

BIBLIOGRAFIA

1. PALMADE G.: Los Métodos en Pedagogía. Paídos, Buenos Aires, 1964.
2. HIGHET G.: The Art of Teaching. A. Knopf Inc., N. Y., 1950.
3. ESCARDO F.: Etica para Médicos. Eudeba, Buenos Aires, 1952.
4. HALLECK S.: Psychiatry and the Dilemas of Crime. Harper & Row, Hoeber; N. Y., 1967.
5. SCHMID J. R.: "Le Maitre Camarade et La Pedagogie Libertaire". Citado por Palmade G. (1).
6. HUBERT R.: Tratado de Pedagogía General. El Ateneo, Buenos Aires, 1957.
7. BRIDGE E. M.: Actitudes y Opiniones de los Profesores de Medicina. Educación Médica y Salud, Vol. I, Nº 5, OPS/OMS., 1967.



OCCLUSION DE LA VALVULA MITRAL POR UN TROMBO INTRA-AURICULAR PRODUCIDO EN EL POST-OPERATORIO INMEDIATO DE LA COMISUROTOMIA MITRAL

Por los Doctores: **Juan Consuegra Zulaica**
y **Andrés Andrade Venegas**

Facultad de Medicina del Colegio Mayor de N. S. del Rosario

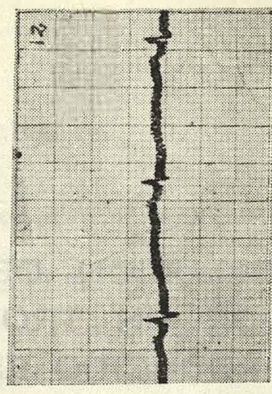
