

El factor endocrino en los dolores del hipocondrio derecho. El cólico canicular

Por los doctores

MANUEL BOIX POU, Médico Interno del Hospital Penna y
TOMAS ÓSCAR CUZZANI

Delante de un enfermo que presenta un cuadro doloroso del hipocondrio derecho, se piensa y se diagnostica frecuentemente "cólico hepático" entendiéndose por tal, el dolor provocado por una lesión del árbol biliar. Este cólico en realidad no es hepático, sino canicular, hablando en su expresión más amplia, -si queremos dejar el nombre del vesicular para él 'caso descrito por Gilbert, cuando existe un cálculo enclavado en el cístico como causa -del dolor.

Este "cólico canicular," se cree es siempre originado o 'por la litiasis biliar, o por un proceso inflamatorio del canal. Es decir, por una lesión orgánica, evidenciable por la anatomía patológica en la biopsia, y bacteriológicamente: sondajes duodenal, cultivo de la mucosa vesicular, etc.

Esta creencia, de dolor igual lesión anatómica, que ha sido erigida en dogma, ha perdido terreno últimamente. Hay que distinguir los dolores correspondientes a las afecciones del hígado "congestión hepática activa, etc.," de los del canal. Es necesario considerar entre estas últimas, los dolores que traducen únicamente un desequilibrio de sus funciones. En estas alteraciones patológicas del árbol biliar el dolor del H. D., no es "un síntoma de un desequilibrio general de lo que Krauss llamó la "serie vital" (sistema nervioso vegetativo más glándulas de secreción interna).

Al querer analizar en qué grado de importancia intervienen estos últimos en un cuadro doloroso rotulado de biliar, consideramos, distintamente: 1) los hechos observados e irrevocables; 2) las teorías que están más de acuerdo, hasta la fecha y 3) las deducciones a que han llegado o podemos llegar sobre este punto aun no aclarado, a pesar de los esfuerzos hechos por los especialistas, entre los que no podemos dejar de citar en primer término a Par-turler, Pende, Brulé y Collet, Parhon, Tzank, etc.

EL FACTOR ENDOCRINO EN LOS DOLORES SUB-CUTANEOS

Sabemos que no todos los vesiculares dan la típica y a veces dramática crisis de cólico hepático, que comúnmente estamos acostumbrados; a asistir. Que existen colelitíasicos que pasan su existencia sin sintomatología dolorosa, y que en casos operados, con

cólicos hepáticos repetidos en sus antecedentes y rebeldes al tratamiento habitual, sólo encontramos en la operación vesículas que aún examinadas histológicamente no presentan lesiones, y si existen, ellas son mínimas, no explicando la importancia del cuadro clínico doloroso.

Debemos, también recordar: 1°? Que muchas veces el dolor vesicular no se presenta como un cólico hepático de intensidad máxima en H. D. como es el ocasionado por la migración de un cálculo; sino desfigurado, con signos extravesciculares que semejan ya el "angor-pectoris," una crisis de asma, las gastralgias intensas, los dolores lumbares o presentan tendencia marcada al colapso con repercusión sobre todo del estado general. 2° El comienzo repentino del dolor, o cuadro equivalente, en plena salud aparente, provocado por la ingestión de un alimento, el frío, una causa psíquica (emoción, disgusto, etc.) o por un estado especial favorecedor de los anteriores (menstruación, embarazo).

Todo ésto, debe hacernos suponer que la lesión local, inflamatoria del canal, que encontramos en el examen del sujeto; de coledocistitis, colecistitis, pericolecistitis, etc., no constituye el todo en la crisis de dolor, sino que son sólo una parte por cierto importante y a veces cosiblemente imprescindible, pero necesitándose para que se presencia crisis dolorosa o cuadro equivalente, otras causas de orden general que hallan su explicación de modo variable.

En todos las hepato-biliares existe un estado especial originado por las insuficiencias hepáticas y causas aún no bien establecidas; se presentan cefaleas, urticarias, eczemas, cuadros reumatóides, etc., que se creen originados por un desequilibrio o inestabilidad humoral, que puede ser ocasionado por un antígeno que ha sensibilizado al organismo en hipersensibilidad.

