endotelial, un estado pro-inflamatorio, pro-trombotico con hiperreactividad plaquetaria persistente, lo que incrementa la carga trombotica de los pacientes diabeticos.

Palabras clave: Diabetes. Trombosis. Aterosclerosis. Inflamación.

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n3/revision/revision01/muntaner.php>

Artículo de Revisión

Influencia del metabolismo sistémico y miocárdico en la recuperación cardíaca post-isquémica*Influence of systemic and myocardial metabolism in post-ischemic heart recovery*

Romina Hermann, María Gabriela Marina Prendes, Alicia Varela

Cátedra de Fisiología, Departamento de Ciencias Biológicas, Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA. Iquimefa-CONICET. Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(3): 139-145

El corazón es un órgano que por su incesante actividad contráctil requiere un elevado y continuo aporte de energía, que sólo se logra mediante el metabolismo aeróbico que ocurre en la mitocondria. Para mantener la función cardíaca y satisfacer la alta demanda energética el corazón es capaz de utilizar una gran variedad de sustratos para la obtención de energía (flexibilidad metabólica), siendo altamente regulada la contribución de cada uno de estos. Por otra parte, la isquemia miocárdica compromete el aporte de oxígeno y nutrientes a los miocitos, resultando insuficientes para satisfacer las demandas energéticas del miocardio. En esta situación, la restricción del flujo coronario es seguida de profundas consecuencias funcionales, bioquímicas y morfológicas, que llevan rápidamente al deterioro de la actividad contráctil y a la alteración de las propiedades elásticas y eléctricas de las células cardíacas, que son potencialmente reversibles y no provocan muerte celular inmediata. A pesar de que la reperfusión es la intervención absolutamente imprescindible para salvar al tejido miocárdico, a veces se requieren horas o días para que el miocardio viable recupere completamente su funcionalidad o bien puede surgir una nueva lesión celular que reduce el efecto beneficioso de la propia reperfusión. En este trabajo, se presenta una revisión actualizada acerca de la influencia del metabolismo sistémico y miocárdico en la recuperación cardíaca post-isquémica, enfatizando en la importancia de la manipulación metabólica en las primeras horas críticas de iniciados los síntomas.

Palabras clave: Metabolismo. Miocardio. Isquemia. Reperfusión.<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n3/revision/revision02/hermann.php>

Artículo de Revisión

Que hay de nuevo en la terapia de resincronización en insuficiencia cardíaca*What's new in resynchronization therapy in heart failure? Influence of systemic and myocardial metabolism in post-ischemic heart recovery*Freddy Del-Carpio Muñoz¹, Gustavo X Morales²¹Mayo Clinic School of Medicine. Rochester, MN; ²University of Kentucky. Lexington, KY. USA

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(4): 193-199

El presente artículo tuvo como propósito la revisión de los avances más recientes referidos a la terapia de resincronización cardíaca (TRC), con el conocimiento de que esta terapia ha demostrado mejorar el pronóstico de pacientes con insuficiencia cardíaca sistólica. Se discuten nuevas indicaciones de la TRC, en pacientes con complejo QRS angosto, en aquellos con QRS ancho sin bloqueo de rama izquierda, y en pacientes con fibrilación auricular. Se analiza como mejorar la respuesta a la TRC conforme un algoritmo de optimización: Se plantea la estimulación ventricular izquierda sincronizada a la activación del ventrículo derecho normal y el impacto del algoritmo AdaptivCRT en la tasa de re-admisión por falla cardíaca. Finalmente se evalúa el rol de los electrodos cuadrilares en la TRC con estimulación en múltiples sitios del ventrículo izquierdo.

Palabras clave: Resincronización cardíaca. Insuficiencia cardíaca<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n4/revision/revision01/carpio.php>

Artículo de Revisión**Estratificación de riesgo mediante variables eléctricas en insuficiencia cardíaca***Risk stratification by electrical variables in heart failure*

Gabriel Sálica

Instituto Tucumano del Corazón (ITEC). Hospital Angel C Padilla. Tucumán, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO**RESÚMEN**

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(4): 200-205



La insuficiencia cardíaca es un problema a escala mundial, con gran impacto en salud pública. Predecir su pronóstico es un desafío, para lo que se han propuesto variables clínicas, ecocardiográficas y eléctricas que tratan de estimar el riesgo de muerte en esta población. Se presenta una revisión de las variables eléctricas (ancho QRS, intervalo QT, dispersión del QT y variabilidad del QT, micropotenciales terminales en el QRS, actividad ectópica ventricular y taquicardia ventricular no sostenida (TVNS), y micro alternancia de onda T), como indicadores pronóstico en insuficiencia cardíaca.

Palabras clave: Predictores de Riesgo. Mortalidad. Pronóstico. Estratificación

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n4/revision/revision02/salica.php>

Artículo Original

Trascendencia de asociar semicuantificación de perfusión e indicadores de función ventricular en la interpretación del test de perfusión miocárdica*Relevance of associating semi-quantification of perfusion and ventricular function indicators in the interpretation of myocardial perfusion tests*

Lucas Gutiérrez, Fernando A Peñafort, Carlos R Secotaro, Raúl E Ortego

Instituto de Diagnóstico y Resonancia de Mendoza, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(1): 21-33

La perfusión miocárdica con SPECT-Gatillado (SG) constituye quizás el procedimiento diagnóstico con valor pronóstico más utilizado en la toma de decisiones ante sospecha o diagnóstico de enfermedad coronaria. Trabajos de divulgación científica y guías de actuación adoptan la semi-cuantificación en perfusión (SCP) y función ventricular izquierda (FVI) como estándares de calidad y precisión en comunicación de resultados, siendo más intuitivo el reporte.

Objetivos: Evaluar la evolución cardiovascular en pacientes sometida a GS e interpretada mediante SCP y FVI como herramienta diagnóstica.

Métodos: Analizamos los pacientes sometidos a SG y clasificados según scores de SCP y FVI, periodo de seguimiento de 2 años. Evolución y eventos clínicos fueron, muerte cardíaca (MC), internación por evento cardiovascular (IECV) o necesidad de revascularización (RV) y el punto final combinado (EPC=MC+IECV+RV). El análisis estadístico se realizó mediante chi cuadrado o Fisher y Kruskal-Wallis. Se crearon modelos de regresión de Cox y curvas Kaplan-Meier. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0.05$.

Resultados: 411 pacientes, masculinos 223 pacientes (54,3%). Presentaron un EPC defecto moderado-severo en stress e Isquemia Moderada-Severa (SDS>4) (34,7% vs 8,4% y 39,1% vs 9,8% $p \leq 0,0001$) respectivamente; Variables independientes para EPC SDS>4, HR: 3,1 IC (1,6-5,9); deterioro de FVI Stress HR: 4,5 IC (2,5-8,3) $p < 0,019$ y caída de la FVI al stress HR: 2,4 IC (1,1-5) $p < 0,0001$.

Conclusiones: Tanto la SCP + FVI fueron prácticos y simples al identificar y categorizar grupos de riesgo. Potentes marcadores pronósticos independientes fueron un SDS>4, deterioro de FVI al stress y caída de la FVI en stress.

