

## **Evacuación quirúrgica del estómago en el tratamiento de las intoxicaciones masivas por psicofármacos**

Dres. HERNAN ARTUCIO, RODOLFO PANIZZA, MENDEL WOLYIVOVICS,  
NORMA MAZZA DE PRATO, HUMBERTO CORREA, RICARDO CARITAT,  
RAUL MUCHADA, TABARE GONZALEZ y Enf. ANGELICA PULIDO \*

Dres. LUIS A. CAZABAN y PABLO MATTEUCCI \*\*

Dr. GONZALO J. FERNANDEZ \*\*\*

Las intoxicaciones por psicofármacos constituyen uno de los rubros de ingreso más importantes en las Unidades de Tratamiento Intensivo. La difusión de su uso y la gran profusión de los mismos hace que sea cada vez más frecuente recibir pacientes que han ingerido cantidades grandes de varios psicofármacos simultáneamente. Ingresan habitualmente en coma, con depresión respiratoria, requiriendo ventilación asistida. Esta situación puede prolongarse muchos días. Se ha mencionado a la persistencia en el estómago de parte de los psicofármacos ingeridos como una de las causas de prolongación del coma (1).

Una de las medidas que acorta la evolución de estos enfermos es la evacuación total del contenido gástrico. Se ha preconizado el lavado con tubo grueso previa intubación traqueal con cánula con manguito inflable.

Relataremos nuestra experiencia en la evacuación quirúrgica del contenido gástrico en pacientes con ingestión masiva de psicofármacos, método descrito por Frejaville y col. (2).

### **MATERIAL Y METODOS**

Fueron tratados 10 pacientes, 7 pertenecientes al sexo femenino y 3 al masculino, con edades entre 23 y 62 años (media 41). Todos los pacientes fueron admitidos en el Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital de Clínicas, fueron tratados con reposición hidrosalina, diuresis inducida por manitol y lasix, ventilación controlada con respirador de Bird o Engstrom, y en general, las medidas terapéuticas que se juzgaran necesarias. Dos pacientes fueron sometidos a diálisis extracorpórea. Fueron gastrostomizados 3 a 48 horas después de la ingestión. La gastrotomía fue hecha sin anestesia, con respiración controlada por respirador. Se efectuó lavado de las paredes del estómago. Una vez se hizo duodenotomía y piloroplastia, y dos veces se dejó gastrostomía (Tabla I).

Trabajo del Centro de Tratamiento Intensivo. Hospital de Clínicas. Fac. Med. Montevideo.

\* Centro de Tratamiento Intensivo. Dept. de Emergencia. Hosp. "Dr. Manuel Quintela".

\*\*\* Dept. de Medicina. Hospital Central de las FF.AA.

Presentado al 24º Congreso Uruguayo de Cirugía el 3 de diciembre de 1973.

### **RESULTADOS**

Todos los pacientes ingresaron con coma grado 3 (con depresión respiratoria); con ingestión masiva de psicofármacos, teniendo en 2 la certeza de ingestión de inhibidores de la monoaminoxidasa (I.M.A.O.). En 7 se efectuó la gastrostomía antes de 18 horas de la ingestión; se halló restos de comprimidos en abundancia o una pasta adherente a la pared gástrica. En uno se efectuó 24 horas después y tenía el estómago vacío.

La evolución fue sorprendentemente corta, ya que los pacientes recuperaron la respiración espontánea antes de las 24 horas, y obedecían órdenes antes de las 48 horas.

Dos pacientes fallecieron. Una (caso 1) fue hallada en coma 24 horas después de la ingestión, fue gastrostomizada a las 48 horas y falleció de shock y anuria. Otro, (caso 2) tuvo evolución inicialmente favorable pero falleció de complicación pulmonar e insuficiencia pulmonar progresiva al duodécimo día.

Dos pacientes tuvieron sangrado a nivel de la gastrostomía postheparinización por diálisis extracorpórea y coagulopatía por consumo respectivamente. No fue hemorragia importante y pudo ser controlada.

La gastrostomía no dio complicaciones.

