

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS COMUNICACIONES INTERAURICULARES (CIA) EN ADULTOS

RESUMEN

Entre enero de 1981 a diciembre de 1996, se efectuaron correcciones quirúrgicas de CIA en 29 pacientes. La edad media fue de 34 años (rango 16-59). El diagnóstico se realizó con ecocardiografía en el 80 % y estudios hemodinámicos en el 94 %. Hipertensión pulmonar se detectó en el 37 %. Se detectaron las siguientes otras patologías: estenosis pulmonar en 2 enfermos (7 %), enfermedad coronaria en otros dos (7 %) y drenaje venoso anómalo pulmonar también en 2 oportunidades (7 %). La reparación consistió en el cierre directo del defecto (89,7 %) y solamente en 3 pacientes, el cierre fue con parche de pericardio. No hubo mortalidad operatoria. Un paciente presentó un accidente cerebrovascular leve que revirtió totalmente. El 76 % fue dado de alta en los primeros 5 días. En 24 (82,7 %) se realizó seguimiento de 45 meses de promedio. Se encontraron 22 asintomáticos, una CIA recurrente y otro presentaba fibrilación auricular con severa hipertensión pulmonar sin recidiva del defecto atrial.

Palabras clave: Comunicación interauricular - Cirugía cardíaca.

SUMMARY

Between January 1981 to December 1996, a serie of 29 patients had surgical correction of atrial septal defect. Average age: 34 years old (range 16-59). In 80 % of the patients ecocardiography was used for diagnosis and 94 % had hemodynamic study. Pulmonary hypertension was found in 37 % and other associated diseases as: pulmonary stenosis 2 (7 %), coronary disease 2 (7 %) and pulmonary anomalous venus drenaje 2 (7 %) were found. The direct closure was the technic applied in 89.7 %; and a pericardial graft was used only in three patients. No surgical mortality in this serie. One patient had a light cerebro-vascular accident with complete recuperation. Seventy five % were discharged before 5 days post operative. Follow up of 45 months was posible in 24 (82,7 %) patients. Twenty two were a symptomatic. One recurred and other had atrial fibri-

Dr. Pablo Marín ⁽¹⁾; Dr. Guillermo Paladini ⁽²⁾; Dr. Sergio Tamayo ⁽³⁾; Dr. Moisés Martínez Colombres ⁽⁴⁾; Dr. Henry Paladini ⁽⁵⁾ y Dr. Roque Córdoba ⁽⁶⁾.
Servicio de Cirugía Cardio Torácica y Vascular.
Hospital Privado.

lation with severe pulmonary hypertension with no recurrence of the atrial defect.

Key words: Atrial septal deffect - Cardiac surgery

INTRODUCCION

La incidencia de cardiopatías congénitas es de 8 cada mil nacidos vivos. En EE.UU. se estima que nacen 25.000 con cardiopatías congénitas anuales de las cuales el 85 % llegan a la edad adulta. Por otro lado habría entre 500.000 a 600.000 adultos con cardiopatías congénitas. ⁽⁴⁾

La anomalía congénita mas común en los adultos es la aorta bicúspide seguida por los defectos interauriculares aislados y dentro de estos los de tipo ostium secundum.

Maurice Campbell publicó en 1957 un reporte clásico de la sobrevida de pacientes con CIA no operados que mostraba que 2/3 de los pacientes llegaba a la edad de 30 años pero 2/3 no sobrepasaba los 50 años y el 90 % estaba muerto a los 60. ⁽⁵⁾

Publicaciones actuales plantean controversias sobre este hecho dando mejor sobrevida a los pacientes no sometidos a cirugía.

MATERIAL Y METODO

Se analizan retrospectivamente las comunicaciones interauriculares operadas en ésta Institución desde enero del '81 a diciembre del '96'. Se revisaron 29 pacientes que recibieron cirugía por defectos auriculares aislados o asociados a otras cardiopatías. La edad media fue de 34 años, con rango entre 16 y 59 años. Veintidós (76 %) eran mujeres y 7 (24 %) eran varones. Un 76 % de los pacientes presentaron sintomatología. La edad promedio de inicio de ésta fue de 28 años, con rango de 1 a 59 años, que motivaron la consulta clínica. Estos fueron

• Disnea:	42,8 %
• Palpitaciones:	35,7 %
• Dolor torácico:	22,1 %
• Arritmias:	17,8 %
• Mareos:	10,7 %
• Lipotimia:	7 %
• Disnea paroxística nocturna	7 %

En el electrocardiograma se encontró.

