

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ANGINA DE PECHO

Por el Profesor *Pierre Wertheimer*.

El tratamiento quirúrgico de la angina de pecho es difícilmente aceptado por la opinión médica. Si las primeras tentativas datan del año de 1916 cuando Jonnesco y Gomoyu fueron inducidos por los trabajos experimentales de Francois Franck a tomar la iniciativa de tratar quirúrgicamente la angina de pecho, tenemos que confesar que esta iniciativa no



Profesor Pierre Wertheimer

ha encontrado desde entonces sino muy pocos imitadores. Si se quieren limitar a las operaciones sobre el simpático los ensayos efectuados por la cirugía en este campo, debemos reconocer que Leriche ha demostrado ser su más ardiente protagonista. En los trabajos de sus alumnos, Fontaine en 1925, Marcel Berard en 1935, se encuentra el balance de su experiencia y el reflejo de su pensamiento. De este lado del Atlántico, la obra de White representa igualmente la exposición de investigaciones valiosas, pero en vano buscariamos fuera de ellos hombres de ciencia que tuvieran un conocimiento profundo de este tema o trabajos que fueran el fruto de una práctica comprobada.

Es interesante hacer notar de paso esta falta de curiosidad por parte de los cirujanos, frente a un tema que se presta a una observación casi cotidiana y en el que la ineficacia de la terapéutica médica justifica las pretensiones quirúrgicas. Es evidente que un gran número de cardiólogos manifiestan frente a la terapéutica quirúrgica de la angina una actitud reticente, que hace que la opinión médica en general y también la del público, muestren, frente a los resultados quirúrgicos, una indiferencia capaz de intimidar a los cirujanos. Parece que una de las razones principales de esta indiferencia, que llega a convertirse en hostilidad, está provocada por falta de rigor en las estadísticas las cuales carecen de un mejor control cardiológico y de mayor tiempo de observación. Es esta la razón por la cual he creído de interés presentarles a ustedes el balance completo de mi propia experiencia durante un lapso de tiempo determinado. Ella no se refiere a un número considerable de observaciones, pero consta de elementos comparables entre sí; primero, porque la terapéutica que fue aplicada a todos mis enfermos procede de un mismo espíritu y consistió en una estelectomía más o menos amplia; y, por otra parte, porque todos mis enfermos fueron sometidos antes y después de la intervención al examen de cardiólogos competentes, tales como: Gallavardin, Roger Froment, cuya opinión es indispensable para la apreciación de los resultados clínicos; y, en fin, porque se trata solamente de observaciones ya antiguas referentes a enfermos operados, algunos de ellos, hace más de diez años, ya que de esta estadística fueron eliminados los casos más recientes, aproximadamente una docena de observaciones.

La estadística que deseo presentar se refiere a 29 enfermos. Deseo examinar ante ustedes con absoluta franqueza los resultados obtenidos.

En primer término deseo hacerles conocer los fracasos de mi práctica. He perdido 4 enfermos. Considero que el acto operatorio fue directamente responsable de su muerte, aunque esta responsabilidad pueda parecerle discutible a un censor menos severo. Es importante precisar las circunstancias de esta muerte. En el primer caso se trataba de una mujer de 59 años de edad, que sufría de una Aortitis sifilítica. Durante el curso de la intervención, practicada como de ordinario bajo anestesia local, presentó un ictus seguido de hemiplejia y murió 15 días más tarde. Es posible que la causa de este accidente haya sido una embolía gaseosa. El acta operatoria habla de una pequeña hemorragia venosa que estuvo acompañada e un ruido de absorción de aire. El segundo caso es el de un hombre de 55 años de edad a quien se le practicó el 24 de diciembre de 1936 una estelectomía izquierda. La operación fue seguida de un excelente resultado inmediato, pero el 12 de enero de 1937, es decir 19 días más tarde, el enfermo falleció bruscamente, y la autopsia reveló la existencia de un infarto reciente del miocardio. Podemos preguntarnos si en este accidente el acto operatorio tuvo alguna responsabilidad.

