

La miastenia gástrica de algunos gastro-enterostomizados⁽¹⁾

por el doctor

Santiago Carro

Académico C. de la Academia Nacional de Medicina

Por ser una complicación poco frecuente, hay escasas referencias sobre la miastenia gástrica que presenta algunos gastro-enterostomizados. Merece, sin embargo, que sobre tal síndrome fijemos nuestra atención, ya que de él puede depender el fracaso absoluto de la intervención o la presentación de trastornos que hagan correr grave peligro al gastro-enterostomizado.

Puede explicar la relativa parquedad con que en la extensa bibliografía de la cirugía gástrica se trata este punto el hecho de que actualmente la gastro-enterostomía ha sido sustituida en el mayor número de los casos por la gastrectomía, reservando aquélla a los enfermos en que no es posible realizar una operación más completa. Y debiéndose el progreso en los estudios de tonicidad y motilidad gástrica a la exploración radiológica, sus más recientes investigaciones se consagran al estudio de los gastrectomizados, quedando un poco en segundo plano las complicaciones, más conocidas en general, de los gastro-enterostomizados.

En una comunicación presentada por GUTTMANN (1) al III Congreso Internacional de Radiología, sobre las complicaciones de la gastro-enterostomía, estudiadas radiológicamente, esquematizaba en seis grupos las causas por las cuales un enfermo podía

sufrir después de una gastro-enterostomía, resumiéndolas así:

1.º Persistencia de una lesión extragástrica diferente de la que dió motivo a la operación.

2.º Alteraciones funcionales: dispepsia, diarrea, éstasis duodenal, etc.

3.º Adherencias.

4.º Lesiones mucosas: gastritis, duodenitis, yeyunitis.

5.º Recidiva de la antigua úlcera o formación de una nueva úlcera.

6.º Cáncer.

Con ser bastante amplio el citado índice de complicaciones, no vemos en él comprendidos trastornos tan importantes como la dispepsia de los gastro-enterostomizados sin causa justificada (y empleamos aquí la palabra dispepsia en el amplio sentido de variados trastornos digestivos, a veces de tal importancia que exigen la desgastrostomización del enfermo) y las alteraciones de la función peristólica, que unas veces impiden la mejoría del enfermo y otras le llevan a un estado de empeoramiento que obliga a nuevas decisiones terapéuticas.

Ya FRIEDMANN, en 1922 (2), llamó la atención sobre el hecho de que algunos operados de gastro-enterostomía presentan a

(1) Comunicación al II Congreso Nacional de Patología Digestiva. Barcelona, Diciembre 1933.

veces, algunas semanas después, una grave atonía gástrica que no logra combatirse, extenuándose hasta morir.

RIBAS RIBAS (3) cree que puede relacionar con esta complicación tardía de los gastro-enterostomizados dos casos suyos de enfermos que sucumbieron tres y seis semanas después de la intervención, con diarreas que no hubo medio de cohibir, y hace notar que en los gastro-enterostomizados, aunque esté inutilizado el píloro, hay una boca anastomósica que no funciona como un orificio inerte, sino que se abre y cierra al compás de las contracciones gástricas.

Estos trastornos de atonía o acentuada miastenia gástrica, que en su máxima expresión podemos ver en los casos de gastroplegia o parálisis aguda del estómago, sobre todo en los dilatados crónicos y en los estenosados de píloro en fase hipocinética, pueden presentarse en algunos gastro-enterostomizados; pero, a juicio nuestro, de modo muy particular en los asténicos generales con insuficiencia gástrica motriz. Son personas con hipotonía general, para los que LOEPER y BAUDANN han creado el nombre de *leiasténicos* (4).

En una reciente publicación (5), el profesor LOEPER, recordando los estudios de GLÉNARD, insiste en la gran importancia que las causas mecánicas y estáticas tienen en la producción de los trastornos digestivos, y fija el concepto de la *leiastenia*, que no existe sino cuando la hipotonicidad gastro-intestinal coexiste con la hipotensión arterial. Es decir, requiere la hipotonía de los músculos de relación y de la vida vegetativa y la disminución de la tensión arterial, eliminando así del síndrome otros estados depresivos y otras formas de astenia digestiva o vascular.

El estado de la función peristáltica es de una importancia grande para el pronóstico del éxito de la gastro-enterostomía. Nues-

tros enfermos gastro-enterostomizados que tmejor parido han sacado de la operación son los estenosados de píloro (por úlcera cicatrizada) con buena musculatura gástrica. En los asténicos, la evacuación lenta del estómago causada por la insuficiencia motriz y la persistencia de un quimismo más hiperclorhídrico que en aquellos otros enfermos, es una causa de que los resultados no sean tan brillantes o de que, como en el caso del enfermo que vamos a historiar, sean nulos.