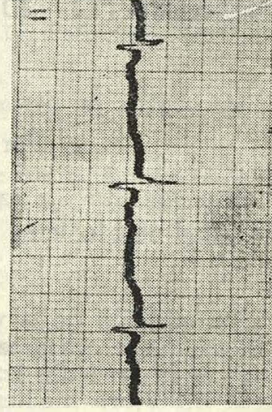
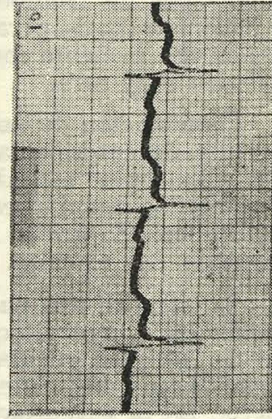
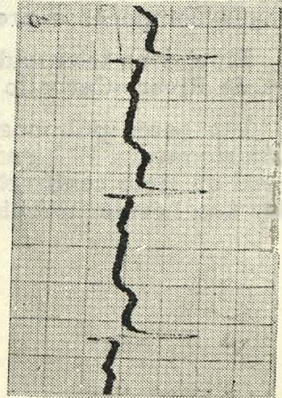
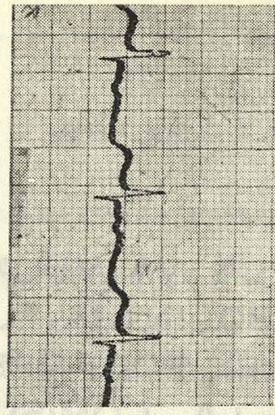
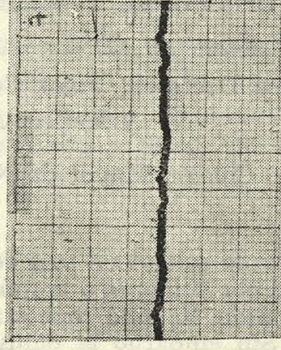
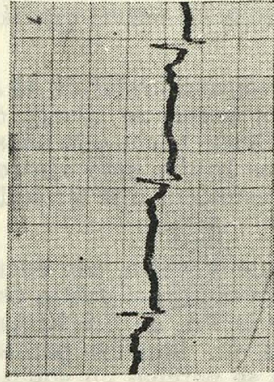
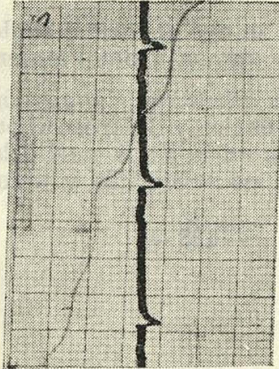
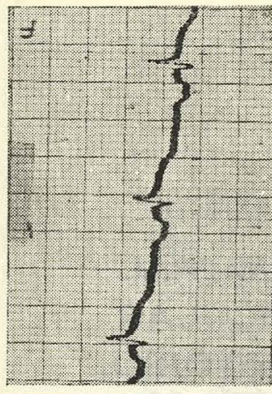
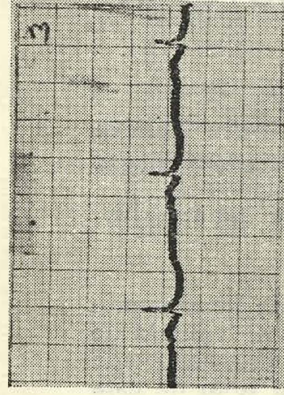
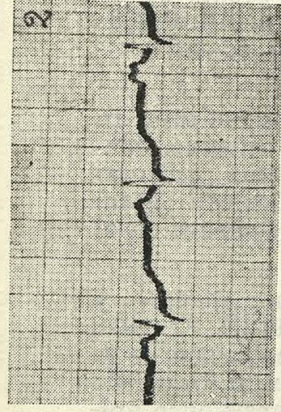
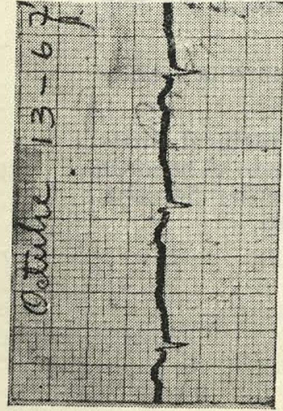
La oclusión de la válvula mitral en una forma permanente o intermitente ocasionada por tumores o trombos a "válvula de bola" de la aurícula izquierda, ha sido repetidamente reportada en la literatura médica. Sin embargo la oclusión total de esta válvula por un trombo en "badajo de campana" producido en el inmediato post-operatorio de una comisurotoma mitral exitosa en una paciente con estenosis mitral reumática, es una complicación muy rara.

