

ARTÍCULO DOCUMENTAL

► DR. GERÓNIMO GUASTAVINO

AUTOR:
DR . MIGUEL ÁNGEL LUCAS

Recibido: Marzo 2009
Aceptado: Abril 2009
Correspondencia: lucasmal@fibertel.com.ar

“A 47 AÑOS DE SOBREVIDA DE UN HOMOINJERTO DE LA AORTA TÓRACOABDOMINAL,
GERÓNIMO GUASTAVINO, CONTEMPLA CASI MEDIO SIGLO DESPUÉS, SU OBRA:
EL PRIMER REEMPLAZO AÓRTICO CON SOBREVIDA EN LATINOAMERICA”

12/02/2003

“Estimado Dr. Miguel Lucas: en relación con tu Relato oficial de Cirugía de las Ramas de la Aorta Abdominal, por lo conversado durante el Encuentro de Cirujanos Cardiovasculares, me permito enviarte estos apartados de diciembre de 1955...”

Así comienza una carta, que me remitió en septiembre de 2001 don Gerónimo Guastavino, precursor de la cirugía cardiovascular mundial. Allí me refrescaba un hecho médico científico, del cual fue protagonista.

En diciembre de 1955, en el Instituto Argentino de Diagnóstico, efectuó una resección de la aorta torácica inferior y abdominal por doble coartación, reemplazándola con un homoinjerto conservado durante una semana, con una sobrevida de una niña de 9 años.

Empleó un injerto fresco de aorta torácica completa, obtenido del cadáver de un niño de 7 años, a las tres horas de haberse producido su deceso. Se extrajo el mismo en forma aséptica y se lo conservó con la Técnica de Gross (en solución de Tyrode modificada de 1° a 48° centígrados).

Fueron sus colaboradores los Dres. Atilio Bottini, Aníbal Caccio, Héctor Vázquez, Abel

Bengolea y Raúl Andrés.

Filmaron la intervención y la publicaron en Bol. y Trabajos de la Sociedad Argentina de Cirujanos el 1 de octubre de 1956 en su N° 21, junto con Luis Becú, siendo éste el caso princeps.

La carta remitida a mí sigue: “Hoy hablé con la paciente. Tiene ahora 58 años de edad. Fue operada en 1955, así que calculo que tiene 56 años de vida desde su homograft tóracoabdominal. Como te dije, tiene una hija ya casada y tiene un nieto.”

En 1998 le colocaron una válvula St. Jude N° 29 en el Hospital Churruca, en posición mitral, con buena evolución inicial. Después sufrió un episodio (posiblemente embólico) neurológico, que le dejó secuelas las cuales ahora están mejorando.*

Recuerdo, que en la discusión del Relato Oficial de “Cirugía de la Aorta de 1970”, de Mario M. J. Brea y Hugo Mercado, el Dr. Guastavino destacaba 15 años después del hecho, que era uno de los tres casos mundiales de sobrevida, (los otros dos pertenecían a Glenn y Cooley).

Decía entonces Guastavino: “...repetimos que

*Testimonio ratificado por el Dr. Daniel Bracco, quien asistió a la paciente durante su internación, alta y con controles posteriores.

es nuestro interés asentar estos casos, como antecedentes quirúrgicos argentinos sobre el tema de tan interesante Relato...”.

Don Andrés A. Santas, coordinador de la sesión dijo entonces: *“Quiénes participan de la discusión, deben referirse específicamente a lo que se dice en los Relatos, porque éstos son los que se discuten...”*, dejando de esta forma abierta la discusión.

Hoy retomo, como Relator Oficial de "Cirugía de la Aorta Abdominal y sus Ramas Vis-

cerales” a 32 años del Relato anterior en los Congresos Argentinos de Cirugía, esa misma discusión por este testimonio inédito en el mundo que nos emociona y enaltece.

En la actualidad, un joven académico cardiovascular, don Gerónimo Guastavino, pude aún dialogar con una mujer, abuela feliz, paciente suya, sobreviviente de un hecho médico trascendente.

Gracias a Dios por poder relatar estas emociones.



Dr. Gerónimo N. Guastavino

OPERADA EN
DICIEMBRE 1955

PUBLICADO 1956

Dres. GERONIMO N. GUASTAVINO y LUIS BECOS

COARTACIONES AORTICAS UBICADAS POR DEBAJO
DEL SITIO HABITUAL (CON FILM DE UN CASO
OPERADO DE DOBLE COARTACION CON RESECCION
Y HOMOINJERTO)

Apartado de los
BOLETINES Y TRABAJOS DE LA SOCIEDAD
ARGENTINA DE CIRUJANOS

Trabajo Prínceps original de los Dres.
Gerónimo N. Guastavino y Luis Becú.
Apartado de los Boletines y Trabajos de
la Sociedad Argentina de Cirujanos.
Año XVIII - Sesión del 1ro. de octubre de
1953 - Nro. 21.

