Sesión del día 6 de noviembre de 1969

CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE ESTENOSIS SUBAÓRTICA DINÁMICA TRATADA QUIRÚRGICAMENTE

M. Puig Massana, W. R. Earnhart

La estenosis subaórtica dinámica ha recibido mucha atención durante estos últimos años en la literatura mundial, desde que Lord Brock la describió por primera vez en 1957.

El tratamiento quirúrgico ha progresado notablemente y son patentes los buenos resultados que en muchos casos se pueden obtener mediante la ventriculomiotomía.

La sección de la masa muscular constrictora se ha efectuado por distintos métodos: ventriculotomía izquierda, aortotomía, ventriculotomía derecha extirpando masa septal y por vías combinadas.

El éxito de la operación está en relación directa con la técnica empleada. Los mejores resultados se obtienen con la sección de la banda muscular por debajo de la comisura entre las sigmoideas aórticas coronáricas.

Es necesario practicar una incisión amplia (unos 2-3 cm) y profunda (1-1,5 cm) hasta notar la sensación de haber atravesado completamente la densificación muscular y apreciar la retracción de sus bordes.

En algunos casos la distribución muscular puede ser más anárquica, siendo difícil obtener resultados satisfactorios con la sola sección de las fibras, siendo conveniente practicar extracciones más o menos amplias de masa muscular.

A pesar de los progresos en su tratamiento, existen ciertos aspectos en los que falta el acuerdo general, presentamos un caso en el que se pone de manifiesto algunos problemas interesantes.

Varon de 43 años, disnea de pequeños esfuerzos, opresión retroesternal al esfuerzo y palpitaciones durante 3 años. No presentaba disnea paroxística nocturna, ortopnea ni síncopes.

Examen físico. — Onda doble en pulso carotídeo y doble latido en cúpula en punta. Soplo sistólico de carácter expulsivo 3/6 que se propaga hasta axila. 4.° ruido.

R. X. tórax. — Cardiomegalia ++ a expensas de V.I. y A.I.

E.C.G. — Ritmo sinusal a 60 por minuto. Hipertrofia ventrículo izquierdo con sobrecarga sistólica. Bloqueo incompleto rama izquierda haz de His. Probable hipertrofia aurícula izquierda.

FIG. 1

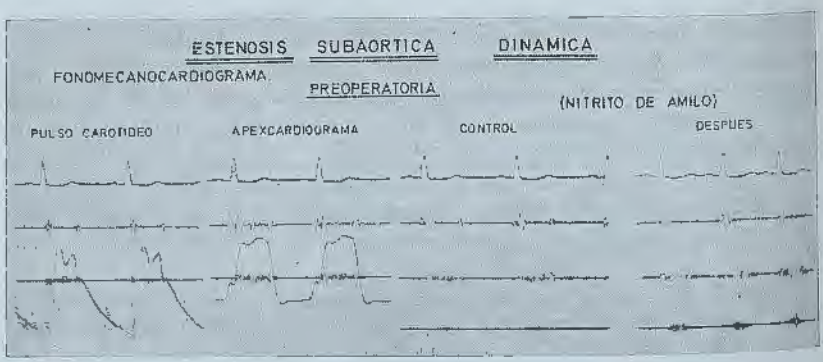

FIG. 2

F.M.C.G. — Pulso carotídeo digitiforme. Apexcardiograma con sístole en doble giba, ángulo de llenado rápido aplanado y onda presistólica aumentada. El soplo aumentó a los 30 segundos con el nitrito de amilo.

Estudio hemodinámico. — Estenosis subaórtica de grado severo (gradiente

sistólico 82,3 mm Hg). V.I. bajo 199,5 mm Hg. V.I. alto 94,5 mm Hg, aorta ascendente 91,2 mm Hg, y ligera insuficiencia mitral secundaria.
Posible hipertrofia muscular de cámara de salida de V.D.

Se trató al paciente con Sumial, notó alivio del angor, pero no completo y persistió la disnea al esfuerzo. Después de esta respuesta suboptimal, se consideraron las posibles ventajas de la intervención quirúrgica.

