Anomalías en la Sintomatología de la úlcera gastroduodenal

Por Luis Felipe Ángel (Bogotá)

El diagnóstico clínico y la localización de la úlcera gastro-duodenal tropiezan en la práctica con dificultades que, en ocasiones, reclaman imperiosamente el auxilio del laboratorio; los signos, cuya agrupación le han dado a la sintomatología del *ulcus* un carácter personal, andan tan disociados en gran número de casos que la entidad mórbida pagaría fácilmente ignorada, si el único síntoma que la pone de manifiesto no se impusiera, algunas veces, por su intensidad y por su resistencia al tratamiento médico.

Los vómitos con hiperclorhidria dolores con sus caracteres especiales y la gastrorragias con todos sus matices, desde las que solo se revelan por reactivos muy sensibles hasta las que ponen en inminente peligro la vida de los pacientes, forman el trípode sintomático sobre el que se asienta el diagnóstico clínico de la úlcera gastroduodenal; pero cuántas ocasiones en que ésta no se revela por ningún signo y no pasa de ser un hallazgo de autopsia o en que uno SOLO de estos síntomas es su expresión y necesita, no obstante, una interpretación sagaz para llegar al conocimiento de su verdadero origen. Los vómitos y la hiperclorhidria se hallan ausentes muchas veces

al momento del examen, bien porque la dispepsia ha evolucionado de manera latente o porque sus progresos han sido tales que, alterando los elementos nobles de la glándula secretora del estómago, han mermado su poder secretor, o ya porque los espasmos pilóricos no han tenido lugar, pues debe tenerse en cuenta que el vómito, en muchas de estas ocasiones, es una manifestación de ese estado gástrico especial que se define con el término vago de pilorismo.

La gastralgia con su carácter especial de venir después de las comidas, cuando los alimentos se ponen en contacto con la superficie ulcerada, es decir, tan pronto como han llegado al estómago o un corto tiempo después, en el *ulcus* gástrico, o tres horas después de las comidas cuando el contenido estomacal comienza a pasar al intestino, en la úlcera duodeno-pilórica; con la circunstancia de agravarse o amortiguarse según la posición adoptada por el enfermo en relación con la localización del *ulcus* sobre las paredes del estómago; con los sitios de su propagación y con la manera como suele terminarse, es el mejor guía del diagnóstico, el síntoma más fiel para su localización y, por consiguiente, el gran elemento

para fijar el pronóstico y el tratamiento.

Desgraciadamente el dolor es síntoma muy inconstante y falta aun en muchos casos de ulceraciones graves que se terminan por perforación en medio de una salud floreciente; nosotros observamos el siguiente caso de esta especie: un individuo de veinticinco años de edad, sin antecedentes personales ni hereditarios de importancia, nos consulta porque siente un peso y aventamiento en el epigastrio después de las comidas; pero nada de vómitos ningún signo de hiperclorhidria, ni de gastrorragia. Le prescribimos un régimen alimenticio, le formulamos unos polvos alcalinos para después de las comidas, y desaparece toda molestia estomacal. Un mes después nos llaman urgentemente para atenderle *un cólico que le dio después de una gran comida*. El dolor terrible que tenía en el vientre y que le comenzó por el epigastrio—la «puñalada peritoneal» que llama DIEULAFOY- y el facies, que ya era revelador, nos llevaron a diagnosticar la perforación de una úlcera estomacal que solo se había manifestado por ligeros síntomas dispépticos y propusimos la intervención inmediata como única probabilidad de salud para el enfermo; pero la familia, al ver aquel individuo con tantas energías y que pocas horas antes daba las mejores muestras de salud, la rechazó de plano. Tres días después la muerte del enfermo confirmó nuestro pronóstico.

Casos hay que tienen como síntoma dominante, y a veces único, al menos por algún tiempo, períodos de dolores agudos que se prolongan por semanas y meses, alternando con épocas de bonanza, a veces largas, que despistas diagnóstico. Historias clínicas importantes; a este respecto pudieran oírse citar sin el temor de alargar fuera de medida este trabajo.

La manera como se terminan los dolores da también indicio para la localización del úlcus. *León 1* MEUNIER hace tomar a los enfermos que tienen dolores tardíos en el epigastrio después de las comidas medio litro de leche en el momento de la crisis dolorosa, y observa que en los ulcerosos de las paredes gástricas los dolores se van calmando paulativamente, mientras que en los enfermos que llevan una úlcera duodenopilórica el dolor desaparece bruscamente después de un eruto.

Buscando por la radioscopia la razón de este fenómeno encontró que en los enfermos que llevan una úlcera duodenopilórica existe un espasmo del píloro, durante crisis dolorosa, verdadera barrera que impide el paso, de la cavidad gástrica al duodeno, de la que lleva en suspensión carbonato de bismuto, para facilitar el examen radioscópico; y que después de algún tiempo, repentinamente, vienen una relajación del píloro, un eruto gaseoso, la terminación del dolor y la invasión del duodeno por la leche bismutada.

Anomalías análogas podemos

anotar en lo que hace relación con la gastrorragia. Muchas úlceras, en verdad, evolucionan SIN que lleguen a revelarse por signos hemorrágicos apreciables al examen

clínico, circunstancia que ha hecho pensar a varios médicos que las hematemesis no son un síntoma, sino una complicación de la ulcera gastroduodenal; otras, como en el caso que relataremos luego, no se manifiestan sino por

gastrorragias que, por su cantidad o frecuencia, exponen al paciente a serios peligros.

