

COMISUROTOMIA MITRAL BAJO VISION DIRECTA
CON CIRCULACION EXTRACORPOREA.
INDICACIONES*

DR. MANUEL VAQUERO

PARA ESTABLECER las indicaciones de la comisurotomía mitral a cielo abierto con circulación extracorpórea es conveniente volver la vista atrás y revisar someramente los riesgos y los resultados obtenidos con la comisurotomía a corazón cerrado.

No es posible superponer los dos procedimientos, ya que la corrección de la estenosis mitral a cielo abierto, involucra otras maniobras quirúrgicas aparte de la apertura de las comisuras, tendientes a corregir dentro de lo posible otras condiciones patológicas existentes, como son la trombosis auricular, las calificaciones valvulares, si las hay, la insuficiencia mitral coexistente, la fusión de cuerdas tendinosas, etc.

A pesar de ello creo que del análisis de los resultados obtenidos al cabo de varios años y de la valuación de los mismos, podemos precisar las indicaciones actuales, en nuestro medio, de la cirugía mitral, a cielo abierto.

La indicación operatoria debe proponerse siempre, haciendo un balance cuidadoso entre el riesgo que corre el paciente y el beneficio que se espera obtener. La indicación es tanto más precisa cuanto el beneficio sobrepasa al riesgo y tanto más dudosa cuanto se igualan ambos factores.

No basta el estudio de la mortalidad operatoria para valorar el riesgo, ni tampoco el éxito quirúrgico para asegurar el beneficio, ya que no es suficiente que el enfermo salga vivo del hospital, sino que después continúe mejorando.

La comisurotomía mitral a corazón cerrado logró llenar las indicaciones anteriores y mejoró notoriamente la elevada mortalidad y la evolución progresiva y fatal, en la mayoría de los casos, de la estenosis mitral.

Mortalidad: De la revisión hecha por el American College of Chest Phisician, de 10,000 comisurotomías llevadas a cabo por 37 clínicas de Norteamérica, se ob-

* Trabajo leído por su autor en la sesión del 19 de junio de 1963.

tiene una mortalidad global de 6.8%. Esta parece alta y ha descorazonado a muchos de los cirujanos más eminentes, pero si esta cifra se desglosa un poco se verá que la que corresponde a la categoría II ó sea EMP con H. T. V. C. severa H. T. P. moderada, resistencias arteriolares bajas y cardiomegalia discreta, la mortalidad es de sólo 2.4%, en cambio es de 13.5% en la categoría III y sube a más del 30% en la categoría IV (casos con gran cardiomegalia fibrilación auricular, antecedentes de insuficiencia cardíaca, insuficiencia tricuspídea, etc.). En la estadística de Bayley en los primeros 1250 operados por vía de acceso izquierda es de 7.9% y en los operados por vía derecha con disección del surco interauricular es de 5.8%. En el estudio hecho por Ferez y Estandía de los 663 casos operados en el Instituto de Cardiología en el Servicio de Cirugía, entonces a cargo del Dr. C. Robles entre mayo de 1954 y mayo de 1958, murieron en el inmediato postoperatorio 30 ó sea una cifra de mortalidad de 4.5%.

Resultados a largo plazo (3 a 9 años). Son menos optimistas de lo que inicialmente se esperaba. En el grupo que citamos antes de 10,000 comisurotomías, obtienen mejoría el 77%; los signos físicos desaparecen solamente en el 8 a 10% los datos de cateterismo mejoran pero sin llegar a ser normales. Likoff da una cifra de mejoría global de 74% a los 6 meses, de 70% a los 5 años y de 55% a los 8 años.

El Hospital Broussais, en trabajo de investigación, da resultados buenos en el 44%, 25% dudosos y 31% malos a los 4 ó más años de operados.

Baker y Hancock de 200 operados a los 5 años dan buen resultado en el 60% y evolucionaron como si no hubieran sido intervenidos el 40%, pero hacen resaltar otro factor que debe tomarse en cuenta: de los operados con comisurotomía satisfactoria mejoraron el 89%, en cambio los operados no satisfactoriamente mejoraron sólo el 10%.

En la revisión de casos del Instituto Nacional de Cardiología citada antes, se obtuvieron resultados buenos en el 64% de los casos, de los cuales fueron excelentes en el 25% y buenos en el 39%, mejoría escasa en el 32% y empeoró el 16%. Si se toma en cuenta el tipo de pacientes, encontramos que los que corresponden al tipo II ó sea los de indicación precisa obtuvieron mejoría el 94% y solamente el 6% empeoró.

