

CORRELATO.

EL TRATAMIENTO MEDICO PRE Y POSTOPERATORIO DEL ULCEROSO Y LOS SUFRIMIENTOS POSTGASTRECTOMIA

Dr. WALTER MESCIA

El tratamiento médico de un ulceroso que va a ser sometido a la intervención quirúrgica, supone un conocimiento profundo de cada caso individual.

En general resulta fácil hacer una indicación operatoria en las tres complicaciones clásicas (hemorragia, estenosis o perforación). Si en otras circunstancias el enfermo es sometido a la intervención, es cuando más se necesita de la total comprensión del médico para la enfermedad de su paciente. Todos sabemos que el fracaso de ciertas intervenciones no responde al error técnico quirúrgico —hoy felizmente superado— sino a lo desacerchado e inoportuno de la indicación operatoria.

Esto sucede con más frecuencia en el ulceroso duodenal que en el gástrico. No sólo se debe a que el primero abunde mucho más que el segundo, sino a que su enfermedad en muchos casos, no en todos, es diferente. En efecto, el ulceroso duodenal es un paciente en el que la úlcera es un elemento más de su enfermedad, pero no es todo. La personalidad del duodenal es diferente a la personalidad del gástrico. En el aspecto psíquico del duodenal es donde descubriremos toda su ansiedad, su actividad un tanto anárquica, su espíritu de independencia, al mismo tiempo que una tendencia a buscar refugio en su enfermedad, frente a un fracaso en la lucha por la vida, que lo hace mostrar con su aspecto ambivalente.

El Dr. Tobler se ha de referir a todo este capítulo tan interesante de los ulcerosos. Pero permítasenos decir, que nunca el médico debe desconocer la importancia que significa saber oír a

minuyen la motilidad; 5º) los factores que actúan aumentando las secreciones alcalinas del duodeno; 6º) la importancia de los antiácidos; 7º) los sedantes.

1º) *El reposo psicofísico y supresión de tóxicos.*— El reposo psicofísico es importante, pues evita el stress que tanto mal hace al ulceroso. Si suponemos que el reposo en cama no traerá preocupaciones (por el problema de trabajo, económico, etc.) lo aconsejamos por un término de veinte días. Deben ser suprimidos el alcohol, tabaco, café y el exceso de té.

2º) *La dieta.*— Por intermedio de alimentos blandos y dados en forma fraccionada se puede diluir, neutralizar y amortiguar el ácido clorhídrico.

La mayoría de las veces la leche puede ser utilizada sola o con el agregado de crema de leche, que puede coadyuvar también magníficamente. Hay un buen aporte proteico, hidrocarbonado y graso. Las grasas se precisan, pues enlentecen la evacuación gástrica.

Lo que aquí nos interesa recordar es que un paciente que se prepara para la operación, debe tener una dieta con buen aporte proteico. Son de gran ayuda las proteínas derivadas de la leche, como el caseinato, así como también la clara de huevo cocida. Fácilmente se puede llegar a dar 100 grs. de proteínas diarias. Nosotros damos también carne evitando la costra.

Es de interés recordar que el enfermo no tiene porqué ser cebado, lo que dificultaría la operación. Componer una dieta biliar o misma horaria es muy fácil.

La dieta no sólo debe ser considerada como alimento, sino que debe actuar como agente neutralizador y mismo tóxico curativo sobre la úlcera.

3º) *Manera de evitar la secreción de jugo gástrico y de gastrina.*— Se disminuye la secreción de gastrina por la dieta blanda sin sustancias extractivas derivadas de la carne, evitando la distensión antral y fraccionando las comidas.

La dieta indicada evita los secretagogos de origen duodenal que estimulan las células parietales; por tanto, deben evitarse el café y el alcohol.

También lo hacemos por intermedio de los agentes vagolíticos que actúan en la sinapsis inhibiendo o anteponiéndose a la acetilcolina. En general, se usa una tableta cada seis horas,

su paciente; ya ésto suele ser un alivio, sintiéndose comprendido y viendo que su médico ya no lo trata como un caso más. Saberse conquistar la confianza del enfermo, saberlo conducir y aún más, sentirse su consejero, es tarea que depende de la habilidad del médico, de su práctica profesional y de ese sinnúmero de factores indispensables que hace que ejerza influencia de amistad y de confianza sobre su enfermo.

También el ulceroso duodenal suele desviarse de la sintomatología clásica; así puede aparecer como un biliar. Otras veces el duodenal se presenta con síntomas difusos; abundan hechos que traducen una tormenta neurovegetativa difícil de explicar: plenitud y latido epigástrico, sensaciones lipotímicas, sudores, mareos, etc. Es un ulceroso complejo, decimos: ¡cuidado! Ese paciente es difícil de tratar, más que ninguno; pero deberá ser más contemplado y a menos que tenga una neta indicación quirúrgica, no se operará. Ya lleva un terreno predispuesto a un sufrimiento postgastrectomía; es más, algunos padecen —como ciertos enfermos del colon— un síndrome del “dumping” sin ser operados del estómago.

Un síndrome pilórico puede ser puramente funcional y no habrá que precipitarse a la intervención.

Así podríamos seguir analizando situaciones en las que el tratamiento resulta difícil, pero no imposible. Y si hemos hablado de ésto, es porque algunas veces a esos enfermos se los declara intratables y se recurre a la cirugía, sin que en realidad la necesiten.