Los antígenos accidentales que actúan posteriormente, desencadenan el cuadro doloroso, y si no alcanzan a producirlo, acentuando el desequilibrio y sensibilizándolo aun más, para que otras causas hasta entonces incapaces, lo hicieran aparecer.

La introducción de substancias extrañas a la economía: (que debilita la barrera hepática de estos enfermos) tienden a modificar el equilibrio humoral que "originan en los casos favorables al acostumbramiento y en los desfavorables la anafilaxis o estado alérgico en los que con un mínimo de antígeno se desencadena una "crisis coloidoclásica."

El shock o crisis coloidoclásica, es un estado general que se traduce por síntomas generales: (bradicardia, hipotensión, leucopenia, etc.), y por "signos locales: sobre un tejido u órgano predispuesto, según la ley de las pexias de Dujardin, y que los alemanes llaman "órganos de shock."

En nuestros enfermos esta reacción local se manifiesta en forma de espasmos de los capilares hepáticos que producen congestión activa, y en los afectados del árbol biliar, por alteraciones de la movilidad de los canales.

Además repercute en los demás órganos que contengan una deficiencia concomitante o predisposición (pulmón, corazón, tubo digestivo, piel, etc.), ocasionando: asma, dolores anginosos, espasmos cólicos, crisis diarreicas, urticarias, cefaleas, dolores hepato-biliares o mejor dicho sub-hepáticos, comprendiendo también las dispepsias reflejas, la gastralgia y las distintas modalidades del cólico hepático.

En el caso particular del cólico hepático típico sabemos que la contracción de la vesícula es producida: ya por un exceso del vago o un defecto del simpático (experiencia de Wesphall), con o sin intervención del esfínter de O'ddi (colectóctectamizados). Ello implicaría una intervención del vago-simpático cuya hiperexcitabilidad ha sido admitida por Hartmann y Chira y que en estos casos produce sobre todo una crisis de vagotonía. Debe entenderse aquí que el parasimpático aumenta *sra* tono y excitabilidad pero que el simpático está concomitantemente también elevado (y no como *se* creía antes en el fenómeno de balanza, 'disminuido proporcionalmente).

Clínicamente hemos visto mejorar enfermos en franco cólico hepático a repetición con inyecciones endovenosas de gluconato de calcio y parathormona subcutánea o in "loco dolenti." *W?* *esos* casos se debe admitir una deficiente función paratiroidea, que al empobrecer la sangre en 'calcio favorece la excitación de la fibra muscular y del parasimpático que a la vez que favorece al shock, desencadena el cólico hepático por hiperquinesia o tetania vesicular.

En otros casos encontramos un sujeto con dolor en H. D. y casi siempre con hígado grande que al sobrevenir la 'Crisis algida, no la refiere al epigastrio sino a la columna/vertebral, al dorso, en cinturón. Este síntoma no es el más expresivo, pues llama sobre todo la atención la tendencia al síncope. Son sujetos que aparecen colapsados, con pulso imperceptible, y gran hipotensión; melano derania que a veces deja de ser discreta, manchas oscuras en mucosas, a veces hirsutismo, con más. gravedad del estado general que dolor. Son enfermos que mueren si se les inyecta morfina.

Si examinamos detenidamente al sujeto (y recordamos un caso típico al respecto que fue atendido en la guardia del Hospital Peña), encontramos marcada hipotensión arterial, hipotermia, sudores, estado nauseoso, tendencia al desvanecimiento y síncope, dando la impresión de extrema gravedad, que presentan los grandes traumatizados.

En estos casos la suprarrenal es la que sobre todo entra en juego con una insuficiencia total. (La substancia medular dando la hipotensión y el vagotonismo y la substancia cortical, que es tónica general, antiinfecciosa, y antialérgica) contribuye a completar el cuadro.

