

## CIRUGIA GENERAL DEL ABDOMEN DURANTE LA GRAVIDEZ

### Discusión

Dr. G. COTTINI.—¿Cuál sería la incisión de elección en un caso de abdomen agudo, sin diagnóstico etiológico preciso, durante la segunda mitad de la gravidez?

Dr. W. SUFFET.—En primer lugar, nunca nos hemos visto enfrentados a esta situación; en segundo lugar, si fuera así, no tendríamos más remedio que recurrir, lo mismo que en la cirugía fuera de la gravidez, a las incisiones verticales yuxtamedianas, centradas en el ombligo, derecha o izquierda de acuerdo al máximo de las manifestaciones clínicas. Si las manifestaciones clínicas no son claras, preferimos el lado derecho. Luego la incisión se extiende hacia el pubis o el apéndice xifoides, de acuerdo a los hallazgos operatorios.

Dr. A. ACHARD.—En la cirugía de la colecistitis aguda durante el embarazo, ¿qué conducta debe adoptar el cirujano?

Dr. W. SUFFET.—Nosotros consideramos que la situación es exactamente similar a la colecistitis aguda fuera de la gravidez. La paciente debe ser sometida al tratamiento médico o quirúrgico que corresponda, de acuerdo a las circunstancias de cada caso en particular. Si la crisis es inicial, se detiene y mejora rápidamente con el tratamiento médico, nosotros no realizamos la terapéutica quirúrgica. Si la crisis recae o se reproduce, o la situación se mantiene o se agrava, la paciente debe ser intervenida en un plazo breve, para evitar las alteraciones anatomopatológicas que se producen a nivel de las vías biliares. Se debe intervenir con el criterio de realizar una cirugía completa de la enfermedad causal y de la complicación. Es decir, extirpar la vesícula y explorar la vía biliar principal, si las circunstancias generales locales y ambientales lo permiten. Si esto no es posible, la intervención debería estar limitada al simple drenaje de la vía biliar accesoria. El problema más importante para nosotros es el del diagnóstico, es decir, saber si la enferma tiene o no una colecistitis aguda.

Dr. S. V. POSE.—Esta pregunta implica considerar un problema general vinculado con todas las intervenciones abdominales realizadas durante el embarazo y es la de solucionar las dificultades técnicas creadas por la existencia del tumor uterino. En este sentido yo quisiera preguntar a los obstetras pre-

sentes: cuando el feto ya es prácticamente viable, ¿consideran conveniente realizar una cesárea previa para poder llevar a cabo la terapéutica correcta sobre la vía biliar principal?

Dr. R. BELLOSO.—Creemos que hay que tener en cuenta la gravedad de la situación planteada. La cesárea previa, en general agravaría la situación. Como ha sido puntualizado muy bien por el Dr. Suiffet, al disminuir el volumen del tumor uterino por una evacuación, se elimina un soporte muy importante del proceso inflamatorio que, por sus adherencias, limita el campo de la infección. Se correría entonces el grave riesgo de la difusión al resto del abdomen. De modo que, en general, preferimos tratar en primer término el proceso biliar con una cirugía condicionada, descomprimir la vía biliar, avivamiento, cuando esto parezca suficiente. Pero si las condiciones imponen la exéresis, ésta debe ser realizada, anteponiendo siempre el interés de la madre al del feto.

Dr. M. OLAZABAL. Yo creo que en el caso planteado por el Dr. Pose, la cirugía sobre las vías biliares principal y accesoria se puede realizar perfectamente, prescindiendo del embarazo. La gravedad de la infección que puede ocurrir en las vías biliares, implicaría un gran riesgo de infección uterina al hacer una cesárea. Por otra parte, después de una cesárea se produce exudación discreta de sangre y de plasma que favorecen el desarrollo de una peritonitis. Por lo tanto, creo que, en el caso de una gravidez de término, el mayor riesgo para el embarazo provocable por la cirugía sobre la vía biliar, es el posible desencadenamiento del parto, lo cual no tendría mayores consecuencias. En cambio, la cirugía concomitante sobre el útero puede provocar procesos uterinos y peritoneales que pueden comprometer la vida de la madre.

Dr. W. SUIFFET.—Descartamos hacer dos comentarios a propósito de este punto. El primero, que es el más importante, se refiere al diagnóstico clínico. Al final del embarazo puede ser muy difícil diferenciar una colecistitis aguda de una apendicitis aguda. El riesgo consiste en que, diagnosticada por error una colecistitis, se establezca un tratamiento médico esperando la remisión del proceso y se deje evolucionar una apendicitis. El segundo está relacionado con el momento de la gravidez en que se actúa.

