

entre 20 y 73 años, con una edad promedio de 48.9 años. (Tabla I).

En este trabajo fueron incluidos pacientes con diagnóstico endoscópico-radiográfico de úlcera duodenal.

Fueron excluidos pacientes con cirugía previa gástrica o esofágica; estenosis pilórica, gástrica o del canal pilórico; úlceras posbulbares; úlceras de reciente perforación o pacientes a los que se administraba corticoides o antiinflamatorios; embarazo o lactancia y pacientes tratados con bloqueantes H2 histamínicos en las últimas cuatro semanas.

Se les administró ranitidina en comprimidos recubiertos de 150 mg, dos comprimidos por día a intervalos regulares.

Los pacientes fueron examinados clínicamente siete días después de la primer endoscopia, con controles subsiguientes a la segunda, tercera y cuarta semana de comenzado el estudio.

Se les permitió el uso de antiácidos según las necesidades, para el alivio sintomatológico. Las tabletas o las soluciones eran contadas semanalmente. A once pacientes se les permitió tomar simultáneamente ansiolíticos.

La segunda endoscopia se realizó después del tercer día de haberse completado las cuatro semanas de tratamiento planificadas.

Previo a la medicación se determinó test de secreción con el método de la histamina máxima, exámenes hematológicos y bioquímicos de rutina.

Los resultados fueron evaluados por evidencias clínicas, endoscópicas y de laboratorio, clasificándose los en cuatro grupos:

a) Muy buenos: desaparición de la sintomatología y cicatrización endoscópica de la úlcera.

b) Buenos: atenuación franca de la sintomatología y reducción del tamaño de la úlcera en más de 50%.

c) Regulares: atenuación parcial de la sintomatología y reducción del tamaño de la úlcera en menos de 50%.

d) Nulos: ninguna mejoría o falta de respuesta clínica o endoscópica.

La tolerancia de la droga fue clasificada como:

Excelente: no refiere ninguna manifestación digestiva o extradigestiva.

Buena: intolerancia no importante y transitoria.

Regular: aparición de síntomas que obligaron a la suspensión transitoria o disminución del fármaco.

Mala: aparición de manifestaciones que obligaron a la suspensión definitiva del fármaco.

RESULTADOS

De los 25 pacientes que comenzaron el tratamiento, se obtuvo la desaparición de la sintomatología en 23 de ellos (92%); en los otros 2 (8%) luego de haber desaparecido en las primeras semanas, la sintomatología reaparece, pero en ambos casos los pacientes admitieron problemas familiares o de estudio.

Se obtuvo la curación de la lesión comprobada endoscópicamente en 19 casos (76%) y la disminución superior al 50% del tamaño de la úlcera en 6 casos (24%).

La tolerancia fue excelente en 18 casos (72%) y buena en 6 (24%). En un caso (4%) apareció cefalea, rash cutáneo y sequedad de boca, lo que obligó a suspender el tratamiento transitoriamente.

Se realizó acidimetría en 23 casos (92%), no pudiendo determinarse en los dos restantes (8%), uno por ser asmático y el otro por no tolerar el examen. En dos pacientes se determinó acidimetría basal no efectuándose estímulo histamínico por ser alérgicos.

Se comprobó hiperclorhidria basal en 15 pacientes (65%), siendo los 8 restantes (35%) normoclorhidricos. Con respecto a la acidimetría de posterior estímulo histamínico estaba aumentada en 15 casos (71.4%), mientras que en 6 (28.6%) conservaban valores dentro de límites normales.

La investigación sistemática de los efectos colaterales sólo reveló en muy pocos casos la presencia de sequedad de boca, hipersomnia, cefalea, rash cutáneo o prurito.

De los 25 casos, a 16 se les permitió ingerir concomitantemente antiácidos según necesidad, los que fueron interrumpidos en el transcurso del tratamiento en la mayoría de ellos, no observándose reaparición de la sintomatología. (Tabla II).

COMENTARIOS

Evidentemente estamos en presencia de un nuevo fármaco efectivo en el tratamiento de la úlcera duodenal, evidenciado por la excelente respuesta terapéutica y tolerancia, demostrado por el acortamiento de la sintomatología clínica y la curación anatómica de las lesiones.

No fue necesaria mantener la terapéutica coadyuvante con antiácidos y ansiolíticos hasta el final del tratamiento.

La cómoda posología, la presencia de efectos colaterales no valorables, entre ellos la ausencia de impotencia sexual, hacen de la ranitidina una droga que se acerca al ideal en materia de fármacos utilizados en afecciones ácidosensitivas, no pudiéndose valorar por el momento las posibilidades de recidiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Brittain R. y Daly M., A review of the animal pharmacology of ranitidine—a new, selective histamine H₂ antagonist—Scandinavian Journal of Gastroenterology. Hamburgo. Volumen 16 Suplemento 69, pág. 1. Año 1981.
2. Richards S.S., Glaxo Group Research Ranitidine Symposium. Hamburgo June 14, 1980.
3. Walt R.P. and col., CSF Ranitidine levels after oral administration. Scandinavian Journal of Gastroenterology. Hamburgo. Vol. 16 Suplemento 69, pág. 19. Año 1981.
4. Muller-Lissner and col., Effect of ranitidine on gastric acid secretion following sham feeding. Scandinavian Journal of Gastroenterology. Hamburgo. Vol. 16 Sup. 69, pág. 27. Año 1981.

5. **Dammann H.G. and Simon B.**, The new histamine H2 receptor antagonist ranitidine -duration of action. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. Hamburgo. Vol 16, Sup. 69, pág. 39 Año 1981

7. **Body E.J. and col.**, Clinical and endocrine aspects of treatment with ranitidine. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. Hamburgo. Vol 16 Sup. 69 pág. 81. Año 1981.

[Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page]

Procedimientos y advertencias

[Faint, illegible text]

[Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page]