En los tiroideos, especialmente los distiroideos, enfermos con bocio y alteraciones ováricas con crisis in tempes tiras de hiperti-

roidismo pasajero, presentan, a menudo crisis dolorosas de hemiabdomen derecho, atribuido a colelitiasis o apenaicitis, teniendo en cuenta que son buenos comedores. Al examen radiográfico, el resultado de la colecistografía es negativo en cuanto a litiasis. La mensuración del hígado da a menudo hepatomegalia.

En el hipertiroidismo Basedowniano, que es un estado de anofonía del vegetativo y frecuente predominio del simpático (en las regiones que éste es excitador, ojos, corazón), y predominio del parasimpático (en donde el simpático es el moderador, aparato digestivo y pulmón). Es esta hipertonia del para-simpático la que produce las crisis dolorosas sub-hepáticas (cuadros dolorosos vesiculares, funcionales).

II

La causa que origina ese terreno humoral propicio fue considerada por Wi'dal como una "diátesis coloidoclásica" (un sistema humoral inestable y predispuesto del que se admitía un papel hereditario de las modificaciones vago-simpáticos y humorales por encontrarse en los antecedentes de estos pacientes: asma, urticaria, y en sus ascendientes un terreno artrítico: (gota, litiasis, etc.).

Sería, proporcionado por una insuficiencia de la función proteopáxica; el hígado (Widal, Abrami, Janconesco) al pasar sustancias tóxicas a la circulación en forma repetida, producen a la larga repercusión sobre el terreno humoral y sistema nervioso vegetativo, más aún si no son rápidamente eliminados por los emucorios.

Pero no es solamente esa insuficiencia hepática, la causa, sino que otras veces puede contribuir a ella.

Esta insuficiencia hepática punto por demás obscuro y quizás el centro de todos nuestros errores contribuye a alterar el metabolismo más diverso e indirectamente el equilibrio vago-simpático.

El equilibrio vago-simpático fisiológico o mejor todavía el tono y la excitabilidad del sistema nervioso vegetativo es 'el alterado según Canonn por el factor hormonal de Danielopolu, compuesto por él equilibrio iónico K/INa, Ph, del medio, las hormonas y las vitaminas. Esto que constituye el índice "químico-hormonal" que gobierna la reacción vaso-simpática, está supeditada directamente al control de las glándulas de secreción interna cuya excreción se cree es independiente de la excitación nerviosa del sistema nervioso espinal y sólo influenciado por el equilibrio hormonal interglandular."

En 1922 Kefinow y Lanzenberg creyeron que la ausencia o el exceso de secreción hormonal son necesarias para instalarse los fenómenos de Shoek. Actualmente se tiende a aceptarlo.

La paratiroides, lá suprarrenal e hígado evitarían la instalación de estos fenómenos de shock y la tiroides páncreas y timo los favorecían.

¿Podemos entonces admitir que una insuficiencia de las hormonas, favorecen el estallido de la crisis?, no podemos contestar definitivamente.

Esta insuficiencia puede ser latente y por consiguiente no manifestarse o sólo hacerlo por leves signos en el sujeto.

Pero en determinadas circunstancias (surmenage, intoxicaciones, entre las que deben destacarse la **auto-intoxicación** intestinal) aparece su deficiencia, favoreciendo el estallido del fenómeno de shock.

Ciertos estados fisiológicos pero de variación hormonal, (menstruación) o de intervención de nuevas hormonas (embarazos) influyen grandemente en el equilibrio vagosimpático favoreciendo las crisis' de vagotonía.

El embarazo, normal crea frente a los estados de anafilaxis una especie de inmunidad. Crisis de urticaria o de asma **anterior**® no se reproducen durante la gestación; pero en ciertos casos que se cree son por mala implantación placentaria provocarían por el contrario un estado de sensibilidad, presentando fenómenos de Shock, que anteriormente a él, no existían: vómitos incoercibles, jaquecas, cólico hepático, etc. (Parturier).

Sobre los primeros hay que recordar el papel impor+^nte que juega *la acidosis*.