• Bloqueo completo rama derecha:	51,7 %
• Trastornos difusos de la repolarización ventricular	14 %
• Bloqueo A-V de primer grado:	10,3 %
• Hemibloqueo anterior izquierdo:	7,8 %
• Bloqueo trifascicular:	3,4 %

El diagnóstico se realizó por ecocardiograma en un 80 % donde se evidenció además:

• Agrandamiento en el ventrículo derecho:	35,7 %
• Movimiento paradójico del septum:	18,2 %
• Agrandamiento de la aurícula derecha:	18,8 %
• Agrandamiento de la aurícula izquierda:	14,8 %
• Insuficiencia tricuspídea:	7 %

Se realizó angiografía en el 94 % de los pacientes que mostró además:

• Hipertensión pulmonar:	37,9 %
A) Leve:	24,1 %
B) Moderada:	13,8 %
• Prolapso de válvula mitral leve:	32,2 %
• Estenosis pulmonar:	10,3 %
• Drenaje venoso anómalo parcial:	6,8 %
• Enfermedad coronaria:	6,8 %

El 28 % de los pacientes fumaba, y el 17 % era medicado por hipertensión arterial. En la operación se encontraron 27 (93,2 %) con defecto interauricular tipo ostium secundum y 2 (6,8 %) tipo seno venoso.

Se realizaron además dos valvuloplastias pulmonares, dos revascularizaciones coronarias y una corrección de un drenaje venoso anómalo parcial supracardíaco. En el otro la anomalía no fue po-

sible corregirla por ser una vena pulmonar superior derecha lobar que desembocaba en la vena innominada.

Se realizó cierre directo en 26 casos (89,7 %) y con parche de pericardio en 3 (10,3 %).

El tiempo de circulación extracorpórea (CEC) fue de un promedio de 38' con un rango de 12' a 140'. Teniendo un tiempo de CEC de menos de 30' en un 23,6 %.

Se extubaron en la sala de operaciones el 58,6 % de los enfermos y antes de las primeras 6 hs. 25 % más. Un 79,5 % de ellos permaneció menos de dos días en unidad coronaria y un 76 % del total fue dado de alta antes de los primeros cinco días del postoperatorio.

En seis enfermos se registraron arritmias que revirtieron con tratamiento farmacológico. Estas fueron:

• Fibrilación auricular:	3
• Taquicardia ventricular:	1
• Flutter auricular:	1
• Taquicardia supraventricular paroxística:	1

Un paciente tuvo un accidente cerebrovascular menor postCEC con hemianopsia derecha.

El seguimiento se logró en 24 pacientes (82,7 %) con una media de 45 meses. La mejoría objetiva se observó en 22 de ellos. Un paciente con fibrilación auricular crónica en el postoperatorio alejado e hipertensión pulmonar severa sin recidiva del defecto atrial y 1 paciente en el que se detectó una CIA recurrente que rehusó una reoperación.

DISCUSION

El tratamiento quirúrgico de los defectos atriales en adultos fue discutido en los últimos tiempos por Shah y colaboradores⁽⁶⁾ si se lo compara con el tratamiento médico.

Hay múltiples estudios que analizan la eficacia, la baja mortalidad, la prevención de patologías concomitantes de la CIA crónica y la restitución total a una vida normal postoperatoria.⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

El primer informe sistemático sobre CIA fue realizado en 1934 por Roessler donde se analizaron 64 pacientes postmortem. ⁽¹¹⁾ El promedio de edad de muerte fue de 36 años y se dieron por falla cardíaca a menudo asociadas con fibrilación auricular. La primera descripción sobre la historia natural de la comunicación interauricular fue hecha por Campbell, ya citada. El, además, calculó la mortalidad por décadas y ésta es del 0 a 6 % anual, entre la primera y segunda década, del 3 a 6 % anual en la cuarta década, y más del 9 % anual posterior a la sexta década.

La presencia de hipertensión pulmonar es rara en pacientes jóvenes, pero se incrementa con la edad. El 30 % de los pacientes, más allá de la quinta década tiene presión sistólica pulmonar mayor de 50 mm Hg. De estos el 40 % de las comunicaciones interauriculares murieron en la quinta década. El 90 % de los que sobrevivieron a la sexta década están severamente limitados por episodios de fibrilación auricular, bronquitis recurrentes o infartos pulmonares. ⁽¹²⁾

El deterioro sintomático se atribuye al tamaño del defecto. La hipertensión pulmonar está condicionada además a la reactividad del árbol pulmonar, a la presencia de fibrilación auricular, a la hipertensión arterial, a infecciones pulmonares recurrentes, a la menor complacencia del ventrículo derecho o a la presencia de trombos en la aurícula izquierda. ⁽¹³⁾

Herbert y col. probaron un beneficio a los cuatro meses en la tolerancia al ejercicio posterior al cierre quirúrgico, con restitución total a los diez años de la cirugía. ⁽¹⁴⁾

El tratamiento quirúrgico de los defectos atriales previene todos los cambios o los retrograda.

