

sus caracteres histológicos al reticuloma. Es posible que con el tiempo se borren los límites entre el reticuloma y la linfogranulomatosis, como enfermedades ambas originadas por virus que determinan una reacción neoplásica cuyos caracteres pueden variar.

RESUMEN.

Se comunica un caso de tumor maligno gasto-oduodenal, en cuyo estudio histológico se demuestra tratarse de una linfogranulomatosis de forma tumoral reticulomatosa.

CASOS SUELTOS DE UROLOGIA

(Congenitalismo y litiasis renal. Anuria calcu-
losa y riñón único congénito.)

A. TORRA HUBERTI

Instituto Policlínico de Barcelona. Sección Urología.

A. TORRA HUBERTI.

CONGENITALISMO Y LITIASIS RENAL.

Sabida es la frecuencia con que los riñones que presentan anomalías congénitas, en sus diferentes variedades de posición, forma y volumen, enferman de hidronefrosis y litiasis, sobreanadiéndose al final diferentes grados de infección que conducen a la destrucción del órgano. Este mismo concepto puede aplicarse a las anomalías congénitas de la pelvis renal y uréter.

El caso que a continuación presentamos es de congenitalismo y de litiasis infectada para ambos riñones, y en él, para su curación, nos vimos precisados a la extirpación total de un riñón y a la resección del polo superior del otro. Por presentar ciertas particularidades, especialmente relacionadas con el defecto de desarrollo, añadiremos algunos comentarios.

Enferma L. D., de la provincia de Tarragona, casada, de cuarenta y siete años y ocupada preferentemente en labores del campo.

En su infancia, y con relativa frecuencia, se hallaba afectada de dolores abdominales, a veces bastante intensos, que se resolvían espontáneamente o con simples remedios caseros.

A los veintidós años ingresó en un hospital para ser tratada de una afección ginecológica, que curó sin necesidad de intervención quirúrgica.

Desde entonces venía padeciendo una serie de cólicos nefríticos del lado derecho, a veces intensos, de tres días o más de duración, acompañados casi siempre de vómitos. En un lapsus de veinticinco años aquejó 20 o más.

En los últimos tres o cuatro años cedieron por completo los cólicos nefríticos, pero en el vacío derecho apareció una tumoración indolora.

La enfermedad no le causaba trastornos urinarios,

pero sí molestias, sobre todo diurnas, en relación con el duro trabajo cotidiano. La empeoraban los traqueteos.

El aspecto y color de la orina experimentaba variaciones y en ocasiones se manifestaba francamente sanguinolenta.

En los últimos meses acusaba la pérdida de tres a cinco kilos; no obstante, se presentaba a la consulta con aspecto general bastante bueno, pero con colores faciales apagados dentro de la rudeza de sus facciones.

A la simple inspección se observaba una gran tumoración del tamaño de una cabeza de niño, prominente a la superficie abdominal, de forma no esférica, pero algo irregular, con su mayor diámetro en sentido transversal, ocupando con preferencia la zona umbilical, parte del vacío derecho y sobre pasando la línea media para invadir parte del vacío izquierdo en menor proporción. La tumoración era indolora a la palpación, de consistencia sólida, pero no dura, algo móvil a la respiración y poco desplazable a la presión manual.

La orina era turbia, purulenta.

La exploración ginecológica era normal, salvando una moderada anteflexión uterina.

Normal era la vejiga al examen cistoscópico, pero eran visibles eyaculaciones purulentas partiendo del meato ureteral derecho. Se cateterizaba éste con una sonda opaca que pasaba fácilmente, pero se detenía antes de llegar a la profundidad acostumbrada y no se lograba obtener nada de su luz.

En estas condiciones se practicó una radiografía general del aparato urinario, que reveló la presencia de dos presuntas y grandes sombras calculosas, una en plena zona renal normal izquierda y la otra en una zona normalmente no renal, pues estaba situada al nivel y a la derecha del disco intervertebral que separa la tercera de la cuarta vértebra lumbar, próxima a la columna vertebral. A la vez se apreciaba cómo la sonda ureteral opaca, previamente introducida, se dirigía de la derecha hacia la izquierda para perderse en la fuerte opacidad de la citada columna (fig. 1). Inyectada sustancia opaca por la sonda y practicada una nueva pero más limitada radiografía, era de observar cómo el líquido opaco subía por el ureter de localización prevertebral y marcaba una dirección franca hacia la sombra calculosa yuxtavertebral derecha. El líquido, sin penetrar en la pelvis renal, refluyó hacia la vejiga (fig. 2).

Con esta exploración se ponía en claro que nos hallábamos ante un riñón pionefrótico calculoso en distopia lumbar baja.

