

Tratamiento quirúrgico de las cardiopatías congénitas

Dr. EDUARDO M. GALINDEZ

Jefe Cirugía Cardiovascular - Hospital de Niños - Bs. As.

La Cirugía Cardiovascular es sin duda, una de las especialidades que, en las últimas décadas, ha progresado sorprendentemente.

Desde aquella pléyade integrada por Gross, Craford, Potts a fines de la década del treinta y luego Bayley, Harken, Brock, Gibbon, Lillehei y otros en la década siguiente, hasta llegar en 1953 al primer éxito con circulación extracorpórea, las conquistas se han ido sucediendo sin interrupción.

Las cardiopatías congénitas ocupan un lugar en esta historia y junto a esos nombres. Todos ellos comenzaron atacando los defectos congénitos, empezando por los que parecían más simples y buscando edades donde el paciente tenía su mayor seguridad. Pero lejos de lo que podía preverse, esa oportunidad operatoria ha ido cambiando incesantemente, en razón de mejores técnicas, perfeccionamiento de la infraestructura tecnológica y conocimiento fisiológico adecuado. Hoy podemos decir que la oportunidad de tratamiento quirúrgico de las cardiopatías congénitas, es un capítulo dinámico que cambia día a día y que además posee variantes dependientes de la especialidad del grupo quirúrgico. Por tanto, debe entenderse bien, que lo que es seguro y recomendable en un Centro, puede no serlo en otro.

En nuestra experiencia del Servicio Cardiovascular del Hospital de Niños de Buenos Aires, y habiendo operado aproximadamente más de dos mil enfermos, la indicación operatoria a sufrido numerosos cambios, y hoy en día podemos resumir este aspecto, considerando dos variantes básicas: edad y peso por un lado y procedimiento operatorio por otro (uso de circulación extracorpórea o no).

En los primeros meses de la vida, el ductus persistente, la coartación de aorta y la comunicación interventricular, pueden presentar insuficiencia cardíaca incontrolable por medios clínicos, lo que determina la intervención con carácter urgente. El riesgo operatorio para los dos primeros es de alrededor del 10 %, en estas condiciones. En cuanto a la comunicación interventricular, la intervención indicada es el cerclaje o banding de la arteria pulmonar, procedimiento que si bien no es el ideal, ha dado buenos resultados clínicos y su riesgo es del orden del 10 al 15 %. Consideramos estos porcentajes elevados, pero debemos tener en cuenta que se trata de enfermos críticos en los que a veces ya hay instaladas, complicaciones pulmonares.

Pasado este período, el ductus tiene una edad de elección de doce a dieciocho meses, con una mortalidad inferior al 1 %. La coartación de aorta, en nuestra experiencia, tiene su momento electivo a los cinco o seis años, donde obtenemos una boca suficiente y encontramos menor circulación colateral.

En cuanto a las cardiopatías cianóticas, con hiperflujo pulmonar, siempre en el primer año de vida y refiriéndonos específicamente a las anastomosis sistémico-pulmonares, realizamos antes de los seis meses el procedimiento de Waterston y luego la subclavio-pulmonar de Blalock, en el lado opuesto al arco aórtico.

Merecen mención aparte las estenosis pulmonares severas del lactante, que las indicamos como urgencia y que con pesos de alrededor de cuatro kilos, las realizamos con circulación extracorpórea.

La indicación quirúrgica, pasado el primero y segundo año de vida y con pesos por arriba de los quince kilos, no cons-

CUADRO I
INDICACION Y OPORTUNIDAD OPERATORIA DE LAS CARDIOPATIAS CIANOTICAS

		Diagnóstico	Indicación quirúrgica	Edad ideal	Técnica quirúrgica	Riesgo
CON FLUJO PULMONAR AUMENTADO	CON	1) T.C.G.V.	Siempre (sin H.P.)	3 años	Mustard	15 %
	C.E.C.	2) A.T.R.V.	Siempre	3 años	Corrección completa	20 %
	CERRADA	3) T.C.G.V.	Insuficiencia cardíaca	12 m.	Cerclaje arteria pulmonar	20 %
CON FLUJO PULMONAR DISMINUIDO	CON	1) T. de Fallot	Siempre	3 años	Corrección completa	7 %
	C.E.C.	2) Trilogía de Fallot	Siempre	3 años	Valvulotomía y cierre de C.I.A.	5 %
		3) T. de Fallot	Crisis disnea cianosis	-2 años	Anast. sist. pulmonar	5 %
	CERRADA	4) Atresia Tric.	Crisis disnea cianosis		a) Anast. sist. pulmonar b) Anast. cavo-pulmonar	7 % 7 %

T.C.G.V.: Transposición Completa de los Grandes Vasos.