El tercer caso concierne a un hombre de 57 años. La operación fue muy penosa. Se trataba de un hombre obeso pletórico, de cuello corto. La hemostasis fue difícil, y, para decir la verdad, el ganglio estrellado no fue hallado. La operación consistió tan sólo en la resección de la cadena simpática por debajo del ganglio intermedio. El paciente falleció al 11º día con manifestaciones clínicas que hicieron pensar en una embolia pulmonar, pero no se practicó autopsia.

En fin, el cuarto caso fue el de un enfermo de 42 años de edad, que sufría de crisis subintrantes sin lesión aórtica ni cardíaca. Después de una estelectomía amplia, las crisis cesan completamente, al punto que el enfermo, feliz con el resultado, se levanta, pero cuatro días después de la intervención se queja de violentos dolores en el hemitorax derecho. Una infiltración del ganglio estrellado lo alivia por algún tiempo, pero el paciente falleció súbitamente, seis días después de la intervención, debido, aparentemente, a un infarto del miocardio, cuya realidad no fue verificada.

En total, dos muertes imputables probablemente al acto operatorio; una embolia gaseosa seguida de ictus cerebral y de hemiplejia; una embolia pulmonar probable; y otras dos por infarto del miocardio ocurrido durante la operación, de las que me reservo la discusión sobre la responsabilidad de la operación.

Los fracasos fueron también cuatro. Uno de ellos fue el de una enferma de 49 años que me fue confiada por el Dr. Gallavardin y que presentaba un síndrome de hiperexitabilidad simpática que evolucionaba progresivamente desde hacia siete años, acompañado, desde hacia cuatro años, de muy mal estado general. Las principales manifestaciones eran: hipertensión, disturbios vasomotores, crisis solares, crisis anginosas, glicosuria intermitente. Sobre este estado básico constituído por una taquicardia constante, se injertaban estados paroxísticos, caracterizados por crisis anginosas típicas, que mejoraban con trinitrina. Después de haber fracasado múltiples tentativas terapéuticas, se practicó una simpatectomía el 14 de enero de 1927. La enferma murió el 16 de abril de 1936, es decir, 9 años más tarde, a la edad de 58 años, diabética y tuberculosa, morfinómana, pero presentando aún sus crisis anginosas, que no habían mostrado ninguna mejoría.

El segundo caso se refiere a una mujer de 48 años, obesa, quien presentaba una insuficiencia aórtica. A pesar de los buenos resultados que había dado la infiltración estelar, la estelectomía izquierda practicada fue inoperante.

El tercer fracaso fue el de un hombre de 66 años, que nos fue confiado por el Dr. Roger Froment. Estaba enfermo de angor por arteritis coronaria. A pesar de habersele practicado una estelectomía amplia y bilateral, el fracaso terapéutico fue completo, después de haber presentado una breve mejoría inicial.

Por último, una mujer de 54 años, tratada por el Dr. Gallavardin desde hacia un año, presentaba un síndrome anginoso muy complejo y casi indescifrable por causa de la importancia de las manifestaciones neuróticas concomitantes. El examen cardio-vascular era negativo; los trazos eléctricos normales en las cuatro derivaciones y T negativa en cuarta derivación. La enferma era, además, toxicómana, y una estelectomía izquierda no hizo variar en nada su estado.

Hecha esta eliminación, de las 21 observaciones restantes, una debe ser retirada porque falta la sanción del resultado lejano. Se trataba de un hombre de 44 años que nos fue confiado por el Dr. Roger Froment, porque presentaba una angina por arteritis coronaria. El 25 de junio de 1936, amplia estelectomía derecha, el 6 de julio la misma intervención del lado izquierdo, pero no he tenido ninguna información sobre el resultado obtenido.

En total, 20 observaciones me han dado resultados apreciables, que pueden catalogarse en resultados excelentes y per-

durables, en resultados favorables y temporarios y en resultados regulares.

El tiempo de observación de estos enfermos oscila entre 17 y 2 años.

