

El Cardíaco frente a los Problemas de la Cirugía

Por el Dr. IGNACIO CHAVEZ

Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital General.—Miembro de las Academias de Medicina de México y Buenos Aires.

La observación ya secular de que los enfermos del corazón sufren a veces de accidentes inesperados casi siempre mortales, en el curso de las intervenciones quirúrgicas, ha acabado por crear, en el ánimo de los enfermos y aun de los mismos médicos, la idea de que tales enfermos corren un gran riesgo si se les opera. Y aun se ha llegado al extremo de considerar que las enfermedades del corazón son una contraindicación formal para toda operación quirúrgica.

Por fortuna eso no pasa de ser un error. Más que una opinión es una creencia, y más que una creencia es un mito. Pero tan difundido, tan generalizado, que conviene destruirlo.

A menudo el cardiólogo o el internista son consultados por el cirujano acerca de si un enfermo dado, en quien se sospecha enfermedad cardíaca o vascular, puede o no ser operado de algún padecimiento coincidente; y en la afirmativa, cuál debe ser el anestésico de elección.

La decisión es grave para todos, para el enfermo, para el cirujano, y para el cardiólogo. Desde ese momento de la consulta, parece como que el cirujano se ha sacudido con toda responsabilidad y la echa por entre sobre los hombros del cardiólogo. Por ética humana y por interés profesional, hay que mirar dos ve-

ces y hay que pensarlo tres, antes de dar un respuesta.

Desde luego, en un crecido número de casos, no hay tal enfermedad del corazón. Se trata simplemente de un soplo anorgánico, de una arritmia respiratoria o de la presencia de un tercer tono normal del corazón, fenómenos todos banales, sin importancia, y que caben dentro de lo fisiológico. Con identificarlos bien, se disipa el temor y se rompe el problema.

Otras veces se trata de fenómenos que, rebasando el campo de lo fisiológico, quedan, sin embargo, en el de simples trastornos funcionales sin importancia pronóstica, como sucede con las extrasístoles aisladas y la crisis de taquicardia paroxística sin lesión cardiovascular reconocible. Tales casos autorizan, desde el punto de vista del corazón, cualquier clase de intervención quirúrgica, pero no cualquier tipo de anestesia. El cloroformo puede ser tóxico para esos corazones irritables, ya que por sí mismo es capaz de producir todas esas alteraciones del ritmo y aun otras de mayor importancia. Si experimentalmente es capaz de producir todas esas alteraciones del ritmo y aun otras de mayor importancia. Si experimentalmente es capaz de producir la fibrilación ventricular en los animales, „es lícito sospechar que

algunos de los síncope clórofórmicos no son sino la traducción de ese trastorno mortal del ritmo.

El problema empieza cuando el estudio revela que realmente el enfermo sufre del corazón o es portador de un serio trastorno circulatorio. El cirujano se ha lavado las manos y es uno el que debe decidir. ¿Qué conducta seguir?

Por mi parte, podría concretar mi actitud frente al problema, diciendo que me formulo yo mismo tres preguntas esenciales: 1a., ¿es realmente el caso de este cardíaco un caso quirúrgico; 2a., ¿en caso de serlo, está el enfermo en condiciones de resistir la operación?; 3a., ¿en caso de resistirla, vale la pena de que sea operado?

I.—¿Es el caso en estudio realmente un caso quirúrgico? Esta pregunta, a primera vista, parece ociosa, dado que se supone que el cirujano que envía al enfermo ha completado ya su estudio y entiende más de estos achaques que el internista o el cardiólogo. Y, siendo eso cierto en el mayor número de veces, el único modo

de no ser arrastrado en el error por el prestigio y el valor del cirujano, es estudiar uno mismo el problema con espíritu crítico, es decir, con espíritu independiente. Desde luego habrá un crecido número de veces en que le falte al internista competencia para opinar en el problema quirúrgico puro y desista, por lo tanto, de intervenir en esa cuestión. Pero no es tan raro el caso en que por enfocar el problema desde el principio y sin prejuicios, llegue a la conclusión de que el acto quirúrgico no está indicado. Me ha llegado a acontecer que mi estudio discrepe del cirujano y que éste acepte mi punto de vista y se haya así evitado una operación.