La reestenosis no es muy frecuente y generalmente se debe a comisurotomía no satisfactoria con válvulas poco móviles. En la serie de Ferez y Estandía ocurrió en el 3.3%. Baker y Hancock le señalan en el 5% y en la serie del Am. Col. of Ch. Ph. es el 2.8%. La mayoría de los reoperados por reestenosis son comisurotomías poco satisfactorias; Belcher, de 50 reoperados con diagnóstico de reestenosis, encuentra sólo 17 verdaderas reestenosis.

Después de la visión panorámica de la comisurotomía mitral a corazón cerrado, revisemos brevemente lo que nos ofrece actualmente la cirugía de la mitral a corazón abierto con circulación extracorpórea.

Nichols, Blanco, Uriquiu y Likoff en un primer reporte de 37 operados de estenosis mitral señalan mortalidad de 5 ó sea el 13.5% y de 36 operados de insuficiencia mitral 7 muertos, o sea mortalidad de 19.4%. Bittencourt, Zerbini y colaboradores presentaron en el IV Congreso Mundial de Cardiología los resultados en 150 mitrales operados a cielo abierto; de 89 estenosis mitral pura o predominante 9 muertos o sea el 10.1%; de 48 de doble lesión mitral 7 muertos o sea el 14% y de 5 de insuficiencia mitral pura 1 muerto o sea el 20%.

Kay en cirugía de la mitral da cifras de mortalidad global de 15% y en los primeros 30 operados de insuficiencia mitral la mortalidad es de 25%. Nichols en trabajo presentado al 35o. Congreso de la Am. Heart As. en Cleveland analiza 170 casos de estenosis mitral y señala en los últimos 91 una mortalidad de solamente 3%. Es de hacerse notar que éstos son, todos, casos de estenosis pura correspondientes a la clasificación II.

Es difícil conocer y valorar los resultados a largo plazo, ya que esta cirugía se inició hace apenas 6 años y sólo se ha extendido en los últimos 3 años, aunque ya Anderson y colaboradores revisan cuidadosamente los cambios tanto radiológicos como hemodinámicos en 11 supervivientes operados de insuficiencia mitral después de 4 años. Pensamos que los resultados a largo plazo deben ser probablemente mejores que los obtenidos por la cirugía a corazón cerrado ya que la corrección de las lesiones se hace más completa y satisfactoria para el cirujano.

Para muchos cardiólogos y cirujanos la estenosis mitral debe operarse bajo visión directa aun en los casos de E.M.P. no complicada. Es posible que en un futuro próximo esto sea así, pero creo que en el momento actual los casos del grupo II es decir la E.M.P. apretada sin calcificaciones, ni trombosis auricular, con H.T.V.C. evidente y con resistencia arteriolar pulmonar poco elevada, debe operarse a corazón cerrado, ya que con este procedimiento la mortalidad es baja: 2 a 2.5%, y los resultados a largo plazo son buenos en el 94% de los casos.

La indicación operatoria de comisurotomía mitral bajo visión directa debe hacerse:

- 1º En aquellos casos en que exista doble lesión mitral, pero sin gran dilatación de ventrículo izquierdo, ya que Dávila ha demostrado experimentalmente que cuando la dilatación ventricular es mayor de la necesaria para mejorar la contracción, la corrección de la insuficiencia valvular agrava la insuficiencia miocárdica.
- 2º Trombosis intraauricular.
- 3º Reoperación por comisurotomía insuficiente no satisfactoria.
- 4º Calcificación mitral no completa o extensa que no abarque todo o gran parte del aparato valvular. ya que en este caso sería indispensable prótesis valvular.

Aunque no está en el tema, no sería completo si no señalara algunas puntos acerca de la indicación quirúrgica en la insuficiencia mitral pura o predominante. La indicación fundamental está 1º En la existencia de insuficiencia mitral evidente y de cierta cuantía, es decir, que el volumen sanguíneo de reflejo sea de 50% ó más del volumen latido total. 2º Que exista gran invalidez en el enfermo, grado III a IV, pero sin fuerte elevación de la presión pulmonar (a menos que exista estenosis asociada).

Las contraindicaciones fundamentales serían: 1º La existencia de gran dilatación del ventrículo izquierdo, por las razones expuestas antes a propósito de la extensión mitral. 2º La insaturación arterial, indicada, mala ventilación pulmonar y 3º La presencia de insuficiencia aórtica que hace subir la mortalidad en el postoperatorio, notablemente creo que en lo anterior queda expresado mi criterio, quizá conservador, pero que puede servir de base mientras se adquiere, en nuestro medio, mayor experiencia y que será quizá ampliando si al correr del tiempo se demuestra que hay poco riesgo y gran beneficio para el enfermo; meta de este tipo de cirugía reconstructiva.