Palabras clave: Cardiología nuclear. Cardiopatía isquémica. Imágenes cardiovasculares

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n1/originales/originales04/gutierrez.php>



Artículo Original

Sustitución valvular aórtica por bioprótesis sin sutura en pacientes de alto riesgo: Registro Pavarotti*Pavarotti registry: Perceval aortic valve alternative in high risk aortic patients*Alba Marigliano¹, Elizabet Berastegui², Alfredo Cuppoletti¹, Raquel Tineo¹, Belén Gualis¹, María L Camera², Carles Pare¹, Xavier Ruyra^{1,2}¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona, España. ²Hospital Quirón Teknon. Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(1):34-40

Las bioprótesis "sin sutura" están diseñadas para mejorar el perfil hemodinámico, disminuir los tiempos de pinzamiento aórtico y circulación extracorpórea y posibilitar el abordaje con mini incisiones. Esto las convierte en opción para la sustitución valvular aórtica en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

Objetivos: Evaluación de parámetros de seguridad de la bioprótesis y determinación de mortalidad y morbilidad intrahospitalaria y en el seguimiento a 6 y 12 meses.

Métodos: Estudio observacional prospectivo iniciado en marzo de 2012 (finalización en junio de 2015) que incluye pacientes con estenosis aórtica severa sintomática de alto riesgo para sustitución valvular aórtica con prótesis convencionales. Se utiliza bioprótesis "sin sutura" Perceval S. Tiempo de seguimiento mínimo un año.

Resultados: Hasta la fecha se ha incluido 100 pacientes (51% hombres, 44-92 años, 50% octogenarios. Riesgo preoperatorio por EuroSCORElog1: $17,7 \pm 6,4$ (6-85%). Área valvular aórtica media: $0,69 \pm 0,2 \text{ cm}^2$ ($0,40 \pm 0,1 \text{ cm}^2/\text{m}^2$). Se realizó 56% de sustitución valvular aórtica aislada y 44% de procedimientos combinados. Gradientes máximo y medio preoperatorio 73 ± 23 y 46 ± 15 mmHg respectivamente, gradiente medio al alta (95 pacientes) $17,7 \pm 5$ mmHg. Tiempo de hospitalización: $14,7 \pm 10$ días. Mortalidad hospitalaria: 5%. A los 6 meses se obtuvo el seguimiento de 67 pacientes, todos excepto 1 se encontraban en CF I-II y referían mejoría en su calidad de vida.

Conclusiones: La sustitución valvular aórtica por bioprótesis "sin sutura" tiene mejores resultados que las prótesis convencionales en pacientes de alto riesgo y puede ser una alternativa para un subgrupo que actualmente se deriva a implante de prótesis aórticas por vía percutánea.

Palabras clave: Estenosis aórtica de alto riesgo. Prótesis sin sutura. Perceval S

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n1/originales/originales02/marigliano.php>



Artículo Original

Perfusión miocárdica, función ventricular y cuantificación de calcio en la evaluación de pacientes con enfermedad coronaria*Myocardial perfusion, ventricular function and quantification of calcium in the evaluation of patients with coronary artery disease*

Amalia Peix, Lázaro O Cabrera, Kenia Padrón, Lydia Rodríguez, Jesús Sánchez¹, Luis R Llerena, Liliam Cisneros, Giselle López, Regla Carrillo, Erick Mena, Yoel Fernández

Instituto de Cardiología, La Habana, Cuba. ¹ Instituto de Cibernética, Matemática y Física, La Habana, Cuba

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(1): 41-46

El síndrome de Takotsubo (TS) simula un síndrome coronario agudo (SCA) y forma parte de sus diagnósticos diferenciales. En población oriental se han descrito diferencias en el electrocardiograma (ECG) con el infarto agudo de miocardio con supradesnivel del segmento ST en cara anterior (IAMCESTa). El objetivo del presente estudio es observar la presencia de diferencias específicas en el ECG que permitan sospechar el síndrome TS en una población occidental.

Métodos: Se analizaron de manera retrospectiva los electrocardiogramas de ingreso de pacientes con síndrome TS y se los comparó con pacientes que presentaban IAMCESTa como debut de enfermedad coronaria. Se tomaron mediciones manuales de las variables electrocardiográficas en ambos grupos.

Resultados: Se compararon los electrocardiogramas provenientes de 13 TS y 10 IAMCESTa. Se observó mayor número de derivaciones con supradesnivel del ST (SST) en el IAMCESTa comparado con TS: $6,3 \pm 1,8$ vs $4,2 \pm 2,3$ ($p=0,042$), respectivamente. En relación al infradesnivel del ST (IST), el mismo se observó en mayor número de pacientes en cara inferior y con mayor amplitud en DIII en los pacientes con IAMCESTa. Se observaron ondas Q en el 53% de los TS y 100% en los IAMCESTa ($p=0,012$) y el promedio de derivaciones con onda Q en TS fue $1,2 \pm 1,4$ en tanto en los IAMCESTa fue $2,7 \pm 1,9$ ($p=0,049$).

Conclusión: El presente trabajo muestra la existencia de diferencias en el patrón del ECG en la presentación del TS y del IAMCESTa.

Palabras clave: Perfusión miocárdica. Función ventricular. Calcio coronario. Enfermedad arterial coronaria

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n1/originales/originales01/peix.php>



Artículo Original

Diferencias electrocardiográficas entre Takotsubo e infarto agudo de miocardio

Electrocardiographic differences between takotsubo and acute anterior myocardial infarction

Luciano Battioni, Juan P Costabel, Ignacio L Mondragón, Andrés Russo, Belén Sotelo Villariño, Pablo M Lamelas

Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA). Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(1): 47-50

El síndrome de Takotsubo (TS) simula un síndrome coronario agudo (SCA) y forma parte de sus diagnósticos diferenciales. En población oriental se han descripto diferencias en el electrocardiograma (ECG) con el infarto agudo de miocardio con supradesnivel del segmento ST en cara anterior (IAMCESTa). El objetivo del presente estudio es observar la presencia de diferencias específicas en el ECG que permitan sospechar el síndrome TS en una población occidental.

Métodos: Se analizaron de manera retrospectiva los electrocardiogramas de ingreso de pacientes con síndrome TS y se los comparó con pacientes que presentaban IAMCESTa como debut de enfermedad coronaria. Se tomaron mediciones manuales de las variables electrocardiográficas en ambos grupos.

Resultados: Se compararon los electrocardiogramas provenientes de 13 TS y 10 IAMCESTa. Se observó mayor número de derivaciones con supradesnivel del ST (SST) en el IAMCESTa comparado con TS: $6,3 \pm 1,8$ vs $4,2 \pm 2,3$ ($p=0,042$), respectivamente. En relación al infradesnivel del ST (IST), el mismo se observó en mayor número de pacientes en cara inferior y con mayor amplitud en DIII en los pacientes con IAMCESTa. Se observaron ondas Q en el 53% de los TS y 100% en los IAMCESTa ($p=0,012$) y el promedio de derivaciones con onda Q en TS fue $1,2 \pm 1,4$ en tanto en los IAMCESTa fue $2,7 \pm 1,9$ ($p=0,049$).

