

Quimismo Gástrico

Estudio acerca de 489 casos de sondeo.

POR EL DR. JOSE TOMAS ROJAS

SEÑORES ACADÉMICOS:

No se me oculta que el estudio del quimismo gástrico es algo, que hoy por hoy, es elegante despreciar un poco. Brulé en sus lecciones de patología interna dadas en París en el año escolar del 23 al 24, se expresaba así: "el estudio del quimismo gástrico es una obra importante que ha perdido en la hora actual su interés clínico". Enríquez y Gastón Durand dicen en su obra sobre las úlceras del estómago y del duodeno que "hace ya largo tiempo que han renunciado a pedir al análisis del quimo gástrico después de comida de prueba, la solución de los problemas de un estado dispéptico hipersténico". Todavía más, la labor de León Meunier, para nadie desconocida, es tendente a ligar los fenómenos dispépticos con los trastornos motores del estómago, relegando a segundo plano los desarreglos químicos.

Y sin embargo, aunque no queriendo caer en la exageración de Germán Seé, quien se expresaba aseverando que las dispepsias eran químicas o no lo eran, mi práctica en gastrología me lleva a creer que los fenómenos de quimismo son elemento principalísimo para el diagnóstico y tratamiento de las afecciones del estómago. Mi concepción de las dispepsias no es unilateral, sino de conjunto, no veo como antaño exclusivamente la perturbación de la función sensitiva y no exijo con Laségue al dispéptico que sufra y que se queje, porque cuántos trastornos funcionales de transitorios se vuelven permanentes y ocasionan lesiones que pueden ser irreparables, precisamente por eso, porque no habían producido molestias, por lo menos las clásicamente atribuidas a determinado estado; pues yo no estoy con los que afirman que puede haber fuertes separaciones del quimismo gástrico normal sin manifestación alguna, no, lo que hay es que a veces esas manifestaciones se alejan tanto del tipo ordinario que más que

conducirnos a un diagnóstico correcto nos separan de él. Más adelante volveré sobre este asunto a propósito de la utilidad del sondeo gástrico en el diagnóstico de las afecciones del tubo digestivo. Tampoco quiero llegar a la fórmula simplicista ridiculizada por Meunier, que clasifica a los gástricos en dos categorías: "si sois hiperclorhídricos, tomad alcalinos", o "si sois hipoclorhídricos, tomad ácidos"; pero menos, mucho menos, me adhiero a la manera de pensar de ciertos autores modernos a quienes solamente les preocupa la evacuación gástrica y demás fenómenos motores conexos. Ilusionado por la literatura del autor del "estado dispéptico" he usado ampliamente sus fórmulas de "soluciones de sales variables, pero de concentración molecular invariable", y el éxito en la mayoría de las veces no lo he encontrado tan lisonjero como se pretende. Resultado que no me extraña y que lo creo debido a que los autores que así proceden, descuidan factores importantes y caen en el mismo defecto que severamente critican en Laségue y Germán Seé, y si ellos no vieron sino una parte del problema, la sensibilidad el uno, el quimismo el otro, León Meunier olvidó un poco ambos factores y no atiende sino a procurar la evacuación gástrica, cuya detención o retardo, dice, se liga íntimamente al fenómeno doloroso. Seguramente que yo no contradigo, sino que antes bien estoy de acuerdo en considerar que ambos fenómenos, el doloroso y la evacuación perturbada, más frecuentemente retardada que acelerada, se asocian comunmente; pero también estoy convencido de que las perturbaciones motoras a su vez están ligadas en la mayoría de las veces, a desarreglos químicos, y mi práctica me enseña que se obtienen más éxitos modificando el quimismo en su acidez, que procurando variar la concentración molecular del líquido gástrico, cosa que sería inversa si Meunier tuviese la razón. Mas no se entiendan mal mis palabras y se crea que yo quiero volver a la época en que el exámen químico era el todo en gastrología, no, ya lo he dicho; en esto, como en muchas otras cosas, soy ecléctico, y pienso que lo mismo se es dispéptico por una perturbación motora, que por otra química o sensitiva del estómago, las que por otra parte en clínica a menudo se presentan juntas y no separadas, y que por consiguiente para el estudio y tratamiento de las dispepsias no se debe desdeñar ninguna, sino atender a todas, así como al estado del sistema nervioso, muy especialmente el del sistema vago-simpático, independientemente de que no deben sernos desconocidos la manera de funcionar y el estado anatómico de los demás aparatos y órganos, siquiera sea someramente. Únicamente protesto contra la exageración actual de algunos, en considerar nada más importante lo que a motricidad atañe. Ahora bien, en esta visión sintética del "estado dispéptico", el estudio de varios cientos de enfermos, me conduce a dar la primacía al quimismo sobre los otros dos factores, y el

objeto primordial del presente trabajo de estadística es fundar semejante conclusión.

