

Tratamiento quirúrgico del mericismo del adulto

Dres. Luis A. Carriquiry, Alberto J. Lyonnet, Alfredo Peyroulou
y Jorge C. Pradines

Los autores presentan una observación clínica de mericismo en un adulto que fue tratada exitosamente con una funduplicatura tipo Nissen. Destacan a propósito de ella, la rareza de la entidad, el desconocimiento de su verdadera etiología, sus diferencias con el vómito y la rumiación animal y su ubicación dentro del cuadro del reflujo gastroesofágico. Señalan además que cuando se transforma en una molestia para la convivencia social, la realización de una operación anti-reflujo puede estar indicada.

Palabras clave (Key words, Mots clés). MEDLARS: Esophageal reflux.

El mericismo (del griego "meerykismós") es definido como "una afeción en que los alimentos, luego de una permanencia más o menos larga en el estómago, son devueltos a la boca para sufrir allí una nueva elaboración y ser luego nuevamente deglutidos, como sucede aproximadamente en los ruminantes" (9).

Fenómeno relativamente frecuente en la primera infancia, es raro en la edad adulta. Descrito por primera vez por el célebre Fabricio de Acquapendente (7) en 1618, Brockbank (2) reúne 220 casos en 1907 en una revisión de la literatura mundial.

El interés de la presente observación se funda en esa rareza y en el éxito del tratamiento quirúrgico efectuado, que ya fuera propuesto y realizado por Dubois y Lasser (6) en 1974.

OBSERVACION CLINICA

J.M.B., masc., 71 años. Casmu Nº 163.543.

AP.—Lobectomía superior derecha en 1963, por probable neoplasma de pulmón, que resultó ulteriormente un absceso crónico inespecífico.

EA.—Desde muchos años atrás, el paciente presenta regurgitaciones postprandiales copiosas, con reflujo de alimentos recién ingeridos, aún en trozos grandes, y conservando el sabor, obligándole a expulsarlos al exterior o a redeglutirlos. Estas regurgitaciones no se acompañan de dolor, ni pirosis, ni náuseas, ni de ningún otro síntoma desagradable, pero significan una mo-

Clinica Quirúrgica "B" (Prof. Jorge C. Pradines). Hospital de Clínicas, Montevideo.

lestia importante para la convivencia social del paciente, que se siente avergonzado en público de su sintomatología.

En 1974, se le realiza estudio radiológico y se le diagnostica pequeño divertículo del esófago cervical.

Atribuyéndole a la presencia del divertículo la sintomatología, se realiza en setiembre de 1974 una cervicotomía, en la que se encuentra un divertículo de muy pequeño tamaño, que se invagina en la luz esofágica con 4 puntos de lino.

En el postoperatorio inmediato nota persistencia de las regurgitaciones, asociadas a eructos frecuentes: resultaba obvio que el pequeño tamaño del divertículo no podía explicar el volumen importante del material regurgitado.

Se intenta tratamiento médico —elevación de cabecera de la cama, supresión de líquidos de las comidas, comidas fraccionadas, etc.—, pero la sintomatología permanece incambiada.

En 1976 es estudiado nuevamente en forma más exhaustiva comprobándose:

—En el estudio radiológico de esofagogastroduodeno, la ausencia de hernia hiatal y de reflujo gastroesofágico (Fig. 1).

—En el quimismo gástrico, la existencia de una acidez normal.

—En la fibroesofagogoscopia, la ausencia de divertículo cervical la amplitud algo mayor del esófago cervical, una moderada esofagitis distal, la ausencia de reflujo gastroesofágico y la posición normal del cardias a 40 cm. de la arcada.

—En el estudio manométrico esofágico, la hipotonía global del esófago y en especial del esfínter esofágico inferior.

Con estos datos, y ante la ineficacia del tratamiento médico, así como el retraimiento creciente del paciente de sus actividades sociales, se decide realizar una operación antirreflujo, efectuándose funduplicatura de Nissen por vía abdominal en octubre de 1976.