Intervención. — Toracotomía transesternal, aortotomía transversal, perfusión de coronaria izquierda, aparece una hipertrofia muscular generalizada que forma una prominencia en banda por debajo de la comisura, entre las sigmoideas coro-

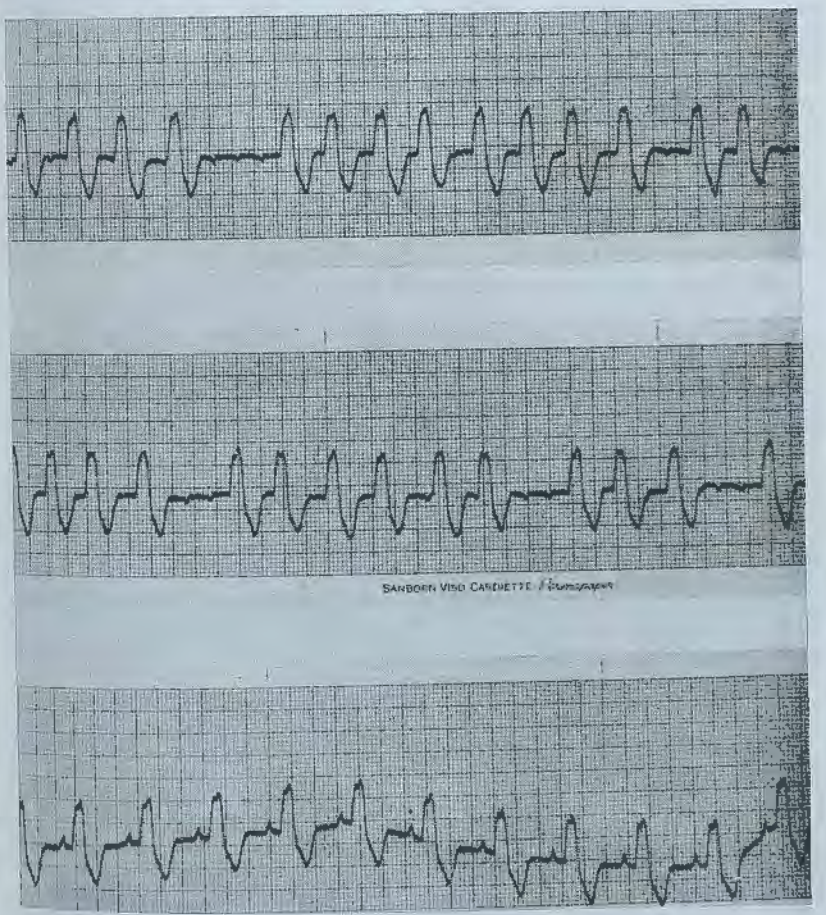

FIG. 3. — Los dos trazos superiores son continuos y muestran una taquicardia supraventricular (flutter?) con un bloqueo incompleto. El trazo inferior muestra ritmo sinusal tras electroversión de 300 Watt-segundos.

náricas derecha e izquierda. Esta hipertrofia muscular, cierra completamente el canal subaórtico.

Sección longitudinal extensa siguiendo la dirección de dicha comisura a punta, se profundiza 1 cm y se extirpa una cuña de 1 cm de ancho, se amplía la extirpación de masa muscular hasta obtener un sístole permeable.

Aparece un bloqueo atrioventricular completo transitorio, pasando espontáneamente a ritmo sinusal, las presiones son buenas desde los primeros latidos, imagen electrocardiográfica de bloqueo de rama izquierda. Se deja marcapaso temporal.

Postoperatorio. — Buena evolución hasta el tercer día en que aparecen:

— Taquicardias supraventriculares usualmente flutter auricular 2:1, resistente a maniobras vagales y medicamentosas con sumial, digital y a la desfibrilación eléctrica, también resultan ineficaces los intentos de dirigir el ritmo con el marcapaso externo. En ocasiones la antazolina parecía transitoriamente efectiva.

— Bajo gasto cardíaco con desorientación, incoordinación y obnubilación y acidosis metabólica, consecutiva a la taquicardia con hipotensión.

