

"Cólicos Hepáticos" y "Crisis de Hígado"

Por el Dr. Renato A. Gutmann,
Médico de los Hospitales
de París.

{Concluye}

¿Qué ocurre, entonces, al nivel de la vesícula? Una crisis de contracción, acompañada quizás de un bloqueo del esfínter de Oddi (Westphall) ; a lo indicado se añade, sin duda, una conmoción espasmódica- a lo largo de las vías biliares, un predominio del antiperistaltismo duodenal sobre el peristaltismo de dicho órgano, hecho que he observado con Demale. Estas contracciones, exageradas y en oposición entre sí, ponen en juego órganos cuya sensibilidad dolorosa está exaltada, porque su pared, su peritoneo, están inflamados. Tal es el cólico hepático.

Vemos pues, en el determinismo del dolor, que *la causa del cólico hepático es lo de Tréanos, la reacción de la vesícula lo es todo.*

II. —La crisis de hígado

Fenómenos del mismo orden pueden operarse al nivel del hígado.

Debemos, en efecto, considerar este órgano no como un grueso y compacto bloque de tejidos.

sino como una especie de esponja surcada por numerosos vasos sanguíneos y biliares. Los filetes espláncnicos, vasoconstrictores, y los filetes del vago, vasodilatadores, mantienen el equilibrio vascular o producen expansiones y retracciones del conjunto. Estos nervios rigen también las vías biliares, que pueden, por ejemplo, espasmodizarse. Doyon, excitando el espláncnico ha provocado de este modo experimentalmente una contractura completa del colédoco. Por otra parte, el simpático desempeña un papel importante en la producción de dolores, cuyo punto de partida puede radicar a todo lo largo del árbol biliar (Sochanski).

Alrededor del hígado, el peritoneo, sobre todo cuando está inflamado, reacciona dolorosamente a ligeras modificaciones del volumen hepático.

Estas nociones nos explican el que pueda observarse en el curso de enfermedades bien determinadas del hígado, crisis puramente hepáticas en forma de cólicos. Es así que se han observado brotesseudolitiásicos sin par-

ticipación vesicular en el curso de las cirrosis (Naunyn. Eppinger, Haberland), atrofia aguda o subaguda del hígado (Umber, Schrader), hígado cardíaco. Estudiando hechos parecidos, Lowy deduce que se trata de una acción tóxica que se ejerce sobre las ramas vagosimpáticas de los espacios portales.

Sin que las lesiones sean tan acentuadas, obsérvanse brotes de congestión hepática dolorosos, que son clásicos, y sobre los cuales han insistido Chiray, Paviot. Pero pequeñas lesiones del hígado pueden también desempeñar, al igual que las lesiones vesiculares para la vesícula, un papel de incentivo local a las reacciones neurohumorales diversas; es por lo que todos los choques que hemos visto obraban sobre la vesícula, pueden también obrar sobre el hígado y *así como entonces provocaban una crisis de vesícula, provocan ahora una crisis de hígado.*

Crisis de hígado, tan parecidas, conforme hemos visto, a los cólicos hepáticos, se observan en un gran número de circunstancias que sería ocioso describir de nuevo, con "reactógenos" diversos, proteínas animales, vegetales, inyecciones de suero, frío, calor, emoción, cólera.

Por la influencia de uno cualquiera de estos factores, a los que son electivamente sensibles, y que, por ejemplo, en enfermos

con espina pulmonar, provocarían la crisis de asma, vemos en algunos individuos con hígado lesionado, aparecer crisis electivamente hepáticas; el órgano se pone doloroso, y a veces, de un modo bastante intenso para que venga a la mente el diagnóstico de cólico hepático. Conjuntamente; los excrementos se decoloran pasajeramente, la orina puede subir de color, aparece una ligera subictericia, pero estos diversos fenómenos sólo figuran en segundo término y como para atestiguar el origen hepático del síndrome doloroso que acaba de desarrollarse.

