

Hace 50 años «Acta Pediátrica Española» publicaba...

AÑO XVI. ACTA PEDIÁTRICA ESPAÑOLA NÚMERO 183

SUMARIO DEL NÚMERO DE MARZO DE 1958

FIGURAS DE LA PEDIATRÍA

El doctor García Ortiz, de Madrid

ARTÍCULOS ORIGINALES

TRABAJOS DOCTRINALES Y CASOS CLÍNICOS

Estenosis aórtica

E. García Ortiz y P. Aznárez Alonso

Hemodinamia de las estenosis pulmonares

F. Jaca, P. Aznárez y J.M. Eizaguirre

Diagnóstico angiocardiógráfico de las estenosis pulmonares

M. Casamayor del Cacho

Hace 50 años, *Acta Pediátrica Española* publicaba en el mes de marzo los siguientes trabajos originales: el primero, «Estenosis aórtica», estaba firmado por los doctores Enrique García Ortiz y Pablo Aznárez Alonso. A continuación, los doctores Francisco Jaca Crende, Pablo Aznárez Alonso y José María Eizaguirre, todos ellos del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Central de La Cruz Roja y Auxilio Social, cuyo jefe era el mismo Dr. E. García Ortiz, desarrollan su trabajo sobre «Hemodinamia de las estenosis pulmonares». Por último, el Dr. Miguel Casamayor del Cacho dedicó su aportación al «Diagnóstico angiocardiógráfico de las estenosis pulmonares».

Como podemos ver, es un número prácticamente monográfico, dirigido por el Servicio de Cirugía Cardíaca Infantil del Hospital Central de la Cruz Roja (Madrid).

En el primer trabajo, presentado por los doctores Enrique García Ortiz y Pablo Aznárez Alonso, «Estenosis aórtica», los autores comienzan recordando que, en 1761, Morgani hizo una descripción tan correcta y magistral que ha quedado ya como obra clásica. El primer intento de corrección quirúrgica de la estenosis aórtica fue llevado a cabo por Tuffier en 1913, quien, invaginando la pared anterior de la primera porción de la aorta, dilató digitalmente la válvula «estenosada» sin entrar realmente en la luz del vaso.

Con Smithy, en 1947, empieza prácticamente la cirugía experimental de la válvula aórtica. Sin embargo, el estudio llevado a cabo por C.P. Bailey, de Filadelfia, supone hasta la fecha la contribución más importante a la resolución de los problemas originados en el tratamiento quirúrgico de las valvulopatías aórticas.

El concepto sobre el cuadro clínico de la estenosis aórtica ha cambiado considerablemente en estos últimos años. Hubo un tiempo en que se consideraba como dogma cardiológico que la estenosis debía ser diagnosticada sobre la base de la existencia de un frémito catárico palpable, un aumento de tamaño del ventrículo izquierdo, un soplo sistólico y un pulso de pequeña amplitud y tardo en alcanzar su cúspide.

En 1948, Kumpe y Bean, sobre un estudio de 107 casos de estenosis aórtica pura, hicieron una correlación de los hallazgos clínicos y los necrópsicos, y demostraron que sólo una quinta parte de los casos presentaba los signos clásicamente descritos. Asimismo, señalaron que determinados síntomas, como la angina de esfuerzo, la sudoración, el síncope, el vértigo y la confusión mental, eran encontrados con gran frecuencia.

En 1949, Davies y Steiner demostraron el valor de la tomografía en este campo al presentar 14 casos de estenosis aórtica, todos ellos diagnosticados con esta técnica.

En 1951, Lewes insiste en la importancia de la presencia de síntomas (como disnea, sudoración, dolor angoroide, palidez en forma de ataques y vértigo) para el diagnóstico de la estenosis aórtica. Señala la gran incidencia en el hombre, con pre-dilección en la edad propecta.

Los autores continúan su trabajo describiendo la embriología de la válvula aórtica y su etiopatogenia. La estenosis aórtica puede estar producida por:

- Una malformación congénita de la válvula.

