

## Ptosis Gastrointestinales y Estados Asténicos

(CONSIDERACIONES) *Por el*

*Dr. Víctor M. Terrizzano*

Mucho se ha evolucionado en el concepto de la ptosis de vísceras huecas. El entusiasmo suscitado por el armazón clínico erigido por Glenard, ha sucedido en los últimos años, una desazón, un descontento que no creemos justificado. El conocido clínico catalán Gallart-Monés fue quien inició este movimiento diciendo que "la palabra ptosis ha hecho fortuna," pues ha servido para denominar durante 30 años unas serles de trastornos que a veces no tienen ninguna relación con ella.

El Dr. Raúl Gournier, miembro de la Asociación Mexicana de gastroenterología, avanza más en su crítica, aseverando que el movimiento "ptosófilo" produjo un atraso tan grande en el dominio de la Gastroenterología que durante algunos años la preocupación de los médicos fue acumular signos y síntomas de una enfermedad tan improbable como improbable y se dieron a la tarea de pretender arreglar todas las disfunciones gastrointestinales con fajas y lo que fue peor con complicadas operaciones quirúrgicas, que, las que mejor salían, dejaban igual a los enfermos. En cambio : el Dr. Fournier descarga, por así decir, los síntomas ptósicos. en la enfermedad osteo-conjuntiva-elastoplástica de Jacqueline y en la enfermedad ortostática de Abram.

La enfermedad ortostática de Abrami, a su vez, vendría a corresponder a "las enfermedades: posturales," clasificadas con antelación por Novoa Santos en 3 síndromes: cerebral, cardiovascular, y digestivo.

A su vez el Dr. Quiñónez, distinguido mexicano, estima que en la ptosis no se entiende solamente que la víscera esté fuera de su sitio, sino que esta dislocación sea producida por retracciones o lesión orgánica de origen infeccioso o tóxico.

Creemos que esta abierta divergencia de teorías pueden zanjarse con la autorizada palabra del mismo Gallart Monés, cuando afirma que es preciso distinguir la ptosis-síntoma que pueden acompañarse de ningún otro trastorno patológico, de la ptosis-enfermedad, que se caracteriza por la coexistencia de múltiples síntomas . sobre el fondo de una predisposición somática constitucional.

En este<sup>1</sup> sentido opina igualmente Quervain que "niega a la ptosis un cuadro sintomatológico característico, y entre nosotros Barilari acertadamente concreta diferentes apreciaciones diciendo que "la sintomatología subjetiva 'del enfermo no siempre es paralela al grado de ptosis.'"

Apartede los casos que no acusan trastorno alguno, existen las

pequeñas ptosis con exhuberancia de síntomas subjetivos y a la inversa grandes ptosis con pocos síntomas, lo que ocurre por lo demás en múltiples procesos de clínica general.

Hagamos previamente un poco de historia. Comencemos por citar los nombres de Bouveret, Hayen, Mathieu, Trastour, Kusmaul, Ewald, Hertz, cuyos diversos aportes comenzaron por llevar la atención a este tópico.

Pero, como decíamos, son los trabajos de Glenard de 1885 en adelante, los que dieron forma a esta entidad clínica de las ptosis viscerales.

Relativa a la patogenia este mismo autor enunció la teoría del hepatismo, atribuyendo a una diátesis hepática la 'atrofia y descenso del intestino delgado que a su vez acarrea la caída de los órganos que apoyan en éste.

Pero antes de seguir adelante creemos racional admitir del punto de vista etiopatogénico, dos formas de ptosis viscerales; la adquirida o de Landau y la congénita.

La primera deriva de los embarazos repetidos, de enflaquecimientos acentuados, de punciones ascíticas copiosas, de extirpación de tumores abdominales voluminosos, de evento acciones marcadas, etc. La pérdida, de elasticidad y tonicidad de los músculos abdominales principalmente, y de los perineales accesoriamente, ocasionaría en primer término una distensión de los ligamentos viscerales y luego su relajación. Para Lañe-, la po-

sición vertical es la principal causa de la dislocación visceral. Moutier invoca la lesión del plexo solar favorecida por la actitud erecta, que tendría una acción trófica sobre las vísceras. Faber ha creído reconocer en los ptósicos heredodistrofias en las que la sífilis juega un papel predisponente.

