

MESA REDONDA  
SECCIONAL DE GINECOLOGIA

TEMA:

CIRUGIA GENERAL DEL ABDOMEN  
DURANTE LA GRAVIDEZ

COORDINADOR:  
Dr. SERAFIN V. POSE

# CIRUGIA GENERAL DEL ABDOMEN DURANTE LA GRAVIDEZ

*Dr. SERAFIN V. POSE*

## INTRODUCCION

Como consecuencia de la invitación cursada por el Comité Ejecutivo del 16º Congreso Uruguayo de Cirugía, fuimos designados por la Comisión Directiva de la Sociedad de Ginecología para coordinar esta Mesa Redonda. Esta designación nos ha conferido un alto honor y una gran responsabilidad.

Creemos que el tema elegido ha sido muy acertado. En un cálculo aproximado se puede estimar que cada día hay 20.000 grávidas en Montevideo. Por su cifra podrían constituir la población de una pequeña ciudad. La población de esa ciudad utópica tendría el carácter de estar formada por mujeres grávidas y la edad de la mayoría de ellas estaría comprendida entre 18 y 40 años. Estarían sujetas a sufrir una afección de las llamadas quirúrgicas del abdomen, como cualquier otra mujer de edad similar. En efecto, como se verá en el curso de las ponencias, no disminuye la frecuencia de ninguna de estas afecciones quirúrgicas durante el estado grávido puerperal, por el contrario algunas de las enfermedades extragenitales y muchas del aparato genital, son más comunes o agravan su evolución durante la gravidez y el puerperio. Como consecuencia de estos hechos, en esta ciudad imaginaria se realizarían aproximadamente dos intervenciones por abdomen agudo, por semana.

Pero lo que realmente jerarquiza el tema no son las razones de frecuencia. El estado grávido puerperal está caracterizado por una variación temporaria y profunda de la fisiología de la mujer y, en lo que se refiere al abdomen, además por las modificaciones anatómicas producidas por el desarrollo del útero grávido. Estos cambios confieren caracteres particulares a la patología y al diagnóstico de las afecciones que nos ocupan, así como a la táctica y a la técnica quirúrgica.

Pero además, durante la gravidez se da la única situación médica en la cual el pronóstico interesa a dos seres: madre e

hijo. Este último está sometido a riesgos producidos no sólo por la afección “quirúrgica” y por las medidas que su diagnóstico y tratamiento significan, sino además por la conmoción emocional que el hecho de saber que va a ser sometida a una intervención produce en la madre, como en cualquier otra persona normal.

El desconocimiento de aquellas modificaciones y de la forma de evitar estos riesgos, produce frecuentemente un temor especial en el cirujano que debe tratar una grávida, cuya consecuencia más funesta es la dilación innecesaria en la realización de una terapéutica correcta.

La ginecotocología es considerada una especialidad “quirúrgica”. El adjetivo es correcto si se tiene en cuenta que muchos problemas ginecotocológicos deben ser tratados quirúrgicamente; tiene además una razón histórica. La ginecología, particularmente, se originó en la dedicación especial que algunos cirujanos generales aplicaron al tratamiento de las afecciones del aparato genital de la mujer. En el estado actual de los conocimientos, la definición resulta incompleta. En efecto, para manejarse con solvencia en el tratamiento de las alteraciones de la *función de reproducción* en el sentido fisiológico y en el anatómico de las lesiones del aparato reproductor en la mujer, es necesario un conocimiento de aspectos de la biología, fisiología, fisiopatología y farmacología, tanto o más profundos que el de las técnicas quirúrgicas que es necesario dominar.

Todo esto confiere a nuestra especialidad una fisonomía propia que está más allá de la inadecuada clasificación de especialidades “quirúrgicas” y “médicas”.

A pesar de que personalmente sentimos una especial satisfacción cuando realizamos una intervención quirúrgica con corrección, y a pesar de que creemos conveniente que el ginecotocólogo se adiestre en cirugía general, reaccionamos contra el calificativo de especialidad quirúrgica por los motivos expuestos y en parte por el recuerdo que él nos trae del antiguo ginecólogo cirujano, limitado a la cirugía de exéresis.

Por estas razones estamos seguros que, si esta Mesa Redonda se hubiera realizado hace veinte o veinticinco años habría estado integrada sólo por ginecotocólogos, y cincuenta años atrás, sólo por cirujanos. Hoy, hay que reconocer que, así como el cirujano general no realiza bien la cirugía ginecológica, sobre todo en lo que se refiere a indicación y táctica quirúrgica, el ginecotocólogo actúa con deficiencia cuando invade el campo de la cirugía general.

Es por eso que creemos que las afecciones quirúrgicas del abdomen durante la gravidez, constituyen un ejemplo típico de medicina que debe ser encarado por un equipo de especialistas.

No para que cada uno de sus integrantes deslinde su responsabilidad, sino para que integren sus conocimientos con la finalidad de obtener los mejores resultados.

Es por eso que al elegir a los integrantes de esta Mesa, solicitamos la colaboración del Dr. Walter Suiffet que ha actuado durante años como cirujano consultante de los Servicios Obstétricos de Asignaciones Familiares, adquiriendo especial experiencia en el tema, y creo que ha aprendido al lado de los obstetras (casi habla nuestro idioma) a manejar y por lo tanto perder el temor al embarazo, cuando resuelve con la mayor solvencia "sus" problemas de cirugía en el abdomen de la grávida. Hemos elegido, además, al Dr. Izo Grunwald que une a su condición de excelente anestesista con amplia experiencia en el manejo de la grávida por actuar en el mismo Centro, su dedicación a las técnicas de anestesia locorregional, que encuentran muchas veces especial indicación durante la gravidez. El componente ginecotocológico está representado por el Dr. Rogelio Belloso, fino cirujano ginecotocológico de larga actuación, que ha vivido buena parte de la evolución de nuestra especialidad a la que hacíamos referencia hace unos minutos, y por los Dres. Juan J. Poseiro y Yamandú Sica-Blanco, de reconocida actuación en investigación clínica.

Podemos asegurarles que la preparación de esta Mesa Redonda con este equipo, ha transformado la responsabilidad de que les habláramos, en un verdadera placer.

La costumbre de organizar las ponencias de una Mesa Redonda en forma tal que cada una de ellas cubra un aspecto del tema, obliga a divisiones artificiales del mismo que rara vez satisfacen. El sentido que tenemos de un equipo, no es el de un grupo de técnicos con conocimientos encasillados que, reunidos como en un rompecabezas, dan una idea global del tema. Por el contrario, un equipo debe estar formado por personas con formación y directivas científicas diferentes que abordan un problema desde diferentes ángulos y cuyos criterios integrados hacen resaltar aspectos especiales del mismo.

Por último, entendemos que una Mesa Redonda debe ser una asamblea activa constituida no sólo por los ponentes y el coordinador, sino por todos los congresales cuya intervención, sugiriendo preguntas, colaborando en las respuestas y en la discusión general, dé por resultado el análisis más completo posible del tema. Por eso esta Mesa solicita de ustedes la mayor colaboración en este sentido.