

El Síndrome de Hipertonía del vago gástrico en las aortitis silenciosas y lesiones cardio aórticas (AORTITIS ENMASCARADAS)

POR EL DR. CARLOS MONGE

*Miembro de la Academia de Medicina
Profesor de la Facultad de Medicina*

CAPITULO I

Es un hecho perfectamente demostrado que las enfermedades del corazón y de la aorta dan lugar a perturbaciones gástricas cuya patogenia se explica por las perturbaciones circulatorias que se producen a nivel del aparato digestivo. Con todo, creemos haber podido individualizar un tipo de trastornos gástricos que, por sus caracteres, su relativa frecuencia y aún su tratamiento, merece ser considerado completamente aparte, puesto que responde a una patogenia diferente.

Efectivamente, como lo veremos por el análisis de las observaciones de que daremos cuenta, la más antigua de las cuales se remonta a cerca de diez años, en determinados casos de Aortitis, de Hipertrofia cardiaca por hipertensión arterial, y de Insuficiencia cardiaca, aparece un síndrome gástrico de dolor tardío o de fatiga ansiosa epigástrica calmada por los alimentos o por los alcalinos; síndrome que algunas veces agrava el cuadro clínico, y otras, lo domina en forma tal, que la lesión fundamental queda enmascarada. Es así como en este último caso, hay lugar a que el clínico suponga una hiperclorhidria y, tal vez, una úlcera del estómago, en cuadros estrictamente cardio-aórticos.

GRUPO I

AÓRTITIS ENMASCARADAS EN UN SÍNDROME DE HIPERTONÍA
DEL VAGO GÁSTRICO

Observación primera.—En el año de 1914 tuvimos ocasión de observar con el Dr. K. Palma un enfermo de 50 años de edad aproximadamente, sin antecedentes luéticos, y que se quejaba hacía algunos meses de dolor epigástrico que sobrevenía tres horas después de la ingestión de alimentos, y que era calmado generalmente por el bicarbonato; este dolor sobrevenía por crisis, que a veces se espaciaban, y que últimamente habían dado lugar a verdaderos cólicos epigástricos, que necesitaron para ser calmados la administración de inyecciones de morfina. Habíanse presentado además, vómitos, marcada sensibilidad en el epigástrico y, por último, absoluta intolerancia por los alimentos. La impresión clínica que daba era la de un ulceroso del estómago, con posible perforación crónica. Sin embargo, un examen minucioso de los hechos reveló posteriormente, que se trataba de un caso de aortitis, pues aparte de los síntomas gástricos que el enfermo acusaba como de primera importancia, pudo encontrarse en la historia del paciente, síntomas precisos de dolor producido por la marcha, y de crisis de angina de pecho, que determinaron la muerte del enfermo. Este caso, quedó profundamente grabado en nuestro espíritu y fué el punto de partida para desconfiar sistemáticamente de todos los síndromes gástricos, por evidentes que nos parecieran.

Observación segunda.—Enfermo L. de 36 años de edad, con antecedentes luéticos, nos es remitido por el DR. CARVALLO para examen, advirtiéndonos que la investigación del reflejo óculo-cardíaco, determinó un síncope que pasó pronto. Se queja desde hace años de dolor epigástrico tardío calmado por los alimentos y por los alcalinos; en ocasiones el enfermo provoca el vómito para calmar el dolor. Últimamente las crisis se han hecho más frecuentes, apareciendo el dolor varias veces al día; y por último se ha producido con tal intensidad, que dá la impresión de un cólico vesicu-

lar. El exámen del enfermo, acusa únicamente manifiesta sensibilidad en el epigastrio. Por lo demás, no se encuentra nada de importancia en la revisión prolija que hacemos de sus órganos y aparatos. El examen del quimismo gástrico fraccionado que hacemos, gracias a la facilidad con que el enfermo provoca a voluntad el vómito, revela una fuerte hiperclorhidria. La investigación de sangre, en las materias fecales, es negativa. El reflejo óculo-cardíaco determina la parálisis del pulso y de la respiración. El examen de Rayos X, acusa hiperperistalsis en un estómago hipertónico; no hay signos de úlcera del estómago o del duodeno. En cambio puede verse desde el primer momento una dilatación aneurismática ligera pero evidente del cayado de la aorta (DR. CAMPODÓNICO) La institución que llevó a cabo el DR. CARVALLO de un tratamiento específico, produjo los más brillantes resultados. Este es un caso típico de síndrome gástrico con hiperclorhidria y piloro espasmo, enmascarando una aortitis aneurismática. Es justo agregar que sólo después del examen radiológico pudo obtenerse del enfermo, la información de que, en ciertas ocasiones, la marcha determinaba el dolor epigástrico; pero no siempre.

Observación tercera.—Enfermo T. de 52 años de edad con antecedentes luéticos. Bruscamente se vé atacado de un dolor constrictivo de la región precordial con sensación de muerte; es atendido de urgencia en un consultorio médico, después de lo cual no experimenta trastorno alguno por años. Posteriormente se presentó una crisis parecida, pero de menor intensidad. Se presenta a nuestro consultorio quejándose de fatiga ansiosa en el epigastrio que sobreviene diariamente una hora después de los alimentos. Ya avisados por casos semejantes, dirigimos nuestro interrogatorio del lado de la aorta, y efectivamente, podemos constatar que el paciente se ve obligado a detener su marcha, toda vez que ha caminado rápidamente, para calmar una sensación de barra que le oprime el pecho en la región supratorácica, pero a lo cual no había dado particular importancia. T. max. 24. T. mín. 12.

Presenta un reflejo óculo-cardíaco positivo, hipertrofia cardíaca, 2º ruido del corazón, metálico; nada más importante que llame la atención. Examen del jugo gástrico: hiperclorhidria. Investigación coprológica de sangre; negativa; Examen de rayos X: aortitis; no hay signos de úlcer-

ra del estómago o duodeno. Reacción de Wassermann; positiva; Análisis de orina: negativo. Diagnóstico: ligera dilatación de la aorta por sífilis, con signos reflejos de píloro espasmo; ligera insuficiencia cardíaca. Tratamiento mercurial que dá excelentes resultados. Durante los primeros meses, es preciso asociarle una cura alcalina dietética, que modifica inmediatamente la hiperestesia del estómago. Además empleamos discretamente la digitalina.