En resumen, hay un tratamiento para cada ulceroso, lo que supone un buen conocimiento de la etiopatogenia de la enfermedad. Por supuesto que existen medidas generales que hay que conocer.

Los esfuerzos del médico que trata una úlcera gastroduodenal deben ser dirigidos a evitar la producción de ácido clorhídrico o limitar su actividad y a disminuir la motilidad gastroduodenal, factores importantes de la producción del dolor. Siempre que se pueda debe hacerse tratamiento médico racional antes de la operación. Para sus directivas seguiremos un criterio fisiológico. Consideraremos: 1º) el reposo psicofísico y supresión de tóxicos; 2º) la dieta; 3º) los factores que actúan evitando la secreción de gastrina y HCl; 4º) los factores que dis-

duplicando la última dosis de la noche. Cuando existe una estenosis pilórica no deben usarse, así como en los casos de hipotonía, prostatismo acentuado y glaucoma. Deben suspenderse veinticuatro horas antes de la intervención.

Además, es útil dar grasas para que se libere enterogastro-
ma y se frene así la secreción gástrica.

4^o) *Los factores que disminuyen la motilidad son:* los anticolinérgicos y la enterogastro-
ma.

5^o) *Manera de aumentar las secreciones alcalinas en el duodeno e intestino delgado.*— La leche y la crema de leche no sólo inhiben la secreción y motilidad gástrica, sino que favorecen la contracción vesicular y la secreción de jugo pancreático alcalino.

6^o) *Los antiácidos.*— Siguen siendo uno de los puntales de la terapéutica antiulcerosa; su efecto sintomático durante los períodos de actividad ulcerosa pueden ser maravillosos. No es nuestra intención hacer su clasificación. Siguiendo a Thomas Hunt preferimos el hidróxido de aluminio con trisilicato de magnesio. Los preparados a base de carboximetilcelulosa son buenos porque solucionan el problema de los estreñidos. Las resinas cambiasiones, las combinaciones de hidróxidos de aluminio con ácidos aminados nos han dado buenos resultados. En general, damos los antiácidos media a una hora después de cada toma de alimento.

Hemos instituido el goteo continuo de hidróxido de aluminio y leche (Winkelstein), cuando el dolor es grande.

7^o) *Los sedantes.*— Los sedantes de tipo fenobarbital nos parecen de enorme utilidad y recordamos que los rusos han preconizado el sueño prolongado, que algunas veces hemos hecho con buen resultado. Las drogas atarácicas son eficaces.

TRATAMIENTO PREOPERATORIO

El tratamiento preoperatorio puede tener que hacerse en dos circunstancias en relación al estado nutricional: I) enfermo equilibrado y II) no equilibrado.

I) *Enfermo equilibrado.*— Criterio a seguir: observación clínica, psíquica y de laboratorio.

La última se hace por proteinemia, volemia, hemograma completo, urea, glucemia, orina completa.

La observación clínica muestra si no existe ninguna tara orgánica.

Si todos los exámenes dan normal, no se necesita mayor preparación humoral. Conviene ingresar al enfermo dos días antes e irle lavando el estómago en ayunas y dos horas después de la última comida. En general, aconsejamos llevar al enfermo intubado a la sala de operaciones (algunos no lo hacen). Creemos que es útil hacer los lavados previos retirando luego la sonda, incluso porque ya se instruye al paciente y no se le toma desprevenido para el postoperatorio.

La dieta puede ser amplia, blanda y fraccionada, con buen aspecto calórico y proteico, dándole leche, carne molida, caseinato, merengues, etc. Es un régimen que el enfermo acepta gustoso. No debe ser libre.

La noche antes de la operación se le debe dar un lavaje intestinal. Una cápsula de amital para dormir. Una hora antes de la operación se le indica petidina y atropina.

Preparación psíquica.— Ya empieza por el internamiento. Se le explica en qué consistirá su operación, dándole las razones que lo llevan a intervenir. Se le pide su colaboración y se le habla de la necesidad de recibir sueros los días siguientes a la intervención.

Que haga ejercicios respiratorios y de miembros inferiores cuando se le pida; que se calmará cada vez que sea necesario.

II) *Enfermo no equilibrado.*— Es muy importante el preoperatorio. Las causas del desequilibrio pueden no depender de la enfermedad ulcerosa, estando aparentemente el enfermo equilibrado, pero al examen físico aparecen fallas orgánicas. Puede depender de un estado de enfisema con mala oxigenación pulmonar; de la insuficiencia cardíaca o de cualquier otra afección concomitante a la úlcera. Se comprende la utilidad del examen electrocardiográfico, radiografía de tórax, etc. El equilibrio dependerá del tipo de enfermedad. Tratar de eliminar todo foco séptico.

El desequilibrio puede estar ligado a una complicación ulcerosa como la hemorragia, la estenosis pilórica, la infección por perforación y peritonitis, o mala nutrición por tratamiento incorrecto.

Desequilibrio por hemorragia.— Por razones de espacio nos es imposible tratar esta complicación; sólo queremos recordar la necesidad que puede existir de transfusiones masivas.