Pero' se comprende que estos casos sean raros, porque si hay discrepancia, priva, naturalmente, la opinión del cirujano en el campo de su especialidad. Donde al contrario, priva la del cardiólogo es cuando el mal que se pretendía operar resulta ser episodio de la propia enfermedad cardíaca.

Tales casos, sin ser frecuentes, no son tan poco excepcionales.

Al enunciarlos, se antoja, a primera vista, que se trata de errores burdos; pero la clínica se complace a veces en oscurecer las situaciones y en hacer confuso el diagnóstico.

'Recuerdo haber sido llamado por un cirujano del Hospital General, para decidir sobre la anestesia que debiera darse a un cardíaco, en trance ya de ser operado por absceso hepático. El examen reveló que el tal absceso no existía. Era un hígado cardíaco, particularmente doloroso y crecido a expensas de los lóbulos medio e izquierdo. La fiebre, la leucocitosis, moderada, propias del brote reumático de endocardio, habían bastado para orillar al cirujano al error. Unos días de digital bastaron para reducir el hígado y acabar con la apariencia de la hepatitis supurada.

En otra ocasión uno de mis maestros, realmente digno de ese nombre y por quien tuve una particular veneración, me pidió que examinara a un paciente suyo, cardíaco en gran insuficiencia, a quien tenía que desbridarle un flemón de la pared del vientre. En efecto, el enfermo presentaba en el 'hipogastro un gran edema duro, rojizo hasta ser violáceo, profundamente doloroso, que le impedía doblar el tronco hacia adelante. Todo ello acompañado de fiebre y de hiperleucocitosis, por una parte, y por otra, de una gran insuficiencia cardíaca. El diagnóstico de flemón, sin embargo, fue rectificado. Ese tipo de edemas, con apariencia inflamatoria, suele observarse en los casos inveterados y en los sitios declives, como resultado de la insuficiencia

cardíaca crónica y no de la infección del tejido celular. El síndrome febril estaba bajo la dependencia de la cardiopatía infecciosa! Una cura digitalica intensa y el drenaje de los miembros inferiores, acabó rápidamente con el edema engañoso del hipogastrio.

Hay otros casos, más importantes por más frecuentes y por más difíciles de resolver: me refiero a los cuadros abdominales agudos que suelen presentarse en casos de infarto del miocardio. 'La sintomatología alta, torácica, es la más frecuente; pero la otra está muy lejos de ser rara. Uno de nuestros cirujanos más distinguidos, muerto recientemente, me llamó un día con gran urgencia para ver a su hermano, en vista del dolor brutal epigástrico, con vómitos y bloqueo de gases, meteorismo y defensa muscular, facies peritonial y estado de colapso, que duraba ya varias horas y resistía a la morfina. Fue fácil en esa ocasión transar la duda y definir que se trataba de una trombosis coronaria. El electrocardiograma no dejó dudas. En cambio, en las horas subsecuentes, la fiebre, la hiperleucocitosis y el aumento de velocidad de la sedimentación globular parecían hechos para inducir a error. Y se comprende la trascendencia de operar en esas condiciones. La anestesia y la laparotomía, en pleno período agudo del infarto, significan la muerte del enfermo.

El cuadro abdominal y su repercusión neuro-circulatoria son de tal modo bruscos de establecerse y de tal modo 'brutales, que se piensa en perforación del es-

tómago por una úlcera, en pancreatitis hemorrágica, apendicitis aguda o colecistitis, etc. La ayuda del cardiólogo para reconocer el origen real de los fenómenos y evitar así una intervención desastrosa, resulta verdaderamente inapreciable.