Ocho de estos enfermos, es decir el 40%, obtuvieron un resultado excelente, que ha perdurado durante 17, 8, 7, 6; 5; 4 y 3 años. No voy a imponerles la exposición detallada de estas ocho observaciones. Les citaré solamente dos ejemplos, que considero especialmente típicos.

Un hombre de 70 años viene a la consulta porque sufre de un angor de esfuerzo típico con accesos nocturnos frecuentes y terribles. A pesar de la edad del enfermo, y a causa de la violencia de las crisis nocturnas y de la falta de mejoría después de varios meses de tratamiento, el Dr. Gallavardin me confía este enfermo el 2 de junio de 1927. Estelectomía izquierda. Tres meses más tarde los accesos de esfuerzo son bastante frecuentes pero ligeros, las crisis nocturnas se han atenuado mucho, pero solamente del lado derecho. En diciembre de 1927, es decir, 6 meses después de la intervención, el enfermo estima su mejoría en un 80%. Al mes siguiente esta aumenta aún para llegar a una curación completa. Este enfermo murió en 1943, a la edad de 87 años, a consecuencia de una uremia, sin haber tenido después de la intervención ni una sola crisis de angor.

Un hombre de 57 años de edad consulta al Dr. Gallavardin en junio de 1939 para crisis típicas de angina de pecho, que se presentaban desde hacía 3 años y que le impedían al paciente el ejercicio de su profesión de viticultor. Todas las medicaciones se habían mostrado ineficaces. El 3 de julio de 1939, amplia estelectomía izquierda. El resultado es notable. En diciembre el enfermo escribe: "Desde la operación mi estado no ha hecho sino mejorar. He podido ser movilizado como capitán a un campo de aviación y no he vuelto a sentir ni el menor dolor". En julio de 1946 escribe nuevamente. "La operación ha dado los resultados más satisfactorios". Habla de resurrección. Todas las molestias han desaparecido. Ya no tiene necesidad de trinitrina, y concluye: "Usted me había dicho que yo podría tener una mejoría del 50% después de la intervención. Esta cifra ha sido grandemente sobrepasada; es por lo menos del 80%, sin exageración".

Por lo demás, todos estos ocho enfermos pudieron volver a una vida activa, al ejercicio de su profesión, y fueron liberados de la terrible enfermedad que pesaba sobre ellos.

Otros seis (30%), mejoraron considerablemente gracias a la estelectomía, pero esta mejoría fue transitoria, de duración variable, pero le trajo siempre al enfermo un beneficio apreciable aunque no permanente.

De esta categoría, voy a darles un ejemplo, el de una mujer de 54 años de edad, que presentaba desde hacía 4 años un síndrome de angina de esfuerzo típico, que desde hacía 6 meses presentaba una extrema agravación que hacía la vida intolerable. La enferma tomaba 20 a 40 grageas de trinitrina por día. La víspera de la intervención, la enferma tuvo que detenerse 20 veces para atravesar una plaza de 100 metros, y no podía subir algunos peldaños sin que viniera la crisis.

El 15 de mayo de 1942, amplia estelectomía izquierda. Desaparición inmediata de las crisis. Durante 6 meses la mejoría parece sencillamente milagrosa y total. La enferma puede de nuevo llevar una vida normal sin una sola crisis, pero al cabo de 6 meses, los accesos vuelven a presentarse provocados por la marcha, aunque con menor frecuencia que antes de la intervención. En marzo de 1946, ella misma reconoce la mejoría obtenida, pero no accede a que se le practique una estelectomía derecha que le propuse.

Cuatro de nuestros enfermos (20%) mejoraron moderadamente, ya sea que la mejoría real haya sido interrumpida al cabo de 2 años por la muerte súbita en el curso de violentos accesos anginosos; ya que la mejoría haya sido verdaderamente insignificante o que el tiempo de observación haya sido demasiado breve para autorizar un juicio.