Mathes y Reitch señalan la influencia del factor respiratorio y basados en la mayor frecuencia femenina de las ptosis, aducen que el tórax femenino no aspira suficientemente las vísceras abdominales. Rowsing, lo mismo que Hayem y Bouveret, achacan el cuadro al corsé y a los embarazos. A su vez M. J. Lorin Epstein, admite que las vísceras abdominales y aún 1 as retroabdominales. son mantenidas en posición correcta no por los mesentenos o ligamentos de sostén, los cuales no juegan más que un rol orientador, sino por la presión recíproca de los órganos entre sí, sostenidos por la contracción tónica refleja de las paredes de la cavidad abdominal y del diafragma pelviano. Además participa parcialmente, el tono del diafragma. El conjunto y acción recíproca de estos reflejos determinan y mantienen la forma de la cavidad abdominal. En condiciones fisiológicas, el tono reflejo del mantenimiento automático, de nuestras vísceras' se obtiene por la excitación de los aparatos sensitivos abdominales, dispuestos en los mesenterios y peritoneo (de preferencial parietal). La excitación de tales aparatos sensitivos sería provocada por las variaciones de volumen de las vísceras huecas

y por el desplazamiento de las vísceras en los cambios de posición.

La insuficiencia de la capacidad reflectiva de los mencionadas aparatos, ocasiona un tonus de contradicción insuficiente, que a la larga, lleva a la distensión crónica de la pared forzada pasivamente en las regiones declives de la cavidad abdómino-pelviana por el peso propio de las vísceras. Además, el descenso crónico visceral y la distensión consecutiva de los mesenterios disminuye la sensibilidad de los aparatos receptores sensitivos y entorpece su capacidad refleja. Se instala así, según la concepción de Lorin **Epsteln**, un círculo vicioso.

Ahora, si pasamos a considerar el factor congénito o constitucional, debemos mencionar en primer término a Tuffier, quien comenzó a hablar de la insuficiencia congénita de los tejidos. Pero fue Stiller, quien consideró la gastropsis como integrante

de una anomalía constitucional y lo denominó "hábito asténico universal" o "enfermedad asténica." Aunque Stiller reconoció la relación de este tipo constitucional con la predisposición neuropática general y la hiperestesia del sistema nervioso vegetativo valorizando a la vez la astenia general y la hipotonía del sistema muscular, sin embargo, no puede aplicarse a este cuadro indistintamente el rótulo de hábito o enfermedad.

Para Pende, el hábito atónico de Stiller corresponde al de un tipo longilíneo pero desviado patológicamente en *el* sentido de una variedad hipoplástica, hipoevolucionada. Los sistemas muscular y ligamentoso son hipoplásticos, al par que los aparatos digestivos, genitales, y adenolinfáticos son hipoevolucionados. Agreguemos que el sistema nervioso vegetativo acusa hiperexcitabilidad vagal y completaremos el conjunto de este longilíneo asténico.

---

Relativo a la glándula o constelación glandular predominante. Pende admite las variantes (o temperamentos endocrinos) siguientes: hipertiroidea o hipertímica o hipertiroidea-hipoparatiroidea (tipo asténico espasmófilo de Pentz) o hipertiroidea hiposurrenética. Recordemos con Godin que es función esencial de 1 timo mantener flácidos y elásticos los tejidos por pobreza de tejido fibroso y que su involución y la maduración de la glándula sexual y de las glándulas virilógenas (hipófisis y suprarrenal) provoca el aumento del fibriloplasma muscular sobre el sarcoplasma y por lo tanto el robustecimiento de los músculos y la consolidación fibrosa de los órganos. La astenia y la atonía general, la flacidez de los músculos de los ptósicos se explican, pues, según la escuela italiana por un hipertimismo primordial o secundario con hipogenitalismo, hiposurrenalismo acompañados de hiperestenía del vago e hipoastenia del simpático. En suma el hábito asténico de Stiller presenta muchas desarmonías hipoevolutivas de origen endocrino.