Conclusión: El presente trabajo muestra la existencia de diferencias en el patrón del ECG en la presentación del TS y del IAMCESTa.

Palabras clave: Síndrome de Takotsubo. Electrocardiograma. Infarto agudo de miocardio con ST

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n1/originales/originales03/battioni.php>



Artículo Original

Seguridad y eficacia de usar un solo catéter multiuso para angiografía coronaria por vía transradial

*Safety and efficacy of using a single multipurpose catheter for transradial coronary angiography*Javier Courtis¹, Gabriela Zeballos², Magdalena Dimitroff³, Analía Gonzalez⁴*Instituto Oulton (Córdoba, ARGENTINA)¹, Clínica Romagosa y Clínica de la Familia (Córdoba, ARGENTINA)^{1,2}, Facultad de Cs. Exactas, Físicas y Naturales, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina³, Facultad de Biología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina⁴*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(2): 82-86

Introducción: Normalmente la cinecoronariografía (CCG) se realiza con tres catéteres flexibles (JLJR y pigtail) pero desde el advenimiento de la técnica radial y con la idea de simplificar el procedimiento se ha comenzado a utilizar catéteres multiuso lo cual implicaría una mejoría en esta práctica endovascular.

Objetivos: 1) Evaluar la factibilidad de hacer una CCG y ventriculograma con un catéter multiuso y 2) Comparar ambas técnicas evaluando duración total de procedimiento, tiempo de radioscopia y cantidad del material de contraste utilizado.

Métodos y Resultados: Se seleccionaron 80 individuos consecutivos enviados a CCG y ventriculograma, 56 (70%) hombres con una edad media de 59±11 años. En los primeros 37 pacientes se utilizaron los tres catéteres clásicos (grupo 1) y en los 43 restantes (grupo 2) uno solo (Barbeau® 5F). Al analizar los puntos finales propuestos en este trabajo se observaron diferencias significativas entre ambos grupos: a) duración total del procedimiento más corta en el grupo 2 (46 min vs. 54 min respectivamente, p=0,0008); b) tiempo de radioscopia menor en el grupo 2 (4,8 min vs 5,7 min respectivamente, p=0,002) y c) menor cantidad de material de contraste utilizada en el grupo 2 (97 ml vs. 125 ml respectivamente, p<0,0001).

Conclusiones: La CCG y ventriculograma por vía transradial realizada con un catéter multiuso es factible en un alto porcentaje de los casos. Además, esta técnica permite acortar el tiempo de duración del procedimiento, generar menos irradiación y menor utilización de material de contraste. Todas estas ventajas hacen de esta metodología una técnica muy atractiva para la práctica habitual de una cinecoronariografía.

Palabras clave: Vía transradial. Angiografía coronaria. Catéter multiuso.

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n2/originales/originales03/courtis.php>



Artículo Original

Utilidad de la escala ACEF para predecir la aparición de complicaciones posoperatorias en la cirugía de revascularización miocárdica

Usefulness of the acef risk score to predict post-operative complications in coronary artery bypass grafting

Vladimir Rodríguez Rodríguez, Karel Andalia Pérez, Eliezer San Román García, Carmen Elena Viada González

Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Universidad Médica de La Habana, CUBA

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(2): 87-93

Introducción y objetivos: Muchas son las escalas de riesgo preoperatorio introducidas hasta la fecha para calcular el riesgo en cirugía cardíaca, lo que supone un verdadero problema a la hora de decidir cual escoger como herramienta para medir el riesgo operatorio de nuestros pacientes. Debido a la relativa sencillez que muestra la escala ACEF, al depender solamente de tres variables clínicas preoperatorias para calcular el riesgo de mortalidad en la cirugía coronaria, se realizó un estudio en CIMEQ con el objetivo de determinar la utilidad de la escala ACEF para predecir la aparición de complicaciones posoperatorias en los pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo correlacional, longitudinal y retrospectivo. Se utilizó analizó la escala ACEF como herramienta para calcular el riesgo preoperatorio de aparición de complicaciones posoperatorias. Las pruebas estadísticas empleadas fueron las curvas ROC, el método de χ^2 de Hosmer-Lemeshow, y pruebas de regresión logística.

Resultados: Para predecir mortalidad la escala ACEF presentó un área bajo la curva de 0,87 ($p < 0,001$) y una calibración (χ^2_{H-L}) de ($p = 1,000$). De igual forma, para predecir MACE, la ACEF mostró un área bajo la curva de 0,76 ($p = 0,008$). Otras complicaciones mayores que mostraron relación con la escala fueron: la IRA con necesidad de diálisis y el bajo gasto posoperatorio, con una incidencia de 6,3% ($p = 0,016$) y 20,3% ($p = 0,039$) respectivamente.

Conclusiones: La escala ACEF se comporta como un modelo probabilístico útil, tanto para predecir el riesgo de mortalidad hospitalaria como para la aparición de MACE en pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica. La escala predijo la aparición de otras complicaciones mayores como la IRA con diálisis y el bajo gasto posoperatorio.

Palabras clave: Escalas de riesgo. Cirugía de revascularización miocárdica. Mortalidad hospitalaria. MACE

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n2/originales/originales04/rodriguez.php>



Artículo Original

Angioplastia carotídea: Experiencia de un centro polivalente

Carotid angioplasty: a multipurpose center experience

Adolfo Ferrero Guadagnoli, Andrea V Liberti, Carlos R Leonardi, Diego de Goicochea, Ruth Kaplan, Alejandro E Contreras, Jonathan Miara, Miguel A Ballarino

Hospital Privado Centro Médico de Córdoba. Córdoba, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(2): 94-98

El propósito de este estudio fue revisar la experiencia de un servicio en angioplastia carotídea, y conocer la tasa de complicaciones en función de la curva de aprendizaje.

Métodos: Se incluyeron los pacientes a los que se les practicó una angioplastia carotídea en un centro polivalente de la ciudad de Córdoba, Argentina, desde Marzo del 2000 a Marzo del 2014. Se analizaron retrospectivamente variables clínicas, morfológicas de las lesiones, del procedimiento y eventos a 30 días y 6 meses.

Resultados: Se dividió la población en 2 grupos de pacientes de ingreso consecutivo: un tercio de pacientes tratados del 2000 al 2007 (G1: n=25) y dos tercios restantes tratados desde el 2007 al 2014 (G2: n=68). Se realizaron 100 procedimientos a 93 pacientes, 72 hombres (72%), 58% asintomáticos. Comparado con el G2, en el G1 la incidencia de insuficiencia renal crónica (36% vs 22%, p 0,03) y variables de complejidad anatómica como enfermedad de la carótida común (32% vs 28%, p 0,7) y oclusión contralateral (24% vs 14%, p 0,20) fueron más frecuentes; con menor protección distal (84 vs 100%) y uso de stent de malla cerrada (52 vs 100%). La tasa de éxito fue mayor en el G2 (100% vs 84%, p= 0,02). Las complicaciones mayores (ACV/muerte) y las complicaciones en el acceso vascular ocurrieron exclusivamente en el G1 (8% vs 0% y 4% vs 0% respectivamente).

