

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 curvatura 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 triángulo, 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 hiperplasia 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 pelvi-ureteral (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 afectados 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 equinocosis familiar.

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

los cuales se encuentra uno nuestro. En la tesis inspirada por el profesor DÉVÉ, del doctor COURAGE, se recogieron 88 observaciones existentes hasta el año 1934 en toda la literatura mundial. El importante estudio realizado por el médico argentino A. FERRO, con 29 observaciones personales, hace suponer una gran frecuencia de la equinococosis familiar; pero este autor extiende el concepto de familia a lo que se llama "la gran familia argentina", es decir, a los que viven en común en una misma explotación agrícola; en realidad, como dice, DÉVÉ, se trata aquí ya de equinococosis profesional más bien que familiar. Son los focos epidémicos que V. PÉREZ FONTANA ha confirmado en el Uruguay.

La contradicción que señalan los párrafos anteriores, creemos nosotros que no es más que aparente. Determinar en qué proporción tiene lugar el carácter familiar solamente por los antecedentes en este sentido que figuren en las historias publicadas, tiene que ser erróneo. Se comprende fácilmente que siendo una enfermedad de evolución muy irregular, con latencias muy prolongadas, si no se observan las familias durante muchos años, casi siempre se nos pasará inadvertido; otras veces los enfermos se olvidarán del antecedente hidatídico en sus parientes y el dato no figurará en la historia clínica.

Para realizar el presente estudio, nosotros hemos procedido de la manera siguiente: De las observaciones totales sobre quistes hidatídicos, elegimos 100 casos al azar entre los 500 que constituyen nuestra experiencia, separando los casos en los cuales varios miembros de una misma familia han sido afectados por quistes hidatídicos, encontrando once en los que había sucedido esto; de ellos, en nueve, los familiares que figuraban con antecedente hidatídico habían sido vistos y tratados personalmente, y en solo dos no conocíamos a los individuos atacados, aunque pudimos confirmar la realidad por diversos conductos. A estas once observaciones añadimos otra que nos impresionó por el número de los miembros afectados (cinco en total). Son, pues, doce familias las que vamos a presentar habiendo sufrido la enfermedad hidatídica de una manera colectiva. Entendemos por "familia" el conjunto de personas que viven bajo el mismo techo y no el más estricto del conjunto de personas de la misma sangre ni el tan extenso de A. FERRO. Así y todo, se pueden presentar algunas dificultades; por ejemplo, es corriente que los niños tengan sus amigos y jueguen con el perro de algunos de ellos; en estos casos, todo grupo de chicos puede resultar atacado sin que podamos incluir la observación entre la equinococosis familiar ni la profesional sería simplemente un foco epidémico. Como control revisamos cien historias de otros enfermos no hidatídicos sin encontrar ningún caso con antecedentes familiares de esta enfermedad.

Observación núm. 1.—Enfermo de treinta y ocho años de edad, casado, dedicado a las labores del campo en un

pueblo de esta provincia. Se queja de molestias imprecisas de estómago desde hace tres meses. A la palpación de vientre se nota un tumor, del tamaño de una naranja, en hipocondrio derecho y correspondiendo a hígado. Las reacciones biológicas, etc., confirman la sospecha de quiste hidatídico de hígado, y sometido a la intervención quirúrgica se encuentra en cara inferior del tamaño de una naranja, líquido de agua de roca y vesículas hijas. La mujer, de treinta y seis años de edad, ha sido operada de otro quiste hidatídico de hígado hace tres años; ambos son del mismo pueblo, donde han vivido siempre y están casados desde hace diez años.

Observación núm. 2.—Enferma de treinta y nueve años de edad, también de esta provincia, viuda. Consulta el 18 de diciembre de 1948 por un dolor en costado izquierdo; en rayos X se descubre una sombra redondeada, de bordes precisos, que ocupa casi toda la base pulmonar izquierda. Se diagnostica un quiste hidatídico de pulmón, evacuado por vómita seis meses después. En abril de 1950 veo un tío carnal de la enferma, que vive en el mismo pueblo, de setenta años de edad; desde septiembre anterior se quejaba de molestias de estómago con poco apetito, le han visto varias veces en rayos X y han diagnosticado un quiste hidatídico de hígado. Las exploraciones que yo realizo confirman este diagnóstico e igualmente la intervención quirúrgica, que aconsejo.

