

COMISUROTOMIA Y EMBARAZO *

DR. PATRICIO H. BENAVIDES DE ANDA.

DR. ANTONIO ESTANDÍA CANO.

DRA. NORMA GÓMEZ PATIÑO.

INTRODUCCIÓN

ME SIENTO CONMOVIDO y gratamente sorprendido de ocupar un sitio en la Academia Nacional de Medicina, máxima Institución de la Medicina Mexicana. El ingreso a la Academia significa para mí una enorme satisfacción, un gran estímulo y un compromiso moral con ella y con los Sres. Académicos que me honraron con su elección.

Nunca mejor momento que éste para recordar a mis maestros Ignacio Chávez y Clemente Robles por sus valiosas enseñanzas y su definitiva influencia en mi trayectoria médica. Como lógica secuencia, también debo mencionar al Instituto Nacional de Cardiología, al cual debo mi preparación.

Al maestro Chávez, guía de generaciones médicas, tengo que agradecerle el haberme proporcionado la oportunidad de hacerme cirujano en el Instituto, cuando sólo tenía que ofrecer entusiasmo y deseos de aprender. Siempre me ha ayudado con sus acertados consejos y su extraordinario ejemplo.

Al maestro Robles, el más completo de nuestros cirujanos, punto de arranque de la moderna Escuela Quirúrgica Mexicana e indiscutible pionero de la Cirugía Cardiovascular, debo mi formación en esta especialidad. Admiro y respeto sus grandes cualidades como médico y como cirujano y a lo largo de los 12 años que he trabajado junto a él, le agradezco su confianza y su inagotable paciencia.

Al Instituto Nacional de Cardiología, lugar al que ingresé como médico residente fundador hace 14 años, le tengo un gran cariño porque en ese medio me tocó hacer mi carrera hospitalaria. Con especial reconocimiento me place

* Trabajo de ingreso leído en la sesión ordinaria del 13 de agosto de 1958.

mentonar las enseñanzas que sus miembros, mis compañeros, me han brindado con generosidad sin límites. Para ellos mi gratitud.

Finalmente, permítaseme un propósito: que mi entrada a esta Academia no sea la meta, sino el principio de una era de superación para hacerme digno de vuestra compañía.

*

La asociación de cardiopatía y embarazo, mal conocida hasta principio del siglo, fué objeto de particular temor por los médicos.

MacDonald ¹ en 1878 encontró una mortalidad materna del 55%. Observaciones semejantes llevaron a Peter ² (en 1874) a concluir que era "de recomendarse a las cardiopatas que no se casaran, que no se embarazaran y que si llegaban a tener hijos, que no los amamantaran".

Esta conducta fue adoptada por el mundo médico de entonces al extremo de que Hirst recomendaba en todas las cardíacas la interrupción del embarazo antes del 8º mes. Sin embargo, Williams ³ en su libro de obstetricia publicado en 1912 puso en duda que el padecimiento cardíaco fuera tan peligroso como se creía.

Hamilton ⁴ en su obra "The Heart in Pregnancy and the Childbearing Age" publicado en 1942, señaló que el embarazo no era incompatible para la vida de las cardíacas. Afirmó que en la mayoría de los casos de esta asociación se puede llegar al parto sin la temida insuficiencia cardíaca, si se toman las precauciones necesarias para evitar infecciones, sobrecargas por el esfuerzo, etc. etc.

Realizó estudios hemodinámicos demostrando el hecho curioso de que por causas desconocidas, a partir del 8º mes disminuyen, la incidencia de insuficiencia cardíaca, el volumen sanguíneo total, el gasto cardíaco y el tiempo de circulación brazo-lengua. Estas interesantes observaciones de Hamilton modificaron la actitud médica ante las cardiopatas embarazadas y basado en las mismas señaló: "que si las cardiopatas embarazadas toleran el embarazo sin insuficiencia cardíaca, casi nunca la presentan durante el parto."

Chávez ⁵ en nuestro medio (Enfermedades del corazón. Cirugía y embarazo.), en 1943 afirmó que "en su experiencia no recuerda haber dado autorización para que se detenga el embarazo sino en 2 enfermas, cuando el cuadro se volvió amenazante y la terapéutica se mostró ineficaz". Insiste además, que en México el reumatismo produce el mayor contingente de cardiopatías.^{6 7} De las cardiopatías reumáticas, la estenosis mitral es la más frecuente y la de mayor incidencia en el grupo de las cardiopatías con embarazo.