En fin, dos observaciones merecen ser apreciadas fuera de los cuadros precedentes, una de ellas porque concierne un resultado dudoso en un hombre de 46 años, que presentaba un síndrome típico de angina de esfuerzo y que fue sometido a una estelectomía izquierda sin resultado inmediato, pero, cuyo estado mejoró posteriormente; y la segunda, porque ella proviene de un error de diagnóstico que vale la pena relatar.

Se trataba de un hombre de 63 años que me fue confiado por el Dr. Gallavardin porque presentaba una angina de esfuerzo con crisis medioesternales y epigástricas que se habían hecho rebeldes a todo tratamiento y exigían el empleo de morfina. El enfermo fue sometido el 28 de junio a una estelectomía izquierda. Los dolores del lado izquierdo desaparecen, pero el enfermo continúa presentando violentas crisis diarias que afectan el epigastrio y el hemicárdio derecho y que no ceden a ninguna medicación. Una estelectomía derecha practicada algunos días después, no trae ninguna mejoría. Duran-

te los meses siguientes persisten las crisis epigástricas que son en extremo violentas. Nada calma al enfermo, quien lleva una vida espantosa y sufre sin descanso. En noviembre del mismo año me llevan este enfermo en un estado crítico de anemia hemorrágica, consecutiva a una hematemesis súbita. El mismo día se le practican dos transfusiones. Al momento que el estado del enfermo lo permitió, se le practicó un examen radiográfico del tubo digestivo, que muestra una deformación de la región piloro-duodenal. Se interviene y se encuentra una úlcera callosa penetrante del bulbo duodenal, para la cual se practica una gastro-pilorectomía. Las crisis dolorosas cesan después de esta intervención. El Dr. Gallavardin estima que este enfermo presentaba dos síndromes dolorosos torácicos superpuestos, el uno proveniente de una indiscutible angina de esfuerzo, que parece haber mejorado con la doble estelectomía el otro de aparición reciente y muy diferente del primero, y cuya etiología gástrica pasó totalmente inapercibida.

Esta observación pertenece a la categoría de los síndromes anginosos anormales y merece ser clasificada fuera del cuadro habitual.

Comentarios:

Los limitaremos a los que nuestra experiencia, por limitada que ella sea, nos autoriza.

Las operaciones simpáticas de la angina, que comprenden casi exclusivamente estelectomías amplias ejecutadas según la técnica de Gask y Ross, no merecen la reputación de gravedad que algunos les atribuyen. Yo no he observado esas muertes operatorias dramáticas con las que intimidan a los cardiólogos y también a los enfermos. Ya he tratado con toda franqueza este punto.

En dos de mis enfermos, los accidentes que hube de depilar se hubieran podido presentar a la ocasión de cualquier intervención difícil practicada en la base del cuello. En cuanto los dos enfermos que murieron precozmente por causa de un infarto del miocardio, reconozco plenamente que se debe a un error de indicación o, por lo menos, de oportunidad. Pero la decisión es difícil. Ella exige toda la experiencia del cardiólogo; este ejemplo lo demuestra: un hombre de 54 años me es enviado por el Dr. Gallavardin con el fin de que se le practique una estelectomía. El paciente presenta un síndrome anginoso típico con crisis diarias. La fecha de la intervención fue fijada de acuerdo con el enfermo, y el día de su ingreso a

la clínica, escogido por él mismo, muere el enfermo súbitamente. Unas horas más tarde y el cómputo de la estelectomía hubiera estado cargado de una muerte suplementaria, de la que aquella hubiera sido considerada como responsable.

¿Significa esto que se puedan considerar como inocentes de los infartos sufridos por dos de mis pacientes a las intervenciones practicadas? Seguramente que no, pero, en verdad, la comprobación es difícil. Demasiada incertidumbre pesa aún sobre el porvenir de los anginosos. La responsabilidad de la intervención en el infarto pone en causa la acción misma de la intervención.

Esta acción es doble y puede disociarse en una acción analgésica y una acción vascular. Si la primera es generalmente reconocida, aunque su beneficio sea todavía discutido, la segunda es mucho más controvertida.