Conclusiones: En la experiencia de un centro polivalente implementar la angioplastia carotídea resultó segura por su baja tasa de eventos mayores. Estos ocurrieron en la fase inicial, donde los pacientes tratados fueron menos seleccionados y se utilizó menos protección distal y stent de malla cerrada.

Palabras clave: Angioplastia. Stent. Carótida

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n2/originales/originales01/ferraro.php>



Artículo Original

Valor pronóstico del pro-BNP en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST

Prognostic value of pro-BNP in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome

Luis Almirón, Raúl Pasetto, Viviana Severini, Mariela Onocko, Maria Coronel, Eduardo Perna, María Brizuela, Bilda González-Arjol, Laura Peña, Stella Maris Macín

Unidad Cuidados Intensivos Coronarios. Instituto de Cardiología. "Juana F. Cabral". Corrientes, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(2): 99-103

Introducción: El valor del pro-BNP es útil en el pronóstico de pacientes hospitalizados con síndrome coronario agudo (SCA).

Objetivos: Evaluar el rol pronóstico del pro-BNP en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCAsST).

Material y método: Estudio observacional, prospectivo, de 128 pacientes consecutivos con SCAsST, ingresados a unidad coronaria entre el 01/01/08 al 31/12/08, dentro de 24 horas del inicio de los síntomas, con dosaje de pro-BNP al ingreso.

Resultados: Hasta el día 7, se registraron 28 eventos (muerte, re-infarto, angina recurrente). El área debajo de la curva COR para determinar el mejor punto de corte de pro-BNP fue 0,81. Un punto de corte de 640 pg/ml mostro una sensibilidad de 79% y una especificidad de 69%. Los pacientes fueron clasificados en Grupo 1 (pro-BNP ≥ 640 pg/ml), 40% y los restantes en Grupo 2. Ambos fueron diferentes en edad ($67,44 \pm 10,4$ vs $61,90 \pm 12,9$, $p=0,013$) historia de angina previa (59,7 vs 39,4%, $p=0,033$), insuficiencia renal crónica (14,8 vs 4,7%, $p=0,023$), infradesnivel del ST >2 mm (64,2 vs 35,8%, $p=0,023$), valores de creatinina (1,22 vs 1,08 ng/dl, $p=0,039$), Troponina T al ingreso (1,45 vs 0,22 ng/dl, $p=0,011$) y uso de diuréticos (22,6 vs 1,5%, $p<0,001$). El grupo 1 presento con más frecuencia muerte (4,8 vs 0%, $p=0,020$) y angina refractaria (14,5 vs 3%, $p=0,027$). Al ingreso fueron los predictores de eventos el Score Grace > 160 (OR=3,41; la IC 95% 1,26-9,2, $p=0,015$), el infradesnivel del ST >2 mm (OR=4,7; IC 95% 1,4-14,7, $p=0,008$) y la angina previa (OR=3,5; IC 95% 1,3-9,1, $p=0,010$).

Conclusiones: Los niveles elevados de pro-BNP al ingreso, mayores o iguales a 640 pg/ml, se relacionaron con mayor mortalidad y evolución a angina refractaria, sin embargo no se comporto como predictor independiente.

Palabras clave: Síndrome coronario agudo. Pro-BNP. Pronóstico

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n2/originales/originales02/almiron.php>



Artículo Original

Factibilidad y seguridad de la facilitación con atropina de los estudios de SPECT cardíacos con estrés ergométrico

Feasibility and safety of atropine use in patients with insufficient heart rate during exercise myocardial perfusion SPECT

Miguel Hominal, Ricardo Ferrer, Gerardo Zapata, Jorge López

Instituto Cardiovascular de Rosario. Santa Fe. Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(3): 146-149

Introducción: El valor de la prueba ergométrica (PEG) está relacionado con la frecuencia cardíaca (FC) alcanzada y, en caso de ser insuficiente, el mismo se reduce significativamente. La atropina ha sido utilizada como coadyuvante al apremio farmacológico con ejercicio y dobutamina.

Objetivo: Determinar la factibilidad y seguridad de la administración de atropina endovenosa en pacientes con pruebas de SPECT cardíaca con estrés ergométrico insuficiente.

Métodos: Estudio descriptivo y prospectivo, donde se analizaron los SPECT con PEG insuficiente (FC <85%) desde 2013 hasta 2014. En ausencia de angina y/o alteraciones del ST, se administró atropina. Se evaluó el comportamiento de las variables ergométricas y la presencia de complicaciones o efectos adversos.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 148 pacientes, con edad media de 63,4±9 años y 66,9% masculinos. El 79,7% eran hipertensos y 29,1% diabéticos. El 56,1% presentaban cardiopatía isquémica y 77,7% se encontraba en tratamiento con betabloqueantes. La PEG fue positiva en 18,2% (16,9% IST y 6,1% angina). Solo 25,7% resultaron insuficientes a pesar de la facilitación con atropina. Observamos un significativo incremento de la FC, la TAS y el ITT tras la administración del fármaco. La perfusión miocárdica reveló isquemia en 27,7% y fibrosis en 32,4%. Observamos la presencia de TSV autolimitadas en 2 casos y TVNS en 1 caso.

Conclusión: La facilitación farmacológica con atropina endovenosa en la PEG de estudios de SPECT insuficientes resulta útil al aumentar el rendimiento diagnóstico de manera simple y segura.

Palabras clave: Atropina. Pruebas de esfuerzo insuficientes. SPECT.

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n3/original/original04/hominal.php>



Artículo Original

Seguridad del ecocardiograma transtorácico para la realización de biopsias endomiocárdicas en post trasplante cardíaco*Transthoracic echocardiogram safety for the performance of endomyocardial biopsies in post heart transplant*

Sebastián Wolff, Manuel Rodriguez, David E Wolff, Sergio Perrone, Guillermo Bortman, Burgos Claudio

Hospital Italiano de Mendoza. Dpto de Cirugía cardiovascular y Trasplante de órganos

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(3): 150-155

El proposito del presente trabajo fue evaluar la seguridad del ecocardiograma transtorácico para la realización de biopsias endocárdicas.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo realizado de Noviembre del 2004 a Noviembre del 2013, en 117 pacientes, se analiza edad, sexo, diagnóstico, complicaciones y resultado anatomopatológico. Se realizó punción de vena yugular interna derecha. Se utilizaron biótomos de Schultz Caves o Cordis Bipal. El avance del biótomo fue controlado por eco 2D. Luego del procedimiento, el eco 2D descartaba directamente complicaciones.

Resultados: Se evaluaron 2272 biopsias endocárdicas, 1711 en varones y 561 en mujeres. La edad media fue 51 años, obteniendo un promedio de 4 muestras. Fueron tomadas en forma ambulatoria 2038 muestras. El 100% de los procedimientos fueron guiados por ecocardiografía 2D. Las complicaciones resultantes fueron en 2 oportunidades hemotorax y en 2 neumotorax. No se consiguió acceso vascular en 26 casos. El 48,32% de las biopsias se realizaron en el primer año, entre el 1er y 5to año el 31,16%, y luego del 5to año el 20,51%.