Infección.— El cirujano decidirá si hace o no gastrectomía. Hay que dar antibióticos, prefiriendo, en general, la terramicina. Si ha vomitado se le puede administrar junto con suero glucofisiológico, que de esta manera corrige el trastorno hidroelectrolítico. Esta etapa es muy corta cuando el diagnóstico y la operación se han decidido.

Enfermo con estenosis pilórica.— El estenosado puede ser un deshidratado, desequilibrado desde el punto de vista electrolítico, con alteraciones del metabolismo ácidobase. Puede tener desnutrición, anemia e hipoproteinemia.

Como tiene una gastritis y un cráter infectado, damos antibióticos (penicilina y estreptomycin de acción lenta).

El grado de deshidratación se mide en la piel y en las mucosas; en la primera se nota el pliegue cutáneo perezoso; es más interesante mirar las mucosas yugales, que no están en contacto con el aire, como la lengua, pues si están secas hay gran deshidratación. Se debe interrogar el número y calidad de los vómitos, así como el tiempo que hace que vomita. De esa manera—siguiendo el consejo de Bland—interrogamos la pérdida acuosa. Con el vómito se pierden cloruros que pueden llevar al paciente al estado de alcalosis con respiración superficial y espasmódica e incluso con signos de tetania. Es un índice de que hay que rechlorurar. En los casos de estenosis aconsejamos poner sonda a permanencia que termine en un bocal y aspiramos por ella (por aspiración continua durante cuarenta y ocho horas). Se da 100 grs. de leche citratada cada hora. Al término de algunos días se puede ver si el paciente retiene menos (habiendo retirado la aspiración continua). Si la retención es menor de 500 centímetros cúbicos en veinticuatro horas ya se puede retirar la sonda y ampliar la dieta. En una aspiración continua de veinticuatro horas se debe compensar al paciente y puede necesitarse hasta 4.500 c.c. de solución salina isotónica con dextrosa al 5%. Como se pierden más cloruros se puede agregar 20 grs. de cloruro de amonio por litro. El enfermo se sigue con los cloruros en la orina y se debe tener con diuresis alrededor de 1.500 c.c.

A veces equilibrado de su decloruración y sin alcalosis mantiene una gran adinamia, reflejos débiles, músculos flácidos, taquicardia acentuada, respiración superficial y abdomen distendido. Ese paciente que ha estado vomitando y que luego ha sido puesto a tratamiento por vía parenteral con suero glucoclorurado, a quien se le lava el estómago y se encuentra siempre con mucho líquido de retención, tiene su vía oral prácticamente clausurada. Reúne las condiciones para sospechar una hipopotasemia.

El potasio rige en mucho la fibra muscular (cardíaca, esquelética y lisa intestinal). Se justifica la taquicardia, astenia, respiración superficial y distensión abdominal durante la hipopotasemia.

El cuadro clínico cobra interés si en el paciente hubieron pérdidas y en el estenosado las hay, pues se sabe que el jugo gástrico con o sin ácido clorhídrico contiene 16 miliequivalentes de potasio por litro. Se exageran las pérdidas cuando se administra agua, cloruro de sodio y glucosa, pues al aumentar la diuresis se establece una pérdida urinaria del potasio.

Sabemos que hablar del potasio es casi un snobismo. Pero es necesario saber reconocer que pueden existir alteraciones metabólicas que obedecen a una hipopotasemia y que aparecen en las circunstancias antedichas. Entonces debemos pedir un electrocardiograma y si aparecen signos de descenso del potasio, como son el alargamiento del espacio QT, modificaciones de ST e inversión de T, la situación queda definida. Debe darse potasio bajo forma de cloruro (un gramo contiene 13,4 miliequivalentes) o mejor una solución de fosfato dibásico y fosfato monobásico de potasio. Se pueden tener esas sales disueltas en pequeña cantidad de agua y dosificadas en miliequivalentes, para ser agregadas a las soluciones glucosadas o cloruradas. Siempre que se dé es mejor no dar en exceso, pudiendo bastar de 60 a 100 miliequivalentes. Como dice Gross, se han muerto más enfermos por exceso de potasio que por déficit. Nunca darlo cuando la diuresis es baja o existe insuficiencia renal, salvo estricto control humoral y electrocardiográfico.

Los iones mejor darlos en soluciones de glucosa al 5 %, con lo que hacemos un aporte calórico.

Puede verse una hipoproteïnemia que se corregirá con plasma o hidrolizados de proteínas. Cuando se pueda, usar la vía oral. Se empieza a usar la albúmina humana.

La anemia debe ser corregida, si existe, por intermedio de las transfusiones de sangre total.

Es importante el aporte de complejo B y de vitamina C.

Enfermo mal nutrido.— Se debe a alimentación insuficiente o mal reglada. Una corrección en la alimentación o la sustitución de la dieta clásica por una dieta a cenizas ácidas (Barros Mendía); una comprensión psicológica o la separación de su trabajo, etc., pueden solucionar la situación. Tienen descenso ponderal, hipoproteinemia, hipovolemia y aumento del espacio intersticial. La cirugía puede desequilibrarlos fatalmente. Si se les interviene, deben ser perfectamente equilibrados.

TRATAMIENTO INTRAOPERATORIO

Seremos muy breves. No debe exagerarse la administración de agua y sal. Lo ideal es que la cantidad de sangre que se dé, sea igual que la perdida. En una gastrectomía suele necesitarse 750 grs. de sangre.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

Es más sencillo si el enfermo fue bien preparado. Una técnica quirúrgica correcta también lo simplificará.