Este enfermo al que seguimos hace ya varios años, ha presentado después de abandono del tratamiento, unas veces, crisis anginosas, y otras, fenómenos de píloro espasmo que casi siempre preceden a las anteriores, con la sugestiva circunstancia de que ceden rápidamente con la institución de un régimen específico y dietético adecuado. Se encuentra actualmente en magníficas condiciones.

Observación cuarta.—El enfermo E. I., casado; de raza blanca; tiene 6 hijos. De 51 años de edad, artesano, sufrió de una "llaguita"—según su expresión—hace 20 años. Su señora ha presentado tres abortos. Recientemente ha tenido una gonorrea. No acusa otro trastorno de importancia en su historia patológica.

Hasta hace ocho meses se ha encontrado en perfectas condiciones de salud. Nos refiere que desde entonces sufre de un dolor epigástrico que sobreviene generalmente tres horas después de los alimentos; que este dolor es calmado por los alimentos; y que en ocasiones, mas que un dolor, lo que experimenta es una sensación de fatiga ansiosa o de peso, que sobreviene a las mismas horas y que él localiza en el epigastrio. Esta sensación es calmada, igualmente, por los alimentos, o por la ingestión de bicarbonato de soda, del que hace uso frecuentemente y casi a raíz de que se iniciaran estos trastornos. Simultáneamente el enfermo ha presentado una constipación marcada, con la circunstancia precisa de que durante los períodos de calma que su mal ha experimentado, la constipación igualmente ha desaparecido. Tiene buen apetito. Está sumamente nervioso. No ha perdido peso en forma notable.

Como estos trastornos se han acentuado últimamente, ha solicitado consejo de diferentes facultativos, y no habiendo encontrado alivio, se decidió a consultarse con nosotros con el objeto de que hiciésemos un exámen minucioso de sus trastornos morbosos. El exámen somático no

acusa nada de importancia. Se trata de un individuo de robusta constitución; hasta hace poco muy activo para el trabajo, y en el que la revisión de sus diferentes órganos y aparatos no suministra mayor información, a no ser una hipertrofia ganglionar discreta, cervical, axilar y particularmente inguinocrural. En realidad, aparte de esta hipertrofia ganglionar, no se encuentra nada de particular al exámen de sus órganos y aparatos. Invitamos al enfermo para ser examinado en ayunas y no descubrimos tampoco trastorno que acuse alguna perturbación de lado del estómago. En una palabra, las perturbaciones de que el enfermo se queja son puramente subjetivas, pues habiéndolo examinado en el momento de estas crisis de fatiga ansiosa, que sobrevienen tres horas después de los alimentos, no nos ha sido dable constatar sensibilidad manifiesta en ninguno de los plexos del abdómen.

Exámen fraccionado de la digestión. Los datos importantes que se deducen de la interpretación de este análisis son los siguientes: digestión alargada, que se prolonga hasta ahora y media después de la ingestión de los alimentos; aparición de bilis una vez que ha terminado el proceso digestivo estomacal; ausencia de sangre y de glóbulos rojos. Pero sobre todas estas cosas, lo que merece una mención aparte, es la circunstancia de que la curva de acidez está representada por una línea quebrada que se mantiene dentro de los límites de una acidez normal, pero que cae en dos ocasiones para elevarse por último, a las dos horas de la ingestión de la comida de prueba, a una cifra nuevamente alta, al contrario de lo que ocurre en los procesos normales en que una hora, u hora y media después, la curva cae definitivamente. De suerte que es preciso convenir que desde el punto de vista del quimismo gástrico se puede asegurar que este enfermo tiene una gastrosucorrea, que se prolonga más allá del ciclo digestivo.

El exámen radioscóptico, practicado por el doctor Roda, revela un proceso evidente de aortitis, con una ligera dilatación en la porción ascendente del cayado de la aorta; corazón grande; en el estómago un hiperperistaltismo evidente; su forma es la del tipo hipertónico; no se encuentra residuo alimenticio bismutado después de las 6 horas. No hay absolutamente signos radiológicos de úlcera, de suerte que puede asegurarse la integridad anatómica del estómago y como perturbación funcional de éste un hiperperistaltismo marcado.

El exámen de materias fecales acusa la ausencia de sangre.

En la orina, no se encuentra elemento alguno anormal.

La reacción de WASSERMANN es negativa.

En estas condiciones, el problema que se nos plantea es el siguiente: ¿Se trata de perturbaciones puramente gástricas? o ¿hay una relación estrecha entre estas y las manifestaciones patológicas que este enfermo presenta del lado de la aorta?

Es justo advertir que, no obstante la circunstancia de haber encontrado caso semejantes e inclinado nuestro espíritu en el sentido de la desconfianza de los cuadros gástricos que en muchas ocasiones pueden enmascarar una lesión de otras vísceras u otros órganos, la historia del enfermo nos apareció con tal fuerza sugestiva que no titubeamos en ordenar el exámen radiológico con el objeto preciso de buscar lesiones de lado del estómago o del duodeno. Fué, pues, una sorpresa que el exámen radiológico nos dijera que no había trastorno alguno de ese lado y que más bien habían signos evidentes de aortitis.

Un nuevo interrogatorio a que sometimos al enfermo nos hizo ver que, en ciertas ocasiones, cuando por razones de su oficio se veía obligado a llevar a cabo esfuerzos violentos, ha sufrido de un agudo dolor constrictivo torácico que le obligaba a detenerse y a reposar. Pero el enfermo deja constancia de que estas manifestaciones dolorosas se han presentado solo excepcionalmente, y no establece relación ninguna entre ellas y los trastornos gástricos--que presenta.

Sometido este enfermo a una dietética apropiada con el objeto de calmar los fenómenos de píloroespasma y de gastrosucorrea que acusa y a un régimen de atropina, se obtiene una sedación marcada de los síntomas. Pero un mes después regresa quejándose, en esta ocasión, de un dolor en la espalda aproximadamente a la altura de la 7ª vértebra dorsal, del lado derecho, que se exagera con el ejercicio y que aumenta igualmente luego que ha terminado de alimentarse.