En los biliares típicos (de los cuales la colecistitis litiásica con su cólico hepático migratriz *es* el ejemplo clásico), a veces se presenta la necesidad de una intervención quirúrgica, cuya oportunidad debe discutirse, quedando la cirugía como único recurso para beneficiar al paciente,

Pero otras veces, el **cuattro** hepáticoi/^sa desapercibido por ser los síntomas, en su mayoría extravesiculares, desconociéndose el origen biliar de la afección. Por el contrario otras veces con un cuadro doloroso que se califica de biliar, para no decir litiásico. Debe recordarse que aun persiste en algunos la idea de cólico hepático igual litiasis, como así es el más común error y difícil de desterrar de dolor y de fosa ilíaca derecha igual a apendicitis).

Se atiende la vesícula que es la menos dañada, y aun se extirpa en perfecto estado anátomo-patológico, desconociendo las alteraciones causantes del mal, por precipitación diagnóstica.

Estas causas están en la función de esas vesículas.

Es necesario tener frente a estos casos un criterio fisiopatológico en vez del tan trillado anátomo-patológico, buscando y encontrando siempre una alteración de infección e inflamación de la vesícula. En el funcionamiento del sistema nervioso vegetativo es en realidad alterado, localizando en el árbol biliar su acción sobre todo por representar éste una espina **irritativa**.

El cólico hepático sería así una manifestación de la excitabilidad vago-simpática debida a una alteración general.

Sabemos actualmente que el servicio vegetativo funciona rítmicamente en correlación íntima con las glándulas de secre-

ción interna formando como antes dijimos los que "la serie vital" cíclica Kraus. El ritmo de la función está dado por excitaciones periféricas "de órgano" y centrales "cerebro-espinales" las primeras producidas por la excitación que ejerce el equilibrio ácido básico e iónico, de las células y el equilibrio coloidal de los plasmas. Las segundas por la excitación que las primeras ejercen sobre las terminaciones nerviosas del simpático, sobre dichos centros y las propias del centro, produciendo un mecanismo circular anfótropo (Baquelos). Las alteraciones de este ritmo pueden ser ocasionadas por reflejos de tipo propio septivo causantes de la alteración dolorosa y a cuyo ritmo se debe volver para conseguir la normalidad.

m

Podríamos pensar entonces que la individualidad, con su equilibrio endocrino, "su fórmula endocrina," con sus deficiencias más o menos manifiestas o latentes, es realmente el terreno en que tienen lugar estos desequilibrios humorales y que pueden ser favorecidos o alterados por el estado de los protoplasmas "reservas alcalinas, relación iónica mono-bivalentes, etc., etc."

El h'mdo alterado y deficiente en todos los biliares en grado variable, se comporta como una glándula de secreción interna cuyas hormonas no se han individualizado, pero cuyos efectos y funciones se conocen, y tiene que repercutir sobre la armonía glandular ocasionando estos desequilibrios un esfuerzo mayor de algunas glándulas, que si cumplen estrechamente su cometido en estado normal, manifestarán en esta oportunidad su insuficiencia.

Debemos recordar que la serie vital, sistema nervioso vegetativo más secreción interftii" rige multitud de desequilibrios que se exteriorizan por dolores sub-hepáticos que unas veces son la expresión de una predisposición del árbol biliar, "funcional" y en otras es el asiento de una lesión "anatómica."

En el tratamiento debemos tener sobre todo en cuenta estos factores que pueden hacer creer en una lesión biliar que no existe o desviar la atención hacia otro órgano estando la afección en las vías biliares.

La función hepática está en todos los casos comprometida.

—Revista del *Círculo Médico Argentino* y *Centro de Estudiantes de Medicina*.—

El bubón satélite acompaña al chancro sífilítico como la sombra al cuerpo y es su testigo póstumo.

:: : ::

La reacción de Bordet-Wassermann se hace positiva, aproximadamente, quince días después de la aparición del chancro. (1º período pre-serológico, 2º período serológico).

RICORD.