

RESULTADOS COMPARATIVOS DE LOS TRATAMIENTOS
QUIRURGICO Y MEDICAMENTOSO PARA LA INSUFICIENCIA
CARDIACA DE LA CARDIOPATIA HIPERTENSIVA*

DRES.: L. MÉNDEZ
G. FIGUEROA
J. JEREZANO

EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA de México fue donde más se insistió en el beneficio que se obtiene con la simpatectomía dorso-lombar para tratar la insuficiencia cardíaca del hipertenso. Se hicieron sendas comunicaciones por el Maestro Chávez y L. Méndez en 1948¹ y 1950,² a los Congresos de Cardiología efectuados en Chicago y en París. En 1953³ se hizo una comunicación a la Academia Nacional de Medicina, (por L. Méndez) en la que se revisó el resultado tardío de 80 casos operados, de los cuales 58 habían tenido insuficiencia cardíaca, en grado variable.

Se insiste en dichas comunicaciones sobre el hecho de que el insuficiente cardíaco recibe mejoría evidente por cuanto se recupera la capacidad contráctil del miocardio aunque no haya mejoría permanente y, en muchos casos ni siquiera significativa, por lo que ve al proceso hipertensivo en sí.

Con el advenimiento de medicamentos eficaces y potentes para disminuir las cifras tensionales, hemos abandonado la indicación quirúrgica en los casos de cardiopatía hipertensiva, porque consideramos que el tratamiento "íntegro" de la hipertensión por medio de los gangliopléjicos u otros agentes, mejora al corazón, tanto porque disminuye el retorno venoso y con ello disminuye el volumen sanguíneo que tiene que distribuir, así como porque, con la disminución de la tensión, el trabajo en cada sístole es menor, por ser menor la "carga cardíaca".

Con el propósito de comparar resultados, hemos elegido un grupo de 30 hipertensos con insuficiencia cardíaca severa de los que tres eran de grado 1,

* Leído en la sesión ordinaria del 5 de noviembre de 1958.

tres de grado 2, diez de grado 3 y catorce de grado 4 y, a quienes hemos tratado con medicamentos, por tiempo de un mes a 9 años. A nueve los tratamos por menos de un año, al resto por más de un año, con un promedio de 3 años de duración en el tratamiento.

Hemos usado Rauwolfia, Hydergina y protoveratrinas en los años de 1950 y 1951, a partir de 1952, en la mayor parte de nuestros casos hemos asociado Pentolinio o Mecamilamina con Rauwolfia y, en algunos con Hidralazina o con Hydergina. En un solo caso se usó, con muy buenos resultados, el Hexametonio.

En la tabla 1, comparamos los resultados y las condiciones de los enfermos que se sometieron al tratamiento quirúrgico, con los de los 30 tratados con medicamentos. Como se ve, las condiciones en ambos lotes eran semejantes, en cuanto a edad y tiempo de evolución de la hipertensión y de la cardiopatía. En cambio, en los tratados por medicamentos era mayor el número de casos con grados III y IV de la insuficiencia cardíaca.

TABLA NÚM. 1

	<i>Cirugía</i>	<i>Medicamentos</i>
No. de casos	58	30
Edad	27 a 55 años. 1 de 63	34 a 59 años. 1 de 66
Tiempo de observación	De 1 a 7 años	De 1 mes a 9 años 21 casos de 1 a 9 años promedio 3.
Otro tipo de tratamiento	Hipotensores poco potentes en todos.	2 sometidos a Cirugía
Digitalización	58	27 (tres sin digital)
Grado de I. C.		
I	14 (27.5%)	3 (10 %)
II	14 (27.5%)	3 (10 %)
III	18 (31.0%)	10 (33 %)
IV	7 (12.8%)	14 (46.6%)
Muertes en I. C.*	4 (6.9%)	—
I. C. desp. trat.	3 (5.1%)	—
Mortalidad total:	15 (25.8%)	5 (16 %)
por/Ac. vascular cerebral		
Tromb. o hem.	7 de las muertes	4 (80 %)
Uremia	1 (5.9%)	1 (20 %)
Infarto miocárdico	3 (17.7%)	
Obst. acueducto silvio	1 (5.9%)	(2 tuvieron infarto miocárdico del que se recuperaron).
Por I. C.	3 (17.7%)	

* En 80 operados la mortalidad total fue de 17 (el 21.7%) (8 casos en el postoperatorio).