Dos casos más en que un trastorno cardíaco puede simular un padecimiento quirúrgico lo constituyen las crisis transitorias de fibrilación auricular y los brotes de agudización de una cardiopatía reumática, sobre todo en los niños y en los jóvenes. En el primer caso, la arritmia que se instala bruscamente, suele acompañarse de un cuadro doloroso de la porción alta del abdomen y simular, por poco que se prolongue, un sufrimiento de vesícula. De la conjunción de un cuadro de esos con un cirujano impaciente, resulta una colecistectomía. Levine relata un caso sugestivo en que la curación pareció magnífica, pese a que la vesícula no ¡presentaba lesiones. La dificultad surgió cuando en una segunda crisis dolorosa ya no había vesícula que extirpar.

En el segundo caso, los brotes de endocarditis aguda o de agudización de una cardiopatía reumática evolutiva, antes que en el corazón mismo, fija sus molestias más ruidosas en el hígado, que crece y duele, a veces exquisitamente y aun se acompaña de pequeña subictericia. Fenómenos congestivos, para unos; fenómenos fundamentalmente infecciosos, para mí, verdaderos brotes de hepatitis reumática, en que el elemento congestivo queda relegado a un segundo plano, se

fundirse con sufrimientos hepatobiliares susceptibles de intervención quirúrgica. No una sino muchas veces, he presenciado diagnósticos de esa naturaleza, que el salicilato se encarga de refutar.

He aquí un cierto número de eventualidades, las más frecuentes, en que el cardiólogo puede opinar, en respuesta a la primera pregunta, ¿el caso de este cardíaco, es realmente un caso quirúrgico? De su respuesta depende, muchas veces, que el cuchillo del cirujano vuelva a la vitrina y deje su lugar a tratamientos médicos, no siempre exentos de eficacia, como acabamos de verlo.

II.—*¿En caso de ser problema quirúrgico, está el enfermo en condiciones de resistir la operación?* Esta pregunta encierra la parte medular del problema. Y ■se resuelve a base de experiencia personal y de estadística, más bien que de razonamiento. Desde el momento en que carecemos de una prueba o de un método que nos permitan juzgar con certidumbre de la capacidad funcional del corazón, estamos desarmados para resolver científicamente, en cada caso, el problema de resistencia del corazón.

Veamos lo que dicen los hechos. La mortalidad operatoria global de los cardíacos —y no hablo de las operaciones últimamente preconizadas para el tratamiento de las cardiopatías mismas, sino de operaciones de cualquier índole realizadas en los cardíacos—, asciende a 12 y aun a 15 %. La cifra es fuerte, y, a primera vista, confirma el temor que hay de operarlos, sobre todo si se tiene en cuenta que la

mortalidad global en los operados que no son cardíacos, apenas llega al 5 % como promedio. Lo que equivale a decir que el excedente de 7 a 10 % constituye la contribución de muertes que dan las cardiopatías y, en general, los trastornos circulatorios.

El hecho es cierto, pero si se le mira de cerca, no resulta tan pavoroso. Me referiré sólo a una estadística reciente, por copiosa y por realizada con buen juicio clínico, la de Butler, Feeney y Levine, referente a 414 enfermos cardiovasculares, en quienes se practicaron 494 operaciones importantes. En ella se encuentran 60 muertes, o sea el 12 % y algo más de la mitad de ellas, el 6.3% son de las "inesperadas," es decir, de aquellas que no se habrían producido verosímelmente, de no haberse operado al enfermo. El resto son de las muertes "inevitables," resultado del avance natural de la cardiopatía.

