

Nociones nuevas en el tratamiento médico y quirúrgico de la angina de pecho

Las infiltraciones de Novocaína y la resección del Plexo nervioso pre - aórtico)

Por el Dr. Camille LIAN Profesor de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de París.

Nota biográfica

El Profesor LIAN nació en 1882 en el departamento del Yonne. Se graduó de Doctor en Medicina en París en 1909. Fué nombrado Médico de los Hospitales de París en 1920, Profesor Agregado de Medicina General en 1923; Profesor de Historia de la Medicina en 1942; Profesor de Clínica Médica (Cátedra de La Pitié) en 1945, y Miembro de la Academia de Medicina en 1949.

Sus principales trabajos científicos han sido consagrados a la: ENFERMEDADES DEL CORAZON Y LOS VASOS: 1909 - Descripción del Síndrome de Insuficiencia ventricular izquierda. 1920, 24, Primeros estudios franceses sobre el diagnóstico Clínico del Infarto del Miocardio (estado de mal cardio-gastro-anginoso). 1930 - Primer trabajo francés sobre la medición de la velocidad circulatoria y su valor clínico. 1936-42.

Importantes trabajos y creación de aparatos para la auscultación colectiva y la fonocardiografía.

En medicina general, son notables sus estudios sobre Dosificación ponderal del Fibrinógeno sanguíneo-Trombografía (un nuevo método fotométrico de estudio de la coagulación). Metahemoglobinemia congénita y familiar.

El Profesor LIAN es Presidente Fundador de la Asociación de Cardíacos, importante institución de ayuda a los enfermos del corazón.

Benzecry.

Antes de hablar de las técnicas terapéuticas nuevas que son el objeto de este artículo, recordaré en dos palabras que yo propuse, hace veinte años, las inyecciones intra-venosas yodadas como tratamiento de fondo del angor coronario. Mi experiencia clínica me hace considerar que estas inyecciones siguen siendo el mejor tratamiento de fondo, por ejemplo por series de veinte inyecciones, a razón de tres por semana. Conviene asociarlas a la prescripción por vía bucal de comprimidos de gardenal, de teofilina y de papaverina.

Recientemente demostré también que las inyecciones intramusculares de Khelline y de Tetraetil bromuro de amonio aumenta el número de mejorías.

Sucede, sin embargo, que las crisis subsisten, frecuentes y muy penosas, a pesar de estas diversas prescripciones. Estos son los casos en que hemos recurrido a las infiltraciones de novocaína en el plexo nervioso pre-aórtico.

Infiltraciones de novocaina en el plexo pre-aórtico.

Estas infiltraciones fueron preconizadas por Arnulf, discípulo de Leriche, pero se las empleaba poco.

Con mis colaboradores Siguiet, Leveau y Crosnier, yo demostré que debían preferirse a las infiltraciones del ganglio estelar. Creemos que nuestra demostración será convincente y que la nueva técnica reemplazará a la antigua.

Técnica.

Entre las técnicas estudiadas por Arnulf, nosotros adoptamos la siguiente:

La aguja penetra a lo largo del tendón esternal del músculo esterno-cléido-mastóide derecho, a dos centímetros encima del esternón, sigue la dirección del tendón y roza por espacio de 3 centímetros la cara posterior del manubrio esternal, a fin de no herir el tronco venoso braquiocefálico izquierdo. Pasado este punto, la aguja se aleja del esternón para hundirse en la profundidad, pero desde este momento conviene detenerse a cada milímetro para ver si la aguja no se anima con un latido sincrónico al pulso arterial. En cuanto se produce este latido, se suspende la progresión y se inyectan 25 a 30 cc. de solución de novocaina a 0,50% (6 l por 200).

Las infiltraciones se hacen pasando un día. A partir de la segunda se inyectan 30 a 40 cc. de solución anestésica.

Resultados.

La mejoría en las crisis anginosas se produce, ya sea desde la primera infiltración, ya, a más tardar, después de la tercera o cuarta. La mejoría es casi constante, y raros los fracasos.

En más de un millar de infiltraciones, no hemos observado ningún accidente. Si un poco de sangre sale por el pabellón de la aguja, se retirará ésta de algunos milímetros antes de efectuar la inyección.

La mejoría puede durar algunas semanas, o algunos meses. Excepcionalmente ésta parece definitiva.

Cuando es insuficiente, o seguida de frecuentes repeticiones de crisis dolorosas, aconsejamos la resección del plexo nervioso pre-aórtico.

Resección del plexo nervioso pre-aórtico

El principio de esta operación fué concebido por nuestro

querido Maestro Francois Franck, gran fisiólogo del Colegio de Francia. Más tarde, Leriche y Arnulf adoptaron la idea, y Leriche efectuó dos veces la operación en 1944, pero siguió prefiriendo y recomendando la estelectomía.

Después del resultado espectacular de una resección del plexo nervioso pre-aórtico, efectuada por Leveau en uno de nuestros enfermos, decidimos, con Siguier, Leveau y Croanier, emplearla metódica y deliberadamente en el tratamiento de la angina de pecho.

Con 19 operaciones efectuadas en el espacio de 18 meses, hemos demostrado que esta operación es la más benigna y eficaz de cuantas se han prescrito contra la angina de pecho. Con ella creemos haber realizado un progreso notable en el tratamiento de esta enfermedad.