La otra sombra calculosa, la del lado izquierdo, era también grande, pero más irregular de forma y densidades, situada al nivel de la XII vértebra dorsal y separada de la línea media.

Asimismo se practicó el cateterismo ureteral izquierdo con sonda opaca, que permitió recoger orina ligeramente turbia y a continuación pielografía ascendente. El sedimento de esta orina demostraba, al microscopio, una franca piuria con abundante flora bacteriana colibacilar y de fermentación.

La imagen pielográfica, lograda con 25 c. c. de líquido opaco, nos reveló una pelvis hidronefrótica de tipo ampular, con un uréter que, estrechándose en su tercio superior y especialmente en el cuello, partía de un punto más alto al que le pertenecía de haberlo hecho en la parte más declive. La sombra calculosa correspondía exactamente al cáliz superior, que estaba unido al resto de la imagen por un cuello bien destacado (figura 3). La imagen pielográfica, recogida en una incidencia de perfil, acusaba su proyección por delante de la cara lateral de la columna lumbar y se manifestaba por una pelvis muy amplia, que presentaba excéntricamente varios de sus dilatados cálices en forma de bolas. En esta radiografía (fig. 4) se observaba, en cambio, muy delgado el cuello del cáliz superior, representado éste exclusivamente por la sombra calculosa mencionada, que en esta proyección se plasmaba en forma de gancho, tal como se puede observar en la fotografía de los cálculos que se presenta después de su extracción (fig. 5). Interesante resultaba esta última radiografía al hacer patente la localización prevertebral de

la imagen calculosa del riñón opuesto (derecho), completamente semejante a la situación que presentan los cálculos en el riñón en herradura.

Olvídábamos que antes de practicar el cateterismo ureteral izquierdo, para proceder a la pielografía respectiva, hicimos la cromocistoscopia, que fué negativa para los dos lados a los doce minutos de observación. Cinco minutos más tarde cateterizábamos este riñón izquierdo, recogiendo orina francamente azulada de la pelvis.

Antes de proceder a la primera operación, la enferma quedó internada cinco días, y en ninguno de ellos presentó fiebre, a pesar de coincidir con alguna de las exploraciones endoscópicas relatadas. El pulso oscilaba alrededor de 80 pulsaciones.

La primera operación, practicada con anestesia etérea, era la nefrectomía del riñón distópico. Para ata-

se presentaba como abollado desde afuera, y en la bipartición estaba constituido por una serie de cavidades correspondientes al tipo de la hidronefrosis infectada (uro-pionefrosis), con un cascarón como vestigio parénquimatoso (fig. 7). En el sitio que correspondía a la pelvis se hallaba un cálculo del tamaño de una nuez, con una superficie blanquecina y granujienta. En la cavidad que pertenecía a la pelvis se hacia muy difícil encontrar la comunicación ureteral. Exteriormente, la pelvis se hallaba cubierta de una capa de tejido adiposo, intimamente adherido a la misma, que se hacía difícil separar por disección.

El curso postoperatorio fué perfecto, salvando una discreta hipertermia de los dos primeros días, y su curación se consiguió, de primera intención, en diecisiete días.

Antes del mes de su fecha de alta se presentaba

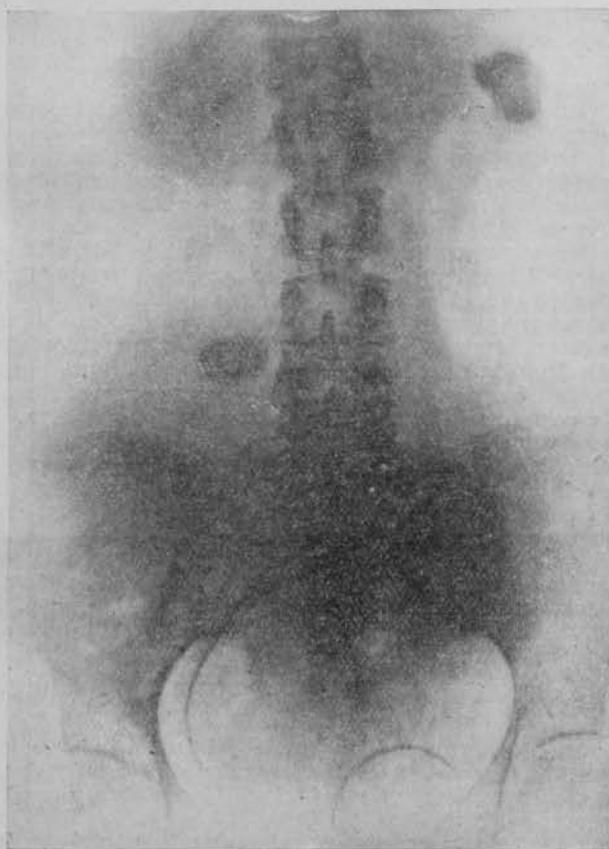


Fig. 1.