Como calmantes usamos la petidina o similares, que alternamos con analgésicos más comunes (derivados de la pirazolona). Se deben anotar las dosis inyectadas para no excederse.

En una persona de edad o con antecedentes cardiovasculares debe vigilarse el corazón; un dolor torácico o una arritmia pueden traducir una hipervolemia.

Es importante poner al enfermo en posición cómoda para evitar dolores.

Cuidar el aparato urinario observando la diuresis. Buscar la manera como pueda orinar espontáneamente, sea por los cambios de posición, ruido de la canilla, etc. Se sondará si es necesario.

Vigilar los miembros inferiores por las complicaciones venosas haciendo gimnasia profiláctica.

Mantener buena ventilación pulmonar por ejercicios y cambios de posición. Tratar la complicación si aparece.

Como el gastrectomizado debe permanecer doce a cuarenta y ocho horas sin aporte por vía oral, el suministro de agua y electrolitos es fundamental; se tendrá en cuenta el aporte calórico.

En general, se es demasiado esquemático en el suministro de agua y electrolitos por vía parenteral, observando un criterio de rutina y dando demasiada agua y sal.

Sin embargo, es muy fácil reconocer que las pérdidas hídricas del organismo en esas primeras veinticuatro horas son escasas; en efecto, la diuresis está alrededor de medio litro después de una gran operación y a no mediar una infección o hipertermia la pérdida por la perspiración insensible y la respiración no pasan de un litro. Es decir, que las necesidades hídricas no son superiores al litro y medio o dos litros en las primeras veinticuatro horas.

En ese período las pérdidas de electrolitos son mínimas y prácticamente se puede decir que no existen (las únicas y escasas son las de la orina). Dos hechos caracterizan el postoperatorio: el ensanchamiento del espacio intersticial y el funcionamiento renal que ahorra agua y sodio. Son muchas las pruebas que se han aportado para definir la llamada enfermedad postoperatoria como una descarga de ACTH con hiperfuncionamiento de las suprarrenales (Eliel, Pearson y Rawson). Así se explica la caída de los eosinófilos, la retención de Na, la pérdida de K, el balance negativo del N, etc.

Es inútil y perjudicial el suministro de exageradas cantidades de cloruro de sodio. Nosotros acostumbramos dar una solución hipotónica como la que tiene el suero glucosado clorurado isotónico. Lo lógico es dar un litro de esta solución más un litro de suero glucosado isotónico, con lo que se tiene en cuenta el aporte calórico, aunque éste sea mínimo. La administración se puede hacer por vía intravenosa lenta o por vía subcutánea con el agregado de hialuronidasa. Se evita así un aporte innecesario, cuando no una sobrecarga del sistema cardiovascular; en los cardiopatas es preferible la vía subcutánea. En los días sucesivos el aporte hídrico se regirá observando las pérdidas que tenga el operado, para lo que se necesita anotarlas; diuresis y líquido de retención gástrica (que se restará al ingerido si hay aporte oral), como asimismo las pérdidas por la piel y la respiración.

Como algunas veces en los días que siguen a la gastrectomía puede haber sudores abundantes, éstos se tendrán en cuenta valorando que se pierde mucha agua por la piel, si el enfermo empapa sus ropas y necesita ser mudado; se podrá así prever una pérdida de dos litros, o a veces más, por el sudor. En un

disneico la pérdida de agua por la respiración es mayor que 500 gramos, pudiendo pasar el litro. En estos casos, habrá que aportar cloruro de sodio, pues aunque estas últimas pérdidas (sudor y respiración) son hipotónicas, el organismo,—para conservar la homeostasis— pierde electrólitos (fundamentalmente Cl y Na). Es de utilidad en estos casos la dosificación de cloruros en la orina.

Mucho se habla del desequilibrio metabólico y especialmente de la hipopotasemia del postoperatorio. Esta estaría de acuerdo con la descarga de ACTH. Pero tampoco debemos exagerar nuestras deducciones teóricas, creyendo ver en todo operado que marcha mal, una falta de potasio. Aquí se necesita del juicio clínico, de la observación global del paciente, del conocimiento de las circunstancias que precedieron a la operación o que se desarrollaron después de ella, para proceder con mesura y no dejar pasar por alto un error.

Si la clínica que ya anotáramos al hablar del estenosado se reproduce, si el paciente ha estado sostenido demasiado tiempo por la exclusiva vía parenteral, si se han administrado grandes cantidades de suero clorurado y glucosado, si la diuresis se mantuvo y si no existe otra complicación que explique el cuadro, el suministro del potasio puede ser salvador. Pero lo reiteramos, esto no es frecuente y creemos que se ha exagerado.

Reconocida esa situación debe darse potasio con precaución. Conviene darlo junto con el fosfato. En una gastrectomía no conviene nunca dar más que 100 miliequivalentes diarios. Debe hacerse control electrocardiográfico y en lo posible potasemia.

Es difícil llegar a la hiperpotasemia cuando hay una diuresis buena, pues el excedente de potasio se elimina por la orina. Más vale no dar potasio si hay oliguria o insuficiencia renal.