Presento a vuestra consideración 489 casos de sondeo gástrico, de los cuales me fué posible hacer diagnóstico correcto de la perturbación química, antes del empleo de la sonda, en 342 ocasiones, y fué más o menos equivocado, a veces en lo absoluto, en 147 otras, o sea aproximadamente un 30% de errores. Si tengo en cuenta que la casi totalidad de mis enfermos son gástricos, que he procurado tener conocimientos especiales en gastrología y que he hecho lo posible por cultivar esta rama de la medicina, debo admitir que el diagnóstico del quimismo gástrico por los puros medios clínicos es a menudo equivocado. Y por lo que pudiera haber de factor personal en dicha conclusión, me veo obligado a añadir que he visto no una sino muchas veces, a médicos, y muy buenos médicos, empeñarse en dar preparados pepsinados a quienes el análisis demostró poseían un jugo muy activo, o al contrario inutilizando el poco ácido de un hipoclorhídrico con fuertes dosis de bismuto. Estos errores de diagnóstico son muy explicables y a las veces imposibles de evitar, debido a que con alguna frecuencia la sintomatología se aleja de los tipos clásicos. Así la anaclorhidria toma en ocasiones la máscara clínica de la hiperclorhidria, el enfermo nos relata que tiene apetito exagerado, regurgitaciones con sensación de quemadura o de acidez muy marcada, se queja de intensos dolores epigástricos y tardíos que pueden mejorar o desaparecer cuando sobrevienen vómitos agrios o amargos, y para completar el cuadro puede existir estreñimiento. Naturalmente que este conjunto de fenómenos no se encuentra siempre completo, sino que faltan en este paciente una cosa y en aquel otra, pero de todas maneras su presentación clínica recuerda más o menos a la hiperclorhidria, hasta con sus períodos de mejoría y agravación. Suele también presentarse la anaclorhidria con un cuadro paroxístico doloroso, que he visto confundir con cólicos hepáticos en tres ocasiones que recuerdo. El enfermo, generalmente no dispéptico en los intervalos (entiendo por ello que no sufre de ninguna molestia) es atacado más o menos súbitamente de un dolor generalmente intenso, localizado al epigastrio o hipocondrio derecho, con irradiaciones frecuentes hacia atrás o flanco del mismo lado, que dura 3 o 4 horas, a veces más, y que se acompaña de vómitos, que pueden ser tenaces, de alimentos primero y luego biliosos o porráceos. Nunca hay ictericia franca, pero sí estado saburral de la lengua, sub-ictericia e hígado algo doloroso, amén de ser sensible toda la región súpero-lateral derecha del abdomen. El sondeo gastro-duodenal, así como los muy felices resultados de la medicación ácida que generalmente domina desde luego la situación, demuestran que no se trata de padecimientos vesiculares o de los canales biliares, sino de crisis dolorosas

cuya patogenia ignoro, pero íntimamente ligadas, eso sí, a la anaclorhidria y acompañados probablemente de estados congestivos hepáticos. Añadiré que las congestiones hepáticas de repetición, aunque sin el cuadro doloroso anterior, y sólo manifestadas por inapetencia, estado saburral de la lengua, flatulencia, sub-ictericia, cefalea, tensión dolorosa del hipocondrio, etc., que tan comunes son en los hipoclorhídricos, lo son menos en la anaclorhidria que más voluntariamente toma las formas fuertemente dolorosas como las descritas o como las de las dispepsias hipersténicas. La diarrea con lenteria pertenece también con cierta frecuencia a ese tipo de dispepsias hipóácidas, y no es raro observar diarreas tenaces sin sintomatología gástrica aparente, por lo que se puede clasificar al enfermo como entérico, no siéndolo.

Los dispépticos hiperácidos, aparte su cuadro clásico, se nos presentan a veces, y lo creo frecuente, como simples constipados, que sufren de estreñimiento tenaz, por lo que a la larga, y merced a la ayuda de purgantes repetidos, se va perfilando un cuadro de colitis mucosa que no curará mientras la atención del médico, dejando al intestino, se fije en el estómago y establezca su quimismo. Es de advertirse que en muchos de estos casos la sintomatología gástrica es nula y la acidez exagerada la dá a conocer únicamente el estudio del jugo gástrico.

