

ANGIOLOGIA

VOL. IV

MARZO - ABRIL 1952

N.º 2

DOS CASOS DE «ANGOR PECTORIS» OPERADOS DE URGENCIA RESULTADOS POSTOPERATORIOS HASTA LOS 23 Y LOS 10 MESES, RESPECTIVAMENTE

ESTANISLAO LLUESMA-URANGA

*Servicios de Medicina y Cirugía de Urgencia de los Hospitales de la
Asistencia Pública, Salaberry y Piñero. Buenos Aires, Argentina*

CASO I. — El 20-1-1949, en ocasión de desempeñarnos como Médico del Servicio de Medicina y Cirugía de Urgencia del Hospital Salaberry, recibimos en la guardia al enfermo R. Casas, argentino, de 32 años, domiciliado en Alvarez Jonte, 161, en la vecina localidad de Ramos Mejía.

Sin otro antecedente que el de ser un fumador consuetudinario de más de 40 cigarrillos diarios desde hace casi 15 años, refiere que desde hacía dos semanas venía sintiendo dolores precordiales que se irradiaban hacia el lado izquierdo del cuello. En la mañana del día de su ingreso estos dolores se han hecho intensísimos, con irradiaciones a la nuca y al brazo izquierdo y estado sincopal. En un puesto sanitario próximo a su domicilio ha sido tratado con una inyección de angiofilina, otra de morfina y otra de Pavesio fuerte, con caso o nulo resultado.

A su ingreso el paciente presenta una facies ansiosa, decúbito expectante y doloroso, tensión arterial de 13 y 8 y un pulso de 100 por minuto.

Clínicamente es un cuadro neto de angina de pecho. Se le practican dos nuevas inyecciones de Pavesio fuerte, otra de morfina e inhalaciones de nitrato de amilo. Las mejorías que se obtienen son insignificantes y de fugaz duración. Ante ello, teniendo en cuenta que el ataque lleva ya casi 9 horas de duración y que el pulso empieza a hacerse blando e irregular, proponemos al enfermo la intervención quirúrgica, que es aceptada de inmediato.

Operación: siguiendo la vía de Leriche entre los dos haces musculares del esternocleidomastoideo, operamos a las 8 de la noche, con anestesia local, sobre el lado izquierdo. (Cirujano: LLUESMA-URANGA; ayudante: alumno

practicante interno FLORES). Pudo extirparse sin inconveniente el ganglio estelar, el intermediario y más de la mitad del 1.º dorsal. Lo interesante es que el enfermo, que soportó la operación con su dolor anginoso más o menos atenuado por la anestesia, pero continuamente presente, dijo de manera espontánea, exactamente después que cortamos el último rami-comunicante «Doctor : ahora, de repente, me ha cesado el dolor. No me duele más.»

Tres días después practicamos la simpatectomía cervical derecha del segundo ganglio y de unos 5 cm. de cadena cervical (respetando en esta oportunidad el ganglio estelar) por la vía clásica retromioceleidoesternal de Ionnescio (Cirujano: LLUESMA-URANGA ; ayudante : alumno practicante interno CHAVES).

A los 6 días de esta segunda operación fué dado de alta este enfermo completamente aliviado, sin haber vuelto a presentar el menor síndrome doloroso ni constrictivo.

Sólo en ese momento pudimos practicarle un trazado electrocardiográfico, presentándolo en el Servicio de Cardiología de la Cátedra del Profesor TULLIO MARTINI. El Dr. PIAGGIO, que lo examinó, comprobó un estado general clínicamente excelente y un trazado electrocardiográfico que señalaba un discreto daño miocárdico, con complejo R de poca altura y algunas melladuras mínimas en R y S. El espacio P-Q aparecía apenas alargado, sin acusar una verdadera onda de Pardee.

Este enfermo que concurrió regularmente por dicho Servicio de Cardiología (Hospital Rawson) durante unos tres meses, fué electrocardiografiado dos veces más (tres semanas y siete semanas más tarde), observándose una regularización casi completa del trazado. El enfermo dice que ha dejado completamente el cigarrillo y que sigue bien. En ese momento lo perdimos de vista.

Sin embargo, en noviembre de ese año (a los 10 meses de la operación), en que tuvimos oportunidad de ir al pueblo de Ramos Mejía, donde habitaba el enfermo, conseguimos verlo. Se hallaba muy bien, no había vuelto a presentar molestia alguna y únicamente se lamentó de haber engordado 8 kg., que el paciente atribuía a la falta del cigarrillo, a cuya supresión parecía por otra parte, acostumbrado.

Una nueva visita en noviembre de 1950 nos hizo saber por su madre política — en esta ocasión no lo vimos personalmente — que el paciente seguía bien, no fumaba más y atendía a sus quehaceres normalmente.

