

### Tratamiento del bloqueo aurículo-ventricular con Prednisona

TREATMENT OF ATRIOVENTRICULAR BLOCK WITH PREDNISON. Caramelli, Z. y R. Ruiz Tellini. *Am. J. Cardiol.* 5: 263, 1960.

Estudian este tratamiento en 31 casos de bloqueo aurículo-ventricular completo. La prednisona reduce el intervalo P-R en 7 de 10 casos de bloqueo de primer grado. Dos enfermos de bloqueo incompleto fueron tratados con éxito. Cinco de siete casos de bloqueo completo pero intermitente también fueron tratados con resultado. En veinte de bloqueo completo y permanente sólo se consiguió una ligera mejoría de la frecuencia ventricular.

Los resultados positivos aparecen a poco de instaurar el tratamiento, y por eso es superfluo prolongar la terapéutica si la mejoría no aparece en los primeros cuatro o cinco días, y es conveniente una supresión gradual de la droga. En cuanto al posible mecanismo de acción suponen que actúa sobre áreas de edema que rodean el nódulo aurículo-ventricular.

### Tratamiento del síndrome de Stokes-Adams

THERAPY OF STOKES-ADAMS SYNDROME. REPORT OF FOUR UNUSUAL CASES, WITH A REVIEW OF THE LITERATURE. Goldberg, T. H. y R. S. Palman. *Am. J. Cardiol.* 5: 540, 1960.

Las recientes adquisiciones en la terapéutica del síndrome de Stokes-Adams plantean al médico la necesidad de revisar los conocimientos sobre la naturaleza del síndrome y las diferentes modalidades de terapéutica utilizable en la actualidad. Exponen cuatro casos de

mostrativos estudiando algunos de los más difíciles problemas. Es importante precisar la etiología del bloqueo aurículo-ventricular en cada caso, y el mecanismo del síncope, es decir, si es asistolia ventricular o aceleración porque es necesario para un tratamiento adecuado. Los agentes farmacológicos más utilizables son isoprotrenol y epinefrina, y se emplean por vía intravenosa para tratamiento de los episodios de asistolia. Isoprotrenol parece de menos tendencia a provocar fibrilación ventricular en el hombre. En enfermos con acidosis e hipercalcemia que no responden a aminas simpaticomiméticas está indicado el lactato sódico molar. En algunos casos de bloqueo cardíaco como complicación de infarto miocárdico agudo, los esteroides adrenocorticales pueden tener alguna utilidad debido a su acción antiinflamatoria. El déficit de potasio puede favorecer la conducción aurículo-ventricular, y según este fundamento pueden ser útiles en el bloqueo cardíaco crónico los esteroides corticales y la clorotiácida. Están contraindicados en el bloqueo cardíaco completo el potasio, la quinidina y la procainamida. La excitación eléctrica rítmica es muy favorable en el tratamiento de episodios de síncope por asistolia ventricular, pero no tiene efecto en episodios de aceleración ventricular. En estos últimos en cambio es eficaz la desfibrilación eléctrica. La colecistectomía puede ser favorable en aquellos casos, en reducida proporción, en los cuales se confirma el diagnóstico de litiasis biliar.

La reanimación en situaciones agudas exige una acción rápida en una serie de fases mientras se mantiene la respiración al mismo tiempo. Si se sospecha asistolia es útil el percutir el tórax y la punción cardíaca seguida de excitación externa o apertura por toracotomía.

Todas estas maniobras se deben realizar en cuatro minutos. Cuando la fibrilación ventricular es la causa del síncope sólo se puede hacer desfibrilación externa o toracotomía con masaje cardíaco,