

TROMBOSIS GIGANTE INTRAURICULAR

INFORME DE 8 CASOS OPERADOS¹

DRS. PATRICIO H. BENAVIDES,^{2,3} MARCELO GARCÍA CORNEJO,³
RICARDO CORREA SUÁREZ³ Y ENRIQUE CORONA GONZÁLEZ³

RESUMEN. Se presentan las características clínicas, los criterios diagnósticos y el tratamiento instituido en ocho casos de trombosis gigante de la aurícula izquierda. Seis de los pacientes padecían estenosis mitral pura, y dos, doble lesión mitral. Se utilizó como criterio diagnóstico la presencia de fibrilación auricular crónica, cardiomegalia grave, episodios repetidos de insuficiencia cardíaca congestivo-venosa y antecedentes de embolias sistémicas. Unicamente la mitad de los enfermos presentaron todos estos elementos diagnósticos. Los pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico con circulación extracorpórea. Seis sobrevivieron y su evolución a largo plazo ha sido satisfactoria.

(GAC. MÉD. MÉX 97: 218, 1967).

DEFEBRERO de 1963 a marzo de 1966, se han operado en el Instituto Nacional de Cardiología ocho casos con trombosis gigante de la aurícula izquierda, que llegaron a la sala de operaciones con el diagnóstico de lesión mitral reumática. Se consideraron gigantes las trombosis que ocupaban las dos terceras partes de la cavidad auricular. El tema nos pareció de interés para su publicación, porque el diagnóstico preoperatorio presenta dificultades y porque la circulación extracorpórea permite operar con éxito a muchos de estos pacien-

tes, que hasta hace poco tiempo eran prácticamente inoperables. Algunos antecedentes de esta situación constan en las referencias 1-8.

MATERIAL

Los 8 casos estudiados se intervinieron con el diagnóstico de cardiopatía reumática. La lesión mitral se consideró estenosis "pura" en 6 y doble mitral en 2; padecían de fibrilación auricular 7 de los 8 enfermos; todos mostraron cardiomegalia al menos de grado II y solamente uno tenía el antecedente de embolia sistémica. Las edades mínima y máxima fueron de 27 y 64 años respectivamente. La mitad de los pacientes

¹ Trabajo presentado en la sesión ordinaria del 20 de julio de 1966.

² Académico numerario.

³ Instituto Nacional de Cardiología.

tenían calcificación de la válvula mitral. Tres casos habían sido operados previamente de comisurotomía mitral. La evolución a largo plazo de mayor duración fue de 3 años 4 meses y la mínima de 10 meses. Fueron operados con oxigenador de burbujas y hemodilución 5 casos y los otros tres con el oxigenador de discos. La válvula mitral fue substituida por una prótesis de Starr-Edwards en dos pacientes.

DIAGNÓSTICO

La fibrilación auricular crónica, la cardiomegalia importante, los episodios repetidos de insuficiencia cardíaca congestiva venosa y los antecedentes de embolias sistémicas, son datos que permiten sospechar la trombosis auricular izquierda en pacientes con lesión reumática. Sin embargo, con estas bases podemos hacer el diagnóstico correcto sólo en la mitad de los casos aproximadamente. En otras palabras, la mitad de las trombosis se presentan en ausencia de todos o de varios de estos elementos. En ninguno de nuestros pacientes estudiados se hizo diagnóstico de seguridad antes de la intervención, aun cuando se sospechó esta posibilidad en algunos de ellos.

El aumento rápido y la gravedad de la hipertensión venocapilar nos deben poner sobre la pista del diagnóstico clínico, pues habitualmente la producida por una válvula que se estrecha es de evolución más lenta. La angiocardiógrafa permite hacer el diagnóstico de esta complicación con seguridad, pero existe el riesgo de producir embolias durante las maniobras.

En el Instituto Nacional de Cardiología, actualmente se operan todos los enfermos mitrales con el oxigenador disponible y el hallazgo operatorio de trombosis gigante automáticamente nos obliga a resolver el caso con el auxilio de la circulación extracorpórea.

RESULTADOS

En la totalidad de nuestros casos se extrajo el trombo y se trató satisfactoriamente la lesión mitral. Tres pacientes habían sido operados previamente de comisurotomía mitral "cerrada", 11, 9 y 8 años antes de la segunda operación respectivamente; en uno de estos casos se informó de la presencia de un pequeño trombo dentro de la orejuela en la primera operación. Un caso se operó sin la protección del oxigenador y tuvo que ser reoperado 3 meses después. Dos casos, que toleraban muy bien su cardiopatía, desarrollaron hipertensión venocapilar rápidamente evolutiva unos meses antes de ser operados.

De febrero de 1963 a julio de 1966 han sido operados 609 pacientes con lesión mitral, lo que da una incidencia de 1.3% de trombosis gigante auricular izquierda.

