

Material i mètode. En 19 malalts (17 homes i 2 dones) ingressats a la CIC es va administrar amrinone endovenosa a la dosi preestablerta (bol inicial de 0,75 mg/kg i perfusió contínua entre 5-10 mcgs/kg/min.). La causa de la ICC va ésser isquèmia en 11 casos i miocardiopatia primitiva en 8 casos. L'edat mitjana era 59,8 ± 11 (44-81).

En tots els casos es va col·locar catèter de Swan-Ganz per determinar cabal cardíac (CC), índex cardíac (IC), pressió capil·lar pulmonar (PCP), pressió d'aurícula dreta (PAD), pressió pulmonar mitjana (PPM) i pressió arterial mitjana (PAM) als minuts 15, 30, 60, 120, 240 i 360, i a les 8, 17 i 19 hores.

Resultats. En tots els casos es va produir una millora significativa dels paràmetres hemodinàmics, amb un increment del cabal cardíac i una reducció de les pressions d'ompliment ventricular.

	Basal	Efecte màxim	p
CC	3,3 ± 0,5	4,7 ± 0,7	< 0,0001
IC	1,8 ± 0,2	2,5 ± 0,4	< 0,001
PCP	24,7 ± 5	14,3 ± 6	< 0,001
PAD	8 ± 6	3 ± 3	= 0,02
PAM	91,7 ± 16	87 ± 12	NS
PPM	34,7 ± 7	24,6 ± 7	< 0,0001

Conclusions. En pacients amb ICC severa, l'amrinone per via endovenosa exerceix importants efectes hemodinàmics mantinguts, com a mínim, durant 8 hores. La resposta hemodinàmica amb increment de CC i reducció significativa de les pressions d'ompliment recorda l'obtinguda amb els vasodilatadors de màxima acció.

Evolució dels malalts amb cardiopaties congènites i malaltia vascular pulmonar per sota dels 3 anys

N. Torán**, C. Ruiz de Miguel*, M. Roviroa*** i C. Lozano***

* Departament d'Anatomia Patològica i *** Servei de Cirurgia Cardíaca. Hospital Vall d'Hebron, Barcelona; ** Departament Infantil Ciències Morfològiques. Facultat Medicina. UAB.

Per tal d'establir la correlació entre l'estructura vascular pulmonar i la funció en diferents tipus de cardiopaties congènites amb shunt esquerre-dreta (*defectes septals atrioventriculars, comunicacions interventriculars, truncus communis i comunicacions interauriculars*), s'estudien 50 pacients d'edat compresa entre 1,5 i 30 mesos.

S'han aplicat estudis hemodinàmics per a cada cas i morfometria quantitativa en les biòpsies pulmonars. Es calculen l'engruiximent de la capa muscular i el nombre total d'artèries <150 µm seguint el mètode de Takahashi i Wagenvoort.

La severitat de l'engruiximent de la capa mitja de les artèries pulmonars intraacinaris no presenta correlació significativa amb les dades hemodinàmiques. El percentatge d'engruiximent està en funció del tipus de cardiopatia ($p < 0,05$). Les resistències vasculares pulmonars mostren una correlació inversa amb el nombre total d'artèries perifèriques ($p < 0,05$). Així mateix, l'evolució dels malalts es troba en relació amb les resistències vasculares pulmonars ($p < 0,001$).

Pericarditis recurrent: prevenció amb colxicina

J. Guindo, A. Rodríguez de la Serna, J. Ramió, M.A. de Miguel, M.J. Subirana, M.J. Ayuso i A. Bayés de Luna

Hospital de Sant Pau, Barcelona.

El tractament de la pericarditis recurrent és sovint difícil i pot requerir fàrmacs immunosupressius o, fins i tot, la cirurgia. Hem dut a terme un estudi prospectiu obert amb 9 pacients tractats amb colxicina (1 mg/dia) per prevenir noves recurrències (7 homes; mitjana d'edat 41,7 ± 13,7). En 5 pacients la pericarditis era idiopàtica; en dos, postpericardiectomia; en un postinfart de miocardi; i associada amb un lupus eritematos diseminat en un. A la inclusió tots els pacients havien sofert 3 recaigudes o més, malgrat haver estat tractats amb aspirina, indometacina, prednisona, o una combinació d'aquests. Per l'anàlisi estadístic hem realitzat un disseny de dades aparellades (test de la "t" de Student).