Estas consideraciones han movido seguramente a Godin, director del Instituto J. J. Roseau de Ginebra y apasionado investigador de las leyes de ontogénesis y auxología, a solicitar para estos enfermos, no una cura localista, sino un tratamiento que contemple estas variantes.

Lo mismo apoya Gallart Monés cuando dice "que el haber considerado largo tiempo la pto-

sis como una enfermedad ha sido la causa de un mal terapéutica.

Veamos la *sintomatologúir qué* nos ofrece el ptósico gastrointestinal : Debemos comenzar por examinarlo de pie, que es la posición dinámica del individuo y donde la fisiopatología de esta afección se hace más notable, luego en decúbito dorsal, posición estática (posición reductora visceral) y por fin durante la marcha. "En la marcha, dice Gambetta en su tesis sobre "El hábito asténico de Stiller," mantenemos en contracción involuntaria diversos músculos de las extremidades, de la columna vertebral, etc., pero dejamos laxos completamente los músculos anteriores del abdomen, quitando así este importante sostén a las vísceras abdominales y contribuyendo por consecuencia a la ptosis. Esto sucede realmente por una falta de educación física, la prueba está en que todos los atletas gimnastas y hombres que llevan una vida física activa, tienen normalmente sus músculos del bajo vientre bien desarrollados y los mantienen por lo general e involuntariamente contraídos al pararse y caminar, de allí que sus vísceras abdominales estén en su lugar, que tengan buenas digestiones y que no existan constipaciones."

La inspección revela un vientre o bien todo excavado o sino deprimido en región epigástrica y abultado en la infraumbilical ((vientre en alforja). La palpación añade a la flacidez de la pared del vientre, la hipotonía de la fibra lisa visceral (Isiasfce-

nia) obedeciendo ambas posiblemente a un trastorno común. La laxitud y relajación de los músculos abdominales favorece la ptosis.

La pared anterior y el piso abdominal de tonismo precario contienen deficientemente las vísceras: no ofrecen base ni resistencia a esos órganos sometidos a presiones y movimientos diversos, por lo que esos órganos descenden y sus aparatos de contención (mésentenos y epiploes) ceden y pierden toda eficacia.

Esta exploración nos informa igualmente de la hiperestesia epigástrica aún para la palpación superficial y del latido aórtico epigástrico a veces doloroso y cuyo hallazgo fácil implica para Lorin una disminución de tensión abdominal y también desplazamiento y debilitamiento de los órganos interpuestos entre la pared abdominal anterior y la aorta. Las maniobras de clapoteo y sucusión pueden provocarse hasta después de 6 horas de las comidas.

*El examen radiológico* evidencia el grado de desplazamiento gastrocólico y si éste se acompaña de alguna otra ptosis de viscera maciza.

Las ptosis adquiridas se han observado en este orden de frecuencia: ptosis del ángulo derecho del colón; la de este codo y del riñón derecho, ésta última acompañada de ptosis gástrica; la de estos tres órganos e hígado. Muy raramente se ptosa el riñón izquierdo aisladamente.

Igualmente la radioscopia nos informa si la ptosis es movable o fija, con examinar al enfermo en posición vertical y horizontal. Si la ptosis es fija o irreductible hay que pensar en procesos periviscerales. También por el examen radiológico llegaremos a certificar la existencia de procesos concomitantes y que pueden enmascarar la sintomatología tales como: apendicitis, colecistitis, ulcus, afecciones abdominales, etc. Es el estudio radiológico por el que ha permitido al profesor T. Martini, siguiendo las ideas de Faroy, sustituir el concepto de gastroptosis por el de dolicoestría ortodigestiva o

---

sea distensión, estiramiento o alargamiento de esa víscera. Con ello se quiere significar que el estómago no desciende, sino que sufre un alargamiento vertical, dada la falla de su tono muscular y del poder funcional de la fibra lisa. Pero como observa el Dr. **Barilari**, pueden coexistir la dolico gastría y la gastroptosis. Por último, la radiología nos exhibe el funcionalismo de las vísceras huecas. Así se ha observado junto a un cuadro general de atonía e hipokinesia la existencia en ciertos ptósicos de espasmodicidad del transversal acompañada de atonía y dilatación del ciego, dando el tipo especial de constipación cecoascendente.