En esas condiciones, y no obstante que la reacción de WASSERMANN es negativa, lo sometemos a un régimen hidrargírico y volvemos a verlo dos meses después, en que nos refiere que no sufre ya absolutamente de dolor alguno, pero que ha continuado enflaqueciéndose. Dejamos de ver al enfermo 5 meses al cabo de los cuales se presenta nuevamente

en nuestro consultorio para manifestarnos que, después de un periodo de mejoría en que se alivió de todos los síntomas que presentaba, ha vuelto a iniciarse exactamente el mismo cuadro de antes. Practicamos un nuevo exámen radiológico, que llevó a cabo el doctor Campodónico, que confirmó el exámen que hizo el doctor Roda, con la circunstancia de que es posible observar todavía una esclerosis manifiesta del tronco braquiocefálico. Aconsejamos que siga exactamente la misma medicación que le instituímos anteriormente y que dió buenos resultados. El enfermo experimenta alguna mejoría y desde entonces hasta la fecha dejamos de observarlo.

Creemos que este caso debe referirse exactamente a la misma causa que los anteriores. No hay duda alguna de que es la lesión aórtica enmascarada en signos gástricos la responsable de todos los trastornos que presenta el enfermo. Como en los casos anteriores, también son perturbaciones de piloroespasmo y de hipersecreción manifiesta de lado del estómago, que hacen la impresión de que el enfermo sufre o de una hiperclorhidria o de una úlcera del estómago. Pero mejor examinado, mejor interpretado el caso, puede llegarse a la conclusión cierta de que las perturbaciones gástricas no son sino el exponente de una lesión que radica en la aorta, y que se transmite al estómago simplemente por vía refleja, o lo que es lo mismo, el enfermo presenta una aortitis silenciosa enmascarada en el cuadro de piloroespasmo.

GRUPO 2º

LESIONES CARDIOARTERIALES CON SIGNOS DE HIPERTONÍA O DISFUNCIÓN DEL VAGO GÁSTRICO

Observación cuarta.—El enfermo J. C., de 39 años de edad, sufre de una enorme dilatación aneurismática de la aorta torácica, con insuficiencia cardiaca avanzada y perturbaciones dispépticas manifiestas. Entre estas queremos llamar la atención sobre la circunstancia de que ciertos días el enfermo se queja de una sensación de fatiga ansiosa que sobreviene una hora y media o dos horas después de haber ingerido alimentos. Hay que anotar que este enfermo, no obstante sus precarias condiciones, continúa siendo un gas-

trónomo entusiasta, y que a él le llama profundamente la atención el hecho de que una hora después de una buena comida siente esa fatiga de angustia mortal epigástrica que le obliga en ocasiones a tomar alimentos para poderla calmar.

La importancia de esta observación está en que tanto los enfermos de la aorta como del corazón acusan trastornos a distancia que se producen por vía refleja—en nuestro caso—por crisis de piloroespasmo a las que seguramente obedece esa sensación de fatiga.

Para el práctico el conocimiento de estos trastornos es de importancia porque un régimen dietético-terapéutico apropiado, por lo menos mejora la infeliz condición de estos desgraciados aliviando y aún haciendo desaparecer un síntoma mortificante.

Observación quinta.—El enfermo E. M., de 59 años de edad, atacado de nefritis hipertensiva, albuminúrica, con hipertensión arterial e hipertrofia cardíaca, nos lo envía el Doctor DAMMERT.

En la historia de este enfermo, aparte los signos clínicos numerosos debidos a las perturbaciones cardio-arteriales y renales que este enfermo sufre, pero que, por lo menos, se encuentran balanceadas puesto que le permiten hacer una vida casi normal, hay un hecho que domina la historia patológica subjetiva de este enfermo y que lo lleva a consultarse con nosotros. El enfermo sufre de un dolor epigástrico que sobreviene después de los alimentos, a veces más temprano a veces más tarde, y en ocasiones de una fatiga de hambre—para emplear la expresión del enfermo—que es calmada por los alimentos. Hay que advertir que este enfermo dice que él experimentaba dos clases de sensaciones; una, que se le ha presentado cuando marcha una distancia considerable y que se traduce por dolor epigástrico que le obliga a detenerse al mismo tiempo que experimenta una gran dificultad en la respiración; y, otra que, es una necesidad ansiosa de alimentos que experimenta particularmente en la noche, razón por la cual ha de guardar algún alimento para poderlo tomar durante ésta; y que en el trascurso del día, en ciertas ocasiones, lo obliga a tomar alimentos cada 2 o cada 3 horas.

A mi juicio se trata en este caso igualmente de fenómenos de piloroespasmo reflejos de una lesión cardioaórtica.

La institución de un régimen dietético alcalino apropiado pone al enfermo en excelentes condiciones.

Este enfermo que observamos por primera vez el 23 de diciembre de 1919, ha sido visto nuevamente por nosotros en diferentes ocasiones unas veces aliviado, otras veces con los mismos síntomas. Responde a uno de los tipos de insuficiencia renal con hipertensión arterial e hipertrofia cardíaca más benignos, sin que en ningún momento haya presentado fenómenos urémicos.

Hay una circunstancia sobre la que queremos llamar la atención y es que las manifestaciones dispépticas que este enfermo ha presentado han sido solamente posteriores a las grandes crisis de hipertensión arterial, una de las cuales se tradujo por una hemorragia retiniana que ha provocado una amaurosis; y que, por consiguiente, no son dos perturbaciones de orden distinto injertadas una sobre otra, sino más bien una perturbación gástrica refleja, dependiente de una lesión cardio-arterial.

Observación sexta.—La enferma R. de 58 años de edad, sufre de hipertensión arterial con hipertrofia cardíaca e insuficiencia del corazón. En sus antecedentes no hay trastornos dispépticos. La enferma, que hemos visto desde 1915 en que se inició su menopausa, ha presentado desde ese entonces la historia progresiva de la hipertensión arterial irreductible que ha ido a culminar en la insuficiencia cardíaca. Se presenta asistólica, con edema de las extremidades inferiores, con infiltración edematosa de los pulmones, con disnea que sobreviene al menor esfuerzo. T. máx 28. T. mínima 17. (РАСНОН). Sometida al tratamiento por la digitalina se obtiene brillantes resultados; la enferma se mejora, lo que le permite nuevamente dedicarse a la activa labor intelectual que lleva a cabo.—Pero nuevamente aparecen signos de insuficiencia cardíaca marcada, con disnea de esfuerzo y edema de las extremidades.—Simultáneamente, acusa perturbaciones dispépticas que unas veces son de plenitud, de malestar después de las comidas, a ratos inapetencia y otras una angustiosa sensación de fatiga epigástrica que sobreviene a distancias variables después de los alimentos y que la obligan a ingerir leche para poderla calmar.—Nuevamente la digitalina da cuenta del cuadro morbozo; pero las perturbaciones dispépticas se mantienen, reducidas a la fatiga ansiosa epigástrica que hace

necesaria la administración de una dietética y terapéutica especiales que la alivian fácilmente de la enorme incomodidad de estos trastornos.

