

Medicentro 1998, 2(n.esp.)

**HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE CLINICOQUIRÚRGICO
SANTA CLARA, VILLA CLARA****VALOR PRONÓSTICO DE LA SUSPENSIÓN TOTAL DEL CONSUMO DEL ALCOHOL EN
PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA ALCOHÓLICA**

Por:

Dr. Daniel Torres Ruiz¹, Dr. Mario Rodríguez Acosta², Dr José L. Acosta Rodríguez³, Dr.
Roberto Bermúdez Yera⁴

1. Especialista de I Grado en Cardiología. Instructor del ISCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar del ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna-Terapia Intensiva. Instructor. ISCM-VC.
4. Especialista de I Grado en Cardiología.

RESUMEN

A fin de evaluar los efectos que sobre la función ventricular izquierda tiene el consumo crónico de alcohol, se realiza un estudio de 12 pacientes que fueron ingresados en la sala de Cardiología del Hospital Provincial Clínicoquirúrgico de Santa Clara, con el diagnóstico de miocardiopatía congestiva alcohólica, y seguidos por consulta externa durante un año. Fueron clasificados en diferentes grados según la New York Heart Association, y se les realizó un examen ecocardiográfico que resultó francamente patológico. En todos los pacientes se corroboró el diagnóstico clínico. Se les suspendió totalmente el consumo de alcohol y se estableció tratamiento específico. Los parámetros clínicos y ecocardiográficos fueron reevaluados al año; se observó mejoría clínica en los abstinentes, pues se produjo una recuperación a las clases funcionales grados I y II, con disminución del diámetro telediastólico y del ventrículo izquierdo. Hubo mayor mortalidad en los pacientes que retomaron el consumo de alcohol (66,7 %).

Descriptores DeCS: CARDIOMIOPATÍA ALCOHÓLICA**SUMMARY**

A study of 12 patients admitted to the cardiology ward of the Provincial Clinico-Surgical Hospital of Santa Clara with the diagnosis of alcoholic congestive myocardopathy and followed up as out-patients for a year, was carried out to assess the effects of chronic alcohol consumption on left ventricle function. They were classified in several grades according to the New York Heart Association, and the results of an echocardiography study were frankly pathological. Clinical diagnosis was confirmed in all of them. Alcohol consumption was completely withdrawn and the specific therapy was established. Clinical and echocardiographic parameters were evaluated again at one year. Clinical improvement was noted in patients who gave up alcohol consumption; a recovery to grade I and II functional classes was achieved with a decrease of the telediastolic diameter and the left ventricle. The mortality rate was higher in patients who returned to alcohol consumption (66,7 %).

Subject headings: CARDIOMYOPATHY, ALCOHOLIC

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen en la actualidad una carga médica, social y económica, aun para los países con un alto nivel de desarrollo^{1,2}. Independientemente de la causa básica, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares es muy elevada y requiere ingentes esfuerzos para su control y reducción a niveles adecuados, lo cual está en estrecha relación con el estado y nivel de salud de la localidad que se trata³⁻⁵. Puede haber insuficiencia del miocardio a consecuencia de enfermedad primaria o secundaria, por estados circulatorios hiperkinéticos o cardiopatía valvular o isquémica, entre otros. En las miocardiopatías primarias, el proceso patológico afecta al miocardio, no a las válvulas u otras estructuras cardíacas; la causa de la enfermedad cardíaca se desconoce y no afecta otros órganos^{6,7}. Las miocardiopatías secundarias se deben a otras afecciones cardiovasculares, o en las cuales la enfermedad cardíaca es una manifestación de un proceso patológico generalizado⁸. Dentro de los posibles factores etiológicos descritos con relación a las miocardiopatías, se encuentra el efecto tóxico del alcohol sobre el músculo cardíaco^{9,10}. La ingestión crónica de bebidas alcohólicas puede producir disfunción cardíaca grave, con cuadros de insuficiencia cardíaca congestiva y provocar síntomas clínicos y alteraciones hemodinámicas y anatomopatológicas, de la cual se diferencia porque tiene un empeoramiento clínico progresivo^{11,12}. El daño miocárdico producido por el alcohol se debe a un efecto tóxico directo sobre las estructuras musculares que se utilizan en su confección, como el cobalto, y generalmente asociado a un déficit nutricional^{13,14}.

Hemos realizado esta investigación con la finalidad de profundizar sobre el efecto de la ingestión crónica de alcohol en el funcionamiento miocárdico y su acción deletérea concomitante, así como estudiar la importancia de la suspensión de su consumo.

MATERIAL Y MÉTODO

Han sido seguidos por consulta durante un año un total de 12 pacientes con el diagnóstico de cardiopatía alcohólica.

Para el diagnóstico de cardiopatía alcohólica a estos pacientes, se tomaron en consideración criterios clínicos, como los de la clasificación funcional de la New York Heart Association^{1,2}, y criterios ecocardiográficos, como el diámetro telediastólico ventricular izquierdo (DTD-VI) por encima de 56 mm y una distancia desde el punto de máxima amplitud diastólica de la valva anterior mitral hasta el septum (Distancia E-Septum) mayor de 8 mm.

