

Aneurisma de cara posterior de ventrículo izquierdo

Dres. Jacobo Burstin, José V. Nozar,
Wolfgang Goller y Gonzalo Fernández Perdomo

Presentación de un caso de aneurisma de cara posterior de ventrículo izquierdo resuelto mediante resección del aneurisma y cierre de la ventriculotomía sobre una banda de Teflón.

Palabras clave (Key words, Most clés) MEDLARS:
Heart / aneurysm / Surgery.

El aneurisma de ventrículo es una complicación habitualmente debida a enfermedad arteriosclerosa coronaria, determinada por el infarto extenso y la formación de una cicatriz sacular.

Desde el punto de vista funcional Gorlin (5) ha descrito todos los tipos que sirven al diagnóstico angiográfico, siendo los movimientos paradójales o disquinéticos, es decir los aumentos de diámetro durante la sístole los más característicos.

Dubnow (3) ha hecho el más extenso estudio necrópsico sobre 2.293 muertes postinfartos recientes o antiguos, encontrando 80 aneurismas como causa fatal, lo que da un 3.5 % del total. La mayor parte de estos aneurismas son anteriores o anteroapicales con un 19 % de infartos posteriores. En el 57 % la causa de muerte fue la insuficiencia cardíaca irreductible, las arritmias, el embolismo, otras causas frecuentes.

Desde el punto de vista anatómico la cicatriz es transmural, la pared afinada, el proceso se extiende al tabique sobre todo en los aneurismas anteriores, lo que determina en muchos casos una comunicación interventricular. En los aneurismas de cara posterior es frecuente la tcm del pilar posterior que origina una insuficiencia mitral. En todos los casos un 90 % presenta adherencias al pericardio.

Bailey (1) fue el primer cirujano que en la era precirculación extracorpórea realizó 6 intervenciones con 5 éxitos y una muerte; en la base del aneurisma colocaba un clamp sobre el que resecaba y suturaba. Cooley (2) en 1958 presenta el primer aneurisma de corazón operado con circulación extracorpórea; lo que permite una técnica sencilla y reglada: clam-

Equipo de Cirugía Cardíaca del C.A.S.M.U. Montevideo.

peo aórtico, apertura del aneurisma, exploración, extracción de coágulos y sutura.

En nuestro país, donde ya existen algunos aneurismas operados, éste es el primer caso que asentaba en la cara posterior y que se pudo resolver exitosamente.

OBSERVACION CLINICA

J.F.R. Historia de C.A.S.M.U. Nº 227.522. Hombre de 45 años con antecedentes de ser fumador intenso. En diciembre de 1976 infarto de miocardio de cara diafragmática por lo que es internado en una unidad de cuidado intensivo donde tiene una taquicardia paroxística que es cardiovertida con choque eléctrico. Posteriormente en noviembre de 1977, marzo y mayo de 1978 repite las taquicardias ventriculares con severo compromiso hemodinámico por lo cual es internado y se vuelven a realizar las cardioversiones (Fig. 1).

Ante la repetición cada vez más frecuente de los trastornos del ritmo se hace estudio coronariográfico con vistas al acto quirúrgico.

Coronariografía: (29/5/78). Dres. Espasandín y Erramún. Coronaria izquierda normal, coronaria derecha es dominante y está ocluida luego de dar la rama del cono, no se observa la arteria posterior. Ventriculograma izquierdo: cavidad ventricular dilatada y con

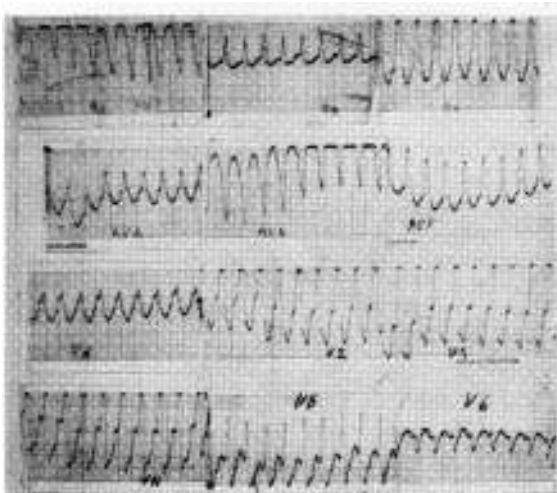


FIG. 1.— E. C. G. preoperatorio. Taquicardia ventricular.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 25 de octubre de 1978.

Profesor Adjunto de Cirugía Cardíaca, Asistente de Clínica Quirúrgica, Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica y Asistente de Cirugía Cardíaca Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Maldonado 1409, Montevideo (Dr. J. Burstin).



FIG. 2.—Ventriculografía. Aneurisma de cara diafragmática.

hipertrofia ventricular; la configuración del sector basal es tipo aneurismático con escasa conductancia (Fig. 2).

Con el diagnóstico de enfermedad arterioesclerosa coronaria, aneurisma de cara diafragmática - trastornos de ritmo graves y repetidos, se decide la intervención.

Operación: (11/7/78). Dres. Bursi, Fernández, Nozar y Goller.

