

# Reflexiones clínicas sobre la cirugía de las valvulopatías

Dr. JORGE E. GLENNY

El vertiginoso avance de la cirugía cardíaca ha generado una revolución en el pensamiento médico, similar al de los días del nacimiento de la microbiología o a la época del desarrollo de los antibióticos.

Desde los confines de la historia de la medicina, el médico fue aprendiendo a conocer "la historia natural" de las valvulopatías; conociendo esta "historia natural" y con muy limitados recursos para influir favorablemente sobre la misma, debía conformarse con "reconocer" la enfermedad, observar al paciente y finalmente seguir "observando" cómo se desbarrancaba hacia un fin inexorable, que llegaba tarde o temprano o a veces muy temprano, cuando alguna complicación, más o menos prevista interfería con esa "historia natural".

La idea fatalista, de fondo de las líneas precedentes, fue acuñada durante interminables años en el pensamiento médico; cuando, al principio con alguna timidez, pero luego tumultuosamente, la cirugía cardíaca obligó al médico a reordenar toda su forma de pensar al respecto; provocando lógicas convulsiones al presionar sobre ideas largamente enquistadas. Los fanáticos vieron en esta cirugía a una panacea, los pusilánimes temieron quedarse sin pacientes y los eternos detractores pidieron aquí cosas que ni soñaban para el resto de la terapéutica; exigieron que la cirugía cardíaca "curase" la actividad reumática por ejemplo, y como no lo hacía, simplemente afirmaron que era riesgoso e inútil, pero no dudaron en dar insulina a los diabéticos, aunque esta no los curaba ni les prevenía las complicaciones cardiovasculares; no dejaron de administrar digital a sus pacientes, por más que esta "no curaba" la insuficiencia cardíaca, etc. Finalmente, luego de la marea y el reflujo, parece que se ha llegado a un punto, donde la mayoría está de acuerdo sobre "cuando" los pacientes con valvulopatías se benefician con una intervención quirúrgica; puede seguir la discusión sobre "cómo", pero es ese "cuándo" el que interesa realmente al clínico.

El trípode sobre el que debe descansar la cirugía cardíaca, para que los médicos indiquen el tratamiento quirúrgico de una valvulopatía es el siguiente:

- a) Baja mortalidad operatoria.
- b) Modificación favorable de la evolución natural de la valvulopatía.
- c) Morbimortalidad postoperatoria baja o ausente.

Los resultados que se obtengan en estos tres pilares estarán siempre en directa relación con la calidad del criterio del clínico, que juega un papel de la misma trascendencia que el cirujano, para influir sobre cada uno de estos tres puntos.

La mortalidad operatoria y postoperatoria inmediata ha descendido en los últimos años a niveles que "ya no asustan"; pero es necesario tener siempre presente que la incidencia de óbitos en este período, para cualquier equipo quirúrgico de primera calidad, va a depender, no solo de la habilidad del cirujano, sino que va a estar en absoluta relación con la clase de pacientes que el clínico envíe al quirófano. El riesgo operatorio será sensiblemente mayor en los casos muy deteriorados por la evolución natural de la enfermedad y seguramente se perderán más enfermos de los grupos con mayor cardiomegalia, alta incapacidad funcional, mayor hipertensión pulmonar, grave repercusión de la insuficiencia cardíaca sobre otros parénquimas, etc.

La evolución natural de las valvulopatías es la de llevar al enfermo paulatinamente a la muerte. Todo cirujano que opere moribundos obtendrá por resultado cadáveres, pero tampoco se trata de intervenir casos muy leves o "casi sanos" para "mejorar los resultados". Debe conocerse perfectamente qué puede esperarse de cada valvulopatía en sus distintas etapas evolutivas y qué puede esperarse de la intervención quirúrgica de esos pacientes; entonces, el buen juicio del

clínico consistirá en saber juzgar perfectamente, para cada caso, cuando el tratamiento quirúrgico brindará mejores resultados que el tratamiento médico, con el mínimo de riesgo.

