

Reestenosi postangioplastia en les lesions complicades de l'artèria descendent anterior

J. Àngel, J. Alió, E. Domingo, I. Anivarro, E. Sanz, N. Batalla i J. Soler-Soler

Hospital General de la Vall d'Hebron, Barcelona.

Hem estudiat de forma prospectiva i consecutivament 164 lesions coronàries (106 DA, 32 CX i 26 CD) que han estat dilatades amb èxit (lesió residual post-angioplastia inferior al 50 %).

A tots els malalts els ha estat realitzat control angiogràfic als 9 mesos de l'angioplastia (ACTP) o abans si presentaven clínica anginosa. Les estenosis coronàries foren classificades pre-ACTP en dos grups: 1) complicades (C = excèntriques i/o irregulars), i 2) no complicades (NC = concèntriques i regulars).

Durant el seguiment tots els pacients han rebut àcid acetilsalicílic. Les reestenosis foren definides com a lesions superiors al 50 % en l'angiografia de control. La freqüència de reestenosis ha estat del: 71 % en les lesions C de la DA (46/65); del 22 % en les lesions NC de la DA (9/41); i del 62 % en les lesions C de la CX + CD (10/30). La freqüència de reestenosis fou més alta en les lesions C de la DA *versus* les NC de la DA ($p < 0,001$) i *versus* les C de la CX + CD ($p < 0,05$).

Aquests resultats suggereixen que les lesions excèntriques i/o irregulars de la DA que s'angioplastien presenten durant el seguiment una freqüència més elevada de reestenosis quan es comparen amb estenosis regulars i concèntriques de la DA i amb altres estenosis complicades d'altres vasos coronaris.

Estudi de la irrigació segmentària del ventricle esquerre

J. Reig, A. Jornet, J. Palet, M. Usón i M. Petit

Laboratori Experimental. Departament de Cardiologia, Centre Quirúrgic Sant Jordi, Barcelona.

En una sèrie de 100 cors humans s'estudia la irrigació coronària, per segments, seguint una nova sistemàtica (Selvester, 1982), utilitzant la coronariografia *post mortem* amb una suspensió de sulfat de bari i microdissecció subsegüent.

Dels dotze segments en què s'ha dividit el ventricle esquerre, els tres anteriors (basal, mig i apical) i els segments basal posterior i basal mig, presenten una irrigació pràcticament constant. La resta de segments posseeix una distribució arterial que varia amb funció de diversos paràmetres, com el tipus de dominància coronària i la longitud de les artèries interventricular anterior i marginals.

De les conclusions destaquem:

1. El ventricle esquerre, des del punt de vista de la seva irrigació, pot dividir-se en dotze segments, seguint un esquema geomètric senzill.
2. En els segments amb un tipus d'irrigació constant, aquesta es proveeix per un únic vas, que és específic del segment.
3. En els segments amb un tipus d'irrigació variable, aquesta depèn de paràmetres de distribució general coronària, i es múltiple.
4. Es fa un mapa de la relació bijectiva entre segments i distribució de les artèries coronàries.

¿Influeix el vas revascularitzat en la incidència d'obstrucció precoç dels empelts venosos aorto-coronaris?

Grup Espanyol per al Seguiment dels Empelts Aorto-Coronaris (GESIC). Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Per tal de determinar la possible relació entre l'artèria coronària revascularitzada i la taxa d'oclusió precoç dels empelts venosos, analitzem retrospectivament les dades procedents de 1.935 empelts aorto-coronaris realitzats amb vena safena, implantats en un total de 835 pacients cateteritzats als 6-28 dies de la intervenció.

La incidència d'oclusió precoç dels empelts fou del 10,4 % per a l'artèria coronària descendent anterior o les seves branques (DA), 19,2 % per a les branques marginals de la circumflexa (Cx) i 16,1 % per a la coronària dreta (CD) ($p < 0,00001$). Aquestes diferències no pogueren ser atribuïdes a les distintes característiques clíniques de

cada grup ni al tractament amb antiagregants. La combinació de dos coneguts determinants d'oclusió precoç dels empelts, el diàmetre del vas distal mesurat durant la intervenció i l'absència d'anastomosis seqüencials, donà els següents resultats d'obstrucció precoç per a cada territori revascularitzat:

Vas revascularitzat	DA	Cx	CD	P
≤ 10 mm no seqüencial (n = 101)	29 %	53 %	54 %	< 0,01
≤ 10 mm seqüencial (n = 60)	34 %	30 %	20 %	NS
15 mm no seqüencial (n = 693)	13 %	21 %	16 %	< 0,01
15 mm seqüencial (n = 353)	5 %	12 %	11 %	< 0,01
≥ 20 mm no seqüencial (n = 596)	4 %	17 %	13 %	< 0,01
≥ 20 mm seqüencial	7 %	7 %	8 %	NS

Conclusió. L'artèria revascularitzada *per se* és un dels determinants d'oclusió precoç dels empelts venosos, independentment del diàmetre del vas, de l'administració d'antiagregants i de la utilització de la tècnica seqüencial.

Mortalitat a 10 anys en una cohort de 803 pacients que presentaren un primer infart de miocardi a Girona

J. Sala*, J. Marrugat**, R. Masia*, G. Pérez**, J. Bassaganyas*, M.J. Pérez-Ayuso*, F. Sanz** i J. Vilaplana**

*Unitat Coronària. Hospital de Girona. **IMIM/UAB Barcelona.

Des del febrer de 1978 fins el juny de 1986, es varen estudiar 896 pacients consecutius que presentaren llur primer infart de miocardi (IM) i que arribaren vius a l'hospital Álvarez de Castro de Girona. D'aquests, en seleccionaren 803 d'edats compreses entre 25 i 74 anys i empadronats a Girona, per ésser seguits (interval de seguiment aconseguit: de 3 mesos a 10 anys).

Aquest hospital té l'única unitat coronària (UC) per a una població d'uns 250.000 habitants dintre d'una àrea geogràficament i administrativament ben definida. Els esdeveniments estudiats foren l'aparició d'una mort cardíaca definitiva (clínicament documentada) o possible (quadre clínic presenciat i/o antecedents patològics suggerents). Es va recollir informació sobre els antecedents clínics, els hàbits tòxics i els esdeveniments majors durant la fase aguda de l'IM (insuficiència cardíaca (IC) avaluada amb el grau de Killip i les arrítmies (ART) classificades com a *greus* -fibril·lació ventricular o taquicàrdia ventricular-, o *banals* -cap a qualsevol altra). Es va ajustar un model logístic de regressió. També vàrem emprar corbes de supervivència amb el mètode actuarial.

Resultats

Període Mortalitat	Mortalitat cardíaca del mètode actuarial			
	1 mes	1 any	5 anys	10 anys
	11 %	17 %	32 %	55 %

En ajustar per edat, sexe i ART el risc relatiu o *odds ratio* (OR), per a la presència d'IC era de 5,3 (interval de confiança: 2,53-11,7); i l'OR per a la presència d'ART, en ajustar per edat, sexe i IC, va ser 1,45 (interval de confiança 0,73-2,89).

Els factors de risc previs a l'IM no influeixen en l'evolució posterior. La IC en la fase aguda de l'IM és un factor altament predictor de la mortalitat a 10 anys quan hom ajusta per sexe, edat i presència d'arrítmies. Les arrítmies en la mateixa fase de l'IM, contràriament, no ho són (l'interval de confiança de l'OR conté l'1).