Hemos visto repetirse ese mismo cuadro, en veces numerosas, y, en todas ellas, hemos obtenido alivio mediante la administración racional de la digital y de un régimen dietético y alcalino apropiado.—Por desgracia los fenómenos de insuficiencia cardíaca se hicieron progresivos y la enferma murió a consecuencia de esa lesión irreductible del corazón.

Queremos llamar la atención sobre un síntoma que, por lo menos, podemos aliviar o atenuar y que, no obstante no responder inmediatamente a los fenómenos de insuficiencia cardíaca, puede estimarse como la expresión de fenómenos de piloroespasmo reflejos de una lesión del corazón.

Observación séptima.—El enfermo H. sufre de miocarditis post-neumónica con insuficiencia cardíaca.

Para no ocuparnos sino de los trastornos que tienen relación con el punto de vista que tenemos en este trabajo, debemos decir que este enfermo se encontraba asistólico y que, en medio de los diferentes síntomas a que ésta daba lugar, resaltaba un signo al que el enfermo daba singular significación: la sensación de hambre que experimentaba luego que habían transcurrido unas 2 horas de su alimentación, sensación que el enfermo calmaba tomando alimentos y que nosotros pudimos igualmente calmar administrando alcalinos en esa oportunidad.

En este enfermo, como en los anteriores, la explicación patogénica no puede ser otra: cuando una víscera está afectada por un proceso morbozo hay un bombardeo de reflejos que van a traducir los sufrimientos de esa víscera a distancia por manifestaciones que parecen muchas veces paradójicas. Son estos procesos de piloroespasmo, sobre los que los autores no han llamado la atención suficientemente y que el médico puede por lo menos aliviar.

GRUPO 3º

ANEURISMA CON FENÓMENOS DE DISTONÍA DEL VAGO GÁSTRICO

Observación octava.—La enferma B. L., de 63 años de edad, viuda; tiene una hija sana. Dice que toda su vida ha

sido profundamente nerviosa y que con frecuencia ha padecido de dispepsia.

Refiere el comienzo de su malestar actual a seis meses atrás, malestar que se inició por ardor al estómago, fatiga ansiosa, que sobrevenía varias horas después de los alimentos y una gran inquietud nerviosa. En veces, marcada sensación de plenitud y constipación que alterna con crisis de diarrea. Ha perdido el apetito y su adelgazamiento es considerable. Otras veces, cuando toma alimento, siente en el vientre—según la expresión de la enferma—un gran desasosiego que se traduce por borborismos y expulsión de gases. Dice además, que cada vez que camina con cierta precipitación o cuando se agacha o, en general, hace algún esfuerzo, siente que el malestar al estómago se acentúa y se traduce entonces por un dolor epigástrico. Expresa, así mismo, que en ocasiones no es tanto el dolor ni el ardor lo que la molesta, cuanto una sensación de fatiga al estómago que la enferma calma sistemáticamente tomando té con leche.

El examen del jugo gástrico, llevado a cabo por el doctor Almenara, acusa la falta de ácido clorhídrico libre, fuerte proporción de ácido láctico, presencia de bacilos lácticos largos, presencia de ácido acético, trazas de sangre y algunos leucocitos.

El examen somático, que practicamos después de haber tenido conocimiento de este análisis y del diagnóstico que traía, hecho por un colega, de cáncer al estómago, nos hizo ver una persona enflaquecida, marchita, revelando en su semblante una mayor edad de la que en realidad tenía. Como dato de importancia señalamos una piorrea avanzadísima, un segundo ruido clangoroso de la aorta, signos clínicos evidentes de hipertrofia cardíaca y arterias con signos claros de esclerosis. La tensión máxima es de 16; su tensión mínima, 9. (PACHON).

Desde luego, desconfiamos del diagnóstico que traía la enferma de cáncer del estómago, porque no obstante sus profundos sufrimientos y su enflaquecimiento, la enferma no está anémica. Efectivamente tiene 4.800.000 glóbulos rojos. De otro lado, no hay signos evidentes que el examen pueda encontrar de tumor en la cavidad abdominal: y con el objeto de aclarar el cuadro procedemos a hacer un examen por los rayos X, que lleva a cabo el doctor Campodónico. El nos revela que hay atonía del estómago; y residuo a las 6 horas de la comida bismutada. No hay signos de úl-

cera o cáncer. Pero en cambio se encuentra un aneurisma de la aorta torácica del tamaño del puño. Este es un cuadro sugestivo de perturbaciones dispépticas en que la lesión de la aorta permanece silenciosa, y una de dos: o las manifestaciones que la enferma presenta no son sino la prolongación de aquellas perturbaciones dispépticas que la enferma ha acusado haber padecido toda su vida, o se trata—como es nuestra opinión—de perturbaciones gástricas que se han acentuado por la lesión de la aorta, gracias a ese bombardeo de reflejos a que hemos hecho alusión en alguna oportunidad, que, en estas lesiones silenciosas de la aorta y del corazón, van a traducirse de lado del estómago por perturbaciones que, en los casos anteriores, simulan la úlcera del estómago y que, en este caso, llegan a sugestionar al clínico a punto tal de hacer un diagnóstico de cáncer.

Este cuadro que encuentra otros muchos semejantes en la literatura médica, lo repetimos únicamente para robustecer la opinión de que las manifestaciones patológicas de la aorta pueden traducirse a distancia, por perturbaciones digestivas.