Si la corrección de la hipopotasemia no hace entrar todo en cauce, habrá que sospechar que algo se nos escapa. En general estamos por el quinto o sexto día de la operación; el aporte digestivo es nulo o malo; se torna difícil mantener el paciente por vía parenteral. Si la neoboca no funciona, o lo hace precariamente, puede ser necesaria la reintervención. Esa es la forma de corregir la verdadera causa de la hipopotasemia; aparecerán objetivadas las alteraciones que impidieron el aporte por vía oral y por tanto obstaculizaron el restablecimiento del equilibrio iónico; es muy difícil que un enfermo alimentado por boca, tenga

déficit de potasio, ya que el organismo se regulariza maravillosamente por sus vías naturales. Sale fuera de este trabajo hablar de esas complicaciones: trastornos del asa aferente o de la eferente, acodamientos, torsiones, oclusiones, peritonitis, dehiscencias, etc.

Ese diagnóstico se hará en base a la experiencia. No basta sólo preocuparse por el inventario de lo metabólico; se recordará las dificultades que surgieron en la intervención, si quedó alguna duda en la disposición de las asas, etc. Buscar la fiebre por la cuadrícula, hacer tacto rectal, examinar la herida, auscultar, hacer radiografías, leucocitosis, etc., siempre en el afán de buscar la verdadera causa de la situación. Se hará también un estudio electrocardiográfico, potasemia y cloruros en la orina. Con los datos de ingresos y excretas, de cloruros en líquidos excretados, de anemia o de hipoproteinemia, de pérdidas acuosas y electrolíticas, se hará la terapéutica pertinente y la reintervención en caso necesario.

Cuando existe un cuadro clínico y un laboratorio de acidosis convendrá la administración de lactato de sodio para dar más aporte básico; puede utilizarse la solución Hartman. En la alcalosis metabólica es mejor dar solamente cloruro de sodio isotónico.

El aporte vitamínico, necesario por varias razones, se hace con B₁ o mejor complejo B, 1 gramo de vitamina C y 10 mgs. de vitamina K.

Si el problema del shock, de la anemia o de la hemorragia existe, debe recurrirse a las transfusiones de plasma, de sangre o al uso de extractos suprarrenales. Puede ser de gran utilidad la utilización del Levofed.

En lo que al uso de antibióticos se refiere, creemos que deben darse en todo gastrectomizado. Pueden ser suficientes las preparaciones de penicilina y estreptomycinina de acción retardada. Si hay duda de la contaminación peritoneal, el uso de las tetraciclinas es útil, recurriendo algunos sistemáticamente a dichos antibióticos.

El manejo de la sonda gástrica.— Hemos visto que algunos cirujanos no la utilizan, seguros que la neoboca —quizá por su amplitud— funcionará correctamente. Pero su uso sigue siendo aconsejable. Ha de ser mantenida en correcta posición y debe tener suficiente longitud para que su extremidad distal alcance

a un bocal o frasco. No nos parece necesaria la aspiración sistemática; se aspira si el enfermo está incomodado. Es útil la aspiración a la mañana siguiente a la gastrectomía. Debe medirse todo el líquido que se aspire o salga por la sonda. En general, veinticuatro horas después de la operación, a veces antes, puede darse 50 grs. de agua por boca cada hora, anotando en una cartilla la cantidad suministrada. Así, en la visita de la noche, ya podemos ver qué cantidad de líquido tiene, su color, presencia o ausencia de sangre o de bilis. Sabremos si la neoboca ha comenzado a funcionar, lo que se confirmará al día siguiente. En general, al empezar el tercer día, a veces antes, la neoboca ya funciona, pues lo que recobe el bocal es menor que lo ingerido. Por esa fecha podemos retirar la sonda. Al día siguiente, si el enfermo está bien, no la colocamos. Pero ante cualquier molestia preferimos reintroducirla, medir el líquido aspirado y hacer un lavado suave con 20 a 40 c.c. de suero fisiológico.

Si pasado el cuarto o quinto día el enfermo no tiene su neoboca en función, empezamos a preocuparnos y dejamos sonda a permanencia. Por esa fecha debe hacerse un examen radiológico simple de abdomen y medirse cuidadosamente las ingestas y excretas. El funcionamiento de la neoboca se seguirá por el bocal. Es de gran utilidad el control radiológico reiterado. Por el quinto a séptimo día puede plantearse la reintervención, siempre tratando de tener al enfermo lo mejor equilibrado.

Alimentación del operado.— En las primeras doce a veinticuatro horas, dieta absoluta. Ya dijimos que luego se empieza con 50 grs. de agua cada hora. Al tercer día seguimos igual esquema, pero damos leche al tercio o leche desecada (una cucharadita para 50 grs. de agua). El cuarto día damos 100 grs. de leche al tercio o si el enfermo tiene una buena tolerancia al medio; o dos cucharaditas de leche desecada en 100 grs. de agua. Si no hay complicaciones ya no damos sueros. Al quinto día damos 150 grs. cada dos horas de leche al medio o 4 cucharaditas de leche desecada. Dos caldos de verdura (ni ajo ni cebolla).

Al sexto día leche pura y agregamos sopa preparada con el mismo caldo.

Al séptimo día agregamos a lo anterior un huevo y puré de papa, zapallo y zanahoria con aceite o manteca.

Al octavo día ya se puede dar arroz blanco, flan o fruta cocida con poca azúcar. Y damos leche o las comidas mencionadas a hora 7, 9, 11, 15, 18 y 21.