Resultats. Tots els pacients han respost a la colxicina. Després d'una mitjana de seguiment de 24,4 mesos (límits 10-54) no s'ha observat recurrències en cap pacient. El període sense símptomes consecutiu al tractament amb colxicina es va doblar en comparació al període màxim sense símptomes d'abans del tractament ($p < 0,002$).

El nostre estudi suggereix que la colxicina pot ser útil per evitar la recurrència de la pericarditis.

Anàlisi de la funció ventricular esquerra a les miopaties

F. Worner*, O. Romero**, S. Aguade***, C. Cervera** i J. Candell*

Serveis de * Cardiologia, ** Neurologia, *** Medicina Nuclear. Hospital General Vall d'Hebron, Barcelona.

Per tal de valorar la funció miocàrdica en els diferents tipus de miopaties, es va fer un estudi a 24 malalts repartits en 2 grups: a) 15 amb malaltia de Steinert, 5 dones i 10 homes d'edat mitjana (45 ± 15 anys), b) nou amb altres distròfies musculars (3 distròfies de Becker, 3 escàpulo-peroneals, 2 sde. Emery-Dreifuss i 1 fàcio-escàpulo-humeral), 3 dones i 6 homes d'edat mitjana 37 ± 14 anys, no hi havien diferències d'edat ni de temps d'evolució entre ambdós grups de malalts. Es practicà una ventriculografia isotòpica en equilibri i un ecocardiograma M i 2-D a tots els malalts. La fracció d'ejecció radioisotòpica del ventricle esquerre aconseguida en el grup Steinert (43 ± 8 %) fou significativament superior ($p < 0,025$) a la resta de distròfies musculars (35 ± 10). Prenent com a límit inferior de la normalitat una fracció d'ejecció del 50 %, 11 dels 15 malalts del grup Steinert (73 %) i tots els que pertanyien a l'altre grup, tenien una fracció d'ejecció disminuïda. La disfunció sistòlica anava acompanyada d'una tendència a la dilatació ventricular esquerra en el nostre grup de distròfies musculars (55 % dels malalts presentaren diàmetre telediastòlic > 55 mm). No es va constatar cap cas de miocardiopatia hipertròfica.

Resum. La majoria dels malalts afectats de miopatia, malgrat l'absència de clínica d'insuficiència cardíaca, presenten una funció ventricular sistòlica alterada, encara que aquesta és menys important en el grup Steinert que a les altres distròfies musculars.

Fístula arterial al ventricle dret en els pacients receptors de trasplantament cardíac. Relació amb la biòpsia endomiocàrdica

V. Martí, J.L. Bailén, A. Turà, J.M. Augé, M. Masotti, C. Crexells i A. Oriol

Hemodinàmica, Fundació d'Investigació Sant Pau. Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau, Barcelona.

La trobada casual d'una petita fístula coronària (FC) al cor d'un pacient receptor de trasplantament cardíac ortotòpic ens va portar a estudiar la incidència i el moment d'aparició de la possible fístula en els nostres malalts.

Es van estudiar 30 pacients portadors d'un cor trasplantat, als qui es va efectuar una coronariografia als 2 mesos de la intervenció i anulament. El seguiment va oscil·lar entre 2 mesos i 4 anys (26 ± 13 mesos). Es van realitzar a cada pacient entre 4 i 30 (18 ± 31) biòpsies endomiocàrdiques (BEM) en ventricle dret, amb una mitjana de 3 mostres per procediment.

Es van observar 11 FC en 7 dels 30 pacients (23,3 %). En 3 casos es localitzaven en més d'una zona anatòmica (2 pacients presentaven 2 FC i un 3) i en la resta dels casos tan sols una. Cinc FC s'originaven en la coronària dreta, dos en la circumflexa, quatre en la descendent anterior (tres en un mateix pacient). En tots els casos la FC drenava a VD. En el primer estudi angiogràfic es van observar 7 FC i la resta en el curs del primer any, coincidint amb el període en què les BEM varen ésser més freqüents, com ho suggerereix el que en els 2 primers mesos post-trasplantament cardíac el nombre de BEM/pacients-any va ésser de 32,14, dels 2 als 12 mesos d'11,01, i en els següents controls anuals va ésser de 4,62, 3,9 i 1,5 respectivament.