Observación novena.—El enfermo J. O. de 72 años de edad; dice haber sufrido del estómago durante 50 años, pero no puede dar datos exactos respecto de sus padecimientos. Lo que sí asegura es que últimamente, desde hace un año, presenta dolor epigástrico 3 horas después de los alimentos, dolor trasfixante, calmado por el alimento y acompañado de salivación; dolor que sobreviene por crisis, que llevan un carácter de periodicidad perfectamente manifiesta; durante estas crisis el enfermo sufre una constipación marcada. Ha perdido el apetito; pero, cosa curiosa, únicamente su peso se ha reducido de 170 libras a 165, en el espacio de un año.

El exámen del jugo gástrico revela una fuerte hiperclorhidria; no hay sangre; no hay pus.

El exámen del corazón acusa un aneurisma del cayado de la aorta. Hay además una deformación marcada del bulbo duodenal con retención de la comida bismutada a las 6 horas e hiperperistaltismo que revelan evidentemente la existencia de una úlcera del duodeno.

Esta observación es interesante, porque se trata de un caso en que el enfermo acusa ambas lesiones, y que hemos creído de nuestro deber dar cabida en este estudio para dejar

expresa constancia de que, en el exámen minucioso que hemos hecho de los enfermos, materia de este trabajo, hemos tenido también en consideración la circunstancia de que, en algunos casos, ambas lesiones pueden coexistir.

DISCUSIÓN

Hemos reunido nuestras historias clínicas en tres grupos. En el primero consideramos los casos de aortitis silenciosas enmascaradas en un síndrome de hipertonía del vago del lado del estómago. En dos de ellos, la historia de hipertonía del vago gástrico domina, en forma tal, el cuadro morbozo que el sujeto dá la impresión o de lo que clínicamente se llama la hiperclorhidria o tal vez de una úlcera pilórica o duodenal. En otro caso, el enfermo inicia sus trastornos por un accidente dramático de angina de pecho y solo después de un año acusa perturbaciones gástricas de la misma filiación, que un exámen detenido hace referir a su verdadera causa. En el proceso evolutivo de su cuadro morbozo se presentan alternadamente crisis de angina de pecho y crisis de hipertonía gástrica, con la circunstancia precisa de que este enfermo—que es un sifilítico—cuando abandona su tratamiento ofrece el cuadro de la dispepsia hipervagotónica que precede a los ataques de angina de pecho. Estas manifestaciones premonitorias del ataque anginoso, en el caso a que hacemos referencia, hemos tenido ocasión de observarlas con todo cuidado y la institución de un severo régimen dietético-terapéutico ha permitido al paciente encontrarse en la actualidad en buenas condiciones, no obstante de que su proceso se remonta a más de tres años. Los casos de este grupo son los que nos han dado tema para el trabajo que hemos querido exponer a la consideración de la Facultad de Medicina porque pone evidentemente de manifiesto la posibilidad de un trastorno gástrico parasimpático, reflejo, cuyas vías aferentes han partido de la aorta. (hipermotilidad, hipersecreción, dolor tardío).

En el segundo grupo de casos, hemos considerado los de insuficiencia cardiaca o de procesos cardio-arteriales, en que, complicando el cuadro morbozo o sobregregándose a él, se encuentran trastornos digestivos de la misma ín-

dole. En todos ellos, en medio de la complejidad de síntomas de origen cardiaco o hipertensivo, aparece una perturbación gástrica caracterizada por uno de los equivalentes de la hipertonia del vago gástrico: sensación angustiosa, fatiga ansiosa, necesidad imperiosa de alimento y, aún, dolor epigástrico que, individualmente o asociados, sobrevienen casi siempre dentro de la hora que sigue a la ingestión de alimentos como—dicen los enfermos—“si el estómago estuviera vacío”. Esta sensación es calmada por los alimentos, pero muy imperfectamente, cuando se trata de enfermos en un avanzado estado de insuficiencia cardiaca. Mejor resultado hemos obtenido mediante la ingestión de alcalinos que sedan la irritabilidad del vago. No cabe, para explicar estos fenómenos, sino admitir la existencia de un reflejo gástrico hipervagotónico cuyo estímulo de origen está en un proceso morboso cardio arterial.

En el tercer grupo, consideramos dos casos: uno, de una doble lesión aneurismática y ulcerosa que lo exponemos a título de control de las demás observaciones, y otro, el de la enferma S. L. cuya historia eminentemente gástrica, corresponde a trastornos que, a juzgar por el examen clínico, químico y radiológico, deben referirse mas bien a fenómenos de hipotonía del vago gástrico; porque efectivamente el análisis que practicó el DR. ALMENARA revela una anclorhidria manifiesta, y el exámen radiológico permitió demostrar ligera dilatación del estómago y residuo después de las seis horas de ingestión de la comida bismutada. Nos parece que estos casos son frecuentes como los anteriores, y de ellos se encuentra en los tratados clásicos, no precisamente un cuerpo de doctrina, como deben merecer, sino únicamente referencias a un hecho aislado sin que se insista debidamente en la verdadera naturaleza de estas perturbaciones gástricas que en estos casos enmascaran un aneurisma de la aorta. (disfunción del vago gástrico).

CAPITULO II

La literatura médica que hemos consultado, dentro de los límites de nuestro medio, señala como una cosa perfectamente averiguada que es frecuente encontrar en los casos de aortitis perturbaciones digestivas; e igualmente que la^s

miocarditis pueden acusarse por trastornos de esta misma índole.

Efectivamente, BOINET (1) dice que en muchas ocasiones, aparte de los signos conocidos de aortitis, se encuentran perturbaciones dispépticas tales como balonamiento, plenitud epigástrica y timpanismo. Igual constatación se encuentra revisando el tratado de SIR CLIFFORD ALLBURT. Es un hecho perfectamente averiguado que como manifestaciones agudas de la aortitis puede presentarse un cuadro que simula lo que los americanos llaman impropriamente abdomen agudo y que muchas veces se parece a una perforación del estómago o a un cólico vesicular.

Dejando a un lado esta cuestión, que no afecta a nuestro trabajo que se refiere a los procesos mas bien crónicos o silenciosos de la aorta, y refiriéndonos únicamente a las manifestaciones que pueden enmascarar las aortitis, vale la pena citar la opinión de PARDEE (2) quien dice que entre los síntomas menores de la enfermedad de las coronarias es difícil establecer el diagnóstico diferencial con la indigestión gástrica crónica, por cuanto ésta puede parecersele.