*Los signos subjetivos* que pueden presentarse son diversos; dolores gástricos o mejor epigástricos inmediatamente a la ingestión de alimentos o al poco rato y que se ha interpretado como debido al tironeamiento del plexo solar, evidenciable por la maniobra de Leven o Glenard (indistintamente llamada así). De estas crisis solares, Paul Jacquet dice "que su frecuencia es tal que su aparición en un dispeptico mal clasificado y en ausencia de toda causa evidente, debe hacer pensar en una ptosis visceral." Además, sensación de plenitud gástrica después de la ingesta, los erupicos facrofagia) la anorexia, los vómitos, la sensación de decaimiento, (sobre todo en posición de pie), el enfriamiento de las extremidades, la astenia de tipo especial que se acentúa después de medio día, las enteralgias nocturnas, son otros

tantos síntomas registrables en los ptósicos de vísceras cavitarias.

*Del punto de vista funcional* se pueden encontrar en las gastroenteroptosis diversos síntomas. Por lo común hiperacidez, más raro aquilia gástrica. No olvidemos que el cuadro de estos enfermos no presenta ninguna característica fija. Se ha señalado con cierta constancia la constipación sin que los hechos la ratifiquen fielmente.

Del trabajo de los Dres. Gallino y González, conviene destacar las siguientes cláusulas sobre este punto:

"1) No todo ptósico es constipado; 2) Hay sujetos fuertes y constipados sin ser ptósicos; 3) Corrigiendo la ptosis disminuye la constipación apareciendo a nosotros como efecto y no como causa."

Es lógico pensar que la emigración de los órganos huecos hacia la región abdominal inferior acarrea un entorpecimiento de las funciones peristálticas que ocasiona el estancamiento del contenido digestivo provocando distensión, hipotonía visceral, hipersecreciones y por ello inflamaciones catarrales (gastritis, colitis, etc.), cuyas consecuencias pueden ser la enterotoxiosis. La constipación puede a veces alternarse con crisis pseudodiarreicas y otras veces ofrece el cuadro de la colitis mucocomembranosa.

El estudio de la función diafragmática es importante sobre todo considerando que figura

entre los factores que gobiernan la estática y dinámica de las visceras abdominales.

El asténico de tórax largo y estrecho con descenso de la abertura inferior con una acción elevadora diafragmática disminuida deberá determinar, dice Stroemer, una hipomiotonía abdominal con opresión de las visceras del vientre.

Dentro de los síntomas funcionales podemos destacar el metabolismo basal. Su examen reveló una mayoría de los asténicos cifras bajas y otras anormalidades.

Así los asténicos producen mayor cantidad de ácidos en el esfuerzo y mayor acidez gástrica, que se traduce por mayor expulsión de ácido carbónico por las vías respiratorias (disnea) y por mayor producción de ácido láctico durante el trabajo muscular. Esta acidosis ocasional provoca la fosfatura reaccional compensatoria, expresión de la alcalosis resultante. Hay además comúnmente en estos enfermos hipoglucemia y a veces hipocalcemia. Del punto de vista físico es de señalar la astenia que se denota en la imposibilidad de efectuar esfuerzos físicos rontinuados y en la aparición precoz prolongada de la fatiga. En conexión con estos trastornos ¿bebemos mencionar la hipotonía del sistema venoso por debilitamiento vasomotor a la que tanta importancia atribuyen Martini y Pierach. Del mismo modo se observa hipotensión arterial.