El sitio anormal del dolor que puede ser de localización retroesternal, acompañado de cierta sofocación, ha sido motivo de que un médico competente, curase durante un año a una señora con nitrito de amilo y medicamentos semejantes, sin obtener resultado favorable alguno, lo que sí pudo después conseguirse fácilmente con el bismuto suministrado "larga mano". En este caso el diagnóstico se estableció con el auxilio insubstituible de la sonda gástrica.

La localización derecha del dolor de los hiperclorhídricos puede hacer creer en una colecistitis simple o calculosa que no existe, aunque quizá sea tanto o más frecuente el error contrario; de ahí la necesidad en tales casos de completar el sondeo gástrico con el duodenal.

Cuando la hiperclorhidria data de larga fecha, y a ella se añade una atonía gástrica, entonces se obtiene un embrollo de síntomas parte de los cuales nos inclina a admitir una acidez exagerada y parte que nos habla en favor de la falta de ácido, y el diagnóstico tiene que permanecer forzosamente en suspenso, mientras no lo viene a aclarar el cateterismo gástrico.

Ahora cuando el sujeto es un inestable nervioso, cuando hay un desequilibrio vago-simpático, las cosas se complican al sumo, los síntomas son de lo más variado y contradictorio y no se pueden ordenar para sujetarlos a una concepción aceptable del quimismo; el único recurso entonces es el sondeo gástrico.

Más todavía, aún suponiendo que tengamos buenas razones para declarar con exactitud el tipo del desequilibrio químico, aún así el análisis en serie nos salvará muchas ocasiones de fracasos terapéuticos. Las curvas de secreción son muy variables; lo más común es que la secreción no existente en ayunas, empiece después de la toma del té, (300 gr. no endulzados) llegue a su máximo a la hora, declíne francamente a la hora y media, para estar vacío el estómago a las dos horas o dos horas y media. Pero sucede alguna vez, 6% en mis observaciones, que la secreción esté de tal manera alterada que en ayunas exista un jugo activo, hiperácido, y que en cuanto cae el té, se diluya y permanezca abajo, y a veces muy abajo, de lo normal; semejante enfermo necesita en su terapéutica neutralizar la secreción en ayunas y estimularla durante los alimentos, para que pueda ver mejorar sus dolencias; y a tal conclusión sería imposible llegar si no se hubiese estudiado su quimismo. Otros tipos hay, más frecuentes, 16% de mi estadística, que tienen una secreción exagerada pero muy retardada, de tal manera que permanecen con cifras vecinas de la anaclorhidria durante una hora u hora y media, pongo por caso, y no es sino a las dos horas o más cuando la secreción pasa las cifras normales. Para beneficiar a dichos individuos hay que suministrarles medicamentos excitantes con los alimentos y neutralizantes varias horas después, cuyo número debe ampliarse o reducirse según la abundancia de la comida anterior, más corto mientras más ligera haya sido, más prolongada cuanto mayor fuese la cantidad de alimentos ingeridos. Tal conducta terapéutica, para quien no conozca el análisis del líquido del estómago, es por lo menos paradójica e imposible de prever sin el estudio especial.

Sucede también, 12% de mis casos, que el tipo secretorio no es regular en el sentido de que la acidez sube más o menos lentamente, permanece algún tiempo estacionaria y luego retrocede, como es normal, sino que en estos a que me refiero, verdaderos problemas terapéuticos, tiene oscilaciones que hacen que en una muestra presenten determinada acidez, después disminuya para volver a aumentar luego. Cuando esto acaece, y no existe otra manera de saberlo más que el sondeo, me parece que los medicamentos nervinos son los indicados, especialmente los bromuros. No es tampoco raro que la curva sea indefinidamente ascendente, esto generalmente en relación con un síndrome de Reichmann más o menos evidente.

Por todo lo anterior se vé que el problema terapéutico, aún solamente teniendo en cuenta el quimismo, es muy más complejo de lo que a primera vista parece. El diagnóstico, imposible frecuentemente sin el auxilio de la sonda, como creo haberlo demostrado, y la terapéutica estrechamente dirigida por él, como juzgo lo he probado, justifican a mi juicio ampliamente la importancia del sondeo gástrico en serie en los dispépticos.

Ahora transcribiré algunos datos que resultan de mi estadística, algunos importantes y otros por lo menos curiosos.