Cuando el embarazo es voluminoso, indiseñablemente va a molestar las maniobras quirúrgicas y entonces se plantea el problema obstétrico que ha sido mencionado, es decir, si se actúa o no sobre el embarazo para hacer la terapéutica integral de la afección causal de la colecistitis aguda o si sólo se trata esta última. Eso dependerá, a nuestro criterio, de las circunstancias generales y particulares de cada caso. Recordando que la táctica de drenar solamente la vía biliar accesoria debe ser siempre una terapéutica de necesidad, condicionada por las circunstancias locales ambientales y generales en las cuales se está manejando el cirujano, porque puede dejar evolucionar algunas de las situaciones que no otros vemos habitualmente en la cirugía de la colecistitis aguda fuera del estado de gravidez. De manera que es un pro-

blema de análisis clínico de cada caso en particular y considero que no pueden establecerse normas definitivas frente a la colecistitis aguda en el embarazo avanzado.

Dr. NELSON FERREIRA. ¿Cómo se puede establecer el diagnóstico diferencial entre colecistitis aguda y la distensión aguda de la cápsula de Glisson en el hígado de la eclampsia. Conducta a seguir?

Dr. W. SUFFET. -El problema surge en el diagnóstico clínico. Aquí hay que valorar todas las circunstancias anteriores al caso en particular. Nosotros no podemos dar nuestra opinión sobre una situación pura y exclusivamente obstétrica. Yo creo que este aspecto va a ser contestado por otro de los miembros de la Mesa. Pero frente a la duda en el diagnóstico clínico, consideramos que la enferma debe ser intervenida.

Dr. Y. SICA-BLANCO. La situación es un poco compleja, diríamos que, estadísticamente, es muy poco probable que una toxémica que llega al estado de poder tener un hematoma subcapsular hepático, sea además una biliar y que justamente en ese momento pueda tener una colecistitis aguda. Planteado teóricamente, el primer punto es el del hematoma subcapsular. Hoy se decía que el diagnóstico clínico no se había realizado en casi ninguno de los casos publicados. Nosotros vivimos de cerca dos casos, uno de ellos fue diagnosticado clínicamente. Aparece siempre en una paciente grave que tiene una historia de toxemia gravídica tardía arrastrada por un tiempo mayor de quince o veinte días, en la cual el primer signo es un dolor epigástrico permanente y constante al cual se agrega, cuando la hemorragia es grande, un estado de anemia aguda. Creo que la diferenciación clínica de las dos entidades puede ser posible, pero hay que saber que el hematoma subcapsular importante es muy poco recuente. Sin embargo, el pequeño hematoma probablemente no lo diagnosticamos y puede pasar desapercibido. Como interpretación libre, quizá sea la causa del dolor epigástrico permanente que aensan algunas toxémicas graves. El cuadro local no pasa de ahí y no tiene una repercusión general.

Dr. S. V. POSE.—Esta pregunta me resulta particularmente interesante. Es cierto que las hemorragias por rotura del hígado son muy raras, yo diría que son muy raras las que se diagnostican como señalaba Sica, y es muy probable que, dada la anatomía patológica del hígado de la toxemia gravídica tardía, el pequeño hematoma sea mucho más frecuente de lo que uno piensa. Pero el interés de la pregunta estaba en que señala un aspecto general, que conviene discutir. Ya es la segunda vez que se plantea en el curso de estas preguntas, la necesidad de establecer un diagnóstico diferencial, más allá de lo que nos pueden dar los datos clínicos y de laboratorio. La pregunta es: ¿qué riesgo y qué ventajas tiene la laparotomía exploradora cuando se está en dudas de la existencia de una afección quirúrgica del abdomen y de la necesidad de su tratamiento quirúrgico?

Dr. J. J. POSEIRO.—Como ya lo señaló el Dr. Suiffet hay un riesgo muy grande en dejar evolucionar cualquiera de las afecciones en cuestión: la laparotomía exploradora en sí, con las puntualizaciones señaladas por el doctor Sica, tiene menos riesgo. De manera que frente a un cuadro agudo de vientre en el que se sospecha cualquiera de estas eventualidades, es nuestra impresión personal que la laparotomía exploradora está indicada, aunque sea para terminar con una laparotomía en blanco.

Dr. CIRO JAUMANDREU. Quisiera poner énfasis en algunas modalidades que se pueden presentar en los cuadros agudos del abdomen y que hemos observado en nuestra experiencia. Estoy de acuerdo en totalidad con lo que se ha dicho. Cuando el cuadro agudo está sindicado como una afección determinada que exige un tratamiento quirúrgico, éste debe ser realizado. Frente al cuadro grave de cuya etiología no se está seguro, es necesaria la intervención quirúrgica exploradora. En efecto, esa enferma puede ser portadora de un proceso quirúrgico general o de una afección de origen obstétrico. Quería recordar que hace muchos años fue descrito un tipo de rotura uterina espontánea durante el embarazo, la rotura parcial en zonas cicatriciales en la cual no hay rotura de las membranas y que da cuadros agudos peritoneales, de sintomatología muy variada, que lleva a discusiones diagnósticas sumamente difusas. En estos casos, como en otros de origen obstétrico señalados por el Dr. Belloso, la intervención quirúrgica es la que puede aclarar el cuadro. Por eso quería señalar la necesidad de que la exploración no excluya el sector uterino y que el examen de esta víscera se realice minuciosamente sin olvidar la exploración de su cara posterior.