La evolución ulterior del paciente fue excelente, habiendo desaparecido totalmente su sintomatología hasta el momento actual.

COMENTARIO

La observación presentada ilustra claramente las características clínicas del mericismo o rumiación del adulto, tal como pueden ser recogidas en la literatura:

—aparición constante en el período postprandial;

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 30 de noviembre de 1977.

Asistentes de Clínica Quirúrgica, Residente de Cirugía y Profesor de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Rafael Pastoriza 1451 ap. 502. Montevideo (Dr. Carriquiry).



FIG. 1.— Estudio radiológico de estómago en posición de reflujo no lo evidencia.

- comienzo y cese espontáneos;
- ausencia de esfuerzo de ningún tipo;
- ausencia de síntomas desagradables: ni dolor, ni pirosis, ni náuseas, ni sensación de acidez;
- asociación a aerofagia y eructos frecuentes.

Bernard (cit. en 6) intentó distinguir el mericismo —fenómeno voluntario— de la rumiación —fenómeno involuntario— pero ambos términos son utilizados corrientemente como sinónimos.

Su etiología permanece envuelta en la controversia, pero existe una franca tendencia a situar su raíz en trastornos psíquicos infantiles (4) —se trataría en términos psicoanalíticos de una fijación oral exacerbada—. Esta disfunción psíquica cristalizaría en una disfunción digestiva que ulteriormente se autonomizaría en la edad adulta: si bien algunos autores tienden a circunscribir el fenómeno a psicópatas, no cabe duda que puede afectar a individuos de alto nivel intelectual y equilibrio emocional. Brown (3) menciona entre ellos al célebre fisiólogo Brown-Séquard.

El mecanismo fisiopatológico del mericismo no se encuentra totalmente aclarado. De los estudios radiocinematográficos (1) y manométricos realizados, parece desprenderse que la fuerza impelente del retorno de los alimentos a la boca es un brusco aumento del gradiente tensional abdomino-torácico, obtenido por la concertación de un esfuerzo inspiratorio a glo-

tis cerrada y de una contracción gástrica con píloro no permeable; el primero puede aumentar la presión intragástrica hasta 30 cm de agua, y la segunda determinar un aumento adicional de 5 a 15 cm. (8).

Este abrupto aumento tensional intragástrico vence la resistencia del esfínter esofágico inferior, y determina el pasaje pasivo de los alimentos al esófago y a la boca.

El papel de los esfínteres esofágicos en esta secuencia es discutible. Si bien en muchos casos —como en el nuestro— es lógico pensar en la existencia de una hipotonía del esfínter esofágico distal como factor concurrente (10), en los dos casos de Brown (3) —únicos citados en la literatura con estudio manométrico— las cifras tensionales eran normales. En cuanto al papel del esfínter esofágico superior, no queda duda que su relajación permite la llegada de la regurgitación a la boca: en nuestra observación la existencia de una disfunción de ese esfínter se revela por la presencia asociada de un divertículo esofágico, incompletamente tratado, aunque no fuera la causa de la sintomatología.

Estos elementos nos permiten diferenciar netamente al mericismo del vómito, pues no entran en juego como en él la contracción violenta de los músculos de la pared abdominal, y de la rumiación animal, pues no se dan dos factores fundamentales en ella: la compartimentación gástrica y el antiperistaltismo esofágico, que no ha sido comprobado en el hombre.

Y, a la vez, nos lo sitúan como una variedad especial de regurgitación —de mayor volumen, con alimentos formados, exclusivamente postprandial— dentro del cuadro cada vez más estudiado e interesante del reflujo gastroesofágico.

Los recientes trabajos de De Meester y Johnson (5), utilizando el registro continuo del pH esofágico distal durante 24 horas, permiten arrojar un poco más de luz sobre su naturaleza. Estos autores distinguen 3 tipos o “patterns” de reflujo gastroesofágico:

—el reflujo en posición erguida —“upright refluxers”— que se produce sólo en el período postprandial, pero no en el decúbito nocturno y no se acompaña nunca de esofagitis importante;

—el reflujo en posición supina —“supine refluxers”— que se produce sólo en la posición de decúbito, fundamentalmente nocturna, y se acompaña de esofagitis importante con frecuencia;

—el reflejo combinado —“combined refluxers”— que se produce tanto en una como la otra circunstancia y se acompaña con gran frecuencia de esofagitis importante.

