

JAUQUECA ABDOMINAL

Dr. A. GALLART-ESQUERDO

Académico Numerario

En más de 40 años de práctica profesional jamás hemos visto curar una hemicránea con la exéresis de algún órgano abdominal, por muy enfermo que estuviese. (A. GALLART-ESQUERDO.)

La inmensa mayoría de pacientes, sobre todo mujeres, que sufren jaqueca, o cefalea de diversos tipos, acuden al digestólogo por estar convencidos de que se encontrarán bien si se les «cura» el hígado, la vesícula biliar o el estreñimiento.

La mayoría de autores suelen aceptar cuatro variedades de cefalea o de jaqueca digestiva: a) la duodenal; b) la colónica; c) la hepática, y d) la de la vesícula biliar, pero casi ninguno de ellos se ocupa en la descripción de la verdadera jaqueca o migraña abdominal.

Aunque vamos a describir someramente las cuatro primeras variedades citadas, digamos por adelantado que no creemos en la existencia de ninguna de ellas, por los motivos que aducimos a continuación.

1. JAUQUECA DUODENAL

Algunos autores consideran la cefalea en general, y la jaqueca en particular, un síntoma de gran valor para el diagnóstico de la estasis duodenal crónica, sea cual fuere su etiología (malformaciones duodenales, úlcera péptica de la segunda porción del duodeno, estenosis duodenales intrínsecas o extrínsecas, diverticulosis del duodeno con o sin diverticulitis, etc.).

La cefalea o la jaqueca, junto con el dolor epigástrico o del hipocondrio derecho y los vómitos de retención, constituyen la tríada sintomática clásica en la que se basan diversos autores para sentar el diagnóstico clínico de estasis duodenal crónica con retención.

La cefalea es de intensidad variable:

a veces soportable; otras, intensísima. Sobreviene con ritmo y horario muy dispares: posprandial precoz o tardía, o a cualquier hora del día; en algunos enfermos es persistente. Suele acompañarse de trastornos vasomotores, palidez, bradicardia, somnolencia, malestar general, pereza física y mental, náuseas, vómitos, etc. De todos modos, hay casos en que el único síntoma son los vómitos biliosos, que se consideran por algunos autores como equivalentes de la jaqueca.

La etiopatogenia de la cefalea o de la jaqueca duodenales se ha atribuido a intoxicación crónica provocada por la absorción del contenido duodenal estancado. En la actualidad tal hipótesis es insostenible, ya que en la inmensa mayoría de casos el dolor de cabeza persiste inmodificado tras la práctica de la duodenoyeyunostomía, con la que la retención duodenal es evitada. En realidad, desconocemos por completo la relación que pueda haber entre la estasis duodenal crónica y la jaqueca, si es que efectivamente hay alguna relación entre ambas afecciones, cosa que ponemos en duda.

2. JAQUECA COLONICA

Entre algunos médicos, por fortuna cada día menos numerosos, y sobre todo entre los profanos, aún prevalece la idea de que en el estreñimiento crónico las alteraciones primitivas radican en el colon y que las manifestaciones psicoemocionales son secundarias.

Los que así opinan creen que el colon —al cual el eminente cirujano francés Victor PAUCHET calificó de "homicida"— constituye "un peligro constante por las miríadas de microbios que habitan en él, los cuales secretan venenos que pasan a la sangre y producen una intoxicación lenta y solapada, cuyo término son la enfermedad, la vejez y la muerte". MECNIKOV, del Instituto Pasteur de París, llegó a la conclusión de que "para vivir largo tiempo era menester suprimir el intestino grueso o esterilizar su contenido por la alimentación a base de leche cuajada". Las ideas de MECNIKOV pasaron del dominio de la ideología al de la práctica, y en 1917 se publicó, en Londres y en castellano, el libro del tristemente célebre cirujano inglés Sir Arbuthnot LANE, *Tratamiento operatorio de la estasis intestinal crónica* (traducido de la 3.ª edición inglesa), donde recomendaba la colectomía total en los casos de estreñimiento crónico grave que provocan intoxicación de origen intestinal.