Dr. M. OLAZABAL. ¿Qué problemas puede plantear el drenaje en las peritonitis?

Dr. W. SUIFFET. Estos problemas han sido mencionados tal vez muy brevemente en el momento de la exposición. Depende fundamentalmente de la etapa de la gravidez. Nosotros no hemos practicado nunca el drenaje suprapúbico en las peritonitis agudas por perforación, por considerarlo poco efectivo aun en el puerperio o en el embarazo en los primeros meses. Esto es más evidente cuanto más adelantado está el embarazo. Siempre hemos practicado el drenaje en la zona lesional exclusivamente. Con la laparotomía lateral por disociación no nos hemos visto obligados a hacer otro drenaje más que el focal y el de la zona vecina al peritoneo retrouterino a través de la misma incisión, aun en casos de peritonitis difusas. Consideramos que en caso de una peritonitis difusa muy marcada, puede utilizarse un drenaje a través de la fosa ilíaca izquierda, para favorecer la evacuación del contenido peritoneal. Pero todas las maniobras clásicas de lavado y de drenaje peritoneales suprapúbicos en esta situación, son difíciles y consideramos que deben ser evitadas para no agregar un traumatismo uterino mayor. Lo que talvez no hayamos mencionado es el material a usar. Nunca hemos utilizado tubos de goma sino simplemente drenajes blandos, con gasa envuelta en cancho y con un pequeño

tubo fino perforado en su interior, para poder establecer una aspiración continua en caso que haya mucho drenaje peritoneal.

Dr. M. OLAZABAL. ¿Qué terapéutica propone el Dr. Suiffet en los casos iliogravídicos por compresión sigmoidea como el que mostró en los dispositivos?

Dr. W. SUIFFET. Hemos visto dos casos. Una de las enfermas no fue tratada por nosotros; intervenida con diagnóstico de oclusión intestinal, no se realizó ninguna maniobra quirúrgica (nada más que la exploración) y el ilio persistió hasta que, como está descrito, se produjo la evacuación espontánea del embarazo y la situación desapareció. En el caso particular que mostramos, se trataba de una embarazada de siete meses y medio; realizamos cambios posturales, poniéndola en decúbito lateral derecho para tratarle de evitar la compresión uterina sobre el sector intestinal, más intubación intestinal y reposición de líquidos. En ese caso se restableció el tránsito y la enferma tuvo su parto normal al mes. Uno de los mecanismos de producción del ilio gravídico es la compresión del intestino por el útero normal o patológico. Otros factores que pueden intervenir son las alteraciones funcionales de la fibra lisa que se observa en el embarazo; en ese caso la compresión (si existe) actúa como factor menos importante y los cambios posturales podrán no ser tan efectivos.

Dr. J. A. CASTRO. ¿Qué conducta debe adoptarse durante el embarazo frente al blastoma ovárico no complicado?

Dr. R. BELLOSO. Nosotros creemos que es siempre difícil establecer barreras o límites para condicionar un tratamiento quirúrgico. Podríamos decir brevemente que un tumor del ovario diagnosticado antes del cuarto mes de embarazo debe ser inmediatamente operado, porque el tumor no regresa y porque puede causar complicaciones por su torsión o su estallido o por hemorragia, en el curso del embarazo. Estas son más frecuentes entre el 4º y 7º mes en virtud del crecimiento uterino, particularmente en aquellos tumores que tienen un pedículo largo. También influye la mayor frecuencia de los tumores dermoideos que, en todas las estadísticas, tienen más tendencia a crear las complicaciones. Por último estos tumores, como señaló el doctor Castro, aunque raramente son malignos deben considerarse potencialmente malignos. Entonces el verdadero tratamiento profiláctico de esas complicaciones sería hacer la cirugía de todos esos tumores durante los cuatro primeros meses de la gestación.

Dr. J. A. CASTRO. ¿Qué valor pronóstico tiene el estudio histerográfico postcesárea?

Dr. R. BELLOSO. Esto daría para mucho, pero yo diría que un histerograma que muestre una cavidad uterina completamente normal, sin ningún signo de debiscencia ni presencia de una cicatriz o una anomalía de la estruc-

tura uterina, tendría un valor muy importante en el sentido de que alejaría el peligro eventual, más teórico que real, de las roturas uterinas en las mujeres que han tenido una cesárea previa. Por más que, como dije en el curso de la exposición, todas las estadísticas señalan entre las causas de rotura uterina la existencia de una cesárea previa y además que el mayor porcentaje de roturas uterinas se observa en las cesáreas segmentarias. Por fin quiero destacar que, en nuestro medio justamente, el Dr. J. A. Castro ha seguido con control histerográfico un gran número de cesareadas, poseyendo pues una gran experiencia.

