

R17. Hallazgos ecocardiográficos en el Síndrome de Antifosfolípido Primario

Terry Colmenares G, Nidia Espinosa Z, Flory Cruz C, Angel Romero C, Mary Carmen A, Jesús Vargas B. Instituto Nacional de Cardiología. México-D.F., México.

Se describen los hallazgos ecocardiográficos en el síndrome antifosfolípido primario (SAFP) y la utilidad del tratamiento con anticoagulantes (acenocumarina) y/o antiagregantes plaquetarios (AAS). La utilidad del tratamiento se evaluó con ecocardiografía transesofágica (ETE) para determinar la evolución de las lesiones valvulares después de un año de tratamiento. Se estudiaron 29 pacientes; 22 mujeres y 7 hombres, con una edad promedio de 35, 4 años. El ETE se realizó en todos los pacientes antes del inicio del tratamiento anticoagulante y/o antiagregante plaquetario. Se encontraron lesiones valvulares en 22 pacientes (75,9%), también se encontraron otras anomalías cardíacas en 3 casos: infarto del miocardio en 2 pacientes y un caso con defecto atrial. En 7 casos (24,1%) no se detectó ninguna anomalía valvular, sin embargo, en dos de estos casos se encontraron otras anomalías cardíacas: aneurisma del septum interatrial con foramen oval permeable y otro caso con alteraciones del movimiento segmentario de la pared ventricular secundarias a infarto del miocardio. Un año después del inicio del tratamiento el control ecocardiográfico sólo fue posible en 13 pacientes. Se encontró que no hubo modificación de las lesiones valvulares en 4 casos (30,7%), mientras que aparecieron nuevas lesiones en los 9 pacientes restantes (69,3%), además de acinesia apical del ventrículo izquierdo en un caso. Estos resultados indican que la lesión cardíaca predominante en el SAFP es valvular, la incidencia de trombosis arterial es mayor en pacientes con enfermedad valvular, el tratamiento anticoagulante y/o antiagregante plaquetario no modifica las lesiones valvulares encontradas en este síndrome. Ocasionalmente esta entidad puede asociarse con infarto del miocardio a pesar de presentar arterias coronarias epicárdicas angiográficamente normales.

Notas: _____

R18. Estudio de correlación entre Eco-Dobutamina y Sestamibi en la cardiopatía isquémica

Antonio Rodríguez, Daniel R. Pichel, Jorge Motta, Percy Núñez, Alberto Arrocha, Norberto Calzada. Cardiólogos Asociados de Panamá y Centro Médico Paitilla, Panamá.

Objetivos: Determinar la utilidad diagnóstica del ecocardiograma de stress con dobutamina y el estudio de perfusión con Sestamibi en pacientes con síntomas y/o signos de enfermedad coronaria, en igualdad de condiciones.

Material y métodos: 22 pacientes fueron estudiados. Se les realizó eco de stress con dobutamina hasta lograr el 85% de la frecuencia cardíaca máxima calculada para la edad, síntomas o signos de isquemia miocárdica. En ese momento se tomaron imágenes de máximo esfuerzo y simultáneamente se inyectaron 20 mCi de Sestamibi. A las 24 horas se realizaron imágenes de reposo con 10 mCi de Sestamibi. Se analizó la movilidad segmentaria al igual que la perfusión dividiendo en áreas antero-septal, inferobasal, apical y lateral. Todos los pacientes tuvieron registros de EKG utilizando D2 y V5 durante los estudios. A todos los pacientes con alguno de los dos estudios positivos se les realizó coronariografía considerándose significativas aquellas lesiones mayores de un 70%.

Resultados: Tanto el Sestamibi como el Eco-Dobutamina fueron positivos en pacientes con enfermedad coronaria angiográficamente significativa demostrada en el cateterismo cardíaco. El EKG mostró datos sugestivos de isquemia en cinco pacientes. Todos los pacientes con alguno de los estudios positivos mostraron lesiones significativas en el cateterismo.

Conclusión: 1. La utilidad diagnóstica de ambos estudios es similar. 2. Tanto el Eco-Dobutamina como el Sestamibi demostraron ser muy superiores al registro del EKG. 3. Todos los pacientes con angiografía positiva para lesiones obstructivas hemodinámicamente significativas tuvieron alguno de los estudios positivos lo cual corrobora lo reportado en la literatura.

Notas: _____

R19. Ecocardiografía tranesofágica: experiencia con los primeros 65 casos en el Hospital México

Lidiette Esquivel. Hospital México. C.C.S.S. San José-Costa Rica.

El ecocardiograma tranesofágico (ETE) tiene mejor sensibilidad y calidad de imagen que la ecocardiografía transtorácica (ETT). Está disponible en el Hospital México (HM) San José, Costa Rica desde setiembre de 1996. Objetivos: Determinar las principales indicaciones, su utilidad en el diagnóstico y manejo de los pacientes y las complicaciones.

