

TRASTORNOS DIGESTIVOS REFLEJOS DE ORIGEN GENITAL

por los doctores

F. SALAMERO CASTILLÓN

Profesor Ayudante de la Cátedra de Operaciones

Las dispepsias secundarias de origen genital, si bien no son tan frecuentes como las dispepsias de origen vesicular, apendicular o nervioso, distan mucho de ser raras y siempre deben de tenerse en cuenta al hacer el diagnóstico diferencial entre las diversas dispepsias sin lesión intrínseca de los órganos digestivos.

La acción que las afecciones genitales puedan ejercer sobre las diversas partes del tubo digestivo y el mecanismo mediante el cual se verifica la citada acción, es asunto todavía discutido.

Hay autores, como FAROY, que creen que los trastornos digestivos de los cuales hablamos, no dependen directa ni indirectamente de la afección genital, sino que son debidos a una colitis o ptosis coexistentes. WALTHARD afirma que la mayoría de afecciones genitales no alteran las funciones digestivas, no creyendo que en caso de existir la citada alteración sea ésta debida a ninguna acción refleja.

En cambio da mucha importancia al hecho de que muchas mujeres se preocupan excesivamente de su afección genital, la cual produciría así una alteración de psiquismo que sería la causa inmediata de la dispepsia. Esta no sería, pues, más que una modalidad de dispepsia nerviosa como la que se produce a consecuencia de preocupaciones de otra índole (económicas, sentimentales, etc., etc.).

En cambio la mayoría de autores aceptan como causa de la dispepsia, la acción refleja que por vía simpática desarrolla la lesión genital. SOUPAULT insiste mucho sobre la hipersensibilidad del plexo solar, mientras que otros lo atribuyen más bien a modificaciones secretorias y motoras y muy especialmente a estados espasmódicos producidos por acción refleja.

Nosotros creemos que la citada acción refleja explica los trastornos digestivos de que hablamos, de una manera mucho más verosímil que la causa psíquica, y son pruebas de ello los casos que citaremos, los cuales no podían determinar un estado de preocupación psíquica por la lesión genital ya que ésta era ignorada por la paciente y las molestias digestivas eran las manifestaciones primeras y más importantes de la enfermedad.

Además los casos que citamos curaron por la sola terapéutica ginecológica, dato que habla suficientemente.

Dividiremos los casos en dos grupos:

1.º Manifestaciones gástricas. 2.º Manifestaciones intestinales.

Todos los casos que citamos estuvieron hospitalizados en la clínica de la Cátedra de Operaciones.

J. SALA ROIG

Profesor Ayudante de la Cátedra de Patología Médica

CASOS CON SÍNTOMAS GÁSTRICOS

Observación n.º 1:

Juana M., natural de Mahón. Ingres a la clínica el día 15 de febrero de 1923. Salida el 9 de abril de 1923.

Antecedentes: pleuresía izquierda post-gripal a los 16 años. Empieza la enfermedad actual hace 8 meses con molestias epigástricas, irradiadas a veces a la región lumbar. Dichos dolores son continuos, con relación a las comidas son caprichosos, presentándose a intervalos variables después de éstas y a veces también en ayunas.

Jugo gástrico:

Retención.

CIH — 0'22.

Acidez combinada — 0'45.

Sangre — negativa.

Comida de Ewald:

CIH — 0'72.

A. C. — 1'09.

Sangre — negativa.

Examen radiológico:

Estómago hipotónico, con el fondo a cuatro traveses de dedo por debajo de las crestas ilíacas. A las 6 horas retención de casi la mitad de la papilla. Bulbo duodenal normal.

Tacto vaginal — Anexitis bilateral.

Diagnóstico operatorio: Anexitis tuberculosa. Histerectomía subtotal. Curación.

Antes de ser dada de alta se practica una nueva radiografía. No hay retención a las 6 horas.

Observación n.º 2:

Adolfina L., de 32 años, natural de Elche de la Sierra. Ingres a el día 12 de noviembre de 1922. Salida el día 13 de enero de 1923.