Todavía en 1947, Laubry y Routier ⁸ aconsejan la interrupción del embarazo por la aparición de fibrilación auricular, de hemoptisis, de edema agudo pulmonar o de hemiparesia.

El advenimiento de la cirugía cardiovascular en 1938 abrió nuevos horizontes a la posible solución del problema de las cardiópatas embarazadas.

El objeto de este trabajo es conocer la influencia de la comisurotomía en las embarazadas con estenosis mitral.

MATERIAL Y MÉTODO

De 800 pacientes comisurotomizados en el Instituto Nacional de Cardiología por Robles, Benavides, Pliego, Quijano, Baz y Pérez Alvarez, se seleccionaron aquellos con cualquiera de estas 2 características:

- A) Comisurotomía durante el embarazo.
- B) Embarazo antes y después de la comisurotomía.

Reunieron estos requisitos 40 enfermas, 12 del grupo A y 28 del grupo B.

En ambos grupos se estudiaron los siguientes datos: edad, sintomatología en función de la hipertensión venocapilar, insuficiencia cardíaca congestivo-venosa, actividad reumática, grado de estenosis y tipo de comisurotomía realizada, historia obstétrica, evolución radiológica de la cardiomegalia y de la hipertensión venocapilar pulmonar, evolución del electrocardiograma en función de la sobrecarga sistólica y de la hipertrofia del ventrículo derecho. Tales observaciones se hicieron antes y después de la comisurotomía.

La insuficiencia cardíaca congestivo venosa se calificó como positiva o negativa tomando como base los signos de exploración clásicos. La hipertensión venocapilar se tabuló en 4 grados, de acuerdo con la presencia y frecuencia de la aparición de los siguientes síntomas: disnea y tos de esfuerzo, disnea de decúbito, hemoptisis, disnea paroxística y edema agudo pulmonar.

En los trazados eléctricos se estudió el ÂQRS y el complejo ventricular en V_1 : cuando fué posible se hicieron mediciones para determinar el cociente

$$\frac{R}{R + S}$$

En las Telerradiografías de Tórax se analizaron la silueta cardíaca y el pulmón. De la primera el grado de cardiomegalia, el crecimiento de la aurícula izquierda, del ventrículo derecho y del tronco pulmonar. En el pulmón se investigó el aspecto de los hilios y de la trama en función de la hipertensión venocapilar.

Las radiografías y los electrocardiogramas fueron comparados antes y después de la comisurotomía. Se seleccionaron los previos a la operación y los más tardíos.

RESULTADOS

Grupo "A" (Comisurotomía durante el embarazo):

a) Edad: en el momento de la operación varió de 22 a 35 años con un promedio de 28.8. Sólo 5 tenían más de 30 años.

b) Actividad reumática: Una enferma la presentó después de operada y otra antes y después de la intervención.

c) Embarazos antes de la operación: tuvieron de 2 a 8 embarazos 9 enfermas, tuvo un embarazo anterior una de ellas y las restantes 2 eran primigestas en el momento de ser operadas.

d) La hipertensión venocapilar desapareció en todos los casos a pesar de seguir con el embarazo, todas toleraron la gestación y el parto sin problemas. una sólo fué operada de cesárea.

e) Tuvieron productos vivos y sanos 8 pacientes, una de ellas está fuera de control y no se sabe cómo terminó el embarazo que evolucionaba normalmente a los 6 meses.

f) Fueron operados recientemente 2 casos y aún no llegan al final de la gestación.

g) Sólo uno presentó aborto a los 10 días de la comisurotomía, pero esta paciente tenía amenaza de aborto desde antes de ser operada.

Resumiendo, en ningún caso se interrumpió el embarazo con la operación. (Cuadro N° 1).

Radiología:

a) El tamaño de la silueta cardíaca disminuyó en 2, quedó igual en 8 y aumentó en 2.

b) La hipertensión venocapilar pulmonar disminuyó en 10 y quedó igual en 2.

Electrocardiograma: Mejoró en 4 y no se modificó en 8.

