

SHOCK POR DESHIDRATACION AGUDA (*)

Dres. Julio César Priario y Federico Gilardoni y Pte. Nelson Varela

Presentamos a la Sociedad de Cirugía un caso de deshidratación aguda con hiperazoemia extrarrenal, donde se muestra en forma elocuente los beneficios de la plasmoterapia y la transfusión.

No se trata de nada nuevo, pero dada la documentación clínica y de laboratorio, donde se puede apreciar en forma clara, casi experimental, el síndrome de deshidratación aguda y donde también se puede ver la mejoría por la hidratación, es que queremos comentarlo en esta media hora previa.

Se trata de una enferma de 34 años, internada en el Servicio del Prof. Stajano, que presentaba una fístula biliar externa, poscolecistectomía, la cual fué tratada por nosotros con el procedimiento de la aspiración continua. En esta forma recogimos diariamente cantidades apreciables de bilis, la cual reintegrábamos por vía gástrica.

El día 19 de Mayo observamos con sorpresa que el drenaje biliar alcanzaba a 1 lt. $\frac{1}{2}$ y concomitantemente la paciente entró en oliguria de 400 c.c., siendo su cloruria de 2 grs.

En los días siguientes el drenaje biliar estaba próximo a los 2 lts. Ante tal situación insistimos en reintegrarle en su casi totalidad, la bilis por sonda gástrica, a la vez que intentábamos recluir a la paciente.

En la noche del 23 de Mayo y como consecuencia de la abundante cantidad de bilis pasada por sonda gástrica, la paciente

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 6 de junio de 1951.

inicia un cuadro de vómitos incoercibles que se prolonga por toda la noche.

El 24 de Mayo por la mañana la encontramos en estado general gravísimo.

Frialdad y cianosis periférica. Cianosis de la cara. Lengua asada.

Pulso muy pequeño a 140 por minuto. P. A. imposible de determinar.

Lúcida, aunque discretamente deprimida, era consciente de su grave estado.

Era evidente que estábamos en presencia de un síndrome de deshidratación aguda. Esto fué confirmado por el laboratorio, pues el Hematocrito era de 55 %.

Proteinemia: 72 grs. %. (Antes hubo hipoproteinemia).

Urea en sangre: 1 gr. 20.

Cloruros: Ogr. 95.

En suma: Hemoconcentración e hiperazoemia extrarrenal. Shock por deshidratación.

Terapéutica instituida.

Sangre 1 litro.

Plasma 1 litro.

Suero Glucofisiológico 3 litros, intravenoso.

Suero Fisiológico 2 litros, subcutáneo.

A las 5 horas de este accidente ya se ha recobrado y recuperado, la temperatura periférica normal, aunque la lengua sigue seca.

El pulso es de 104 y la P. A. Mx. de 9.

A las 11 horas del accidente sigue mucho mejor. Pulso lleno de 110 y P. A. Mx. 11 y Mn. 7 1/2. Lengua que comienza a humedecerse.

Es digno de anotarse que durante todo este día no corrió una sola gota de bilis por el tubo de drenaje.

A las 24 horas se mantiene la mejoría, con el pulso y P. A. normales. Lengua húmeda.

Hematocrito de 36 %. Proteinemia 53,30 %. Urea 1 gr. 25. Cloruros 1 gr. 10.

Diuresis 750.

No hay drenaje biliar.

A las 48 horas el estado general es bueno. Pulso y P .A. normales.

Tolera bien la alimentación por boca.

Diuresis 1500 c.c.

Bilis 400 c.c.

Urea en el suero 0 gr. 55.

Cloruros en la orina 4 grs. 30.

Proteinemia 48 grs. 30.

Hematocrito 45 %.

Dr. García Capurro. — Los enfermos que pierden cantidades grandes de líquido y aquellos enfermos que por una razón cualquiera están en estado tal que no pueden gobernar por sí mismos las ingestiones y las secreciones, son enfermos que precisan tener un cuidado muy grande de vigilancia. Indudablemente para que un enfermo haga un accidente de este tipo, tiene que haber habido por lo menos unas horas o unos días, en los cuales la vigilancia se tuvo que relajar en algo, porque entonces pudo caer la enferma en estas condiciones.

