

Cartas al Editor

TRASPLANTE CARDIACO

El primer trasplante de corazón efectuado en Colombia se llevó a cabo en el Centro Cardiovascular Santa María de la ciudad de Medellín, Departamento de Antioquia, el día primero de Diciembre de 1985 (1). El paciente sobrevivió 22 meses. Sin embargo, el primer trasplante de corazón en un paciente colombiano fue practicado en mi persona, el día 29 de Julio de 1985, en el Hospital Presbiteriano Universitario de Pittsburgh, adjunto a la universidad de la misma ciudad, en el estado de Pennsylvania. Una comunicación a este respecto apareció en "Pathologist", órgano del College of American Pathologists (2).

A continuación refiero algunos datos de mi historia clínica. Nací en la población de Simijaca, Departamento de Cundinamarca, el 26 de mayo de 1931. Soy médico cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, graduado en 1954 y especializado en Anatomía Patológica y en Neuropatología. En 1955 sufrí un episodio de carditis aguda, acompañado de insuficiencia cardíaca y edema pulmonar, que fue diagnosticado como fiebre reumática. Durante los 23 años subsiguientes se presentaron varios tipos de arritmias cardíacas que empeoraron gradualmente y que comprendían contracciones ventriculares prematuras, fibrilación auricular y trastornos de la conducción. En 1978 se presentó un episodio de fibrilación ventricular. En mayo de 1984 hizo su aparición una insuficiencia cardíaca congestiva con edema pulmonar. En julio de 1985, después de varios episodios de edema pulmonar, se me practicó una evaluación preoperatoria que incluyó cateterización cardíaca, ecocardiograma, pruebas de función pulmonar, biopsia endomiocárdica del ventrículo derecho y evaluación de fracción sistólica de eyección con Tecnecio". El diagnóstico clínico fue cardiomiopatía idiopática dilatada. Se llevó a cabo un trasplante ortotópico, sin contratiempos, siendo el donante un hombre de 25 años edad, residente en el vecino estado de West Virginia, quien había sufrido un accidente de tránsito. En el postoperatorio se instituyó un régimen inmunosupresivo con ciclosporina, prednisona e imurán. Como complicaciones postoperatorias se presentaron, en agosto de 1985, un neumotorax, debido a una biopsia endomiocárdica traumática, y en septiembre del mismo año, un episodio de rechazo, comprobado histopatológicamente, que cedió al tratamiento con hidrocortisona.

El examen anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue practicado por miembros del Departamento de Patología del mencionado Hospital Presbiteriano. Sin embargo, el autor de estas líneas tuvo la oportunidad de examinar macro y microscópicamente el órgano extirpado. El corazón pesó 425 g. Ambos ventrículos estaban moderadamente dilatados e hi-

pertróficos; la pared del ventrículo izquierdo medía 1.6 cm. y la del derecho 0.5 cm. de espesor. No había áreas de fibrosis. El endocardio y las válvulas eran lisas y no había fusión o engrosamiento de ellas. Las cuerdas tendinosas eran delgadas. No había estigmas visibles de enfermedad reumática. Las arterias coronarias tenían una luz amplia y presentaban una pequeña placa ateromatosa no levantada, localizada en la descendente anterior. Los cambios anatomopatológicos fueron considerados como compatibles con el diagnóstico clínico de cardiomiopatía dilatada. El factor o factores etiológicos permanecen desconocidos, aunque una miocarditis de origen viral, parasitario, reumático o bacteriano, no pudo ser comprobada ni descartada.

Desde el punto de vista subjetivo, varios factores merecen ser considerados. La decisión en cuanto a la aceptación de un procedimiento de tal magnitud, fue tomada sobre bases principalmente emocionales, quizá primando el sentido de conservación personal. A este factor vinieron a agregarse consideraciones de orden familiar (soy padre de un niño y una niña que en ese tiempo tenían 9 y 17 años de edad respectivamente) y de orden médico (una cardiopatía de tipo idiopático es una indicación favorable para el trasplante; mi estado general era bueno). Además, la escueta y básica consideración de que no había nada que perder, vino a ejercer su influencia gravitacional. Los cirujanos habían mencionado casi a la ligera una supervivencia postoperatoria de "95% después de un año y 75% después de tres años". Sin embargo, la decisión final fue tomada en gran soledad y mediante el abandono de una temprana pero empírica posición de completo escepticismo.

Los tres años y medio que han transcurrido desde la intervención, han presentado numerosas dificultades desde el punto de vista personal, médico y adaptativo. Sin embargo, ninguna de ellas ha sido tan grande que no haya podido ser superada. Hoy día, observando el camino recorrido, quien estas líneas escribe, considera que esta segunda oportunidad ofrecida es un gran estímulo y una fuente inconmensurable de gratitud.

C.E. PEÑA

REFERENCIAS

1. El Tiempo, P. 1, Dic. 2, 1985.
2. Peña, CE. Carta al Editor. Pathologist 1986; 40: 7-9.

Dr. Carlos E. Peña: Profesor Asociado de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Pittsburgh, E.U.A.

Solicitud de separatas al Dr. Peña.