Conclusiones: La guía ecocardiográfica disminuye los costos, la internación y la exposición a radiaciones. Las complicaciones vinculadas con la práctica son muy bajas: Neumotórax: (0.09%), Hemotorax: (0.09%) y no lograr el acceso vascular: (1.16%). La visualización del posicionamiento del biótomo sobre el septum evita el riesgo de perforación ventricular, como así también el daño sobre el aparato valvular tricuspídeo. Por estas razones se considera la guía ecocardiográfica como de primera elección para realizar biopsias endocárdicas.

Palabras clave: Biopsia endomiocárdica. Ecocardiograma transtorácico. Trasplante cardíaco.

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n3/original/original01/wolff.php>



Artículo Original

Troponina ultrasensible como predictor de riesgo en cirugía de revascularización miocárdica por síndrome coronario agudo*Ultrasensitive troponin as a predictor of risk for coronary artery bypass surgery for acute coronary syndrome*

Mariano Camporrotondo, Juan C. Espinoza, Juan P. Costabel, Mariano Benzadon, Juan Camou, Mariano Vrancic, Fernando Piccinini, Daniel Navia

Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA)

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(3): 156-163

El objetivo del presente trabajo es evaluar el valor de la Troponina de alta sensibilidad (TAS) preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica (CRM) por un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) como predictor pronóstico de mortalidad y morbilidad perioperatoria y al seguimiento.

Métodos: Entre noviembre del 2012 y Abril del 2014 se realizaron CRM en 113 pacientes con un SCASEST constituyendo la población de estudio, de los cuales 33 pacientes presentaron troponina de alta sensibilidad negativa ($TAS < 0,14$ ng/L) y 80 pacientes fue positiva ($TAS \geq 0,14$ ng/L). A su vez de aquellos pacientes con troponina positiva ($TAS \geq 0,14$ ng/L) se analizaron las características en base al pico de la TAS, según este fuera dentro de las 72hs previas a la cirugía ($N = 16$) y aquellos más allá de ese rango de tiempo ($N = 64$).

Resultados: Los pacientes del grupo TAS positiva presentaron mayor incidencia de disfunción ventricular izquierda preoperatoria [0 vs 23 (28,8%), $p = 0,001$], y una mayor tasa de fibrilación auricular postoperatoria [18 (22,5%) vs. 0, $p = 0,003$], la sobrevida global fue del 100 % para el grupo $TAS < 0,14$ ng/L y del $98,2\% \pm 1,8\%$ para el grupo $TAS \geq 0,14$ ng/L a un año ($p = 0,531$). La libertad de reintervención fue del 100% para el grupo $TAS < 0,14$ ng/L y del $95,7\% \pm 2,5\%$ para el grupo $TAS \geq 0,14$ ng/L ($p = 0,270$).

En los pacientes con TAS positiva, aquellos pacientes sometidos a CRM dentro de las 72hs del pico de TAS presentaron mayor tasa de ACV preoperatorio [3 (18,8%) vs. 1 (1,6%) $p = 0,005$] y mayor incidencia de fibrilación auricular postoperatoria [7 (43,8%) vs. 11 (17,2%), $p = 0,023$], siendo la sobrevida a un año del 100% para el grupo sometido a cirugía antes de las 72hs y del $97,4\% \pm 2,6\%$ para el grupo sometido a cirugía luego de las 72hs del pico ($p = 0,491$).

Conclusiones: La troponina de alta sensibilidad positiva en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST es predictor de mayor morbilidad pre y postoperatoria pero sin impacto en la mortalidad en el seguimiento. Los pacientes sometidos a cirugía temprana luego de un SCASEST con troponina de alta sensibilidad positiva también presentaron mayor morbilidad pre y postoperatoria con igual resultados al seguimiento.

Palabras clave: Cirugía coronaria. Enfermedad coronaria. Infarto agudo de miocardio.

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n3/original/original03/camporrotondo.php>



Artículo Original**Percepción de enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial. Estudio piloto***Perception of disease in patients with type 2 diabetes and arterial hypertension. Pilot study*

Adriana Feltri, Carlos Ventura, Eduardo Gallucci, José M Quiroga, José Allevato, Enrique Bavio, Francisco A Mansilla, Pablo A Olavegeascoechea

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Comahue. Servicio de Cardiología, Instituto Cardiovascular del Sur

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(3): 164-169

Introducción: El objetivo de este estudio es conocer la percepción en pacientes con dos enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial y comparar los hallazgos en relación a nivel socio económico, escolaridad y sitio de atención según sea éste privado o público.

Métodos: Estudio de diseño transversal. Se tomó un muestreo no probabilístico, con una muestra consecutiva a conveniencia de 218 pacientes.

Resultados: Fueron diabéticos 58,7% de los pacientes y 41,3% hipertensos. El 38,5% concurren hasta un nivel secundario. El 19% tuvieron un ingreso mensual inferior a \$ 4000. Del total de los pacientes 26,1% cree que el médico le va a curar la enfermedad. El 58,7% reconoce que tiene diabetes o hipertensión cuando los valores están por arriba de las referencias normales. Aquellos que se atendieron en sitios privados identificaban los parámetros de hipoglucemia o hipotensión y tenían mejor noción de la hemoglobina glicosilada o creatinina, en relación a aquellos que se atendieron en sitios públicos. La comparación entre los grupos de menor ingreso económico mostró diferencia significativa en relación a la percepción de tener diabetes o hipertensión arterial ($p=0,006$).

Conclusiones: Este estudio muestra que los pacientes con diagnóstico de diabetes o hipertensión arterial tienen un insuficiente nivel de percepción de la enfermedad. La atención en sitios públicos y el nivel de escolaridad mas bajo se evidenciaron como los marcadores de peor percepción de enfermedad en este estudio.

Palabras clave: Percepción enfermedad. Diabetes. Hipertensión arterial.

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n3/original/original02/feltri.php>



Artículo Original

¿Es diferente el tratamiento antitrombótico en pacientes con síndromes coronarios agudos con y sin supradesnivel del segmento ST?

Is antithrombotic therapy different in patients with acute coronary syndromes without st segment elevation?

Marcelo Trivi, Alejandro Lakowsky, Ernesto Duronto

En representación de los Investigadores del Registro EPICOR. Instituto Cardiovascular de Buenos Aires; Sanatorio Mater Dei; Fundación Favaloro, CABA, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(4): 206-210

Por su mayor carga trombótica, sería esperable un mayor uso de antitrombóticos en los síndromes coronarios agudos (SCA) con supradesnivel del ST (IAMCEST), que en aquellos sin (SCASEST). Para comprobarlo se utilizaron datos de la cohorte argentina de EPICOR, un registro internacional enfocado en el tratamiento antitrombótico de los SCA. Sobre 438 pacientes consecutivos externados vivos los IAMCEST (178,41%) eran más jóvenes que los SCASEST (260, 59%, 59 ± 11 y 64 ± 12 años, $p < 0,001$), y presentaban menos antecedentes cardiovasculares (22% y 53%; $p < 0,001$), infarto previo (8% y 24%; $p < 0,001$) y angina crónica (2% y 16%; $p < 0,001$).