Fuera del Instituto Nacional de Cardiología Quijano Pitman ha practicado 4 comisurotomías en enfermas embarazadas. La edad de la gestación varió entre 3 y 6 meses. Todas continuaron la evolución del embarazo sin tropiezo y todas tuvieron partos eutócicos con producto vivo. Baz ha realizado otras 5 comisurotomías en pacientes en las que la edad del embarazo varió entre 2 y 7 meses. En ninguno de los casos se interrumpió la gestosis por la operación, tuvieron partos eutócicos con productos vivos 4 de ellos, el otro está fuera de control. Una de las enfermas había tenido 5 abortos consecutivos inmediatamente antes de ser operada y logró tener un parto normal con producto vivo después de la operación.

Grupo "B" (Embarazos antes y después de la comisurotomía)

Se subdividió en 2 subgrupos: 1) con síntomas durante los embarazos y 2) asintomáticos durante los embarazos.

1) Con síntomas durante los embarazos: 23 casos.

COMISUROTOMIA DURANTE EL EMBARAZO

Grupo "A"

Evolución de la Cardiopatía				Evolución del Embarazo		
Hipertensión venocapilar pulmonar		Operadas en el	Área Mitral en cm ²	Comisuro- tomía	Aborto	Parto
Antes Operación	Después Operación					
++	No	5 mes	1.0	Amplia	No	?
+++	No	5 mcs	0.6	Amplia	No	Vivo
++ amenaza de aborto	No	2 mcs	0.6	Parcial	Sí	—
+	No	5 mes	0.6	Amplia	No	Vivo
+++	No	5 mes	0.5	Amplia	No	Vivo
+	No	5 mcs	0.5	Amplia	No	—
+++	No	7 mes	2.5	Parcial	No	Vivo
+	No	3 1/2	0.8	Amplia	No	—
+++	No	3 mes	0.6	Amplia	No	Vivo
++	No	4 mes	0.6	Amplia	No	Vivo
+++	No	5 mcs	0.5	Parcial	No	Vivo
++	No	8 mes	0.4	Amplia	No	Vivo

CUADRO N° 2

COMISUROTOMIA SIN EMBARAZO

Grupo "B" Subgrupo 1

<i>Hipertensión Venocapilar Pulmonar durante embarazo</i>		<i>Area Mitral en cm 2</i>	<i>Comisuro- tomía</i>
<i>Antes de Comisurot</i>	<i>Después de Comisurot</i>		
+++	No	0.5	Amplia
++	+	1.0	Amplia
++	No	0.5	Amplia
++	No	0.7	Amplia
++	No	0.5	Amplia
++	++	0.5	Amplia
++	No	0.6	Parcial
++	+	0.5	Parcial
++	No	0.6	Amplia
++	No	0.5	Amplia
++	No	0.5	Amplia
++	No	0.5	Amplia
++	No	0.5	Amplia
++	No	0.4	Amplia
++	No	0.5	Amplia
++	No	0.8	Parcial
++	No	0.6	Parcial
++	No	0.5	Amplia
+	No	0.9	Amplia
+	No	0.5	Amplia
+	++	2.0	Parcial
+	No	0.6	Amplia
+	No	1.0	Parcial

La hipertensión venocapilar estimada clínicamente mejoró después de la operación en todas las pacientes, con excepción de un caso. Tal mejoría persistió a pesar de embarazos posteriores. Todos los casos, con una sola excepción, tenían áreas de menos de 1 cm^2 y sólo se hizo comisurotomía parcial (de una sola comisura) en 6 casos; en el resto de las pacientes se pudo realizar comisurotomía amplia (de ambas comisuras). El único caso que no mejoró es el que tenía área de 2 cm^2 al ser operado. (Cuadro N° 2).

En los expedientes estudiados no se recogieron datos seguros de insuficiencia cardíaca congestiva venosa durante el embarazo. Sin embargo, sí la presentaron en otras condiciones independientes del mismo. Se la encontró en 11 casos antes de la operación y en 4 después de la misma.

2) Asintomáticos durante los embarazos: 5 casos.

