

Disfunción vagosimpática en el aparato digestivo

POR EL

DOCTOR CARLOS MONGE

Las investigaciones de EPPINGER y HESS, de HIGIER, de CANNON, de HURST, de GUILLAUME, de CASTELLINO y PENDE—para no citar sino a aquellos que en estudio clínico han dado cabida a las investigaciones fructuosas de GASKELL y de LANGLEY—han abierto un horizonte nuevo al estudio de las perturbaciones viscerales que se acusan, por síndromes nerviosos complejos, de difícil interpretación y cuyo conocimiento va haciéndose más preciso a medida que el criterio fisiopatológico penetra mejor en los estudios médicos. Una mención especial merece el profesor Aquiles DE GIOVANNI, que en el año 1876 dió a luz su obra sobre la patología del simpático.

Queremos afirmar desde ahora que en nuestro trabajo no va a encontrarse la comprobación de la doctrina de EPPINGER y HESS de la vagotonía y de la simpaticonía, no obstante—como dice el profesor Walter ALVAREZ, el famoso fisiólogo de la Universidad de California—la mágica atracción que estas expresiones tienen en el espíritu de los clínicos que han encontrado en ellas la clave fácil que explica toda clase de síndromes. Por lo menos en lo que se refiere a los trastornos digestivos de causa orgánica o nerviosa o que son el reflejo de lesiones de otras vísceras o de perturbaciones del metabolismo que venimos estudiando sistemáticamente desde 1918, tal concepto sencillo de vagotonía y

de simpaticotonía sólo hemos podido comprobarlo en uno que otro caso. En la generalidad de los hechos, el estudio imparcial del enfermo desde el punto de vista clínico, desde el punto de vista de las pruebas farmacológicas como desde el de las funciones secretorias o motoras del estómago, nos ha hecho ver cómo casi siempre las manifestaciones de hiperparasimpaticotonía coinciden perfectamente con fenómenos de hipertonia del sistema simpático titulado antagónico. Más todavía, nos ha sido posible encontrar casos de hipertonia de una de las funciones del vago coincidentes con manifestaciones hipotónicas de otra función del mismo. Tal como ocurre por ejemplo con la gastrosucorrea, que puede acompañarse de insuficiencia motora del estómago, o como pasa cuando el estómago hipoclorhídrico de un enfermo se acompaña de una motricidad normal o exagerada que la pantalla radioscópica pone bien de manifiesto.

CANNON, KELLIN y WEILL han demostrado por estudios fisiológicos que si en lo general el vago tiende a estimular y el simpático a inhibir el estómago y el intestino, esos efectos son comúnmente transitorios, a menudo de resultados imprecisos y no rara vez contradictorios. Insisten todos ellos en que, en ocasiones, la respuesta puede ser enteramente contraria de la acostumbrada respuesta normal. Allí está la explicación de los hechos que nos parecen contraproducentes al historiar a nuestros enfermos y a los que los clínicos, en una fuga de la concepción clásica, dan el nombre de reacciones paradójicas para dejar a salvo la teoría.

Según las investigaciones de DANIELOPOLUS y CARNIOL, que han estudiado la motricidad del estómago mediante pruebas farmacológicas (adrenalina, cloruro de calcio, eserina, atropina por la vía endovenosa), los errores a que ha dado lugar la doctrina de la vago y simpaticotonía son debidos a haberse aplicado a la letra los resultados establecidos por la farmacodinamia experimental, que no ha sido estudiada suficientemente. Constantemente llegan a encontrar hechos contradictorios y recomiendan la necesidad de emplear nuevos métodos y nuevas investigaciones para aproximarse mejor a la verdad.

El estudio fraccionado de la digestión, que llevamos a cabo desde 1918 y que fué motivo de la tesis de uno de nuestros alumnos, el doctor GUZMÁN BARRÓN, puso de manifiesto que en un gran número de casos es la inestabilidad de la curva secretoria la que caracteriza el desequilibrio de las funciones gástricas, sea que se trate de una lesión orgánica del estómago, sea que se