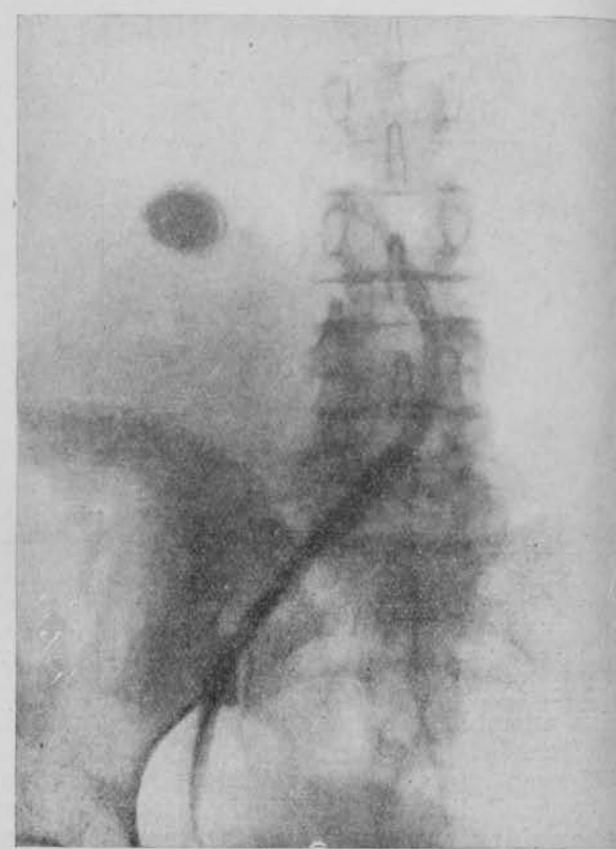


Fig. 2.

carlo se prefirió el acceso abdominal en su región anterolateral derecha, practicándose la incisión de Wildbolz-Chevassu y procediéndose por vía paraperitoneal. Pre-meditadamente se hizo un pequeño ojal en el peritoneo para explorar y cerciorarse de la localización retroperitoneal de la tumoración. El riñón era de gran tamaño, plurilobulado, tenso-elástico y dispuesto transversalmente, rebasando la línea media y con el polo inferior en el otro hemiabdomen. Dado el extraordinario volumen renal, que no permitía la exteriorización, se puncionó por dos o tres sitios diferentes hasta conseguir su vaciado. El líquido de la punción era orina turbia en variados grados, siendo en algún momento intensamente purulenta. Reducido por esta maniobra el tamaño del riñón, fácilmente se llegó a un pedículo renal relativamente corto, de unos 3 cm., dispuesto en sentido anteroposterior y de curso ascendente en dirección a los grandes vasos. Seccionado y ligado al pedículo, se exteriorizaba el órgano totalmente, menos por el uréter, el cual pasando por detrás del riñón lo mantenía unido al organismo; con facilidad se pinzó y seccionó, completando la nefrectomía.

El riñón extirpado y anteriormente vaciado (fig. 6)

nuevamente, muy mejorada de aspecto y dispuesta para la segunda operación. La orina, ligeramente turbia, presentaba indicios claros de albúmina y la presión arterial correspondía a 14 la sistólica y 8 la diastólica.

Dos días antes de cumplirse el mes de la primera operación se efectuó la segunda en su único riñón. Consistió en una resección del polo superior, que se presentaba como arrugado y de un color que destacaba del resto normal, conteniendo el cálculo según se apreciaba por la palpación desde el exterior. El cálculo obtenido era de un volumen semejante al anterior, pero irregular de forma, parecido a un gancho, de superficie rugosa y de un color más oscuro.

También fué bueno el curso postoperatorio, salvando los tres primeros días de hipertermia no elevada y ligera insuficiencia cardiaca. Luego curso normal y curación por primera intención en quince días.

La constitución química de los cálculos fué la misma para ambos, ácido oxálico y carbonato (Dr. ROCA).

Vimos a la enferma al cabo de un año completamente curada, y a los siete y medio tenemos noticias de su buen estado.

Ante todo, cabe formularnos dos preguntas. ¿El riñón nefrectomizado representa el verdadero tipo de los riñones anormalmente congénitos? ¿La distopia observada es congénita o adquirida por ptosis renal en grado avanzado?