En este grupo de pacientes, al estudiar su historia obstétrica se encontró que 3 de ellos terminaron sus embarazos en abortos de menos de 5 meses y en los 2 restantes la gestación precedió a la sintomatología clínica. Cada una de las 5 pacientes tuvo un embarazo y un parto normal después de la comisurotomía. (Cuadro N° 3).

Radiología:

a) El tamaño de la silueta cardíaca disminuyó en 8 y quedó igual en 15.

b) La hipertensión venocapilar pulmonar disminuyó en 15, quedó igual en 7 y aumentó en 1.

Electrocardiograma: Mejoró en 14, quedó igual en 8 y empeoró en 1 (aparición de hipertrofia ventricular izquierda).

DISCUSIÓN

Antes de discutir el tema es conveniente recordar los trastornos hemodinámicos provocados por la estenosis mitral aislada y por otra parte, las alteraciones hemodinámicas que el embarazo ocasiona en una mujer sana.

Estos datos, muy bien estudiados por numerosos investigadores, ^{9,10,11} nos permiten comprender la importancia de esta asociación.

ESTENOSIS MITRAL

- 1) Disminución e incapacidad de adaptación del gasto cardíaco.
- 2) Disminución de la irrigación tisular.

- 3) Hipertensión en

{	a) Aurícula izquierda. b) Venas pulmonares. c) Lecho venocapilar. d) Arteria pulmonar. e) Ventrículo derecho.
---	---

CUADRO 3
COMISUROTOMIA SIN EMBARAZO

Asintomáticas durante embarazo

Grupo "B" Subgrupo 2

HISTORIA OBSTÉTRICA

<u>Antes</u>	<u>Area en cm²</u>	<u>Comisurot</u>	<u>Después</u>
Aborto 1 1/2ru.	0.6	Amplia	Parto 1
Abortos $\begin{matrix} / 3 \text{ m.} \\ \backslash 2 \text{ m.} \end{matrix}$	0.5	Amplia	Abortos $\begin{matrix} / 2 \text{ m.} \\ \backslash 3 \text{ m.} \end{matrix}$ Parto 1
Abortos $\begin{matrix} / 5 \text{ m.} \\ \backslash 5 \text{ m.} \end{matrix}$	0.5	Amplia	Parto 1
Partos 3	0.5	Amplia	Parto 1
Partos 4	0.5	Amplia	Parto 1

CUADRO 4
COMISUROTOMIA SIN EMBARAZO

Sintomáticas durante embarazo

Grupo "B" Subgrupo 1.

HISTORIA OBSTETICA

<u>Antes</u>	<u>Area en cm²</u>	<u>Comisurot</u>	<u>Después</u>
Aborto 1 1/2 m.	0.6	Amplia	Abortos $\begin{matrix} 3 \text{ m.} \\ < \\ 2 \text{ m.} \end{matrix}$
Partos 3	0.5	Amplia	Parto 1
Partos 4	0.5	Amplia	Parto 1
Abortos $\begin{matrix} 3 \text{ m.} \\ < \\ 2 \text{ m.} \end{matrix}$	0.5	Amplia	Parto 1
Abortos $\begin{matrix} 5 \text{ m.} \\ < \\ 5 \text{ m.} \end{matrix}$	0.5	Amplia	Parto 1

EMBARAZO

1. Aumento del consumo de oxígeno.
2. Aumento del gasto cardíaco.
3. Aumento del volumen sanguíneo total (plasma).
4. Taquicardia.

La sintomatología más importante de las estenosis mitrales está condicionada por la hipertensión venocapilar pulmonar, la que clínicamente se expresa por: disnea y tos de esfuerzo, disnea de decúbito, hemoptisis, disnea paroxística y edema pulmonar. Estos síntomas están relacionados directamente con la barrera mitral, que es lo que podemos modificar con la comisurotomía.

Por otra parte, el corazón sano se adapta con facilidad a las demandas que exige el embarazo, pero la estenosis mitral dificulta esta adaptación por su repercusión hemodinámica. En algunos casos, afortunadamente raros, la estenosis mitral se convierte en un obstáculo muy serio para la tolerancia del embarazo y estos casos son precisamente los que deberán ser operados de comisurotomía durante el embarazo.