Métodos: De setiembre de 1996 a agosto de 1998, se realizaron 65 ETE en 62 pacientes. Se utilizó un equipo ATL Ultramark 9 HDI provisto de una sonda tranesofágica biplano.

Resultados: Se analizaron los 65 estudios, 20 de ellos en pacientes con prótesis valvulares. 16 estudios fueron indicados por endocarditis infecciosa (EI), 13 por función de prótesis valvulares, 9 por enfermedades congénitas, 8 por fuente cardíaca de embolismo, 7 por lesiones valvulares, 6 por disección aórtica, 5 por masas intracardíacas y 1 por pericarditis constrictiva. En 11 estudios (17%) no aportó ninguna información adicional a la reportada por ETT, 34 de los 62 pacientes fueron operados, 31 basados en los hallazgos del ETE. En 32 de los 34 pacientes operados (96.8%) la cirugía corroboró en diagnóstico. No se presentaron complicaciones.

Conclusiones: Las indicaciones de ETE en el HM fueron similares a las reportadas en la literatura. La frecuencia más alta de pacientes con EI sugiere una mayor incidencia de esta condición en nuestros pacientes. El alto número de prótesis valvulares refleja la naturaleza quirúrgica de nuestros pacientes, además de que ésta es una de la poblaciones que más se beneficia del ETE. En un alto porcentaje de pacientes el ETE aportó información adicional que no había sido documentada mediante el ETT. Es un procedimiento muy seguro y proporciona información adicional vital para el manejo de los pacientes.

Notas: _____

R20. El monitoreo ambulatorio de la presión arterial en la evaluación del paciente hipertenso o con sospecha de hipertensión arterial

Vivien Araya G, Juan C Elizondo U, Eduardo Sáenz M, Mario Speranza, Allan Lanzoni R, Ricardo Zamora C. Instituto del Corazón, UNIBE, I.C.A.C.-H.C.B., San José-Costa Rica.

El monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) es en la actualidad un método muy importante para el diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial sistémica (HTAS). La estimación de la presión arterial (PA) por el método convencional solo permite una aproximación puntual, pero no informa sobre el comportamiento a lo largo de períodos prolongados o en situaciones específicas. Con el objetivo de evaluar nuestra experiencia clínica inicial con el uso del MAPA en la valoración de pacientes con HTAS establecida o con sospecha HTAS no confirmada, se analizaron 260 estudios de MAPA realizados en los últimos 15 meses en el Instituto del Corazón. Se definió como índice de desviación promedio (IDP) de la PA, a la semi-suma del porcentaje de lecturas que superan los 140 mmHg para la sistólica y 90 mmHg para la diastólica. Con base a su resultado se establecen 4 modelos de curvas: tipo 0 (normal), cuyo IDP es menor o igual a 5%; tipo I (HTAS limítrofe o borderline, intermitente), cuyo IDP está entre 6% y 30%, tipo II (HTAS diurna), con IDP entre 31% y 60% y curva tipo III (HTAS sostenida), en la cual el IDP es mayor de 60%. Se consideró un patrón circadiano normal de la PA si hay descenso mayor o igual a 10 mmHg en la PA diastólica y sistólica en la noche (10 pm a 6 am) con respecto al día (6 am a 10 pm). Se definió el fenómeno de "bata blanca" como la presencia de picos hipertensivos puntuales vinculados al entorno médico, al recibir o entregar el MAPA o durante estrés emocional. La presencia de hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI), se evaluó mediante ecocardiograma transtorácico, por medición del grosor del septum interventricular y pared posterior (mayores de 11 mm). Del total de casos analizados (260), 130 pacientes fueron mujeres (50%) y 130 fueron hombres (50%). La edad promedio fue de 61.7 años. Se encontró una curva tipo 0 en 64 pacientes (25%), tipo I en 129 pacientes (50%), tipo II en 49 pacientes (19%) y tipo III en 18 pacientes (7%). Hubo un patrón circadiano de la PA normal en 181 pacientes (70%) y anormal (plano o invertido) en 79 pacientes (30%). Se presentó el fenómeno de "bata blanca" en 16 pts. (6%), todos ellos correspondieron a curvas tipo 0 y I. En 142 pacientes (55%) se registró la ingesta de uno o varios medicamentos antihipertensivos: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina en 66 pacientes (46%), calcio-antagonistas en 56 pacientes (39%), diuréticos en 35 pts. (25%), inhibidores de receptores de angiotensina II en 34 pts. (24%), beta-bloqueadores en 25 pts. (18%). Se encontró HVI en 19 de 25 casos (72%) de pacientes con curvas tipo II y III comparado con 10 de 61 casos (16%) de pacientes con curvas tipo 0 y I.

Conclusión: El MAPA es un método no invasivo fácil de utilizar en nuestro medio, cuya información nos permite establecer un perfil del control de cada paciente más adecuado que con la toma de PA convencional (esporádica o puntual), pudiendo correlacionarse con el riesgo de daño a órganos blanco.