Resulta sumamente difícil en riñones de tal grado de destrucción como el extirpado buscar detalles anatómicos que nos demuestren un desarrollo embrionario defectuoso del órgano y de su pelvis. Por este motivo nada podemos decir con respecto a la lobulación fetal del parénquima y al carácter extrarrenal de la pelvis. Con todo, empero, podemos manifestar que la pelvis correspondía a su hilio en el borde inter-

la línea media, siguiendo un curso descendente en busca del hilio respectivo.

Esta brevedad del pedículo era indudablemente la principal causa de la escasa movilidad que presentaba el órgano al explorarlo. Imposible resultaba su desplazamiento hacia la fosa renal correspondiente.

Completamente diferente es la disposición anatomiopatológica de la ptosis renal en grado avanzado. En esta distopia adquirida el uréter es largo y tortuoso, así como también es alargado el pedículo vascular, tanto que permite la caída del riñón en la pelvis propiamente dicha, pero nunca un desplazamiento preverte-



Fig. 3.



Fig. 4.

no del riñón, en este caso particular de riñón en herradura unilateral el superior y que de ninguna manera tenía, por ende, una implantación en la cara anterior del órgano. Así, pues, cabía imaginarse una configuración bastante normal del riñón ectópico.

A pesar de esta normal morfología renal existían detalles suficientes para creer en una distopia congénita, especialmente en el uréter y en los vasos renales. El uréter era corto, proporcionado a la distancia existente entre el hilio renal y el trigono vesical, y nada tortuoso en su curso. El pedículo vascular, aun cuando no presentaba ninguna distribución anormal, estaba constituido por vasos de escasa longitud que nacían en un nivel poco superior al de la localización renal y que estaban emplazados en

bral como en el caso que comentamos. Se comprende, en esta adquirida disposición, que sea relativamente fácil llevar el órgano, dada su gran movilidad, hacia el emplazamiento normal en la fosa renal, salvo en los casos de fijación secundaria del riñón y uréter en la nueva y anormal localización; pero en ellos las tortuosidades y acodaduras del uréter, observadas en repetidos radiogramas, pondrían sobre la pista de este carácter sobreañadido a la primitiva ptosis del riñón.

Podríamos citar los ya clásicos casos de BAUMM, que este autor interpretó como riñones pélicos cuando en realidad eran casos de "ren mobilis", que pudo quirúrgicamente desplazar y fijar en su sitio anatómico. De acuerdo con esto puede un riñón móvil ser susceptible de trasplantarse a su correspondiente región

topográfica, aun cuando exista una fijación secundaria en sitio anormal, hecho totalmente imposible tratándose de distopias renales congénitas.

Otros razonamientos en contra de nuestra suposición a favor de la distopia congénita,



Fig. 5.

bien que de menor valor clínico, podrían referirse a la localización derecha del riñón enfermo, más propia del "ren mobilis" que de la distopia congénita, que tiene su preferencia para el riñón izquierdo, y en la ausencia, por lo menos en apariencia, de anomalías genitales, así como de otras en la parte inferior de la columna vertebral lumbar y sacra.

En cambio, y en contraposición a estos últimos detalles, se pueden descubrir en las radiografías publicadas signos indirectos en pro de la malformación en herradura del riñón derecho. Abona esta interpretación la presencia de una sombra calculosa en una zona no urinaria, cual es la situación cercana a la columna vertebral entre la tercera y cuarta vértebra lumbar en un radio de proyección anteroposterior,

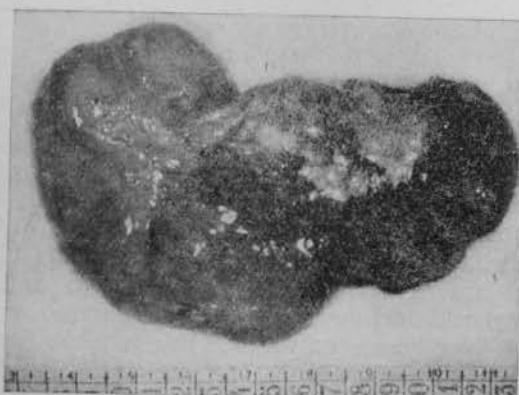


Fig. 6.

pero todavía más significativo resulta el carácter prevertebral de la misma sombra en la proyección lateral.

Aparte de lo dicho, existen otras razones de bilateralidad que apoyan la idea del congenitalismo. El riñón congénito u ortotópico manifiesta una pelvis ampular hidronefrótica y un aspecto especial del uréter como el anteriormente descrito.