Cuando yo hice el estudio sobre fístulas intestinales altas, tratadas con aspiración, también al principio tuvimos desequilibrios grandes, hasta que llegamos a organizar perfectamente bien el sistema por el cual se podía suplir lo que automáticamente no podía hacer el organismo.

Al principio tuvimos casos en los cuales tuvimos que dar 14 litros en un día, para compensar lo perdido en días anteriores, porque no habíamos podido desde el comienzo, empezar con nuestro sistema para que esto no pasara, pero después, una vez que se ha establecido bien el sistema, es difícil que el enfermo llegue a caer en estos accidentes. En realidad, dándole todo lo que pierde el enfermo, que le pertenece al enfermo y darle además 2 litros y medio de líquido, difícilmente el enfermo puede caer en uno de estos accidentes.

Ahora, parece indudablemente que es la vigilancia, y sobre todo la vigilancia del personal secundario que cumple con su obligación de darle al enfermo lo que corresponde y que la bilis drenada sea recogida cada pocas horas, 4 o 5 veces por día, y administrada por sonda al enfermo, porque si no, si las bilis se dejan en el bocal se estropean y no se le pueden volver a dar y si las cantidades que toma el enfermo no son las correspondientes puede suceder que el enfermo caiga en estos accidentes, como en este caso, de los cuales ha sido sacado con facilidad pero que el ideal es no permitir que la enferma pueda llegar a estas condiciones.

Dr. Prat. — Si no he comprendido mal, el caso tiene una fístula biliar y sobre esa fístula biliar fué que se hizo una aspiración continuada, y se caracterizó esto por sacar una gran cantidad de bilis hasta llegar a dos litros. Si mal no recuerdo, como dato fisiológico, la secreción biliar puede

calcularse alrededor de 1,200, 1,400 grs.; para mí el accidente este creo que ha sido fundamentalmente propiciado por el exceso de pérdida de bilis que a veces produce fenómenos y trastornos fundamentales. Hay un miembro argentino, que en este momento no recuerdo el nombre, que estudiando experimentalmente y sobre todo después en el hombre, los drenajes biliares, en casos parecidos recomendaba mucho, o en los casos muy pronunciados, que el drenaje se hiciera lentamente, progresivamente, porque el drenaje rápido había producido trastornos muy grandes, estados sincopales, estados de shock como se producen en las hemorragias vacuas, cuando se saca demasiado líquido.

Ahora, creo que esa pérdida tan grande de bilis que no pudo ser reintegrada con otro líquido de inmediato, creo que produjo estos desequilibrios humorales tan importantes que felizmente pudo ser neutralizado por el tratamiento que se ha hecho; pero esto lo pone a uno sobre aviso para en los casos de fistulas biliares tener cuidado con la aspiración de la fistula biliar, porque si se acentúa mucho esa salida, esa pérdida de bilis, puede dar trastornos como se observa en este caso, pero donde se observá algunos casos de drenajes biliares por ictericia, muy pronunciados, sin llegar a ningún caso como éste, pero debiendo tener mucho cuidado y vigilar mucho estos enfermos.

Dr. Stajano. — Yo he oído con mucho interés lo que ha dicho el Dr. Rafael García Capurro, respecto a la importancia que tiene la vigilancia de los postoperatorios en esos sujetos que pierden líquidos por drenajes prolongados, sucesivos, episódicos, y estoy completamente de acuerdo y quiero decir para satisfacción mía y como Jefe de Servicio, de que esta enferma hizo una deshidratación intensísima y llegó a descompensarse y esta en pre mortem, estaba agonizando una mañana en nuestro Servicio, estaba realmente fría y seguramente se hubiera muerto, yo estaba convencido que se iba a morir en dos horas. Todo el personal: asistentes, Jefe de Sala, el personal subalterno y todo el mundo colaboró y se pusieron al lado de la enferma y la sacaron de vuelta, al punto que me fuí convencido que se trabajaba y se salvó por la situación tan bien llevada y fundamentada.

De manera que la vigilancia antes del desequilibrio y después del desequilibrio estuvo hecha; es una cuestión de personal de servicio y de médicos que cuidan al enfermo en la sala. El cirujano opera y se va, de manera que el personal cuida. Esto es para reconocer que el cuidado vigilante permite salvar a un enfermo que de otro modo se moriría.