No vale la pena insistir en que tales hipótesis, que tuvieron sus adeptos hasta 1930, no pueden ya sostenerse en la actualidad, a pesar de ser activamente cultivadas por los laboratorios farmacéuticos expendedores de laxantes y por los charlatanes; estos últimos se aprovechan de que muchas personas creen que les sobrevendrán daños serios, incluso irreparables, para la salud si dejan de evacuar el vientre a diario. Todavía para la mayoría de adultos las heces son repulsivas; en cambio no lo son para los niños que aún no han sido sometidos al influjo de lo que hemos convenido en llamar nuestra civilización.

La mayoría de pacientes afectos de estreñimiento crónico son individuos hiperexcitables con manifestaciones evidentes de desequilibrio psicoemocional, entre las que cabe citar la ansiedad, la inquietud, la rapidez en el habla, la excesiva emotividad, la depresión, la tristeza, la tendencia a la exageración, la astenia matinal, las sensaciones de debilidad y de cansancio, la opresión precordial, las palpitaciones, el insomnio y la jaqueca o las cefaleas de diversos tipos.

Los estreñidos suelen atribuir todos los síntomas clínicos citados, e incluso la alopecia, pero especialmente la cefalea o la jaqueca, a un estado de intoxicación crónico provocado por las toxinas absorbidas a través de la mucosa del colon, y que se originan en las materias fecales retenidas.

La autointoxicación intestinal es un estado puramente imaginario. Jamás se ha podido demostrar que un producto tóxico de la digestión normal o anormal sea capaz de pasar, a través de la mucosa intacta del colon, a la circulación general en cantidad suficiente para causar cualquier enfermedad. Hemos reconocido pacientes que han pasado de 15 días a 2 meses sin defecar, a pesar de lo cual no presentaban ningún trastorno.

Una mujer joven, soltera, llegó a estar 3 meses sin defecar; al aumentar el volumen del vientre, su madre creyó que aquella estaba embarazada, pero con el tratamiento médico instituido por nosotros expulsó 8 kg de materia fecal... URRUTIA, de Madrid, en 1921, en su tratado *Enfermedades de los intestinos*,

cita el caso de un individuo que, gozando de salud excelente, defecaba de ordinario cada 8-10 días, distanciándose más las defecaciones cuando se apartaba de sus costumbres habituales; dicho señor efectuó viajes en barco a Cuba, no recordando haber sentido nunca la necesidad de evacuar el vientre a bordo. Gonzalo ROQUETA, de Barcelona, observó una joven de 17 años, de familia neurótica, que, desde hacía 3 años, defecaba cada 34-36 días, sin experimentar ninguna molestia. BRAZIS, de Palma de Mallorca, ha observado un sacerdote que fue en peregrinación a Roma y durante el viaje, que duró un mes, no tuvo necesidad de defecar, a pesar de lo cual su estado de salud fue excelente.

Muchos estreñidos están convecidos de que mejoran sus trastornos después de evacuar el vientre. Como la mejoría o la desaparición de aquéllos es casi inmediata a la defecación, no se puede explicar por la eliminación de toxinas. Idénticos síntomas a los del estreñimiento crónico se pueden provocar distendiendo el recto con un balón de goma (probablemente por compresión de nervios rectales que influyen en el cerebro), y desaparecen rápidamente al desinflarlo.

3. JAQUECA HEPATICA

La insuficiencia hepática *minor*, o «pequeña insuficiencia hepática» de los autores franceses, suscita la hilaridad de todos los médicos anglosajones, especialmente de los hepatólogos, y también la nuestra.