Hace años, sensación de peso y distensión epigástrica, sin gran relación con la cantidad y calidad de las comidas. Dolor en el hipogastrio. Por tacto vaginal se diagnostica anexitis bilateral con predominio del lado izquierdo.

Jugo gástrico en ayunas.

CIH — 0'37.

A. C. — 0'73.

Sangre — negativa.

Comida de prueba:

CIH — 1'29.

A. C. — 1'61.

Sangre — negativa.

Diagnóstico operatorio: Anexitis doble. Estómago y apéndice sanos.

Histerectomía subtotal.

Curación.

Observación 3.ª:

María M., 28 años, casada. Ingres a el día 7 de octubre de 1926. Salida el día 7 de noviembre de 1926.

Desde hace 4 años dolor en el hipocondrio izquierdo casi continuo, que aumentaba con las comidas. Temporadas de mejoría no completa. Desde hace 8 meses, vómitos que repiten cada semana.

Desde hace dos meses fiebre por las tardes. Depositiones normales. Anorexia. A la exploración pulmonar submatidez con respiración soplaante en los dos vértices.

Jugo gástrico. Comida de prueba:

CIH — 0'52.

AC — 0'92.

Sangre — negativa.

Radiografía: Estómago atónico, tardo en vaciarse. No hay retención a las 6 horas.

Tacto vaginal: Anexitis. Diagnóstico operatorio: Salpingitis tuberculosa. Granulaciones miliareas en la porción terminal del ilear.

Extirpación de los anexos. Curación.

Observación n.º 4:

Mercedes S., 23 años, casada. Ingresa el día 28 de octubre de 1924. Salida el 24 de noviembre de 1924.

Menarquía a los 14 años. Siempre el período doloroso.

Trastornos gástricos ligeros e intermitentes, desde hace mucho tiempo. Desde hace año y medio dolores epigástricos que se irradian algo a la derecha a las 2 ó 3 horas de ingerir. Los dolores son bastante intensos y a veces provocan vómitos que calman el dolor. También se mejoran con alcalinos. Vómitos unas dos horas después de ingerir fuertemente ácidos. Estreñimiento. Anorexia. Ha enflaquecido bastante.

Bazuqueo gástrico.

Examen radiográfico: Retención a las 12 horas.

Tacto vaginal: Utero en retro-flexión.

Diagnóstico operatorio: Estómago normal. Utero en retro-flexión. Anexitis bilateral.

Histerectomía subtotal, con extirpación de anexos.

Curación.

Observación n.º 5:

Pilar G., 30 años, casada. Ingresa el día 20 de mayo de 1924. Salida el día 22 de junio de 1924.

Desde hace 12 años dolores epigástricos que últimamente se irradian al costado izquierdo; aparecen una hora después de ingerir y son muy intensos. Vómito varias veces y siempre con los paroxismos dolorosos. Los vómitos calman el dolor. Son alimenticios y muy agrios. Molestias a temporadas. Los alcalinos apenas mejoran.

Examen radiográfico: Fondo de estómago a tres traveses de dedo por debajo de las crestas ilíacas. Retención a las 6 horas.

Diagnóstico operatorio:

Estómago normal. Anexitis con útero grande y congestionado.

Histerectomía subtotal con extirpación de anejos y apéndice. Curación.

Observación n.º 6:

Luisa R., viuda, de 24 años. Ingresa el día 9 de septiembre de 1926. Salida el día 18 de octubre de 1926.

Desde hace 5 años dolor epigástrico que se irradia a todo el vientre y hacia la espalda. Pero inmediatamente después de ingerir el cual se acentúa a la hora y media. Este dolor calma con la nueva ingesta.

Temporadas de mejora. No ha vomitado nunca.

Estreñimiento.

Jugo gástrico. Comida de prueba:

CIH — 0'35.

A. C. — 0'52.

Sangre — positiva.

Radioscopia: Ptois gástrica.

Tacto vaginal: Utero fijo en retro-flexión. Fondo de saco izquierdo doloroso y retraído.

Diagnóstico operatorio: Utero grande en retro-flexión. Ovarios grandes y escleroquísticos. Estómago normal.

Histerectomía subtotal con extirpación de anejos.

Curación.