H.P.: Hipertensión Pulmonar.

A.T.R.V.: Anomalia Total del Retorno Venoso.

CUADRO II
INDICACION Y OPORTUNIDAD OPERATORIA DE LAS CARDIOPATIAS CONGENITAS ACIANOTICAS

		Diagnóstico	Indicación quirúrgica	Edad ideal	Técnica quirúrgica	Riesgo
CON FLUJO PULMONAR AUMENTADO	CIRUGIA	1) Ductus	Siempre	6 meses	Sección y sutura	0,5 %
	CERRADA	2) C.I.V.	Ins. Card. intratable	hasta 12 meses	Cerclaje A.P.	10 %
		3) C.I.V.	+ 30 % cortocirc. I.D.	3 años	Cierre de C.I.V.	3 %
	CON	4) A.V.C.	+ 30 % cortocirc. I.D.	3 años	Corrección I.M. Cierre C.I.A.	5 %
	C.E.C.	5) C.I.A.	+ 40 % cortocirc. I.D.	3 años	Cierre C.I.A.	0,5 %
		6) C.I.A. + A.P.R.V.	+ 40 % cortocirc. I.D.	3 años	Cierre C.I.A.	2 %
CON FLUJO PULMONAR DISMINUIDO	CON C.E.C.	1) E.P.V.	Gradiente 50 mm. Hg.	3 años	Valvulotomía	2 %
CON FLUJO PULMONAR NORMAL	CIRUGIA CERRADA	1) Coartac. Aorta	Siempre	5 años	Resección y anast. término terminal	3 %
	CON C.E.C.	2) Est. Aort.	Gradiente 60 mm. Hg.	5 años	Valvulotomía	5 %

C.I.V.: Comunicación Interventricular.

A.P.: Arteria Pulmonar.

A.V.C.: Atrio-ventricularis Communis.

C.I.A.: Comunicación Interventricular.

A.P.R.V.: Anomalia Parcial de Retorno Venoso.

E.P.V.: Estenosis Pulmonar Valvular.

Est. Aórt.: Estenosis Aórtica.

tituye problema y es más o menos por todos conocida y ha sido presentada numerosas veces por nuestro equipo (cuadros I y II).

Sin embargo, algunos cuadros nosológicos pueden comentarse por contener especial interés. En primer lugar tenemos la estenosis aórtica, cuyo momento operatorio debe ser cuidadosamente estudiado. Tratamos de que estos pacientes lleguen a la mayor edad posible ante la eventualidad de reemplazo valvular, y aceptamos un gradiente de 60 mmHg. para su indicación quirúrgica, siempre que vaya acompañado de una franca peoría electrocardiográfica y clínica. Los resultados de las valvulotomías y resecciones de formaciones subvalvulares en el niño, no son los satisfactorios que sería de desear, por la anatomía valvular y la evolución posterior.

Otro punto de interés lo constituye el reemplazo valvular con uso de prótesis en la infancia. Creemos y así lo abona nuestra experiencia, que tanto en las afecciones mitrales congénitas como en niños con cuadros reumáticos que ya no se logran compensar y aún en actividad, deben ir al reemplazo valvular, desde luego, con todas las precauciones del caso. Nuestros resultados han sido altamente satisfactorios, y el riesgo del 10 %

que diéramos a estos enfermos, lo consideramos bajo teniendo en cuenta que son enfermos en grado IV muy avanzado de incapacidad.

He dejado para último término "ex profeso" un nuevo y viejo capítulo. Parece que también en nuestra cirugía se da ese "revenir", tan conocido en la historia. Me refiero a la hipotermia profunda.

Nuestro equipo se encuentra iniciando la experiencia de la hipotermia profunda con parada circulatoria. Este camino es posible que cambie la indicación y momento operatorio de varias cardiopatías, al eliminar o disminuir las intervenciones paliativas, yendo directamente a las correcciones completas. Tal sería el caso de las comunicaciones interventriculares, las Tetralogías de Fallot, las transposiciones de grandes vasos y otros, que serían así corregidas en los primeros meses o primer año de la vida. Esta cirugía, necesita de una gran infraestructura pediátrica y un cuidado post-operatorio altamente especializado.

Para terminar estas líneas, quiero recordar aquello que decía un gran cirujano, W. Potts: "Si el lactante pudiese hablar le diría a su cirujano: tratame con delicadeza y cariño y verás cuánto soy capaz de tolerar".