

Vázquez MJ, Abel A, Aceves CH J, Díaz QG, Laue NL. Óxido nítrico *versus* milrinona en la disminución de las crisis de hipertensión pulmonar posterior a cirugía de comunicación interventricular y canal auriculoventricular. An Med 2005; 50: 15-8.

Los pacientes con comunicación interventricular o canal auriculoventricular cursan con hipertensión pulmonar. Las crisis de hipertensión pulmonar durante el postoperatorio elevan considerablemente la morbimortalidad. El objetivo del trabajo fue comparar la eficacia del óxido nítrico vs la milrinona, para reducir las crisis de hipertensión pulmonar.

Material y Métodos. Estudio comparativo, observacional y retrospectivo de 30 pacientes operados de cierre de comunicación interventricular o de reparación de canal auriculoventricular con hipertensión pulmonar moderada a severa entre mayo del 2000 a octubre del 2002. Quince pacientes recibieron óxido nítrico (10 partes de millón por vía inhalada) y 15, milrinona (50 mcg/kg en bolo y posteriormente infusión 0.3 a 0.5 mcg/kg IV).

Se analizaron: edad, sexo, grado de hipertensión pulmonar preoperatoria y postoperatoria, tiempo de intubación, días de hospitalización y de estancia en terapia intensiva; número de crisis hipertensivas pulmonares, comparación del tratamiento con óxido nítrico y con milrinona y análisis de la mortalidad.

Resultados. Los dos grupos fueron similares en las variables analizadas; el grupo que recibió óxido nítrico tuvo menos crisis hipertensivas pulmonares que el grupo que recibió milrinona $p > 0.001$.

Conclusión. El óxido nítrico es una buena alternativa para reducir las crisis de hipertensión pulmonar en pacientes operados para cierre de comunicación interventricular o reparación de canal auriculoventricular quienes previamente tenían hipertensión arterial pulmonar severa.

Resumió: Dra. Fabiola Pérez Juárez. R I Cardiología Pediátrica

Robertos VS, Ruíz GS, Arévalo SA, Bolio CA. Fístulas coronarias congénitas. Evaluación clínica y tratamiento quirúrgico de siete pacientes. Bol Med Hosp Infant Mex 2005;62:242-8.

Las fístulas coronarias (FC) son anomalías congénitas o adquiridas, caracterizadas por la comunicación directa entre una arteria coronaria con cualquiera de las cámaras cardíacas, con el seno coronario, con la arteria pulmonar o con una vena pulmonar. La gran mayoría de las FC congénitas comunican con las cavidades cardíacas derechas. Son malformaciones infrecuentes; ocurren en el 4 % de las cardiopatías congénitas; pueden ser asintomáticas; es frecuente que tengan un soplo continuo en el precordio.

Por lo general las FC son bien toleradas a largo plazo, aun cuando tienden a crecer con el tiempo. Las complicaciones son insuficiencia cardíaca, endocarditis infecciosa e isquemia miocárdica, que aumentan con la edad y en relación a las dimensiones y características hemodinámicas de la fístula.

En el Hospital Infantil de México hubo siete casos de FC en 29 años. El promedio de edad fue de 5.1 años; dos pacientes eran menores de un año de edad. Tres niños eran asintomáticos; tres tenían insuficiencia cardíaca y uno endocarditis bacteriana en el trayecto de la fístula. En cinco casos la fístula se hallaba entre la coronaria derecha y el ventrículo derecho (VD); en dos, al atrio derecho (AD); en dos más, la fístula era entre la coronaria izquierda y el VD y la AD respectivamente. Los siete casos fueron operados para cierre de la fístula. En el postoperatorio inmediato dos pacientes presentaron isquemia miocárdica transitoria. No hubo defunciones ni fístulas residuales.

El cateterismo cardíaco es el estudio de elección; también son útiles la ecocardiografía Doppler, bidimensional transtorácica y transesofágica, así como la tomografía contrastada y más recientemente la resonancia magnética.

Actualmente las fístulas pueden cerrarse con técnicas de embolización por cateterismo, aun en pacientes asintomáticos, de esta forma se pueden prevenir las complicaciones.

Resumió: Dr. Jesús de Rubens Figueroa. Adscrito del Servicio de Cardiología Pediátrica

Salazar-Vázquez B, Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero F. Factores bioquímicos asociados a riesgo cardiovascular en niños y adolescentes. Rev Med IMSS 2005;43(4):299-303.

Los factores de riesgo en niños y adolescentes para padecer enfermedad cardiovascular son: obesidad central, perfil desfavorable de lípidos, alteraciones en el metabolismo de la glucosa, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y obesidad metabólica (niños con peso normal y niños obesos con alteraciones en el metabolismo).