Dr. A. MANFREDI. ¿Conducta a seguir en una gran múltipara con miomatosis conocida que tiene un embarazo pequeño?

Dr. R. BELLOSO. Cuando una mujer múltipara, portadora de una miomatosis, tiene un embarazo pequeño y sobre todo un embarazo complicado, la conducta a seguir en mi opinión, es quirúrgica y radical. El caso ilustrado es el de una multigesta de 37 años, con tres partos normales y los dos últimos partos con fórceps. A los dos meses de gestación, portadora de una polimiomatosis, concurre a la policlínica con signos de toxemia gravídica acentuada y sufrimientos abdominales bastante intensos. Se le hizo una histerectomía. La pieza mostró que se trataba de una tumoración multinodular que ocupaba el fondo del útero y también la cara anterior y parte del istmo, a derecha. Hendida la pieza, mostró la presencia del pequeño feto dentro del útero. La razón que nos llevó a operar a esta enferma fue considerar que este embarazo, después de las distocias que venían observándose progresivamente en esta gran múltipara, podría poner en peligro su vida. La gravidez quizás no llegara a término y además, la propia tumoración lateroanterioruterina, iba a constituirse seguramente en un impedimento para la progresión del móvil impidiendo el parto por las vías naturales. Quizá tendríamos que hacerle una cesárea con un feto no viable. Los diapositivos proyectados son muy ilustrativos.

Dr. J. A. AGUERRE.—¿Qué opinión merece la cesárea histerectomía? Entidad terapéuticoquirúrgica de la que se publica mucho en la literatura actual.

Dr. J. J. POSEIRO. Al contestar esta pregunta o al pretender hacerlo, debemos señalar dos eventualidades diferentes: 1º) aquellas afecciones en las cuales el útero está en sí enfermo y exige ser extirpado. En esta circunstancia, estando el feto maduro e incluso inmaduro, si hay una indicación formal, creemos que puede hacerse una cesárea histerectomía. Queremos hacer una precisión sobre este punto de madurez fetal. La madurez fetal, clásicamente considerada, se alcanza a la 28 semana de la gestación; sin embargo, modernamente estos niveles han sido abatidos y gestaciones de hasta 22 semanas se publican en la literatura como prosiguiendo después su vida extrauterina, llegando a un desarrollo normal. Creemos que si la afección no es de extrema urgencia, la cesárea histerectomía puede posponerse hasta llegar a una

cierta viabilidad fetal, si es de urgencia no. 2º) Otro problema completamente diferente lo plantean las afecciones extrauterinas. En muchos ambientes se preconizan, según nuestro juicio con extrema liberalidad, la cesárea histerectomía como predecesor de cualquier acto quirúrgico sobre el abdomen. En afecciones extragenitales raramente se necesita la cesárea histerectomía para poder actuar sobre la afección causante. Puede ser necesaria la operación cesárea que quite el obstáculo anatómico, pero luego de eso, rebatido el útero, extraído por la incisión operatoria en favor de la gran laxitud ligamentosa, hacia el exterior, puede trabajarse sobre el campo quirúrgico sin necesidad de mutilar a la madre que puede después quedar hábil para futuros embarazos.

Dr. F. ALVAREZ.—En caso de una gravida con un traumatismo con estado general grave y feto vivo, ¿qué se hace con éste?

Dr. J. J. POSEIRO.—La primera medida debe ser fundamentalmente a encanizar la vida de la madre, es decir, reposición de sangre y mejoría de las condiciones generales, para después extraer el feto. Una salvedad puede ser hecha y es a la que se refieren casi todos los autores que tratan este punto: cuando la vida de la madre esté prácticamente en extremo terminar, es decir, mujer en agonía por traumatismo intenso con destrucción de masa encefálica, etcétera, y todavía feto vivo, en esas circunstancias se debe extraer primero el feto y después tender a hacer algo si es que hay algo por hacer por la vida materna. Esto en miras de conservar la vida fetal frente a la de la madre que se va a perder.

Dr. N. CERRUTTI.—¿Qué fármacos usa en la raquianestesia y en la anestesia peridural?

Dr. I. GRUNWALD.—En la raquianestesia en nuestro ambiente utilizamos actualmente la xilocaína al 5% en solución de glucosa al 7,5%, es decir, es una solución hiperbárica. Puede también utilizarse la novocaína al 8%, tan frecuentemente usada hasta hace poco y mismo en la actualidad en muchos ambientes. Y para la anestesia peridural preferimos también la xilocaína al 2%. Quiero agregar dos palabras sobre esto, que en la ponencia no tuve tiempo de realizar. Mientras que en el primer trimestre las dosis, tanto para la raquianestesia como para la peridural, son prácticamente iguales que en una mujer no embarazada, a medida que el embarazo progresa, es decir, desde el segundo trimestre hacia adelante hasta su terminación, las dosis en miligramos de cada una de estas sustancias para cualquiera de las dos técnicas hay que reducir las, de lo contrario se obtendrán niveles anestésicos muy altos, llegando inclusive hasta las metámeras cervicales. Lo recomendado para raquianestesia en embarazadas a término, es usar un tercio o la mitad de la dosis anestésica. El mismo criterio se aplica para la anestesia peridural.

