

ESTENOSIS MURAL

"ALGUNOS ASPECTOS MÉDICOS DE SU CORRECCIÓN QUIRÚRGICA"

Por el Dr. CARLOS SIERRA ANDINO

INTRODUCCIÓN: El título de esta pequeña charla talvés parecerá confuso para ustedes, ya que en él se ha involucrado deliberadamente, dos grandes aspectos de la medicina moderna cuales son: La Medicina Interna y la Cirugía. Pero el propósito de la misma es la de exponer la estrecha relación y comprensión que debe existir entre el Cirujano y el Cardiólogo, para obtener resultados satisfactorios en esta clase de procedimientos terapéuticos.

DEFINICIÓN: La Estenosis Mitral como ustedes saben, es aquella condición física caracterizada por el estrechamiento en la abertura de la válvula Mitral.

ETIOLOGÍA: Desde el punto de vista etiológico puede ser Congénita o adquirida. La Estenosis Mitral Congénita es bastante rara. (5) y cuando viene acompañada de una comunicación ínter-Auricular, integra el llamado "Síndrome de Lutembacher". (6) En la forma adquirida hemos encontrado como responsable, a la Endocarditis Reumática provocada por una infección de Estreptococo del Grupo "A". (7) Este proceso inflamatorio puede afectar los bordes de la válvula, las comisuras, las valvas, los músculos papilares y las cuerdas tendineas, dando lugar así a las diferentes clases anatómicas de Estenosis, que deciden el pronóstico inmediato operatorio, y que le marca la pauta a seguir al cirujano en el momento de la intervención. Dentro del aspecto Etiológico de la entidad, podemos también encontrar Estenosis Mitral de tipo funcional, como resultado de la obstrucción de la válvula por vegetaciones, trombos en la Aurícula o tumores en la misma. La Estenosis Mitral es una entidad fisiológica bastante frecuente en nuestro medio: la cual se está tratando de corregir quirúrgicamente, obteniendo resultados más que satisfactorios, si tomamos en cuenta la falta de facilidades hospitalarias, de personal auxiliar especializado, así como la falta de equipo de diagnóstico de cual! carecemos totalmente en la actualidad.

HISTORIA: A pesar de todos estos factores en contra, la era de la Cirugía Cardíaca se inició en nuestro país en el año de 1959, cuando el Dr. Ángel D. Vargas llevó a cabo dos intervenciones de esta naturaleza en el Hospital General San Felipe: seguido dos años después o sea en el año de 1961 cuando el Dr. Charles P. Bailey, en una visita que nos hizo llevó a cabo la tercera de estas intervenciones. para finalmente el Dr. Ramón Larios quien ha ejecutado 4 intervenciones más de esta naturaleza. El tratamiento quirúrgico de la Estenosis Mitral, fue propuesto por primera vez por Samways en el año de 1898, y por Brunton en 1902. Sin embargo, no se llevó a efecto ningún intento sino hasta 1923.

a primera Comisurotomía por medio de un valvulotomo que introdujo en la cavidad Ventricular Izquierda. Dos años más tarde o sea en 1925 Souttar practicó una Comisurotomía Mitral mediante la dilatación digital del orificio valvular estenotizado, siguiendo la vía Auricular Izquierda, y a través del apéndice Auricular de la misma. La técnica de Sautter sirvió de base para los fundamentos de la Cirugía de la Estenosis Mitral, ya que han sido innumerables los pacientes operados, siguiendo los principios del ya mencionado autor. Siguiendo esta técnica es que fueron reportados los primeros resultados satisfactorios en el año de 1948 por Bailey de Filadelfia, (1) Harken de Boston y Baker y Brock de Londres (3). Tratando de mejorar la técnica y a fin de obtener mejores resultados es que se han introducido a través de los años innumerables modificaciones; las cuales han ido desde la I dilatación digital, hasta la abertura instrumental de la misma, para finalmente llegar en la época actual, a efectuar dichas intervenciones con la técnica del corazón abierto por medio de la circulación Extracorporea, para efectuar una reparación completa de la válvula y en algunos casos a implantar válvulas plásticas. Volviendo a las técnicas de corazón cerrado, también se han efectuado cambios en lo que a la vía de acceso se refiere; estas han ido desde el acceso a través de la orejuela, a la vía derecha preconizada por Bailey desde 1954. (2)

PERSONAL: Para llevar a cabo intervenciones de esta naturaleza se requiere un personal especializado para tal efecto, que debe tener como mínimo un Cirujano y dos ayudantes, un Cardiólogo Clínico, un Cardiólogo Fisiólogo y un equipo de Enfermeras para sala de Operaciones y de cuarto de recuperación. Idealmente se deberá contar también con un buen equipo de Radiología y Fluoroscopia, y por supuesto un Radiólogo competente para tales padecimientos; asimismo es necesario un buen laboratorio de Cateterismo y de Fonocardiografía (4). Nuestra tarea en este aspecto ha sido ardua, ya que no hemos contado con las condiciones ideales anteriormente enumeradas. Un elemento bastante importante para el éxito de estas intervenciones es: El PACIENTE: ya que es en él, en donde radicará en un 50% el éxito o el fracaso de una intervención de esta naturaleza. Este, debe ser seleccionado y preparado física y mentalmente para tal evento, y es el Cardiólogo el encargado de llevar a cabo tal función. Nosotros hemos desarrollado tal función, auxiliados con los datos clínicos que nos proporciona una buena historia, un cuidadoso examen físico, el auxilio del Departamento de Radiología del Hospital San Felipe, la Electrocardiografía con que contamos, así como por la observación cuidadosa del paciente, por el tiempo que ha sido necesario, a fin de ponerlo en condiciones de salir airoso de la mencionada operación quirúrgica.