A mí me ha parecido que la eficacia analgésica de la intervención es innegable. Ella es total o parcial, temporal o duradera, pero jamás nula. Esta analgesia fue, desde Mackenzie, imputada a la terapéutica quirúrgica, pues se consideraba el dolor como un síntoma saludable de advertencia, que pondría al paciente en guardia ante los esfuerzos excesivos. En verdad, jamás he hallado un enfermo que haya manifestado el pesar de no percibir más los dolores de que él sufría, y es una concepción muy curiosa aquella de manifestar ante los dolores anginosos un respeto, que la medicina no tiene ante otras enfermedades dolorosas. Parece además extraordinario que la acción analgésica sea considerada como accesoria en una enfermedad o en una afección en la cual el dolor representa la manifestación esencial, y en la que tanto predominan, como escribe Gallavardin, los síntomas subjetivos sobre las manifestaciones objetivas. En efecto, parece que uno de los mayores méritos de la cirugía de la angina, aquél por el cual merece que se practique, es el de asegurarle al 40% de los enfermos la supresión duradera y casi total de los fenómenos dolorosos.

Varios puntos merecen sin embargo que sean precisados. En primer término la sistematización topográfica de la analgesia, que parece real, pues los dolores desaparecen electivamente del lado operado; lo que no sucede con los fenómenos transferidos, que pueden ser observados del lado opuesto. Varias de nuestras observaciones lo confirman así.

También puede uno preguntarse si la importancia de la analgesia está en relación con la extensión de la resección practicada. Personalmente creo en la utilidad de las resecciones amplias, llegando hasta la cadena torácica, y me siento

tentado de continuar esta hasta más abajo, hasta el quinto ganglio torácico. No podría insistir demasiado sobre este punto, ya que considero que un cierto número de los fracasos se deben a una resección insuficiente, que no fue estelectomía sino en la intención.

Por el contrario la acción vascular de las operaciones simpáticas se presta más a la discusión. Danielopolu atribuye a la estelectomía efectos nefastos porque ella suprime las vías cardio-aceleradoras y vasodilatadoras del sistema coronario, favoreciendo de esta manera el espasmo vascular, que vendría a agravar la isquemia del músculo cardíaco y disminuiría su tonicidad. En realidad la estelectomía es despreciada por los fisiólogos, quienes basándose en experiencias, confirman la acción vasoconstrictora coronaria del vago, y no atribuyen al simpático del corazón la acción vasomotora que el sistema vegetativo posee sobre el sistema arterial periférico. Los fisiólogos no le dan valor a las demostraciones experimentales practicadas por Leriche y Fontaine, a pesar de que ellas hayan sido confirmadas por Kuntz, Pearson y Koenig. Ellos consideran que las variaciones de tensión registradas en la circulación de las coronarias por la excitación del ganglio estrellado, no contradicen aquellas que la fisiología clásica atribuye al vago, porque las variaciones de tensión no pueden ser identificadas con perturbaciones vasomotoras.

Yo no deseo tomar parte en un debate de fisiología, al que no contribuyo sino con mi experiencia clínica, pero si se admite con Gallavardin que la angina de pecho es una enfermedad arterial que crea el lecho de una enfermedad del miocardio, y, con Leriche, que el tratamiento de la angina de pecho no es sino un caso particular del problema general de las arteritis y de los desarreglos vasomotores, parece lógico buscar en los hechos clínicos, es decir en los resultados de la terapéutica quirúrgica, una justificación de su orientación, aunque ésta parezca contradecir los datos experimentales que asegura el preparado de Starling, es decir la experiencia sobre el corazón y pulmones de un animal. Las experiencias de Leriche y Fontaine, aún en el terreno en donde la ortodoxia fisiológica discute su significado, concuerdan con los documentos clínicos según los cuales es permitido asimilar el espasmo a la obliteración coronaria, a las alteraciones funcionales y anatómicas que atacan las arterias de los miembros, y considerar el infarto del miocardio como un equivalente de la necrosis muscular isquémica. Esta identidad de interpretación autoriza a concluir en favor de los principios terapéuticos comparables.

