

Hasta dónde debe el clínico "apoyar" a su cirujano en una plástica valvular

Es frecuente que después de la cirugía correctora o paliativa de una cardiopatía congénita, pongamos a la tetralogía de Fallot por ejemplo, se encuentren alteraciones auscultatorias, electrocardiográficas, ecocardiográficas y radiológicas. (1) El cardiólogo que tendrá que enfrentar a estos pacientes, ya adultos, debe conocer estas "alteraciones" absolutamente lógicas provocadas por el acto cruento de la cirugía. En el ejemplo citado escuchará soplos sistólicos así como diastólicos que pueden obedecer a diferentes causas (pequeñas CIV residuales, gradientes infundibulares o valvulares pulmonares, regurgitación pulmonar, etc.). Encontrará diferentes grados de hemibloqueos, comúnmente bloqueo de la rama derecha y en menor grado (6% para la estadística del Hospital de Niños) del haz anterior izquierdo. Verá en el ecocardiograma dilataciones leves a moderadas de las cámaras derechas y al septum interventricular con movimiento paradójico. Observará corazones más o menos grandes en las radiografías de tórax, a veces dilataciones de la salida del ventrículo derecho o de la arteria pulmonar, sobre todo cuando han recibido parches. Sin embargo, pese a todo lo comentado 19 de 20 de estos pacientes llevan una vida normal (incluida su ergometría), juegan al fútbol, manejan automóviles, se embarazan, tienen hijos en parto normal, salvo por problemas obstétricos, etc. Valga todo esto para introducir un ejemplo frecuente dentro de las cardiopatías congénitas y que el clínico informado debe conocer y no precipitarse con conclusiones erróneas que puedan confundir al paciente.

Veamos el caso de las plásticas de válvulas sigmoideas y auriculoventriculares; principalmente el de las válvulas aórtica y mitral.

Son por todos conocidos los inconvenientes de mantener una anticoagulación correcta en pacientes con reemplazos valvulares y que viven alejados de los centros que los controlan y de aquellos con pocos recursos económicos y culturales. Sólo esto justificaría intentar la plástica de esas válvulas enfermas, principalmente en pacientes jóvenes que seguramente necesitarán ser reintervenidos en un futuro, que cuanto más alejado mejor. *Ex profeso* quiero dejar fuera de estas consideraciones la operación de Ross en el reemplazo valvular aórtico y sólo me referiré a la reparación (plástica) sin reemplazo valvular.

La experiencia indica que aquellos clínicos no

muy relacionados con centros quirúrgicos se angustian ante la auscultación de soplos en su paciente operado sin evaluar a fondo el resultado en su capacidad funcional que puede, o no, haber mejorado sustancialmente. Entonces uno se pregunta: ¿Qué estoy dispuesto a aceptar como alteración residual estenótica o regurgitante? ¿Cuánto se beneficia el paciente valorando la escasa o moderada sobrecarga cardíaca de la plástica *versus* el reemplazo por una válvula mecánica con todos los inconvenientes que ésta acarrea?

Existe además un hecho que, por ser fundamental, requiere un comentario y es el de permitir una curva necesaria de aprendizaje a nuestros cirujanos. Hasta dónde el clínico debe "apoyar" un resultado no del todo ideal. Por supuesto que, siendo lo más importante el paciente, se verá de qué forma se beneficiará con esta cirugía. Es imprescindible una actitud ética y sincera de las posibilidades de las plásticas valvulares.

En esta época en que es frecuente "romper" a ciegas una válvula aórtica con un catéter con balón, la reestenosis o la aparición de regurgitación, o su incremento si existía previamente, muy probablemente en mayor o menor plazo nos pondrá en la situación de indicar su cirugía. Será ésta el reemplazo de su válvula dañada por una válvula mecánica, será la operación de Ross, será la utilización de homoinjertos o será la plástica valvular.

No existen números comparables, que yo conozca, que valoren estas técnicas en función del tiempo. Mi impresión personal en las operaciones de las cardiopatías congénitas y basada en la experiencia de cirujanos con quienes uno trabaja facilita considerar en cada caso la posibilidad de la plástica conociendo que en el futuro será necesario indicar una nueva operación probablemente de reemplazo. Pero..., ¿cuánto tiempo hemos ganado?

A veces y olvidando que "lo mejor es enemigo de lo bueno" nos impacientamos y entonces los resultados no son mejores y a veces, ni buenos.

Dr. Alberto Rodríguez Coronel

JEFE DIVISIÓN CARDIOLOGÍA

HOSPITAL DE NIÑOS "R. GUTIÉRREZ"

BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez Coronel A, Capelli H, Kreutzer GO y col. Cardiopatías congénitas. Historia natural y su modificación por la cirugía. En: Bertolasi C. *Cardiología Clínica*. Buenos Aires, Editorial Intermédica 1988; p 2599.