Es un hecho indiscutible que acuden a la consulta del digestólogo, por

iniciativa propia o remitidos por otros especialistas (dermatólogos, otorrinolaringólogos, reumatólogos, médico general, etc.), enfermos afectos de jaqueca con síntomas de indigestión, náuseas, vómitos, etc. El paciente está convencido de que su afección es de origen hepático porque los vómitos que presenta son biliosos (de ahí el nombre de «jaquecas biliosas»), o porque las molestias radican principalmente en el hipocondrio derecho.

Las investigaciones clinicobiológicas de tales enfermos han proporcionado sistemáticamente resultado negativo. En los casos excepcionales en que se recurrió a la punción biopsica hepática, la estructura hística de la glándula siempre fue normal.

A nosotros siempre nos ha llamado poderosamente la atención que: a) en las hepatopatías más graves, como la cirrosis hepática, prácticamente no se presentan jamás jaqueca, náuseas, vómitos, etc.; b) en los casos excepcionales de concomitancia de cirrosis hepática y jaqueca típica, ésta mejora o desaparece al agravarse la insuficiencia hepatocelular, y c) algunos pacientes con crisis rebeldes de jaqueca curan de éstas después de sufrir hepatitis vírica icterica.

Hemos de recalcar que, en Medicina, insuficiencia hepatocelular significa algo completamente distinto de lo que piensan la mayoría de autores franceses: es el estado clinicobiológico resultante de la destrucción del 75 al 80 % del parénquima hepático.

La insuficiencia hepatocelular puede acompañar a las afecciones más dis-

pares hepáticas o extrahepáticas, y es el estadio final de la mayoría de enfermedades graves del hígado (cirrosis hepática de Laennec, posnecrótica, biliar, etc., cáncer primitivo o secundario del hígado, hepatitis vírica fulminante, etc.).

4. JAQUECA VESICULAR

Según algunos autores, sobre todo franceses, la jaqueca puede ser el único síntoma revelador de una colecistopatía latente. Aunque es cierto que frecuentemente los enfermos con jaqueca acuden a la consulta del digestólogo, esto sólo significa que para los profanos casi todas las cefaleas son de origen hepatovesicular.

En los pacientes afectos de jaqueca coexistente con colecistopatía, especialmente la litiasis biliar, los accesos de jaqueca o los estados jaquecoides, más o menos influidos por la ingestión de determinados alimentos (huevos crudos o fritos, chocolate, cacao, vísceras de animales, fresas, frambuesas, etc.), suelen preceder en muchos años a las crisis típicas de cólico hepático. Otras veces la crisis de jaqueca sobreviene después de una fatiga física importante (viaje prolongado en automóvil, especialmente por carreteras en mal estado, etc.) o de un traumatismo psicoemocional.

La interpretación de la colecistografía oral y la de la angiocoloscitografía intravenosa han originado muchas discusiones acaloradas entre los médicos y, por desgracia, no son raros los pacientes que han acabado en la sala de operaciones. Los autores que aconse-

jan la colecistectomía como terapéutica de la jaqueca se basan en el hallazgo de una anomalía congénita de la vesícula biliar (divertículo del fondo, vesícula «en gorro frigio», etc.) o en el retardo de su evacuación después de ingerir la comida de Boyden. A menudo la colecistectomía, además de agravar el estado clínico del enfermo, altera su psiquismo.

Así, a una enferma de BRAZIS, de Palma de Mallorca, que sufría crisis típicas de jaqueca con vómitos, le aconsejaron la colecistectomía; después de la operación (la vesícula biliar era normal) continuó con las mismas crisis de jaqueca, pero además se sobreañadieron una serie de trastornos propios del síndrome postcolecistectomía por extirpación de la vesícula sana.

La asociación de la litiasis biliar, o de cualquier colecistopatía, con la jaqueca es un hecho clínico indiscutible, pero es muy problemático que esta última dependa del mal funcionamiento de la vesícula biliar o de las vías biliares extrahepáticas, ya que casi siempre los accesos de jaqueca persisten inmodificados después de la colecistectomía o del desagüe externo o interno de las vías biliares extrahepáticas (coledocoduodenostomía, papilotomía). Nosotros sustentamos que más que una relación de causa a efecto entre las colecistopatías en general y la jaqueca, lo que sucede es que ambas propenden a desarrollarse sobre el mismo terreno constitucional.