Si el enfermo nos hiciera un "dumping" sustituimos leche por caseinato y damos comidas espesas evitando las hiperazucaradas. Damos muy pronto carne y aconsejamos que se acueste en seguida de comer.

Existe una complicación frecuente en el postoperatorio inmediato del gastrectomizado, a la que nos vamos a referir brevemente. Es la diarrea. En general, carece de importancia y aún no conocemos bien sus causas, aunque hablamos de una falta de sincronización a la nueva situación, de una yeyunitis o disbacteriosis, etc. De pronóstico benigno, puede, sin embargo, prolongarse como para entrar en sospechas de una gastroileostomía. Su tratamiento debe hacerse con supresión de leche; suministro de proteínas bajo forma de caseinato, merengues y carne molida; caldos de verduras con arroz, arroz blanco con aceite, manzana asada. Es de utilidad 2 grs. de carbonato de calcio antes de las cuatro comidas y 3 comprimidos de páncreas después de almuerzo y cena; puede darse láudano, 15 gotas tres o cuatro veces.

Tratamiento médico de los sufrimientos postgastrectomía.— El tratamiento médico debe observarse estrictamente; puede ser la etapa previa para la reintervención.

En el llamado síndrome del "dumping" o sufrimiento precoz deben tenerse en cuenta varios factores.

Se debe pensar que todo gastrectomizado es un mutilado visceral, que debe readaptarse a su nueva situación y, por tanto, se debe esperar hasta años, siempre con la esperanza de llegar a un equilibrio.

De acuerdo con nuestra experiencia el síndrome del "dumping" es bastante frecuente, si se investiga o se oyen nuestros pacientes, pero es rara la forma grave.

Se tratará de mejorar el estudio general de nutrición ya que los desnutridos son los que más hacen este sufrimiento. El reposo será regido de acuerdo con las circunstancias, necesitando en las formas graves ser puesto en cama largos períodos. Siempre se hará reposo postprandial.

Las comidas serán frecuentes, no copiosas, pobres en líquidos, aunque blandas. El propio enfermo hará su selección. Se evitará la comida muy azucarada y la leche si hay intolerancia. Debe ser una dieta proteica.

Las transfusiones de 200 grs. de sangre repetidas se prescribirán para mejorar el estado general.

Puede ser de interés la medicación ácida y polienzimática.

Jasinski y Ott han aconsejado el hierro por boca o inyectable. Deben darse preparados vitamínicos, sobre todo complejo B. Se ensayarán anticolinérgicos.

Stein aconseja los antihistamínicos. Finalmente se ha preconizado la infiltración con novocaína de los espláncnicos o del simpático lumbar.

Es difícil que podamos establecer la real eficacia de esta terapéutica, dada la tendencia general a desaparecer de este tipo de sufrimiento.

En cuanto al síndrome tardío podemos casi repetir lo anterior y decir: 1^o) Que cuando se le busca aparece con más frecuencia que lo que se cree. 2^o) Que raramente es grave. 3^o) Que su tratamiento es similar y debe evitarse todo excitante de la secreción pancreática como las comidas muy azucaradas, el té y café. Se ha aconsejado la cortisona; no hemos tenido necesidad de recurrir a ella y reconocemos su uso como peligroso, debiendo prescribirse si existe clorhidria o temor de recidiva ulcerosa.

En el síndrome del asa aferente, el tratamiento médico debe ser el de todo gastrectomizado. En algún caso los anticolinérgicos dan mejoría; en cambio, no deben darse sales biliares que aumentarían el flujo biliar; sabemos que estos pacientes experimentan mejoría cuando tienen el vómito bilioso.

El úlcus péptico postoperatorio sin complicaciones debe tratarse como cualquier úlcus; recordar que casi siempre debe ser quirúrgico; si sangra o se perfora debe intervenirse sistemática-

Las gastroyeyunitis deben tratarse como un úlcus, recorriente-

En caso de fístula gastroyeyunocólica la desinfección del colon por los antibióticos apropiados, deben preceder a la operación.

Las gastroyeyunitis deben tratarse como un úlcus, recurriendo a los antiácidos si existe acidez alta.

En cuanto al síndrome de desnutrición debe darse importancia a la dieta hipercalórica (4 a 6.000 calorías) y al suministro de páncreas, bilis, vitaminas, etc. Pero estar alerta por cualquier otra causa de desnutrición como diabetes, hipertiroidismo, tuberculosis o neoplasia.

Ya hablamos de cómo tratar la diarrea.

La anemia se corregirá por dieta, hierro y transfusiones.

Los síndromes carenciales se tratan por dieta y vitaminas.

RESUMEN

Se establecen las dificultades que existen para la indicación quirúrgica, cuando ésta no surge de una complicación por hemorragia, estenosis o perforación.

Se insiste en la necesidad de reconocer las formas clínicas del ulcus, sobre todo duodenal, para tratarlo mejor desde el punto de vista médico. Tratar al enfermo en total y no sólo su úlcera.

Se aconseja el tratamiento racional estableciendo una terapéutica que enfoca el problema siguiendo un criterio fisiológico.

Se habla del preoperatorio inmediato en el enfermo equilibrado y desequilibrado.

