

## Cirurgia dels defectes septals àtrio-ventriculars

M. Rovirosa\*, \*\*\*\*, C. Sánchez\*\*, N. Torán\*\*\*, \*\*\*\*, C. Ruiz\*\*\* i C. Lozano\*

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

Entre el 1973 i el 1989 s'han operat 135 malalts que presentaven alguna forma de defecte del septo àtrio-ventricular, dels quals 68 corresponien a la completa, 10 a la intermèdia i 57 a la parcial. Les edats en el moment de la cirurgia oscil·laven entre 0,18 i 12,00 anys ( $X:3,43 \pm 2,72$ ). El 28,7% dels malalts presentaven anomalies cardíques associades. El 53,3% presentaven síndrome de Down. En la forma completa la tècnica emprada ha estat la descrita per Rastelli et al. En les formes intermèdia i parcial s'ha considerat la valva AV esquerra com a bivalva. Ha estat necessari col·locar una pròtesi primària en la vàlvula AV esquerra en malalts. En 4 malalts s'ha realitzat prèviament un encercolat de l'artèria pulmonar.

**Resultats.** La mortalitat hospitalària global ha estat 9,6%. L'estudi de les dades hemodinàmiques mostra una disminució després de la cirurgia i en els 16 casos recateteritzats de la forma completa hi ha una caiguda significativa d'algunes dades (mAP, Pp/Ps, Rp/Rs), segons l'edat de correcció. Hem reintervingut 11 malalts, dels quals sis ho foren per IM, dos per *shunt* residual i tres pel recanvi de la pròtesi mecànica col·locada en la correcció primària.

Dels nens que han sobreviscut a la cirurgia amb un seguiment de  $4,97 \pm 3,97$  anys, hem perdut 4 malalts tardanament: dos de sobte, un en la reintervenció, i un a causa de malaltia vascular pulmonar.

**Conclusions.** En el nostre medi la mortalitat i la morbiditat estan lligades sobretot a l'èxit de la correcció de la vàlvula AV esquerra, a la malaltia vascular pulmonar i a l'edat de correcció.

## Utilitat de l'ecocardiografia transesofàgica ambulatoria

F. Carreras, F.X. Borràs i G. Pons i Lladó

Departament de Cardiologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Al nostre centre, durant el període gener 1989-febrer 1990, es va indicar l'estudi amb eco-Doppler per via transesofàgica (ETE) a 156 pacients. Només en 3 casos no es va efectuar la prova, en dos per rebuig del pacient i en un per dispnea. En cap cas no es produïren complicacions. La sonda emprada era de 5MHz. En tots els pacients es va efectuar una preparació psicològica prèvia a l'exploració i només va ser necessària la sedació lleugera (diazepam 5 mg sublingual) en el 25% de casos. Les indicacions diagnòstiques van ser:

Sospita dissecció aòrtica 22 (9+, 13-); valoració disfunció protèsica 20; descartar trombus auriculars 19 (8+, 11-); estudi regurgitació mitral 19; sospita d'endocarditis 17 (7+, 10-); descartar CIA 3 (1+, 2-); miscel·lània 6.

Estudis protocolitzats: pacients amb AVC transitori 35; Funció ventricular esquerra posttrombòlisi 12.

En conclusió, l'ETE en el pacient ambulatori ha demostrat ser una tècnica exempta de complicacions i de gran utilitat, especialment en: 1) el diagnòstic de la dissecció aòrtica aguda; 2) l'estudi de les regurgitacions mitrals, especialment les protèsiques; 3) la detecció i l'estudi de masses intracardíques (trombus, vegetacions, tumors).

## Estudi prospectiu de la trombogenicitat dels mitjans de contrast de baixa osmolaritat durant l'angioplastia coronària

E. Esplugas, A. Cequier, F. Jara, J. Mauri, B. Rivero i X. Sabaté

Servei de Cardiologia. Hospital de Bellvitge-Prínceps d'Espanya. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

S'avalua la incidència de trombus en relació amb l'ús de mitjans de contrast de baixa osmolaritat, durant l'angioplastia coronària

(ACTP), mitjançant un estudi randomitzat i doble cec a 100 pacients consecutius. Van ser exclosos els pacients amb trombus intracoronari abans de l'ACTP, infart agut de miocardi o post-tractament trombolític. Els pacients van rebre un contrast no iònic, iohexol (Ihx) (n=50) o un contrast iònic, ioxaglat (Igx) (n=50). El trombus va ser definit com a) defecte de replecció intraluminal d'aparició durant o immediatament post-ACTP, o b) residus trombotics sobre la guia.