*Del punto de vista psíquico*<sup>1</sup> resalta el desfallecimiento general verdadera astenia intelectual, no siendo raro se acompañe de insompios, pesadillas que abonan el fondo neuropática de estos enfermos.

"Para sufrir ptosis hay que estar predispuesto," decía Tulffier.. y "esa predisposición la constituye la neuropatía del sujeto," agregaba Mathieu.

En lo concerniente al *funcionalismo neuroendócrino*, conviene marcar en primer término *los* síntomas **suprarrenales**: hipotensión arterial, hipoglucemia en ayunas, debilidad general y cansancio crónico, el vértigo, *los* trastornos gastrointestinales, la impotencia y los trastornos menstruales. Conocemos la importancia que atribuye Marañón a la insuficiencia suprarrenal en estos enfermos. Igualmente se<sup>1</sup> ha constatado la insuficiencia genital primaria o consecutiva a trastornos suprarrenales o hipofisiarics.

Xa **insuficiencia** anterohipofisiaria explica la hipoglucemia por hiperinsulismo secundario. Relativo a la similitud del cuadro asténico con el adelgazamiento hipofisiario, síndrome de Simmonds, Marañón explica este último por la atrofia de la corteza suprarrenal e indica opoterapia cortical y régimen clorado.

Los síntomas tiroideos serían: el adelgazamiento, los trastornos cardiacos, el temblor, pero considerando el metabolismo baso! bajo es lo que llevaría a hablar

de una forma frusta de mixedema. La intervención de la paratiroides podría explicar las alteraciones del equilibrio ácido-básico de los asténicos muy semejante a aquel de la tetania, **que** también se acompaña de alcalosis e **hipocalcemia**. En suma se puede hablar de una participación hormonal **'Múltiple**

El estudio del *sistema nervioso vegetativo* revela, como hemos visto, un predominio vagotónico. Las últimas investigaciones de los fisiólogos norteamericanos y europeos, atribuyen al sistema vegetativo simpático, una verdadera función defensiva del organismo frente a las intoxicaciones endógenas y exógenas y también a todas las infecciones. En cambio la hipervagotonía que se acompaña ordinariamente de "alcalosis" favorece el desarrollo de ciertas infecciones "colibacilosis, infecciones piógenas, supuraciones prolongadas) y acompaña corrientemente {como lo han demostrado Head,, Viola, Cushing, Laignel-lavastine, ovanovitch) a las infecciones del aparato digestivo y respiratorio y en particular a la tuberculosis, siendo también el terreno preparatorio de la cancerización, el reumatismo y la vejez prematura entre otras muchas perturbaciones.

Vemos que la hiperexcitabilidad vagal del asténico nos impone de su labilidad orgánica frente a las intoxicaciones e infecciones.

Además según los trabajos de Hess y Brum, el parasimpático

sirve en principio para el acopio y preparación de las fuerzas mientras el simpático actúa desde el momento en que se ejecuta una acción.

Cuando en el hombre durante el trabajo aparece la sensación de fatiga es la señal-aviso del sistema vagal, sistema ahorrativo, de acopio ,que deberá reparar las reservas consumidas. En estado de descanso el individuo está bajo la égida del sistema vagal; durante la acción bajo el dominio del simpático. La enunciación de estas conclusiones explicaría la astenia de los enfermos de que tratamos. Así también el vagotonismo explica la hipotonía del sistema vascular, la flacidez de la musculatura y la ptosis de los órganos abdominales.

*Del* punto de vista intestinal, es de aclarar que el vago parece ser el que inerva la musculatura longitudinal, en tanto que el simpático inerva las fibras circulares del intestino. Por eso el vagotónico tiende a las diarreas y el simpático a los espasmos y el estreñimiento espástico. En el asténico lo más frecuente es la alternancia de períodos atónicos y de períodos diarreicos.

En resumen, se encuentra en estos ptósicos asténicos, perturbaciones metabólicas, sobreviniendo en personas de estructura somática especial, con trastornos de glándulas endocrinas y con un predominio parasimpático en la esfera neurovegetativa.