Al tratar de establecer diagnóstico debemos ante todo eliminar la existencia de una lesión gástrica intrínseca. Las tres primeras historias que citamos hacen relativamente fácil dicha eliminación. La falta de relación directa entre las molestias y un período determinado de la digestión gástrica así como la cantidad y calidad de lo ingerido, la falta de acción de los alcalinos y el fracaso de toda terapéutica gástrica, nos orienta en seguida hacia la idea de trastornos funcionales con hiperestesia solar faltando sólo establecer la causa precisa de este estado. Ante todo precisa enumerar las causas más frecuentes de dispepsias reflejas; éstas son la apendicitis y colecistitis. Debe insistirse mucho en la anamnesis, ya que la existencia de pretéritos ataques de cólico hepático o de apendicitis agudas, el predominio de molestias en el hipocondrio o fosa ilíaca derecha sería de un gran valor, pero a menudo solamente una exploración completa sistemática dará la clave del diagnóstico. Entre los datos de esta exploración nunca deben faltar los que el tacto vaginal suministra como ya aconsejan JACQUET y GIRODE en un artículo publicado por ellos sobre la dispepsia uterina cuyo tipo más habitual según dichos autores es la gastralgia pura (dolores epigástricos cotidianos repetidos durante el día sin horario fijo y no obedeciendo a ninguna terapéutica, excepto la etiológica local).

Hablan también de la frecuencia con que encuentran en los casos de retro-flexión uterina enclavada, un estado de constipación dolorosa.

También describen en estas enfermas un estado de nerviosidad especial, sin que aparentemente el sistema neuro-vegetativo aparezca muy alterado.

Este estado de excitación nerviosa no debe hacernos considerar como dispepsias nerviosas puras éstas de que hablamos, lo cual solamente se logrará teniendo siempre en cuenta la posibilidad de su existencia y buscando mediante una buena anamnesis y por el tacto vaginal la existencia de una posible afección genital que quizás pueda darnos la clave del diagnóstico. Otro diagnóstico que no debe establecerse con demasiada ligereza es el de ptosis. No debe olvidarse que este estado (el cual más que de enfermedad puede calificarse de constitución especial) no causa molestias por sí solo en la mayoría de los casos, necesitando del concurso de otra causa. Así pues, haciendo solamente el diagnóstico de ptosis, haríamos un diagnóstico incompleto y la terapéutica de la misma no sería tan eficaz como si al propio tiempo se hiciese un tratamiento causal.

Los tres últimos casos que hemos citado, incluso pueden hacernos pensar en la existencia de un úlcus gástrico o duodenal. El ritmo de aparición de los dolores, íntimamente relacionados con las comidas, la mejoría producida por los alcalinos, por la ingesta o por el vómito, el presentar temporadas de mejoría y malestar, síntoma frecuente en la úlcera en contraste con la continuidad de las molestias presentadas por los casos de dispepsias secundarias, todo se presta a la confusión. Ciertas particularidades podrán servirnos para el diagnóstico, principalmente unas mejorías espontáneas a temporadas no tan netas como la úlcera y una menor precisión del ritmo, en tres tiempos descritos por Moy-

NIHAN en el úlcus, a saber: ingesta, bienestar y dolor. Este calma con la nueva ingesta, la cual vuelve a iniciar el ciclo antes descrito. El ritmo en 4 tiempos del citado autor, ingesta, bienestar, dolor que calma antes de la nueva ingesta, se encuentra mucho menos frecuentemente. Los alcalinos y la ingestión de alimento tampoco pueden producir una mejoría tan completa del dolor en las dispepsias reflejas como en la úlcera, siendo el dolor en aquéllas más independiente de la cantidad y de la calidad de lo ingerido.

Frecuentemente, por no decir en todos los casos, deberá recurrirse a los procedimientos complementarios de exploración. El análisis del jugo gástrico rara vez nos sacará de dudas, ni en los casos de dispepsia genital ni la mayoría de los casos de úlcus ofrece fórmulas características. En la mayoría de nuestros casos había marcada hipoclorhidria, pero también hay casos, con clorhidria normal e incluso con hiperclorhidria. Un dato de valor es la ausencia de sangre, la cual sólo fué encontrada en un caso de los nuestros, explicable quizás por un ligero traumatismo producido al introducir la sonda. Los datos de más valor nos serán suministrados por el examen radiológico, el cual debe siempre practicarse en estos casos dudosos.