Nuestra experiencia es concordante con la literatura: hubo preminentemente mujeres con un 93 % de defectos atriales tipo ostium secundum, con buena evolución postoperatoria inmediata, con tiempo de circulación extracorpórea cortos, con extubación en quirófano en un 58.6 % y un 76 % de los pacientes permanecieron internados menos de 5

días.

Se logró un buen status performance a lo largo de 45 meses libres de sintomatología en 22 pacientes, lo que hace de este procedimiento quirúrgico, un método seguro y eficaz que debe ser ofrecido a cada paciente con defecto atrial, no importando su edad.

Las nuevas técnicas de abordaje por minitoracotomía agregaron mayores beneficios a los citadas como menos dolor, menos tiempo de internación y mayor estética.

Kostantinides y col. concluyó ⁽¹⁵⁾ que el cierre quirúrgico tiene una tasa de sobrevida a los 10 años de un 95 % contra un 84 % con tratamiento médico y previene la progresión en el deterioro funcional, pero no se observan cambios en la aparición de arritmias atriales, como en la reducción de las complicaciones tromboembólicas.

CONCLUSION

El cierre quirúrgico de los defectos septales aislados o asociados a otras cardiopatías congénitas o adquiridas ha demostrado ser un procedimiento seguro y de baja morbimortalidad.

El hallazgo de comunicación interauricular en pacientes adultos plantea siempre el tratamiento quirúrgico para evitar las complicaciones posibles de la sobrecarga crónica del corazón derecho.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Rashkin WJ. History aspect of congenital heart disease. Birth Defect. 1972; 8: 2-8.
- 2) Edwards JE, Carey LS, Neufeld HV. et al. Congenital heart disease. Correlation of pathologic anatomic and angiography. vol. 1. Philadelphia. WB Saunders. 1965:191-234.
- 3) Bedford De, Papp C. Parkinson J. Atrial septal defect. Br Heart; 3: 37-68.
- 4) Perloff JK. Congenital heart disease in adults. A new cardiovascular subspecialty. Circulation. Nov 1991; 84:1881-1890.
- 5) Campbell M.. Natural history of atrial septal defect. Br Heart J. 1970; 32; 820-6.
- 6) Shah D, Aznar M. Oakley CM, Cleland JGF, Nihoy Annopoulos P. Natural history of secundum atrial defect in adults after medical or surgical treatment. A historical prospective study. Br. Heart J. 1994; 71:224-228.
- 7) Perloff JK. Surgical closure of atrial septal defect in adults - Editorial - N. Engl. J. Med. Ag. 1995; 333:513-4.
- 8) Shibata Y, Abe T, Kuribayashi R, Sekine S., Seki K. Yamagishi I, Chanda J. Surgical treatment of isolate secundum atrial septal defect in patient more than 50 years old. Ann. Thorac. Surg. 1996; 62: 1096-9.
- 9) Ward C. Secundum atrial septal defect. Routine surgical treatment is not a proven benefit. Br. Heart J. 1994; 71:219-23.
- 10) Murphy JG, Gersh BJ, Mc Good DC et al. Long term outcome after surgical repair of isolate atrial septal defect; follow up at 27 to 32 years. N. Engl. J. Med. 1990; 323-1645-50.
- 11) Roesler H. Interatrial septal defect. Arch. Int. Med. 1934; 54:339-80-0.
- 12) Markman P, Howitt G. Wade EG. Atrial septal defect in the middle aged and elderly. Q.J. Medicine. 1965; 34:309-26.
- 13) Reed WA, Dunn MI. Long term results of repair of atrial septal defect. Am. J. Surg. 1971; 121:724-7.
- 14) Helber V., Baumann R., Seboldt H. et al. Atrial septal in adults. Cardiopulmonary exercise capacity before and 4 months, and 10 years after defect closure. J. Am. Coll. Cardiol. 1997; 29:1345-50.
- 15) Kostantinides S. et al. A comparison of surgical and medical therapy for atrial septal defect in adults. N. Engl. J. med. 1995; 333:469-73.

*Hay tres clases de mentiras:
las simples mentiras, las mentiras sagradas
y las estadísticas.*

Disraeli