Crisis de hígado y choque menstrual. — Entre estas causas figura aquí, como provocadora de las crisis vesiculares, el choque menstrual. Afecta el hígado con tanta mayor predilección, cuanto que existe entre el período catamenial y el funcionalismo hepatovesicular una simpatía morbosa bien estudiada por numerosos hechos. Ya en las mujeres con hígado normal, la menstruación provoca muchas veces, veintisiete entre treinta (Chvostek), ochenta y ocho entre cien (Dibailoff) un aumento del volumen del hígado que puede llegar a ser de 3 a 5 cm. La presión es, muchas veces, dolorosa; a veces obsérvanse (Léonardi) algunos trastornos funcionales (indicanuria, urobilinuria, hipoazouria).

un fragmento del hígado, es excepcional que el microscopio acusase la presencia de lesiones. También, muchas veces, esta hepatitis es clínicamente típica y se traduce por toda una serie de síntomas y de signos biológicos. Finalmente, a veces, la hepatitis predomina y puede hasta ser grave.

Relacionemos ahora esta frecuente existencia de lesiones, vesiculares y hepáticas a la vez, con aquella ley expuesta anteriormente: "La lesión sirve de incentivo a los choques y los localiza en el órgano que afecta". *Concíbese que una crisis clínicamente parecida al cólico hepático pueda ser vesicular o he pato - vesicular o también hepática.*

Si los accidentes van repitiendo acabamos por operar a los enfermos; si encontramos una lesión vesicular típica, el diagnóstico parece ser cierto y dejamos pasar sin pensar en ella la lesión hepática concomitante.

Pero cuando el elemento lesional predomina sobre el hígado o nos encontramos con él solo, nos llama -la a tención, como en diversos casos de Paviot, y en otros idénticos de Steden, el "contraste sorprendente" entre la intensidad del síndrome clínico y la ausencia de lesiones operatorias.

IV. —Importancia de estos hechos en las secuelas operatorias Estos hechos tienen algo más

que un interés médico, son importantes de conocer para explicar algunas secuelas dolorosas de la colecistectomía.

He aquí, por ejemplo, una enferma cuya historia presenté a la Sociedad Médica de los Hospitales, junto con el doctor Larget. Tratábase de una mujer que tenía precisamente este terreno especial que Widal denominaba coloidoclásico. Padeció jaqueca desde su infancia; desde que empezó a ser púber sus jaquecas eran sobre todo durante la época menstrual. Después de casada y madre de varios hijos comenzó a presentar trastornos que indicaban un defectuoso funcionalismo del hígado, indigestión por las grasas, por los manjares con grasas; poco a poco la descarga anafiláctica menstrual, que hasta entonces sólo revestía la forma de jaquecas, fue "solicitada" también por el hígado y aparecieron cólicos hepáticos típicos, siempre durante el período menstrual. Fue operada, extirpándosele la vesícula biliar (vesícula fresa). Pero estas crisis, que antes eran hepatovesiculares, continuaron teniendo por asiento exclusivo el hígado, que es el que deriva hacia él los choques; esta enferma sin vesícula continúa teniendo las mismas crisis de cólicos hepáticos; poco a poco, tratamientos desensibilizantes (autohemoterapia, inyección de ex-

tracto esplénico) **atenuaron** lentamente las crisis.

Hechos parecidos no son raros. Paviot ha observado que sus enfermos con "crisis de hígado", después de haber sido operados continuaban teniendo iguales crisis que antes; **Steden** ha observado que en la mitad de los casos en los que había observado este "contraste" entre la ausencia de lesiones y la intensidad de las crisis, éstas continuaban igual que antes de la operación. Fodor y Kunos han observado hechos análogos, pretendiendo explicarlos por una "alergia local", y, en efecto, todo ocurre como en estas **anafilaxias tisulares** que empiezan a ser conocidas.

Jahiel ha referido recientemente varias observaciones muy interesantes y comparables a las indicadas, en las que los fenómenos de sensibilización asociados (asma), **la** provocación por

la menstruación, la persistencia postoperatoria son muy notables.

Los fenómenos diversos provocados por el choque menstrual pueden desaparecer cuando este choque desaparece. Es así que no es raro ver las jaquecas desaparecer durante la menopausia, habiéndose propuesto para curar asma, jaquecas rebeldes y hasta crisis **comiciales**, practicar la castración. Puede también verse crisis de vesícula desaparecer después de la menopausia natural o provocada.

La irritación refleja provocada por el aparato genital sobre el hígado, puede ser motivo de observaciones de igual naturaleza, habiéndose publicado casos en los que crisis de cólicos hepáticos, que persistían después de la **colecistectomía**, desaparecieron tan sólo después de la extirpación de ovarios escleroquísticos.