La "historia natural" de las valvulopatías puede ser modificada favorablemente por la cirugía. Pese a todos los inconvenientes y variaciones individuales que se le reconocen, la clasificación del grado de incapacidad funcional de la New York Heart Ass. es todavía un elemento de juicio útil para comparar los resultados e influencia de la cirugía sobre las afecciones valvulares en diversos estadios de su curso.

No hay dudas de que las valvulopatías mitrales y la insuficiencia aórtica, con incapacidad funcional de los grados III y IV mejoran significativamente la expectativa de sobrevida luego del tratamiento quirúrgico; mientras que todavía, a causa de la falta de estadísticas suficientemente prolongadas, no es posible afirmar lo mismo para estas afecciones en los grados I y II. Es muy conocido que el criterio de la utilización del grado de incapacidad funcional no sirve para los enfermos con estenosis aórtica; el altísimo precio que pagan con su vida muchos casos "asintomáticos" exige del clínico una actitud mucho más agresiva, especialmente en los pacientes con gradientes transvalvulares mayores de 50 mm de Hg.

Las curvas de sobrevida que habitualmente se utilizan para avalar los resultados de alguna conducta terapéutica, no son en este tema todo lo elocuentes que merecen ser. Cuando se trata de analizar los resultados alejados de la cirugía cardíaca, no solo hay que tomar en consideración el "tiempo de sobrevida" sino que también debe tenerse muy en cuenta la "calidad" de esa sobrevida, ya que no es lo mismo "sobrevivir" años, postrado por la creciente incapacidad, en condiciones de un "inválido progresivamente más inválido"; que "vivir" esos mismos años con una actividad prácticamente normal. Si la cirugía cardíaca brindase esto y solamente esto, lo mismo sería bienvenida.

La mayoría de los grandes problemas de las prótesis valvulares se van resolviendo y muchos de esos "problemas" actualmente son solo un recuerdo. El tromboembolismo fue y es todavía la complicación que más material ha dado para la discusión de este tipo de cirugía. Con el empleo "correcto" de anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios, la incidencia de complicaciones embólicas y/o complicaciones del tratamiento anticoagulante, desciende a márgenes no significativas. Este es uno de los puntos más delicados en el seguimiento postoperatorio, ya que el trío: "Médico-Cirujano-Paciente" debe estar imbuido del concepto de que no es lo mismo "tomar anticoagulantes" que realizar un "tratamiento anticoagulante". Tanto el clínico, como el cirujano y especialmente el paciente, deben ser extremadamente rigurosos en los controles y administración de los fármacos; entonces esas temidas complicaciones dejan de ser un fantasma y si aparecen, debe investigarse la causa responsable del "incorrecto" tratamiento que produjo una alteración (en más o en menos) de la adecuada anticoagulación en el momento de la embolia o la hemorragia. Esto es muy fácil para escribirlo, pero no siempre es posible cumplirlo, especialmente para aquellos casos que luego de operados deben residir en lugares alejados de centros en los cuales pueda realizarse un correcto control de su tratamiento anticoagulante.

La elección del tipo de prótesis depende principalmente de las condiciones anatómico-hemodinámicas de cada caso en particular y este es uno de los pocos puntos que deben dejarse totalmente en manos del cirujano. Sin embargo, el clínico no puede dejar de decir que sus mayores esperanzas están depositadas en el éxito de las prótesis biológicas, que solo necesitan el aval del tiempo, que en la mayoría de los casos requieren menos cuidados postoperatorios y que, salvo en algunos casos especiales, por no requerir anticoagulación aumenta las perspectivas para los pacientes de medios rurales.

Los pensamientos y posturas negativas han hecho perder en nuestro país muchos años en el avance de la cirugía cardiovascular, que en sus comienzos tenía ante sí un brillante porvenir. Se expresa el ferviente deseo de que los pensamientos positivos permitan recuperar el terreno perdido.