

ANGIOLOGIA

VOL. II

MARZO-ABRIL 1950

N.º 2

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS CRISIS DE ANGOR PECTORIS GRAVES EN JÓVENES CON CARDIOPATÍA REUMÁTICA

J. CODINA-ALTÉS y F. MARTORELL

Del Instituto Policlínico de Barcelona

Las tentativas quirúrgicas para curar o aliviar el angor pectoris han sido numerosas, sin que hasta la fecha se haya obtenido un resultado positivo. Sin embargo, determinados casos pueden beneficiarse de un tratamiento operatorio. Entre ellos figuran los enfermos jóvenes de angor pectoris secundario a lesiones valvulares de origen reumático. Estos enfermos, sometidos a la operación de J. White (simpatectomía torácica respetando el ganglio estrellado), pueden ver desaparecer sus molestias precordiales, dormir tranquilos, mejorar la capacidad funcional de su corazón y así sobrevivir el período crítico de su insuficiencia coronaria, entre tanto progresa espontáneamente la vascularización del miocardio por el lento desarrollo de una circulación colateral suficiente. Veamos un caso demostrativo:

OBSERVACIÓN. — Enfermo de 23 años. Profesión libre. Padres y hermanos sanos.
Antecedentes patológicos. — A los 6 años amigdalectomía, por frecuentes anginas. A los 12 años reumatismo poliarticular de poca intensidad, que dos años más tarde se repitió. A los 20 años (1944) tuvo que guardar cama durante cuatro días por un ataque de reumatismo muy intenso. Se practicó una nueva amigdalectomía y se diagnosticó lesión valvular mitroaórtica. En 1945, por lo tanto un año después del ataque de reumatismo, hacen aparición pequeñas crisis de angor, repetidas cada quince días aproximadamente. En diciembre del mismo año permaneció veinte días en cama por brote endocárdico, quedando a partir de entonces crisis anginosas que se producían cada noche. En mayo de 1946 infarto pulmonar. En marzo de 1947 le fueron practicadas en otro servicio infiltraciones del ganglio estrellado izquierdo, que sólo mejoraron el dolor irradiado a los brazos de las crisis anginosas. Posteriormente se le aplicaron sesiones de onda corta con dosis iniciales muy pequeñas, presentando una crisis seria de angor. Últimamente fué sometido a la infiltración de los primeros ganglios simpáticos dorsales, apareciendo durante la misma una grave lipotimia por predominio vagal. Con estos antecedentes y después de haber pasado un mes durante el cual las crisis de angor decúbitus se produjeron casi cada noche, ingresa en la Sección de Cirugía Vascular.

Exploración. T. A. 160/20; 80 pulsaciones por minuto. Temperatura, 36°6.

Exploración cardíaca. Hipertrofia cardíaca muy acentuada. Estenosis e insuficiencia aórtica. Estenosis mitral.

Electrocardiograma. Frecuencia 85' P. R. = 0'18 (normal) Q. R. S. = 0'08 (normal). Onda P_I y P_{II} anchas y melladas. P_{III} negativas. Melladuras Q. R. S. en las tres derivaciones. Segmento RS-T deprimido en D_I e isoelectrico en D_{II} y D_{III}. Onda T_I positiva aplanada, T_{II} y T_{III} negativas.

El día 20-VI-47 se practica infiltración, con novocaína al 1 por 100, de los cuatro primeros ganglios simpáticos dorsales, previa atropinización. Se siguió la técnica de White. No se produjo alteración o accidente alguno. 110 pulsaciones por minuto. No Claude Bernard- Horner. Al día siguiente T. A. 165/30. Temperatura, 37°5. 110 pulsaciones. La misma noche ya no tuvo crisis y se mantuvo sin ellas durante diez días consecutivos, al cabo de los cuales reaparecieron.

El 9-VII-47 reingresa para repetir la infiltración simpática paravertebral, que se practica con los mismos resultados transitorios obtenidos en la primera. Después de diez días sin aquejar molestia alguna reaparece una crisis diaria, unas veces por la noche y otras al despertar por las mañanas, que ceden con trinitrina y papaverina. La situación empeoró en el mes de agosto en que las crisis de angor se presentaban tres y cuatro veces en una sola noche, con parestesias en ambas manos y falta de agilidad en los dedos al despertarse.

En estas circunstancias en el mes de diciembre se decidió su reingreso para ser sometido a la extirpación de la cadena simpaticotorácica con sus ganglios, y así conseguir que los efectos pasajeros alcanzados con la novocainización se hicieran permanentes. Antes de la operación se comprueban por radiografía lesiones fímicas en el vértice izquierdo.

Operación. — La operación se practica el 4-XII-47.

Anestesia general: Anestesiador Dr. Miquel. Operador: Dr. F. Martorell, Ayudantes: Dr. J. Valls-Serra, Dr. Oller-Crosiet y Dr. Gual.

Sympatectomía torácica izquierda por vía posterior, que comprende desde el tercer ganglio torácico hasta el estrellado, sin extirpar este último. Intensa paquipleuritis. Con la cadena simpática se extirpa un pequeño nódulo adherido a ella que histológicamente resulta ser un ganglio linfático con folículos de Koster.

Cursa postoperatorio. — Después de la operación desaparecen por completo las algias precordiales.

A los tres días complicación respiratoria febril, que cede fácilmente con Penicilina.

A los siete días, por la noche, sobreviene bruscamente un cuadro de insuficiencia cardíaca con edema pulmonar que cede a las pocas horas.

Sale de la Clínica a los quince días de operado.

A los dos años de la operación nos comunica que está muy bien. No ha tenido más crisis de dolor precordial. De vez en cuando tiene algún dolor en el dedo pulgar como equivalente anginoso.

RESUMEN

Se comunica un caso de angor pectoris grave en un joven, secundario a una enfermedad valvular reumática, tratado quirúrgicamente con buen resultado.

SUMMARY

A case of surgical relief of severe angina pectoris in a young patient secondary to valvular disease of rheumatic origin is reported.