Tabla Núm. 2

Caso Núm.	Edad	Tiempo de observación	T. A. en I. C.		T. A. sin I. C.	Coronarias	Ret. N.	Encef. Hyper.	Aorto. escl.	Observaciones
1	55	9 meses	260/180	E. P. A.	140/90	Si (Inf. M.)	No	Si	Si	Insuf. Renal incipiente Smithwick.
2	47	7 años	208/128 Prom.		186/108	Si (Inf. M.)	Incip.	No	Si (Pielonef.)	
3	39	2½ años	165/122, 200/145	E. P. A.	180/110	Si	No	Si	Si	
4	66	5 años	172/145		170/110	Si	Incip.	No	Si	Nefropatía hipertensiva moderada.
5	47	4 años	176/115, 192/120		170/110	No	No	No	No	
6	46	9 años	220/160, 217/145 215/130		170/105 190/120 230/120	Si	No	Si	Si	
7	52	6 meses	230/130			Si	No	No	No	Pielonefritis Prob.
8	61	1 mes	200/110		170/95	Si	No	No	No	Sin gangliopléjicos.
9	48	6 meses	230/155	F. Malig	120/80	Si	No	No	No	Sin gangliopléjicos.
10	50	4½ años	200/160, 220/120	F. Malig	--	Si	Incip.	Si	No	Muere en colapso.
11	50	1 año	210/138	F. Malig	170/100	Si (Inf. M.)	Franca	No	Si	Nefrosclerosis. Arteriolonecrótica.
12	47	1 mes	200/140		180/130 90/75 195/90	Si	No	Si	No	
13	58	45 días	210/115, 235/170			Prob.	No	Si	Si	Sin gangliopléjicos.
14	44	6 años	205/135, 200/150 180/120	E. P. A.	180/112	Si (Inf. M.)	No	Si	Si	Smithwick.
15	43	3½ años	260/150, 210/145	F. Malig	190/130 150/120	Si	Franca	Si	Si	Nefroscl. Arteriolonecrót. (hem. cereb.).
16	52	40 días	240/140	F. Malig	160/90	Si	Si	Si	No	
17	39	1 mes	220/160, 200/130	Prob. F. Malig	130/90	Prob.	Si	Discreta	No	

TABLA NÚM. 2
 (Continuación)

Caso Núm.	Edad	Tiempo de observación	T. A. en I. C.	T. A. sin I. C.	Coronarias	Rel. N.	Excef. Hiper.	Observaciones
18	43	15 meses	220/170, 260/160	180/130	Si	Incip.	Si	Hemorragia cere- bral.
19	34	4 años	185/115, 215/128	175/100	Prob.	No	Si	Si
20	66	4 años	190/110	?	Si	No	Si	No
21	34	3 años	230/110	175/100	Prob.	No	No	No
22	62	3 meses	220/120, 180/110	?	Si (Inf. M.)	No	No	Coartación de aor- ta descendente.
23	59	3 años	170/100, 160/120	?	No	No	No	Diabética. No gan- gliopléjicos.
24	56	2 años	260/150, 200/140	195-170	Si (Inf. M.)	No	No	No
25	43	6 meses	210/120	100 150/110	No	No	Si	Cardiop. Reumá- tica.
26	56	3 años	220/130	140/90	Si (Prob. Inf. M.)	No	Si	Diabética.
27	34	2 años	250/135	190/95	No	No	—	Cardiop. Reumá- tica.
28	54	3 años	270/160	180/115	Si	Si	Si	Hemorragia ce- rebral.
29	52	2 años	260/150	180/90	No	No	—	Si
30	38	2 años	245/145	110/80	No	No	Si	Hemorragia ce- rebral.

