

Tratamiento operatorio del defecto septal auricular; estudio clínico y hemodinámico en 175 pacientes

Por los Dres. LAWRENCE, H. CHON; ANDREW, G. MORROW
y EUGENE BRAUNWALD: *Brie. Heart, J.* 29:725, 1967.

El defecto septal auricular es una anomalía congénita de las más comunes, razón por la cual el cardiólogo se ha familiarizado con sus rasgos clínicos y hemodinámicos y el cirujano con un proceder quirúrgico adecuado pero, donde existen problemas es en conocer el verdadero resultado como consecuencia de evaluaciones pre y postoperatorias. El presente trabajo relata dichas evaluaciones en 175 pacientes operados en el Instituto Nacional de Cardiología, Bethesda (U.S.A.), lo cual constituye el trabajo de siete años, entre 1958 y 1965.

Existe una CIA tipo secundum en 150 enfermos y defectos del seno venoso asociados a retornos venosos pulmonares anómalos, parciales, en los restantes 25; las CIA asociadas a otras malformaciones fueron eliminadas.

De los 175 pacientes, 70 fueron hombres y 105 mujeres, la edad osciló entre 4 y 65 años, 41 con menos de trece y 37 con más de cuarenta años; 115 fueron sintomáticos (infecciones respiratorias, disnea suave, crecimiento retardado, taquicardia recurrente), 29 estuvieron sometidos a tratamiento por insuficiencia cardíaca y sólo 24 fueron asintomáticos. El V.D. era palpable en 144, frémito sistólico en el borde paraesternal izquierdo en 16 (7 de los cuales tenían un gradiente sistólico entre V.D. y AP.); desdoblamiento fijo del segundo RC en 161, en 14 (8%) estuvo ausente; P₂ reforzado en 133; un ruido de eyección en la primera parte de la sístole en 24 (13%) de éstos sólo 4 tenían presión pulmonar de más de 50 mm. de Hg.; soplo diastólico en la parte más inferior del esternón en

31 y de éstos 20 tenían una relación de flujo pulmonar sistémico, mayor de 2.0-1.0; cianosis en 4; un impulso de VI en 9 e hipertensión sistémica en 1. Ritmo sinusal en 163, nodal en 1 y fibrilación auricular en 9, los otros 6 tenían ritmo del seno coronario y de ellos 3 tenían defecto del seno venoso. Se encontraron una modalidad RSR' en precordiales derechos en 111 y el BCRD en 23 de ellos, evidencias de HVD sin RSR' en 12. Eje a la derecha o vertical en 99 y en 10 a la izquierda, hecho que es muy infrecuente. Angrandamiento de AD en 31; P ancha y mellada en D₅ en 6 pacientes, si bien esto indicaría HAI lo más probable es que se trate de un trastorno en la conducción intraauricular. En 4 pacientes el ECG fue normal. Al exámen radiológico se encontró VD y AP agrandada en 130, aumento de la vascularidad pulmonar en 155 oscilando desde un aumento suave a una plétora franca, signos radiológicos de hipertensión pulmonar en 14, en todos los cuales fue demostrado. La Radiología fue normal en 3 pacientes, odos fueron cate-terizados en forma venosa, la presencia, sitio y magnitud del shunt fue establecido por Kr inhalado y oximetría en los casos de shunt bidireccional. También se usaron curvas de dilución. La presión sistólica de VD fue de 30 mm. o más en 101, de los cuales 30 tenían más de 50 mm. de Hg. Gradiente de presión sistólica entre VD y AP se encontraron en 112 oscilando entre 1 y 33 mm. Hg. y un promedio de 6 milímetros, gradiente que es atribuido a través del anillo pulmonar. El VI fue cateterizado en 126 a través de la CIA. En estos pacientes