Las características clínicas de los “upright refluxers” —aparición post-prandial, ausencia de esofagitis importante, frecuencia de aerofagia y eructos, frecuencia de hipertonía pilórica asociada— permiten incluir al mericismo dentro de este grupo. Sería interesante determinar si no es un mal funcionamiento asociado del esfínter esofágico superior la que le da sus características más peculiares.

El tratamiento en muchas ocasiones ni siquiera es requerido: no acompañándose de síntomas desagradables, ni originando esofagitis, más aún siendo a veces una fuente de sensaciones placenteras, el mericismo no puede ser considerado como una enfermedad.

La excepción la constituye la indicación que destacaran Dubois y Lasser (6) y que motivara la intervención en el presente caso: la molestia que supone para la vida social del paciente, que vive su rumiación como una situación vergonzosa que debe ocultar y que lo lleva a retraerse de la convivencia.

Y en esos casos, habida cuenta de la ineficacia total de todas las variedades ensayadas del tratamiento médico, creemos que la realización de una operación antirreflujo, si no una respuesta ideal, por lo menos ofrece una solución fisiopatológicamente fundada del problema, con mortalidad nula y morbilidad escasa.

RESUME

Traitement chirurgical du mérycisme chez l'adulte.

Les auteurs présentent une observation clinique de mérycisme chez un adulte, traitée avec succès par une plicature du fundus type Nissen. Ils font remarquer la rareté de cette affection, la méconnaissance de sa véritable étiologie, ses différences avec le vomissement et la rumination animale et son emplacement dans le cadre du reflux gastro-oesophagique. De plus, ils observent que lorsque l'affection devient gênante pour la vie en société, une intervention anti-reflux peut être indiquée.

SUMMARY

Surgical treatment of mérycism in an adult.

The authors present a clinical observation of mérycism in an adult who was treated by means of a Nissen type fundoplication. With regard to this case, the authors draw attention to its rarity, to the fact that its real etiology is unknown, to its differences from vomiting and from rumination in animals and to its location within the syndrome of gastroesophageal reflux. They also pointed out that when this disorder becomes a inconvenient to life in society, an anti-reflux operation may be indicated.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BANCONS J, LACROIX A, DUPRE N. Trois cas du mérycisme. Etude radiocinématographique. *Arch Fr Mal App Dig*, 59: 748, 1970.
2. BROCKBANK EM. Mérycism or rumination in man. *Br. Méd J*, 1: 421, 1907.
3. BROWN WR. Rumination in the adult, a study of 2 cases. *Gastroenterol*, 54: 933, 1968.
4. DAMBASSIS JN. Tendency to rumination. *Am J Digest Dis*, 17: 159, 1950.
5. DE MEESTER TR, JOHNSON LF, JOSEPH GJ, TOSCANO MS, HALL AW, SKINNER DB. Patterns of gastroesophageal reflux in health and disease. *Ann Surg*, 184: 459, 1976.
6. DUBOIS F, LASSER JP. Le mérycisme chez l'adulte: releve-t-il de la chirurgie? Trois cas traités chirurgicalement. *Nouv Presse Méd*, 3: 1211, 1974.
7. FABRICIO DE ACQUAPENDENTE. Tractatus de gula, ventriculo et intestinis. Padua, 1618.
8. GEFFEN N. Rumination in man. Report of a case. *Am J Digest Dis*, 11: 963, 1966.
9. MANUILA A, MANUILA L, NICOLE M, LAMBERT H. Dictionnaire Francais de Médecine et Biologie. Paris, Masson, 1971.
10. OLSEN AM, PAYNE WS. Motor disturbances of deglutition, en "The esophagus". Philadelphia. Lea & Febiger. 1974.