Debido a nuestra falta de recursos físicos, hemos tenido que ajustarnos a lineamientos propios, teniendo a veces que salirnos de los clásicos establecidos. En primer lugar y por falta de equipo de cateterismo y fonocardiografía, en la clasificación de nuestros casos no hemos empleado ninguna de las establecidas por estos métodos, sino que hemos preferido valorar cada caso en particular; tratando en primer término de eliminar cualquier posibilidad de actividad reumática; y en segundo en rechazar aquellos casos que tengan lesiones valvulares múltiples en los cuales frecuentemente el corazón se encuentra bastante dilatado e hipertrofiado, y por último de una manera clínica tratamos de valorar el pronóstico que puede tener cada caso en particular, según la repercusión hemodinámica que sobre su organismo ha tenido la lesión. Dicho en otras palabras tratamos clínicamente de valorar la hipertensión pulmonar y la presión venocapilar (8). La hipertensión pulmonar se determina clínicamente por auscultación, percusión, I Por el electrocardiograma y por la radiología. La hipertensión venocapilar es la que clínicamente tiene más significado para nosotros, ya que ella sola de

por

si

es capaz de dar datos bastante exactos acerca del pronóstico del paciente. Clínicamente la estudiamos con una cuidadosa historia de disnea, su grado, sus manifestaciones, así como la presencia o ausencia en la historia del paciente de Ortop-neu y Disnea Paroxística Nocturna o de ataques de edema agudo del pulmón. Cuando revisemos nuestra pequeña casuística, se verá el valor que se le concede en estos casos a lo anteriormente anotado.

Finalmente tratamos de adaptar psicológicamente a estos pacientes, a **fin** de que colaboren al buen éxito de la operación y a que tengan una perfecta idea de _su_ padecimiento ya quede es así como un paciente de esta naturaleza puede desterrar de su mente la idea de qué su padecimiento es y que así como su paciente de esta naturaleza puede desterrar de su mente la idea de que es y será un invalido de por vida y encontrando por ende valor y el espíritu para luchar y cooperar en el buen éxito de la empresa .

-A continuación mostraré a ustedes unos cuadros preparados a base de los cuatro pacientes en los cuales, me tocó intervenir de una manera directa en su preparación tanto física como mental, y los cuales están en la actualidad llevando una vida normal.

C O N C L U S I O N E S

Se presentan cuatro casos de Comisurotomía Mitral, llevados a cabo en el Servicio de Enfermedades del Tórax No-Tuberculosas del Sanatorio Nacional.

Dos de los pacientes fueron del sexo femenino y dos del masculino.

Los cuatro presentan historia franca de Fiebre Reumática o de haber padecido, los llamados equivalentes de la misma.

La edad de los pacientes fluctuó entre los 17 y los 39 años.

Los cuatro presentaban como síntoma cardinal, el de disnea en sus diferentes estadios. Sin embargo, ninguno presentó nunca ataques de Edema Agudo del Pulmón. Los cuatro presentaban incapacidad para desarrollar sus actividades físicas habituales. Los cuatro fueron diagnosticados clínicamente de tener Estenosis Mitral Pura con buen pronóstico operatorio, debido a su falta de descompensaciones graves en el curso de su enfermedad.

Se presentó un 50% de complicaciones post-operatorios, sin consecuencias graves, que no alteraron el pronóstico de los mismos.

La recuperación de estos pacientes ha sido entre el 75% y 100% de su capacidad para llevar una vida normal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) BAILEY. C. P.: The Surgical Treatment of Mitral Stenosis. Dis. Chest, 15, 377, 1949.
- 2) BAILEY. Ch. P. & MORSE, D. P.: Mitral Commissurotomy performed from the right side. J. Thor. Surgery, 33, 427, 1957.
- 3) R. C. DE SOBREGRAU: Indicaciones y resultados de la vía transventricular en el tratamiento quirúrgico de la Estenosis Mitral. Arch. de Enf. del Corazón, Vol. LXVIN» 12, 41, 1963.
- 4) A. K. BASU & SEN CUPTA.: Haemodynamics in Mitral Stenosis before, during, and after valvulotomy. Ert. Heart Journal, 4, 445, 1962.
- 5) C. G. BAKER, P. F. BENSON, M. C. JOSEPH & D. N. ROSS: Congenital Mitral Stenosis. Brit. Heart Journal, 4, 498, 1962.
- 6) KJELLBERG. MANHEIMER. RUDHE. JONSSON: Diagnosis of Congenital Heart Disease. 582, 1954.
- 7) Instituto Nacional de Cardiología. México: Primer Symposium Internacional sobre Fiebre Reumática. 23-40, 471-475. 1958.
- 8) Principia Cardilógica. México, 7: 264, 1960.