Se aconseja la terapéutica para este último tipo de pacientes insistiendo en la necesidad del equilibrio humoral total.

Se hace el estudio del desequilibrio postoperatorio destacando sobre todo la corrección del metabolismo hidroelectrolítico.

Se enumeran los sufrimientos postgastrectomía y se plantea su tratamiento médico.

SUMMARY

The following considerations are included:

The difficulties existing for the surgical indication when not arising from complications due to hemorrhage, stenosis or perforations.

The necessity of recognizing the different clinic forms of the ulcer, especially the duodenal one, so as to treat it in the best way from the medical point of view; the total treatment of the patient and not only his ulcer.

A rational treatment by means of a therapeutics which manages the problem by following a physiological criterium.

The immediate pre-operative condition of both the balanced and unbalanced patients.

The therapeutics for the latter, insisting in the necessity of the total humoral equilibrium.

The post-operative disorder of the patient, emphasizing above all the correction of the hidro-electrolytic metabolism.

The post-gastrectomy sufferings and their medical treatment.

BIBLIOGRAFIA NACIONAL

- BARROS MENDIA.—Bases para el tratamiento dietético de la úlcera péptica. "Revista Brasileira de Gastroenterología", 6: 965-974; 1954.
- BERMUDEZ, O.—Tratamiento de las hemorragias masivas gastroduodenales. "Publicaciones del Instituto de Clínica Quirúrgica (R. O. del Uruguay)". Buenos Aires, 1953.
- BORDONI POSE, C.—Dietética de los ulcerosos gastroduodenales. "Arch. Urug. Med.", 2: 857-859; 1933.
- BUENO DE LOS RIOS, A.—Tratamiento parenteral de las úlceras gastroduodenales. "Día Méd. Urug.", 3: 816-820; 1939-1942.
- BUENO DE LOS RIOS, A.—Tratamiento de las úlceras gastroduodenales por la histidina. "Arch. Urug. Med.", 16: 437-448; 1940.
- CARRASCO VASQUEZ, J.—Los tratamientos parenterales del ulcus. "Día Méd. Urug.", 2: 43-46; 1936-1939.
- CHIFFLET, A.—Patología inmediata del estómago operado. "Segundo Congreso Argentino de Gastroenterología". Editorial Universitaria. Buenos Aires, 1953.
- CHIFFLET, A.—Gastrectomía. Obstrucción del sistema diverticular. Fístula duodenal. Ulcus yeyunal. "Bol. Soc. Cir. del Urug.", 25: 4, 289-307; 1954.
- DE CHIARA, J. C.—Úlcera péptica postoperatoria. "Publicaciones del Instituto de Clínica Quirúrgica (R. O. del Uruguay)". Buenos Aires, 1953.
- DEL CAMPO, J. C.—El duodeno de los gastrectomizados; Dumping-Syndrome. "An. Clin. Méd. A.", 5: 31-51; 1945-1950.
- DEL CAMPO, J. C.; COMAS, E. J. y OUTEDA, E.—El síndrome de Dumping. "Bol. Soc. Cir. del Urug.", XXI, 4; 1956.
- DEL CAMPO, J. C.—Síndrome de Dumping y cirugía. Relato al "IVº Congr. de l'Association des Sociétés Nationales Européennes et Méditerranéennes de Gastro-Entérologie. París, junio 1954.
- ESTAPE, C. A.—Algunas reflexiones sobre evolución y terapéutica médica de la úlcera gastroduodenal. "Día Méd. Urug.", 3: 202-203; 1939-1942.
- GAGGERO, A.—El tratamiento médico de la úlcera gastroduodenal. "Día Méd. Urug.", 1: 70-71; 1933-1936.
- GANDOLFO CANESSA, J. A.—Algunas consideraciones sobre tratamiento médico de las úlceras gástricas y duodenales. "Día Méd. Urug.", 2: 386-390; 1936-1939.

- LARGHERO, P.—Hemorragias gastroduodenales graves. "Arch. Urug. Med. Cir. y Esp.", 341; 1943.
- MORETTI, J. A.—Carencias alimentarias. Factor alérgico. Factores tóxicos. "Revista Brasileira de Gastroenterología", 6: 781-794; 1954.
- MUÑOZ MONTEAVARO, C.—Valor terapéutico del hidróxido de aluminio coloidal en gastroenterología. "An. Fac. Med. Montevideo", 32: 753-847; 1947.
- MUÑOZ MONTEAVARO, C.—El tratamiento de la úlcera gastroduodenal con la instilación continua de hidróxido de aluminio coloidal, por sonda permanente nasogástrica. "Arch. Urug. Med.", 30: 581-597; 1947.
- MUSSO, R.—El problema de la nutrición en el pre y postoperatorio del ulcero gastroduodenal. "An. Fac. Med. Montevideo", 31: 322-334; 1946.
- PRAT, D.—El síndrome del asa aferente después de la gastrectomía. "Bol. Soc. Cir. del Urug.", 26: 187-215; 1955.
- RUBIO, G.—Patología de la neoboca. "An. Clín. Méd. C.", 1: 277-298; 1938.
- RUBIO, G.—El médico en el pre y postoperatorio del enfermo de gastroenterología. "An. Clín. Méd. A.", 4: 134-156; 1941-1944.
- RUBIO, G. y DEL CAMPO, J. C.—Fistula gastroyeyunoélica. "An. Clín. Méd. C.", 1: 259-276; 1938.

