

NUESTRA EXPERIENCIA ACERCA DEL «DUMPING» DE LOS GASTRECTOMIZADOS (I)

DR. FERMIN PALMA RODRIGUEZ

CIRUJANO DEL HOSPITAL PROVINCIAL

«Una pregunta que constantemente nos hacemos:

¿Los trastornos que acusan los ulcerosos gastroduodenales son todos debidos a esta manifestación local, o una parte de ellos deben de obedecer a trastornos generales, neurovegetativos, humorales, alérgicos, etc...? Si pudiésemos contestar afirmativamente a esta pregunta, tendríamos la clave de una serie de molestias que acusan los operados a los cuales se ha extirpado su úlcera, y sobre todo del por qué la gastrectomía no cura a todos los ulcerosos por amplia que sea».

E. GALLART MONÉS

SUMARIO: INTRODUCCIÓN AL TEMA.-MATERIAL PRESENTADO Y MÉTODO DE ESTUDIO.-
DISCUSIÓN Y COMENTARIO.-RESUMEN Y CONCLUSIONES.

INTRODUCCION

Como quiera que seguimos la cirugía gástrica desde hace algún tiempo y con una estadística comparable a cualquier centro de importancia (120 gastrectomías en el pasado 1953), hemos revisado nuestro fichero de estómagos operados y hemos sacado unas conclusiones referente al dumping de los gastrectomizados, que hoy traemos a estas líneas y que sometemos a la consideración de todos.

Se entiende por dumping el vaciamiento rápido del estómago como consecuencia de la gastrectomía. Lo definieron CUSTER, BUTT y WAUTT I, de la Mayo Clinic con cuatro síntomas, que pudiéramos decir

(1) Las seriografías de esta comunicación han sido hechas en la sección de radiodiagnóstico de nuestro Servicio Hospitalario.

SERIOGRAFÍAS CORRESPONDIENTES AL LOTE DE LOS PACIENTES
AFECTOS DE DUMPING

Figura 1.º

Observación A. M.

Enferma afecta de dumping.
Dilatación del asa yeyunal
como queriendo prolongar
la silueta del estómago.



Figura 2.º

Observación A. M.

El mismo caso anterior,
comprobado en otra
seriografía



Figura 3.º

Observación C. S.

Evacuación rapidísima.
Se aprecia dilatación del
asa yeyunal.



Figura 4.º

Observación C. S.

Imagen superponible al
anterior, aunque hay más
repleción yeyunal.

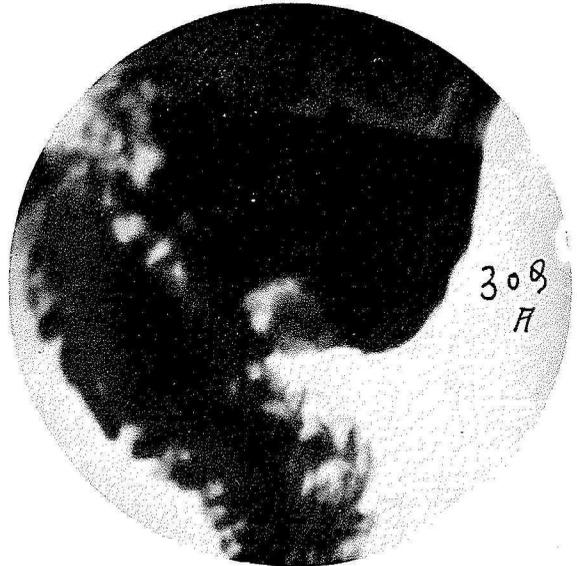


Figura 5.ª

Observación C. J.

Después de unos días de
tratamiento intenso los
síntomas remitieron.
Los signos radiológicos
poco variaron.

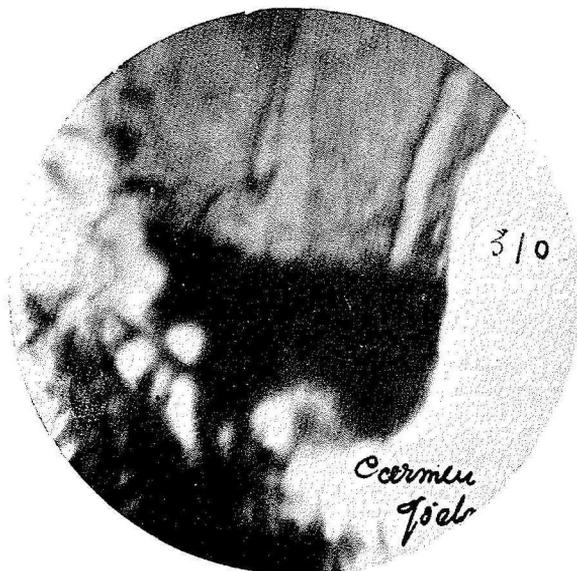


Figura 6.ª

Observación C. J.