STEVENS (3) dice que el dolor de la angina de pecho no solamente puede ser referido al epigastrio, sino que los síntomas gástricos pueden ser tan importantes que pueden llevar fácilmente al error de diagnóstico; frecuentemente el ataque se acompaña de náuseas, flatulencia e hipo, y en ocasiones ocurren vómitos; al fin del paroxismo se presentan eructos marcados a los cuales el enfermo atribuye su mejoría. Que, como se vé, es la afirmación de que las grandes crisis pueden traducirse por manifestaciones gástricas. Pero no dice nada respecto de la evolución silenciosa de las aortitis manifestándose con signos gástricos.

Únicamente, como información que dá valor al trabajo que estamos llevando a cabo, hemos encontrado en la literatura médica francesa, el dato siguiente debido a LECOMTE, (4) "Es así como uno de sus enfermos estaba atacado desde hacía dos años de dolores epigástricos cuya repercusión dorsal había hecho plantear el diagnóstico de úlcera del estómago, hasta que el exámen radioscópico demostró que este órgano estaba absolutamente sano."

(1) «Aortites croniques». Maladies des artères et de l' Aorte. 1907.

(2) The Medical Clinics of North America, marzo. 1921.

(3) The Medical Clinics of North America, 1917.

(4) La Presse Médicale, 23 Mai. 1923.

Igualmente, se debe a LAUBRY y ROUTIER (1) la historia de "un enfermo de 51 años, que desde hace dos años acusa dolores muy vivos, sobreviniendo cada día 6 horas después de las comidas; dolores que se sitúan en el epigastrio y se acompañan a veces de vómitos de líquido claro y ácido, jamás alimenticios. Se irradian a menudo a todo el abdomen; duran varias horas y se calman poco a poco. La sedación se obtiene algunas veces por la ingestión de alimentos o la posición acostada. Como antecedente patológico se encuentra una fiebre tifoidea a los 13 años. El Wasserman es negativo.....El examen muestra un tumor epigástrico....." Se trata en realidad de un caso de aneurisma de la aorta torácica descendente, de forma alargada. En un reciente trabajo de MALLORY (2) se da cuenta, en una magnífica bibliografía, de una serie de casos de Aneurisma de la aorta en que la confusión ha sido posible con lesiones digestivas y particularmente con la úlcera del estómago. Insiste además en las dificultades de llegar oportunamente a un exacto diagnóstico en considerable número de casos. Cita particularmente las publicaciones de DÉMITRÉSCU, MA. KINLAY y WBECKES de aneurismas confundidos con úlceras del estómago. Y hace un llamamiento sobre la necesidad de dedicar a este capítulo de la Nosología particular atención.

CROHN (3) en un concienzudo trabajo sobre signos abdominales en casos de insuficiencia miocárdica, llama la atención sobre fenómenos intestinales o gástricos, que en muchas ocasiones se presentan como una aura en la enfermedad de las arterias coronarias, y que constantemente las acompañan cuando está totalmente desarrollada. En un caso primero la enfermedad se encontraba enmascarada dentro de un cuadro de indigestión. En un segundo caso el enfermo se quejaba de síntomas de opresión al pecho y al abdomen, que sobrevenían, como ataques, mientras caminaba en la calle, al subir las escaleras, etc; pero a los cuales el enfermo no había dado ninguna importancia. El paciente llamaba la atención sobre la sensación de plenitud que experimentaba en el abdomen, de plenitud tal, que le

(1) La Presse Médicale, 2 Mai. 1923.

(2) Mallory. The Journal of the American Medical Association. Mayo 12. 1923.

(3) The Medical Clinis of North America. Junio 1920.

obligaba a soltar los tirantes de su vestido; presentaba eructos y el paso por el recto de cantidades considerables de gas. El enfermo insistía sobre la relación íntima entre los excesos de alimentación y la indigestión que, a su juicio, era la causa de su enfermedad. Sin embargo, profundizando en la historia patológica del cuadro pudo comprobarse que se trataba de un caso de aortitis.

FIESSINGER insiste también en las perturbaciones dis pépticas que acompañan las enfermedades del corazón; y, en general, todos los tratadistas modernos reservan un capítulo a estas manifestaciones.

Pero entre todas las referencias que encontramos en la literatura médica no nos ha sido posible hallar casos precisos en los que las perturbaciones sean de tal naturaleza que dominen el cuadro morboso a punto tal de enmascarar absolutamente la lesión. Siempre se ha tratado de manifestaciones cardiacas o aórticas a las cuales se ha sobregregado manifestaciones funcionales del lado del estómago. Convenimos en que los autores dejan constancia de que existen algunas perturbaciones dispépticas, un tanto imprecisas, que esconden la lesión. Pero con excepción de los datos de LECOMTE y MALLORY no hemos encontrado nada parecido.

*
* *

Todos los autores están de acuerdo en que las aortitis son de una frecuencia inusitada. Efectivamente, ya desde hace mucho tiempo los exámenes autópsicos permitían encontrar esta lesión en casos insospechados. La introducción de la reacción de WASSERMANN ha permitido filiar la naturaleza específica de la mayor parte de esos casos. Los estudios de GRUBER, a quien cita ALLBURT, demuestran que de 6,000 autopsias practicadas, un 40 % presentaban lesiones de aortitis sífilítica. MARCHAND, citado por CROHN, dice que de 256 autopsias de individuos con sífilis adquirida, ha encontrado aortitis sífilítica en un 82 % de los casos. Como lo afirma CROHN las estadísticas sobre la frecuencia de las aortitis sífilíticas son escasas, pero las investigaciones modernas demuestran, que este tipo de aortitis es el más frecuente en la mesa de autopsias; desgraciadamente raras en la investigación clínica. Esta discrepan-

cia puede ser debida a varias causas: y, a que la aortitis es a menudo una manifestación latente de la sífilis o a que los signos o síntomas que acusan su presencia son tan insignificantes que pasan enteramente desapercibidos, o a que la profesión médica no ha dado a esta condición patológica atención suficiente y cuidadoso exámen.

