

Foro Luis Razetti 2002

Cirugía cardiovascular y cardiología intervencionista en los principales centros de atención médica, públicos y privados de Caracas

Dr. Simón Muñoz Armas

La Academia Nacional de Medicina por iniciativa de su Junta Directiva y por decisión de su Asamblea, en relación a la orientación de su programa científico y docente, ha acordado dar preferencia, en sus reuniones, tanto ordinarias como especiales, a las causas principales de mortalidad y morbilidad en la población general, a cuya cabeza se encuentran las enfermedades cardiovasculares. En concordancia con esta política relacionada con la temática de nuestras reuniones científicas, ordinarias y extraordinarias, el Foro Luis Razetti, que se celebra anualmente, con motivo de la fecha natal del fundador de nuestra institución, se dedicó a recoger la experiencia de los principales centros de atención médica, públicos y privados, de la capital del país, en el tratamiento no medicamentoso de las cardiopatías más frecuentes: la enfermedad coronaria aterosclerótica, las valvulopatías cardíacas y, en la población infantil, las cardiopatías congénitas, con predominante dedicación a la enfermedad coronaria aterosclerótica. Me correspondió el honor de coordinarlo. Como el tema es sumamente extenso, su total cobertura, así como la inclusión de centros importantes del interior del país, se continuará en las sesiones científicas ordinarias de nuestra Academia. El tratamiento cardiovascular no medicamentoso está representado, en la inmensa mayoría de los casos, por la cirugía cardiovascular y el cateterismo cardíaco terapéutico, por lo cual el Foro se circunscribió a esos dos procedimientos.

Breve recuento histórico de la cirugía cardíaca y del cateterismo terapéutico

La cirugía cardíaca, iniciada en 1925 con la valvulotomía mitral digital, con el dedo del cirujano,

por Soutton, seguida por la ligadura del conducto arterioso por Gross, en 1938 y la anastomosis sistémicopulmonar para la tetralogía de Fallot, por Blalock, bajo la inspiración de Helen Taussig, en 1945, experimentó un salto cualitativo con la introducción de la circulación extracorpórea por Lillehei, en 1956, que permitió el desarrollo rápido y progresivo del tratamiento quirúrgico de coronarias, defectos valvulares y cardiopatías congénitas.

Por otra parte, el cateterismo quirúrgico de coronarias, defectos valvulares y cardiopatías congénitas.

Por otra parte, el cateterismo cardíaco, introducido por Forsman, en 1929, se expandió sólo a partir de 1941 para el corazón derecho y para el corazón izquierdo, con Zimmerman, desde 1950.

En 1977, Andreas Gruntzig inaugura la era del cateterismo terapéutico, con la dilatación coronaria por balón. En ese mismo año, William Rashkind introdujo el cierre de la comunicación interauricular con un disco oclusor introducido por catéter. Y en 1982, Kan y Labadidi reportan los primeros casos de valvuloplastia pulmonar con balón y valvuloplastia aórtica, en 1983. Este tipo de tratamiento se ha extendido a la coartación aórtica y a las obstrucciones arteriales pulmonares y periféricas. En el foro tuvimos la oportunidad de conocer la experiencia venezolana con ambos tipos de procedimientos, por cirujanos y cardiólogos intervencionistas de los más importantes centros de Caracas.

Sobre la experiencia quirúrgica en la cardiopatía isquémica intervinieron: el Dr. Gastón Silva, del Hospital Universitario de Caracas; el Dr. Alexis

Bello, del Hospital de Clínicas Caracas y el Dr. Juan Pablo Izquierdo, de la Clínica El Avila. Sobre la experiencia en el tratamiento percutáneo transcatóter de la misma patología intervinieron los Drs. Leonardo Izaguirre de la Clínica La Floresta y el Dr. José A. Condado, del Centro Médico de Caracas. El Dr. Henry Hopkins, del Centro Médico de Caracas, presentó su experiencia en cirugía valvular cardíaca y el Dr. Tomas Sanabria, del mismo Centro, presentó la suya, relativa al tratamiento percutáneo transcatóter de las valvulopatías. Las enfermedades valvulares que con más frecuencia se tratan por vía percutánea transcatóter son: 1. La estenosis mitral reumática, por valvuloplastia, según el método Inoue, cuando llena las características favorables para tal procedimiento que se expresan por una baja puntuación en un *score* que toma en cuenta las siguientes características: movilidad y engrosamiento valvular, calcificación de las valvas y afectación del aparato subvalvular mitral. 2. La estenosis valvular pulmonar, en la cual la dilatación percutánea es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos, con resultados menos satisfactorios en las válvulas pulmonares displásicas. 3. La estenosis valvular aórtica, en la cual la dilatación percutánea por balón es efectiva si la válvula no presenta calcificación ni rigidez avanzada. Tiene más riesgos y requiere ser ejecutada por interventores de experiencia en el procedimiento. El Dr. Klaus Meyer presentó su experiencia en el tratamiento quirúrgico de las cardiopatías congénitas en el Hospital Universitario de Caracas y el Hospital de Clínicas Caracas.

Si en algún campo se han hecho grandes avances es en el tratamiento quirúrgico de las cardiopatías congénitas, aun en las cardiopatías complejas, como la tetralogía de Fallot, defectos atrioventriculares, de variedad avanzada, la transposición de las grandes arterias y otras cardiopatías complejas con corto circuito venoarterial. La corrección temprana de este tipo de cardiopatías ha incrementado el porcentaje de éxito, lo cual ha sido posible gracias a los grandes avances en anestesiología y, técnicas de terapia intensiva para recién nacidos, lactantes y preescolares. El desarrollo y mantenimiento de estos recursos posoperatorios es indispensable para obtener buenos resultados en recién nacidos, lactantes y preescolares pequeños, en los hospitales públicos. El Dr. Carlos Torrealba, de la Clínica La Floresta, presentó la experiencia de ese Centro en la cirugía cardiovascular sin circulación extracorpórea, en cardiopatías que, hasta ahora, se han hecho con este tipo de apoyo y asistencia. Este procedimiento implica técnicas quirúrgicas de abordaje menos invasivo y agresivo, por lo cual se traduce en una recuperación más rápida, menor morbilidad posoperatoria y alta hospitalaria más precoz.

El Foro reveló el alto desarrollo en nuestro país del tratamiento no medicamentoso quirúrgico o endovascular gracias a los avances en el diagnóstico precoz, el tratamiento temprano, el desarrollo de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, de los cuidados posoperatorios y de las técnicas de tratamiento percutáneo endovascular, cada vez aplicables a mayor número de cardiopatías.