— Melenas copiosas e hipo.

— Otras arritmias incluyendo:

1.°) Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida.
2.°) Extrasístoles ventriculares.
3.°) Disociación isorrítmica.
4.°) Taquicardia supraventricular con bloqueo incompleto.

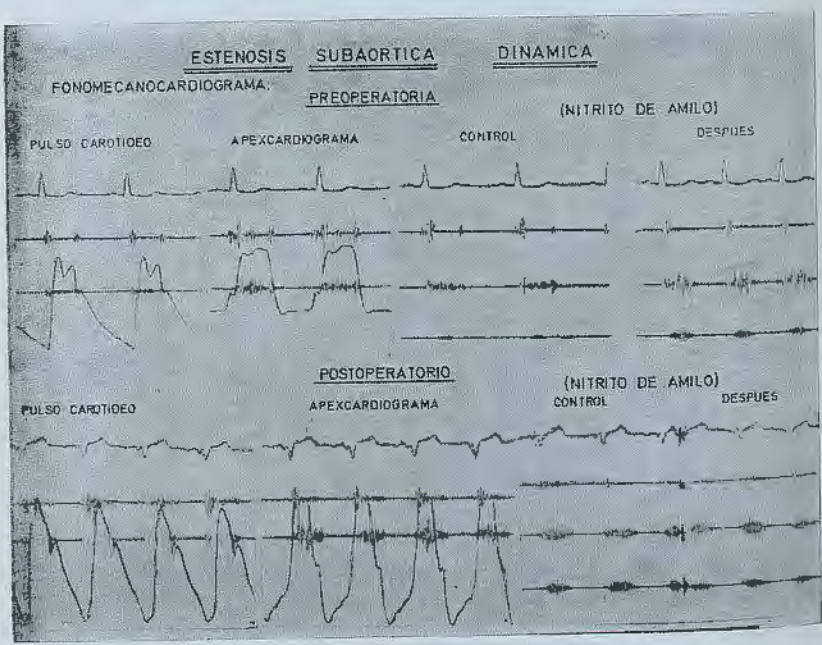

FIG. 4

Este cuadro se mantuvo con alternancias controlándose de manera transitoria con medicación, choques eléctricos y paso de mando al marca-paso externo, ambas muchas veces ineficaces.

Finalmente el paciente se dio de alta a los 36 días del postoperatorio con ritmo sinusal a 85 por minuto y buen estado general, tomando sumial 40 mg al día.

Se ha mantenido bien en los frecuentes controles postoperatorios. En este momento, a los 4 meses, sigue bien.:

— No ha tenido ninguna crisis de angor.

— No disnea, ni palpitaciones.

— Está asintomático aunque todavía no ha efectuado grandes esfuerzos. Se le ha aconsejado aumentar gradualmente la actividad.

— La dosis de sumial se disminuyó progresivamente y actualmente está sin tratamiento.

Examen físico. — Pérdida de la doble onda de pulso carotídeo y del doble latido en apex.

Soplo sistólico de insuficiencia mitral. Ha desaparecido el 4.° ruido.

E.C.G. — Hipertrofia ventricular izquierda con bloqueo de rama.

F.M.C.G. — Pulso carotídeo dentro de los límites normales. Apexcardiograma mostrando un ángulo de llenado rápido normal y una onda presistólica ligeramente aumentada. El soplo disminuye a los 15 segundos con el nitrito de amilo.

COMENTARIOS. — Como anteriormente se ha indicado, existe todavía gran controversia con respecto a la conducta a seguir en la estenosis subaórtica dinámica.

Los recientes trabajos con bloqueadores beta-adrenérgicos han probado su eficacia en casos seleccionados, también se ha establecido la agravación potencial con la digital y diuréticos y los estimulantes beta-adrenérgicos.

Consideramos que en los casos sintomáticos en que la conducta médica es poco eficaz o existe alguna contraindicación al tratamiento médico continuo, está indicada la intervención quirúrgica, que suele obtener varios grados de mejoría a veces importantes como en el caso que hemos presentado.