A este respecto BARKER (1) dice que la aortitis sífilítica no se descubre clínicamente sino cuando sus complicaciones la manifiestan. Estas complicaciones son: o la invasión de las válvulas sigmoideas aórticas, produciéndose una insuficiencia cardíaca; o la formación de aneurismas; o la extensión de la lesión á las arterias coronarias, produciéndose crisis de angina de pecho. He ahí porqué—agrega el citado profesor de Medicina de la Universidad de John Hopkins—debe hacerse todo esfuerzo para reconocerla precozmente, debiéndose buscar en todos los casos de sífilis que tengan ya unos pocos meses de duración.

Si esto es así, se comprende fácilmente la dificultad que experimenta el clínico para haer el diagnóstico precoz de la aortitis y de allí la enorme ventaja de la debida interpretación de las manifestaciones reflejas a que una aorta enferma puede dar lugar.

*
* *

Como hemos visto en el capítulo primero, tanto las aortitis como las lesiones cardio arteriales, pueden enmascarse en una actividad refleja de disfunción del vago gástrico, que se expresa por síndromes gastropáticos que ofrecen los enfermos materia de este trabajo.

Cabe preguntarse ahora, ¿cuál es la explicación patogénica de estos trastornos? Creemos encontrarla en la orientación que el estudio de la Medicina moderna, con un criterio fisiopatológico, ha dado á la interpretación de los cuadros clínicos.

Efectivamente, todo el organismo visceral está bajo la dependencia de un sistema nervioso que le es propio: el sistema nervioso vegetativo. Todo él ofrece un ajustado mecanismo de correlaciones funcionales, y si bien no es verdad, como lo pretendieron EPPINGER Y HESS, que la hipertouía de

(1) Monographic, Medecine 1920.—Apletton.

uno de los elementos que lo constituyen, produce manifestaciones patológicas de determinada naturaleza, mientras que la hipertonia del otro elemento las produce de naturaleza contraria; o mejor dicho, si no es posible ya, en el estado actual de los conocimientos, admitir que Vago y Simpático son en todo caso formaciones nerviosas antitéticas, en cambio puede asegurarse, como lo afirma CANNON, y la experiencia clínica lo demuestra cada día mas y más, que la vida visceral ES FUNCIÓN DE LA ACTIVIDAD ORDENADORA Y REGULADORA DE AMBOS SISTEMAS NERVIOSOS; que, del equilibrio de esas actividades nerviosas, depende la normalidad de la vida fisiológica y que su desequilibrio produce cuadros fisiopatológicos que unas veces se manifiestan por fenómenos de hipertonia de uno de los sistemas; otras, por fenómenos de hipertonia del otro, y otras, por último por fenómenos complejos en que al mismo tiempo vibran hipertónicamente ambos sistemas, presentándose a veces cuadros intrincados de apreciación difícil.

Por nuestra parte, podemos asegurar que en el mismo enfermo hemos encontrado cuadros de inestabilidad vago-simpática, particularmente frecuentes en las dispepsias nerviosas; el estudio del quimismo gástrico lo pone así de manifiesto; y en la tesis de uno de nuestros alumnos, el doctor GUZMÁN BARRÓN, señalamos casos de gastropatías que presentaban esta particularidad.

De otro lado, cuando el organismo visceral está afectado en uno de sus tractus, puesto que al fin y al cabo todos esos órganos tienen la misma inervación, con vías aferentes y eferentes, se comprende que las perturbaciones patológicas puedan producirse o a nivel mismo de la lesión o en puntos alejados. A diario la clínica nos demuestra este modo de pensar. Todo el mundo sabe como la apendicitis se enmascara en cuadros de hiperclorhidria; como las colecistitis crónicas se disimulan en un cuadro de piloroespasmo; y como las tuberculosis pulmonares, particularmente en sus periodos de latencia, se manifiestan por perturbaciones digestivas; la retroflexión del útero por análogas perturbaciones, etc. etc.

De suerte, que es preciso estar preparados para admitir que una lesión de un punto determinado del organismo visceral es el origen de un «bombardeo de reflejos», que van a traducir su sufrimiento sobre órganos alejados. Tal es

lo que ocurre, por ejemplo, con las perturbaciones dispépticas que sobrevienen toda vez que hay un obstáculo a la libre evacuación del ciego. Lo mismo pasa cuando un ataque de colecistitis calculosa o infecciosa coincide con fenómenos de fibrilación auricular, en que el enfermo se nos presenta aparentemente como un cardíaco.

La vida normal de las vísceras está dada por la correlación sinérgica de los reflejos. La vida patológica, por la falta de esa correlación y la producción de reflejos desviados de su actividad normal, de reflejos patológicos que el sensorio ha de percibir y acusar por medio de signos clínicos distintos.

*
* * *

Todos sabemos que el corazón recibe doble inervación simpática y parasimpática. El vago da al corazón tres troncos nerviosos, el primero de los cuales arranca del laríngeo superior; el segundo, que es el más importante, del laríngeo recurrente y el tercero directamente de la porción torácica del vago. La inervación simpática arranca de los segmentos 1°, 2°, 3°, 4°, 5° y 6° torácicos de la médula. Y ahora bien: como el vago tiene elementos centrífugos y elementos centrípetos, a través de los cuales caminan los reflejos, se concibe que, toda vez que se encuentre una lesión del corazón, el estímulo patológico se recoja por las vías aferentes de este nervio para devolverse a través de las vías eferentes, no solamente en el mismo órgano como pudiera creerse a primera vista, sino igualmente en todos aquellos órganos que se encuentran bajo la dependencia del mismo nervio. Por lo tanto, es perfectamente admisible, y conforme a las doctrinas de MACKENZIE, HES, POTTENGER, &, que un proceso patológico del corazón pueda expresar su sufrimiento a través del vago por manifestaciones gastro-páticas. Y cabe, dentro de la lógica, médica admitir que, así como la mayor parte de los autores aceptan los signos imprecisos de dispepsia de las cardiopatías, puede en determinadas ocasiones operarse un proceso electivo en virtud del cual se alteran substancialmente aquellas actividades nerviosas que tienen bajo su dependencia los fenómenos motores y secretorios del estómago. He allí por qué en ciertos

casos se encuentra en las cardiopatías esa historia de dolor tardío o de fatiga ansiosa, calmada por los alcalinos y por los alimentos, y que en buena cuenta no significa otra cosa que fenómenos de píloroespasma y de disfunción secretoria; es decir: la hipertonia del vago gástrico.