De los 489 enfermos estudiados, 327 fueron hiperclorhídricos o sea un 66% aproximadamente, 39 hipoclorhídricos o sea un 8% escaso, 66 anaclorhídricos, algo más de un 13% y 63, otro 13%, resultó de quimismo normal. Las cifras anteriores demuestran lo frecuente de las perturbaciones químicas en los gástricos, el 87% de mis enfermos, y la notable mayor frecuencia de los estados con exaltación del quimismo, sobre los que presentan disminución, los cuales apenas alcanzan un 21% del total. Este último dato, de acuerdo con cualquier estadística, no debía ser olvidado para desterrar la costumbre de recetar constantemente elixires pepsinados por supuestas "faltas de digestión". Es interesante señalar la rareza de la aquilia, de la cual no me ha sido dable observar ni un sólo caso, aunque sí he tenido varios de anaclorhidria con una acidez total tan disminuida 0 gr. 10, 0 gr. 07, 0 gr. 14, que casi son aquilias.

Me parece muy importante señalar que he encontrado 216 casos de hipersecreción continua, no teniendo como tales sino a los individuos que en la mañana en ayunas tenían más de 30 c.c. de líquido gástrico activo o muy activo, pues no clasifiqué entre ellos a los que presentaban líquido abundante pero muy poco activo o inactivo, o a los que aún presentando acidez de importancia, sólo contenían cantidades mínimas inferiores a la cifra señalada. Es muy notable esta fuerte proporción, 44% de hipersecretores continuos, si se atiende al mucho menor número de enfermos que presentan el cuadro clínico de Reichmann. La hipersecreción continua con sus vómitos nocturnos, etc., es poco frecuente, pero en cambio si se atiende a los datos químicos, es cosa común y corriente en las consultas de gastrología. Esta frecuencia muy marcada de la gastrosucorrea y la por fortuna mucho menor de las úlceras gástricas, no me permite aceptar de ninguna manera la proposición de Soupault que relaciona la hipersecreción continua a la existencia *constante* de la citada lesión en sitio yustapilórico. Ciertamente, hipersecreción continua y úlcera coinciden a menudo, pero la mayoría de los estómagos con líquido hiperácido en la mañana en ayunas no son ulcerosos. La gastrosucorrea es un fenómeno más banal.

Por todos es sabido que en un estómago normal, y con la comida de té sin azúcar, el estómago llega a su secreción máxima a la hora, para decrecer después. Ahora bien en mis 489 enfermos, la secreción alcanzó su mayor grado de 45 casos a la media hora, en 120 a la hora, en 180 a la hora y media y en 78 a las dos horas o más, que hacen un total de 423, que añadidos a los 66 anaclorhídricos, que como tales no tienen curva de secreción, completan los 489 individuos estudiados. Por los anteriores datos se puede afirmar que la conservación del tiempo normal de la secreción es rara en

los gastrópatas, nada más en un escaso 25%, que la aceleración secretoria es todavía menos frecuente, 9%, y que el fenómeno dominante es el retardo 52%, y además, como no podría ser de otra manera, que los pequeños retardos son en mayor número que los grandes.

Consideremos ahora la acidez total. La encontré normal 135 veces, disminuida en 185 y aumentada en 169 ocasiones. Por consiguiente es fácil deducir que la acidez total se modifica menos frecuentemente que la acidez de ácido clorhídrico libre, y que cuando varía tiende más a la alteración por pérdida que por exageración en la acidez. Como ya se podría inferir de estos datos las cifras nos demuestran que la hiperclorhidria y la hiperacidez total no siempre coexisten, pues de las 327 hiperclorhidrias, 147 se acompañaron de hiperacidez, 125 de acidez normal y únicamente 57 de hipoacidez. Por consiguiente puede existir hipoacidez con hiperclorhidria y viceversa, aunque como hechos un tanto raros, y en tales casos me enseña mi experiencia, debe atenderse más al estado de la clorhidria que al de la acidez total para el buen resultado terapéutico.

Las acideces totales que obtuve mayores de 3 gr. por mil, solo fueron 3, y las tres correspondieron a casos netos de úlcera gástrica; las hiperclorhidrias de más de 2 gr. por mil sumaron 11, perteneciendo 9 a úlceras comprobadas. De tales cifras creo poder obtener la conclusión de que si se duda en el diagnóstico de la enfermedad de Cruveilhier, cifras ácidas muy elevadas constituyen un buen apoyo al citado diagnóstico. A título de curiosidad agregaré que la mayor acidez que observé fue de 3 gr. 43 y la hiperclorhidria más elevada de 2 gr. 89 por mil.

