

EL DIAGNOSTICO ANTES, DURANTE O DESPUES DE LA OPERACION

Dr. ABEL CHIFFLET

Toda laparotomía comprende una investigación diagnóstica y una actuación terapéutica.

La participación diagnóstica tiene una extraordinaria importancia. En las historias clínicas de nuestro Servicio, hemos destinado en la ficha operatoria la primera parte a la descripción de los resultados completos de la exploración. Esta descripción por separado, permite tener una documentación completa y ordenada en vistas a su consideración ulterior. Obliga a sintetizar el estado total de la región operada. Crea, sobre todo, en el cirujano joven, la disciplina básica de la exploración sistemática.

En toda laparotomía es imperativa la exploración con orientación diagnóstica, pero esa exploración puede no conducir al diagnóstico correcto. No debemos confiar en lo que creemos evidente ante nuestros ojos y nuestro tacto. El diagnóstico preoperatorio puede ser más exacto y completo y el diagnóstico postoperatorio puede ser necesario.

El estado funcional visceral, tan importante para la cirugía actual, sólo puede ser sospechado en el curso de una laparotomía, por el examen morfológico de las estructuras anatómicas, siendo el examen preoperatorio el que lo informe.

Ciertos procesos orgánicos pueden escapar a la exploración operatoria. Es así, por ejemplo, que no son reconocibles los pólipos del colon y son de muy difícil reconocimiento los divertículos del duodeno o del sigmoide. La radiología informa eficazmente sobre estos procesos antes de operar.

La inspección directa de la lesión no puede a veces catalogar la naturaleza de un proceso y afirmar si es degenerativo,

inflamatorio o tumoral. La radiología, el laboratorio o la endoscopia afirman a veces el cáncer del estómago y en el acto operatorio puede haber dudas.

La exploración diagnóstica preoperatoria bien conducida ofrece, además, el beneficio de la oportunidad de la indicación quirúrgica. Permite valorar criteriosamente los beneficios y riesgos de la intervención, planificar una terapéutica total, reconocer la existencia de otros procesos derivados o independientes, elegir una incisión y posición apropiadas, preparar correctamente al enfermo en vistas a la operación a realizar, evitar maniobras operatorias complejas con fines de diagnóstico, rodearse de ayudantes, instrumental y aparataje en vistas a una determinada operación, etc., etc.

Hemos pasado de la época en que el cirujano abría el vientre sin diagnóstico para explorar, a la época en que aspiramos ir a la operación con el diagnóstico completo. Pero es necesario evitar una exageración perjudicial en esta búsqueda preoperatoria. Es fundamental un buen interrogatorio y examen clínico y luego planear las investigaciones diagnósticas con criteriosa orientación práctica. Recordar continuamente tres factores fundamentales que frenan la persecución del diagnóstico: el perjuicio de la demora operatoria; el riesgo de la exploración propuesta; la inutilidad de dicha exploración. Estos factores pueden conducir a una operación con fines de diagnóstico.

Las demoras operatorias provocan actualmente mucho mal. Con la idea de mejorar al enfermo para la operación y sobre todo de hacer un mejor diagnóstico, se deja pasar el momento óptimo para operar. Una ictericia por retención debe operarse sin pretender aclarar totalmente el mecanismo obstructivo y el grado de insuficiencia parenquimatosa. Una peritonitis se opera sin saber a veces su causa. Una lesión orgánica prepilórica no justifica la espera de la prueba del tratamiento.

El riesgo de la exploración diagnóstica preoperatoria puede ser de importancia. Ciertos estudios radiológicos pueden perjudicar por las maniobras que exigen, tales como compresiones, inyecciones de gas en el peritoneo o retroperitoneo. Las punciones tienen su riesgo, ya sea en el bazo, en un quiste hidatídico, en el intestino, etc. La laparoscopia puede traer inconvenientes.

Es de buen clínico, en fin, evitar las investigaciones diagnósticas que el buen estudio del enfermo permite saber que no darán ninguna información de utilidad terapéutica.

Se impone en cada enfermo un juicioso balance entre lo que puede beneficiar o perjudicar la investigación diagnóstica y lo que se necesita para ir a una operación eficaz. Se llega así a veces a situaciones en que respetando la consigna del mejor diagnóstico preoperatorio no hay otro camino que ir a la operación sin tenerlo. En nuestra práctica este hecho es excepcional. Hacemos lo posible por aproximar al diagnóstico, aun con el solo examen clínico y, antes de cualquier operación, nos imponemos la disciplina de escribir el diagnóstico, para no hablar de operoma. Consideramos tan importante tener diagnóstico antes de una operación, que cuando recurrimos a la laparotomía para hacer el diagnóstico, planeamos la operación con esa finalidad fundamental y sin plan terapéutico. Podrá o no realizarse tratamiento en el curso de la intervención pero estamos practicando en principio una laparotomía para diagnóstico.

Antes de iniciar la operación, con el enfermo en la mesa y mejor aún si está bajo anestesia general, realizamos un nuevo examen. La posición del enfermo, la relajación muscular y la desaparición del dolor permiten obtener informaciones de tan gran interés como para cambiar el plan terapéutico. Damos una gran importancia a este examen bajo anestesia. Hemos retirado así enfermos sin operar, hemos cambiado de vía de abordaje, hemos afirmado una sospecha diagnóstica.

Decíamos al principio que la exploración operatoria puede no aclarar totalmente el diagnóstico. Justifica la investigación preoperatoria. Pero justifica además pensar para después de la operación. En ese sentido puede ser útil preparar en el acto operatorio al enfermo para una investigación ulterior. Cuando no hacemos exéresis terapéutica no nos retiramos del vientre sin extraer tejidos para su estudio. Esta conducta permite afirmar o rectificar diagnósticos operatorios. En fin, todo material operatorio debe ir a estudio del patólogo, para lo cual el cirujano debe hacerlo acondicionar correctamente y describir el enfermo, el campo operatorio y la pieza enviada.