Aceptado, pues, el congenitalismo de nuestro caso y conocida la gran morbilidad de los riñones anómalos, se comprende la marcada propensión de los mismos a enfermar o cuando menos a ocasionar molestias y trastornos en sus primeros tiempos. Con frecuencia, en estas condiciones se establecen motivos de estancamiento o retención en las vías urinarias superiores, que en parte reconocen como causa un defecto mecánico de circulación urinaria, pero que asimismo desempeña un papel importantísimo el trastorno existente en la inervación del sistema nervioso autónomo de estos casos llamados de hidronefrosis dinámicas. A la hidronefrosis sigue una moderada infección, que favorece la formación calculosa secundaria, y con el aumento del obstáculo no es raro sobrevenga paso a paso la destrucción del riñón por pionefrosis calculosa.

Expuesta, aunque muy a la ligera, la evolución patológica que siguen los riñones distópi-



Fig. 7.

cos en general, pasemos nuevamente al caso que nos ocupa.

En él, el riñón derecho está en su última fase de destrucción, el de la uropionefrosis calculosa pluricavitaria de gran tamaño. A los motivos mencionados de estancamiento debe añadirse, indudablemente, el obstáculo mecánico que sobre el uréter representa la presión del parénquima renal en estas condiciones de tumoración en aumento, pues el uréter, como ya hemos descrito, pasaba por detrás del riñón, contrariamente a lo que acostumbraba a observarse en otras malformaciones.

Débil debía ser la virulencia de la infección en este riñón calculoso purulento a juzgar por la escasa sintomatología general que presentaba la enferma, a la que ni fiebre se manifestó en los pocos días de observación preoperatoria.

El riñón izquierdo presentaba el caso curioso de una pionefrosis parcial calculosa que interesaba el cáliz superior y era vaciada en su propia pelvis renal, ya que en el acto operatorio el polo superior no se presentaba distendido, sino más bien arrugado de pared y conteniendo su cálculo. Asimismo era extraordinaria la loca-

lización alta del proceso cuando lógicamente debería corresponder más bien al cáliz inferior.

A la vez hay que añadir a las expresadas otra rareza referente a la composición química de los cálculos. Ellos, que por su aspecto exterior correspondían al tipo de los cálculos secundarios o de órganos, presentaban además de sales alcalinas, como los carbonatos, componentes de la litiasis ácida, representados por el ácido oxálico, dando a comprender la existencia de un trastorno de metabolismo orgánico en este sentido. Desde el punto de vista de su composición se trataba, pues, de cálculos mixtos, es decir, cálculos secundarios de infección, que al mismo tiempo contenían elementos químicos de la litiasis primaria.

En resumen, presentamos el caso de una enferma con uropionefrosis calculosa de su riñón derecho, dispuesto en forma de hendidura, y de una pionefrosis parcial calculosa en su riñón izquierdo, con hidronefrosis congénita moderada.

Se trata de un caso especial de riñón en hendidura unilateral propiamente dicho, que nada tiene que ver con el riñón alargado asimétrico unilateral, llamado también riñón en hendidura unilateral, compuesto de dos unidades renales en fusión que están localizadas en un hemiabdomen, generalmente el izquierdo, gracias a la distopia cruzada de una unidad renal que casi siempre es la derecha y que por este motivo está en inferioridad de condiciones anatómicas y funcionales.

Salvando la distopia derecha y algunos otros defectos mencionados de desarrollo, apenas presentan ambos riñones anomalías de forma y otros signos de hipogenesia.

La infección, aunque de escasa virulencia, ha dado motivo a la formación bilateral de cálculos y asimismo a la completa destrucción de un riñón junto con la parcial del otro.

Con tres cuartas partes de un único riñón congénitamente hidronefrótico, la enferma no sólo ha repuesto su vida, sino que se ha permitido reanudar, en ocasiones, sus acostumbradas labores del campo.

ANURIA CALCULOSA Y RIÑÓN ÚNICO CONGÉNITO.

En marzo de 1946, procedente de un pueblo de la provincia de Gerona, ingresó de urgencia en nuestro Instituto Policlínico una enferma de sesenta y nueve años, que desde hacía tres días y medio estaba afecta de anuria.

La enferma, que tenía hijos mayores, había disfrutado de buena salud hasta el presente, careciendo por tanto de interés los nimios antecedentes patológicos anteriores.

Ultimamente acusaba un dolor en la región lumbar izquierda que acentuándose tomaba las características de cólico nefrítico, para terminar en un cuadro de anuria persistente durante los ya citados días. El fracaso de la medicación establecida y el progreso tóxico del cuadro general eran los motivos que indujeron su traslado a un centro especializado.

Al ingresar presentaba un relativo buen aspecto, a pesar de un cuadro de intoxicación, grave ileus paralítico, dolor generalizado en el hemiabdomen izquierdo, con preferencia para la fossa ilíaca del mismo lado,

fiebre no muy alta, pulso tenso y sensorio no muy despejado.