En la era anterior a la comisurotomía se aceptó que un tratamiento médico adecuado y bien conducido bastaría para permitir la terminación del embarazo en las cardiópatas. Con el advenimiento del tratamiento quirúrgico, teóricamente se pensó que al suprimir la barrera mitral, era de esperarse una mejor tolerancia del embarazo.

Recientemente se ha argumentado que es mayor el riesgo operatorio en las mitrales con embarazo que en las que no lo tienen. Además, se ha dicho inclusive que una comisurotomía realizada satisfactoriamente no aseguraba la mejoría de los síntomas de la gestante estenosada.

Apoyados en estos conceptos, investigadores como Burwell¹² recomendaban la comisurotomía sólo en aquellos casos en los que el tratamiento médico había fracasado. Otros, como Glover y col.¹³ prefirieron realizar la valvulotomía sólo en casos graves, en los que hubiera sido necesaria la interrupción del embarazo y Ellis, Abelman y Harken,¹⁴ intervienen exclusivamente los casos con suficiencia cardíaca inmediata anterior al embarazo, recomendando la ejecución de la operación durante el 1er. trimestre.

En oposición a estas concepciones, Mulcahy,¹⁵ en 1954, acepta que el embarazo de hecho, es una indicación más para la cirugía. Aún más, en 1958, Wade, Nicholson y Jones,¹⁶ agruparon 89 casos de 14 investigadores norteamericanos e ingleses, en los que incluyen los propios y encontraron que el embarazo no parece incrementar el riesgo operatorio y que en contraste con el tratamiento médico, no aumenta la mortalidad fetal. Afirmaron además que en casos seleccionados, la "valvotomía" es preferible al aborto terapéutico o a la propia interrupción del embarazo.

Ahora bien, los resultados obtenidos en este estudio parecen suscribir estas ideas, dado que en los 40 casos analizados: a) La comisurotomía fué bien tolerada en cualquier edad de la gestación. No se registró mortalidad materna. b) El embarazo no se interrumpió como consecuencia de la intervención y c) En todos los casos, con una sola excepción, la hipertensión venocapilar disminuyó y en la mayoría casi llegó a desaparecer, permitiendo una aceptable tolerancia del embarazo y el parto.

En nuestro medio, resultados semejantes fueron obtenidos por Quijano y Baz en 9 casos operados de comisurotomía durante el embarazo.

Al estudiar la historia obstétrica llamó la atención que 3 pacientes que tenían abortos y que no habían llegado al término del embarazo en ninguna ocasión, lograron tener un hijo después de comisurotomizadas.

Baz tiene un caso con 5 abortos consecutivos antes de ser comisurotomizada durante un embarazo, el cual llegó a término normalmente.

Sin querer generalizar, se podría decir que es posible que la comisurotomía juegue un papel de importancia en este cambio evolutivo del embarazo. Este aspecto será objeto de una investigación futura.

Es cierto que un grupo de pacientes con estenosis mitral puede llegar al final del embarazo con vigilancia y tratamiento médicos; pero también es verdad que los síntomas más graves de la hipertensión venocapilar son de tipo paroxístico (hemoptisis, disnea paroxística y edema agudo pulmonar), y que no es posible prever el momento de su desencadenamiento ni su gravedad. Si a esto se agrega el aumento de la mortalidad fetal con el tratamiento médico, se tiene un argumento más para la indicación de la comisurotomía durante el embarazo.

En la asociación de la estenosis y el embarazo se puede, sin peligro de interrumpirlo, modificar la barrera mitral y su consecuencia, la hipertensión venocapilar. No parece haber mayor riesgo con la comisurotomía que con la espera del parto en condiciones desventajosas.

La interrupción del embarazo no parece sostenible en la actualidad a la luz de los resultados de la comisurotomía.

Para concluir podría modificarse la clásica frase de Peter y decir que la cardiópata con estenosis mitral puede casarse, puede embarazarse y de presentar síntomas de hipertensión venocapilar, debe comisurotomizarse.

CONCLUSIONES

1. La comisurotomía fué bien tolerada en cualquier edad del embarazo. No hubo mortalidad materna.
2. La gestación siguió su curso normal después de la comisurotomía. No hubo mortalidad fetal.
3. La hipertensión venocapilar mejoró en todos los casos en los que se

practicó una comisurotomía satisfactoria. Tal mejoría persistió en embarazos subsecuentes.

