

## TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA COMUNICACION INTERAURICULAR\*

Por

EMILIO ECHEVERRI DE LA ROCHE \*\*

JAVIER LÓPEZ LLANO \*\*\*

JAIME DE LA HOZ DE LA HOZ \*\*\*

En el Hospital de San Juan de Dios de Bogotá se comenzó el tratamiento quirúrgico de la Comunicación interauricular en 1958, año en el cual se intervinieron dos pacientes, que tenían además Estenosis Pulmonar (Trilogía de Fallot). Durante los dos años siguientes (1959 y 1960), no se practicó este tipo de cirugía en nuestro Hospital. Con la creación de la Unidad de Cirugía Cardiovascular en octubre de 1961, se reanudó el interés por el tratamiento quirúrgico de la Comunicación interauricular, siendo operados en los meses restantes de ese año dos pacientes, uno en octubre y otro en noviembre.

Durante el año de 1962 se operaron 12 casos (sin mortalidad). En los meses corridos de 1963 se han operado 5 casos más. De estos 20 pacientes, en los primeros 13 casos que fueron operados entre el 28 de febrero de 1958 y el 19 de junio de 1962 se empleó la Hipotermia moderada de superficie según la técnica de Swan<sup>1</sup>, y en los otros 7 se empleó la Circulación extracorpórea en diversas formas.

---

\*\* Profesor Asistente de Cirugía, Director de la Unidad de Cirugía Cardiovascular del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá.

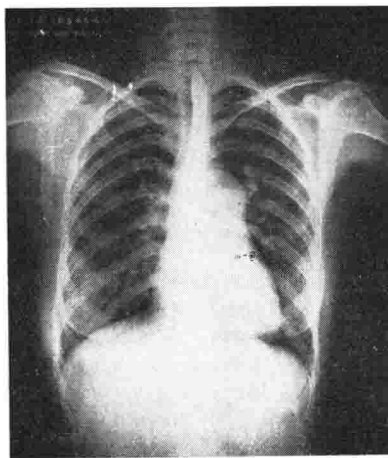
\*\*\* Profesor Asistente.

\* Trabajo leído el 15 de agosto de 1963, durante el IV Congreso Colombiano de Cardiología.

El análisis de las historias clínicas de estos 20 pacientes especialmente desde el punto de vista de las técnicas quirúrgicas empleadas y de los resultados obtenidos, es el objeto del presente trabajo.

De los 20 pacientes, 15 tenían Comunicaciones interauriculares puras y 5 presentaban además Estenosis pulmonar valvular asociada (Trilogía de Fallot). 14 eran mujeres y 6 hombres lo que da una proporción de 2 a 1. Las edades de estos 20 casos estaban comprendidas entre los 13 y los 37 años. Todos los pacientes presentaban los hallazgos clínicos, radiográficos y electrocardiográficos típicos de la Comunicación interauricular, la cual se comprobó por el cateterismo cardíaco en todos los casos. La figura 1 muestra

FIGURA NUMERO 1



la placa antero-posterior de nuestro caso número 6, en la cual observamos una silueta cardíaca con una aorta normal o hipoplásica, una arteria pulmonar saliente grado II, a más de unos hilos aumentados de tamaño, los cuales eran lo mismo que la pulmonar, hiperpulsátiles. La trama pulmonar aparece normal hasta la periferia.

Figura 2: Podemos observar en este trazado electrocardiográfico corres-

pondiente al caso número 15 lo que hasta ahora hemos reconocido como típico, es decir un bloqueo de rama derecha y una hipertrofia del ventrículo derecho.

Figura 3: El cateterismo de esa paciente esquematizado aquí, muestra una diferencia de casi dos volúmenes de oxígeno entre la vena cava superior y la aurícula derecha baja, con unas presiones en ventrículo derecho y tronco de la pulmonar sólo muy moderadamente elevadas.

Hubo un caso, el número 20 precisamente, el cual presentó además de una Comunicación interauricular un drenaje anómalo de venas pulmonares, parcial, el cual no fue diagnosticado previamente, no obstante tener 4 volúmenes de oxígeno de diferencia entre la vena cava superior y la aurícula derecha.

