

CIRUGIA DE LAS CARDIOPATIAS CONGÉNITAS

ALFONSO R. ALBANESE

Clínica Albanese, Buenos Aires (Argentina)

Hemos operado 223 casos de cardiopatías congénitas, distribuídas así:

CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE : 96 casos operados :

La operación del conducto arterioso persistente inició, en 1938, la era de las intervenciones sobre el corazón y grandes vasos. Indicada por HUBBARD, fué realizada con éxito por GROSS en esa fecha. En nuestro país F. FINOCHIETTO operó el primer enfermo en abril de 1941 ; CAMES el segundo en agosto y nosotros el tercero en diciembre de ese año. Hasta hoy llevamos 96 operados.

La incisión y toracotomía de preferencia fué la ánterolateral de Spangaro-Gross, con incisión supra o submamaria. La pósterolateral, también de Gross, la hacemos de preferencia en personas muy gruesas y en recanalizados.

En la investigación del Ductus, nos guiamos siempre por el neumogástrico y recurrente izquierdos, siendo habitualmente fácil y rápida. Esas directivas las anunciamos por primera vez en 1942.

En una ocasión tuvimos un accidente hemorrágico que controlamos ; habíamos abierto pericardio en un Ductus grueso y difícil de aislar. Colocamos pinzas en el Ductus y un «clamp» en aorta, haciendo doble ligadura, curando la enferma. No hemos tenido mortalidad atribuible al factor técnico.

Hemos tenido 5 recanalizados, que reoperamos con 4 éxitos y un fallecido por paro cardíaco mientras se exploraba. Otro recanalizado con Ductus grueso y de paredes duras fué también tratado con triple ligadura, pero es dudoso su cierre completo. Hemos operado también con éxito otro recanalizado de otro cirujano. Hay 2 enfermos en observación por probable recanalización.

Nuestra preferencia por el método de las múltiples ligaduras, y no el de sección y sutura del Ductus, es debido a que preferimos un porcentaje

dado de recanalizados, siempre remediabiles incluso con nuevas ligaduras, a ese porcentaje de mortalidad.

La sección y sutura exige, o una movilización y clampeo de aorta que no deseamos, o instrumentos de gran precisión para tomar el Ductus y que no deslice mientras se lo sutura, lo que no tenemos.

Tres casos tenían endocarditis bacteriana subaguda, curando dos con el cierre del ductus. El tercero es el del paro cardíaco.

Algunos enfermos tenían otra cardiopatía asociada, como ser comunicación interauricular o ventricular, estenosis mitral o coartación mínima de aorta, lo que no contraindicó el cierre del Ductus.

Si se temió una estenosis pulmonar asociada, no se ligó, excepto en 2 casos que se descompensaron a las 12 horas y 25 días del postoperatorio. Además de éstos y del de endocarditis bacteriana mencionado, perdimos otros dos enfermos por causa anestésica y anoxia.

Los demás enfermos están bien y curados. Es que, además de iniciar la era de las operaciones cardiovasculares, tiene la operación del conducto arterioso persistente el privilegio de los mejores resultados quirúrgicos.

CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD DE FALLOT: 112 casos operados:

Estamos en el octavo año de la creación por TAUSSIG y BLALOCK de la operación destinada a mejorar la situación de estos enfermitos. Ellos crearon la anastomosis subclaviopulmonar, haciendo luego POTTS-SMITH y GIBSON la aortopulmonar y BROCK la valvulotomía de la pulmonar. En suma, tres métodos operatorios que mejoran la condición circulatoria de estos enfermitos, sin curarlos. Que les permitirá vivir, correr, jugar y seguramente aumentar el término medio de vida de 11 años.

En nuestro país, operamos nosotros el primer enfermo en abril de 1947. Ahora tenemos 112 operados, 21 de los cuales murieron por la operación, es decir 2 de cada 10 niños operados, cifras semejantes a las de otras estadísticas americanas y europeas.

