

## Breves notas acerca de anafilaxis digestiva \*

Por el Dr. JOSE TOMAS ROJAS,  
académico de número

Aunque leídas hoy, aquí, estas líneas, en realidad ni son ni fueron escritas para ser escuchadas por los señores académicos, y menos aún por los que tan dignamente ocupan los sillones de la sección de gastroenterología, que ello equivaldría a querer distraer la atención de un letrado con un viejo y rudimentario silabario, porque rudimentario y viejo para los gastroenterólogos es el tema en que hoy me ocuparé, pero no así para una multitud de médicos generales que, con frecuencia, lo ignoran o por lo menos no lo tienen en consideración en su práctica diaria, según he podido darme cuenta en el ejercicio de mi profesión; es, pues, a ellos y no a vosotros, Sres. académicos, a quienes me dirijo. No ignoro que a esta Academia debe presentarse, como frecuentemente se estila, el producto del esfuerzo creador de las inteligencias cultivadas; mas como está fuera de mi alcance el "producir", me contento con "divulgar"; labor que no por humilde es menos útil; y justifica, quizá, el uso, posiblemente abuso, que hago de esta tribuna para poder llegar a oídos que de otra manera no me escucharían. Disculpad, pues, señores académicos, si para ser atendido por los ignaros, molesto la atención de los cultos, con nociones que de tan sabidas os resultan fastidiosas.

La anafilaxis digestiva, con sintomatología digestiva, es muy poco tenida en cuenta por muchos facultativos; teóricamente se la conoce, pero de ordinario no se la recuerda al establecer el tratamiento de los enfermos o al formular su diagnóstico. Seguramente que ningún médico, por lerdo que se le suponga, deja de pensar en fenómenos de sensibilización cuando estudia un caso de urticaria o un ataque de fiebre de heno; pero ante fenómenos disépticos inveterados no piensa en ellos, sino que, según las circunstancias, o se habla de úlcera del estómago —más frecuentemente diagnosticada que existente—, o bien de afecciones vesí-

\* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 2 de mayo de 1945.

culares —que muy rápidamente se clasifican de quirúrgicas porque no se obtuvo visualización del reservorio con el tetrayodo, sin tener en cuenta que muchas veces la droga no fué absorbida, porque su administración oral produjo repetidos vómitos o profusa diarrea—, o se piensa en el apéndice, hígado, colon, etc. De tal manera que, fuera de los que cultivamos la gastroenterología, no he visto formular el diagnóstico de trastornos digestivos por anafilaxis del propio origen, sino en muy contadas ocasiones. Y, sin embargo, no es raro ver enfermos, que a sí mismos se habían fenido por incurables por su inútil peregrinación a través de múltiples consultorios, ser fácilmente curados, una vez llevada la atención por el sendero de la anafilaxis, después de desechadas posibles alteraciones orgánicas; en estos casos, con algo de observación y un poco de experiencia, se puede llegar, por sucesivos tanteos, a suprimir dispepsias que parecían irremediables, por su rebeldía a las terapéuticas habituales.

Los fenómenos dispépticos anafilácticos no tienen, por lo común, una fisonomía propia, clara y evidente, que permita distinguirlos y diferenciarlos al primer golpe de vista; solamente se imponen al criterio del médico cuando, por fortuna para el diagnosticador, van acompañados de procesos extradigestivos bien conocidos como ligados a choques hemoclásicos, tales la urticaria, el edema angioneurótico, el acceso de asma, etc. Aparte de la coexistencia con los procesos anteriores, suelen los fenómenos dispépticos anafilácticos caracterizarse, cuando dan lugar a cuadros agudos, por la brusquedad y rapidez de su aparición, y por su desproporción con la causa desencadenante. Tal enfermo, a consecuencia de la ingestión moderada de ostras se cubre de urticaria, al mismo tiempo que se queja de fuertes dolores abdominales, vómitos tenaces, abundante diarrea y depresión profunda; sucediendo esto, para cada enfermo, siempre que ingiere determinado o determinados alimentos, aun a dosis insignificantes. En circunstancias como las anteriores, el diagnóstico de hipersensibilización es evidente, se impone por sí mismo, y, por consiguiente, no hay duda en la conducta terapéutica.