Las objeciones tomadas de hechos experimentales perderían de valor si los documentos clínicos permitieran afirmar que las intervenciones simpáticas transforman el pronóstico y la evolución de la enfermedad. Pero esta demostración es difícil porque la angina de pecho presenta remisiones prolongadas y espontáneas. La circulación coronaria es susceptible de adaptarse a la obliteración de sus gruesos troncos, poniendo en juego una circulación vicariante del miocardio y por la intervención de anastomosis, y algunas trombosis coronarias no son inevitablemente generadoras de infarto, sino, al contrario, susceptibles de una evolución regresiva, que estará favorecida por una inmovilidad rigurosa y prolongada. Además, la larga observación de nuestros enfermos no nos permite afirmar que, aunque libertados de sus dolores y de sus crisis, hayan cesado de ser anginosos. Nos parece, por el contrario, que ninguno de ellos puede ser considerado como curado de su enfermedad anginosa, y que varios de ellos que murieron después de un largo período de curación aparente, murieron, en realidad, de angina de pecho. Pero no es menos verdad, que pudimos registrar, en un cierto número de nuestros enfermos, una mejoría electrocardiográfica y una acción cardiotónica, cuyo valor no se puede pasar inadvertido. Sería además interesante apreciar la adaptación al esfuerzo del enfermo anginoso tratado por estelectomía y medir esta acción miocárdica directa que tiene la intervención simpática.

Las indicaciones de la estelectomía representan un problema delicado. Roger Froment reconoce como valiosos los resultados favorables obtenidos en síndromes anginosos crónicos y estabilizados; no teniendo ningún significado, según él, la mejoría que sigue a una obliteración coronaria. Las enseñanzas aportadas por las arteritis y por la arteriografía concuerdan con esta opinión, la simpatectomía lumbar se muestra eficaz solamente en los casos en que se esboza una suficiente circulación suplente.

Reservar la estelectomía a las obliteraciones coronarias anginosas o extensivas y en su fase obliterativa, representa seguramente un error de juicio, error que ha pesado sobre algunos enfermos y sobre la bondad del método. Así se plantea un problema de oportunidad del acto operatorio, para cuya solución es indispensable la colaboración del cardiólogo. Los mejores resultados que yo he obtenido conciernen a enfermos tratados y observados durante largo tiempo, y en quienes la terapéutica médica había llegado a un punto muerto. Gallavardin

opina que la cirugía debe intervenir en estas detenciones que muestra la evolución de la angina.

Por último, algunas palabras concernientes a la táctica operatoria. Después de haber practicado la estelectomía por vía transesternomastoidea, yo he empleado deliberadamente la técnica elaborada por Gask y Ross, de la cual, con Marcel Berard, precisé las ventajas. Ella ofrece una entrada más amplia tanto sobre el ganglio estrellado como sobre la parte alta de la cadena torácica. Para los casos cuyos resultados he estudiado detalladamente ante ustedes, yo no llevé jamás la extirpación más allá del segundo ganglio torácico. En mi práctica reciente, trato de extender la resección hasta el tercero o cuarto ganglio torácico. Confieso que no he podido realizar por esta vía, como se lo vi hacer a Olivecrona, la sección de la cadena torácica más abajo del quinto ganglio. Continúo prefiriendo esta vía anterior que conserva, frente a la vía posterior, las ventajas de claridad y facilidad. Yo considero igualmente que, en principio por lo menos, la operación debe ser bilateral, esta obligación debe satisfacerse en dos tiempos separados por algunos días de intervalo. Esta obligación de principio está en realidad desvirtuada por los notables resultados obtenidos con intervenciones unilaterales.

La calidad de los resultados clínicos obtenidos por medio de la cirugía simpática de la angina de pecho, merece que las objeciones de orden experimental que se le hacen no dificulten su desarrollo, y que aun cuando la única pretensión que se le reconozca sea la de formar parte de la cirugía del dolor, esta pretensión le da crédito suficiente para consagrarse sus méritos.