Usamos la vía ánterolateral por el 2.º ó 3.er espacio intercostal derecho en los primeros 25 casos, e izquierdo en los restantes. Allí la subclavia está más cerca de la pulmonar por lo que es más fácil la anastomosis.

En el 80 por ciento de los casos hicimos la anastomosis términoterminal y en el 20 por ciento restante términolateral. Ambos métodos tiene a nuestro juicio igual valor, pero el pasaje es más directo en la términoterminal, con menor peligro de trombosis de la anastomosis, por lo que le damos nuestra preferencia. Los vasos pueden además ser puestos en contacto más fácilmente.

En el postoperatorio, comprobamos el aforismo de POTTS «o él es simple o el enfermo se muere». Dejamos en carpa por 24 horas a 48, con una internación de 6 a 8 días.

El color y la disnea mejoran rápidamente. Aumenta luego la capacidad al esfuerzo y más tarde mejorarán los dedos en palillo de tambor. Dice TAUSSIG: «La mejoría de estos enfermitos no se mide en pasos sino en millas». Agreguemos que, aun perdiendo uno entre 5 de estos enfermitos que se operan, y habitualmente el más grave, hemos mejorado a los cuatro restantes, dando tranquilidad a sus hogares habitualmente angustiados.

Además, hemos disminuído la mortalidad en los últimos 50 operados, habiendo perdido sólo 6 enfermos, es decir un 12 por ciento de mortalidad.

COARTACIÓN DE AORTA: 15 casos operados:

La cirugía de la coartación de aorta torácica es una de las más grandes adquisiciones de la cirugía contemporánea, siendo sin duda una de las más brillantes a la vez que emotivas de las operaciones que hoy se realizan.

El primer método llevado a cabo en el hombre es el de Crafoord-Gross con resección de la zona coartada y anastomosis término-terminal de los cabos resultantes.

CLAGETT hizo luego la anastomosis de subclavia con aorta descendente, que estudiaran experimentalmente PARK y BLALOCK.

GROSS introdujo luego los injertos de aorta conservada para llenar el espacio de coartaciones extensas.

El método ideal es, indudablemente, el primero mencionado.

La indicación operatoria, entre los 10 y 20 años, al comienzo, se amplió luego a adultos e infantes a los que operó con éxito.

Las estadísticas de varios cirujanos, similares a la de GROSS, que tomamos como ejemplo, da un 70 por ciento de curaciones, un 10 por ciento de malos resultados; 10 por ciento de operaciones interrumpidas sin completar y otro 10 por ciento de mortalidad operatoria.

Nosotros operamos 15 enfermos, de los que 2 fueron toracotomías solamente. De los 13 restantes, perdimos 3; el primero por anoxia cerebral, otro por complicación pleuropulmonar postoperatoria y el tercero por síncope postoperatorio, siendo un adulto con infarto coronario reciente.

Los otros 10 enfermos están vivos y bien, habiendo descendido a cifras normales su tensión en miembros superiores.

Debemos destacar además tres cosas:

1) En todos los casos hicimos resección de la zona coartada y anastomosis término-terminal de los cabos aórticos, no debiendo recurrir a la anastomosis subclavioaórtica de resultados dudosos, ni al injerto homólogo conservado, que es siempre un interrogante.

2) En los últimos 10 enfermos operados perdimos sólo uno, el del infarto que era un adulto de 40 años y 95 kilos. Se quedó en síncope mientras se lo pasaba de la camilla a su cama y mientras se quejaba. La necropsia mostró la integridad de la anastomosis aórtica.

3) Hemos conseguido 9 curaciones en 10 últimos enfermos operados lo que da un 90 por ciento de curaciones, contra el 70 por ciento de las estadísticas que comentamos.

R E S U M E N

El autor revisa y comenta 223 casos de cardiopatía congénita operados por él, distribuidos de la siguiente forma: conducto arterioso persistente, 96; enfermedad de Fallot, 112; y coartación de aorta, 15.

S U M M A R Y

223 cases of malformations of the heart surgically treated by the author are reviewed: patent ductus arteriosus, 96; tetralogy of Fallot, 112; coarctation of the aorta, 15.