Los trastornos puramente hepáticos que continúan después de la colecistectomía pueden reaccionar de la misma manera y, en una de las observaciones de Jahiel, a las que me he referido hace poco, la esterilización con el radium consiguió hacer desaparecer crisis de cólico hepático que habían persistido después de extirpada una vesícula enferma.

Los diversos hechos que sirven de objeto a este estudio no solamente tienen un valor desde el punto de vista de la patología general, sino también un gran interés práctico.

Desde el punto de vista clínico, echan alguna luz sobre ciertos puntos oscuros acerca de las crisis vesiculares sin cálculos. Explican algunas consecuencias dolorosas de la colecistectomía.

Desde el punto de vista diag-

nóstico, obligan a buscar, mediante un estudio detenido, clínico y radiológico- si un enfermo afecto de "cólicos hepáticos" tiene una vesícula que debe ser extirpada o una hepatosensibilización que debe ser tratada.

Desde el punto de vista pronóstico, obligan a preguntarnos, en un enfermo al que debe extirparse la vesícula, pero que presenta, además, trastornos hepáticos y fenómenos anafilácticos (Jaquecas, urticaria. etc.), si el complejo patológico persistirá después de la intervención en forma de "crisis de hígado".

Finalmente, *desde el punto de vista terapéutico*, dejando de lado la indicación muy rara de la esterilización, nos llevan a ensayar, con mayor frecuencia de lo que acostumbra hacerse en los hepáticos y en los vesiculares, los métodos de desensibilización.

Como causa posible de dolores lateroesternales debería citarse también la *trombosis* especialmente la *tromboflebitis* de la *cava superior*, con su dolor en constricción retropectoral. estasis de las venas superiores, cianosis y edema del territorio afluyente, y sobre todo dilatación amplia de las colaterales externas del tórax y de la vena epigástrica.

El dolor en la parte superior del esternón puede coincidir con el *aneurisma aórtico*, sin que exista una erosión del hueso, así como pueden originarlo todas las afecciones mediastinales. *Afecciones de los ganglios antemediastínicos retroesternales* corresponden a este grupo, así como la *tuberculosis de los ganglios mediastinales*, las que dan un dolor (correspondiente al dolor interescapuloespinal a la altura de la 4-6 vértebra cervical), subjetivo a la presión y sobre todo a la percusión, en una zona limitada del esternón. También las afecciones agudas e *inflamatorias o purulentas* de los ganglios citados deberán tenerse en cuenta; así como también a la *antracosis* de los ganglios brónquicos con *perforación* en la tráquea, o bronquio principal. Aquí especialmente desempeña un rol diagnóstico importante, a más de la macidez, sobre el esternón superior, o lateralmente a éste, la individualización de la sombra radiológica, acompañada del dolor espontáneo sobre el manubrio del esternón o su proximidad lateral, con sensibilidad dolorosa a la presión y a la percusión y fundamentalmente el examen microscópico del esputo de estas manifestaciones agudas o subagudas de bronquitis pútri-

das con transición hacia el absceso o gangrena pulmonar; la expectoración negra granulosa tiene el pigmento libre, fácil de ver al microscopio.

Semejante *irrupción* de un ganglio mediastínico puede ocurrir no solamente dentro de un bronquio, sino que especialmente por parte de los ganglios mediastinales posteriores, puede producirse dentro del *esófago*. Es lógico que aquí esto ocurre sin mayores fenómenos, en latencia. por así decirlo, y llega a atraer la atención hacia sí bajo el disfraz de un divertículo esofágico de tracción. Sin embargo, si a esto se asocia una infección, o bien, si los ganglios estaban ya infectados desde un principio, entonces estaremos en presencia de: dolor retroesternal e interescapulovertebral, eventualmente con sensibilidad a la percusión de los apófisis espinosas, vertebrales, tos refleja, disfagia dolorosa localizada detrás del manubrio esternal o del apéndice xifoides y ocasionalmente puede acompañarse de parálisis del nervio recurrente, a más de una anisocoria. Pero sobre todo en presencia en la boca de masas purulentas, fétidas, caseosas sanguinolentas, por las mañanas y sólo en posición horizontal, y para cuya presencia no existen razones por parte de las cavidades bucales ni nasales. Esto son puntos de apoyo en favor de la posibilidad muy precisa de diagnosticar una afección de los ganglios mediastinales, con *comunicación esofágica*.