Imagen radiológica super-
ponible a la anterior.



SERIOGRAFÍAS CORRESPONDIENTES AL LOTE DE LOS PACIENTES
AFECTOS DE DUMPING

Figura 7

Observación C. C. CH.

Otro caso afecto de
dumping. El signo radioló-
gico encontrado: dilatación
del asa yeyunal.



Figura 8

Observación C. C. CH.

El caso anterior. Se aprecia
perfectamente el asa
eferente. En la seriografía
anterior, el asa aferente.



SERIOGRAFIAS CORRESPONDIENTES AL OTRO LOTE DE LOS CASOS
SIN CUADRO CLÍNICO DE DUMPING

Figura 9.º

Observación R. U. F.

Imagen de yeyunitis.
No había síntomas post-
prandiales. Esta yeyunitis es,
sin duda, por la proximidad
de la operación.

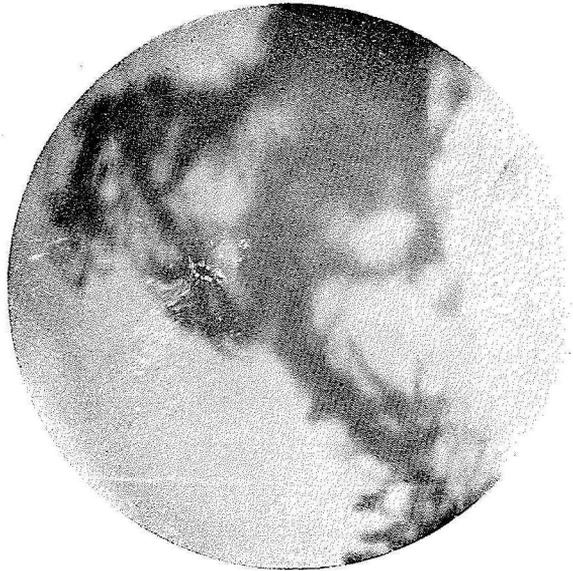
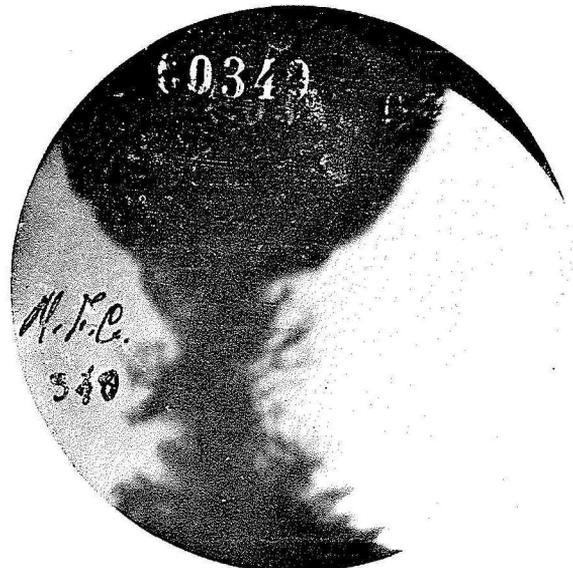


Figura 10

Observación M. F. C.

Evacuación típica en tromba,
y sin embargo el paciente no
aquejaba la más mínima
molestia.