En lo que dijo el Profesor Prat estoy completamente de acuerdo, me place mucho oírlo, porque este asunto se planteó en el Ateneo, donde aprendemos cambiando ideas, y lo que dice el Profesor Prat es muy exacto; nosotros llegamos a la conclusión de que este enfermo se había deshidratado por la aspiración continua, aspiración continua llevada en una forma intensa, drenando, del aspirador o la sonda en pleno foco de la fistula y que produce una aspiración masiva de todo el producto de

secreción de las vías biliares y una depresión vacua o seguramente es una causa agresiva.

Además pensamos con él que un drenaje biliar y 2 litros de bilis, es una cosa enorme. No he visto en una retención biliar hasta más cerrada, dar 2 litros de bilis, no he visto, y no sé si el Dr. Prat o alguna persona lo ha visto.

Drenajes de 800, de 900, 1,000, 1,200, 1,300, sí, pero dos litros o más de bilis es una enormidad y la hipótesis que sostuvo el Dr. Suiffet en el Ateneo nuestro, fué que el contenido de líquido de aspiración, no era simplemente bilis, sino que era bilis y contenido duodenal, y esa hipótesis de que la aspiración haya traído líquido duodenal al exterior mezclado con la bilis por el aspirador eléctrico es muy plausible, muy posible, por cuanto aquí se ha presentado un caso con autopsia del Dr. Di Vecchi de la Clínica, enfermo que hizo una fístula duodenal y se pensó en fístula duodenal por ulceración del colédoco. El enfermo se murió, le hicimos la autopsia y trajimos la pieza a la Sociedad de Cirugía y la fístula era por cierto de esfínter de Odi, estaba distendido y abierto, de manera que el drenaje que se había hecho en ese caso, había permitido extraer bilis y al mismo tiempo contenido duodenal por un Odi ampliamente permeable, de manera que la aspiración de bilis dió de 1 a 2 de líquido como en ese caso esa hipótesis del Dr. Suiffet. Estoy de acuerdo con el Dr. Prat sobre los drenajes agudos, intensos, de manera que yo estoy muy satisfecho de esta discusión y me alegro que hayan traído esta comunicación que es muy instructiva para todos.

Dr. Bosch. — Yo, haciendo memoria, tengo presente dos pacientes en que estudié justamente lo que el Dr. Priario acaba de presentar. Una era justamente una enferma de cirugía A con fístula operatoria de coledocostomía, en la cual no se llevó un control perfecto de su balance hídrico, hizo un estado de shock con un estado pre mortem del cual salió bastante bien. El profesor Larghero, a partir de ahí, empezó a dar las normas a que aludió el Dr. García Capurro, exigiendo un control estricto y diario sobre la eliminación e introducción de líquidos en el organismo, tanto que es norma en nuestro Servicio, en cualquier enfermo que tenga una fístula operatoria, llevar un control severo, exigiendo al personal secundario. Estoy de acuerdo con lo que dice el Profesor Prat y el Dr. Stajano en pensar que la aspiración haya sido el factor decisivo para exacerbar la secreción de líquido biliar, pero me suscribo también a lo dicho por el Dr. García Capurro, que sin aspiración, el solo hecho de la fístula biliar puede llevar sin control riguroso a la eliminación, a desequilibrios humorales que llevan al estado de shock secundario.

Dr. Priario. — A nosotros nos cabe agradecer a todos los presentes que se han ocupado de esta comunicación y quería agregar una sola cosa, en lo que se refiere al Dr. García Capurro principalmente: esta enferma fué bien seguida por el personal secundario, lástima que la gráfica no

pudo ser bien proyectada, ya en los días anteriores al accidente agudo, se veía cómo la paciente aumentaba su flujo biliar y entraba en oliguria, quiere decir que la enferma se estaba deshidratando progresivamente. Nosotros tomamos esto con un criterio demasiado simplista y pensamos que con el reintegro de la bilis por vía gástrica, podía recuperarse. Los hechos nos demostraron que estuvimos en un error, que pudimos evitar este accidente, si se hubiera hidratado con plasma, sangre o suero a esta enferma en los días anteriores.