Estudio transversal comparativo de 165 participantes; 97 femeninos y 68 masculinos. Grupo A, 55 niños y adolescentes con obesidad; grupo B, 110 niños y adolescentes sin obesidad; se consideraron características antropométricas, hipertensión arterial y exámenes de laboratorio.

Los criterios de la Asociación Americana de Diabetes y del panel pediátrico del Programa Nacional de Educación del Colesterol se consideraron para definir los valores normales de glucosa, colesterol, triglicéridos y HDL-colesterol. La obesidad y la hipertensión arterial se definieron por los valores del perímetro de cintura y presión arterial superiores al percentil 95; la hipertrigliceridemia se consideró por concentraciones séricas de ≥ 150 mg/dL; la hipercolesterolemia, por ≥ 170 mg/dL; los niveles bajos de HDL-colesterol ≥ 40 mg/dL; los de LDL colesterol elevado >130 mg/dL.

Resultados. En las niñas el perímetro de cintura, el índice de cintura-cadera, la presión diastólica y los niveles séricos de glucosa fueron más elevados que en los niños; en las variables antropométricas se registraron diferencias significativas por sexo.

Del total, 6.7% tuvo presión arterial elevada; 9.1% alteración de la glucosa en ayuno; 14.1% hipertrigliceridemia; 15.7% niveles bajos de HDL-colesterol.

En ambos grupos se obtuvieron factores de riesgo cardiovascular; en el grupo A, 80% y en el B, 35%. Los factores bioquímicos más frecuentes fueron: dislipidemia mixta y alteración de la glucosa en ayuno; en ningún caso se corroboró diabetes.

Los autores mencionan que los factores de riesgo en niños y adolescentes sin obesidad pueden deberse a factores genéticos o a distribución anormal de la adiposidad, por lo que sería interesante hacer estudios específicos para determinar polimorfismos asociados a enfermedad cardiovascular.

Resumió: M.C.D. María Alejandra Soria Hernández. Toxicología Genética.

Martínez -Medina MA, Padilla-Zamudio G, Solís-Gallardo LP, Guevara-Tovar M. Fiebre manchada de las montañas rocosas. Informe de dos casos. Gac Med Mex 2005;141(4):309-12.

La *rickettsiosis* es una enfermedad febril indiferenciada causada por mordedura de garrapata. Fue descrita en 1896 como “fiebre manchada de las montañas rocosas” (FMMR). En el noreste de México se le conoce como “escarlatina maligna” o “fiebre manchada americana”. Es una enfermedad sistémica aguda con exantema petequeal en muñecas y tobillos, de progresión centripeta; edema en el dorso de manos y pies. Su diagnóstico es un reto para el médico, por su desconocimiento y escasa frecuencia, lo que conduce a un diagnóstico erróneo y tardanza en el tratamiento. La *rickettsiosis* rara vez se considera al evaluar pacientes con enfermedad febril indiferenciada; tiene clara distribución en zonas rurales y suburbanas donde los perros pueden ser portadores de las garrapatas infectadas por *Rickettsia rickettsii*.

Se presentan dos niños del estado de Sonora de dos y siete años de edad. El primero con una semana de fiebre de 39°C , edema generalizado y crisis convulsivas; no se hizo diagnóstico; el segundo con una semana de fiebre no cuantificada, cefalea, mialgias, exantema en extremidades inferiores y plaquetopenia, con diagnóstico de dengue hemorrágico. Ambos fueron trasladados al Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES).

En el paciente de dos años se diagnosticó meningococia y síndrome viral inespecífico. Tenía estupor, gingivorragia, exantema purpúrico en palmas y plantas, abdomen doloroso, hepatomegalia y esplenomegalia; había el antecedente de contacto con perros. Se trató con ceftriaxona y ribavirina. Continuó el deterioro del estado general y tuvo dificultad respi-

ratoria. Al tercer día se diagnosticó FMMR; se inició cloranfenicol endovenoso; se logró resolución gradual del edema y suspensión de la hemorragia; se recuperó progresivamente la cuenta plaquetaria. A los trece días se trató con doxiciclina; dos meses después el paciente egresó con secuelas motoras.

El paciente de siete años tenía facies tóxica, somnolencia, ictericia conjuntival, edema bipalpebral, exantema petequeial generalizado, hepatomegalia y

esplenomegalia; había el antecedente de contacto con perros. Se trató con ceftriaxona y ribavirina; no tuvo buena evolución. Al quinto día se diagnosticó FMMR; se inició cloranfenicol, tuvo buena evolución; diez días después fue dado de alta sin secuelas.

*Resumió: M.C.D. María Alejandra Soria Hernández.
Toxicología Genética*