Presentación de un caso: una mujer de 44 años fue vista en consulta de cardiología por presentar disnea de esfuerzo, edemas y un soplo "mitral". Desde hacía seis años había presentado episodios semejantes que habían sido controlados con digital y diuréticos. El último de estos cuadros tenía dos semanas en el momento del examen.

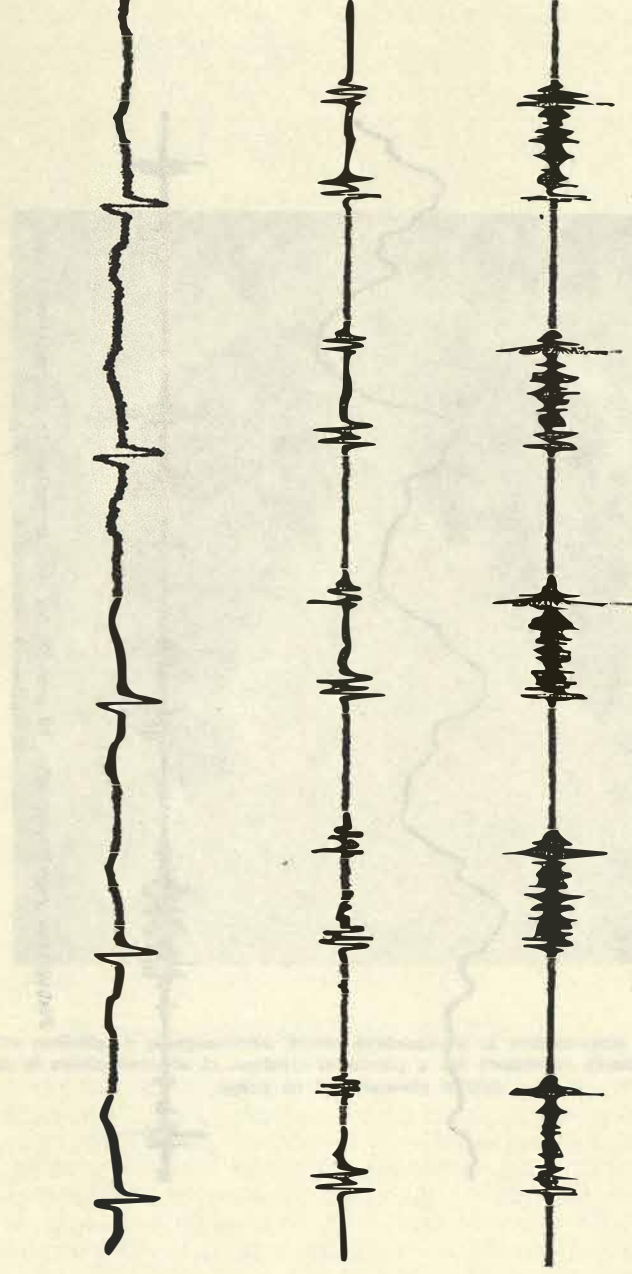
Se trata de una paciente disneica, con edemas maleolares y pretibiales e ingurgitación venosa del cuello Grado III. El pulso era de 120 p. m. regular y la TA. de 120/80. La palpación de la región precordial muestra un impulso paraesternal izquierdo fuerte. En la auscultación se percibe un soplo, pansistólico apical, el S1 es inaudible y el S2 único y poco reforzado. No hay ningún componente presistólico.

En el área tricuspídea se oye el mismo soplo, pero la maniobra de Rivero-Carballo lo aumenta notablemente.

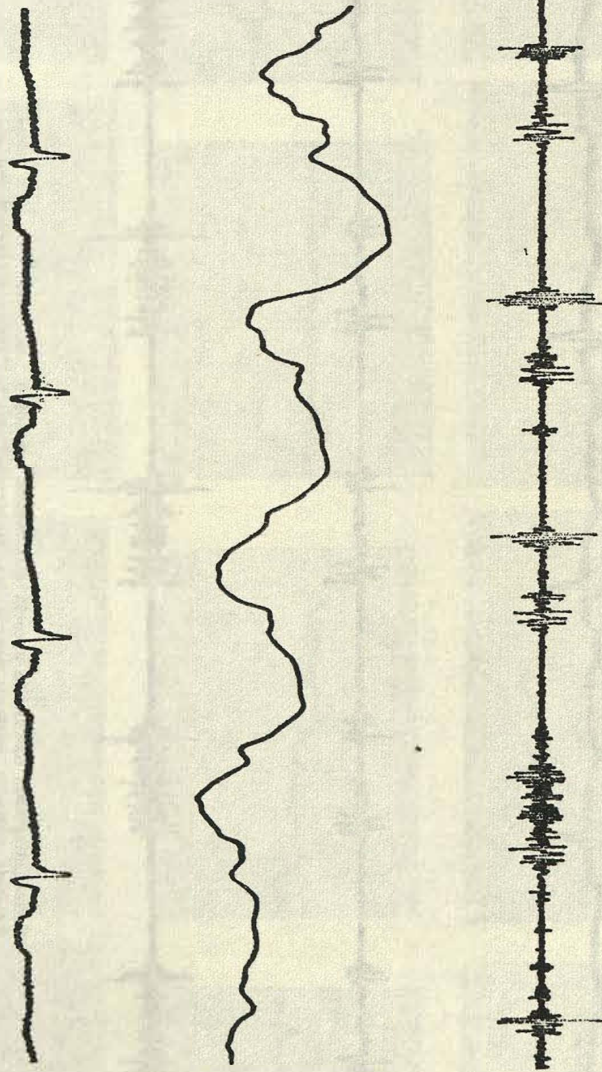
Las bases pulmonares muestran congestión bilateral hasta su parte media. El hígado es liso y doloroso rebasando el reborde costal en siete centímetros en la línea medioclavicular derecha. Hay una hernia umbilical no reductible y dolorosa.