La ausencia de todo signo directo de úlcera debe orientarnos a practicar una exploración general detenida, en la cual el tacto vaginal de ninguna manera debe faltar.

CASOS CON SÍNTOMAS INTESTINALES

Consuelo S., de 42 años, casada. Ingresó el día 30 de julio de 1924. Salida el día 22 de septiembre de 1924.

Desde hace dos meses dolor sordo en la parte más interna de la fosa ilíaca derecha. Algo de dolor también en el lado izquierdo. Alternativas de diarrea y constipación, predominando esta última.

Tacto vaginal: Fondo de saco derecho ocupado y doloroso. Utero desviado. Diagnóstico operatorio: Anexitis con adherencia de epiploon.

Sección de las bridas. Extirpación de los anejos del lado derecho.

María O..., 38 años, casada. Ingresó el día 28 de abril de 1924. Salida el día 27 de mayo de 1924.

Desde hace 13 años constipación tenaz acompañada de moco. Algunas pseudofalsas diarreas. Desde hace 8 años dolor continuo en la fosa ilíaca derecha que aumenta con la constipación. El dolor se irradia a la región lumbar y hacia el muslo e hipocondrio derecho.

Radiología: Estreñimiento de tipo atónico con éxtasis cecoascendente a las 36 horas.

Diagnóstico operatorio: Colon grande y dilatado. Ovario izquierdo poliquístico de aspecto inflamatorio. Apéndice muy largo, pero no parece inflamado.

Extirpación anejos. Apéndicectomía.

Antonia L., 45 años. Ingresó el día 27 de diciembre de 1923. Salida el día 24 de febrero 1924.

Ha tenido 8 hijos, 3 abortos de 3 meses. Constipación con algunas diarreas. Hace 3 meses, después de un aborto ha quedado sin período. Gran depresión y anorexia que le han obligado a guardar cama. Ha aumentado el estreñimiento.

Hace un mes la enferma despertó por un intenso dolor, que empezó en las inmediaciones del ombligo. Dicho dolor se extiende por todo el abdomen adquiriendo gran intensidad. Un enema provocó una gran deposición, calmando el dolor. Ligera fiebre. Al cabo de 15 días otra crisis parecida que duró 36 horas y desde entonces no puede evacuar si no es con enema.

Actualmente presenta ligero dolor abdominal, anorexia y astenia.

Tacto vaginal: Anexitis lado derecho.

Diagnóstico operatorio: Ligera apendicitis. Salpingitis derecha con ovario escleroquistico. Pericolitis membranosa.

Apéndicectomía y extirpación anejos lado derecho.

El estreñimiento es el trastorno que acompaña más a menudo las afecciones genitales. Pero la acción directa de la ginecopatía sobre el mismo es muy discutida.

WALTHARD cree que la mayoría de las veces el estreñimiento depende de una mala educación intestinal, producida por la tendencia a retener las ganas de defecar, lo cual acarrea un embotamiento de la sensibilidad rectal que a la larga produce un éxtasis.

La acción mecánica de las afecciones genitales sería nula según el citado autor. En cambio otros autores aceptan la acción genital directa. FAURE cree que el mecanismo de producción es un espasmo intestinal reflejo por la lesión genital. RECASENS agrupa los mecanismos en cuatro grupos.

Acción mecánica e inflamatoria.

Pérdida de sensibilidad de la ampolla rectal a causa de la compresión directa en casos de tumoraciones, desviaciones, etc. El hábito anula el deseo.

Perturbaciones hormonales ováricas con la subsiguiente acción sobre el sistema vegetativo (dismenorrea, menopausia).

Acción psíquica de la preocupación genital.

Es innegable de todos modos que muchos estreñimientos coexistentes con una afección genital, son independientes de ella. En ciertos casos de ciego ptósico, el apéndice puede llegar a ponerse en contacto con los anejos del lado derecho y una inflamación en uno cualquiera de estos dos grupos puede fácilmente propagarse al otro.