No obstante el gran meteorismo existente podía comprobarse, en la exploración clínica, el dolor objetivo del lado izquierdo, el moderado aumento de volumen del riñón de este lado y la completa ausencia de dolor en el lado derecho del abdomen, que por lo demás tampoco nunca había observado subjetivamente.

Se practicó una exploración radiográfica simple del aparato urinario y se dejó para más tarde la comprobación endoscópica.

La radiografía fué negativa en cuanto a sombras calculosas, apreciándose a consecuencia del ileus una gran dilatación gástrica y un colon transverso rechag-



Fig. 8.

zado hacia la pelvis. La columna vertebral había sufrido en su porción lumbar un giro moderado sobre sí misma y el sacro aparecía estar más curvado que normalmente.

Horas más tarde, al ir a practicar la exploración endoscópica, nos encontramos con que la enferma había efectuado una espontánea y abundante micción, conteniendo la orina tan sólo indicios de albúmina. Se suspendió la exploración y se dejó nuevamente en observación a la paciente.

Al día siguiente continuaba emitiendo orina en abundancia y había mejorado su estado general y psíquico.

Practicamos una cistoscopia después de haber sacado orina turbia, algo purulenta y haber lavado la vejiga con el objeto de aclarar el medio vesical. La vejiga presentaba una discreta inflamación difusa que se acentuaba hacia la región trigonal, observándose además una equimosis en el meato ureteral izquierdo y un cálculo en el fondo vesical, de forma y color semejante al de un pequeño garbanzo. No eran visibles el meato ureteral derecho ni las características anatómicas del trigono por recaer en la zona de máxima inflamación.

La eliminación del azul tenía lugar a los diez minutos por el meato izquierdo y nula por el derecho durante el tiempo de observación.

Fácil resultó el cateterismo ureteral izquierdo y la pielografía ascendente respectiva, a las veinticuatro horas aproximadas de la supresión espontánea de la

anuria. El pielograma, obtenido con 40 c. c. de sustancia opaca, era normal, pero la pelvis era dilatada, lo mismo que el tercio superior del uréter, única parte visible en esta radiografía (fig. 8). A los diez minutos, y previa extracción de la sonda ureteral, se practicó otra nueva, recogiéndose la misma imagen pielográfica anterior, pero más debilitada, en la que faltaban, por haberse ya vaciado, los cálices intermedio e inferior y era visible de una manera discontinua el curso del uréter, que se presentaba algo sinuoso, alargado y moderadamente dilatado.

A las cuarenta y ocho horas logró resolverse el ileus, bajando la temperatura y normalizándose la cantidad diaria de orina, que en las primeras veinticuatro horas de resuelta la anuria llegó a ser de 4 c. c.

Impresionados por esta eliminación azulada unilateral, practicamos en otra ocasión una nueva cistoscopia en busca del meato ureteral derecho. Resultó infructuosa.

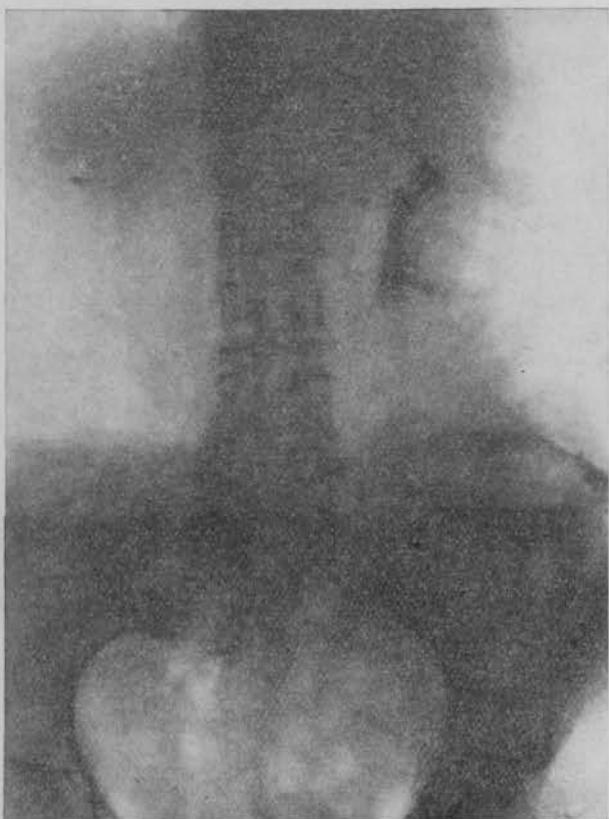


Fig. 9.

tuoso su hallazgo, así como todo intento de cateterismo en alguna pequeña depresión de la mucosa en la supuesta región del ángulo derecho del trigono.