### **DISCUSION**

La evacuación quirúrgica del estómago acorta el tiempo de evolución de las intoxicaciones por psicofármacos, lo cual se traduce en menor posibilidad de complicaciones. La indicación formal del método (2,3) es la intoxicación con derivados tricíclicos del iminobenceno, cuya absorción continua determina modificaciones de la excitabilidad cardíaca con arritmias severas o mortales (3). Nosotros extendimos la indicación a las intoxicaciones masivas teniendo en cuenta que los psicofármacos alteran la dinámica gastrointestinal aumentando el tiempo de permanencia en el estómago y permitiendo la absorción continua del tóxico lo que se traduce en coma prolongado.

Los pacientes en los cuales la evacuación se acompañó de acortamiento de la evolución tuvieron las siguientes características: ingestión masiva, evacuación antes de las 18 horas y hallazgo de tóxico en el estómago.

El lavado por tubo grueso nasogástrico, puede no ser completo, al no lavar el fundus, y añade riesgo de inundación de vía aérea por movilización del tubo endotraqueal o pérdida de hermeticidad del manguito.

TABLA I

Caso	Intoxicación	Grado de coma	Tiempo de operación	Hallazgo operatorio	Evolución
1º 23 a. F.	Niamid 500 mg. Nobrium 400 mg. Valium 400 mg.	3º	48 hrs. Gastrot.	Fragmentos de past.	Fallece
2º 54 a. M.	Fanodormo-Mandrax IMAO	3º	4 hrs. Gastrot.	Pasta - Grumos	Recup. inicial. Fallece al 12º día de I.P.P.
3º 23 a. F.	Se ignora	3º	4 hrs. Gastrot.	Papilla - Grumos	Resp. esp. a 24 hrs. Lúcida a 48 hrs.
4º 62 a. F.	Noziman 200 mg. Valium 250 mg. Nobrium 100 mg. Narval 10 52 comp.	3º	26 hrs. Gastrot.	Estómago vacío	Resp. espontánea a las 48 hrs.
5º 41 a. F.	Largactil, Fenegan, Fe- nobarbital, Taractan, Valium, Neuleptil.	3º	18 hrs. Gastrot.	Papilla - Comprimi- dos. Píloro cerrado. Duodeno vacío	Resp. esp. a 24 hrs. Lúcida a 48 hrs.
6º 34 a. M.	Diazepán 100 mg. Amytal 400 mg.	3º	3 hrs. Gastrot.	Pastillas	Resp. esp. a 28 hrs. Lúcida a 48 hrs.
7º 58 a. F.	Fenobarbital, Clorpro- mazina	3º	Se ignora	Pasta	24 hrs. coma. Dialisis. 48 hrs. resp. esp.
8º 45 a. F.	Barbituratos	3º	4 hrs. Gastrot.	Pasta - Pastillas	24 hrs. resp. esp. Lúcida a 48 hrs.
9º 42 a. F.	Niamid 10 mg. Librium 150 mg. Fanodormo- Mandrax	3º	3 hrs. Gastrot.	Pasta - Fragmentos	Resp. esp. 24 hrs. Lúcida a 48 hrs.
10º 23 a. F.	Se ignora	3º	3 hrs. Gastrot.	Papilla - Pastillas	Lúcida 24 hrs.

La táctica quirúrgica exige la realización de una gastrotomía transversal en el cuerpo gástrico con aspiración minuciosa del contenido mediante tubo de Pool-Larghero. Lavado con suero fisiológico teniendo especial atención en la aspiración del fundus y de los pliegues mucosos donde se encuentra la mayor parte de la sustancia tóxica. Se aspira el duodeno con tubo de Pool siendo innecesaria la ejecución de duodenotomía. La gastrotomía se cierra en dos planos. La gastrotomía transversal evita estenosis mesogástricas futuras.

Aconsejamos realizar gastrostomía con sonda Foley para prevenir la distensión gástrica postoperatoria y evitar hipersecreción respiratoria y digestiva provocada por la intubación nasogástrica.

## RESUMEN

La evacuación quirúrgica del estómago en intoxicaciones masivas con psicofármacos se practicó en 10 pacientes. La gastrotomía fue efectuada antes de las 18 horas y acortó la evolución sin haber agregado complicaciones.

Describen la técnica quirúrgica con gastrotomía corporal transversal, lavado y aspiración del contenido, especialmente del fundus, cierre en dos planos dejando gastrostomía con sonda Foley.