Pero, quizá, la anafilaxia digestiva es más frecuente en forma menos aparatosa, produciendo síndromes dispépticos crónicos, lo

que es ordinariamente debido a que el organismo no es solamente sensible, como en el caso anterior, a una o a pocas causas reactivas, sino que reacciona exageradamente a factores digestivos múltiples, o bien a un solo alimento pero de ingestión cotidiana. En estos casos, en que a diario existen factores desencadenantes, se forman cuadros dispépticos de apariencia banal, en los que, si no se piensa en la patogenia alérgica, es muy difícil establecer la verdadera etiología del padecimiento. Recordamos, como ejemplo, el caso del Sr. R. quien sufría, desde hacía más de 20 años, de fenómenos de dispepsia de tipo hiperesténico y de evolución subcontinua; era raro el día en que, dos o tres horas después de los alimentos, no se quejase de dolores o ardores epigástricos, de agrios o de plenitud. Los múltiples exámenes que a través de los años se le hicieron, no encontraron lesiones de importancia en el aparato digestivo, tanto a la exploración física, como a la radiológica, y fueron, más o menos normales, las pruebas de laboratorio, salvo el sondeo gástrico que siempre demostró hiperclorhidria y, en una ocasión, hipersecreción continua. Entre los médicos tratantes, algunos afirmaron la gastritis crónica y otros, los más, basándose en cierta sensibilidad cólica a la palpación, hicieron el diagnóstico de colitis. A través de tantos años se establecieron tratamientos diversos, aunque semejantes; se prohibieron las especias, las frituras, etc.; se administraron alcalinos, se utilizaron los múltiples derivados de la belladona, se hizo uso de los preparados comerciales de mucina gástrica; no se desdeñaron los desinfectantes intestinales, etc., etc., según la moda médica del momento o las inclinaciones particulares de cada facultativo; pero el resultado fué siempre el mismo: muy mediocre y muy pasajero el éxito obtenido; dos o tres días relativamente bien, para luego volver a los pequeños dolores tardíos, más bien incomodidades por lo poco intensos, pero molestos por lo repetidos y frecuentes. Total, un individuo que no abandona el caolín, el bismuto o el bicarbonato, a cuyo uso se acostumbra cotidianamente. Ahora bien, la exploración minuciosa no encuentra, dentro o fuera del aparato digestivo, la causa plausible de tan ligeras, pero rebeldes, molestias digestivas. Las cuti-reacciones para investigar la alergia demostraron hipersensibilidad al frijol; la acción dañosa de este

alimento ya había sido notada por el paciente, quien espontáneamente lo había suprimido; muy pobre ayuda práctica obtuvimos, pues, del dato del laboratorio, aunque siempre fué agradable saber que no andaba en desacuerdo con la experiencia. Las molestias digestivas eran marcadas y más frecuentes sobre todo después del primer alimento, que del segundo o tercero. Inquiriendo los hábitos alimenticios del enfermo, nos encontramos con que el desayuno se distinguía de la comida y de la cena, porque en la mañana había dos alimentos que no se repetían en el resto del día: una porción de nata de leche y un par de huevos fritos o tibios. Suspendimos dichos alimentos y el efecto fué inmediato y duradero; los fenómenos dispépticos desaparecieron completa y definitivamente. Debemos advertir que ni clínica, ni radiológicamente hubo nunca síntomas de padecimiento vesicular.

Bastantes casos como el anterior podría citar, porque las reacciones anafilácticas digestivas a uno o varios alimentos de ingestión frecuente o cotidiana son relativamente comunes, más de lo que habitualmente se cree; por regla general no se acompañan de los síndromes extradigestivos ligados con seguridad a choques hemoclásicos, cuya presencia tanto ayuda al diagnóstico, en las formas agudas paroxísticas; son de evolución crónica, continua o subcontinua, y si se presentan en forma intermitente no tienen principio o terminación bruscos, ni tampoco presentan la desproporción entre la causa desencadenante y la intensidad de los fenómenos dispépticos; todo lo cual parece quitarles significación como fenómenos de sensibilización, y hace casi imposible el diagnóstico directo. Estos cuadros crónicos, por consiguiente, no se imponen al criterio del médico, sino que hay que ir a buscarlos, es necesario pensar en ellos cuando se estudian fenómenos dispépticos crónicos rebeldes a los tratamientos habituales y en los que no existe una causa evidente, digestiva o extra-digestiva, capaz de explicarlos satisfactoriamente. En las circunstancias apuntadas debe recurrirse a las pruebas de cuti o intradermoreacción con los antígenos más variados, de acuerdo con los hábitos alimenticios del enfermo, los que, por otra parte, deberán ser conocidos detalladamente por el médico, para estar en aptitud, como en el caso anterior, de aprovecharlos debidamente, que-

