

## Comunicación Interauricular

### CASO CLINICO QUIRURGICO

por

Dr. Rafael Ángel Coto Chacón \*

Presentamos un resumen de la sesión Clínico Quirúrgica del 30 de julio de 1960, celebrada en la Biblioteca del Hospital Central de la C.C. de S.S., sobre el primer caso de comunicación inter-auricular operado por los Drs. A. V. Guzmán, Estéban López V., Roberto Ortiz B., y Rafael Coto Ch.

Nombre: S. I. R. Q. — Sobre clínico 159942 — Edad: 8 años

Ocupación: escolar. — Fecha de ingreso: 27 de junio de 1960.

Se trata de una niña cuyo padecimiento se caracteriza por: disnea de medianos esfuerzos que ha sido progresiva. Mareos frecuentes acompañados de vómitos expulsivos. Cefaleas casi continuas. Al examen físico: aparece una enfermita adelgazada, con el habitus lábil propio de este tipo de anomalía congénita cardíaca. Cardiomegalia grado I.

Soplo sistólico basal (hacia 2° y 3° espacio izquierdos).

Abdomen sin hepatomegalia ni esplenomegalia y/o masas tumorales.

Exámenes de laboratorio:

28—VI—60: heces: tricoféfalos; orina: densidad 1025.

30—VI—60: Eritrocitos: 3.940.000, Hb. 11.31 gms., leucocitos 9.000, eosinófilos 3, en banda 1, segmentados 66, linfocitos 25, monocitos 5, velocidad de sedimentación 21 mm. T. coagulación 5', T. sangrado 1'; grupo 0; factor Rh positivo.

6—VII—60: T. protrombina 70%.

Cateterismo cardíaco:

Un cateterismo cardíaco del 10 de agosto—59 (Dr. V. Guzmán), reveló: paso de la sonda por un defecto interauricular a la aurícula izquierda y a una vena pulmonar izquierda. Aumento sustancial de presiones en la arteria pulmonar ( $\pm$  35 mm. de Hg.), Enriquecimiento en O<sub>2</sub> al paso de vena cava a aurícula derecha y a ventrículo, de más de 2 volúmenes. A continuación el resultado de este cateterismo.

Presiones:

aurícula derecha .....	8/2
aurícula izquierda .....	8/0
ventrículo derecho .....	40/0
arteria pulmonar, tronco derecho .....	35/7

\* Pre-Asistente Cirugía B. Hosp. C. C. de S. S.

## Gasometría:

vena cava superior .....	9,6 vol. 02%
aurícula derecha alta .....	11,9 vol. 02%
aurícula derecha baja .....	12,2 vol. 02%
ventrículo derecho medio .....	15,2 vol. 02%
arteria pulmonar, tronco derecho .....	15,0 vol. 02%

La impresión diagnóstica, de acuerdo con este cateterismo es de comunicación interauricular, probable tipo ostium secundum, con moderada hipertensión pulmonar.

## 5-VII-60 Estudio cardiovascular.

Sin cianosis. Pulso en arterias periféricas normal.

En foco pulmonar y mesocardiaco existe soplo sistólico.

Duplicación del 2° ruido en focos basales. Revoluciones cardíacas rítmicas. La radiografía muestra: corazón de tamaño normal, arco medio recto. Hilos acentuados ++.

Electrocardiograma: ritmo sinusal. Frecuencia 75 pm/ PR=0.12 seg/QRS 0.09 seg. A QRS - +95° (S1 S2) QT valor medio =0.01 seg. S en D1 empastada/R, tardía empastada — en a VR/Complejo r S Rs en V1 / S tardía en V6. Bloqueo completo de la rama derecha del Haz de Hiss. Diagnóstico: Comunicación interauricular (Dr. R. Vinocour).

La operación se practicó el 16-VII-60, bajo hipotermia, a ciclo abierto, con detención de la circulación haciendo el cierre de la comunicación interauricular.

En la exposición hecha en esta Sesión, se dieron detalles pormenorizados del sistema empleado para lograr el descenso de la temperatura corporal, la que se llevó a 33.5° C., (siendo en este momento retirada la paciente del hielo, continuando el descenso a unos 32° durante el acto quirúrgico), procedimiento anestésico, control de presión arterial por medio de una cánula introducida a la arteria radial y conectada a un electromanómetro.