Los IAMCEST recibían menos aspirina (23 y 53%, $p < 0,01$) y clopidogrel (5 y 16%, $p < 0,01$) previo a la internación comparados con los SCASEST, y más carga de aspirina (38 y 19%, $p < 0,01$) y prasugrel (15 y 7%, $p < 0,05$) durante la estadía hospitalaria. Al alta el tratamiento era similar, a excepción de mayor uso de prasugrel en los SCASEST (17 vs. 8%, $p < 0,05$).

En conclusión, el tratamiento antitrombótico es ligeramente diferente comparando síndromes coronarios agudos con y sin supradesnivel del ST: los primeros reciben menos tratamiento previo y más carga durante la internación, aunque al alta el tratamiento es similar.

Palabras clave: Registro. Síndrome coronario agudo. Infarto. Agentes antitrombóticos

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n4/originales/originales02/epicor.php>



Artículo Original

Evaluación de calidad atención del infarto agudo de miocardio

Quality of care evaluation for acute myocardial infarction

Ariel A Fernández, Fernando E Chiarini, María E Fassi, Marcos F de la Vega, Gustavo Pessah

Hospital Córdoba. 2012 - 2013. Córdoba, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(4): 211-216

Fueron objetivos del presente trabajo 1) evaluar mediante indicadores, la calidad de atención de los pacientes con un síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) asistidos en el servicio de Hemodinamia del Hospital Córdoba, en los años 2012 y 2013 cotejando ambos períodos; 2) comparar los hallazgos con estudios de calidad realizados en otros centros de la Argentina; y 3) conocer las características de la población estudiada y tratada por SCACEST – IAM, en el servicio de Hemodinamia del Hospital Córdoba en los períodos citados.

Metodos: Análisis descriptivo, prospectivo, transversal; sobre el total de pacientes asistidos por SCACEST – IAM durante 2012 y 2013. Para ello se utilizaron indicadores de calidad propios de la patología en estudio. Los datos se registraron en una planilla Excel.

Resultados: Se asistieron a 139 pacientes, mayoría de varones con edad promedio 55 ± 7 años. La localización anterior del infarto y la clase funcional Killip I fueron el hallazgo más frecuente. 5 pacientes ingresaron en paro cardiorrespiratorio. La antiagregación superó el 95%; y la anticoagulación a más del 92%. En el 9% de los casos, la reperfusión se obtuvo con fibrinolíticos. Tiempo ideal para el primer contacto médico-balón se obtuvo en promedio en el 25% de los casos. El tiempo ideal puerta-balón se logró en 46% y 33%, de los casos en 2012 y 2013 respectivamente. Ecocardiograma se realizó en 19% y 57% respectivamente en 2012 y 2013. Hipolipemiantes se administró en más del 97% de los casos; IECA en 89% y 87%; betabloqueantes en 96% y 78%, en 2012 y 2013 respectivamente. La tasa de mortalidad fue 3% en 2012 y 2% en 2013.

Conclusiones: La calidad de atención en el Servicio de Hemodinamia del Hospital Córdoba es acorde a la que refieren los patrones internacionales de calidad de atención, similar a la de otros centros nacionales de referencia. No existen diferencias sustanciales en el benchmarking. Los hallazgos del presente trabajo debe activar no obstante una alarma en relación a los tiempos de reperfusión.

Palabras clave: Calidad de atención. Indicadores. Benchmarking. Infarto agudo de miocardio

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n4/originales/originales03/fernandez.php>



Artículo Original

Protocolo de manejo de la unidad de diagnóstico intensivo en insuficiencia cardíaca

Managing protocol of the intensive diagnosis unit in heart failure

Roberto Campos, Juan Pablo Costabel, Florencia Lambardi, María Luján Talavera, Adriana Acosta, Marcela Urdapilleta, Paula Ariznavarreta, Marcelo Trivi, Mirta Diez

Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(4): 217-221

Introducción: La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) es un problema de salud pública mundial y una de las causas más frecuentes de consulta en servicios de emergencias. La unidad de insuficiencia cardíaca (UDI IC) proporciona un lugar de tratamiento de la ICA y ofrece la posibilidad de evitar internaciones o reducir el período de hospitalización.

Objetivos: Evaluar los resultados de implementación de UDI IC en nuestro servicio de Emergencias, con criterios específicos de inclusión, exclusión y alta. Se definió éxito de la UDI de IC a la internación en menos de 12 horas (h) sin reinternación en los 30 días posteriores. Se buscaron predictores de falta de dicho éxito.

Resultados: Se incluyeron prospectivamente 59 pacientes consecutivos con una edad de $73 \pm 9,8$ años y una Fracción de eyección (FEy) de $44,8 \pm 14,1\%$. La duración de la UDI IC fue de 7 (5-8) h, con una diuresis total promedio de 2028 ± 678 ml. Siete pacientes (11,9%) fueron internados, 3 inicialmente y 4 en el seguimiento a 30 días, lo que representa una tasa de éxito del 88,1%. En el análisis multivariado, la FEy $<35\%$ se asoció a la falta de éxito de la UDI.

Conclusiones: El protocolo de UDI IC desarrollado en nuestra institución demostró ser seguro, con una corta estadía hospitalaria en el servicio de Emergencias y una baja tasa de internación a los 30 días. La FEy $<35\%$ se comportó como el único predictor independiente de falla de la UDI de IC.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca. Unidades de observación. Emergencias cardiovasculares

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n4/originales/originales01/campos.php>



Caso Clínico**Trastornos del ritmo cardíaco en ventrículo izquierdo no compactado aislado. Breve revisión de la literatura a propósito de una casuística***Cardiac arrhythmia in isolated left ventricular non-compaction*

Oscar A Pellizzón, Liliana Gastaldi, Juan M Bonelli, Antonia Catalano, Gabriel Tissera, Cecilia Watchsmuth, Marcelo Marino

*Hospital Provincial del Centenario. Facultad de Ciencias Médicas, UNR. Rosario, Santa Fe. Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez. Rosario, Santa Fe. Argentina***INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN***Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(1): 53-56*

El ventrículo izquierdo no compactado es una miocardiopatía infrecuente. Se caracteriza por la presencia de trabeculaciones y recesos intertrabeculares profundos en la cavidad ventricular, determinando una hipertrabeculación. Desde el punto de vista clínico se presenta de manera asintomática o con insuficiencia cardíaca, aunque puede ocurrir embolismo sistémico y muerte súbita cardíaca. En la actualidad el método diagnóstico inicial es la ecocardiografía transtorácica, pero la resonancia magnética cardíaca presenta una mayor exactitud diagnóstica. El tratamiento de estos pacientes no es diferente a las recomendaciones para pacientes con síndromes de insuficiencia cardíaca o muerte súbita cardíaca de otras etiologías, aunque se necesitan más estudios para establecer en forma definitiva su indicación. Reportamos nuestra casuística con especial énfasis en los trastornos del ritmo cardíaco y realizamos una breve revisión de la literatura.