A todos los pacientes, una vez establecido el diagnóstico con certeza, se les suspendió totalmente y de forma progresiva el consumo del alcohol. Se les explicó la importancia del abandono de este hábito tóxico, y se hizo especial mención como agente causal de su estado cardiovascular ya deteriorado, así como la reversibilidad y mejoría de su estado clínico, una vez retirado el consumo de alcohol. Se les indicó tratamiento con vasodilatadores, diuréticos y otras drogas de apoyo, según lo requería el estado contráctil inicial del miocardio, hasta lograr una mejoría clínica evidente; luego se retiró esta terapéutica, y se mantuvo sólo la observación médica estrecha.

La evaluación de la capacidad funcional se realizó inicialmente a los seis meses y al año, en una estera rodante (Tread-Mill), y se determinó con los números del I al IV, según la mayor o menor tolerancia al esfuerzo.

El estudio y la determinación de los distintos parámetros ecocardiográficos a evaluar fueron hechos en un equipo Convisson-310, contra transductores de 2,5 y 3,5 mhz, utilizando el eje largo paraesternal y los planes apical y subxifoideo de dos y cuatro cámaras. Este examen sonográfico se hizo inicialmente antes del tratamiento, a los seis meses y al año, evolutivamente.

La información se almacenó en una planilla confeccionada a tal efecto, los datos fueron procesados en una computadora IBM compatible, y se realizó el análisis estadístico utilizando la prueba t de Student para variables independientes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se analizaron 12 pacientes, todos del sexo masculino, con una edad mínima de 36 años, una máxima de 60 y una media de 32.

El consumo diario de alcohol en estos pacientes no se pudo precisar con exactitud numérica por la variabilidad de la ingestión individual, pero sí se encontraba por encima de 200 g diarios en todos los casos; el 75 % lo había ingerido por un período de tiempo superior a los 15 años, el 16,7 %, entre 10 y 15 años, y sólo un 8,3 % menos de 10 años.

De estos pacientes, 9 se mantuvieron sin ingerir bebidas alcohólicas en el transcurso de un año (75 %) y 3 (25 %) retomaron el hábito a los pocos meses a la misma dosis o en menor cantidad.

La evaluación hecha inicialmente, sin que los pacientes hubieran suspendido todavía el consumo de alcohol (tabla 1), arrojó que, desde el punto de vista de capacidad funcional, todos se encontraban en los grados III y IV (100 %), con muy pobre tolerancia al esfuerzo y con disnea clínica ante las actividades ordinarias de la vida, y en muchos casos inclusive al decúbito, sin que fuera posible la realización del test en la estera. Ecocardiográficamente presentaban parámetros compatibles con dilatación cardíaca global, y fundamentalmente ventricular izquierda, con DTD-VI con valores patológicos en el 100 % de los pacientes y distancia E-Septum de 10 mm en el 61 % y de más de 12 mm en el restante 39,9 % de los pacientes.

Tabla 1 Parámetros iniciales clínicos y ecocardiográficos.

| Grupos | Clase funcional NYHA | DTD VI Promedio | Distancia E-Septum |
|---------------------------|----------------------|-----------------|--------------------|
| Abstinentes | III-IV | 59 mm | 12 mm |
| Retomaron consumo alcohol | III-IV | 61 mm | 10 mm |

Fuente: Datos tomados de las historias clínicas.

Del grupo que se mantuvo abstigente (A), la evaluación al año no arrojó ningún fallecido (tabla 2), el 70 % mejoró su capacidad funcional a grado II, el 22 % lo hizo a grado I y no se mantuvieron pacientes en clases funcionales III y IV, resultados que coinciden con otros informes^{7,8,10}, donde se objetiva el mejoramiento de la capacidad funcional en estos pacientes, con la mayor tolerancia al ejercicio físico, en un rango que oscila por encima del 25 al 30 % de la capacidad inicial, y donde el parámetro "desaparición de la disnea" es de inestable valor para determinar una buena reserva miocárdica y una adecuada respuesta al tratamiento.

Tabla 2. Evaluación al año.

| Grupos | No.de pacientes | Clase funcional NYHA | DTD- VI | Distancia E-Septum | Fallecidos | Letalidad |
|------------------------------|-----------------|----------------------|---------|--------------------|------------|-----------|
| Abstinentes | 9 | I-II | -55 mm | -7 mm | 0 | 0 |
| Retomaron consumo de alcohol | 3 | IV Alta | + 70 mm | 20 mm | 2 | 66,7 |

Fuente: Datos tomados de las historias clínicas

Desde el punto de vista ecocardiográfico, el DTD-VI disminuyó por debajo de 56 mm en el 100 % de los pacientes y el 42 % por debajo de 50 mm; la distancia E-Septum se acercó a los valores normales en todos los pacientes. En otros estudios^{11,12,14} se ha encontrado también que la reducción de la ingestión crónica de alcohol conduce a la mejoría de los parámetros ecocardiográficos que evalúan la geometría cardíaca, pero sus resultados no han sido tan satisfactorios, aunque es necesario tomar en consideración la pequeña cuantía de nuestra serie en comparación con dichos trabajos.

