

REINTERVENCIONES DE URGENCIA EN LA CIRUGIA ABDOMINAL

Discusión

Dr. JUAN C. DEL CAMPO.— Yo he escuchado al Dr. Bortagaray y he seguido atentamente su relato y lo voy a felicitar por haber cumplido tan bien su tarea. Difícil porque se trata de un tema muy trillado, discutido en todo el mundo en los últimos años; lo felicito por haber incorporado a ese tema a los cirujanos de aquí que han intervenido o que han presentado publicaciones al respecto, por su manera de encararlas primero en sus tres cosas etiológicamente importantes desde que me inicié en la cirugía: hemorragia, oclusión, peritonitis y después por haber tratado en su parte particular cada sector, parte particular que puede extenderse o podría extenderse todavía más haciéndola no sólo relativa a los órganos sino relativa a las operaciones o también a técnicas.

Algunas cosas habría que subrayar. Primero, que uno de los grandes adelantos de la cirugía de este siglo fue el terminar las operaciones abdominales con vientre cerrado, mientras que al siglo pasado pertenecían el drenaje a la Mikulicz y el taponamiento a la Kehr. Sin embargo no es posible cerrar en todas las intervenciones y es necesario en algunas prevenir las posibilidades de algunas de esas complicaciones que son en principio dudosas: la hemorragia, la ruptura de muñones o dehiscencias de suturas. Segundo, la gran importancia que ha tenido en el tratamiento y en el diagnóstico de estas lesiones postoperatorias, el examen radiológico; el examen actual ya no es sólo clínico, es clínicoradiológico. La radiología pone de manifiesto los procesos de oclusión mecánica y pone de manifiesto los procesos de íleus funcional y su transformación en procesos de oclusión mixta si se hacen radiografías sucesivas y contrastadas.

Señalo que de los tres sectores que tiene una víscera, su cubierta peritoneal que la sitúa en la cavidad peritoneal, su plano visceral y su sector mesial, este último ha sido en parte olvidado; flebitis, infartos mesentéricos, complicaciones mesiales sobre todo las de las intervenciones de vientre superior ya que en el mesogastrio anterior y en el mesogastrio posterior figuran hígado, vías biliares, bazo y páncreas. Hay pancreatitis que no son de origen canalicular; hay reacciones vasculares que se manifiestan por infiltrados sanguíneos del estómago y del duodeno y que se encuentran sobre todo en el vientre superior. La importancia del sector mesial hubiera merecido una dedicación aparte.

Y señalo que lo importante en todo esto, como en toda la cirugía, es prevenir; ahora la prevención supone no una prevención extremada porque la misma llevaría a perjudicar la evolución de los enfermos, pero supone primero operar bien, que es lo que todos creemos que hacemos, pero admitiendo que aun así algunas cosas no salen bien. En segundo lugar, nosotros hemos insistido en varias publicaciones sobre la necesidad de acondicionar la logia residual de la operación frente a la posibilidad de una reintervención.

Sr. PRESIDENTE.— Si nadie más hace uso de la palabra, el Dr. Bortagaray va a cerrar la discusión.

Dr. CARLOS BORTAGARAY. Muy poco es lo que tengo que decir; debo agradecer, primero que nada, al Prof. del Campo sus palabras que son tan valiosas para mí; debo manifestarle también que, dada la magnitud del trabajo he olvidado muchos aspectos del problema a los que se ha referido tan brillantemente y en mi trabajo también destaco en realidad, la radiología a la que él ha dado tanta importancia también, dado la extensión del trabajo no he podido darle el valor o por lo menos la extensión que debiera; debo agradecer a los señores congresales que me han escuchado con tanta atención y debo agradecer a la Mesa Ejecutiva de este Congreso, y en especial al Sr. Presidente, el honor que me han conferido al nombrarme relator de este tema y creo no haber defraudado su confianza en ese sentido. Muchas gracias.