Les variables clíniques, angiogràfiques i de procediment eren semblants en els 2 grups. Es va demostrar trombus en 17 pacients (34%) del grup Ihx i en 2 pacients (4%) del grup Igx ( $p < 0,001$ ). Els residus trombotics sobre la guia del grup Igx ( $p = NS$ ). La incidència d'infart de miocardi va ser similar (2 pacients amb Ihx i un pacient amb Igx;  $p = NS$ ).

Així doncs, la incidència de trombus durant l'ACTP augmenta amb l'administració de contrast no iònic (iohexol) en comparació amb l'iónic (ioxaglat).

## Prevalença de regurgitacions valvulars mitjançant el Doppler polsat d'una població adulta i sana

M. Cladellas, J. Bruguera, A. Ruiz Gómez\*, R. Serrat i A. Robles

Hospital de l'Esperança (IMAS) i \*Departament d'Epidemiologia (IMIM). Barcelona.

**Objectiu.** Estimar la prevalença de regurgitacions (RS) valvulars en la població adulta i sana mitjançant l'examen amb Doppler polsat (DP).

**Individus d'estudi.** S'han estudiat 97 voluntaris (70% personal sanitari de l'Hospital i 30% de revisions rutinàries pre-operatòries), sense antecedents de cardiopatia.

**Mètode.** A tots es realitzà història clínica, auscultació cardíaca, ECG i estudi eco-Doppler amb un aparell Honeywell. El diagnòstic de regurgitació (R) mitral (IM) o tricuspídea (IT) s'estableix quan el volum de mostra situat a l'aurícula esquerra o dreta respectivament, proper al tancament valvular, detectava un senyal turbulent sistòlic i la quantificació d'aquest s'establí segons la durada i la intensitat del senyal Doppler. Quan el volum de mostra situat al tracte de sortida del ventricle esquerre o dret, sota les vàlvules sigmoides, detectava la presència d'un senyal turbulent diastòlic era diagnòstic de R aòrtica (IA) o pulmonar (IP), respectivament.

**Resultats.** Dels 97 casos estudiats se'n van excloure dos, un per problemes tècnics i l'altre per detectar-li una mínima fibrosi valvular aòrtica. L'edat mitjana dels 95 voluntaris era de  $33 \pm 12$  (14-62) anys i el grup estava format per 51 (54%) homes i 44 (46%) dones. La prevalença de RS global va ésser del 79%. Desglossades per vàlvules i el 95% als intervals de confiança corresponen a: IM: 29 ( $31 \pm 9$  %); IT: 67 ( $73 \pm 9$  %); IP: 15 ( $16 \pm 7$  %); IA: 0.

Un 49% dels casos van presentar una sola R, 28% dues, 4% tres i sense RS 21%; totes de grau lleuger. En aquest estudi no va ser possible demostrar una major prevalença de R segons el sexe ni un augment d'aquestes segons les edats.

**Conclusions.** a) La prevalença de RS valvulars amb DP de grau lleuger és elevada en voluntaris sans, b) la IT és la R més freqüent, seguida d'IM i d'IP, i infreqüent la IA, c) en individus sense antecedents de cardiopatia és possible l'existència de RS de grau lleuger.

## Valvuloplastia mitral percutània amb monocatèter de baix perfil

I. Anivarro, J. Àngel, A. Evangelista, J. Soler-Soler

Servei de Cardiologia. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

Normalment la valvuloplastia mitral percutània (VPM) necessita una entrada venosa o arterial equivalent a 14-16F per un o 2 vasos i requereix dilatació septal, quedant sovint una CIA residual. A 35 pacients amb estenosi mitral, 25 dones, edat 34-81 (51) se'ls ha practicat una VPM amb un monobaló de baix perfil (MBBP), 33 de 30 mm i dos de 25. El MBBP fou introduït fàcilment per l'interior d'una beina transseptal 10F, sense dilatació septal prèvia i amb l'únic suport d'una guia rígida de 0,035". (Vegeu taula a la pàg. següent.)