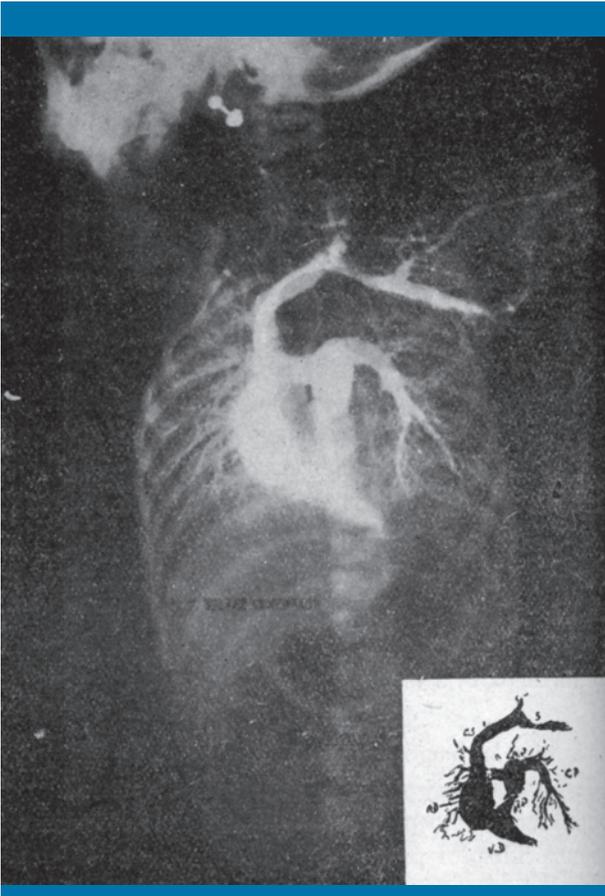


Figura 1. Dextrograma normal. Inyección de subclavia (S), cava superior (CS), aurícula derecha (AD), ventrículo derecho (VD), infundíbulo de la pulmonar (IP), arteria pulmonar (AP) y sus ramas, haciéndose visible la circulación pulmonar hasta sus ramas finas

- Una endocarditis bacteriana subaguda.
- Una arteriosclerosis.
- Una valvulitis reumática.

El tratamiento quirúrgico de la estenosis aórtica se concreta en:

- Técnica trasventricular de Bailey: el paciente es colocado en decúbito dorsal por el lado izquierdo, posición que nos garantiza una comodidad extraordinaria de trabajo.
- Técnica transaórtica de Bailey: se coloca al paciente en posición de decúbito supino y se practica una incisión de axila a axila y por debajo de mamilas.

En su artículo, presentan además tres casos clínicos intervenidos quirúrgicamente, dos de ellos con el diagnóstico de estenosis aórtica preoperatoria, en los que se utilizó como técnica la vía intraventricular de Bailey. El tercer caso fue diagnosticado de coartación aórtica, al parecer con una angiocardiografía típica, pero el paciente no padecía estenosis aórtica, y de ambas lesiones congénitas fue operado en el mismo acto quirúrgico. El resultado en estos tres casos fue brillante, con una