Enfermo de cincuenta y seis años, casado; tuvo diez hijos, de los que viven ocho. Murió su padre a los sesenta y cinco años, de cáncer gástrico, y la madre a los treinta y seis, de pleuresía. Pesa 65 kilos (que es su peso medio, aproximadamente).

Medianamente temperante. Lleva régimen amplio cuando le vemos por primera vez (febrero de 1931), privándose de algunos alimentos francamente indigestos. Bebe un poco de vino en las comidas y algún licor a veces. Fuma mucho.

No tiene otros antecedentes patológicos extragástricos que haber sufrido un cólico hepático a los veintinueve años. Asténico, fondo neurótico.

Desde hace dieciséis años sufre a temporadas dolores gástricos, ardores y vómitos, teniendo siempre digestiones lentas. Hace un año tuvo un vómito hematótico. Hace mes y medio, nuevo vómito con sangre abundante, sufriendo mareo y sudoración; dos días después, deposición negruzca (melenas). Quedó muy débil, sometiéndose a plan riguroso de tratamiento de úlcera gástrica, y encontrándose ya mejorado y sin molestias, con buen apetito, bastante repuesto de fuerzas y función intestinal normal.

La exploración física revela un estómago bastante dilatado, con gran bazuqueo, si empastamiento alguno y sin zonas de dolor a la presión manual.

El análisis del quimismo gástrico, a la hora de la ingestión del desayuno Ewald-Boas (retirando por sondaje 50 c. c. de recogido, con abundantes restos informes y mucho moco) da 1.642 por 1.000 de acidez clorhídrica libre y

2.555 por 1.000 de acidez total, con investigación negativa de sangre.

El estudio radiológico (radiografía núm. 1) da lo siguiente: Estómago ptósico y dilatado (la curvatura mayor baja dos traveses de dedo de la línea bi-iliaca), con hipoperistaltismo y evacuación lenta. Deformidad pilórica. Retención de papilla en el bulbo duodenal y dolor, a la presión digital, en dicha zona.

Formulamos el diagnóstico de úlcus duodenal con dilatación gástrica y sometemos al enfermo a régimen alimenticio bastante riguroso y cura de alcalinos, recomendándole modere su trabajo intelectual al mínimo compatible con sus deberes profesionales de abogado en ejercicio.

El enfermo mejoró algunos meses y volvió a empeorar, presentando una crisis de hipersecreción con vómitos de líquidos ácidos en período digestivo tardío, cediendo con nuevo tratamiento médico-dietético. Siguió así con alternativas y en marzo del corriente año presentó nuevo vómito hematemésico. El estudio radiológico seguía acusando la deformidad piloro-duodenal y evacuación gástrica muy lenta, persistiendo el quimismo hiperclorhídrico con cifras aproximadas a las anteriores, en vista de lo cual le aconsejamos la operación.

Por tratarse de una persona asténica y con agotamiento nervioso, así como por ser muy propenso a bronquitis, el cirujano le practicó sólo una gastro-enterostomía (18 de abril corriente). No obtuvo de ella el beneficio que era de esperar, pues a pesar de haber hecho bastante reposo durante el verano, con régimen adecuado, medicación tónica, etc., su peso bajó hasta el actual (3 de octubre corriente), de 54'750 gramos; tuvo sialorrea, gran debilidad general, vómitos de líquidos y alguna vez de comida, dolores en el hipocondrio y costado derecho, gases y digestiones lentas.

Sigue siendo hiperclorhídrico con hipersecreción. El análisis del recogido gástrico (120 c. c. de recogido a la hora del desayuno de Ewald-Boas, sin agotar el contenido gástrico) da 1.095 de acidez clorhídrica libre por 1.000. El estudio radiológico del ritmo de evacuación acusa lo siguiente: El estómago está dilatado, bajando la curvatura mayor más de cuatro traveses de la línea bi-iliaca; hay contracciones peristálticas energéticas y el vaciamiento por la boca de la anastomosis es muy lento. La radiografía número 2, hecha a los diez minutos de la ingestión

de Solubarío, muestra muy poca papilla de contraste en las asas del yeyuno, o sea una evacuación difícil por el orificio anastomósico. Persiste la deformidad piloro-duodenal, aunque no se aprecia la retención de papilla en el bulbo duodenal. La movilidad gástrica es completa, no observándose adherencias.