con gradiente VD-AP no se encontró una correlación exacta con la relación flujo pulmonar/flujo sistémico. La presión media al retirar el catéter de AI a AD fue determinada en 159 y en 82 se encontró una pequeña diferencia a favor siempre de AI, el tamaño del defecto fue de 3cm. de promedio en estos 82 enfermos. Un shunt de izquierda a derecha a nivel de AD fue demostrado con una relación Flujo pulmonar/flujo sistémico promedio, 2:1. Todos se operaron con by-pass corazón-pulmón. Generalmente se usó la esternotomía media completa. El diámetro del defecto osciló entre 1 y 6 cm., en algunos casos había 2 defectos separados por bandas de tejido fibroso, éstos fueron convertidos en un solo defecto. En 129, la CIA fue tratada con un parche de teflon. Sólo 21 fueron cerrados por sutura directa. Los defectos del seno venoso fueron reparados por la inserción de un parche de teflon. En 6 pacientes adultos, la CIA fue cerrada con un parche perforado, 5 de ellos tenían severa hipertensión pulmonar, y el otro hipertensión sistémica, con antecedentes de edema de pulmón, esto les permitió una descompresión del VI durante el postoperatorio inmediato; 4 tenían CIA y 2 defectos del seno venoso, todos sobrevivieron.

EFECTOS ADOS. 6 de los 115 pacientes con CIA cerrados con el parche de teflon sufrieron complicaciones de la operación, los defectos de la CIA no cerrados en 89 de los 115 cardiopulmonares. El 1% arritmias, los 1% dentro de los cuales la fibrilación auricular y el flutter fueron las más frecuentes, los otros tipos de complicaciones fueron gastrointestinales 1,9%, neurológicas 2,7%, hematológicas 3,7% e infecciosas 3,7%. De las 169 sobrevividas 154 retornaron para su evaluación, 7 meses más tarde, promedio.

Una completa abolición del shunt fue demostrada en 133 después de la operación, de estos 125 estaban asintomáticos y 8 con disnea suave pero sin limitación, 16 de los 133 tuvieron insuficiencia cardíaca previa. El 2º RC normalizó en 125 y en 8 permaneció fijo. Evidencias ECG de H.V.D. estuvieron presentes en 76, 18

de los cuales tenían severa hipertensión pulmonar previa. Fue notable el crecimiento corporal en los niños de menos de 12 años. El gradiente sistólico entre VD y AP desapareció en 25 de los 53 que previamente lo tenían, y en los que persistió, osciló entre 1 y 10 mm. Hg. con un promedio de 4 mm. 23 pacientes que tenían severa hipertensión pulmonar antes de cirugía, fueron estudiados luego, 14 de ellos tenían menos de 40 mm. (7 menos de 30 mm.), los restantes 9 si bien habían mejorado se mantenían a nivel de 40 mm. o más. Un shunt residual se encontró en 11 de los 148 a quienes se practicó el cierre total, 8 de ellos con CIA y 3 con defecto del seno venoso (en 4 el defecto había sido cerrado con sutura directa), 7 de los 11 estaban asintomáticos y previamente tuvieron pequeño shunt. Un solo paciente que previamente era poco sintomático, desmejoró notablemente y 3 meses más tarde desarrolló insuficiencia cardíaca, el cateterismo demostró un pequeño shunt residual y se concluyó que desarrolló una cardiomiopatía de origen desconocido. En 6 pacientes la reparación fue incompleta y otro paciente en quien el defecto fue perfectamente cerrado, se demostró una conexión de la vena pulmonar izquierda a una vena cava izquierda.

COMENTARIOS. El uso de un parche de teflon para el cierre de la CIA es preferible a la sutura directa por el hecho de que el parche es asintomático o no cambia la relación de flujo pulmonar en de 1 a 1. La mayoría de los pacientes con shunt bidireccional o severa hipertensión pulmonar se abrieron la operación con un parche perforado, siempre que la mayor parte del flujo sea de izquierda a derecha. De los 6 obitos, fueron adultos de más de 40 años y de ellos 3 tenían insuficiencia cardíaca previa y 2 con severa hipertensión pulmonar; en 3 de ellos sin embargo la muerte se produjo por error de técnica. Es preferible el uso de prótesis a la sutura directa, y aquélla debe ser bien fijada con sutura sintética no absorbible.

Dr. José R. Leguizamón.