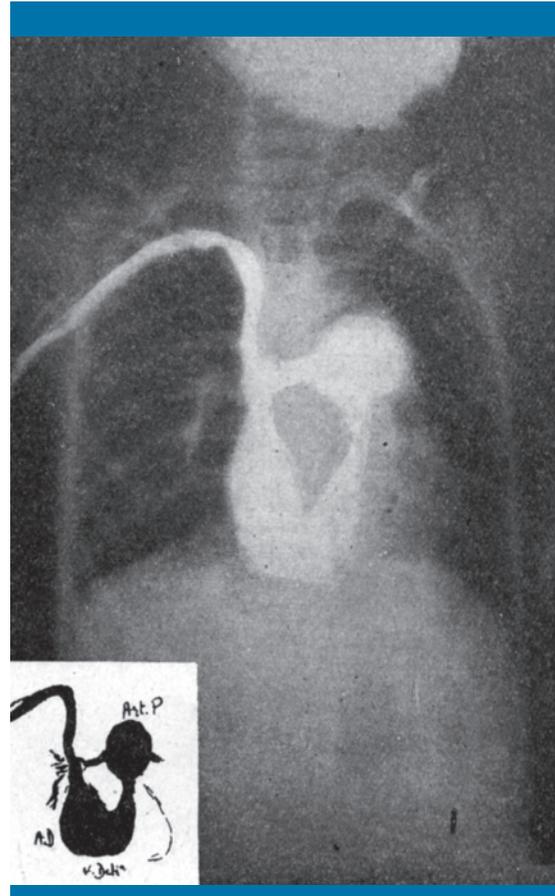


Figura 2

recuperación funcional perfecta y rápida y sin la menor complicación.

En el segundo trabajo sobre «Hemodinamia de las estenosis pulmonares», de los doctores Francisco Jaca Crende, Pablo Aznárez Alonso y José María Eizaguirre, los autores comienzan el artículo señalando que se podría afirmar con certeza que, en la actualidad, no existe un capítulo de la patología que se encuentre en mayor auge que el de las patologías congénitas.

Si se efectuara la selección de las cardiopatías congénitas más habituales, su frecuencia sería como sigue (1958):

1. Comunicación interauricular (18%).
2. Conducto arterioso persistente (13%).
3. Estenosis pulmonar simple (12%).
4. Tetralogía de Fallot (11%).
5. Coartación de la aorta (9%).
6. Comunicación interventricular (8%).

A continuación, los autores pasan a la clasificación de las estenosis pulmonares, a cuyo tema se dedica monográficamente este número:

- Estenosis pulmonar pura.