Pero si se reparten los enfermos en distintos lotes, se ve que los valvulares reumáticos sólo tuvieron 3 muertes en 147 casos, o sea apenas el 2 %, mucho menos de lo que corresponde a la mortalidad global de los no cardíacos. Los hipertensos, los vasculares, sólo tuvieron 8 muertes en 167 operaciones, o sea el 4.9 %. De los 108 pacientes con fibrilación auricular sólo murieron 3, o sea el 3 %, en donde puede verse la extrema tolerancia de estos estados para la anestesia y el traumatismo quirúrgico.

En realidad, los que ensombrecen las estadísticas son, por una parte, los coronarios, que de 41 enfermos con angina de pe-

cho, murieron 3 o sea el 7.7 % y de 20 con infarto del miocardio murieron 8 o sea el 40 %, y por otra, los operados en plena insuficiencia cardíaca, que registraron 7 muertes en 50 casos, o sea si 14 %.

La coexistencia de un proceso nefrítico junto con la cardiopatía, ensombrece notablemente el pronóstico. De 5 % en un caso, sube a 15 % si existe la coexistencia. En cambio, la hipertensión aislada, casi no influye en la mortalidad, ya que apenas si la sube en 1 % sobre las cifras de los no hipertensos.

He aquí los datos fundamentales que, por concordar con la experiencia clínica diaria, permiten formarse un criterio sobre el problema de la tolerancia de los cardíacos a la cirugía. Con gran frecuencia me veo llamado a autorizar una intervención quirúrgica en mis pacientes cardíacos y sólo tres casos de muerte he tenido que deplorar: uno, a la mitad de una intervención ginecológica, en una enferma con aortitis avanzada y trastornos coronarios; otro en el caso de una insuficiente cardíaca crónica e irreducible, a quien mandé extirpar la tiroides y que murió, a las 24 horas en estado de shock, y el último caso, muy reciente, el de un niño, en quien al apagarse suficientemente el brote de endocarditis reumática, mandé extirpar las amígdalas infectadas. A la mitad de la operación, un síncope vino a terminarla. Coronario el uno, insuficiente cardíaco el otro, endocárdico subagudo el tercero, los tres casos son representativos de los campos en que el riesgo es mayor. Pe-

ro además de éstos, de mi propia clientela, he podido presenciar muchos casos desafortunados de los demás. Y mi criterio sobre el particular podría sintetizarlo en la siguiente forma:

1°—El insuficiente cardíaco es frágil, y el riesgo que corre es tanto mayor cuanto más avanzada esté la insuficiencia, y, por supuesto, mientras más importante sea la operación. Además, las secuelas post operatorias implican un riesgo más grande, por razón de las congestiones pulmonares, que la inmovilidad favorece.

Por fortuna, nadie piensa en operar a un cardíaco en plena insuficiencia, si no es en casos de la mayor urgencia, como el de una apenaicitis supurada, por ejemplo, en donde el riesgo de abstención es notablemente mayor que el de la operación misma. Y salvo en esos casos de absoluta urgencia, la regla se impone de hacer primero un tratamiento hasta restablecer el equilibrio circulatorio y sólo entonces poner al enfermo en manos del cirujano. Ya en esas condiciones, el riesgo que corre es muy discreto.

29—El enfermo valvular que no ha caído nunca en insuficiencia cardíaca y no presenta lesiones muy avanzadas, con gran dilatación miocárdica, corre un riesgo mínimo, prácticamente comparable al de los no cardíacos.

39—Los trastornos del ritmo en estos enfermos valvulares, desde la extrasistolia hasta la fibrilación auricular, pasando por las crisis de taquicardia, así como los trastornos de conducción, no

constituyen ninguna contraindicación formal al acto quirúrgico ni aumentan, de por sí, el riesgo operatorio. Es obvio que la fibrilación, si hay tiempo, deberá ser tratada previamente y que habrá que esperar a que la crisis de taquicardia haya terminado para realizar la operación.

49—El riesgo operatorio aumenta en las cardiopatías infecciosas, durante el período agudo, por el ataque miocárdico de que se acompañan. Salvo en los casos de urgencia, es preferible posponer la intervención hasta que la fase aguda, íiabitualmente febril, haya cedido y se entre a la fase de la cronicidad.