El hecho que la hemorragia se manifieste o no en la cavidad gástrica puede servir para localizar LA úlcera en las paredes gástricas o en el duodeno. En efecto, la sangre proveniente de una úlcera gastroduodenal se encuentra en el tubo digestivo bajo la forma de hematina, proveniente de un desdoblamiento de la hemoglobina, englobada en el mucus e insoluble en el agua y los ácidos, pero soluble en una solución amoniacal. Previo lavado de la cavidad gástrica se pasan por una sonda, en el enfermo en quien se sospecha una úlcera gastroduodenal, doscientos centímetros cúbicos de agua con diez gotas de amoniacal; después de un rato se retira parte del liquido, dejando la otra abandonada en el estomago, y se examinan luego tanto líquido retirado como las deposiciones del siguiente día, según el procedimiento de WEBER, con la tintura de guayaco o con el de MEYER, que usa como reactivo la fenolfta-

leina. Dos casos pueden presentarse: si se comprueba la presencia de la hematina tanto en el liquido retirado de la cavidad gástrica como en las deposiciones, la úlcera se halla localizada en las paredes del estomago; pero si falta en aquél y se encuentra en éstas, se tiene al frente una úlcera duodenopilorica.

Con hemorragias más abundantes que se ponen de manifiesto al examen clínico, puede hacerse también, en algunos casos, el diagnóstico de la localización de la úlcera; si no se han encontrado hematemesis en enfermos que han tenido en cambio melenas repetidas, con intervalos a veces largos, muy probablemente se trata de una ulceración del duodeno, pues esta es una afección de la cual se dice que "sangra poco y por intermitencias". Sin embargo, todas estas interpretaciones de la úlcera gastroduodenal, así como los síntomas mismos, tienen un valor muy relativo en el diagnóstico; de suerte que el criterio del médico, no obstante el conocimiento que tenga de estos incidentes "■" ÍÍIS manifestaciones del ulcus, debe ir libre de prejuicios para poder apreciar el alcance de los signos negativos y de los varios matices de la sintomatología

Útil, desde este punto de vista, no ha parecido la siguiente observación, por haberse hallado en ella dificultades para el diagnóstico de la úlcera, y luego por haberse encontrado su localización en un sitio absolutamente distinto

al que hacía suponer el examen clínico, basada en las consideraciones anteriores.

C. R., de cincuenta años de edad, casado, tuvo tres hijos. Entre los antecedentes hereditarios como dignos de mención se encuentra un hermano que sufre de epilepsia. Uno de los hijos, tuvo, cuando pequeño ataques epilépticos; los otros están actualmente alentados aunque uno de ellos tiene manifestaciones de insuficiencia hepática. La señora sufrió de una osteoperiostitis de la tibia izquierda, que mejoró con fricciones de unguento napolitano.

Desde muy joven tuvo brotes de eczema en los miembros inferiores y accesos de asma. Estos cedieron casi de manera definitiva, a la medicación yodurada y arsenical, sostenida durante dos años consecutivos.

Sin antecedente gástrico ninguno y al final de la medicación yodurada, quince años atrás, tuvo una primera hematemesis abundante, más de UN litro de sangre, acompañada de melenas; pasó fácilmente con la quietud y la dieta absoluta. Uno o dos años después, a pesar del régimen lácteo que por largo tiempo le impusimos, basados en el diagnóstico del *ulcus estomacal* que entonces le hicimos provisoriamente, se repitió la hematemesis, más fuerte que la primera vez; vomitó, endoso tres ocasiones, dos o tres litros de sangre aproximadamente; la melena también fue más abundante, y los síncope repetidos sembraron alarma. Desde entonces para acá con intervalos más o menos largos y a hecho de cualquier régimen alimenticio, se repitieron las gastrorragias, casi con los mismos caracteres que tuvieron las primeras; tal fue la manera como el

enfermo se acostumbró a ellas que las últimas ocasiones que las tuvo las anunciaba momentos antes de las hematemesis y, con frecuencia, decía que el de cualquier otra cosa moriría menos de vómito de sangre.

Dos clínicos de los más experimentados que lo vieron en Bogotá, confirmaron el diagnóstico de úlcera del estómago; pero la gastrorragia, que era su única manifestación, fue absolutamente rebelde a todos los regímenes y medicaciones. Algún otro médico que por esos mismos tiempos lo vio llegó a pensar en una varice esofagiana, como causa de las hematemesis, relacionando aquella con las que el enfermo llevaba en los miembros inferiores.

A mediados del presente año lo insinuamos la idea de que consultara el concepto del doctor Jaime JARAMILLO ARANGO. El hábil cirujano y radiólogo logró tomarle una bella radiografía que mostraba una úlcera localizada en el duodeno y, consecuentemente, le practicó la gastroenteroanastomosis con un éxito completo. Desgraciadamente, pocos días después de haber salido de la casa de salud, el paciente cogió una gangrena pulmonar que acabó con él.

Es este, pues, un caso de úlcera duodenal, probablemente de origen sifilítico, rebelde al tratamiento, que evolucionó sin las intensas crisis dolorosas que vienen a intervalos; tres o más horas después de las comidas, y con grandes hemorragias, contra la creencia general de que la úlcera duodenopilorica es una afección que «sangra poco y con intermitencia», y en el que solo la radiografía sentó el diagnóstico preciso y, consecuentemente, la precisa indicación operatoria.