La insuficiencia cardíaca en todos los casos tratados con medicamentos pudo corregirse cuando se obtuvo buen efecto hipotensor tabla Núm. 2. En 3 de ellos que presentaban insuficiencia cardíaca grado 1, se corrigió sin tener que recurrir a digitálicos. En 3 casos con grado IV, resistentes a digitálicos, reposo y dieta hiposódica, se corrigió la insuficiencia cardíaca cuando se obtuvieron bajas tensionales importantes y, volvió ésta cuando se elevó la tensión, por más que se mantuvieran digitalización, reposo y dieta hiposódica (gráficas 1, 2 y 3).

En cambio, la insuficiencia cardíaca en los operados fue de corrección completa en el 32.7% y de mejoría importante en un 39.6% más, mientras que la agravación de la insuficiencia cardíaca sobrevino después de la operación en el 5.1%. Hubo 22 sin insuficiencia cardíaca, de la que 3 la desarrollaron después de operados; de estos, dos que se trataron posteriormente, salieron de la insuficiencia cardíaca con gangliopléjicos y reserpina, además de digitálicos.

En el curso de 7 años se registró la muerte de 17 de los operados de los cuales el 17.7% de ellos murió en insuficiencia cardíaca. En el curso de 5 años, de los 30 del grupo sometido a tratamiento médico, murieron 5 (16%) de los cuales 4 murieron por accidente vascular cerebral hemorrágico y uno en uremia y colapso, ninguno murió por insuficiencia cardíaca. Dos de este lote tuvieron infarto miocárdico durante el tratamiento y, ambos se han recuperado bien del infarto.

Del cotejo hecho con los datos expresados en la tabla y con los comentarios señalados arriba, se desprende que con el advenimiento de buenos agentes medicamentosos para tratar la hipertensión arterial ya no se justifica que se recurra al tratamiento quirúrgico, pues éste, en el aspecto en que daba mejores resultados, sobre la cardiopatía hipertensiva, está superado por el tratamiento medicamentoso, que entraña en sí mucho menos riesgos que el quirúrgico.

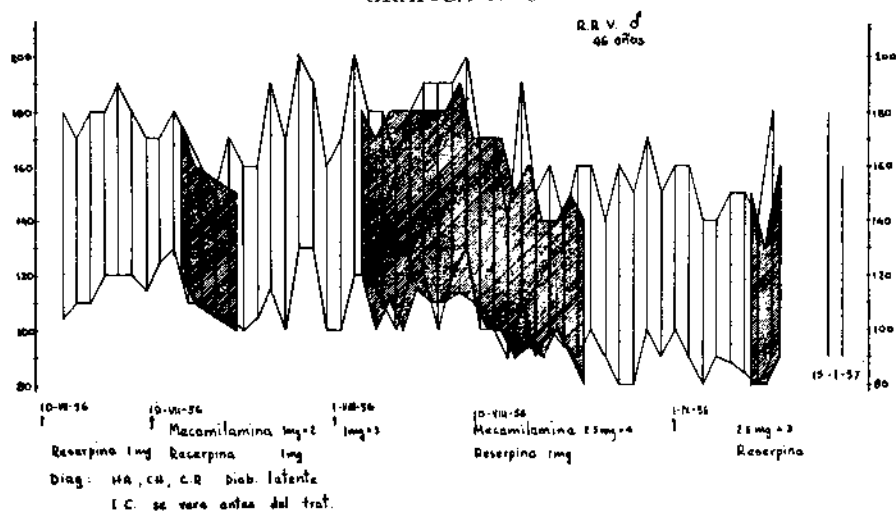
No hay con los medicamentos, la eventualidad de la suprasensibilización de los efectores, como puede suceder con la erradicación de los ganglios simpáticos, pues basta con retirar el medicamento gangliopléjico para evitar el peligro.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Con el propósito de comprobar la impresión de que el tratamiento medicamentoso de la insuficiencia cardíaca del hipertenso es superior al quirúrgico, hicimos la comparación de los resultados obtenidos en 58 casos con la operación de Smithwick y 30 sometidos a tratamiento médico. Las condiciones en que se inició el tratamiento en ambos lotes fueron semejantes en cuanto a edad y tiempo de evolución de la cardiopatía hipertensiva, pero por lo que ve a la gravedad de la insuficiencia cardíaca, fue mayor el número (46.6%) de los que estaban en el grado IV en el lote de los tratados con medicamentos, mientras que en los sometidos a la cirugía solamente la presentaban el 12.8%; del grado III, había 33% del primero y 31% del segundo.