## RESUME

Les auteurs présentent leur expérience en matière d'évacuation chirurgicale de l'estomac dans les intoxica-

tions dues à l'absorption massive de drogues psychopharmacologiques.

Présentation de 10 cas dans lesquels la gastrotomie pratiquée dans les 18 heures écourta remarquablement l'évolution sans susciter de complications.

Description de la technique chirurgicale: gastrotomie corporelle transversale, lavage et aspiration du contenu, en particulier du fundus, fermeture sur deux plans en laissant une gastrostomie avec sonde de Foley.

## SUMMARY

A series of 10 patients with massive drug intoxication was solved by surgical dumping of stomach. Gastrostomy performed before 18 hours had shortened evolution and added no complications.

Surgical technique consisted of transversal corporal gastrostomy, lavage and aspiration of contents, specially those of fundus, and closure in two planes; Foley's probe is left in gastrostomy.

## BIBLIOGRAFIA

- ROSENOER, V. M. and HILL, B. M. Drug interaction in clinical medicine. *Med. Clin. North Am.*, 56: 585, 1972.
- FREJAVILLE, M. L., PFTHYMIU, F., MELLERIO, E., FOEWIM, E. P., GERVAIS, A., GORCEIX, J., PROTEAU et GAULTIER, M. Cent cas d'intoxications aigues par les dérivés de l'iminodibenzyle. *Bull. Mem. Hop.*, Paris, 116: 927, 1965.
- GOULOM, M., NOUAILHAT, F., LEVY-ALCOVER, M. A. et DORDAIN, G. Comas toxiques avec sédération végétative. *Rev. Neurolog.*, 116: 297, 1967.

## Síntesis quirúrgica nacional

### REVISTAS URUGUAYAS

#### Consideraciones sobre el valor de las radiaciones en el tratamiento profiláctico de los ganglios del cuello.

Dres. *Glausius, J. A., Vázquez T. y Kasdorf, H.*  
An. Oto-Rino-Laring. Urug. 41(1-2): 7-12, 1971.

La radioterapia de principio tiene un valor innegable en el tratamiento de los cánceres epidermoides de origen faríngeo y laríngeo. El porcentaje de recidiva es bajo a lo cual se agrega que desde el punto de vista estético y funcional el tratamiento radiante es superior al quirúrgico. La irradiación no tiene efecto profiláctico o sea no impide futuras metástasis cuando el tumor primario no se haya controlado.

En 44 casos con 2 o más años de evolución, 6 correspondían a la nasofaringe, 22 a la orofaringe y 16 a la laringe supraglótica.

Se observaron recidivas 5 veces o sea en un 11 % teniendo que señalar que 2 veces fue en áreas no irradiadas.

La dosis promedio recibida a nivel de las áreas ganglionares de nuestros casos era de 5.600 rads en el lapso de 6 a 7 semanas.

Esta dosis es inferior a la administrada por Lindberg y Fletcher y seguramente explica el mayor porcentaje de fracasos en nuestras observaciones.

#### Síndrome nefrótico por trombosis cavo-renal y embolismo pulmonar múltiple

*Ferrari, M., Bielli, H. y otros.*  
El Tórax, 23(3): 136-142, 1973.

Se presenta la observación de un hombre de 62 años, con un síndrome nefrótico por trombosis cavo-renal cuyo diagnóstico se certificó por cavografía y biopsia renal.

Tratado con Estreptoquinasa se logró la desobstrucción parcial de vena cava, persistiendo el síndrome nefrótico.

Se detallan complicaciones aparecidas durante la evolución de la enfermedad, particularmente el tromboembolismo pulmonar múltiple, significativamente bien determinado por centellografía.

Se hacen consideraciones etiológicas, clínicas, histológicas y evolutivas.

#### Reemplazamientos de válvulas cardíacas con válvulas de duramadre

*Filgueira, J. L., Abó, J. C. y otros.*  
El Tórax, 22(3): 175-79, 1973.

La inquietud por ofrecerle al paciente que requiere prótesis valvulares una solución que lo libere de la amenaza del tromboembolismo y de la dependencia

a la medicación anticoagulante nos ha llevado a la colocación de válvulas biológicas.

En el momento actual la válvula de duramadre se presenta como la mejor solución a este problema.

