

Hechos clínicos que obligan a divagar *

Por el Dr. ESTEBAN POUS CHAZARO

Hace pocos meses vi una enferma, que habiendo sufrido una colecistostomía en Nueva York, por probable litiasis, tuvo que ser operada nuevamente por nueva litiasis, en vesícula cuya biopsia puso en claro la existencia de un epiteloma. Ocioso es hablar sobre el fin de esta enferma, y más ocioso todavía insistir sobre la frecuencia aterradora con que degeneran las vesículas litiásicas.

Poco tiempo después, una hermana de la misma enferma, a la que vi con crisis vesiculares típicas y con vesícula fácilmente palpable, es sujeta a colecistectomía, que además de vesícula gigante, nos proporciona 132 cálculos. Y no muchos días después, una hija de la primera enferma es atendida por mí y me encuentro radiológicamente un colecisto de esos que dan la impresión de haber radiografiado una mazorca de maíz. Esta enferma no ha querido operarse, en espera tal vez de que llegue la temida degeneración epiteliomatosa.

En la misma época y en las mismas sesiones, veo tres hermanas venidas de Mazatlán: una con trastornos dispépticos, otra con fenómenos dolorosos —no de tipo crisis— y otra con adelgazamiento progresivo, acentuado e inexplicable. Las tres con vesículas litiásicas: una atiborrada de cálculos, otra con cálculos negativos, y otra, la del adelgazamiento, con un gran cálculo solitario, negativo también.

La coincidencia de dos familias con idéntico padecimiento, en personas del mismo sexo y de distintas edades y estado civil, fué motivo para que divagara yo alrededor de ese tema tan sutil, tan confuso y tan desconocido, como es el de la patogenia de la litiasis.

Ella, como la úlcera gastro duodenal, ha sufrido a través del tiempo los embates de todas las teorías patogénicas. Y si en la úlcera aún no se vislumbra una patogenia que satisfaga, en la litiasis tampoco convence la pluralidad de patogenias que hasta aquí han invocado la experimentación y la clínica; obligada consecuencia es que la terapéutica en una y en otra entidad carezca de fundamento patogénico, y esté muy lejos de resolver el problema de la curación total de los enfermos.

* Trabajo de turno leído en la sesión del 25 de enero de 1939.

Dos cosas en la litiasis habían atraído la atención de los observadores: la vesícula y los cálculos. Chanford presentó el otro término: el humoral, que no otra cosa fué su teoría sobre el colesterol, de gran valor en la actualidad, pero sin el absolutismo con que Chanford la presentó.

De esos tres hechos, la época actual conserva el factor vesicular como adyuvante y ha impuesto, por ahora al menos, el factor humoral, el metabólico, la nutrición, diremos, como ejes a cuyo derredor gira la tan manoseada patogenia.

Y en cuanto al otro factor, el factor cálculo, allí todo es vacío e ignorancia. Para el que estudie los enfermos con un poco de atención, surge a cada paso la obligada interrogación: ¿Por qué otro enfermo hace su litiasis coledociana, sin cálculos en el recipiente, y el de más allá los tiene en recipiente y en colédoco? Tenemos, pues, una patogenia de la litiasis que apenas si es un esbozo de patogenia.

Meditando sobre los casos familiares que han servido de principio a esta nota, surge desde luego la llamada diátesis o, lo que es lo mismo, el factor nutrición. En esos enfermos cabe pensar en la similitud de vida y de alimentación. En ellos hay seguramente un factor humoral común, hay el mismo sexo, hay hechos que pertenecen a todos por igual, confirman una teoría. Pero salir de ellos para engolfarse en el estudio de otro enfermo, del sexo masculino, no obeso, de vida activa, sin antecedentes ebertianos, sin hipercolesterol sanguíneo, es entrar en el terreno de lo desconocido y sumirse en la hipótesis y en la conjetura. Y eso sucede con la mayoría de los litíasicos.

Todas estas consideraciones llevan al clínico, aun sin quererlo, a invadir el terreno de la terapéutica, de la que hemos dicho que no tiene fundamento patogénico, lo que explica en mucho el por qué de las secuelas tan penosas de multitud de operados, que hace que los enfermos rehuyan el aceptar la intervención quirúrgica. Por de contado que muchos de esos fracasos deben ser imputados también a la clínica y aun a la terapéutica deficiente o incompleta.

Descartada la colecistostomía, que queda solamente reservada a ciertos casos de urgencia ¿la colecistectomía cura por sí misma la litiasis? Aparentemente sí; en el fondo podemos afirmar que es un tratamiento incompleto, que no suprime más que la

vesícula y el cálculo o los cálculos. Pero deja en pie el factor metabólico, propicio para la reincidencia, y deja en pie el factor hepático, cuya insuficiencia es compañero inseparable del litiásico. Y éste es tributario del tratamiento médico, que debe instituirse a todo litiásico inmediatamente después de hecha la colecistectomía.

El no cumplir esta última parte de la terapéutica; el creer que el enfermo está curado al salir de la colecistectomía; el pasar por alto el factor metabólico y el hepático, es dejar las cosas a medias y crear esas secuelas penosísimas que desacreditan la cirugía.

Y en cuántos enfermos, llenados todos los requisitos, hacen su aparición los trastornos dolorosos, los trastornos dispépticos, los trastornos diarreicos. Y aquí, mezclados los hechos reales con las hipótesis, viene la desesperación del enfermo, que ha tenido mejoría, no curación; y viene la desorientación del médico, que ignora el por qué de esos trastornos y con mayor razón la manera de suprimirlos; surge el empirismo con todo su cortejo de incertidumbres, de tanteos, de fracasos.

Alguien ha dicho que la vesícula biliar, como el hígado, expresan sus penas en lenguaje gástrico. En efecto, así es: la mayor parte de los litiásicos son hipoclorhídricos o anaclorhídricos, son hipoquinéticos gástricos, son retencionistas, tienen chapaleo —y esto sin sufrir espasmos pilóricos—. El olvido o desconocimiento de este “lenguaje gástrico” crea las secuelas dispépticas, las diarreicas.

¿Cuál es la causa de esos hechos, hipoquinesia, retención, hipoclorhidria, anaclorhidria? Nos dicen y aceptamos que son trastornos reflejos. Es en realidad seguir el camino del menor esfuerzo, y casi nos contentamos con conocer el hecho, sin tratar de averiguar su por qué.

Ese “por qué” enriquece aún más el capítulo desconocido de la litiasis, complica su patogenia, hace inseguros los resultados de una terapéutica que tiene hasta hoy muy pocos fundamentos científicos. Lo que no evita que sigamos empeñando el combate, aunque la ciudadela no esté tomada todavía.