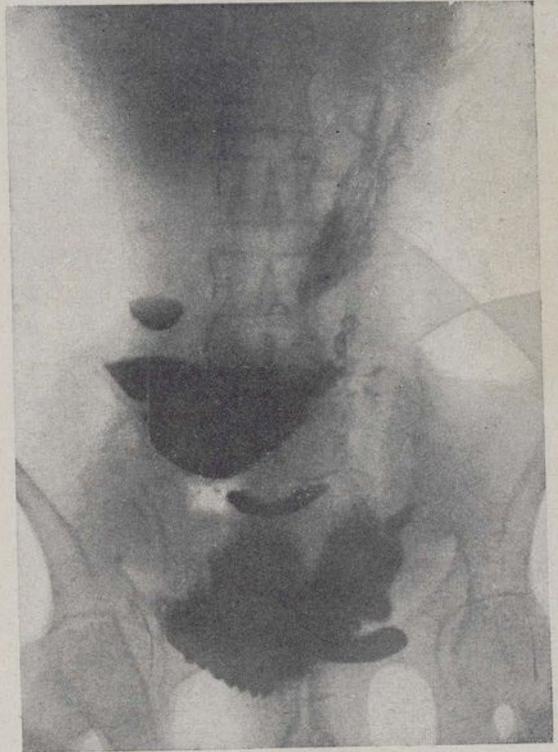
Una hora más tarde seguimos la obstrucción radioscópica. Pasados los primeros minutos de contracción tónica, el estómago se presenta como hipotónico, formando un fondo de saco donde queda la mayor parte de la papilla de contraste (radiografía núm. 3). Hay una imagen de "mancha suspendida" en el bulbo duodenal (por espasmo de causa ulcerosa) y el vaciamiento por la boca de la anastomosis es muy lento.

Cerca de cuatro horas después de la toma del bario repetimos la radioscopia (imagen núm. 4). En el fondo de saco sigue aún bastante papilla; hay ligera "mancha suspendida" en el bulbo duodenal. Al levantar el fondo de saco con la mano, hacemos salir parte de la papilla de contraste por el asa yeyunal anastomosada, como puede verse en la imagen radiográfica, lo que demuestra que si la función peristólica no estudiase profundamente disminuida hubiera podido evacuarse el estómago en mucho menos tiempo.

Nosotros no creemos que en este caso se deban los trastornos de evacuación a que la boca anastomósica se hubiese situado muy alta, por las razones siguientes: Aparte de que la intervención fué realizada por un cirujano de la mayor solvencia científica y de esmerada técnica, el estómago estaba mucho menos dilatado antes que a los pocos meses de la operación (compárense las radiografías números 1 al 4) y los trastornos de la evacuación se fueron acentuando en los últimos meses, a la par que bajaba el peso corporal y se aumentaba la desnutrición y la pérdida de energías del enfermo. El trastorno de la tonicidad gástrica fué, a nuestro juicio, el punto de partida de los demás trastornos, trastorno que HURRY (6) explica por el llamado círculo vicioso en los siguientes términos: "La in-