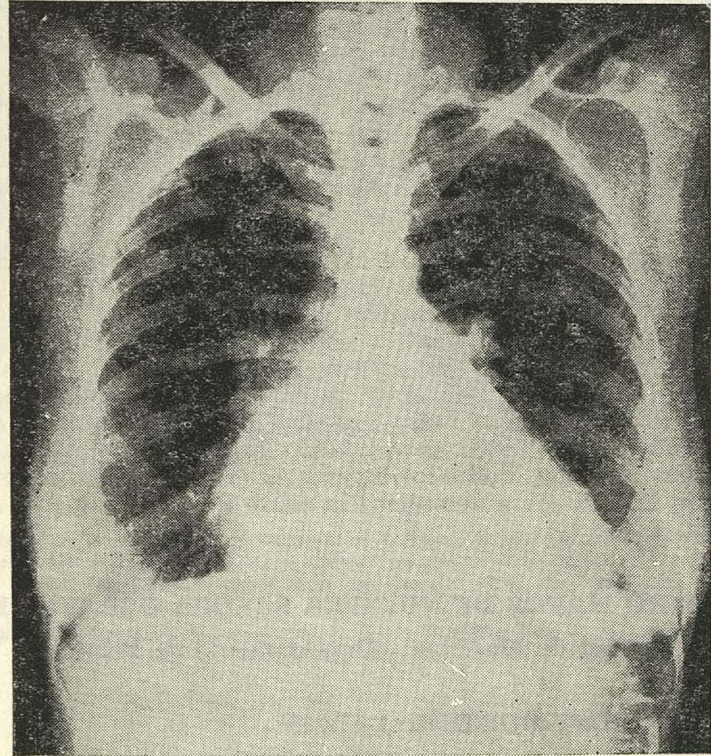
Electrocardiograma preoperatorio. Evidente crecimiento de la aurícula izquierda y de la derecha con hipertrofia ventricular derecha. La morfología de V1, además indica dilatación de la aurícula derecha, es del tipo que frecuentemente observado en los mitrales tricuspíditados.



Fonocardiograma apical. Se aprecia claramente un soplo pansistólico de tipo insuficiencia valvular auriculo-ventricular. Obsérvese que no existe reforzamiento del S1, chasquido de apertura ni ningún soplo diastólico.



Flebograma yugular derecho. El seno X ha sido reemplazado por una onda de regurgitación tricuspídea.



Estudio radiológico preoperatorio. Puede evidenciarse la prominencia del cono pulmonar, el crecimiento de la aurícula izquierda y del ventrículo derecho, morfología típica de la estenosis mitral.

La radiografía del tórax muestra una silueta típica de estenosis mitral caracterizada por crecimiento de la aurícula izquierda, hipertrofia ventricular derecha y cono pulmonar saliente. El electrocardiograma mostró crecimiento de ambas aurículas e hipertrofia ventricular derecha y fue reportado como "trazado de estenosis mitral tricuspídezada". El fonocardiograma confirmó los hallazgos de la auscultación y la curva del pulso venoso yugular mostró llenamiento del seno X por una onda de regurgitación tricuspídea.

Los hallazgos clínicos permitían hacer el diagnóstico de estenosis mitral muy severa y calcificada con regurgitación tricuspídea funcional.

La paciente fue programada para practicársele una comisurotoma que fue practicada sin ningún inconveniente, encontrándose efectivamente una severísima estenosis mitral calcificada por lo cual fue necesario emplear el comisurotomo. No se encontraron trombos intraauriculares y la paciente salió de la sala en muy buenas condiciones.