Control electrocardiográfico por medio de los correspondientes electrodos, colocados en la sextremidades.

Logrando el descenso de temperatura corporal a 33.5° C. se procede a practicar una toracotomía antero lateral derecha entrando en el 4° espacio y luego dividiendo el esternón transversalmente con lo que se abrió la pleura izquierda. Se expone el pericardio por medio de un separador Finochietto que separa el esternón y con otro que separa la toracotomía derecha, procediendo a abrir el pericardio longitudinalmente. Se colocan suturas en los bordes del pericardio para exponer bien la aurícula.

Se disecan y se rodean las desembocaduras de ambas venas cavas con sendas cuerdas umbilicales, las cuales se pasan dentro de

una corredera de hule. Se coloca sutura en forma circular en la adventicia de la aorta ascendente, unos 2 cm. por arriba de las válvulas y en el centro de esta sutura circular se introduce en el lumen aórtico una aguja N° 18 de 1 cm. de largo conectada a un sistema de venoclisis que va a un frasco que contienen sangre arterializada, heparinizada. Se colocan dos suturas en la pared anterior de la aurícula, distantes unos 4 cm. y con ellas se hace tracción hacia arriba para facilitar la colocación de la pinza de Swan. Se abre la aurícula sobre esta pinza en una extensión de 4 cm., y luego se coloca una sutura en la parte media de ambos labios en figura de 8, traccionando con pinzas.

Se realizan a continuación en forma seguida y sincronizada, las siguientes maniobras: obturación mediante las cuerdas umbilicales dispuestas en corredera por medio de tubos de hule de la vena cava superior e inferior. Pinzamiento de la aorta con pinza de Pott; inmediatamente arriba de la aguja previamente colocada. Se empieza la perfusión coronaria, se retira la pinza de Swan y el primer asistente separa los bordes de la incisión auricular, exponiendo el interior de la aurícula, se identifican sobre la marcha las estructuras tales como: ostium coronario, desembocadura de las cavas, la comunicación interauricular y observándose cuidadosamente por desembocaduras anómalas de venas pulmonares. Durante este tiempo se aspira continuamente para mantener el interior de la aurícula limpio. Se cierra la comunicación mediante una sutura continua de seda 0000. El segundo asistente suelta la la obturación de la vena cava inferior observándose la salida de sangre que desaloja el aire y llena la aurícula. Se coloca inmediatamente la pinza de Swan cerrando la herida auricular y abriendo inmediatamente la obturación de la vena cava superior y aorta. Estas maniobras intracardíacas, con detención circulatoria se verificaron en un tiempo de 4 minutos 10 segundos, y durante este tiempo intracardiaco se hizo perfusión coronaria, no observando cambios en el ritmo cardíaco al reanudarse la circulación. Se sutura la herida auricular cerciorándose de que no hay escape de sangre. Los demás tiempos son los de reconstrucción por planos: cierre del pericardio, dejando brecha para drenaje. Se colocan drenajes en ambas cavidades pleurales, que se conectarán a un sello de agua. Se deja penicilina sódica 1 millón de unidades tanto en pericardio como en pleuras y se procede al cierre de las estructuras musculo-aponeuroticas, después de afrontamiento costo-esternal. El Dr. Vinocour expuso gráficamente los trazos transoperatorios del electrocardiograma y la presión arterial (electro manómetro).

El Dr. A. V. Guzmán hizo una amplia exposición de las principales anomalías congénitas de este tipo, así como de las operaciones que se ha ideado para corregirlas, hasta llegar al método actual, combinación de varias técnicas. Asimismo recordó la iniciación de estudios preliminares en Costa Rica, allá por 1952, al crearse el Laboratorio de Cirugía Experimental del Hospital San Juan de Dios, del cual han sa-

lido algunos trabajos presentados en Congresos Médicos y normas para realizar este tipo de Cirugía con ciertas bases elementales.

Por último se presentó a la concurrencia la niña, en perfectas condiciones de restablecimiento, como demostración de lo que se puede esperar de este tipo de Cirugía en Costa Rica, para lo cual se requiere: colaboración del personal de la sala, que en este caso fue digna del mejor elogio, dotación de equipo adecuado, un Team quirúrgico perfectamente coordinado, y desde luego la valiosa ayuda de Cardiólogos y Anestésistas.

---