Poco después de esta exploración sobrevino por micción la eliminación espontánea del cálculo caído a la vejiga. Su análisis reveló la naturaleza úrica de su composición (Dr. ROCA).

A fin de completar el estudio del caso, procedimos a la urografía excretoria, que reveló la ausencia de imagen pieло-ureteral derecha a los quince y treinta y cinco minutos de inyectada la sustancia opaca. Asimismo no nos fué posible divisar ningún contorno renal derecho, pero sí el del borde inferior del hígado y la sombra de su parénquima, por cierto hipertrofiado. También se apreciaban en este lado algunos islotes irregulares de calcificación, distribuidos en diferentes partes y alturas de la sombra hepática, difíciles de interpretar, pero indudablemente relacionados con la edad avanzada de la enferma. En cambio logramos para el lado izquierdo un nefro-pieло-ureterograma que ponía en evidencia un aumento de volumen del riñón y una imagen pieло-ureteral parecida a la descrita con motivo de la pielografía retrógrada (fig. 9).

Antes de ser dada de alta, a los tres días y medio de su ingreso, una nueva cromocistoscopia confirmaba la sola eliminación de azul por el meato izquierdo, que esta vez tenía lugar a los seis minutos, como correspondía al proceso de reintegración funcional del riñón episódicamente enfermo con este motivo.

Al observar esta enferma, nuestra primera impresión clínica fué la de hallarnos ante un caso de anuria calculosa refleja. La expulsión espontánea del cálculo y el estudio urológico posterior nos permitieron encontrar el verdadero diagnóstico de anuria excretoria calculosa en una enferma con un único riñón congénito.

En este caso, como en muchos otros de anuria, la radiografía simple del aparato urinario fué negativa en sombras calculosas. Pero hay que tener siempre presente que la ausencia de imagen radiográfica no excluye la presencia de cálculos en el tracto urinario. Ahora bien, lo que sucede es que la exploración practicada en plena crisis con ileus dinámico hace muy difícil la visibilidad de las pequeñas concreciones entre asas intestinales dilatadas por gases y conteniendo restos alimenticios en fermentación; además, estas concreciones, por ser de reciente formación, son pequeñas y poco calcificadas, condiciones éstas que explican su ausencia en la placa, del mismo modo como también la explicaría la constitución úrica, cuya transparencia a los rayos X es de sobra conocida. No es raro, pues, que para descubrirlas tengamos que recurrir a la ureteropielografía con contraste, o mejor con aire u oxígeno.

Aun resultando negativa esta radiografía, la historia y la exploración manual de la enferma nos hizo sospechar, a priori, en una anuria calculosa con cierre completo del uréter izquierdo e inhibición secretora refleja del riñón derecho. Los hechos posteriores nos confirmaron una vez más la rareza, ya conocida, de la anuria calculosa refleja, pues en nuestra enferma no existía, por malformación congénita, el riñón que considerábamos bloqueado por reflejo.

Esto nos alecciona de un modo general que ante un cuadro de anuria excretoria es conveniente el examen endoscópico y radiográfico de los dos lados, pues siempre conviene partir de la idea de la bilateralidad del proceso y de considerar la auténtica anuria refleja como extremadamente excepcional o cuando menos con más visos de apariencia que de realidad. De esta forma, apurando el estudio y exploración bilateral de los casos, llegaremos también a descubrir causas mecánicas, patológicas y malformaciones congénitas en el riñón que creímos inhibido por reflejo. Se trata con frecuencia de la presencia de concreciones de reciente formación, que asimismo pasaron desapercibidas a los rayos X, de una aplasia renal congénita o de una hipoplasia del tipo del riñón rudimentario, de una enfermedad inflamatoria (nefritis, tuberculosis, pionefritis, etc.) o de otra por estancación de este otro riñón (hidronefrosis, pionefrosis, etc.). Indudablemente no son éstas todas las causas que pueden encontrarse en el supuesto riñón contralateral reflejo, sino sólo

las más frecuentes, existiendo otras que, aun teniendo un valor más secundario por lo raras, no dejan de presentarse en ciertas ocasiones, y así citaremos sólo algunas, las más importantes en la práctica, tales como las estrecheces congénitas y adquiridas del uréter y la neoplasia renal o ureteral.

En nuestra enferma no había, por tanto, ningún reflejo, pero sí una aplasia renal congénita o máxime un riñón hipoplásico rudimentario, aunque nos inclinábamos por la primera de estas opiniones, apoyados especialmente en la ausencia de todo contorno renal radiográfico y en la difusa distribución de las calcificaciones halladas en la sombra hepática, que de ser renales serían más circunscritas y limitadas al área correspondiente del riñón hipoplásico.