4. El embarazo no es una contraindicación para la comisurotomía, sino una razón más para indicarla en presencia de importante hipertensión venocapilar.

*

No debo terminar esta exposición sin agradecer la entusiasta y valiosa colaboración de los Dres. Antonio Estandía Cano y Norma Gómez Patiño en la elaboración de este trabajo.

REFERENCIAS

1. MacDonald, A.: *The bearings of chronic disease of the heart upon pregnancy, parturition, and childbed*. London, 1878. (Citado por Hamilton: "The heart in pregnancy and the childbearing age", 1942).
2. Peter, Michel.: *Accidents that may happen to pregnant women suffering from disease of the heart*. Brit. M. J. (Paris) 2:289, 1874. (Citado por Hamilton: "The heart in pregnancy and the childbearing age", 1942).
3. Williams, J. W.: *Obstetrics*. D. Appleton and Co., N. Y., 1912.
4. Hamilton and Thomson.: *The heart in pregnancy and the childbearing age*. The Williams and Wilkins Company. 1942.
5. Chávez, I.: *Enfermedades del corazón, cirugía y embarazo*. 1943.
6. Chávez, I.; Robles Gil, J.; Ponce de León, J. y Chávez Rivera, J.: *Algunos aspectos de la epidemiología de la fiebre reumática en la ciudad de México*. Arch. Inst. Nat. Card. Méx. 27: 1, 1957.
7. Chávez Rivera, I.; Ponce de León, J. y Robles Gil, J.: *Las valvulopatías reumáticas en 1000 casos*. (En prensa en Arch. Inst. Card. Méx.).
8. Laubry, Ch. and Routier, D.: *Heart disease in pregnancy*. Am. Heart J. 33: 739, 1947.
9. Werkö, L.; Langerlöf, H. and Bucht, H.: *Circulatory changes in pregnancy*. Supplementum 239-243. Acta Médica Scandinavica. 263, 1950.
10. Adams, J. Q.: *Cardiovascular physiology in normal pregnancy; studies with the dye dilution technique*. Am. J. Obstet. Gynec. 67: 741, 1954.
11. Berlín, N. I.; Goetsch, C.; Hyde, G. M. and Parsons, R. J.: *The blood volume in pregnancy as determined by P 32 labelled red blood cells*. Surg. Gynec. and Obst. 97: 173, 1953.
12. Burwell, C. S.: *Circulatory adjustments to pregnancy*. Bull John's Hopkins Hosp. 95: 115, 1954.
13. Glover, R. P.; McDowell, D. E.; O'Neill, T. E. and Janton, O. H.: *Mitral commissurotomy in relation to pregnancy*. J. A. M. A. 158: 895, 1955.
14. Ellis, L.; Abelman, W. H. and Harken, D. E.: *Selection of patients for mitral and aortic valvuloplasty*. Circulation 15: 924, 1957.
15. Mulcahy, R. J. Irish Med. 34: 96, 1954. (Citado por Wade et al. Lancet 1: 559, 1958).
16. Wade, C.; Nicholson, W. F. and Morgan Jones.: *Mitral valvotomy and pregnancy*. Lancet 1: 559, 1958.

COMISUROTOMIA MITRAL Y EMBARAZO

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. PATRICIO BENAVIDES*

DR. CARLOS PAGHEGO

ADEMÁS DE HACERLO por razones reglamentarias, comento gustoso el trabajo de ingreso a esta Academia Nacional de Medicina del Dr. Patricio Benavides, por tratarse de un amigo que ha alcanzado este honor en su carrera profesional y por pertenecer al grupo quirúrgico del Instituto Nacional de Cardiología en donde gracias a la amabilidad de los doctores Ignacio Chávez y Clemente Robles pude aprender mis primeros conceptos de cirugía cardíaca.

La revisión de la bibliografía referente al tema que nos presentan el Dr. Benavidez y sus colaboradores, indica que son pocos los casos publicados de comisurotomía mitral durante el embarazo. Esto nos dice que el criterio de operabilidad no está todavía plenamente establecido y que las discrepancias entre una escuela y otra hacen que la casuística no pueda todavía contarse en un número elevado.