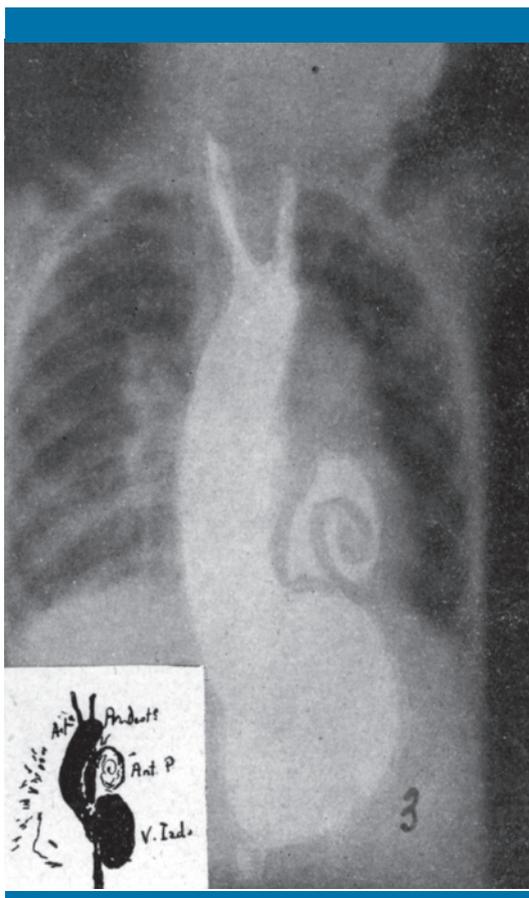


Figura 3

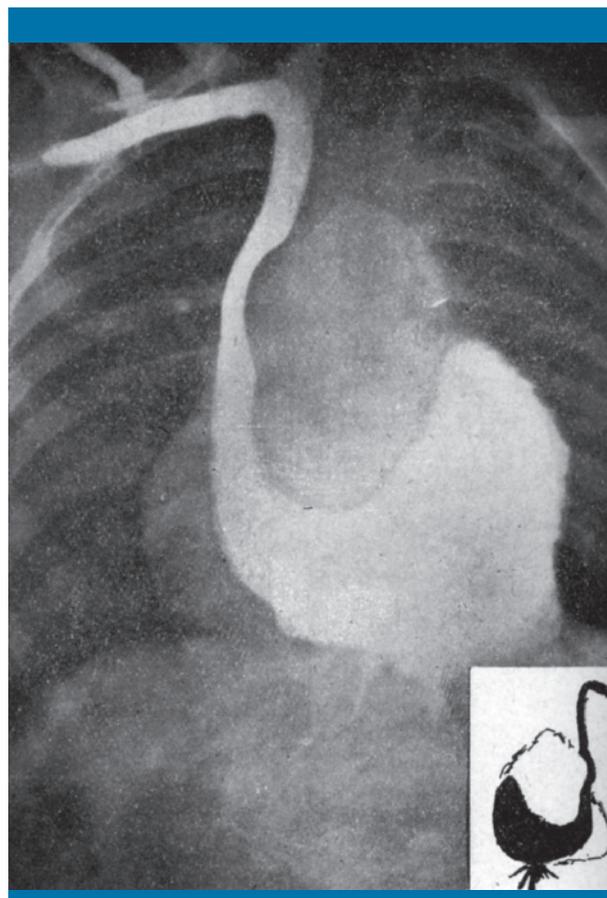


Figura 4. Trilogía de Fallot. Retorno venoso anómalo. Se visualiza aurícula derecha rellena a través de vena cava anómala

- Valvular.
- Infundibular.
- Estenosis pulmonar valvular y persistencia del conducto arterioso.
- Estenosis pulmonar valvular y comunicación interauricular. Trilogía de Fallot.
- Estenosis pulmonar infundibular asociada a comunicación interventricular y aorta a caballo «sinistra». Tetralogía de Fallot.
- Estenosis pulmonar infundibular con comunicación interven-tricular, aorta a caballo en dextroposición. Síndrome de Cail-land-Corvisart.
- Estenosis pulmonar infundibular con defecto septal interven-tricular y persistencia de conducto arterioso. Pentalogía de Fallot.
- Estenosis pulmonar asociada a atresia o hipoplasia de válvula tricúspide. Atresia tricúspide o hiperplasia tricúspide con ventrículo derecho no funcionante.
- Estenosis pulmonar asociada a transposición de los grandes vasos.

En esos últimos años, los autores han observado que la frecuencia ha aumentado considerablemente en los meses de marzo, abril y mayo de ese año, diagnosticando 10 casos.

Consideran la exploración o sondaje cardiaco, justamente con la angiocardiógrafa, como el mejor sistema que se posee en ese momento para verificar un diagnóstico preciso de estenosis pulmonar. La electrocardiografía y la fonocardiografía son dos medios auxiliares que pueden ser de utilidad y que, quizá porque son incruentos, tienen gran aceptación. Sin embargo, respecto a la primera tienen dos casos bien recientes que mostraban un predominio izquierdo y que, por «sondaje», se demostró la existencia de estenosis puras comprobadas en el momento operatorio; en cuanto a la segunda, se creyó que puede existir con seguridad un punto de importancia esencial como es la diferenciación de la estenosis valvular de la infundibular.

A lo largo de su artículo, van revisando los diagnósticos que deben realizarse en esta patología para informar de que, en el importante capítulo de diagnósticos diferenciales, deben revisarse sumariamente las siguientes situaciones: complejo de Eisenmenger, enfermedad de Roger, comunicación interauricular, tronco común y anomalías de retornos venosos. A continuación, describen cada una de estas situaciones, acompañándolas de una bibliografía tanto nacional como internacional.