SERIOGRAFÍAS CORRESPONDIENTES AL OTRO LOTE DE LOS CASOS
SIN CUADRO CLÍNICO DE DUMPING

Figura 11

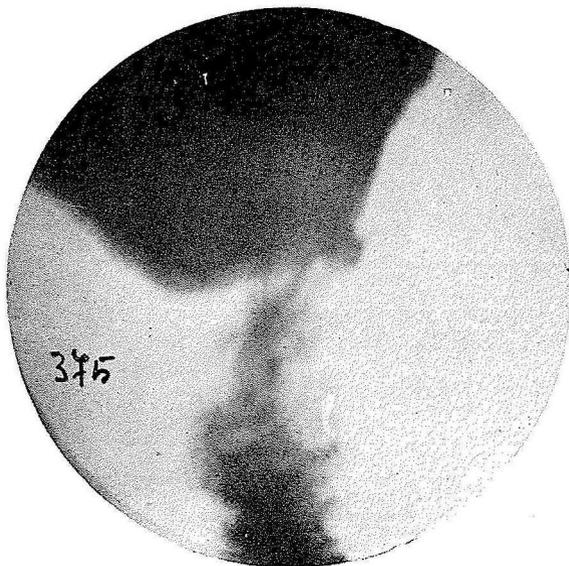
Observación P. M.

También sin síntomas
clínicos.



Figura 12

Observación A. G. S.



SERIOGRAFÍAS CORRESPONDIENTES AL OTRO LOTE DE LOS CASOS
SIN CUADRO CLÍNICO DE DUMPING

Figura 13

Observación A. F. C.



Figura 14

Observación J. O. C.

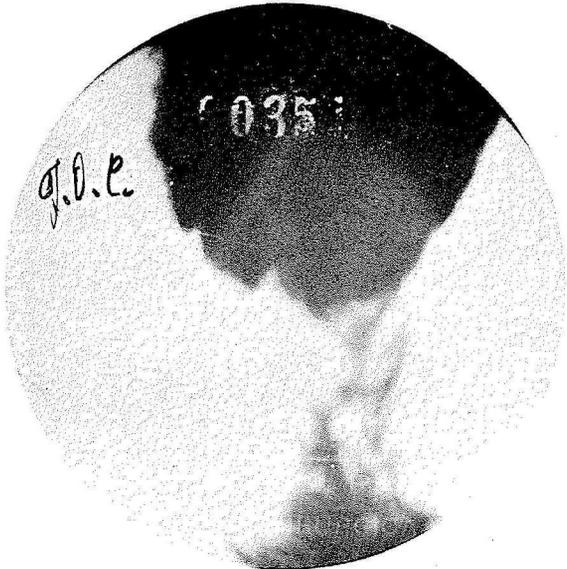


Figura 15

Observación Angeles C.

Gran dilatación gástrica
a nivel de curvatura mayor.
También sin síntomas.

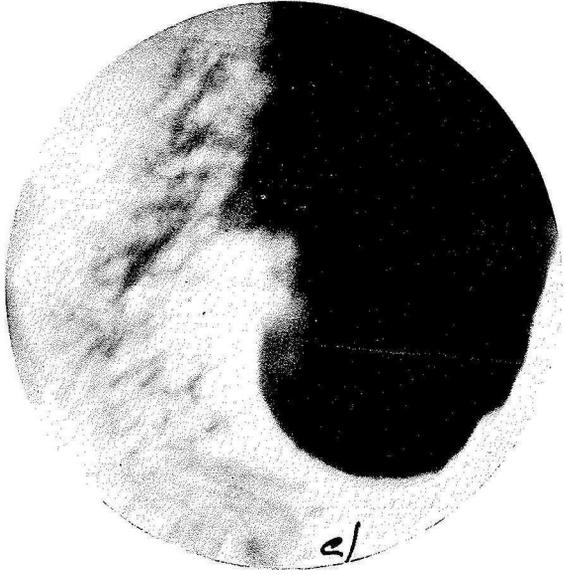


Figura 16

Observación Angeles C.

El mismo caso anterior.
Es resección con estoma
pequeño.

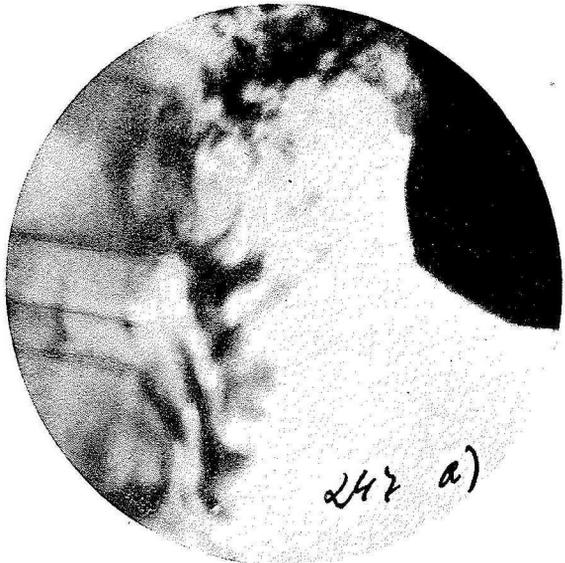


Figura 17

Observación M. C. S.

