

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ESTENOSIS MITRAL: VALVULOPLASTIA

HARKEN y sus colaboradores señalan que el problema de la cirugía en la estenosis mitral no es simplemente el de eliminar una barrera al flujo de sangre a través de un orificio estenótico. En este informe presentan ciertas impresiones preliminares respecto a la selección de los pacientes para la cirugía, la naturaleza de la intervención de elección y el tratamiento quirúrgico del paciente.

Los autores presentan la siguiente clasificación preliminar de los pacientes con estenosis mitral y de los diferentes tipos de intervención: Grupo A, pacientes con rendimiento cardíaco bajo fijo: valvuloplastia mitral; grupo B, pacientes con rendimiento cardíaco normal: desviación artificial interatrial; grupo C, pacientes con taquicardia rebelde o con dolor anginoso: denervación cardíaca.

Se han llevado a cabo cinco intervenciones. La valvuloplastia mitral se practicó en dos pacientes del grupo A, con un fallecimiento. Se produjeron defectos artificiales interatriales en dos pacientes del grupo B, con supervivencia en ambos casos. La denervación del corazón por extirpación de los ganglios cervical inferior y primero a cuarto dorsales en una paciente del grupo C fué seguida de mejoría.

Estos casos se comunican solamente para indicar la capacidad de estos pacientes para resistir la operación. La evaluación de cualesquiera beneficios a largo plazo que puedan atribuirse a estas intervenciones —y en realidad de la posición definitiva de la cirugía en la estenosis mitral— ha de basarse en criterios objetivos obtenidos mediante estudios hemodinámicos realizados antes y después de la operación. La selección subjetiva de los pacientes y la evaluación subjetiva de los resultados conducen a peligrosos ejercicios de competencia en las técnicas quirúrgicas, más que a progresos terapéuticos fundamentales.

Se han formulado cuatro principios de la cirugía de la estenosis mitral: la operación debe practicarse sin dislocar el corazón de la posición de función óptima; a la abertura en ojal de la válvula mitral estenótica debe llegarse por el lado auricular, de modo que el embudo dirija el instrumento cortante hacia el borde de la válvula; el agrandamiento quirúrgico del orificio estenótico debe proyectarse de tal modo que haya una carga mínima por regurgitación asociada («insuficiencia selectiva») y una restauración máxima de la función valvular («valvuloplastia»); y en presencia de obstrucción mitral o regurgitación, debe prevenirse la indebida aceleración del ritmo cardíaco —la taquicardia aumenta la presión vascular pulmonar y se asocia con ataques de edema pulmonar y otras formas de «descompensación pulmonar».

Se presenta un intento infructuoso de producir «insuficiencia selectiva». Se sugiere que la taquicardia fué un factor importante en el resultado desastroso.

Se presenta un caso de supervivencia de un paciente con estenosis mitral después de una operación proyectada para producir «insuficiencia selectiva» y «valvuloplastia» de la válvula mitral. Los autores sugieren la necesidad de técnicas valvuloplásticas más extensivas y eficaces.