dando su valorización al criterio, perspicacia, habilidad y experiencia del facultativo.

Las manifestaciones alérgicas que estudiamos pueden localizarse en los principales órganos del aparato digestivo y en todos pueden tomar la forma brusca, aparatosa y transitoria, casi siempre ligada a un solo reactógeno, dos o tres a lo sumo, o bien constituyen síndromes crónicos, cuando son la respuesta a muchos alimentos desencadenantes o a pocos, pero de diaria ingestión. En el primer caso la patogenia alérgica es evidente y muy difícil de establecer en el segundo.

Por parte del estómago, la alergia ostensible se caracteriza por crisis gástricas con vómitos frecuentes, náusea constante, dolor epigástrico intenso y estado general más o menos fuertemente atacado, recordando el cuadro de una intoxicación grave, con pulso pequeño, sudores fríos, palidez, lipotimias, desfallecimientos, etc.; estas crisis están en relación evidente con la ingestión, aun en cantidad mínima, de determinado alimento, ostras, pescado, etc.; alimento que cuantas veces se le tome produce invariablemente el mismo cuadro; en los intermedios el enfermo, por regla general, no sufre de sus vías digestivas o por lo menos no en proporción con los fenómenos descritos. En situaciones semejantes, el colon responde por accesos agudos de diarrea profusa, acompañada de cólicos frecuentes e intensos y, a veces, puede aparecer el síndrome disentérico más o menos claro o velado; casi siempre acompañan, a los anteriores, los fenómenos generales a que nos referimos líneas atrás, y que hacen que se pronuncien los diagnósticos de envenenamiento o intoxicación digestivos. La reacción aguda alérgica vesicular casi siempre corresponde al síndrome de cólico hepático típico o algo modificado, pero con sus síntomas fundamentales claros. Las situaciones anteriores, gástricas, cólicas o vesiculares, con cierta frecuencia van acompañadas de urticaria, edemas angioneuróticos, etc.

Los fenómenos alérgicos crónicos, por parte del estómago, se manifiestan por síndromes de dispepsia casi siempre de tipo hiperesténico, en raras ocasiones hiposténico, o bien por síntomas aislados que no reproducen un cuadro bien definido; el intestino responde, en análogas circunstancias, con síndromes de dia-

rea crónica acompañados de meteorismo, cólicos, adolorimiento del vientre, gases intestinales, pesadez, etc. Si es la vesícula en donde se localizan los fenómenos morbosos, encontraremos dolores subhepáticos precoces o tardíos, diarrea biliosa postprandial, jaquecas, etc. El hígado responderá a la alergia por cuadros francos o borrosos de congestiones postprandiales o de algunos días, con su múltiple y compleja sintomatología: cefaleas, somnolencias, bochornos, ligero crecimiento y dolor del borde hepático, etc., etc.

En todos estos casos crónicos de alergia, de causa y de manifestaciones digestivas, hay que insistir en ello, no existe nada que rubrique la naturaleza anafiláctica del padecimiento; se trata siempre de síndromes banales de dispepsia gástrica, hepática, cólica o vesicular. Para diagnosticar la alergia digestiva, de sintomatología digestiva, el único camino es pensar en ella, siempre que existan fenómenos dispépticos rebeldes a la terapéutica habitual y que no estén ligados a causa franca y evidente.

Para terminar, señores académicos, sólo me resta volver a invocar vuestra indulgencia por haber entretenido vuestra atención con asuntos baladíes; pero, mi intención de divulgar ciertas nociones, me obligó a usar de la muy alta tribuna que es la Academia Nacional de Medicina.