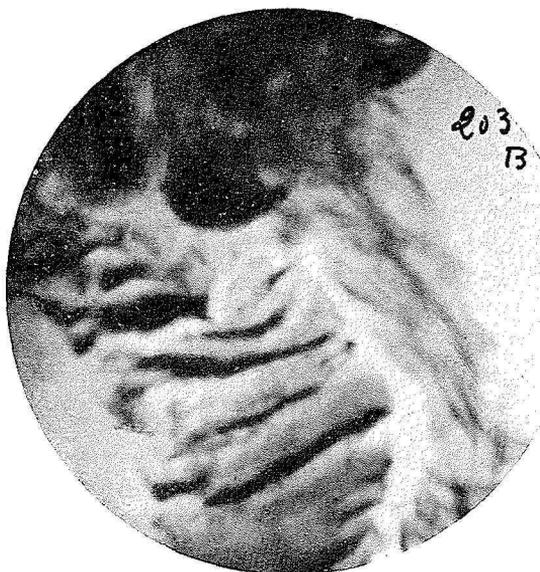
Enfermo afecto de ulcus en
boca anastomótica.
ué tratado con vaquectomía
transtorácica.



Figura 18

Observación M. C. S.

El mismo caso anterior.
La compresión graduada
permite visualizar los
pliegues de la mucosa
yeyunal.



patognómicos, y que se producen, aproximadamente, a los quince o treinta minutos de las ingestas. Estas molestias son más frecuentes en los primeros meses que siguen a la intervención y consisten en: a) náuseas y peso postprandial, b) sensación de calor y malestar general, c) sudor frío en cara, especialmente, y d) palpitaciones.

La explicación de este síndrome aún es discutida. La mayoría de los autores están de acuerdo en tres posibilidades para tratar de aclarar la patogenia del dumping. Ellas son: La distensión brusca del yeyuno, la hipoglucemia con hipotasemia y la yeyunitis.

La primera posibilidad, o distensión brusca del yeyuno, es común en los métodos del BILLROTH II con estoma amplio, tipo POLYA, y unas veces producen dumping y otras no. POTER y CLAMAN II, afirman que la distensión brusca yeyunal no puede considerarse como la causa primitiva del dumping, ya que si se usa levulosa en vez de dextrosa para distender el yeyuno, los síntomas de este síndrome, o sea el rubor, el sudor, y la laxitud, no se presentan. Quieren explicarlo más fácilmente por la hipoglucemia al absorberse los hidratos de carbono más rápidamente en los gastrectomizados, que al producir mayor insulina origina a su vez una hipoglucemia, alrededor de la hora, después de las comidas. A su vez la hipoglucemia puede desencadenar una descarga de adrenalina, manifestándose con los síntomas del dumping. Tiene esta teoría la duda de que en la clínica los síntomas del dumping son más precoces que el proceso que acabamos de describir.

HAMILTON SMITH, señalado por GARCÍA LLAURADO III, atribuye el dumping al déficit de potasio en el suero. Para explicar por estos hechos el dumping supone que la rápida e inadecuada absorción de los hidratos de carbono conduce a una hipoglucemia como hemos apuntado hace un momento, y como es sabido durante la formación y almacenamiento del glucógeno dentro de las células se forma una sal monopotásica de hexosadifosfato, que sería la causante de la hipokalemia.

En cuanto a la tercera posibilidad o yeyunitis, se basa en que la mayoría de los pacientes afectos de dumping tienen radiológicamente imágenes de esta afección. Se quiere explicar por la acción misma del vaciamiento rápido, o sea que sería consecuencia más que causa.

Hay que hacer constar como rasgo constante en todas las teorías el hecho predominante, o sea el de la evacuación rápida.

Después de esta breve introducción referente al concepto que sobre el dumping se tiene y la explicación que los autores le han dado, nosotros vamos a presentar nuestro material y después expondremos las conclusiones a las que hemos llegado.

