



Revista Argentina de Cardiología
ISSN: 0034-7000
revista@sac.org.ar
Sociedad Argentina de Cardiología
Argentina

Rodríguez Coronel, Alfredo
Novedosa circulación humana que salva vidas
Revista Argentina de Cardiología, vol. 81, núm. 6, 2013
Sociedad Argentina de Cardiología
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305329421018>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Novedosa circulación humana que salva vidas

Al Director

Pese a mi actual retiro de la actividad médica tengo muy claras las vivencias de lo ocurrido en el Hospital de Niños de Buenos Aires a fines de los años sesenta y comienzos de los setenta.

Fue una época en la que primó la búsqueda de la excelencia en el tratamiento de las cardiopatías congénitas más graves.

En dicho tiempo, el Dr. Eduardo Galíndez, cirujano general pediátrico, organizó el que sería el Servicio de Cirugía Cardiovascular. Al mismo tiempo volvíamos de los Estados Unidos quien esto escribe y de Brasil el Dr. Guillermo Kreutzer, joven y creativo cirujano formado con el Dr. Cervini en San Pablo.

La cardiología en el Hospital de Niños tenía un excelente nivel, habiendo sido pionera en la cardiología latinoamericana. Gracias al Dr. Rodolfo Kreutzer, quien en 1936 creó un Servicio de Cardiología en un Hospital de Niños, cuando en el mundo se contaban con los dedos de una mano. En dicho servicio se encontraban prestigiosos cardiólogos clínicos, especialmente Gustavo G. Berri y Eduardo Kreutzer.

En esa atmósfera todo era entusiasmo con un instinto creativo y de trabajo alejado de cualquier interés económico. Fue así que en 1971 Willy Kreutzer se arriesgara con una inédita operación que colectaba el retorno venoso sistémico al circuito pulmonar en un caso de ausencia del ventrículo derecho por atresia de su válvula tricúspide. Por las dudas y ante lo audaz del procedimiento se dejó una pequeña comunicación interauricular que sería el primer caso de fenestración en este tipo de intervenciones.

Curiosamente y como ocurriera varias veces en los descubrimientos médicos (el caso de nuestro Eduardo Braun Menéndez y Page en Cleveland), Francis Fontan realizó en Francia una operación en teoría similar a la nuestra. Digo en teoría pues nosotros pudimos tomar la delantera al no tratar ni por aproximación de ventricularizar la aurícula derecha colocando una válvula en la desembocadura de la vena cava inferior como lo hiciera Fontan. Pensamos, luego de unos cambios de técnicas, que la circulación sistémica debía tener el menor obstáculo para llegar a los pulmones y es así como surgió la llamada **anastomosis auriculopulmonar**, que consistía en una ancha boca de desembocadura entre la aurícula derecha y la arteria pulmonar, carente esta de obstrucciones y con sus resistencias normales. Todo dependería entonces de que la bomba sistémica fuera un ventrículo izquierdo en las atresias tricuspídeas o un ventrículo único en ulteriores indicaciones.

En su editorial el Dr. Kreutzer (1) resume todo lo que hay que decir sobre los resultados alejados de esta operación con sus modificaciones ulteriores. A él me remito.

Dr. Alfredo Rodríguez Coronel

BIBLIOGRAFÍA

1. Kreutzer G. Es sorprendente que se pueda vivir con un solo ventrículo. Rev Argent Cardiol 2013;81:383-5. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i5.3142>

REV ARGENT CARDIOL 2013;81:548. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i6.3460>

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO: Rev Argent Cardiol 2013;81:383-5. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i5.3142>

Continuar los estudios en pacientes con Wolff-Parkinson-White puede borrar el desconocimiento que persiste alrededor del tema

Al Director

He leído detenidamente el artículo de Stefani y colaboradores. (1) Las evaluaciones de riesgo en pacientes con WPW son la base de muchos estudios mencionados en la discusión de este original; los resultados de este trabajo constituyen un aporte de inestimable valor clínico y para el electrofisiólogo intervencionista que prefiere la ablación de todo WPW diagnosticado. Es lamentable que no hayan registrado el período refractario efectivo anterógrado de la vía accesorio (Vacc).

La controversia en los resultados al evaluar asintomáticos y sintomáticos con WPW y a quién realizarles ablación por radiofrecuencia auguro que será de carácter casi permanente; las características electrofisiológicas de las Vacc son cambiantes e impredecibles. Dorantes y colaboradores (2) han planteado que la imposibilidad de inducir arritmias, en pacientes con Vacc, no garantiza que no será inducible en otro momento ni que provocarla implique necesariamente su aparición en la clínica.

Fazio y colaboradores, (3) en un seguimiento de 4,2 años, refieren solo un 3,4% de pacientes que presentaron taquicardia paroxística supraventricular (TPS) y Stefani y colaboradores (1) demostraron un 11,9% de TPS en el seguimiento de 3,6 ± 3,9 años (media de seguimiento); estos mismos autores mencionan que un 38% de su muestra presentó TPS. Al analizar las variables edad, sexo y localización de la vía accesorio (1) no encontraron asociación con la aparición de TPS. Estos resultados dispares en frecuencias de presentación de las TPS, con un tiempo de seguimiento promedio similar y la inexistencia de relación de la TPS con la edad, el sexo y la localización de la vía, muestran lo impredecible de las vías accesorias. Estas características electrofisiológicas de las vías accesorias llevó a Chávez González y Puerta, (4) después de un análisis de condiciones fisiopatológicas que recrean el aumento de la conducción por vías accesorias, a formularse las siguientes preguntas: