

COMUNICACION INTERAURICULAR SIMPLE  
ESTUDIO SOBRE 20 CASOS OPERADOS CON EL  
OXIGENADOR DE DISCOS\*

DR. PATRICIO H. BENAVIDES

LA COMUNICACIÓN interauricular (C.I.A.) es de los padecimientos congénitos que han sido operados por métodos palpatorios y métodos de visión directa. Entre los primeros, se propusieron numerosas técnicas de las cuales resistieron relativamente la prueba del tiempo tres de ellas: la atrioseptopexia de Bailey, la técnica del embudo de Gross y el método ideado por Björk y Crafoord. El último de estos métodos fue el único empleado en el Instituto Nacional de Cardiología antes de iniciar las técnicas bajo visión directa; consiste en pasar un hilo con una aguja grande para anclarlo en el tabique interauricular por abajo de la comunicación y anudar esta puntada sobre el surco interauricular que fue disecado previamente. La primera operación de Björk-Crafoord fue realizada en el I.N.C., en diciembre de 1953, por el Dr. C. Robles.

Las comunicaciones interauriculares pueden ser lesiones únicas (a las que llamaremos simples) o asociadas a otras malformaciones (a las que llamaremos complicadas). Se han operado 69 pacientes de C.I.A. simples y 16 de C.I.A. complicadas, lo que hace un total de 85.

Los 69 casos de C.I.A. simples fueron operados:

- a) con la técnica de Björk-Crafoord 9, sin mortalidad;
- b) bajo visión directa, con el auxilio de la hipotermia moderada (30°C), 38 casos, con 2 muertes, y
- c) a "corazón abierto" bajo circulación extracorpórea, 22 casos: con el oxigenador de burbujas gruesas (De Wall), 2 enfermos con una defunción y con el oxigenador de discos (Olson), 20 pacientes con una defunción. En esta breve comunicación nos concretamos a estudiar estos últimos 20 casos.

*Sintomatología:* De los 20 enfermos, 13 fueron del sexo femenino y sus edades variaron entre 9 y 29 años. Eran asintomáticos al operarse 2 casos; tu-

\* Trabajo de sección (Cirugía de Tórax), leído por su autor en la sesión ordinaria del 4 de abril de 1962.

vieron disnea de esfuerzo 14; palpitaciones 15; hipodesarrollo físico 4; cianosis de esfuerzo 6, y bronquitis de repetición 3. Como en otras estadísticas, predominó el sexo femenino y la buena tolerancia al padecimiento permitió edades relativamente avanzadas entre nuestros operados.

Radiológicamente todos tuvieron cardiomegalia, fue grado I en 13; grado II en 6, y sólo en uno llegó al grado III. El electrocardiograma mostró bloqueo de rama derecha del haz de His en 16 casos, dato que ayuda en el diagnóstico. El cateterismo derecho permitió conocer las presiones intracavitarias: presentaron cifras por arriba de 40 mm. en el tronco pulmonar 9 casos, y estas hipertensiones fueron moderadas en la mayoría; sin embargo, en un caso la cifra llegó a 93 mm de Hg. de presión sistólica; la hipertensión pulmonar en este padecimiento es debida a aumento del flujo en casi todos los casos.

*Técnica quirúrgica:* Se empleó toracotomía posterolateral en 11 enfermos; anterolateral en 3 y longitudinal medioesternal en 6. El flujo empleado durante la exclusión cardiopulmonar se calculó previamente, a razón de 2,300 a 2,500 cc. por m.<sup>2</sup> y por minuto. La duración de la circulación extracorpórea fue de 12 minutos como mínimo y de 36 como máximo. Todas fueron cerradas con surjete continuo de ida y vuelta, en ninguno de estos pacientes se empleó parche para cerrar la comunicación.

El defecto septal estuvo situado en la fosa oval en 18 casos y en la porción alta del tabique, cerca de la desembocadura de la cava superior en 2; las dimensiones de las comunicaciones oscilaron entre 10 × 20 mm. y 50 × 60 mm. En ninguno de nuestros casos existía el tipo "ostium primum".

*Evolución postoperatoria:* En todos los casos la evolución fue satisfactoria, la mayoría de los pacientes presentaron alzas térmicas discretas y anemia hipocrómica, las cuales cedieron en unos cuantos días sin tratamiento específico. Conviene señalar la ausencia de insuficiencia cardíaca en nuestros operados. No hubo accidentes operatorios de trascendencia.

Un enfermo tuvo infección de la herida y otro atelectasia pulmonar fácilmente reversible. Un joven de 14 años tuvo una evolución accidentada. 1º Durante la operación se lesionó la íntima al introducir la sonda en la arteria femoral, por lo cual la perfusión no fue posible en ese lado y se utilizó la arteria femoral contralateral; 2º La operación transcurrió sin otro incidente, pero en la noche de ese día presentó isquemia del miembro inferior correspondiente a la arteria lesionada, fue reintervenido y se extrajo un trombo fresco que ocluía la arteria, resolviéndose así el problema arterial; 3º Se trató con anticoagulantes para prevenir una nueva trombosis arterial y, no obstante, apareció tromboflebitis del miembro inferior izquierdo que evolucionó aparentemente bien; murió súbitamente a los 12 días de operado; el diagnóstico probable de la causa de la muerte, ya que no se practicó necropsia, fue el de embolia pulmonar y quedó la duda de que se hubiese tratado de hemorragia generalizada

por anticoagulantes, pues tenía hemoglobina de 9 gm%, se quejó de gran decaimiento 24 horas antes de morir y el T. de Protrombina último fue de 60 segundos.

#### COMENTARIO

El cierre de la C.I.A. simple bajo visión directa puede hacerse con toda calma con el método de la circulación extracorpórea, lo cual permite mejores exploraciones y operaciones más efectivas; esta técnica es menos cómoda que la de la hipotermia debido a la salida constante de sangre por el seno coronario, que hace la operación un poco más difícil, pero este inconveniente se compensa grandemente con el mayor tiempo del que dispone el cirujano. La mortalidad en nuestros 20 casos es nula en cuanto al método de la circulación extracorpórea, la única muerte fue debida a una complicación que puede ocurrir en cualquier tipo de cirugía.