BIBLIOGRAFIA EXTRANJERA

- AVERY, J.—"Modern trend of Gastroenterology". London, Butterworth & Co., 1952.
- BLAND, J. H.—"The clinical use of fluid and electrolyte". Philadelphia-London. Saunders, 1953.
- BOCKUS, H. L.—"Gastroenterology", Vol. I. Philadelphia-London. Saunders, 1946.
- BOCKUS, H. L.—"Post graduate Gastroenterology". Philadelphia-London. Saunders, 1950.
- BIKOV, K. M. y KURTZIN, I. T.—Trad. por S. Goluboff. "Teoría córtico-visceral de la patogenia de la enfermedad ulcerosa". Buenos Aires, Stilograf, 1955.
- BARBORKA, C. Y. and TEXTER, C.—Anticholinergic drugs. "The American Journal of Digestive Diseases", 1: 443-452; 1956.
- CAYER, D.—Prolonged anticholinergic therapy of duodenal ulcer. "The American Journal of Digestive Diseases", 1: 301-309; 1956.
- CHAPMAN; WYMAN; GAGNON; BENSON and LEXTON.—Comparative effects of pamine, bantnine and placebos on gastrointestinal motility. "Gastroenterology", 28: 500-509; 1955.
- DRAGSTEDT, L. R.—A concept of the etiology of gastric and duodenal ulcers. "Gastroenterology", 30: 208-220; 1956.
- FERNANDES PONTES and PFUHL NEVES, D.—Adrenal stimulation in the dumping syndrome. "Gastroenterology", 23: 431-440; 1953.

- GALLART MONES.—Consideraciones clínicas sobre las terapéuticas médica y quirúrgica de la úlcera gastroduodenal. "Revista Brasileira de Gastroenterología", 6: 733-744; 1954.
- GALLART MONES; EBBE NYMAN; NAZ et AUGUSTE.—"L'hipertension portale. Le Dumping Syndrome". Paris. Masson y Cie., 1954.
- HENNING, N.—Trad. Vidal Colomer. "Tratado didáctico de las enfermedades del aparato digestivo". Barcelona-Madrid-Lisboa. Ed. Científico-Médica, 1953.
- IVY-GROSSMANN y BACHRACHIL.—"Úlcera péptica". Trad. de Taggino y Williams de Taggino. Buenos Aires. El Ateneo, 1954.
- JOHNSON; Mc CORKLES and HARPER.—The problem of nutrition following total gastrectomy. "Gastroenterology", 28: 360-365; 1955.
- KASICH, A.; BOLEMAN, A. and RAFSKY, J.—Effects of Tryciclamol on gastric secretion and gastrointestinal motility in peptic ulcer. "The American Journal of Digestive Diseases", 1: 361-379; 1956.
- LEHMAN and POLLAK.—Dynamic evaluation of antacids. "Gastroenterology", 29: 46-55; 1955.
- MEEROFF, M.—"Temas de gastroenterología". Buenos Aires. Stilograf, 1956.
- MULLER, B.; PLATHEY, J. et BAYLE, J. J.—Troubles électrolytiques graves par l'emploi abusif durant des années de sulfate de magnésie et de bicarbonate de soude chez un ulcèreux. "Archives de maladies de l'appareil digestif et de la nutrition", 46: 233-236; 1957.
- Patología del estómago operado. "Segundo Congreso Argentino de Gastroenterología". Buenos Aires. Ed. Universitaria, 1953.
- POLAK and FERNANDES PONTES.—The causes of post-gastrectomy steatorrhea. "Gastroenterology", 30: 489-499; 1956.
- PORTIS, S. A.—Trad. de Capella Bustos. "Enfermedades del aparato digestivo". México. U.T.E.H.A., 1955.
- QUEMADA, J. M.—"El mutilado gástrico". Barcelona. E. Científico-Médica, 1957.
- RAUCH, F. and BIETER, R.—The treatment of post-prandial distress following gastric resection. "Gastroenterology", 23: 347-355; 1953.
- RIDER, A.; GIBBS, J.; SWADER, Y.; Van DER REIS and LEE, J.—"The American Journal of Digestive Diseases", 1: 287-293; 1956.
- SANDWEIS, D. J.—"Peptic ulcer". Philadelphia-London. Saunders, 1951.
- SPIRA, J. J.—"Gastro-duodenal ulcer". London. Butterworth & Co., 1956.
- STAPLER, N. M.—Las bases del tratamiento médico de las úlceras gástricas y duodenales. "Revista Brasileira de Gastroenterología", 6: 965-974; 1954.
- TURNER, F. P.—Hiperalimentation in the management of pyloric obstruction with comments on certain theoretical relationship between protein deficiency and peptic ulcer. "Gastroenterology", 29: 1061-1068; 1955.
- WEISSBERG, H. F.—"Metabolismo del agua y de los electrolitos". Trad. de N. R. Malinow. Buenos Aires. Ed. Artécnica.
- WELBOURN, R. B. and BOLLMAN, J.—Effect of gastric operations on loss of fecal fat in the dog. "Gastroenterology", 23: 441-451; 1953.
- WINKELSTEIN, A.—"Modern treatment of peptic ulcer. N. York. Oxford. Medical Publications, 1948.