CASO II. — El 7-11-1951, durante nuestro turno de guardia en el Servicio de Medicina y Cirugía de Urgencia del Hospital Piñero, recibimos al enfermo E. Reynolds, argentino, de 50 años, empleado y periodista, domiciliado en la calle Monte, 3465, del barrio Nueva Chicago.

Refiere que mientras se dirigía a su domicilio, se vió atacado por una violenta crisis de angina de pecho. El enfermo ya conocía su mal, puesto que desde hacía casi 10 años venía padeciendo estas crisis, por lo que en diversas oportunidades se había hecho atender incluso en la guardia de este mismo Hospital. Él mismo fué el que se hizo traer en taxi ante la violencia de este acceso.

Padres fallecidos; el padre, diabético; la madre, de ictus. Como antecedente registra solamente una escarlatina a los 5 años; niega venéreas. Empezó a fumar a los 7 años de edad, y ha venido fumando hasta 50 cigarrillos por día. A los 38 años inicia una sintomatología de úlcera gastroduodenal, incluso con dos pequeñas hematemesis. Hace tratamiento médico, y a los dos años la sintomatología cede y desaparece.

A los 40 años comienza con dolores retroesternales punzantes, que irradian al cuello y brazo izquierdo y que se acompañan de disnea y sensaciones de ansiedad. Estas crisis que aparecían al comienzo cada 10 ó 15 días, se hicieron más frecuentes en los últimos tiempos, en que llegó a tener dos crisis por semana.

Estado actual: enfermo con facies angustiosa, ligera cianosis e intensísimo dolor precordial irradiado al hombro izquierdo. El nitrato de amilo seda fugazmente; reaparece el dolor a los pocos minutos. Se le hace inhalar oxígeno y se inyecta una ampolla de Spasmalgina sin resultado. Una inyección endovenosa de Derifilina proporciona una leve mejoría. A poco aumenta la cianosis, recrudece el dolor violentísimamente y el pulso, que era lleno y de una frecuencia alrededor de 95, se hace blando y se acelera más.

Se practica una infiltración del ganglio estelar izquierdo con 10 c. c. de novocaína al 1 por ciento, obteniéndose una rápida mejoría de todo el cuadro, que dura casi una hora. Al cabo de ese tiempo vuelve la crisis con la misma violencia y dramatismo. Una inyección endovenosa de morfina no da el menor resultado. En estas condiciones se propone al enfermo la operación, que es aceptada.

Operación: Estelectomía típica por la vía de Leriche sobre el lado izquierdo, bajo anestesia local. (Cirujano: LLUESMA-URANGA. Ayudantes: alumnos practicantes internos RODRÍGUEZ VILLEGAS y RANCATI). Desde el mismo final de la operación y en forma semejante al caso I, el dolor desapareció, acusando el enfermo una profunda lasitud con somnolencia y sensación de bienestar.

Curso postoperatorio normal. No ha vuelto a aparecer la menor crisis ni el más ligero dolor durante toda la primera semana. En vista de ello, el 14-11-1951 se le practica la misma operación complementaria sobre el lado derecho (mismo equipo quirúrgico).

El enfermo es alta el 22-11-1951, sin más dolor ni molestia. Para su mejor

control se cita 8 días después en el Hospital Rawson, en el Servicio de Cardiología del Dr. VEDOYA, donde es examinado y electrocardiografiado por el Dr. NESI, quien lo encuentra en buenas condiciones.

Ulteriormente es citado cada 15 días durante varios meses en el Hospital Piñero, donde nuestros colaboradores, el Dr. SOTO y practicantes internos señores RANCATI y LLOVERAS vigilan su estado general y medicación. Dice el enfermo que sólo fuma dos o tres cigarrillos por día.

La última vez que lo vimos fué a mediados de octubre. Seguía bien, sin dolores ni molestias, con más de nueve meses de observación postoperatoria.

RESUMEN

Se comunican dos casos de «angor pectoris» operados de urgencia, en los que se practicó: en uno, extirpación del ganglio estrellado, del intermediario y más de la mitad del primer ganglio dorsal, en el lado izquierdo, y tres días después, simpatectomía del 2.º ganglio cervical y 5 cm. de cadena, en el derecho; y en el otro, estelectomía típica en el lado izquierdo y lo mismo, a los siete días, en el derecho. Ambos enfermos han sido seguidos y vistos hasta 23 y 10 meses después, respectivamente, encontrándose bien.

SUMMARY

Two cases in acute attack of «angor pectoris» are reported, operated of cervicothoracic sympathectomy with sudden and persistent relief of anginal pain.