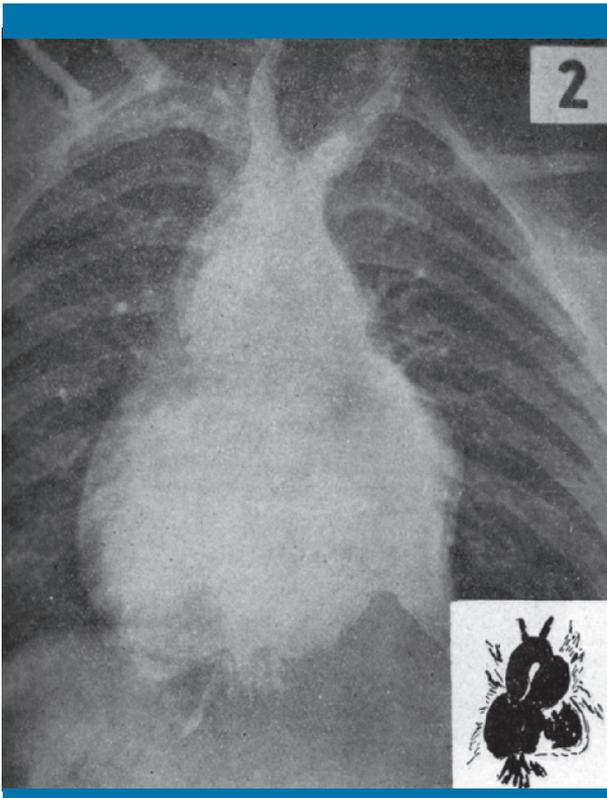


Figura 5. Trilogía de Fallot. Relleno de ventrículo izquierdo desde la aurícula izquierda, que se ha producido por comunicación interauricular

En el artículo que presenta el Dr. Miguel Casamayor del Caño, «Diagnóstico angiocardiógráfico de las estenosis pulmonares», se indica que el diagnóstico correcto de las estenosis pulmonares es hoy en día un punto de gran importancia ante el hecho de su corrección quirúrgica.

La angiocardiógrafía y el cateterismo cardíaco, con la determinación de las presiones intracavitarias y la oximetría, son hoy por hoy los dos métodos en que se basa el diagnóstico de la malformación congénita del corazón.

En el Servicio que dirigía el Dr. García Ortiz, al cual pertenecía el Dr. Miguel Casamayor, se utilizaban ambos métodos diagnósticos de manera sistemática, y con frecuencia de forma complementaria.

El Dr. Casamayor inicia su exposición con el estudio del angiocardiógrama normal (figura 1), pormenorizando las técnicas para pasar al angiocardiógrama de la estenosis pulmonar pura (figuras 2 y 3).

A continuación, desarrolla la valoración de la estenosis pulmonar valvular asociada a persistencia del conducto arterioso, para continuar con la estenosis pulmonar asociada a defecto del *septum* auricular (trilogía de Fallot, figuras 4 y 5).