MATERIAL Y METODO

Hemos estudiado nuestros últimos gastrectomizados en un número de cuarenta y creemos que el estudio del dumping debe ser hecho en los pacientes recién operados ya que más adelante tienden a compensarse estos fenómenos.

A todos ellos se les practicó la gastrectomía por el proceder de POLYA, unas veces antecólico (BALFOUR), y otras retrocólico. La exploración radiológica fué efectuada por nosotros mismos y el día anterior de la fecha de alta, a excepción de los que me vinieron con molestias después de haber pasado un tiempo de la operación, muy poco en todos ellos, ya que en el que más no sobrepasaron los tres meses.

De los cuarenta casos que presentamos treinta y cinco marcharon sin ningún trastorno postprandial. Los cinco restantes presentaron el dumping.

Al ser explorados radiológicamente nos encontramos con los siguientes resultados:

En el lote de los treinta y cinco, había pacientes que tenían signos radiológicos del dumping y sin embargo no acusaban molestias y dentro de estos signos radiológicos, del dumping, el más frecuente era, precisamente la evacuación en tromba más que la dilatación del asa yeyunal. Por el contrario, en el lote de los cinco con síntomas postprandiales lo que aparecía radiológicamente con más frecuencia era la dilatación del yeyuno tal y como puede observarse en las seriógrafías que presentamos.

Imágenes de yeyunitis se presentan en varias de ambos lotes y creemos al igual que la mayoría de los autores que se deben al vaciamiento rápido del estómago, aparte de que cuando la exploración está muy cerca de la intervención nada tiene de particular que aún persistan fenómenos flogósicos, especialmente en las cercanías de la boca anastomótica, como puede observarse perfectamente en la observación R. U. F.

DISCUSION

Cual es nuestro comentario? Sencillamente lo que hemos observado en nuestra práctica. Que enfermos con vaciamiento rápido no tienen ninguna molestia postprandial y que por lo tanto el que existan molestias en otros no se pueden explicar satisfactoriamente por el simple dumping.

Es posible y no lo preguntamos que los que no dan molestias sean enfermos con gran capacidad de compensación y que cualquiera

de las patogenicias que hemos dado al comienzo las compensen como decimos. Quedan por estudiar y comprobar si verdaderamente la hipopotasemia, como consecuencia de la hipoglucemia, es de trascendencia.

Otra de las preguntas sería si las molestias del dumping forman parte del síndrome general ulceroso, pues en la literatura se citan constantemente molestias semejantes en todo al dumping antes de la gastrectomía. Personalmente a este concepto le damos un gran valor y además creemos que todos los dedicados a estos problemas lo vendrán observando. Finalmente una buena reeducación del estómago de estos sujetos afectos del dumping mejoran, sin duda por que el organismo tiende a compensar la catástrofe que de momento origine una gastrectomía.

En cuanto a la importancia que muchos autores han dado al estoma pequeño en las gastrectomías (BILLROTH II HOFMEISTER-FINSTERER) para evitar la producción del dumping creemos que sería lo ideal si al reducir la boca anastomótica evitara las molestias de la gastrectomía; opinamos que evita el vaciamiento en tromba pero no los síntomas que venimos comentando, a juzgar por lo que nos dictan nuestros casos.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1) Hay enfermos con signos radiológicos de «dumping» que no manifiestan molestias de ninguna clase.
- 2) Es muy probable que los síntomas que muchos autores explican por el vaciamiento en tromba, sean ocasionadas por la enfermedad general ulcerosa (SINDROME GENERAL ULCEROSO) y no por la gastrectomía.
- 3) Muchas de estas molestias del llamado «dumping» se mejoran con el tiempo al compensarlas el organismo.
- 4) No consideramos al estoma pequeño de la gastrectomía como imprescindible para evitar las molestias postoperatoria, solo si para no tener vaciamiento en tromba.

BIBLIOGRAFIA

1. — CUSTER, J. R., F. E. BUTT y J. M. WAUGH. — Ann. Surg. 123: 410-418, 1946.
2. — POTER y CLAMAN — Ann. Surg. Vol. VIII. N.º 4, Abril 1949. Pág. 473.
3. — GARCÍA LLAURADÓ. Medicina Clínica, Tomo XX. N.º 2, 1953.