Los recursos terapéuticos con que contamos ante una mujer embarazada que sufre estenosis mitral son los siguientes: 1) interrumpir el embarazo, 2) proporcionar tratamiento médico adecuado y 3) practicar la comisurotomía mitral. El consenso médico general es de que excepcionalmente se tiene que echar mano de medicina tan drástica como es la interrupción de la gestación para salvar a la madre. Entonces las posibilidades terapéuticas quedan reducidas al tratamiento médico conservador y al quirúrgico que va a abordar directamente la válvula estenosada y a dejar de nueva cuenta libre el paso de la sangre hacia el ventrículo izquierdo.

Reúnen los autores 12 casos de su experiencia de comisurotomía mitral durante el embarazo, que con 4 del Dr. Quijano Pitman y 5 del Dr. Raúl Baz

* Leído en la sesión del 13 de agosto de 1958.

que también mencionan, hacen un total de 21 casos; estadística por lo demás importante, ya que el mayor número de casos que encontré en la literatura corresponde a Taylor, Black, Thrower y Harken, que en marzo del presente año publican 27 casos operados. En otro grupo reúnen a 28 enfermas que se embarazaron antes o después de la comisurotomía encontrando en ellas efecto benéfico por la operación.

Estudian sus casos de ambos grupos desde el punto de vista sintomatológico en función de la hipertensión veno-capilar, de la insuficiencia cardíaca, de la actividad reumática, del grado de la estenosis, del tipo de comisurotomía realizada, de la evolución de la cardiomegalia, de la hipertensión pulmonar radiológica, del electrocardiograma en función de la hipertrofia ventricular derecha y la sobrecarga sistólica del mismo, lo que hace una valoración estricta de sus resultados.

Desgraciadamente la cirugía de la válvula mitral en la actualidad todavía es "de dedo" sin tener el control de la vista, lo que hace que no tengamos más que maneras indirectas de juzgar la efectividad de nuestra intervención y algunas veces pensamos que hemos hecho muy correctamente una comisurotomía mitral y luego si tenemos la mala suerte de juzgarla en la mesa de autopsias, vemos que no fue la comisura la que abrimos sino una nueva brecha sobre alguna de las valvas. Esto me acaba de suceder en una enferma del pabellón 12 del Hospital General en quien creí que había realizado una comisurotomía correcta; murió a los 15 días por perforación de una úlcera del duodeno al peritoneo y en la autopsia estudiando la mitral comprobé que el orificio abierto era adecuado pero mi dedo había ido a abrir una nueva hendidura hacia afuera de la cicatriz de la comisura que llegaba hasta el anillo valvular pero que al estar por fuera de la inserción del pilar anterior la tracción de este probablemente favorecía de nuevo el cierre de la válvula.

Estas contingencias solamente las evitaremos cuando estemos en posibilidad de efectuar la cirugía de las cavidades izquierdas con el corazón abierto pudiendo así ver con absoluta claridad nuestras maniobras quirúrgicas. Nuestra técnica actual de comisurotomía no es más que un paso de transición para llegar al ideal quirúrgico que es visión correcta y silencio visceral adecuado.

Los doctores Benavides, Estandía y Gómez Patiño, nos dejan la impresión que me parece justa de que las indicaciones de la comisurotomía mitral en la mujer embarazada son las mismas que en la no embarazada y al asentir sus conclusiones hacen hincapié en que "el embarazo no es una contraindicación para la comisurotomía, sino una razón más para indicarla en presencia de importante hipertensión venocapilar".

Tengo la impresión de que la juventud de la cirugía cardíaca hace que ahora nos estemos ocupando de lo que pasa cuando se opera el corazón de una mujer embarazada, como antes nos ocupábamos de lo que pasa cuando una mujer tuberculosa se embaraza pues no pasa nada, el embarazo llega a su término

y se les "quita" y la tuberculosis se trata como si estuviera sucediendo en sujetos sin embarazo.

Ese es el mérito del trabajo de los ponentes de esta noche, que nos demuestran con sus estadísticas que la comisurotomía debe practicarse sin atender a que la mujer esté embarazada o no, pues el beneficio que las pacientes obtienen es indudable y el daño que se hace al producto es nulo.

Para terminar mis felicitaciones a los autores del trabajo y además al Dr. Patricio Benavides por su ingreso a esta Honorable Academia.