Hemos efectuado en nuestro medio el esfuerzo necesario para lograr el montaje adecuado de este tipo de válvulas y su colocación mediante la técnica quirúrgica correcta.

#### Toracotomía bilateral en un mismo acto quirúrgico.

*Fogel de Korc, E. y Sanjinés, A.*  
El Tórax, 22(3): 190-91, 1973.

Qué lugar ocupa la toracotomía bilateral en un mismo acto quirúrgico en patología torácica y cuáles son sus indicaciones.

### PUBLICACIONES DE AUTORES URUGUAYOS EN EL EXTRANJERO

#### El diagnóstico operatorio de las pancreatitis crónicas

*Delgado, B.*  
Prens. Méd. Argentina. 60: 559, 1973.

El diagnóstico quirúrgico de las pancreatitis crónicas debe seguir las siguientes etapas: 1) diagnóstico de pancreatitis; 2) tipo de pancreatitis crónica; 3) localización; 4) estado de los conductos hiliares y del esfínter de Oddi; 5) presencia de hipertensión portal. El diagnóstico se obtiene por medio de la exploración quirúrgica, radiología intraoperatoria y biopsia.

#### Anastomosis esofágicas

*Mérola, L.*  
Prens. Méd. Arg. 60: 565, 1973.

El autor comenta su técnica de reemplazo del aparato cardial resecaado en las anastomosis después de gastrectomía proximal.

#### Jéjunostomie d'alimentation après gastrectomie totale

*Praderi, R., Estefan, A., Gómez-Fossati, C., Mazza, M. y Cateño, N.*  
Nouv. Presse Med. 2: 2693, 1973.

Después de efectuar una gastrectomía total es conveniente dejar una sonda de yeyunostomía para realimentar precozmente al operado. El procedimiento fue utilizado con éxito en cuatro pacientes operados con la técnica de Plenk-Warren. En uno de ellos se volvió a utilizar el asa diverticular rehaciendo la yeyunostomía cuando al cabo de 6 meses el tumor recidivó provocando la estenosis de la esofagoyeyunostomía.

## Noticiario médico

### CURSOS PARA GRADUADOS (AÑO 1974) FACULTAD DE MEDICINA DE MONTEVIDEO

**Curso de cirugía de las afecciones arteriales**  
**Clínica Quirúrgica "A" - Prof. Roberto Rubio**  
**Anfiteatro Piso 9**  
**Hospital de Clínicas**  
**(Miércoles y sábados) (15 de junio a 31 de julio)**

Introducción: *Dr. R. Rubio*. Obstrucciones arteriales agudas: *Dr. M. Mazza*. Técnicas básicas de la cirugía arterial: *Dres. F. Crestanello y M. Mazza*. Aneurismas arteriales: *Dr. H. Suaya*. Fístulas arteriovenosas: *Dr. F. Crestanello*. Traumatismos arteriales: *Dr. F. Crestanello*. Arteriopatías obstructivas: *Dres. F. Crestanello, M. Mazza y J. Polnitsky*. Síndrome de Raynaud: *Dr. R. Portos*. Hipertensión renovascular: *Dr. F. Crestanello*. Insuficiencia cerebrovascular: *Dres. J. B. Gomensoro, B. Fuster, M. Mazza, F. Crestanello, A. Tenyi, D. Quiroz y J. Purriel*. Insuficiencia coronaria: *Dres. L. Baccino, N. Tavella y Prof. Dr. R. Rubio*. Cirugía de las arterias digestivas: *Dr. H. Suaya*.

**Clínica Quirúrgica "F" Prof. Luis Praderi**  
**Anfiteatro Piso 7 Hospital de Clínicas**  
**(24-25-26 de junio)**

Problemas urológicos y quirúrgicos en la cirugía de la pared abdominal anterior: *Coord. Prof. Adj. Dr. A. Durante*. Tratamiento de la hernia inguinal y testículo: *Dres. F. Di Leoni y R. Ferla*. Herida de los elementos del cordón-vejiga y uréter en la cirugía de la hernia: *Dres. W. Liard y L. García Guido*. Hernia inguinal y adenoma prostático: *Prof. Dr. J. Lockart y Dres. T. Cardoso y M. Gayol*. Eventraciones y aparato urinario-fisiopatología de la cincha abdominal: *Dres. M. Harretche, G. Braga y Prof. Dr. L. A. Praderi*.