En las siguientes fotografías (Fig. 4) esquematizamos algunos puntos de la técnica quirúrgica de los pacientes operados con Hipotermia de superficie según el método de Swan. Esta fotografía tomada del álbum de Técnica Quirúrgica Cardiovascular de Rodríguez, muestra la tina para sumergir al paciente en agua helada, la cobija eléctrica para iniciar el recalentamiento desde antes de comenzar la intervención, un teletermómetro rectal, el desfibrilador y en general la posición del paciente sobre la mesa operatoria.

En la figura 5 observamos uno de nuestros primeros pacientes intervenidos cuando se hallaba dentro de la tina para el recalentamiento al terminar la operación.

Alguien hizo la observación de que la técnica de Swan para la Hipotermia de superficie es complicada, incómoda y antiestética. A esto respondió Sir Russel Brock que no siempre es así, sobre todo cuando el paciente es una joven de 16 años.

Posteriormente abandonamos el método de producir la Hipotermia sumer-

FIGURA NUMERO 2

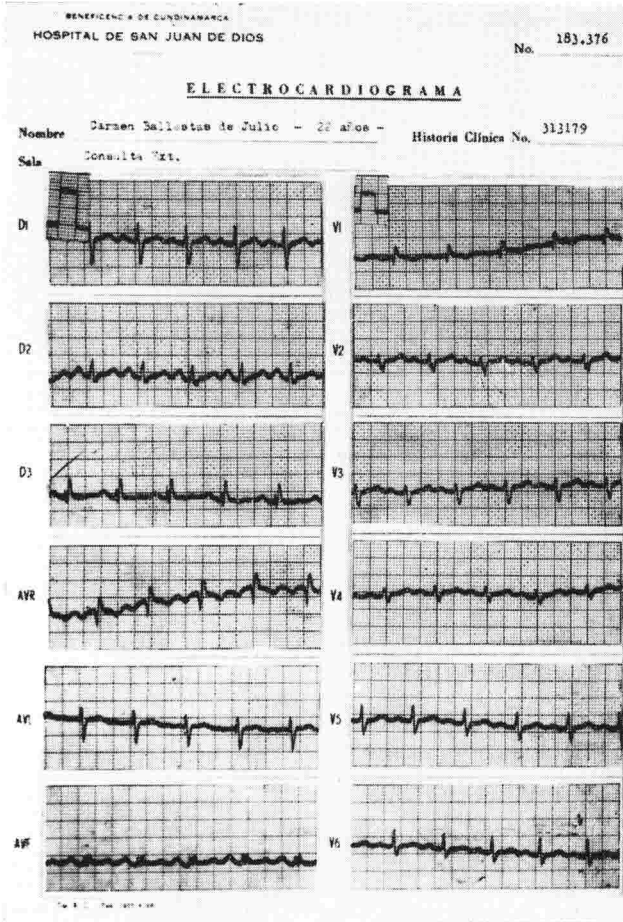


FIGURA NUMERO 3

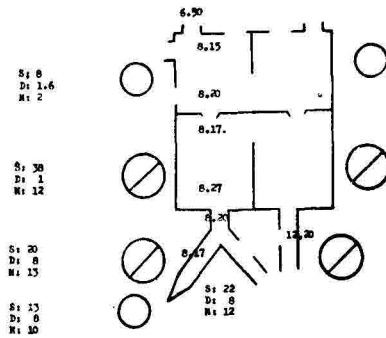


FIGURA NUMERO 4

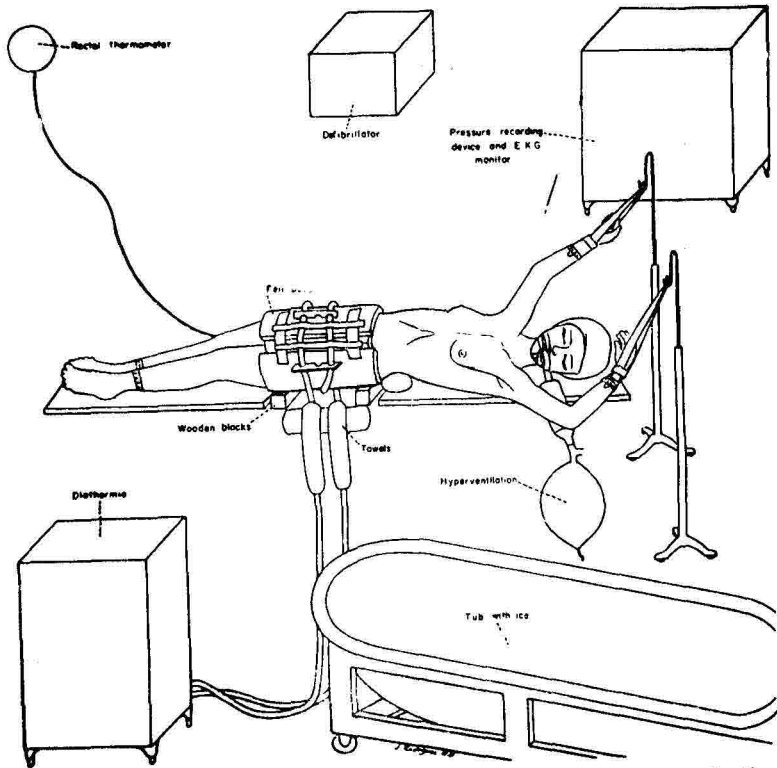


FIGURA NUMERO 5



giendo el paciente en la tina y lo reemplazamos por envolverlo en dos sábanas de caucho entre las cuales se colocaba hielo finamente picado.