Dr. J. A. CASTRO.—¿Qué importancia y oportunidad de aplicación tienen los antagonistas de los narcóticos en la anestesia durante la gravidez?

Dr. I. GRUNWALD.—La única indicación que tienen es cuando se ha administrado un narcótico a la paciente, cercano al parto, ya sea éste quirúrgico o por vías naturales. Es decir, que si el lapso entre la administración del narcótico y la aparición del feto es prolongado, no hay que recurrir a los antagonistas. De lo contrario habrá que hacerlo y en la medida en que se administraron los narcóticos. Conviene recordar que los antinarcóticos son derivados de los propios narcóticos y que su dosificación en exceso tiene el mismo efecto que los propios narcóticos, es decir, son depresores del centro respiratorio. La equivalencia en cuanto al uso clínico es para el antinarcótico en nuestro medio, que es el *Levalorfan*, es de un miligramo por cada cinco miligramos de *meperidina*. Cuando se administra al feto habrá que reducir la dosis del antinarcótico en proporciones no equivalentes al peso, sino aproximadamente a un décimo a una veintava parte de lo que se administra a la madre. A las doce horas prácticamente el efecto de dosis clínicas de narcóticos desaparece y no tienen más efectos ulteriores sobre el centro respiratorio del feto.

Dr. S. V. POSE. A mí me gustaría puntualizar a propósito, el hecho de que durante un tiempo se creyó que los antinarcóticos podían permitir al obstetra utilizar cualquier dosis de analgésicos durante el parto. Hoy está demostrado, como señaló el Dr. Grunwald, que eso no es así y en general se prefiere, cuando se obtiene un recién nacido deprimido por estas causas, mantenerlo con respiración artificial hasta que se recupere del efecto causado por el narcótico.

Dr. M. OLAZABAL.—¿Qué incidencia de mortalidad materna tiene la raquianestesia comparada con las anestias generales corrientes? ¿No cree usted que la raquianestesia es más peligrosa que las otras anestias?

Dr. I. GRUNWALD.—No hay estadística en cuanto a qué incidencia tienen las dos técnicas sobre la mortalidad materna en nuestro medio. Pero las estadísticas extranjeras evidencian que la mortalidad materna es significativamente más alta con anestesia general que con raquianestesia. Se entiende que raquianestias hechas por anestesistas, no por el propio obstetra. Entre las causas de la mortalidad materna por anestesia general, ocupan el primer plano la aspiración de vómitos y, en segundo término, la obstrucción respiratoria. El hecho de que prefiera raquianestesia o anestesia regional en general sobre anestesia general, está determinado en nuestro ambiente por dos factores muy importantes: 1º) la ausencia de sala de recuperación; 2º) la ausencia de servicio de 24 horas de anestesia en los hospitales o sanatorios. Sería muy distinto indicar una anestesia general en un ambiente donde hay una sala de recuperación y donde el hospital cuenta con un servicio de anestesia durante las 24 horas, donde la madre o la paciente es cuidada en el período postanestesia inmediato y se puede tratar cualquier complicación que surja en el postoperatorio. Si una enferma inconsciente que tiene un vómito o se le acumulan secreciones traqueobronquiales y está en un ambiente capacitado para tratar esas dos complicaciones, entonces no habría una diferencia tan

grande entre la indicación de una anestesia general y una raquiánestesia. Pero en nuestros ambientes, donde la paciente pasa rápidamente del quirófano directamente a su habitación con un servicio de enfermería que muchas veces es insuficiente, es preferible mandar a la habitación una paciente consciente que puede llamar atención a una complicación como vómitos, dificultad respiratoria, mareos, etc.

Dr. S. A. POSE. Yo comprendo el punto de vista del Dr. Grunwald, es un enfoque de la situación de muchos centros quirúrgicos. Pero debemos reconocer que tenemos bastantes sanatorios y hospitales buenos también, donde las pacientes pueden ser bien vigiladas. Me interesa comentar un aspecto que es más usual y es el valor de la hipotensión arterial de la grávida producido por este tipo de anestesia, particularmente en los embarazos pequeños, como causa de anoxia fetal y su tratamiento.