Anotaciones realizadas en forma manuscrita por el autor a cabeza de página

CIRUGIA DE LOS ANEURISMAS Y TRAUMATISMOS DE LA AORTA TORACICA

INTRODUCCIÓN

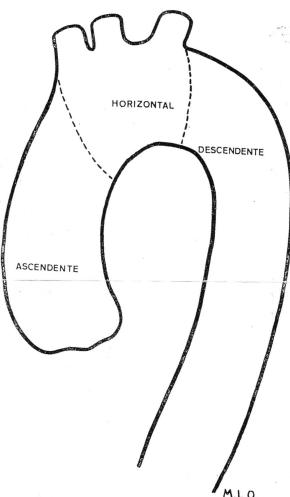
El término aneurisma lo utilizó por primera vez Rufus de Efeso en el siglo I después de Cristo. Este y Geronio introdujeron la ligadura de la arteria proximal en el tratamiento de los aneurismas periféricos. Moore y Murchison³⁰ fueron los primeros en tratar de obtener la coagulación intravascular de un aneurisma de la aorta ascendente en 1864. Estos procedimientos ocuparon la atención de los cirujanos hasta la primera mitad de este siglo. Pero ya en 1902, Tuffier³¹ resecó un aneurisma sacular de la aorta ascendente, aunque el paciente falleció en el posoperatorio por necrosis del cílio ligado. Ochsner, en 1944³², fue el primero en resecar con éxito un aneurisma sacular de la aorta torácica descendente. De Baker³³ introdujo las actuales tácticas de resección y reemplazo con prótesis de los aneurismas fusiformes en la aorta descendente (1953)¹⁵, ascendentes (1956) y aortitis biliar (1962)³⁴.

En la Argentina Lenz y Sacco²⁸ publicaron en 1917 el caso de un paciente con un aneurisma que hacía salience a la izquierda del manubrio esternal, habiéndole colocado dos hilos de plomo por el que se pasó una corriente eléctrica para el fin de obtener la trombosis. En 1946 Brea²⁹ relató en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires el caso de un paciente con un aneurisma en el que se efectuó un taponamiento con almidón y plástica de la pared torácica. Schiattini³⁰ comunicó en 1959 dos casos en que se había realizado una envolventa con lámina de colágeno. No se encontró bibliografía argentina sobre operaciones de resección, *v. resección con prótesis*.

De acuerdo con su estructura, los aneurismas se dividen en: aneurisma verdadero, aneurisma dissecante y aneurisma falso. Se entiende por aneurisma verdadero a aquél cuyas paredes están formadas con la membrana parietal arterial, con mayor o menor grado de alteración determinada por la enfermedad originaria. El aneurisma dissecante es ocasionado por una rotura de la íntima y penetración del torrente sanguíneo dentro de la pared, formándose entonces una láz falsa manteniéndola solamente por la adventicia. El aneurisma falso.

desarrolla por destrucción de la pared arterial, estando las paredes del mismo constituidas por tejidos vecinos y trombos organizados.

tejidos vecinos y trombos organizados. Es habitual distinguir 3 segmentos de la aorta torácica: ascendente, horizontal y descendente (figura 1). Debe el punto de vista quirúrgico



CAYADO AORTICO

nida solamente por la adventicia. El aneurisma falso o seudoneurisma (o hematoma pulsátil) se catalogó aurítico. En el momento marcado en pag. 36 dice la replica informando del Horno Interferencia de Toraco, abdominal publicado en Boletines de la Sociedad Argentina de Cirujanos (ANO XVI*) OCT-1956. PAG 659 a 670 Y PRESENTA EN EL PACIENTE 15 AÑOS DESPUES EN LA MISMA SOCIE' DAD. (SOC. ARG. DE CIRUJANOS) MI CONTESTACION FUE PUBLICADA EN REVISTA ARGENTINA DE CIRUGIA VOL 20 - N° 3-4. PAG 147 APRO 1971 CUYA COPIA ADJUNTO

"Cirugía de la aorta, discusión del relato oficial"; publicado en la Revista Argentina de Cirugía. 20:147. 1971.

Anotaciones realizadas en forma manuscrita por el autor a pie de página.