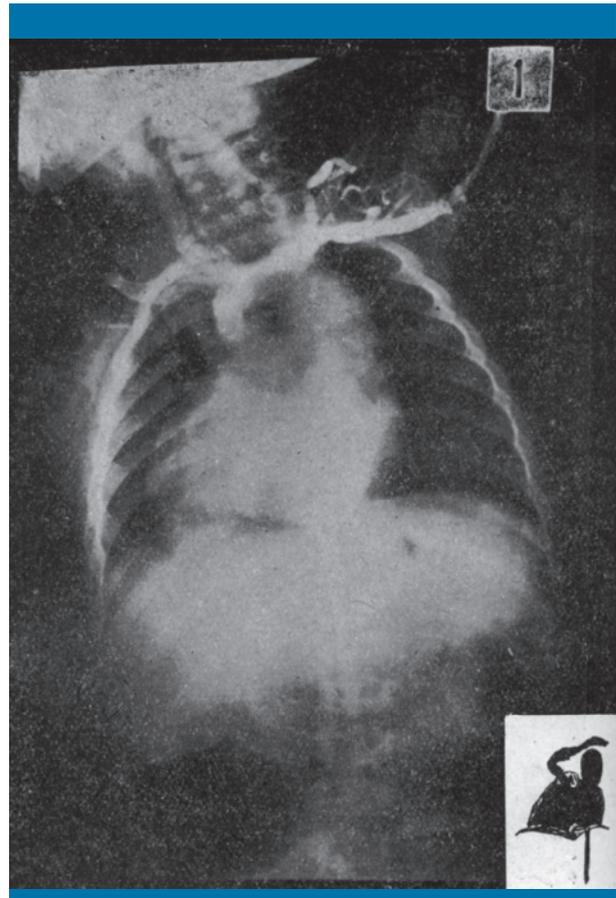


Figura 6. Tetratología de Fallot y dextrocardia. Se visualiza la aorta a caballo y el relleno simultáneo de ambos ventrículos. Dextrocardia sin sinistroposición hepática

La estenosis pulmonar asociada a defecto del *septum* inter-ventricular y aorta a caballo (tetratología de Fallot) ocupa el siguiente apartado (figura 6), para luego extenderse sobre la estenosis pulmonar asociada a atresia tricuspídea o a estenosis tricuspídea con ventrículo derecho no funcionante (figura 7).

Finalmente, el Dr. Casamayor termina su trabajo afirmando que expondrá su concepto de estudiar los datos obtenidos por esta técnica conjuntamente con los oximétricos y hemodinámicos que proporciona el cateterismo cardíaco.

El número de *Acta Pediátrica Española* del mes de abril también será prácticamente un número monográfico sobre cardiología pediátrica.

Aquí se comprueba cómo ya en el año 1958 existían números monográficos que revisaban diferentes patologías, y cómo en el Servicio del Dr. García Ortiz ya se ponían en práctica los tres pilares fundamentales de un hospital universitario: asistencia, docencia e investigación.

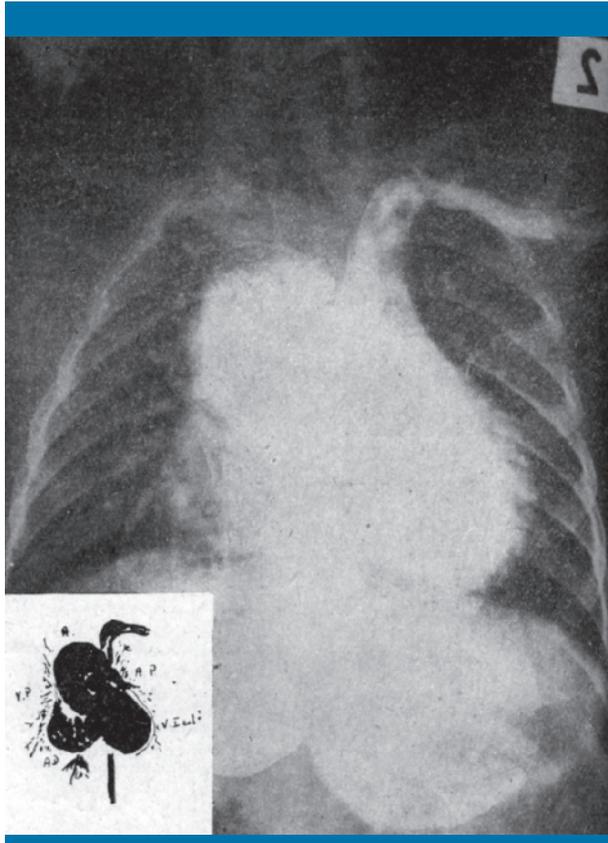


Figura 7. Estenosis pulmonar y atresia tricúspide. Relleno de la pulmonar a través del ductus; se visualiza la circulación pulmonar

A la escuela del Dr. García Ortiz no se le puede aplicar la célebre frase de Montesquieu: «No son médicos lo que nos falta, es medicina». Esta escuela pionera de la cirugía infantil cardiológica española llevaba a cabo una verdadera y magnífica medicina ya en 1958. ■