En los otros 7 pacientes operados, el primero el 30 de julio de 1962 y el último el 30 de julio de 1963, se empleó la Circulación extracorpórea en diversas formas, así: Circulación extracorpórea para obtener Hipotermia de 29°C por medio de un circuito izquierdo en dos casos. Hipotermia profunda según el método de Drew<sup>2</sup> en 3 casos; las temperaturas esofágicas fueron de 19°C, 24°C y 25°C, respectivamente (Figuras 6 y 7). Empleamos Circulación extracorpórea con oxigenador de discos y normotermia en un caso y Circulación extracorpórea con oxigenador de discos e hipotermia de 27°C en un caso.

En todos estos 7 pacientes usamos hemodilución con Dextrosa al 5% en agua según el método de Zuhdi<sup>3</sup>.

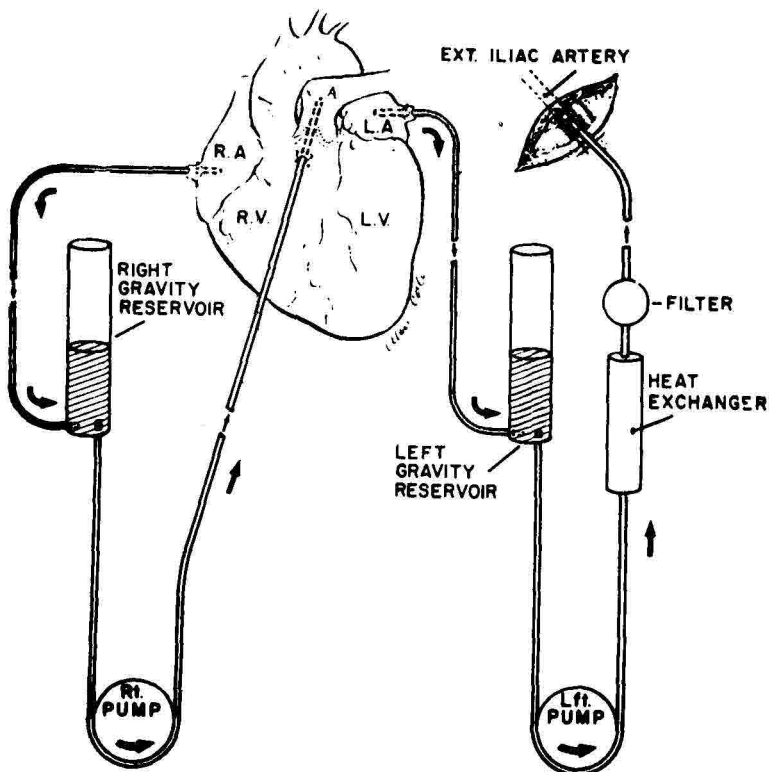
Resultados: en el total de 20 casos operados tuvimos 3 muertes así: La primera fue el caso número 2, operado el 8 de abril de 1958, que presentaba

una Trilogía de Fallot; falleció al 21 día de intervenido a causa de una severa infección de la toracotomía, la cual produjo una mediastinitis que fue imposible de controlar. La segunda muerte fue el caso número 3, operado el 31 de octubre de 1961; falleció durante el acto quirúrgico por fibrilación ventricular que no cedió a las medidas corrientes. (Estos dos pacientes fueron operados por otro grupo de cirujanos, diferente a los que presentamos este trabajo). La tercera muerte fue el caso número 20, operado el 30 de julio de 1963; se trataba de una Comunicación interauricular más drenaje anómalo de venas pulmonares derechas al extremo inferior de la vena cava superior.