Dr. I. GRUNWALD. Por supuesto que en toda hipotensión arterial el primer tratamiento debe ser dirigido hacia la causa que lo ha originado. La fisiopatología de la hipotensión provocada por la anestesia, es clara en el transcurso de una anestesia regional: ésta no es simple en el transcurso de una anestesia general donde en la actualidad se utilizan muchos agentes combinados con acciones muy diversas sobre el sistema cardiovascular. En el transcurso de una hipotensión por raquiánestesia o una anestesia peridural, las medidas pueden ser muy sencillas. Van desde la simple elevación de los miembros inferiores o colocación de la paciente en un moderado Trendelenburg, para favorecer el retorno circulatorio que está comprometido en la embarazada por una compresión que el útero ejerce sobre la vena cava inferior, hasta la administración de una venociélsis algo acelerada para aumentar transitoriamente la volemia y finalmente recurriendo a drogas vasoconstrictoras para contrarrestar el efecto que nosotros sabemos, o sea a producir la anestesia, es decir, la vasodilatación periférica a la zona del bloqueo. Con respecto a los vasoconstrictores, hay que tener presente en este período de la mujer, el usar aquellos que tienen menor repercusión o no tienen repercusión sobre la contractilidad uterina y sobre el ambiente útero-fetal. Como lo mostró el Dr. Sica, es conveniente evitar el uso de norepinefrina; la adrenalina ya hace tiempo que se ha abandonado en el tratamiento de las hipotensiones y en el shock. En cuanto a los otros fármacos que tenemos para contrarrestar la hipotensión arterial, no hay estudios exactos sobre su acción sobre la contractilidad uterina. Los vasoconstrictores más comúnmente usados son la efedrina y la waiamida, y dentro de los vasoconstrictores de acción fugaz y muy rápida de uso intravenoso sustitutivo de la noradrenalina, existe la hipertensina. Personalmente no tengo conocimiento de su acción sobre la contractilidad uterina y pediría al Dr. Sica o al Dr. Poseiro alguna información al respecto. La hipotensión arterial en el transcurso de la anestesia general, se corregirá tratando de retirar el agente anestésico que se supone causante de la misma. En cuanto a las medidas generales, son las mismas: favorecer el retorno venoso, reposición de líquidos o flúidos y en el último caso, únicamente en el último caso, recurrir

a las drogas vasoconstrictoras. Es importante cuando se va a anestesiarse a una paciente de éstas, saber con anterioridad si tiene un síndrome de hipotensión arterial supina, lo cual el anestésista podrá pesquisar en su visita preanestésica. Porque este síndrome, sumado a una hipotensión provocada, ya sea por anestesia regional o por anestesia general, puede agravar las consecuencias fetales y maternas.

Dr. J. J. POSEIRO.—Hace muchos años estudiamos, conjuntamente con el Dr. Braun Menéndez, la acción de la hipertensina pura sobre la contractilidad uterina. No se encontró ninguna modificación importante en este aspecto, lo que contrasta con las grandes modificaciones de la presión arterial, especialmente en los casos de hipotensión arterial.

Dr. G. RIOS.—¿Qué efectos fetales puede tener el uso de corticoides en el primer trimestre de la gravidez?

Dr. Y. SICA-BLANCO. La experiencia en investigación animal da resultados distintos a los de la clínica humana. En investigación animal se notó que los corticoides eran capaces de crear malformaciones, efecto teratogénico que consiste fundamentalmente en alteraciones cefálicas. Sin embargo, en el humano esto no ha sido demostrado. Es de uso corriente, fundamentalmente por la masa de pacientes asmáticas que requieren este tipo de tratamiento y sin embargo no aparecen malformaciones fetales. Por lo tanto, creo que se pueden dar a las dosis habituales sin temores.

Dr. A. MANFREDI.—Frente a una grávida en quien se impone un tratamiento quirúrgico de urgencia, ¿cómo se premedica para evitar el aborto?

Dr. Y. SICA-BLANCO. El problema es así: no hay medicación específica para evitar ese aborto. El diagnóstico correcto, la intervención rápida, la maniobra quirúrgica delicada, la reposición de todos los elementos que estén en déficit, es lo mejor que se puede hacer para evitar esa posibilidad. Solamente disponemos de un fármaco, la isoxsuprina, y éste actúa disminuyendo las contracciones del útero. Es la única medida disponible cuya eficacia ha sido demostrada. A una pregunta que plantea el Dr. Cerrutti, si existe en plaza, la respuesta es afirmativa; lo expende el Laboratorio Organon y su nombre comercial es Duvalidan.

Dr. S. V. POSE.—El Dr. Cerrutti además hizo una pregunta en voz baja que se sintió desde acá; se refería a que, no disponiendo de isoxsuprina, se podría usar la adrenalina pura sin noradrenalina. La adrenalina pura inhibe el útero sólo durante el tiempo en que es administrada. Pero, aun cuando se mantenga la administración intravenosa continua a dosis de 5 a 10 gammas por minuto, la contractilidad uterina tiende a recuperarse durante la infusión. Pero lo que es peor todavía, en un alto porcentaje de pacientes la contractilidad uterina aumenta mucho al suspender la infusión, cosa que no sucede con la isoxsuprina, cuyo efecto inhibitor se mantiene por horas.