Esta reducción de los diámetros cardíacos obedece a varias causas, entre las que se incluye la mejor nutrición de los miocardiocitos por la desaparición del efecto tóxico de los distintos componentes del alcohol, y el aumento de la tonicidad vascular y muscular cardíaca por la desaparición del efecto depresor que sobre el miocardio y el sistema nervioso autónomo ejerce el consumo crónico de alcohol^{8,11-13,15,16}.

De los tres pacientes que retomaron la ingestión de bebidas alcohólicas hubo dos fallecidos, para una letalidad de 55,7 %, y en ellos la necropsia demostró un corazón con un peso superior a los 1 000 g y una gran dilatación de las cuatro cavidades cardíacas, con predominio fundamentalmente izquierdo. El otro paciente, al ser observado al año, presentaba una clase funcional IV crítica, muy sintomático incluso al reposo, con disnea al decúbito supino y necesidad de adoptar la posición de ortopnea, y con signos clínicos y radiológicos de edema pulmonar intersticial de forma permanente, a pesar de mantenerse con una terapéutica óptima.

En la evaluación sonográfica del corazón se observó un DTD-VI de 70 mm, muy por encima del valor inicial (63 mm) y con distancias E-Septum de 20 mm francamente patológicas, lo cual habla de dilatación ventricular izquierda significativa¹⁷. A este último paciente se le realizó ecocardiografía doppler, y se comprobó un estado de insuficiencia multivalvular de predominio mitral y tricuspideo, con fracción de eyección ventricular izquierdo (FEVI) de 23 % y acortamiento fraccional (AF) de 12 %, expresión de una disfunción ventricular izquierda crítica^{18,19}.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pico Costero J. Alcoholismo y su tipología. Rev Hospital Psiquiatr Habana 1988; 34(4):609-16.
2. Valdés Pacheco E, García R, Quesada I. Prevalencia de alcoholismo en un consultorio del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr, 1994; 10(4): 344-50.
3. González Menéndez R. Alcoholismo. Rev Cubana Med Gen Integr 1987; 3(2):33-64.
4. Edwin J. Detection alcoholism. JAMA 1984; 225(14):105-7.
5. Martínez Jiménez A, Moracen I, Ortiz E. El alcoholismo en algunos aspectos epidemiológicos y sociales en la población atendida en dos consultorios del médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1991; 7(1): 19-26.
6. Saunders JB, Beevers DG, Paton A. Alcohol induced hypertension. Lancet 1994; 2(8288):653.
7. Kaysen G, North RHE. Efectos del alcohol sobre la presión arterial y los electrolitos sanguíneos. Clin Med Nort Am 1994; 1: 221-247.
8. Rodríguez Acosta AM. Miocardiopatía dilatada: estudio clínico, electrocardiográfico. Medicentro 1995;
9. Schocmaker W. Myocardiopathy. En su: Textbook Critical Care. 2d. Ed. [s.l.]: Pensilvania: Saunders, 1988; 1201-1216.
10. Frester V. Miocardiopatía dilatada o congestiva: conceptos clínicos y etiopatogénicos e historia natural. Rev Lat Cardiol 1994; (3):167.
11. Naik MN, Diamond GA, Part, Soffer A, Siogel, RJ. Correspondence of with ventricular ejection fraction determinations from two dimensional electrocardiography. J Am Coll Cardiol 1995 Mar; 25(4):937-42.
12. Huguet M, García A, Fanciono A, Setiain IJ, Vidal S, Sala M, et al. Myocardial uptake of antimyosin antibody in idiopathic dilated cardiomyopathy and its relation to functional and morphological parameters. Nucl Med Commun 1994 Dec; 15(12):943-8.
13. Torp A. Incidence of congestive cardiomyopathy. En: Hacle AB. Congestive cardiomyopathy Suecia. Holanda: s.n., 1981: 18-20.
14. Torp A. Incidence of congestive cardiomyopathy. Postgrad Med J 1993; 54:435-437.
15. Baver RL. Abuso crónico de drogas y fármacos. En: Stein J- H. Medicina Interna. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1988:2372-76.
16. Grose RD, Nolan J, Dillon JF, Errington M, Hannan WF, Bouchier LA, et al. Exercise induced left ventricular dysfunction in alcoholic and non alcoholic cirrhosis. J Hepathol 1995 mar; 22(3):326-32.

17. Johnson LL. Radionucleide assessment of ventricular function. *Curr Probl Cardiol* 1994 Oct; 19(10):589-635.
18. Ferreira Montero IJ, Ferreira Aguar AL, Del Rio Ligorit A. Evaluación de la función diastólica isótopos o ultrasonido? *Perspectivas isotópicas. Rev Esp Cardiol* 1995 Feb; 48(2):101-5
19. Reix A, Tain J, Cabrera C, Dortico F, García-Barreto D, Rodríguez L, et. al. Radionuel; the ventriculography in dynamic cardiomyoplasty. *J. Nucl Biol Med* 1954 Dec;38(4):535-9.