Las intervenciones realizadas sobre la mitral fueron: 6 comisurotomías, en una de las cuales se practicó anuloplastia para corregir una pequeña insuficiencia producida por el cirujano; en los dos casos restantes se colocó una prótesis de Starr en lugar de la mitral. Dos enfermos murieron en el postoperatorio inmediato, uno por embolia cerebral operatoria y el otro de hemorragia por trastorno de coagulación incontrolable.

Al extraer el trombo, puede encontrarse un plano de despegamiento que facilita la maniobra y deja una superficie lisa en el endocardio, pero en algunos casos, las firmes adherencias entre el trombo y el endocardio determinan que sea indispensable la extracción fragmentada, quedando una superficie rugosa susceptible de formar nuevos coágulos a corto plazo; en ambos casos usamos anticoagulantes en el postoperatorio casi inmediato.

La evolución a largo plazo de los seis casos sobrevivientes ha sido buena, la que permite a los enfermos llevar una vida normal.

DISCUSIÓN

Es evidente que el tratamiento quirúrgico con circulación extracorpórea es el único del que disponemos para el tratamiento de pacientes con este problema. Esta corta serie fue tratada con una sola muerte relacionada con la trombosis y la evolución a largo plazo ha sido buena. Se insiste en la necesidad de operar a los mitrales con el oxigenador dispuesto, por estas y otras posibilidades que se resuelven con este recurso.

Los hallazgos anatómicos de 3 casos, en los que existían túneles que atravesaban el trombo y por los cuales pasaba la sangre de las venas pulmonares al orificio de la válvula mitral, con estenosis poco apretada, nos permiten asegurar que la hipertensión venocapilar

acentuada que padecían, era causada más por la trombosis, que por la misma estenosis y la evolución postoperatoria a largo plazo confirma esta interpretación.

Las intervenciones bajo visión directa en las cavidades del corazón han convertido en operables estos casos que tienen casi perdida su cavidad auricular por un trombo y que viven por fenómenos de adaptación realmente admirables.

Nota. Dos de los casos analizados fueron intervenidos por el Dr. Fernando Quijano Pitman, a quien agradecemos su autorización para la publicación de los mismos.

REFERENCIAS

1. Soulie, P.; Chiche, P., y Papanicolis, I.: *Les thromboses parietales organisées des cavés du coeur*. Arch. Mal. Coeur, 42: 569, 1949.
2. Juskis, A. M.: *Rheumatic heart disease with massive thrombosis of the left auricle*. Am. Heart J. 91: 144, 1951.
3. Meslen, J. F., y Scebat: *Thrombose cardiaque a forme massive intracavitare*. Arch. Mal. Coeur, 8: 741, 1951.
4. Mendoza, F.; Barajas, S., y Logsdon, Ch.: *Trombosis intra-auriculares en las valvulopatías mitrales*. Arch. Inst. Cardiol. Méx. 22: 413, 1952.
5. Belcher, J. R., y Somarille, W.: *Systemic embolism and left auricular thrombosis in relation to mitral valvotomy*. Brit. Med. J. 2: 1000, 1955.
6. Benavides, P. H., y Salazar, J. D.: *El problema de la trombosis intracavitaria en la comisurotomía mitral*. Arch. Inst. Cardiol. Méx. 27: 200, 1957.
7. Vargas, L. L., y Corvese, W. P.: *Ocluding thrombi of the left atrium. Report of four cases treated surgically*. Dis. of the Chest, 40: 313, 1961.
8. Benavides, P. H.; García Cornejo, M.; Correa, S. R., y Corona, G. E.: *Trombosis gigante intra-auricular*. Arch. Inst. Cardiol. Méx. 35: 715, 1965.

COMENTARIO OFICIAL

DR. FELIPE MENDOZA¹

TIENE gran importancia la comunicación que en forma muy sencilla y con lacónica brevedad, hace el Dr. Patricio Benavides a esta Academia acerca de 8 pacientes con valvulopatías mitrales graves y trombos considerables alojados en la aurícula izquierda, en quienes consiguió hacer tratamiento quirúrgico.

La trombosis intraauricular constituye una de las más temibles complicaciones de la estenosis mitral, porque es fuente de embolias y porque, en muchos casos, aumenta importantemente el obstáculo que para el flujo sanguíneo significa la estrechez valvular.

La transcendencia hemodinámica de los trombos depende de su ubicación y de su magnitud. Como en algunos de los casos ahora presentados obstruyen a veces la desembocadura de las venas pulmonares; en otras, la masa trombótica se asienta sobre el orificio mitral estrecho y lo ocluye total y fatalmente. La magnitud de la trombosis es tal, en ocasiones, que va obliterando progresivamente la cavidad auricular hasta ocuparla por entero en un acto final.