Los resultados fueron para los tratados quirúrgicamente, de mejoría completa en el 32.7% y de mejoría importante en el 39.6%. De los tratados con medicamentos, en todos hubo mejoría de la insuficiencia cardíaca con desapa-

GRAFICA N° 3



Cardiopatía hipertensiva y reumática con insuficiencia cardíaca acentuada, que ha cedido al mantener baja la T. A.

rición de ésta cuando se obtienen cifras tensionales bajas, cosa que se ve en el promedio calculado para los hombres y para las mujeres y que se pone a continuación.

TABLA NÚM. 3
18 HOMBRES Y 12 MUJERES

Edad Promedio	TA con IC	TA sin IC	Insuf. Coronaria	Retención Nitrogenada
18 hombres 47 años	214/140	168/104	83.3%	44.5%
12 mujeres 49 años	222/129	182/96	50 %	8.3%

Edema pulmonar: 3 hombres con T. A. promedio 220/158.

De los enfermos operados hubo recaída de la insuficiencia cardíaca en el 5.1% y de ellos murieron con insuficiencia cardíaca 3 casos, mientras que en los tratados con medicamentos no se registró un solo caso de muerte en insuficiencia cardíaca.

Se comprueba la ventaja que tiene el tratamiento medicamentoso sobre el quirúrgico en el campo que éste anteriormente mostraba ser más eficaz, en la

insuficiencia cardíaca. Además, los riesgos del tratamiento medicamentoso son notoriamente inferiores a los del quirúrgico.

Por las fluctuaciones de la tensión arterial y por los ajustes a diversos niveles, de cada organismo; el tratamiento medicamentoso resulta superior, puede ajustarse y ser "proporcional" a las necesidades de reducción de las cifras, mientras que en los simpatectomizados no son factibles tales ajustes, además de que en ellos queda la eventualidad de suprasensibilización de los efectores.

ADDENDUM

Después de terminado el estudio, murió un enfermo, por infarto miocárdico, que había sido sometido a la simpatectomía y que era tratado con gangliopléjicos y reserpina.

REFERENCIAS

1. Chávez, I. y Méndez, L. *Surgical treatment of hypertensive heart disease and of heart failure*. Am. Heart. J. 37:523, July 1949.
2. Méndez, L. y Chávez, I. *El tratamiento simpaticolítico de la hipertensión arterial esencial*. Arch. Inst. Card. de Méx. XX:595, diciembre 1950.
3. Castañeda, L. y Méndez, L. *Resultados de la simpatectomía dorsolumbar en el tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Revisión de 80 casos*. Arch. Inst. Card. XXIII. Págs. 27-48, febrero 1953.

TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA
EN LA CARDIOPATIA HIPERTENSIVA

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. LUIS MENDEZ Y COLS. *

DR. ENRIQUE CABRERA.

EL TRABAJO QUE ACABAMOS DE ESCUCHAR condensa en unos cuantos minutos un esfuerzo que representa muchas horas de estudio, meses de observación y años de experiencia. Es trabajo de un internista, no de un cirujano, y por eso compara los *resultados* médicos con los quirúrgicos, más bien que comparar los *procedimientos* médicos con los quirúrgicos.

