

Tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva y de la angina de pecho por la tiroidectomía

La idea de tiroidectomizar un paciente en insuficiencia circulatoria, si se recuerda el temor que la mínima falla cardíaca inspira frente a cualquier intervención quirúrgica, no predispone lógicamente al espíritu para nada bueno.

Los hechos invocados por los autores americanos parecen, sin embargo, demostrar lo contrario, máxime si se tiene en cuenta los sólidos y lógicos fundamentos en que este concepto se basa.

Blumgart, con Yens y Weiss¹, habían ya, en efecto, demostrado que la velocidad sanguínea normal, aumentada en el hipertiroidismo y disminuída en el mixedema, está directamente determinada por la demanda metabólica que se exterioriza por la medida del metabolismo basal. (M. B.).

Pero, mientras que en los cardíacos compensados, la velocidad sanguínea se mantiene dentro de los límites normales, paralelamente a las también normales cifras del metabolismo en los descompensados a pesar de persistir inmodificadas estas últimas, la velocidad sanguínea (V. S.) disminuye, hallándose los signos y síntomas de la descompensación en proporción a la lentitud de la misma.

De aquí surge el corolario que preside y justifica la realización del método: "Desde que el ataque terapéutico dirigido hacia la circulación en la insuficiencia cardíaca crónica es inútil, la manera de mejorar la circulación es disminuir la carga que sobre ella pesa, disminuyendo la tasa metabólica basal".

Es decir, que si la V. S. no puede ponerse a tono con el M. B., es necesario hacer descender éste para ponerlo a tono con aquélla.

Desgraciadamente, los métodos incruentos, aún la radioterapia a altas dosis, son incapaces de conseguir el considerable y permanente descenso del M. B. Y de los quirúrgicos, la tiroidectomía subtotal, sola o asociada posteriormente a la radioterapia, si bien consigue al-

gunos éxitos, ellos son solo pasajeros, volviendo posteriormente el M. B. a sus cifras habituales ².

Por tales razones fracasaron, aún cuando no los dirigía esa idea, Riesman, Boas y Shapiro, Crile, Rose, etc., en su intento de conseguir el descenso del M. B. en sujetos no hipertiroideos, aún cuando suponían que si "en el curso de la hipertensión maligna pudiera producirse un marcado grado de hipotiroidismo", el estado circulatorio mejoraría notablemente ¹.

Sólo la tiroidectomía total, cuya técnica expone Berlin ³, es capaz de cumplir ese cometido, produciendo en el sujeto normal marcado y persistente hipotiroidismo.

Con esta técnica y frente al fracaso de dos tiroidectomías subtotales, Blumgart y sus colaboradores, hicieron operar, por Berlin, 13 pacientes afectados de las más diversas cardiopatías: reumáticas, arterioesclerosas, hipertensos, pulmonares, anginosos, etc., cuyas historias clínicas describen in extenso ¹.

Seleccionaron sólo pacientes cuyo pronóstico de vida fuera malo, y para evitar errores en las apreciaciones, habida cuenta de las frecuentes remisiones de ciertos cardíacos, sólo eligieron enfermos de evolución a curso progresivo, acusando incapacidad aún en los períodos de remisión, y que aún cuando mejoraban con el tratamiento en cama, veían reaparecer los signos y síntomas de la insuficiencia congestiva al abandonarla.

También rechazaron los pacientes con afecciones en actividad: sífilis cardiovascular rápidamente progresiva, infección reumática, trombosis o accidentes vasculares agudos, recientes, etc.

Ninguno de los pacientes presentaba signos de tirotoxicosis, ni anotaba su preexistencia en la historia clínica.

Se llevaron a la mesa de operaciones en las mejores condiciones posibles de compensación, interviniendo sólo aquellos de pronóstico operatorio favorable.

Previamente y durante meses se hicieron repetidos exámenes clínicos, metabolismo basal, velocidad sanguínea, presión arterial, electrocardiograma, capacidad vital pulmonar, pruebas de tolerancia al ejercicio, etc.