En lo que respecta al proceso fisiopatológico que explique estos mismos trastornos gastro-páticos en las enfermedades de la aorta, cabe inmediatamente una objeción, la aorta no recibe inervación parasimpática; la aorta recibe únicamente inervación de origen simpático. Por consiguiente, ¿cómo puede explicarse que un órgano que no está inervado por el neumogástrico sea el punto de partida de reflejos vagotónicos? Con todo, la explicación de este proceso es posible, si se tiene en consideración que aorta y corazón no constituyen entidades separadas sino contiguas, y que está demostrado que siempre hay filetes aberrantes del neumogástrico que invaden el trayecto de la aorta. De otro lado, como la patología no reconoce los límites que la naturaleza humana pone a las cosas, para estudiarlas y designarlas, se explica perfectamente bien que el mismo proceso que hiere a la aorta comprometa igualmente al miocardio, en medio del cual la aorta arranca y que, por lo tanto, halla un punto de partida del vago que reciba el estímulo anormal para devolverlo a distancia bajo la forma de una gastropatía. Y, por último, no hay que olvidarse de que el sistema simpático produce reflejos que se manifiestan a través de los nervios intercostales, con los cuales aparentemente no guardarían ninguna relación, como se demuestra en el caso tan bien estudiado por POTTENGER del «tórax alado» del tuberculoso que, en realidad no es sino la expresión de reflejos víscero-tróficos que arrancan del pulmón por la vía simpática para ser devueltos sobre la piel y los músculos, por los nervios intercostales 3º y 4º, con los cuales se encuentran en relación los primeros mediante neuronas de conjunción.

Tampoco es una novedad el saber que el estímulo del sistema simpático muchas veces se traduce no solamente por reacciones de este sistema nervioso sino también por reacciones del sistema vago; pues aquello que, en nuestro afán de dar nombre a las cosas, hemos llamado «la reacción paradójica» no demuestra sino que al estímulo de un sistema puede responder el otro.

Luego, pues, si no fueran suficientes las causas anteriores para explicar el camino que siguen los reflejos en la producción de estos trastornos, habría lugar para someterse al criterio inflexible de los hechos que nos dicen que, en determinados casos de aortitis, hemos encontrado un síndrome de hipermotilidad y de hipersecreción o disfunción secretoria del estómago, que subjetivamente el enfermo traduce por la sensación de fatiga ansiosa o de dolor sobrevenido varias horas después de los alimentos y calmados por nueva ingestión de éstos. Y puesto que no hemos encontrado por la clínica, por la radiología o por la radiografía manifestaciones de lado del estómago, es racional concluir que ambas cosas, la aortitis silenciosa y las ruidosas manifestaciones gástricas, están ligadas íntimamente. Son consecuencia éstas de aquella, y que, por lo tanto, se puede afirmar categóricamente que las aortitis pueden expresarse por un síndrome gástrico que recuerda en ocasiones la historia de la úlcera del estómago, y en mejores términos, la de la hipertonia del vago gástrico. (Aortitis enmascaradas).

El conocimiento de estos hechos no tiene por fortuna un interés meramente especulativo sino inmediatamente práctico, porque siendo así que la mayor parte de las aortitis son silenciosas, durante mucho tiempo, el hallazgo o la debida interpretación de un signo nuevo que las puede poner de manifiesto, dá al clínico la feliz iniciativa de un tratamiento terapéutico—dada su naturaleza comunmente sífilítica—que cuando es aplicado oportunamente puede producir excelentes resultados. Y efectivamente, en nuestros casos, particularmente en el caso T. la institución de un régimen mercurial ha permitido que el enfermo haga una vida normal, después de haber pasado por graves viscisitudes de su vida patológica.

Pero eso no bastaría. En aquellos casos conviene además instituir un régimen dietético para calmar la hiperexcitabilidad del neumogástrico, y, por nuestra parte, declaramos que estos casos tratados sistemáticamente por un régimen lácteo-farináceo, con el concurso de la atropina y los alcalinos a dosis fraccionadas entre las comidas, han permitido mejorar o suprimir completa y rapidamente estas manifestaciones, por suerte mucho tiempo antes de que el régimen antisifilítico estuviera en aptitud de producir tan favorables resultados.

Pero hay más todavía: en lo que se refiere a este síndrome en los casos de lesiones cardíacas si es verdad que la medicación causal es la primera que el práctico debe poner a prueba, hay que convenir en que, en muchos procesos de insuficiencia cardíaca irreductible en que el síntoma píloro-espásmo por las sensaciones dolorosas o de angustia que producen, mortifican considerablemente al enfermo, puede el médico obtener una sedación de los síntomas mediante la institución de un régimen dietético alcalino parecido.

CONCLUSIONES:

1ª La aortitis es una enfermedad silenciosa que generalmente se anuncia por sus complicaciones. (BARKER).

2ª La aortitis así como las hipertrofias cardíacas con ligera o avanzada insuficiencia cardíaca se enmascaran o complican, muchas veces en signos gástricos.

3ª Ciertos casos de píloro espasmo con hipersecreción, que simulan la hiperclorhidria o la úlcera píloro duodenal, son los exponentes de una lesión de la aorta. (Aortitis enmascaradas).

4ª Las lesiones gástricas que enmascaran una lesión cardíaca o cardio-aórtica pueden expresarse a veces por síntomas de atonía con hiposecreción.

5ª La institución de un régimen específico y dietético en los casos de aortitis de naturaleza sífilítica, que son los más frecuentes, hace desaparecer las perturbaciones reflejas a que dan lugar.

6ª A nuestro juicio, el mecanismo fisiopatológico que explica estos trastornos debe referirse a un reflejo parasimpático alejado, cuyo punto de partida se encuentra en la región cardio-aórtica, y que se anuncia por los distintos signos clínicos a que dá lugar la hipertonia—o dicho con mas propiedad la distonia—del vago gástrico.

7ª El exámen radiológico es indispensable para la determinación exacta de todos los procesos gástricos, que muchas veces enmascaran lesiones de otros órganos, que el clínico es impotente para diagnosticar en sus comienzos. (Aortitis silenciosas).