**Dr. V. SICA-BLANCO.** Las preguntas que quedan son todas sobre isoxsuprina.

El **Dr. Silveira** plantea si existe alguna manera de poder combatir algunos de los efectos cardiovasculares de la isoxsuprina o sea el aumento de la frecuencia del pulso y la hipotensión arterial. No conocemos que exista alguna manera de combatirlo, si no es administrando otra droga que anule estos efectos. En general los hipertensores tipo noradrenalina, suman a sus efectos cardiovasculares una acción estimulante sobre la contractilidad uterina, no deseable en estas circunstancias.

Hay una última pregunta del **Dr. Nelson Ferreira** a propósito de ¿qué ocurriría si una paciente que está bajo los efectos de la isoxsuprina, inhibidor uterino, se precipitara el parto, no se podrían plantear los problemas de una hemorragia? Pero como justamente nuestro coordinador **Dr. Pose** ha estudiado experimentalmente esta droga, voy a solicitarle que la conteste.

**Dr. S. V. POSE.** No hay ningún inconveniente en el uso de la isoxsuprina por esta posible eventualidad. La hemos utilizado en el curso de cesáreas, donde por razones de investigación, intentaba que no se desprendiera la placenta, lo que se conseguía inhibiendo por completo el útero con esta droga. La placenta no se desprendía y por lo tanto no había hemorragia. En caso de que se quiera hacer contraer el útero, aun cuando la paciente esté bajo los efectos de la isoxsuprina, hay que saber que el órgano responde perfectamente bien a la ocitocina administrada en infusión intravenosa. Sólo hay que administrar la ocitocina a velocidades de infusión superiores a las usadas en casos corrientes. La respuesta es muy buena, de tal forma que una de las cosas que se puede decir sobre el modo de acción de la isoxsuprina es que no actúa como antagonista de esta hormona.

**Dr. G. MERNIES.** En los casos en que se desarrollan síndromes hepato-biliopancreáticos, ¿se considera peligrosa la administración del Trasylol?

**Dr. W. SIFFET.** No sé quién tiene experiencia en estos casos. Nosotros hemos tratado solamente un pancreatitis aguda grave en una grávida en la época anterior al uso del Trasylol. De manera que no lo hemos usado en estado de gravidez.

**Dr. G. MERNIES.**—¿Por qué no funcionan equipos integrados por cirujanos y ginecólogos en nuestros medios hospitalarios? ¿Por qué los colegas que se dedican a la práctica de la tocología no adquieren mayor dominio en la técnica quirúrgica general?

**Dr. S. V. POSE.**—El equipo médico, integrado por especialistas o por médicos con tendencia a tratar o a enfocar aspectos distintos de la patología, es cada vez más imprescindible. Recuerdo que cuando hablo de "integración" me refiero a la participación activa y coordinada de los diferentes integrantes, que abordan en conjunto la solución del caso y aceptan en conjunto la

responsabilidad. Esta función no se cumple con una simple consulta en el corredor o a través de una escuela escneta. El hecho de que en nuestro o en otros medios esos equipos no funcionen adecuadamente, es un problema de organización y educación médicas. Es necesario evolucionar en ese sentido. es necesario que nosotros salgamos ya de la etapa en la cual el ginecólogo tenía que saber sacar una vesícula, saber hacer una gastrectomía, etc. Más que eso, todavía frecuentemente se le exige un montón de otras cosas. No es raro que a la Maternidad abierta del Pereira Rossell lleguen los siguientes casos: una paciente del hospital psiquiátrico, o una cardiópata grave, o una paciente con un importante traumatismo de cráneo, todas ellas porque además son portadoras de una gravidez que, frecuentemente no está complicada. Al consultar al especialista pertinente, no es raro que el cardiólogo critique al obstetra porque no sabe tanta cardiología como él, y que el psiquiatra y el cirujano hagan a su vez otro tanto. Tampoco es raro que muchos de estos especialistas soliciten la interrupción del embarazo para poder abordar "su" problema, que, por cierto, no es "el" problema de la paciente. El obstetra entonces tendría que ser una enciclopedia; absolutamente imposible de admitir. Lo que tiene que saber el obstetra y en lo que se tiene que especializar desde el punto de vista quirúrgico, es en lo que es específico de su esfera y contar con medios que lo apoyen para poder solucionar los problemas de sus pacientes. Trabajar, como creo que nosotros tratamos de trabajar en esta Mesa. Con un cirujano que ha tenido experiencia en obstetricia, de la misma manera que nosotros hemos colaborado con él y hemos adquirido experiencia en cirugía general. Con un anestesista que tenga experiencia en obstetricia, así como nosotros también nos hemos acostumbrado a manejar y a conocer el efecto específico de los fármacos que él maneja, sobre la madre y el feto.