El significado clínico de las trombosis que ocupan más de las dos terceras partes de la cavidad auricular adquiere mayor relieve si se considera que acontecen con mayor frecuencia de lo que podría suponerse: en cerca del 2% de los casos operados de estenosis mitral, según informa el Dr. Benavides, y en número un poco mayor, vecino al 3%, entre los estenosados mitrales que llegaron a la necropsia en el Instituto Nacional de Cardiología antes del advenimiento de la cirugía intracardiaca, de acuerdo con la revisión que en 1962 hicimos con los Dres. Logsdon y Barajas.

Dichas trombosis gigantes constituían un

episodio ominoso de curso inexorable, inclusive durante la primera etapa del desarrollo de la cirugía de la estenosis mitral. Afortunadamente, como ahora lo muestra el doctor Benavides, gracias al empleo de la circulación extracorpórea, que permite al cirujano exponer el interior de las cavidades cardíacas y manipular a cielo abierto dentro de ellas, ya se resuelve satisfactoriamente el problema. Se extirpa el trombo y se trata la valvulopatía mitral en forma conservadora con ampliación oficial o de modo radical haciendo una substitución valvular.

Frente a la evolución fatal a corto plazo de las trombosis gigantes no tratadas, el riesgo que entraña el tratamiento quirúrgico actual es muy aceptable: dos muertes en el postoperatorio inmediato imputables a la intervención, frente a 6 casos con buena evolución y mejoría tan substancial que les permite "llevar una vida normal" según expresa el Dr. Benavides.

Si para dicha solución del problema se requiere indefectiblemente el empleo de la circulación extracorpórea, todos los pacientes en quienes se haga diagnóstico de trombosis importante de la aurícula izquierda deben enviarse a los centros que cuenten con el personal y el equipo necesarios para realizar dicho procedimiento de exclusión cardíaca.

Tan indiscutible enunciado exige una glosa:

1. *Acerca del diagnóstico.* Salvo en muy excepcionales casos en los que la radiografía simple delata la existencia de calcificaciones del trombo, únicamente el estudio radiográfico con material opaco inyectado en la aurícula izquierda permite el diagnóstico de las trombosis intraauriculares. El concurso de todos los demás métodos de exploración cardiológica sólo lleva a sospechar su existencia

¹ Académico numerario, Instituto Nacional de Cardiología.

pero con un margen muy amplio de error, tanto por exceso como por defecto.

El método angiocardiógráfico requiere personal altamente especializado, equipo costoso y entraña riesgos importantes: fragmentación del trombo intraauricular con el catéter, inyección en su seno, a presión, del material radiopaco, aun cuando a diferencia de los mixomas los trombos no se insertan en el tabique. Además, existen las contingencias inherentes al cateterismo intracavitario y a la punción del tabique interauricular, vía ésta la mejor para alcanzar la aurícula izquierda.

No puede, pues, aceptarse que sistemáticamente se realice este procedimiento diagnóstico en todos los casos de estenosis mitral, ni siquiera en todos aquellos en que exista la sospecha clínica de trombos intraauriculares.

2. *Acerca de la planeación operatoria.* Podría concluirse de lo anterior que en la actualidad sólo debería hacerse cirugía de la estenosis mitral en los centros que pueden recurrir en cualquier momento a la circulación extracorpórea. Resultaría excesiva tal resolución y privaría de importantes beneficios a la mayoría de quienes sufren tal valvulopatía. Si parece necesario afirmar que, salvo los casos con cardiomegalia discreta, sin fibrilación auricular, sin insuficiencia cardíaca, sin antecedentes de embolias, en quienes el amplificador de imágenes no muestre calcificaciones y en los que, por lo tanto,

todas las probabilidades están en favor de que pueda realizarse comisurotomía con el corazón cerrado por el procedimiento tradicional, todos los demás casos deben ser tratados únicamente en los centros quirúrgicos que dispongan de circulación extracorpórea.

Esta manera de pensar se fortalece al advertir que, además del riesgo de la trombosis intraauricular importante, los pacientes que se salen del grupo anteriormente calificado como susceptible de comisurotomía por vía cerrada, tienen importantes probabilidades de que la deformidad valvular, las alteraciones de las cuerdas y pilares tendinosos, la estructura fibrosa rígida de las válvulas o la extensa calcificación de ellas impidan que el acto operatorio se realice, a menos de hacer la intervención con el corazón abierto y el auxilio de la bomba y del oxigenador extracorpóreos.

Felicitó al Dr. Benavides y a los demás integrantes del Departamento de Cirugía del Instituto Nacional de Cardiología por esta nueva aportación en beneficio de los millares de enfermos portadores de estenosis mitral que existen en nuestro país, de quienes esperamos que sean enviados a tratamiento quirúrgico antes de que el tiempo perdido para indicar la operación conduzca a las graves alteraciones valvulares mencionadas y a las múltiples complicaciones a que están expuestos, de entre las cuales la trombosis intraauricular es una de las que tienen más graves consecuencias.