Radiografía número 1



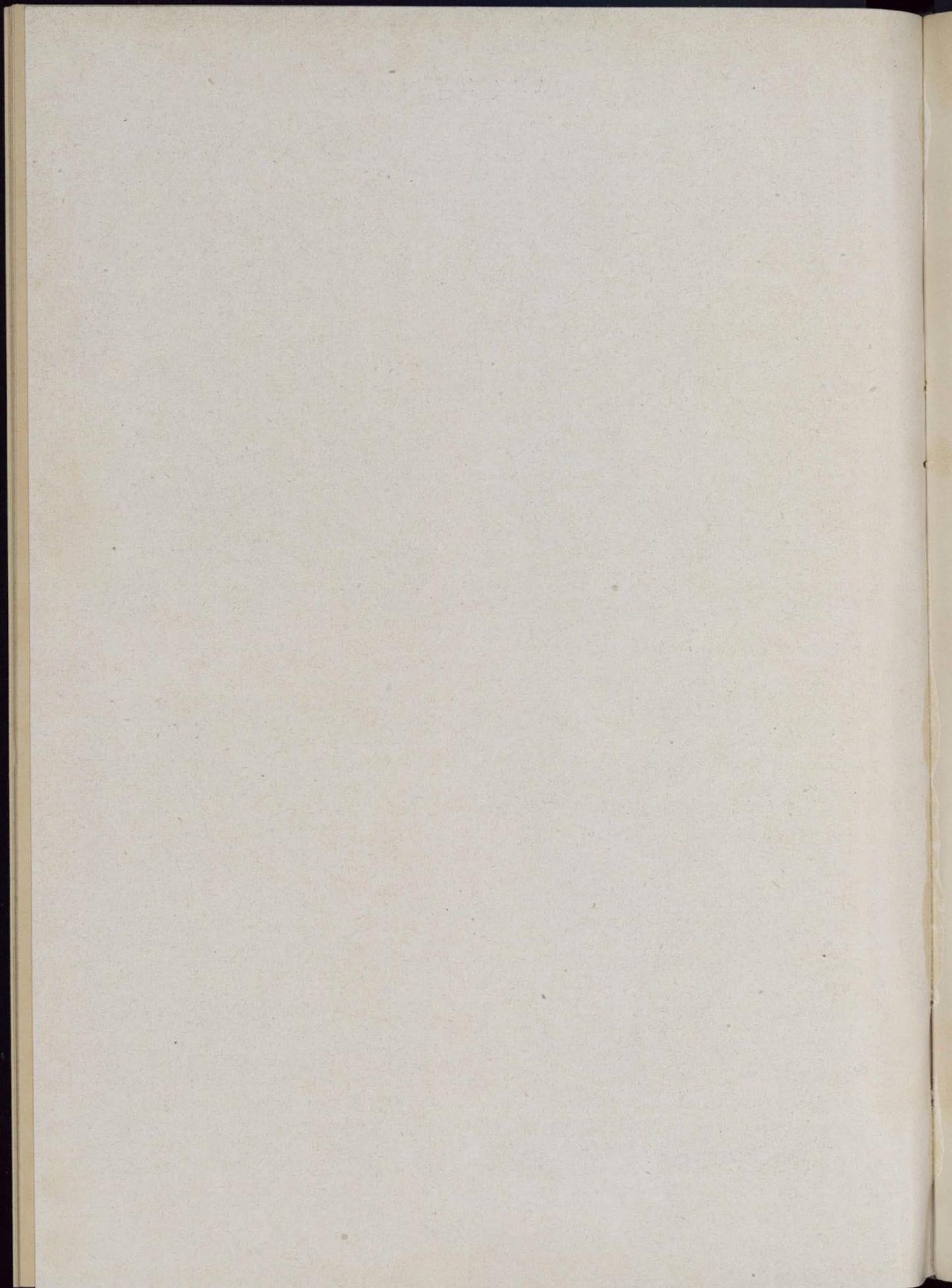
Radiografía número 3



Radiografía número 2



Radiografía número 4



suficiencia motriz reacciona disminuyendo la actividad de la absorción; la insuficiencia de la absorción ocasiona un éstasis en en área venosa y a su vez este éstasis compromete la secreción, creándose un círculo vicioso."

El tratamiento de estos estados de miastenia gástrica tiene que ser a un tiempo general y local, pues creemos firmemente que la función peristólica depende del estado de la tonicidad general y no de otros factores. Algunos autores, como SALZMANN (7), creen que hay estrecha relación entre la forma de la figura peristólica y la acidez gástrica. Que no es así lo evidencia el sencillo hecho de que pueden darse todos los quimismos gástricos con todas las figuras peristólicas y con todas las alteraciones de la motilidad gastro-intestinal. Una terapéutica encaminada a lograr la normalidad del tono nervioso y del tono muscular es la única que puede tener éxito en estos casos. No la detallamos por no parecernos pertinente en los límites de este trabajo, pero séanos permitido sólo insistir en la conveniencia de que los cirujanos no se apresuren a mandar levantar y comer a sus gastro-enterostomizados ni a animarlos a hacer vida normal a los pocos días de la operación. La no rehabilitación del tono muscular gástrico desde las primeras semanas siguientes a la operación puede ser la consecuencia de imprudencias o de impaciencias del enfermo, que debemos evitar con el adecuado consejo y dirección médica.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Gutmann, R. A.—"Diagnostic radiographique des complications de la gastro-entérostomie". III Congreso Internacional de Radiología. París, 1931.
- (2) Friedmann.—*Zentralblatt für Chirurgie*, 1922, núm. 4.
- (3) Ribas Ribas, Dr. E.—"Cirugía de la úlcera gastro-duodenal". Barcelona, 1926.
- (4) M. Loeper y J. Baumann.—*Presse Médicale*, 7 septiembre 1929.
- (5) M. Loeper.—"La Léiasthénie". *Nutrition*, tomo III, núm. 4, 1933.
- (6) Dr. Jamieson B. Hurry.—"Los círculos viciosos en Patología", 1925.
- (7) Salzmann, G. C.—"Über die Peristolische Funktion des Magens". III Congreso Internacional de Radiología. París, 1931.

RESUM

Descriu l'autor la miastèmia gàstrica com una complicació de la gastroenterostomia, citant els casos observats per nombrosos autors i afegint als mateixos un estudiant per ell. Proposa un tractament general i local que normalitzi el tonus nerviós i muscular.

RÉSUMÉ

L'auteur décrit la myasthénie gastrique comme une complication de la gastroenterostomie, et il cite les observés par plusieurs auteurs. Il ajoute un cas étudié par lui-même. Il recommande un traitement général et local pour normaliser le tonus nerveux et musculaire.

SUMMARY

The author describes gastric myasthenia as a complication of a gastroenterostomy; he cites cases observed by numerous authors and adds a description of one his own cases. He recommends a general and local treatment to normalize the nervous and muscular tonus.