Complicaciones postoperatorias de la cirugía gastroduodenal. *Coord. Prof. Adj. Dr. R. Perdomo*. Complicaciones de causa mecánica: *Dr. P. Matteucci*. Complicaciones de causa inflamatoria: *Dr. R. Puig*. Complicaciones de causa hemorrágica: *Dr. J. Trostchansky*.

Vaciamientos ganglionares de cuello: *Coord. Prof. Adj. Dr. A. Valls*. Conceptos anatomoquirúrgicos: *Prof. Adj. Dr. R. Praderi*. Aspectos inmunológicos del ganglio en relación a la oncología: *Prof. Adj. Dr. J. Galeana*. El vaciamiento ganglionar en cirugía parotídea: *Dr. C. Sarroca*. El vaciamiento ganglionar en cirugía tiroidea: *Dr. R. Gary*. Vaciamientos ganglionares en otorrinolaringología: *Prof. Adj. Dr. J. E. Alonso*.

### CONGRESOS Y REUNIONES NACIONALES Y EXTRANJERAS

**Reunión Científica**  
**de la Sociedad de Cirugía del Uruguay**  
**y el Sindicato Médico de Rivera.**  
Rivera. 6 de junio de 1974.

Temas: Mesa redonda cuidados medicoquirúrgicos pre, per y postoperatorios en el enfermo de riesgo.  
—Nódulos de seno.

—Ateneo Clínico.

—Temas libres.

Secretaría: Soc. Cir. Urug. Agraciada 1464. Piso 13.

### 12º Congreso Internacional de Patología Torácica

Londres. 7 al 13 de julio de 1974.

Secretaría: Alfred Soffer M. D. American College of Chest Physicians. 112 East. Chestnut Street. Chicago. Ill. 60611 U.S.A.

### 3º Curso Internacional de Cirugía Gastroenterológica.

Buenos Aires. 5 al 10 de agosto de 1974.

Secretaría: Dr. Pablo López. Junin 902. Bs. As. Argentina.

### 5º Congreso Mundial de Gastroenterología.

México. 13 al 19 de octubre de 1974.

Secretaría: Av. Veracruz 93. México, 11 Df. México.

### 3er. Congreso Mundial

**del Colegio Internacional de Cirugía Digestiva.**

Chicago. 20 al 24 de octubre de 1974.

Secretaría: Vía Cesare Correnti 6. 00179. Roma. Italia.

### 11º Congreso Internacional de Cáncer.

Florenza. 20 al 26 de octubre de 1974.

Secretaría: Cancer Congress cc 1729/00 Casa d, Risparmio. Vía Bupalini 4. Firenze. Italia.

### 45º Congreso Argentino de Cirugía.

Buenos Aires. Octubre de 1974.

Secretaría: Av. Santa Fé 1174. Buenos Aires. Argentina.

### 36 Jornadas Rioplatenses de O.R.L.

Colonia Suiza. Octubre de 1974.

Secretaría: Clínica O.R.L. Hospital de Clínicas. Montevideo. Uruguay.

### 8º Congreso Nacional de Medicina Interna.

Montevideo. 25 al 29 de noviembre de 1974.

Secretaría: Clínica Médica "A". Hospital de Clínicas. Montevideo. Uruguay.

### 22º Congreso Latinoamericano Cardiovascular.

Santiago de Chile. 9 al 14 de diciembre de 1974.

Secretaría general: Calle Fco. Noguera 24. Oficina 24. Santiago 9. Chile.

### 25º Congreso Uruguayo de Cirugía.

Montevideo. Diciembre de 1974.

Temas:

—Supuraciones pleuropulmonares.

—Cirugía de la papila duodenal.

—Contusiones de tórax.

—Vaciamientos ganglionares.

Secretaría: Agraciada 1464. P. 13. Montevideo. Uruguay.

### 5º Congreso Internacional de Linfología.

Buenos Aires. 2 al 5 de febrero de 1975.

Río de Janeiro. 5 al 8 de febrero de 1975.

Secretaría: R. Mayall. Cr. Postal 1822 (2c-00). 20000 Río de Janeiro. Brasil.