## Conclusiones

- 1) Interrelaciones entre las afecciones quirúrgicas del abdomen y el estado grávido puerperal.
  - A) La influencia del estado grávido puerperal sobre las afecciones del abdomen que requieren tratamiento quirúrgico, se caracteriza por:
    - a) No modificar la frecuencia de dichas afecciones.
    - b) Puede ser cansante de algunas situaciones de emergencia en los sectores viscerales, extragenital (por ejemplo, íleo grávido) y genitales (embarazo ectópico, roturas uterinas, hematomas del ligamento ancho, etc.).
    - c) Puede causar complicaciones de afecciones preexistentes (torsión de quistes del ovario, sufrimiento de miomas, etc.) o agravar la evolución de las enfermedades concomitantes (por ejemplo, las apendicitis agudas).
    - d) Crea dificultades de diagnóstico por las modificaciones biológicas características del embarazo, como el aumento de la leucocitosis y la velocidad de eritrosedimentación, y por el desarrollo del útero grávido como tumor. Ellas pueden ser en general superadas, cuando el obstetra y el cirujano estudian la paciente en colaboración.

B) El embarazo puede ser comprometido por la enfermedad llamada quirúrgica del abdomen y por los procedimientos utilizados para su diagnóstico y para su tratamiento. Las consecuencias más graves son: 1) la interrupción prematura del embarazo: 2) las alteraciones del desarrollo del huevo (malformaciones, óbito fetal).

El riesgo mayor es el determinado por la afección en sí como consecuencia de las alteraciones generales del organismo materno (shock de cualquier etiología, desequilibrios metabólicos, acción de las toxinas microbianas, etc.) o por la irritación directa del útero en las peritonitis, por ejemplo.

En segundo orden hay que colocar los riesgos ocasionados por la intervención quirúrgica.

Los procedimientos diagnósticos comunes son inocuos. En lo referente al peligro ocasionado por las radiaciones, se acepta que desde el comienzo del embarazo se pueden realizar, con las precauciones debidas, estudios que no sometan al huevo a una larga exposición a los rayos X (dos o tres placas radiológicas). Están contraindicados los estudios radioisotópicos como los usados en gastroenterología.

2) Como el riesgo determinado por la intervención quirúrgica en sí es mucho menor que el de dejar evolucionar la mayoría de las afecciones agudas del abdomen, la laparotomía exploradora debe emplearse para completar un diagnóstico, cuando los datos provenientes de los procedimientos clínicos y de laboratorio no sean suficientes.

3) En las afecciones agudas del abdomen la terapéutica quirúrgica debe ser realizada con mayor urgencia que cuando no existe embarazo.

4) En las afecciones no agudas la intervención quirúrgica será decidida según las posibilidades evolutivas de la afección a tratar. Si ellas suponen un serio riesgo potencial para la madre, la terapéutica debe ser realizada, de preferencia durante el segundo trimestre de la gravidez. En este período el riesgo de la agresión quirúrgica se limita a la posible interrupción precoz del embarazo, puesto que ya ha terminado la etapa de organogénesis.

5) Las medidas terapéuticas destinadas a evitar la expulsión prematura del huevo son fundamentalmente de orden preventivo y consisten en evitar la irritación del miometrio por compresión, maniobras violentas, exposición excesiva del órgano. La única terapéutica disponible eficaz para disminuir la contractilidad uterina excesivamente aumentada, consiste en reposo absoluto en cama y administración de Ixoxsuprina. La progesterona aun en dosis muy altas, no ha mostrado ser eficaz en estos casos.

6) En la anestesia se debe tener especial cuidado en evitar: la hipoxia de cualquier naturaleza, el uso de vasoconstrictores, y las sustancias que estimulan la contractilidad uterina (la noradrenalina además de ser un vasoconstrictor, es un potente estimulante del miometrio).

7) La mayoría de las intervenciones quirúrgicas pueden realizarse sin necesidad de evacuar el útero. La evacuación uterina, particularmente la ope-

ración cesárea, debe considerarse más perjudicial que beneficiosa en el tratamiento de los procesos infecciosos agudos del abdomen.

8) La indicación de la interrupción del embarazo con feto no viable está prácticamente limitada a los casos de cánceres, en los que la terapéutica actínica o quirúrgica incide directamente sobre el útero.

9) La interrelación entre: embarazo, afecciones quirúrgicas del abdomen, procedimientos para su diagnóstico y tratamiento, obliga a que estos casos sean tratados por un equipo constituido por un obstetra, un cirujano y un anestesista. Cada uno con conocimientos y experiencia en las otras especialidades para poder actuar armónicamente en beneficio del binomio madre-feto.

Quiero expresar personalmente mi agradecimiento a los ponentes y a los concurrentes a esta reunión, por la colaboración prestada en la realización de esta Mesa.

Como portavoz del equipo que ha desarrollado este tema, hago público nuestro agradecimiento a las autoridades de la Sociedad de Ginecología del Uruguay y a las autoridades del 16º Congreso Uruguayo de Cirugía, por la distinción conferida al encargarnos del desarrollo de esta Mesa Redonda.

Dr. M. KARLEN.—El Comité Ejecutivo agradece a esta brillante Mesa Redonda. Ella se ha prolongado un poco, pero ha sido seguramente muy fructífera y ha llenado plenamente la finalidad que se ha propuesto.