La exposición, por rigurosa y objetiva, conduce con toda naturalidad a conclusiones convincentes: la superioridad del tratamiento medicamentoso sobre el quirúrgico, en la insuficiencia cardíaca del hipertenso. En pocas palabras, podría decirse que el tratamiento medicamentoso logró más baja mortalidad, mejor control de las cifras tensionales y mayor efectividad tanto en la supresión de la insuficiencia cardíaca cuanto en la prevención de futuras recaídas. Y todo esto a pesar de que los enfermos tratados médicamente tenían, al iniciarse la medicación, un mayor grado de insuficiencia cardíaca. En efecto, tenemos un grupo de 58 enfermos quirúrgicos con un promedio de insuficiencia cardíaca grado 2.3 contra 30 enfermos médicos cuyo promedio de insuficiencia era de 3.2; una muerte por cada cuatro enfermos operados contra una muerte por cada seis enfermos tratados; supresión o mejoría importante de la insuficiencia cardíaca en el 72% de los operados contra supresión o mejoría importante en el 100% de los tratados médicamente; relación incierta de la mejoría con la baja tensional entre los operados, contra relación directa entre los de tratamiento médico. A tales beneficios medicamentosos debemos agregar los no menos importantes de haberse empleado un procedimiento indoloro,

* Leído en la sesión ordinaria del 5 de noviembre de 1958.

incruento, rápidamente compatible con la productividad económica del paciente y menos oneroso para él o sus familiares.

Pero los autores no se limitan a transmitir las conclusiones prácticas de su trabajo, sino que abundan en las causas de esta superioridad medicamentosa, señalando desde luego que "hubo mejoría de la insuficiencia cardíaca con desaparición de ésta cuando se obtienen cifras tensionales bajas". Sin embargo, como no reportan determinaciones del flujo sanguíneo por minuto, se abstienen encomiablemente de opinar si la baja tensional es resultado de menor resistencia periférica (vasodilatación) o de menor gasto cardíaco por minuto (que debería entonces atribuirse a menores demandas metabólicas del organismo ya que la insuficiencia cardíaca desapareció) o si es resultado de ambas cosas.

Compartimos la opinión de los autores de que el tratamiento quirúrgico de la insuficiencia cardíaca en el hipertenso es, en cierta medida, una conducta rígida aplicada a una realidad cambiante. En los casos quirúrgicos nos veíamos forzados a adoptar una actitud semejante a la de Pilatos: "lo escrito, escrito está". Ahora, en cambio, recurriendo a un medicamento hipotensor no exento de peligros, tenemos en nuestras manos un agente cuya acción podemos aumentar, disminuir o suspender a voluntad, adaptándonos así a los altibajos de empeoramiento o mejoría que pueda sufrir el enfermo. En esta diferencia esencial —inapelable al acto quirúrgico, reajutable al médico— creemos que está el secreto del buen éxito alcanzado por el tratamiento medicamentoso.

Permítasenos, por último, referirnos brevemente al método seguido por los autores en este trabajo de investigación. Es el cotejo de dos grupos clínicos muy semejantes en sus características esenciales, pero diferentes en su evolución ulterior, lo que permite al Dr. Méndez realizar una crítica rigurosa y a la vez constructiva de las ideas sustentadas por él mismo en el pasado. Cada uno de los dos grupos escogidos hace aquí la función de una fotografía estereoscópica, de tal modo que sólo abarcando de una mirada *ambas* imágenes es que percibimos "de bulto" la realidad y que podemos decir en dónde quedaron los planos y en dónde los relieves. Del mismo modo, cuando el Dr. Méndez examina con una sola mirada, es entonces que percibimos lo permanente y lo mudable, la confirmación de ideas pasadas y la aportación de ideas nuevas. Allí está en efecto, la *confirmación* de que un tratamiento potencialmente hipotensor puede sacar a los hipertensos de una insuficiencia cardíaca irreductible, y acá está hoy la *nueva aportación*: que la mutabilidad del tratamiento medicamentoso se muestra ventajosa frente a la rigidez de las consecuencias quirúrgicas cuando abordamos la realidad clínica, siempre cambiante, del enfermo hipertenso.