5. LA VERDADERA JAQUECA O MIGRAÑA ABDOMINAL

Es muy difícil, o imposible, de diagnosticar si no se piensa en ella. Ocurre lo mismo que con la epilepsia abdominal, en la cual no podemos ocuparnos ahora y cuyo cuadro clínico puede remedar el del abdomen agudo.

Con frecuencia la migraña abdominal, conduce a la práctica de laparotomías o de intervenciones quirúrgicas innecesarias e inútiles. Todos los casos observados por nosotros habían sido apendicectomizados, y dos de ellos, además colecistectomizados con anterioridad. Una paciente de OLESEN, de 68 años de edad, fue colecistectomizada infructuosamente (la vesícula biliar era normal) porque desde hacía 63 años sufría dolores abdominales periódicos, de tipo cólico, con vómitos, epifora y rinorrea, pero jamás había padecido hemicránea.

La jaqueca abdominal afecta con mucha mayor frecuencia a los niños (de 7 a 8 años) y a los adolescentes, sobre todo con familiares predispuestos a sufrir diversos tipos de cefalalgia.

El cuadro clínico remeda el del abdomen agudo: crisis dolorosa abdominal intensa, a veces en puñalada, de localización variable (epigastrio, fosa ilíaca derecha, hipocondrio derecho), acompañada casi siempre de náuseas, vómitos y estreñimiento pertinaz. Es curioso que tales pacientes jóvenes no suelen presentar casi nunca crisis de hemicránea o de otro tipo de cefalalgia. Si se interroga adecuadamente al enfermo se constata con mu-

cha frecuencia que la crisis dolorosa abdominal se acompaña de *lagrimeo* y de *rinorrea* persistentes. Si el médico no pregunta por tales síntomas, es raro que el enfermo los refiera espontáneamente, pues casi nunca les concede la menor importancia.

Durante la crisis dolorosa el niño está en cama, inmóvil; el pulso suele ser taquicárdico; a veces hay ligera febrícula, y el dolor puede durar hasta 24 horas.

Las crisis dolorosas abdominales repiten periódicamente, en ocasiones una o más veces al mes, como ocurre con las de la jaqueca habitual.

En las niñas, al sobrevenir la menarquía, la jaqueca abdominal hasta entonces de aparición irregular, puede adoptar un ritmo menstrual.

Cuando el adolescente se convierte en hombre, la jaqueca abdominal cambia de carácter, siendo lo más frecuente que revista el tipo de la migraña ordinaria del adulto.

W. C. ALVAREZ ha observado "numerosas mujeres que tras la menopausia sufren ataques graves y agobiantes de dolor abdominal con arcadas, que re-

medan las crisis gástricas tabéticas; tales ataques son difíciles de comprender por el médico hasta averiguar que antes del climaterio esas mujeres habían presentado crisis típicas de jaqueca unilateral, con vómitos; al sobrevenir la menopausia, la jaqueca desapareció, mientras los trastornos abdominales se hicieron violentos".

Con la terapéutica es difícil evitar la repetición de las crisis abdominales, pero en algunos de nuestros casos lo hemos logrado con la administración de metoclopramida (30-60 mg/día) y de sulpiride (150-200 mg/día), por vía oral. En cambio, las crisis de jaqueca abdominal casi siempre se consiguen yugularlas recurriendo a los fármacos empleados contra la jaqueca ordinaria, especialmente el tartrato de ergotamina asociado a la cafeína.

Siempre que se observen crisis dolorosas abdominales, sin que se puedan objetivar hallazgos orgánicos, se debe pensar en un equivalente de la jaqueca, sobre todo cuando los familiares del paciente sufren crisis de hemicránea, y a mayor abundamiento si las presenta el mismo enfermo, lo cual es mucho más raro.