El primer día de post-operatorio no mostró nada especial y la succión de la toracotomía funcionaba bien permitiendo la reexpansión del pulmón considerándose que la evolución era muy satisfactoria. Al día siguiente el estado de la paciente mostraba cambios desfavorables consistentes en hipotensión, sudoración, taquicardia y escasa eliminación urinaria con un estado de semi-obnubilación mental. A pesar de las medidas empleadas el estado de shock se fue agudizando y la paciente falleció al cuarto día de la intervención. Todos los exámenes practicados en esos cuatro días fallaron para demostrar la causa de esta evolución inesperada.

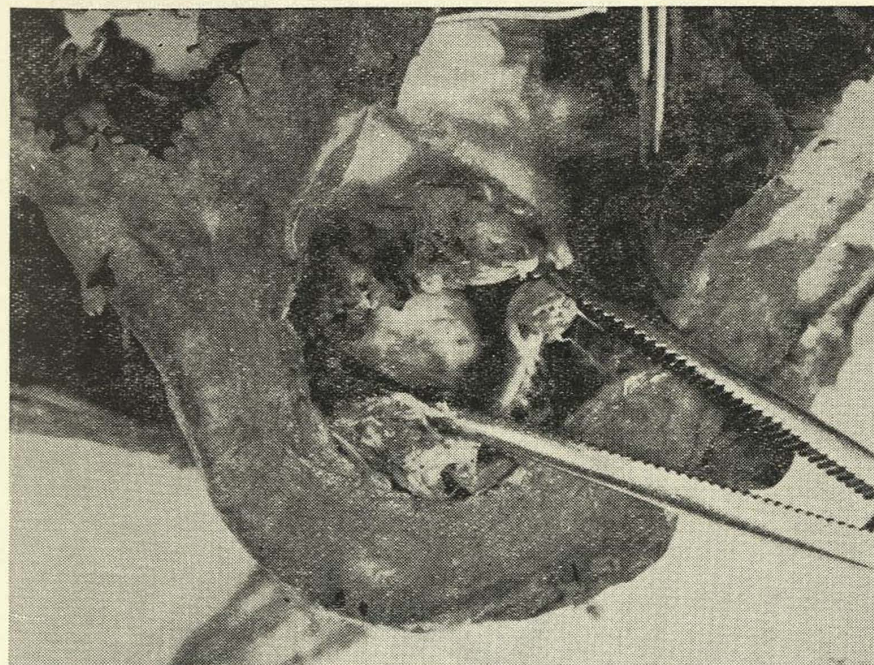
COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

Facultad de Medicina - Departamento de Patología

EXAMEN POST-MORTEM. A-67-269:

PROSECTOR: Doctor **Darío Cadena R.**

Aparato circulatorio: "...El corazón se deja fijando y al hacer cortes seriados se visualiza la válvula mitral la cual presenta un diámetro de 0.8 cms., es de consistencia fibrosa y se aprecia la comisurotomía de 1 cmt. localizada en la cara posterior de la válvula. Se observa un gran trombo que se origina en la aurícula izquierda, especialmente sobre la auriculilla en el sitio de la sutura quirúrgica y que se extiende hacia la válvula mitral obstruyéndola e impidiendo el paso de la sangre a través de ella. Se encuentra dilatación de la aurícula izquierda con hipertrofia del ventrículo derecho".



La válvula ha sido ampliamente abierta a lo largo de sus dos comisuras, pero el orificio valvular está ocluido por el trombo originado sobre la sutura de la auriculilla izquierda a través de la cual se efectuó la comisurotomía.

(El material fotográfico de este artículo ha sido cedido por el Departamento de Anatomía Patológica).

COMENTARIO FINAL

Creemos que este caso es muy ilustrativo para hacer pensar en esta complicación post-operatoria tan rara, en casos de shock inexplicables en el inmediato post-operatorio de la comisurotomía mitral, y además porque puede ser un criterio de juicio sobre la necesidad o no de anticoagular rutinariamente a los pacientes con estenosis mitral que han sido sometidos a cirugía valvular de este tipo.