Técnica.

Resumiremos brevemente la técnica quirúrgica aplicada a nuestros enfermos por el Dr. Leveau, ex-interno del profesor Leriche.

La operación se efectúa con anestesia local. Incisión paralela al borde inferior de la segunda costilla izquierda. Resección de cuatro centímetros de esta costilla y del segundo cartilago costal. Ligadura del paquete vascular mamario interno izquierdo. Liberación del seno pleural izquierdo que se reclina hacia afuera, junto con el pulmón izquierdo. El acceso al mediastino se hace sin apertura de la pleura. Se atraviesa el tejido célulo-adiposo mediastinal hasta llegar a la cara anterior de la aorta ascendente. Para no lesionar al neumogástrico, es necesario reconocerlo: se halla situado profundamente, en contacto con la aorta descendente. Se seccionan los filetes nerviosos, generalmente en número de cinco, que pasan por la parte alta de la aorta ascendente y la porción horizontal del cayado. Estas secciones se extienden del límite superior del pericardio fibroso, en la parte de adelante, hasta el cruce del neumogástrico en la parte de atrás.

Dos veces solamente, no hallando estos filetes nerviosos bien individualizados, Leveau practicó una verdadera simpatectomía pre-aórtica, extirpando la túnica adventicia como en las simpatectomías periarteriales.

La operación dura más o menos una hora.

Resultados.

En estos 19 casos, hubo un solo accidente, que fué la aparición de un infarto del miocardio el tercer día después de la ope-

ración. El enfermo había tenido anteriormente otro infarto del miocardio, lo que explica la producción del segundo a pesar de que el empleo de la anestesia local reduce al mínimo el choque operatorio.

A decir verdad, en otro enfermo observamos un infarto miocárdico 17 días después de la operación. Pero el post-operatorio inmediato fué favorable; el enfermo dejó de tener crisis anginosas. En este caso consideramos que la operación no tuvo ninguna influencia en la aparición del infarto. Este enfermo también tenía un infarto en sus antecedentes.

En los demás casos, los resultados fueron magníficos: supresión inmediata de las crisis dolorosas. Cuando más subsiste un ligero malestar manubrial o supra-esternal en la marcha rápida, sensación discreta que incita el enfermo a ir más despacio, más no a detenerse. El resultado es tanto más notable cuanto a dos nuestros operados adolecían de crisis a la vez muy frecuentes, muy dolorosas y que obligaban a la mayor parte de ellos a guardar cama.

En nuestro primer caso, estos excelentes resultados datan de dieciocho meses, escalonándose en el tiempo desde aquél hasta el último. En todos, la desaparición de la crisis se mantiene.

Debemos anotar, sin embargo, que un enfermo que vino a vernos cinco meses después de la operación, para decirnos su satisfacción y su gratitud, murió súbitamente al llegar al hospital. Este caso confirma que la resección nerviosa pre-aórtica no suprime el ateroma coronario, el cual puede seguir evolucionando y causar la muerte súbita.

Es notable, en todo caso, que la resección del plexo pre-aórtico ofrezca la posibilidad de suprimir los dolores, la angustia, y permita a los enfermos volver a una vida casi normal.

Balace comparativo con las otras operaciones

La comparación es enteramente favorable a la resección nerviosa pre-aórtica.

Las tentativas de revascularización del miocardio se han mostrado hasta ahora peligrosas y poco eficaces. El método de Mercier-Fauteux es muy interesante; la mortalidad decrece progresivamente entre las hábiles y expertas manos de este autor, pero no es nula. ¿Qué sucederá con otros operadores?

La radicotomía de las cuatro primeras dorsales ha dado malos resultados a Olivecrona. La estadística de Guillaume y de Welti, de París, es mejor, pero la mortalidad no es nula, y pueden aparecer dolores dorsales persistentes y penosos, aunque no sean de tipo anginoso.

La estelectomía causa una mortalidad operatoria escasa o nula, pero deja en muchos casos, como secuela, dolores penosos en la región del hombro. Por otra parte, sólo da un tercio de buenos resultados; en un tercio la *mejoría es sólo ligera*, y en el otro, el fracaso completo.

La supresión del reflejo presor de Danielopolu da 70% de buenos resultados, con mortalidad operatoria mínima o nula.

En cambio, con la resección del plexo pre-aórtico, la mortalidad es mínima o nula, y los buenos resultados constantes.

Modo de Acción.

La resección nerviosa pre-aórtica obra por interrupción de la vía sensitiva, con lo cual contribuye a disminuir o interrumpir el reflejo vaso-constrictor. En todo caso, no modifica en nada el ateroma coronario, substrato anatómico habitual de la angina de pecho.

Conclusión.

Las infiltraciones de novocaína son más eficaces en el plexo pre-aórtico que en el ganglio estelar.

Como todas las operaciones propuestas contra angina de pecho, la resección del plexo nervioso pre-aórtico es únicamente paliativa, pero es una de las menos peligrosas, y su eficacia prácticamente constante. Por lo tanto, debemos considerarla como la más adecuada de cuantas operaciones se han intentado para tratar esta enfermedad.

Nosotros continuamos estudiándola clínica y experimentalmente, con la esperanza de acrecentar todavía sus buenos efectos.