59—En el campo de las lesiones de tipo degenerativo y de los trastornos fundamentalmente vasculares, hipertensión y arterioesclerosis, así como en la sífilis de la aorta, el riesgo operatorio es muy discreto, apenas mayor que el de los no atacados, siempre que no hayan comprometido la circulación coronaria—angor oectoris o infarto— y siempre que no hayan repercutido grandemente sobre el miocardio—dilatación acentuada o insuficiencia cardíaca—.

Pero aun en esos casos favorables, es de aconsejarse, cuando se trata de hipertensión, que se haera una cura previa de reposo, régimen, sedación, etc., hasta bajar las cifras tensionales tan cerca de lo normal como sea dable v sólo entonces proceder a la operación. Todo lo que sea disminuir la sobrecarga del corazón y disminuir la posibilidad de las hemorragias, es garantía mayor para el enfermo v tranquilidad para el cirujano. En los casos de

aortitis sífilítica no tratada, es siempre aconsejable posponer la operación hasta que el enfermo haya recibido una cura específica, tan importante como lo permita el tiempo de que se disponga. En los casos frecuentes en que he debido intervenir para hacer una cura preoperatoria de los hipertensos, no he llegado a deplorar ninguna muerte ni complicación seria de los operados.

6?—A medida que se avanza en la evolución de estos padecimientos, el riesgo que ofrecen para la cirugía es mayor, pero aun distan mucho de ser una contraindicación absoluta. Todo es cuestión de grado. El coronario discreto seguramente que tiene menos riesgo que el que ha sufrido trombosis. Y la trombosis con infarto único, sin insuficiencia cardíaca consecutiva, **los** corre a su vez menores que el que sufre de infartos repetidos o está en plena insuficiencia.

El grado de riesgo, en los primeros términos de la escala, acerca el coronario a la situación favorable de los vasculares no complicados, y en cambio, en los estadios finales, de infartos repetidos con insuficiencia cardíaca, puede llegar hasta la contraindicación absoluta. Por fortuna, y repetimos aquí lo que al principio, nadie piensa en operar a estos enfermos, cuya situación, en realidad, no es sino una agonía desesperantemente crónica.

Por supuesto, que en todos los casos en que existe riesgo mayor, es de elemental prudencia no autorizar sino las operaciones de urgencia y las operaciones indispensables; las potestativas, en

cambio, podrán diferirse hasta que el estado circulatorio mejore grandemente o podrán evitarse, substituyéndolas con métodos no quirúrgicos, como en la hernia; por la terapia profunda, como en ciertos tumores o por otros recursos de espera, como en algunos padecimientos de la próstata.

ni.—¿*En caso de ser factible la operación, vale la pena de realizarla?* En todos los casos de enfermedad cardíaca avanzada, y aun suponiendo un margen de seguridad aceptable para resistir la operación, el médico deberá preguntarse si vale la pena de realizarla, es decir, si el beneficio que de ella se espera compensa el riesgo que hace correr al enfermo. Esta estimación se hace función de dos factores: el pronóstico mismo de la enfermedad del corazón, o sea la sobrevida que autoriza a esperar y la importancia y la naturaleza ^p la operación que se planea. A menudo, después, de pesar ambas circunstancias, el médico acabará por resolver que no vale la pena de llegar a la operación.

He aquí el criterio que sirve para contestar la segunda y la tercera preguntas que el cardiólogo debe formularse antes de autorizar una operación. **Por** supuesto que el criterio anterior y cualquier otro, de nada valen sin un estudio correcto y un diagnóstico o preciso del estado que guardan el corazón y la circulación del enfermo. Pero nadie crea que con poseer estos elementos de juicio, estudio completo, diagnóstico correcto y criterio preciso, se tiene la clave segura del problema. Siempre habrá da-