RECASENS considera que en la mayoría de estos casos el proceso apendicular es secundario.

Las apendicitis secundarias siguen una evolución paralela a la del proceso anexial. A menudo se presentan dificultades para el diagnóstico y para el tratamiento a consecuencia de las adherencias que se establecen entre dichos órganos los cuales dificultan la intervención.

El diagnóstico entre anexitis y apendicitis acaba de complicarse por la existencia de casos de lesión doble, no bastando diagnosticar la anexitis para eliminar la apendicitis o viceversa, sino que siempre hay que explorar detenidamente los dos órganos.

La exageración del dolor con el período menstrual no puede orientar el diagnóstico en favor de la anexitis, ya que la menstruación, por la congestión que determina, puede agudizar un proceso ceco-apendicular preexistente. WALTHARD cree que algunos de estos dolores son debidos a una neuralgia de las ramas perforantes abdominales y señala como signo diagnóstico de ella el aumento del dolor a la presión cuando simultáneamente se hace contraer la túnica muscular de las paredes intestinales. También en muchos es posible localizar los dos puntos dolorosos. Uno que corresponde al de MAC BURNEY y otro más inferior y más interno que corresponde al punto ovárico. La maniobra de JAWORSKI y LA-

PINKI que consiste en hacer flexionar el muslo al enfermo, lo cual provoca la contracción del psoas, puede sernos de utilidad. El dolor de la apendicitis aumenta al practicar la citada maniobra, mientras que el dolor de la anexitis no sufre variación. Tampoco no debe olvidarse el examen radiológico de la región ceco-apendicular y si es necesario la exploración genital previa inyección de lipiodol.

En resumen podemos agrupar las lesiones genitales más frecuentes que ocasionan estos trastornos en la forma siguiente:

- Vicios de posición { Retroflexión
Anteflexión
- Inflamatorios { Metritis
Anexitis { Tuberculosa
Gonocócica
Banal
- Neoplásicos { Fibromas uterinos
Quiste del ovario con pedículo
largo y torsión.
- Ovaritis esclero-quísticas

Tratamiento: Suprimir la causa.

Resección, en algunos casos cuando las lesiones sean de poca intensidad, del nervio sacro u operación de COTTE.

Conclusiones: 1.^a Necesidad de explorar los genitales en la exploración general de toda enferma.

2.^a Necesidad de una buena exploración en el acto operatorio.

3.^a Tratar la causa ginecológica.

BIBLIOGRAFÍA

FAURE - SIREDEY. Tratado de Ginecología.
 STOECKEL. Tratado de Ginecología.
 RAMOND. Enfermedades de estómago y duodeno.
 OPITZ. Ginecología.
 RECASENS. *Los progresos de la clínica*. Julio de 1926.
 JAQUET et GIRODE. Dyspepsie utérine. *Presse Médicale*, número 59, 1928.
 BERCKMAN - BUSBY - FOLEY. Dyspepsie. *Collected Papers of the Mayo Clinic*. 1927.
 SOUPAULT. Enfermedades de estómago.
 FAROY. *Le Monde Médical*. La pathologie digestive en 1928.
 ALVAREZ. *Collected Papers of the Mayo Clinic*. 1926.
 MOYNIHAN. El ulcus gástrico y duodenal.

RESUMÉ

Les dyspepsies secondaires d'origine genitale, bien que moins frequentes que celles d'origine vesiculaire et appendiculaire ne sont pas rares et méritent d'être rappelés quand on fait le diagnostic différentiel parmi les diverses dyspepsies dans lésion intrinsèque des organes digestifs. La cause de la dyspepsie serait l'action réflexe que la lésion genitale développe par la voie sympathique.

SUMMARY

Secondary dyspepsia of genital origin, although less frequent than dyspepsia of vesicular and appendicular origin, is not very rare and it must be borne in mind when making the differential diagnosis among the various dyspepsias without intrinsic lesion of the digestive organs. The cause of the dyspepsia would be the reflex action developing the genital through the sympathetic route.