trate de una dispepsia nerviosa, sea que se trate de una gastropatía refleja a una lesión de un órgano alejado. Las pruebas farmacodinámicas que GUZMÁN BARRÓN llevó a cabo en su interesante trabajo, revelan hasta qué punto es fugaz y transitoria la acción de los elementos titulados excitadores de determinado sistema nervioso. En el estudio de nuestro material clínico, constituido por centenares de casos en los que sistemáticamente estudiamos la capacidad secretoria del estómago mediante el examen fraccionado de la digestión y evaluamos su capacidad motora ante la pantalla radioscópica, nos ha sido posible encontrar casos de hipertonia secretoria del vago con atonía del estómago, tal como ocurrió en un caso de LANGDON BROWN que se normalizó más tarde cuando una intervención por apendicitis suprimió la causa del trastorno reflejo del estómago. Lo mismo ocurrió en un caso nuestro de dispepsia refleja de origen vesicular operado por el doctor Carlos VILLARÁN en el año 1919. Tenemos un caso muy expresivo de hiperclorhidria con dilatación atónica del estómago y eventuales crisis de tetania, en que se nota la dislocación de la función secretoria y motora del estómago; este caso presenta todos los estigmas de la visceroptosis en que la disfunción vegetativa produce cuadros complejos que se traducen por una historia enmarañada de espasmos y atonías. Casos semejantes han sido descritos por LOEPER y WAGNER en su trabajo sobre los estados dispépticos de origen conmocional.

Por eso decíamos, en nuestro trabajo sobre la disfunción vagosimpática en las enfermedades del estómago, presentado en 1923 a la consideración de la "Asociación Peruana para el progreso de las Ciencias" y después en otro, titulado "La hipertonia del vago gástrico en las aortitis silenciosas", que todo el organismo visceral está bajo el juego regular y equilibrado de un sistema nervioso que le es propio: el sistema nervioso vegetativo. Todo él ofrece un ajustado mecanismo de correlaciones funcionales, y si bien no es verdad, como lo pretendieron EPPINGER y HESS, que la hipertonia de uno de los elementos que lo constituyen, producen manifestaciones patológicas de determinada naturaleza, mientras que la hipertonia del otro las produce de naturaleza contraria; o mejor dicho, si no es posible ya admitir que vago y simpático son en todo caso formaciones antitéticas, en cambio puede asegurarse que la vida toda es función de la actividad ordenadora y reguladora de ambos sistemas nerviosos; que del equilibrio de esas actividades nerviosas depende la normalidad de la vida fisiológica y que

su desequilibrio produce desviaciones fisiopatológicas que unas veces se manifiestan por fenómenos de hipertonia de uno de los sistemas, otras por fenómenos de hipertonia del otro, otras, por último, por fenómenos complejos en que, al mismo tiempo, vibran y se disocian las funciones de uno y otro sistema, produciéndose cuadros intrincados de difícil apreciación y que no tienen cabida dentro del concepto simplicista de EPPINGER y HESS. Nosotros en el mismo enfermo hemos encontrado cuadros de inestabilidad vago-simpática, particularmente frecuentes en las dispepsias nerviosas. Pero lo que es más interesante y que merece una mención especial porque nos parece ser este hecho uno de los primeros en citarse en la literatura médica, es que la disfunción vago-simpática de predominio vagotónico puede ceder el paso un cierto tiempo después a un proceso disfuncional de tono opuesto. Tal es la historia de uno de nuestros enfermos, en quien el examen secretorio y motor del estómago reveló hipoclorhidria e hipotonía con una historia clínica de dispepsia sensitiva con eruptos fétidos y diarreas, para presentarse ocho meses más tarde con una historia química y motora de hipertonia del vago gástrico y que se presentaba clínicamente por la crisis de dolor tardío calmada por los alimentos y por los alcalinos. Son tres las observaciones de esta índole que revelan cómo el proceso disfuncional puede presentarse caprichosamente en diferentes etapas de la vida de un enfermo.

También debo señalar un caso seguido durante muchos meses en que la disfunción vagosimpática con marcado predominio del parasimpático, se señalaba unas veces por signos secretorios y motores con síndrome clínico de hiperclorhidria para ceder bajo una terapéutica apropiada y dar entonces lugar a una constipación rebelde, que al desaparecer como si se rompiera un freno, originaba nuevamente los fenómenos gástricos anotados. Había, pues, una evidente alternancia de signos gástricos e intestinales presentados a raíz de una caída de cinco metros sin daño de importancia en un individuo de una familia de nerviosos. ¡Disfunción, pues, alternante que tiene otras representaciones en la Patología nerviosa.

