

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 orificial 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 cardíaca 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.

Felicito 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.
