Comentario Analítico sobre Cien Comisurotomías Mitrales 1

por

Dr. Andrés Vesalio Guzmán*

TECNICAS EMPLEADAS

Las primeras 68 comisurotomías mitrales las practicamos por el lado izquierdo a partir del 27 de mayo de 1952 mediante la técnica original de Bailey, es decir empleando la orejuela izquierda para penetrar dentro de la aurícula. Las últimas 32 las hemos practicado por el lado derecho siguiendo la técnica que luego introdujo Bailey y que emplea el espacio originalmente descrito por Sondergaard y Blalock, técnica que luego describiremos. Estamos satisfechos con esta segunda técnica y encontramos sobre la primera, las siguientes ventajas:

- 1) No desaloja trombos, cosa que sí es posible entrando por la orejuela.
- 2) Facilidad de abordar la comisura posterior.
- 3) Mayor facilidad en general para tratar la estenosis subvalvular.
- 4) Mayor agilidad del cirujano, pues su mano está en una posición horizontal y no en un ángulo obligado como en la técnica del lado izquierdo.
- 5) Posibilidad de explorar la válvula tricúspide al mismo tiempo. Por sobre todas las cosas creo que la mayor ventaja es la facilidad con que el cirujano puede trabajar sobre la válvula e introducir el comisurotomo sin la incomodidad que se presenta por el lado izquierdo.

* Profesor Titular y Director de la Catedra de Cirugía, Escuela de Medicina Universidad de Costa Rica.

1- Trabajo presentado en el IX Congreso Médico Centroamericano, San José Costa Rica, 1961.

En los cuadros siguientes se demostrará respectivamente el estudio preoperatorio, los hallazgos operatorios y postoperatorios y el resultado operatorio:

ESTENOSIS MITRAL

100 CASOS

PREOPERATORIO

MUJERES : 74%	<u>EDAD</u>
HOMBRES : 26%	17-19 : 9%
ESTENOSIS MITRAL PURA : 75%	22-29 : 47%
DOBLE LESION MITRAL : 25%	30-39 : 37%
CON VALVULOPATIA AORTICA : 2%	40-52 : 7%
ARTERIOESCLEROSIS PULMONAR : 3%	
INCAPACIDAD CARDIACA (AHA) {	GR. 1 = 12%
	GR. 2 = 49%
	GR. 3 = 39%
FIBRILACION ARTICULAR : 7%	
ACTIVIDAD REUMATICA RECIENTE : 16%	
CARDIOMEGALIA 1 a 3 = 31%	

ESTENOSIS MITRAL

100 CASOS

HALLAZGOS OPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS

PLEURITIS RESIDUAL : 7%	VALVULA MITRAL:
INFILTR. EDEMATOSA : 6%	0 - 5 mm. : 13%
NEUMOCONIOSIS : 1%	5 - 10 mm. : 76%
PERICARD. ADHESIVA : 5%	10 - 15 mm. : 11%
OREJUELA. TROMBOS : 4%	CLACIFICADAS : 20%
	EST. SUBVALV. : 3%
	REGURGITACION: 23%
ARTICULA IZQUIERDA	TECNICA
TAMANO + + : 62%	IZQUIERDA : 68%
PAPIRACEA : 2%	DERECHA : 32%
CIA CONCOMIT : 3%	DIGITAL : 64%
TROMB. MURAL : 1%	INSTRUMENTAL : 36%
BIOPSIA OREJUELA -	ACTIVIDAD REUMATICA : 19%
	DUDOSA : 13%
BIOPSIA PULMON -	ARTERIOESCLEROSIS PULM. : 2%
	PULMON : 3%
	CEREBRO : 3%
EMBOLIZACION -	ILIACA DERECHA : 2%
	AORTA ABDOM. : 1%

RESULTADO :

EXELENTE Y BUENO	:	52%
REINTERVENIDOS	:	4 { 3 COMISUROTOMIA INSUFICIENTE 1 ARTERIOESCLEROSIS PULMONAR
MUERTOS	:	6 { 2 EMBOLIA CEREBRAL 2 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA 2 INSUFICIENCIA CARDIACA
MEDIOCRES Y MALOS		
CAUSA :	{	REGURGITACION MITRAL PREOPERATORIA REGURGITACION MITRAL POSTOPERATORIA ARTERIOESCLEROSIS PULMONAR REACTIVACION REUMATICA COMISUROTOMIA INSUFICIENTE

CONCLUSIONES

Presentamos nuestra casuística de 200 casos de estenosis mitral sometidos a tratamiento quirúrgico mediante la comisurotomía. La primera comisurotomía mitral la realizamos el 27 de mayo de 1952. Presentamos los resultados operatorios a largo plazo y llegamos a las conclusiones siguientes.

1) Los pacientes deben ser debidamente seleccionados especialmente del punto de vista de su no actividad reumática, ausencia de insuficiencia cardíaca y ausencia de regurgitación mitral de alguna importancia.

2) La comisurotomía mitral debe ser hecha con miras a dejar una válvula, no solamente de área dentro de los límites de normalidad hemodinámica sino con funcionamiento adecuado para lo cual es necesario conocer muy bien la anatomía fisiológica de la válvula mitral. La comisurotomía debe ser amplia y las valvillas deben funcionar adecuadamente. Toda estenosis subvalvular debe ser tratada hasta donde lo permita la prudencia.

3) Hay un buen número de válvulas cuya deformidad y rigidez comisural, calcificación y regurgitación agregada no permiten ser preparadas mediante la comisurotomía ortodoxa. Creemos que para ellas está reservada la valvulotomía a cielo abierto mediante circulación extracorporea y posiblemente la prótesis total de la válvula. La cirugía tiene sus límites.

4) Recomendamos hasta tanto no se emplee la circulación extracorporea en una forma rutinaria, practicar la comisurotomía por el lado derecho pues es una técnica más anatómica y funcional del punto de vista del cirujano y con mayores posibilidades de lograr una buena comisurotomía que aquella por el lado izquierdo.