Reparamos el defecto utilizando un parche de pericardio. El paciente murió 8 horas después de terminada la intervención como consecuencia de una hemorragia debida a trastorno severo de la coagulación.

Los 17 pacientes restantes se encuentran bien según controles que oscilan entre 2 meses (caso número 18) y 5 años (caso número 1).

FIGURA NUMERO 6

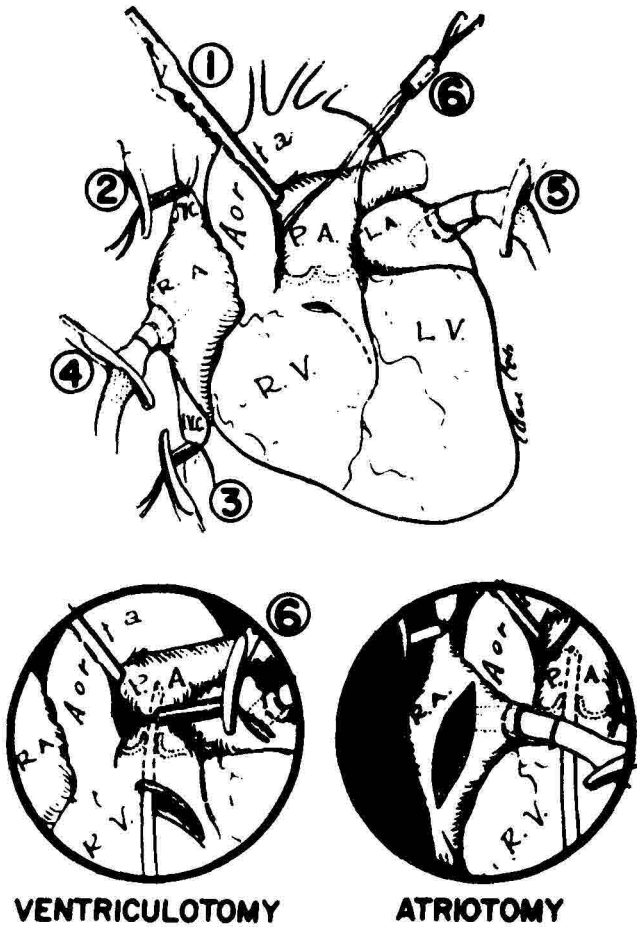
*Resumen:*

Presentamos la experiencia de la Unidad de Cirugía cardiovascular del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá en el tratamiento quirúrgico de la Comunicación interauricular. De los 20 casos operados, 13 se hicieron bajo Hipotermia moderada de Superficie y 7 empleando la Circulación extracorpórea en formas diversas. Hubo un total de 3 muertes así: 1 en 1958, 1 en 1961 y 1 en 1963 (éste último presentaba además un drenaje anómalo de venas pulmonares).

## SUMMARY

We present the experience of the Cardiovascular Surgical Unit of the San Juan de Dios Hospital of Bogota in the surgical treatment of interauricular communication. Of the 20 operated cases, 13 were conducted under superficial moderate hypothermia and 7 using extra-corporeal circulation in various forms. There were a total of 3 deaths, as follows: 1 in 1958, 1 in 1961 and 1 in 1963 (this last one presented also an anomalous drainage of the pulmonary veins).

FIGURA NUMERO 7



BIBLIOGRAFIA

1. SWAN, H.: Surgical Closure of Interatricular. Septal Defects, J. A. M. A. 151:792, 1953.
2. DREW, C. E. and ANDERSON, I. M.: Profound Hypothermia in Cardiac Surgery Report of three cases, Lancet 1:748-750, 1959.
3. ZUHDI, M., CAREY, J., GREER, A.: Hemodilution for Body Perfusion. J. Okla. State Med. Ass'n: 88-107, March, 1963.