Una anomalía congénita de esta clase, aunque acostumbra ir acompañada de anomalías genitales, no siempre debe suponerlas y mucho menos considerarlas obligadas. En la enferma de referencia, su edad avanzada y la existencia de hijos de edad madura nos relevaba de esta investigación.

Tampoco son obligados otros caracteres de índole diversa que se citan a menudo en esta clase de anomalías.

Así, la agenesia renal era del lado derecho y de sexo femenino, en vez de ser del izquierdo y de sexo masculino, como al parecer es lo más frecuente.

En lugar de francas anomalías de la columna vertebral lumbo-sacra, sólo podíamos apreciar un ligero giro o torsión sobre sí misma y una mayor curvadura del sacro, detalles éstos que serían muy discutibles en cuanto a su procedencia congénita o adquirida.

Nada podríamos decir con respecto a la frecuente asimetría del trigono, pues las modificaciones inflamatorias de la mucosa hacían imposible una exacta observación en este sentido.

Y en cuanto al único riñón existente, el izquierdo, no era posible descubrir ningún defecto congénito que lo acompañara. Era ortotópico y de mayor volumen que el normal, por lógica hipoperplasia de sus elementos constitutivos en ausencia de su congénere, y en estas condiciones se comprende que la enferma hubiese podido llegar a edad tan avanzada sin haber tenido ninguna manifestación patológica durante su vida pasada, en la que los embarazos no faltaron. Distinta hubiera sido su suerte de coincidir con alguna otra malformación, la ectopia por ejemplo, que la hubiese expuesto fácilmente a enfermar de gravedad por cualquier manifestación secundaria (infección, estancación, litiasis, etc.), en la que la anuria difícilmente habría estado ausente.

Asimismo, la exploración radiográfica nos ponía de manifiesto una notable atonía pelviureteral (ureteropieloectasia), como expresión de un perjuicio funcional del órgano por la presencia del cálculo ureteral como cuerpo extraño. Era de suponer que esta atonía sería pasajera y se reintegraría a la tonalidad normal con la

separación de la espina irritativa, el cálculo, aunque no con la rapidez deseada, dado el carácter infeccioso sobreañadido al proceso de litiasis ureteral sufrido por la enferma. Por fortuna, ni el episodio litiasico ni el infeccioso habían sido demasiado duraderos e intensos para no creer en la capacidad de reposición anatómica y funcional del riñón y uréter, máxime si se tenían en cuenta los experimentos de HINMAN, recaídos en organismos necesitados de tejidos renales por ser portadores de un solo riñón. La recuperación funcional del riñón quedaba demostrada con el período de tiempo más corto para la eliminación del azul en la segunda cromocistoscopia, efectuada tres días más tarde que la primera.

Para resumir, quisiéramos insistir que en los casos de anuria calculosa con silencio absoluto de sintomatología objetiva y subjetiva de un lado es más acertado pensar en la posibilidad de una aplasia renal de este lado que en un riñón bloqueado por reflejo. Tal es la rareza de la anuria calculosa refleja en materia de diagnóstico.

LA EQUINOCOCOSIS FAMILIAR

J. CALVO MELENDRO.

Clinica Médica del Hospital Provincial de Soria.

Director: Doctor J. CALVO MELENDRO.

Los conocimientos que se tienen sobre la etiología de la enfermedad hidatídica, hacen suponer muy frecuente la existencia de esta enfermedad en varios miembros de una misma familia; sin embargo, las publicaciones sobre este asunto son relativamente escasas, y hay muchos autores que la consideran como muy rara coincidiendo con la opinión antigua de MADELUNG. "Sólo una vez"—decía este autor—se ha hecho señalar que varios niños de una familia estaban afectos de la misma enfermedad. Por el contrario, la creencia que se tenía en Islandia de que la enfermedad fuera hereditaria hace pensar lo contrario. MARANGOS, un autor griego que ha dado a conocer la observación de quistes hidatídicos familiares más impresionante de todas las conocidas hasta la fecha, refiere que su maestro, el doctor MAKKAS, habiendo operado cerca de mil casos de quistes hidatídicos, solamente vió muy pocas veces dos familiares afectados simultáneamente: en 826 enfermos de quistes hidatídicos vistos en la clínica donde trabajaba este autor, nada más en cuatro la enfermedad fué observada con el carácter de equinococosis familiar.

En los últimos tiempos refiere DÉVÉ, en su libro sobre *Equinococosis primitiva*, hasta doce trabajos sobre el asunto que nos ocupa, entre