El tratamiento médico fué el mismo antes y después de la intervención.

Los resultados fueron los siguientes: rápida disminución de los

síntomas subjetivos, disnea, palpitaciones, dolores precordiales, insomnio, con aumento del apetito y renacimiento de las fuerzas, etc.

Disminución de la frecuencia del pulso, necesitando en los fibrilados menos cantidades de digital para controlarlo; desaparición de los extrasístoles; menor eretismo; mejoría de la cianosis; disminución del tamaño del hígado y desaparición de los rales congestivos y edemas.

El grado de esta mejoría corría paralelamente a la del descenso del M. B., que a los 40 días oscilaba de -20 a -30 o/o.

En general la V. S. se mostró más baja que anteriormente, y la capacidad vital acusó evidente mejoría.

Uno de los hechos más llamativos fué el aumento de la tolerancia al ejercicio, al punto que enfermos que anteriormente se fatigaban con los mínimos movimientos de la cama, podían cumplir posteriormente, sin mayor dificultad, los "tests standards" y realizar trabajos livianos, pudiendo caminar varias millas por día.

Todos los pacientes comenzaron a mejorar desde los primeros días, acentuándose los beneficios posteriormente a medida que el M. B. iba descendiendo, y persistiendo hasta el momento de escribir los resultados (3 a 6 meses).

Algunos presentaron sequedad de piel, sensación de frío y retardo del crecimiento del pelo, como signos indicadores de hipotiroidismo, pero sólo dos necesitaron ingerir pequeñas cantidades de polvo de tiroides.

Incluyendo los que se hizo tiroidectomía subtotal sin ventajas, el número de operados se eleva a 16, con sólo dos muertes postoperatorias, por complicaciones pulmonares; porcentaje de mortalidad en realidad notablemente bajo, si se tiene en cuenta las pobres condiciones físicas y las faltas de reservas cardíacas de tales pacientes.

Estos resultados concuerdan con los de Levine y sus colaboradores⁴, quienes también fracasan con la tiroidectomía subtotal.

Más recientemente Friedmán y Blumgart², refieren haber operado con éxito más de 50 pacientes, contando entre ellos uno de los que había fracasado con tiroidectomía subtotal y radioterapia, que fué reoperado con éxito, para eliminar todo vestigio de tiroides.

Los resultados son, como se ve, por demás halagadores y aún cuando, como con justa razón señala The Lancet³, "su valor no puede ser estimado hasta que haya transcurrido más tiempo, se anoten las cifras de supervivencia de los operados y la persistencia de la mejoría y el grado de reintegración a la vida ordinaria sean considerados", no

cabe duda que estamos frente a hechos de trascendencia incalculable para el porvenir de los cardíacos.

Y ojalá que el tiempo y los éxitos se encarguen de demostrar la bondad de estos, aparentemente, audaces procedimientos, que parecen destinados a jalonar nuevas etapas en el camino de la terapéutica de alivio al cardíaco.

BLAS MOIA.

¹ BLUMGART H. L., RISEMAN J. E. F., DAVIS D. Y BERLIN. — *Therapeutic effect of total ablation of normal thyroid on congestive heart failure and angina pectoris.* "Arch. of. Int. Med." V. 52, 1933, 165. (Con amplia bibliografía).

² FRIEDMAN H. F. Y BLUMGART H. L. *Treatment of chronic heart disease by lowering the metabolic rate.* "The J. of Am. Med. As.", V. 102, 1934, 17.

³ BERLIN D. D. *The therapeutic effect of thyroidectomy, etc.*, "Am. J. Surg", V. 21, 1933, 173.

⁴ LEVINE S. A., CUTLER E. C. Y EPPINGER E. C. *Thyroidectomy in the treatment, etc.* "New England J. Med." V. 209, 1933, 667). (Extr. en "J. A. M. A." V. 102, 1934, 249).

⁵ *Thyroidectomy for heart failure.* "The Lancet", V. 226, 1934, 303.