Palabras clave: Ventrículo izquierdo no compactado. Muerte súbita. Trastorno de conducción. Car-diofibrilador implantable

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n1/clinicos/clinico03/pellizzon.php>

Caso Clínico**Miocardiopatía hipertrófica. Valor del ECG y aportes de la vectocardiografía***Hypertrophic cardiomyopathy: value of electrocardiogram and contributions of vectorcardiography*Andrés Ricardo Pérez Riera¹, Raimundo Barbosa Barros²¹Facultad de Medicina de la Fundación ABC. Santo André. San Pablo, Brasil. ²Hospital Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Fortaleza, Brasil**INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN***Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(1): 57-58*

La miocardiopatía hipertrófica es una enfermedad miocárdica frecuente, con expresión fenotípica variable, que se caracteriza por la tétrada: hipertrofia de localización variada, desorganización sarcomérica de los miocitos, fibrosis intersticial y grados variables de insuficiencia coronaria.

Indicadores de evolución ominosa se pueden rescatar en los antecedentes personales y familiares, en las condiciones clínicas del paciente, en su ECG y en el ecocardiograma. A propósito se presentan 3 casos clínicos ilustrativos de distintas formas de miocardiopatía hipertrófica, con diversos grados de severidad y diferentes propuestas de resolución.

Palabras clave: Miocardiopatía hipertrófica. Indicadores de evolución ominosa. Electrocardiograma.

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n1/clinicos/clinico02/riera.php>

Caso Clínico**Síndrome coronario X. Valor de las imágenes híbridas (PET / CTA), como alternativa no invasiva en pacientes con sospecha de cardiopatía isquémica**
Coronary syndrome X. Value of hybrid imaging (pet / cta) as non-invasive alternative in patients with suspected ischemic heart disease

Andrea Monroy¹, Christian González¹, Gerardo Guinto¹, Raúl Cruz¹, Lourdes Walls¹, Luis Casares¹, Enrique Berríos¹, Aloha Meave¹, Erick Alexanderson^{1,2}

¹Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México DF, México. ²Unidad PET/CT Ciclotrón UNAM. México DF, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO**RESÚMEN**

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(1): 59-60



Presentamos el caso clínico de una mujer de 72 años con angina crónica estable. Se realizó imagen híbrida con Tomografía por Emisión de Positrones (PET, por sus siglas en inglés) y Angiotomografía Coronaria (CTA, por sus siglas en inglés), que mostró infarto con isquemia en ausencia de lesiones coronarias obstructivas. A pesar de que actualmente la prueba vasomotora coronaria mediante angiografía es el estándar de referencia para el diagnóstico de Síndrome Coronario X (SCX), se trata de un método invasivo, por lo que la PET/CT podrían ser una alternativa no invasiva en infartos con coronarias sanas, brindando una excelente información diagnóstica y pronóstica.

Palabras clave: Imagen híbrida cardiovascular. Síndrome coronario X

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n1/clinicos/clinico01/alexanderson.php>

Caso Clínico**Afectación cardíaca del síndrome carcinoide**
Carcinoid heart disease

Guillermo N Vaccarino, María N Brenzoni, Sergio Baratta, Jorge Bilbao

Hospital Universitario Austral, Pilar. Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO**RESÚMEN**

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(2): 104-106



El síndrome carcinoide es una entidad poco frecuente en la práctica clínica, pero hecho el diagnóstico el compromiso valvular cardíaco es del 50%. Esta presentación describe el caso de un paciente de 50 años con tumor carcinoide asociado a insuficiencia tricuspídea y pulmonar sintomática. Fue intervenido quirúrgicamente con éxito.

Palabras clave: Cirugía cardíaca. Válvula Pulmonar y Tricuspídea. Ventrículo derecho

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n2/clinico/clinico01/vaccarino.php>

Caso Clínico**Flutter auricular izquierdo por circuito macro-reentrante mural: ablación mediante aplicación focal de radiofrecuencia***Left atrial flutter by mural macroreentrant circuit: ablation by focal radiofrequency*

Martin Ricardo Arceluz, Pedro Federico Cruz, Estela Falconi, José Luis Merino

Unidad de Arritmias y Electrofisiología Robotizada, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario "La Paz", Madrid, ESPAÑA

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(2): 107-109



El aleteo auricular, es una arritmia macrorreentrante caracterizada por actividad auricular regular y constante. Presentamos el caso de una paciente de 67 años con taquicardia regular, con complejos QRS estrechos, y respuesta ventricular de 150 latidos por minutos, con longitud de ciclo (LC) de 400 ms, que requirió solo una aplicación focal de radiofrecuencia para su ablación. Por las características electrocardiográficas se diagnosticó aleteo auricular atípico.

Palabras clave: Flutter auricular. Izquierdo. Mural<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n2/clinico/clinico03/arceluz.php>**Caso Clínico****Síndrome de Laubry-Pezzi en un paciente adulto. Reporte de un caso***Laubry-Pezzi syndrome in a adult patient. A case report*

Rafael Romero González, José Pedrosó Rodríguez, Yasser Colao Jiménez, Frank D. Padrón Martínez

Hospital Clínico Quirúrgico "Hermano Ameijeiras". La Habana, Cuba

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(3): 170-172



El Síndrome de Laubry-Pezzi es una causa poco frecuente de insuficiencia aórtica. Se caracteriza por defecto septal ventricular y prolapso valvular aórtico. Se presenta el caso de una adulta joven operada en nuestra institución, realizándose sustitución valvular aórtica con prótesis mecánica y cierre del defecto con un parche de dacrón a través de la aorta, con favorable evolución clínica. Este síndrome puede ser diagnosticado raras veces en la adultez, en cuyo caso es válido el tratamiento empleado por nuestro equipo.

Palabras clave: Laubry. Insuficiencia aórtica. Defecto septal.<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n3/clinicos/clinicos01/gonzalez.php>

Caso Clínico**Dos taquicardias isorrítmicas durante la reperusión de infarto agudo de miocardio**
Two isorhythmic tachycardia during reperfusion in acute myocardial infarction

Oscar A Pellizzón, Mario D Gonzalez*, Lucas Arias, Gabriel Tissera.

Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Argentina. * Hershey Medical Center. Pensilvania State University. USA.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(3): 173-175

Se presenta un caso de infarto agudo de miocardio reperfundido con dos taquicardias raramente observadas: una con QRS angosto (taquicardia auricular) y otra con QRS ancho (taquicardia ventricular). Ambas taquicardias presentan longitudes de ciclo similares configurando una taquicardia con latidos fusionados. Esta situación implica una disociación auriculo-ventricular y diagnóstico de taquicardia ventricular. Se desarrolla una explicación de por qué se evidencia este fenómeno y su probable mecanismo electrofisiológico.

Palabras clave: Infarto agudo de miocardio. Taquicardia con QRS angosto. Taquicardia con QRS ancho. Taquicardia ventricular.