La brevedad del tiempo de que disponemos no nos permite extendernos en más consideraciones sobre la disfunción vagosimpática que acusa en el aparato digestivo el sufrimiento de un órgano alejado. Se nos permitirá únicamente recordar que en las aortitis, cuando la enfermedad es silenciosa y no se acusa por

trastornos locales de ninguna naturaleza, puede originarse un proceso disfuncional del vago simpático del aparato digestivo que anuncia la lesión. Son esas las aortitis enmascaradas en un cuadro gástrico sobre las que, con excepción de trabajos dispersos de BOINET, ALLBUT, STEVENS, LECOMTE, LAUBRY y ROUTIER, MALLORY, DIMITRESCU y CROHN, no se ha hecho todavía un cuerpo de doctrina. Hemos oído de labios del profesor IRIBARNE, de la Argentina, así como de nuestro distinguido amigo el doctor TORRALVAS, de Cuba, la confirmación de este hecho. Y no hay clínico en general que no registre en la historia de su práctica profesional algún caso de aortitis silenciosa que se enmascaraba en un cuadro de dispepsia. Valdría, pues, la pena proseguir la investigación de estos estados disfuncionales reveladores de lesiones alejadas. Por último, no es raro que en las enfermedades del metabolismo, como la diabetes, por ejemplo, coincida el desequilibrio de la bioquímica del individuo con estados disfuncionales del sistema vegetativo del aparato gastro-intestinal. En efecto, nos ha sido posible observar esta coincidencia y ver desaparecer las perturbaciones funcionales del vago-simpático cuando una dietética apropiada devolvió a los tejidos una estabilidad bioquímica compatible con una vida normal.

Para terminar, debemos declarar que es enorme la complejidad del tema que hemos abarcado y que sólo lo hemos esbozado desde un limitado punto de vista: los trastornos digestivos. Y es que no solamente es el sistema nervioso vegetativo el que preside la vida visceral. Los trabajos de KEITH han demostrado la existencia de centros nodales neuromusculares que son al aparato digestivo lo que el haz de HISS es al corazón. Pero hay más todavía: Las investigaciones novísimas de Walter ALVAREZ han demostrado que hay una gradiente de ritmicidad anatómica y metabólica que arranca de los segmentos superiores de los órganos para terminar en los segmentos inferiores; que la tendencia al ritmo es algo independiente del sistema neurogénico; que la reversibilidad del ritmo puede explicar trastornos que van desde el vómito hasta las sensaciones subjetivas de los gastrópatas; que hay un sistema conductor cuyos elementos ricos en catalasa aseguran el tránsito normal del aparato digestivo; que las gradientes de ritmicidad, de irritabilidad, de período latente, de tono y de metabolismo mantienen la normalidad de la peristalsia, mientras que su ruptura o su inversión van a interrumpir la motilidad de los órganos del aparato digestivo. En una pala-

bra, el aparato digestivo, como el corazón, dispone de elementos nerviosos de un lado y de elementos musculares de otro, cuya perturbación funcional u orgánica puede manifestarse por tal complejidad de signos disfuncionales, musculares y nerviosos que sería aventurado en el momento pronunciarse categóricamente respecto de su verdadera naturaleza.

CONCLUSIONES

Primero: La disfunción vago-simpática, en los procesos morbosos del aparato digestivo, es la que caracteriza el proceso fisiopatológico.

Segundo: En ocasiones excepcionales hay cuadros de hipertonia del vago gástrico como en otros la hipertonia del simpático es la fundamental.

Tercero: La inestabilidad vago-simpática se presenta en la mayor parte de los trastornos gástricos orgánicos, funcionales o reflejos.

Cuarto: Es posible encontrar casos de disociación vago-simpática, en que de una lado predominen los fenómenos secretorios conservándose normal la motricidad y otros en que estando disminuida la motricidad la función secretoria está aumentada.

Quinto: El mismo enfermo puede presentar en dos etapas alejadas de su vida cuadros de tipo hipervagotónico unas veces, de tipo hipersimpaticotónico otras.

Sexto: Hay cuadros de inestabilidad vegetativa alternante en que las perturbaciones gástricas e intestinales se suceden.

Sétimo: Las lesiones de la aorta así como las de cualquiera otra víscera pueden acusarse por manifestaciones disfuncionales del aparato digestivo. Lo mismo ocurre con las perturbaciones metabólicas.

Octavo: Los trabajos de KEITH y ALVAREZ abren un nuevo horizonte al estudio de las perturbaciones locales y funcionales del aparato digestivo.