En mis 489 análisis encontré sangre positiva franca en 78 veces; no cuento aquí las ocasiones en que la reacción fue únicamente positiva en los grumos de moco, caso frecuente en las gastritis congestivas. De esos 78 casos solamente un poco más de la mitad, 42, pertenecieron a úlcera del estómago bien comprobada; pues no debe olvidarse que sangre en el estómago no quiere decir úlcera, pues hay muchas otras circunstancias que la pueden hacer aparecer.

La mayoría de los líquidos extraídos tuvieron consistencia fluida, pero algunos fueron muy viscosos, debido a la presencia de moco en abundancia; esto lo observé en 105 ocasiones, casi la cuarta parte de los casos observados, lo que demuestra la frecuencia de la gastritis catarral. Añadiré que de estos 105 líquidos viscosos, ricos en moco, 60 correspondieron a anaclorhídricos, 27 a hipoclorhídricos, 12 a individuos de acidez clorhídrica normal y nada más 6 hiperclorhídricos. De aquí puedo inferir que la gastritis catarral es casi constante en las anaclorhidrias, de 66 casos 60 la tuvieron, es muy común en las hipoclorhidrias, en 39 se señalaron 27 y es extraordinariamente rara en las hiperclorhidrias, de 327 solo la presentaron 6.

La presencia del alimento en la mañana en ayunas la observé en 42 enfermos, 8½%, proporción por fortuna muy baja y ello en relación con la clase de consulta, una policlínica, a la que si es cierto que van enfermos muy crónicos, también lo es que la mayoría son individuos que se atienden pronto. Probablemente estas cifras cambiarían en un medio hospitalario.

En la mañana en ayunas suelen encontrarse cantidades de líquido más o menos grandes, que no se pueden incluir en la hipersecreción continua porque tienen una acidez total muy débil y una acidez clorhídrica nula o casi nula; que tampoco están en relación con lesión yustapilórica acentuada por la falta de restos de alimentos de la víspera; pero que tienen moco en gran abundancia, que son inactivos desde el punto de vista de la digestión química del estómago y que se deben a una hipersecreción mucosa por gastritis, asociada tal vez a atonía de las paredes o a ligera molestia pilórica para la evacuación. Estos líquidos los encontré en 90 ocasiones, que sumadas a los 216 casos de hipersecreción continua hacen un total de 306 en 489 observados, o sea un 62%, lo que sirve de base a la proposición de que en los gástricos es relativamente raro encontrar el estómago vacío en la mañana en ayunas.

CONCLUSIONES:

Por lo anteriormente expuesto se pueden formular, pienso yo, del presente estudio, las siguientes conclusiones:

1ª—La exploración en serie por la sonda debe practicarse sistemáticamente en gastrología, por ser siempre útil y a veces indispensable para el diagnóstico y tratamiento.

2ª—Existe un gran polimorfismo en las manifestaciones clínicas de los trastornos secretorios; de tal manera que no siempre se puede deducir de la sintomatología, la perturbación secretoria correspondiente.

3ª—Las modificaciones secretorias por exceso son muy más frecuentes que las constituidas por déficit, y de entre éstas la aquilia es excepcional.

4ª—La hipersecreción continua es un fenómeno frecuente, aunque pocas veces se manifiesta por el síndrome de Reichmann.

5ª—La hipersecreción continua, manifestada o no por síndrome de Reichmann, no es siempre el resultado de una lesión yustapilórica, como o pretendía Soupault.

6ª—La secreción y evacuación del estómago están comunmente alteradas en los gastrópatas, siendo más frecuente el retardo que la aceleración, y correspondiendo la primera ordinariamente a las dispepsias hipersinténicas y la segunda a las hipo y anaclorhidrias.

7º—Las modificaciones de la acidez total son menos frecuente y menos importantes que las de la acidez clorhídrica libre y no siempre se hacen ambas en el mismo sentido.

8º—Los muy fuertes aumentos en las acideces total y clorhídrica libre son un buen argumento en favor de la úlcera del estómago.

9º—Las gastritis catarrales acompañan voluntariamente a las dispepsias hiposecretoras; casi constantes en las anaclorhidrias, frecuentes en las hipoclorhidrias, son excepcionales en las formas hipersecretoras.

10º—Es relativamente raro encontrar en ayunas vacío el estómago de los dispépticos. Los líquidos retirados son de estasis pocas veces, de hipersecreción mucosamás comunmente, y de hipersecreción clorhídrica en la mayoría de los casos.

J. F. ROJAS.