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n3/clinicos/clinicos03/pellizon.php>

**Caso Clínico****Ergotismo severo asociado al uso de antiretrovirales***Severe ergotism associated with the use of antiretroviral*

Gastón FR Mosso, Noemí Saldeña, Eduardo Delgado Pereyra.

Hospital Central. Mendoza, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(3): 176-179

El ergotismo es una complicación muy poco frecuente, de la intoxicación aguda o de la ingesta crónica de derivados de la ergotamina, independiente de la dosis. Se presenta como un síndrome vasomotor con elementos de insuficiencia vascular periférica aguda, generalmente a nivel distal en las extremidades (acrosíndrome). Presentamos 2 casos clínicos de mujeres infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana 1 (HIV -1), en tratamiento con anti-retrovirales que incluyeron inhibidores de la proteasa (ritonavir), que recibieron ergotamina prescripción médica en un caso, y automedicación en otro. Una de las pacientes consultó tardíamente. En ambos casos se constató compromiso vascular severo con ausencia de pulsos distales en miembros inferiores, confirmado por arteriografía de urgencia. Se diagnosticó ergotismo severo secundario a la asociación ergotamina-ritonavir, drogas que se suspendieron de inmediato, tratándose con nitroprusiato de sodio, bloqueantes cálcicos, ácido acetil-salicílico, profilaxis antitrombótica con enoxaparina, cilostazol e infusión de prostaglandinas vasodilatadoras con respuesta clínica variable. Una paciente presentó mejoría de los síntomas, y la otra que consultó tardíamente falleció.

Palabras clave: Ergotismo. Antiretrovirales. Ergotamina. Acrosíndrome.

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n3/clinicos/clinicos02/mosso.php>



Caso Clínico**Tratamiento endovascular de la oclusión aórtica aguda. A propósito de un caso**
Endovascular treatment of acute aortic occlusion. Case report

Luis García-Nielsen, Rafael Feldman, Gerardo Padilla, Oscar Tobías Teruel, Romelia Del Valle
Cardiología. Sanatorio Sarmiento, Tucumán, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(4): 222-225



La oclusión aórtica aguda es una entidad poco frecuente, grave, de elevada morbilidad y mortalidad. Se ha señalado a la embolia de origen cardíaco como causa principal, pero puede deberse también a trombosis de una placa aterosclerótica, trombosis in situ en estados de hipercoagulabilidad, aneurisma de Aorta abdominal, etc. La manifestación más frecuente es el dolor intenso en miembros inferiores, signos de isquemia grave y en algunos casos trastornos variables de la motilidad. Presentamos el caso de un paciente con oclusión aguda de Aorta infrarrenal, que recibió tratamiento endovascular y trombolisis intraarterial.

Palabras clave: Oclusión aórtica aguda. Aneurisma de aorta abdominal. Tratamiento endovascular. Trombolisis

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n4/clinicos/clinicos01/nielsen.php>

Caso Clínico**Fenómeno de fatiga, en una vía accesoria manifiesta, luego de la aplicación de radiofrecuencia**

Fatigue phenomenon in an accessory a-v pathway following delivery of radiofrequency

Oscar A Pellizzón, Sebastián Nannini, Mario D Gonzalez, Marcelo Elizari

Hospital Provincial del Centenario. Facultad Ciencias Médicas, UNR. Rosario (Santa Fe).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(4): 226-228



El fenómeno de fatiga fue descrito en el nódulo aurículo-ventricular cuando existía un defecto en la conducción frecuencia y tiempo dependiente. El mismo efecto fue observado en el sistema His-Purkinje y en las vías accesorias aurículo-ventriculares cuando la conducción se encuentra deprimida o por la acción de fármacos bloqueadores de los canales de sodio.

El caso que se presenta, demuestra por primera vez, la ocurrencia del fenómeno de fatiga en una vía accesoria aurículo-ventricular después de la aplicación de radiofrecuencia. La lesión transitoria resultó en bloqueo anterógrado que fue exacerbado por períodos prolongados de estimulación y a frecuencias rápidas. La hipopolarización de la vía accesoria aurículo-ventricular provocada por la radiofrecuencia con inactivación de los canales de sodio podría atribuirse como una probable explicación a este fenómeno.

Palabras clave: Fenómeno de fatiga. Vía accesoria AV. Ablación. Radiofrecuencia

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n4/clinicos/clinicos02/pellizon.php>

Caso Clínico**Amiloidosis cardíaca simulando una miocardiopatía hipertrófica***Cardiac amyloidosis mimicking hypertrophic cardiomyopathy*

Marcia M Cortes, Luciano Battioni, Agustina Sciancalepore, Juan P Costabel

Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

RESÚMEN

Rev Fed Arg Cardiol. 2015; 44(4): 229-232

El depósito de amiloide en el miocardio, asociado o no al compromiso de otros órganos, es una miocardiopatía infiltrativa, que puede simular en ocasiones una miocardiopatía hipertrófica. La evaluación minuciosa y racional de los métodos complementarios de diagnóstico permite precisar su diagnóstico. El pronóstico de la amiloidosis cardíaca no es bueno, difiere según el tipo de amiloide, disponibilidad y respuesta al tratamiento.

Se presenta el caso de un paciente que durante años se interpretó como una miocardiopatía hipertrófica, con diagnóstico histológico final de una amiloidosis cardíaca.

Palabras clave: Amiloidosis. Amiloidosis cardíaca. Miocardiopatía infiltrativa

<http://www.fac.org.ar/2/revista/15v44n4/clinicos/clinicos03/cortes.php>



LA FAC PUERTAS ABIERTAS **BIENVENIDOS AL PORTAL FAC PARA MÉDICOS CLÍNICOS**

*Juntos podemos formar una alianza estratégica de actualización médica
que vaya en beneficio de nuestros pacientes.*

A través de este acuerdo usted:

Será parte de un portal *web* que tendrá diferentes herramientas de actualización, participación activa con especialistas de FAC en temas afines a la clínica médica

Podrá intervenir como médico clínico en actividades y publicaciones que impliquen temas de clínica cardiológica

Bonificación y descuentos en eventos de FAC

Suscripción a la Revista Científica de FAC

Otros beneficios y más información consultar en
www.fac.org.ar/facpuertasabiertas

Más información en

<http://www.fac.org.ar/puertasabiertas>

Escribanos a

facpuertasabiertas@fac.org.ar



EN ROEMMERS, LO APOYAMOS EN LA DIFÍCIL TAREA DE PRESCRIBIR

- + Brindando medicamentos de calidad.
- + Ofreciendo presentaciones que cubren tratamientos completos.
- + Respetando el uso racional de medicamentos con drogas
aprobadas por las guías nacionales e internacionales de manejo clínico.



DBT TIPO 2

Glucal

Teneligliptina 20 mg

24 horas
de estabilidad

LA EVOLUCIÓN DE LAS GLIPTINAS

Única con estructura pentamérica que brinda mayor estabilidad inhibitoria de la enzima DPP-IV durante las 24 horas.



PRESENTACIÓN:
por 30 comprimidos.



Roemmers
CONCIENCIA POR LA VIDA