Anestesia general. Esternotomía y pericardiotomía medianas. Canulación de aorta y de ambas cavidades e instala circulación extracorpórea. Se claupea aorta y se hace cardioplegia en la raíz de la aorta inyectándose en total 800 c.c. Se levanta el corazón y se fija la punta con un punto. Se aprecia aneurisma de cara



FIG. 3.—Punta del corazón levantada. Se visualiza aneurisma.

posterior como un saco fibroso y emergente de unos 7 cms. de diámetro (Fig. 3). Apertura del aneurisma, no hay coágulos, los pilares están indemnes. Resección del aneurisma dejando un borde fibroso sin resecar. Cierre de ventriculotomía con puntos en U apoyando sobre cada borde una franja de Teflón. Se completa el surget. Purgado de cavidades izquierdas a través del orificio por el que se hizo la cardioplegia. Declampeo de aorta. El corazón sale con ritmo sinusal espontáneamente. Decanulación. Hemostasia. Cierre de tórax con drenaje de pericardio bajo agua (Fig. 4).

Post - operatorio: Hemodinámicamente bien. Presentó alguna extrasistolia ventricular que respondió bien a los antiarrítmicos habituales. En el post - operatorio alejado: nunca más tuvo una taquicardia ventricular y se encuentra reintegrado a sus tareas de chofer. El electrocardiograma (Fig. 5) no presenta alteraciones del ritmo y el habitual del infarto de cara diafragmática.



FIG. 4.—Sutura del corazón sobre banda de Teflón.

COMENTARIO

Loop (6) presenta la serie más grande de aneurismas operados con un total de 400 casos. La sintomatología y las indicaciones estuvieron dadas en el 90 % de los casos por insuficiencia cardíaca o angor irreductibles, solos o combinados. En un 7 % la indicación estuvo dada por taquicardia ventricular u otros trastornos severos del ritmo. Si se comparan las series médicas (Dubnow [3]) con estas series quirúrgicas, se ve que el tratamiento médico tiene una mortalidad del 80 % a los 3 años, mientras que en la cirugía es el 80 % el que sobrevive a los 3 años. Las arritmias son curadas en un 75 %.

El aneurisma de cara posterior en un trabajo posterior de Loop (7) representa sólo el 3 % de todos los casos. Llama la atención el porcentaje pequeño que llega a la cirugía en comparación con el trabajo necrópsico citado

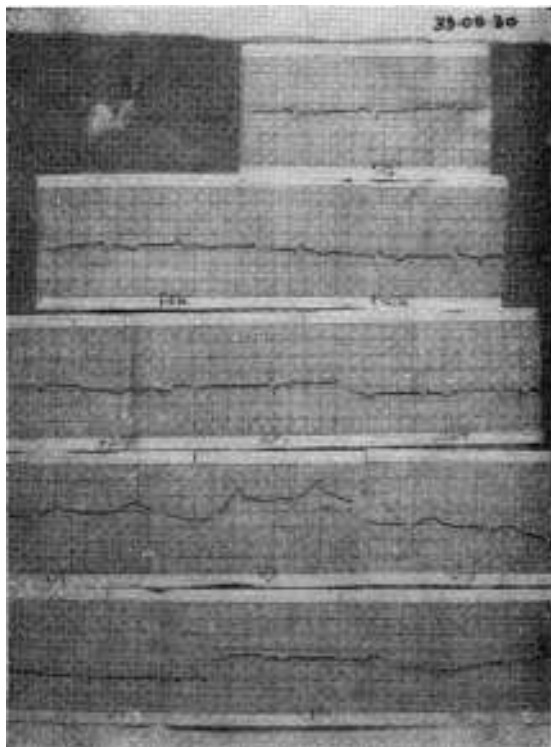


FIG. 5.—E.C.G. postoperatorio. Imagen de infarto de cara diafragmática.

anteriormente, esto es debido a que generalmente la toma del pilar posterior da una insuficiencia mitral que hace que los enfermos no lleguen a la cirugía.

Algunos aspectos técnicos deben ser destacados. Favaloro (4) llamó la atención en dejar un borde fibroso donde afirmar los puntos. En cuanto al aneurisma de cara posterior la incisión debe ser transversal a los efectos de no lesionar el pilar.

No olvidemos finalmente que todos los autores insisten sobre la cirugía combinada si ella es necesaria: puente aorto coronario si hay alguna lesión crítica y sustitución valvular si se justifica.

RESUME

Anévrisme de la face postérieure du ventricule gauche

Présentation d'un cas d'anévrisme de face postérieure du ventricule gauche qui a été résolu par ressection de l'anévrisme et fermeture de ventriculotomie sur un ruban de Teflon.

SUMMARY

Posterior ventricular aneurysm

The author presents a case of posterior ventricular aneurysm treated by resection and closure of ventriculotomy over a Teflon strip.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BAILEY CP, BOLTON HE, NICHOLS H and GILMAN RA. "Ventriculoplasty for Cardiac Aneurysm". *J Thoracic Surg*, 35: 37, 1958.
2. COOLEY DA, COLLINS HA, MORRIS GC and CHAPMAN DW. Ventricular Aneurysm after myocardial infarction. *J.A.M.A.*, 167: 557, 1958.
3. DUBNOW MH, BURCHELL HB and TITUS JL. "Post infarction ventricular aneurysms". *Am Heart J*, 70: 753, 1965.
4. FAVALORO FG. "Treatment of coronary atherosclerosis". Baltimore. Williams & Wilkins, 1970.
5. GORLIN R, KLEIN MED and SULIVAN JM. Prospective corelative study of ventricular aneurysm. *Am J Med*, 42: 512, 1967.
6. LOOP FD, EFFLER DB, NAVIA JA, SHELDON WC, GROVES LK. "Aneurysms of the left ventricle". *Ann Surg*, 399: 405, 1973.
7. LOOP FD, EFFLER DB, WEBSTER JS, GROVES LK. "Posterior ventricular aneurysms". *New Engl J Med*, 288: 237, 1973.