Observación núm. 3.—Chico de dieciocho años de edad, visto el 23 de enero de 1947. Desde septiembre último tiene dolor en costado izquierdo, tos y expectoración, eliminando unas cosas como "madejas de hilos". En rayos X, sombra circular en base pulmonar izquierda con una pequeña cámara de aire en su parte superior, nivel líquido irregular (signo del camalote), ganchos hidatídicos en esputos. Es hermano de otro enfermo que yo vi hace diez años con quiste hidatídico de pulmón izquierdo, evacuado y curado por vómita, y que estuvo ingresado en mis salas del Hospital Provincial durante tres meses, encontrando en el fichero todos los datos concernientes al proceso que entonces padeció. En la actualidad, según manifiesta el padre de ambos enfermos, el primero de ellos se encuentra completamente bien.

Observación núm. 4.—Enfermo de veintitrés años de edad, visto el 25 de mayo de 1948. Se queja que desde hace ocho años tiene dolores de cabeza, vómitos y diarrea a temporadas; desde hace quince días le duele el estómago, sin relación con las comidas, y le perdido cuatro kilos de peso. Hace dos años también echó algunos esputos con sangre; le miraron entonces en rayos X, estando en el servicio militar, y le dijeron que tenía un quiste de pulmón derecho. Se confirma éste en el examen radioscópico, asentado en campo subclavicular, que cuatro meses después elimina por vómita. Posiblemente, las molestias de estómago corresponden a otro quiste de hígado, aunque nada se puede asegurar. En el año 1930 había yo tratado en el Hospital a un hermano, también con un quiste hidatídico de pulmón, en el cual se dieron circunstancias muy especiales de hemoptisis grave por bronquiectasias residuales con pleuresía hidatídica, cuya citología demostraba estar constituida casi totalmente por leucocitos eosinófilos, y que actualmente se encuentra completamente bien sin haber tenido más incidencias en el curso de los dieciocho años transcurridos.

Observación núm. 5.—Niño de siete años de edad; consulta el 19 de mayo de 1940; desde hace tres meses tiene catarro y algunos días fiebre y dolor de costado; diez días antes de venir, sintió una opresión muy grande al pecho con gran angustia, eliminando por la boca gran cantidad de aguas y esputos. En rayos X se aprecia una sombra grande circular, de límites precisos, que ocupa todo el campo pulmonar inferior y medio del lado izquierdo, y otra pequeña, como un huevo de gallina, también circular, de límites no tan precisos, en base derecha; en esputos se ven restos de membranas hidatídicas. En visitas posteriores comprobamos la desaparición gradual de la sombra izquierda y aumento de la derecha, hasta que este último fué eliminado también por vómita en febrero de 1950; actualmente, mayo de 1950,

sólo quedan ligeras imágenes residuales y el estado del chico es satisfactorio. En 1946 tuve en mi Servicio del Hospital Provincial una tia carnal, de cuarenta y dos años de edad, también con un quiste hidatídico pulmonar, que curó por vómica, y que dos años después falleció repentinamente sin causa apreciable; cuentan también que otro tío carnal tuvo un quiste hidatídico de hígado operado del cual falleció.

Observación núm. 6.—Es una joven de diecisiete años de edad, natural y residente en Soria, que consulta el 20 de diciembre de 1948. Viene porque hace dos semanas tiene tos y echa unas "bolitas" y membranas blancas, que las trae para enseñármelas, y que son restos de vesículas hijas y membranas hidatídicas; todo el tiempo ha estado trabajando. En rayos X, imagen residual en campo subclavicular izquierdo. En el año 1936 también tuvo un hermano, entonces de diez años de edad, en el Hospital, con un quiste hidatídico de pulmón derecho que se curó por vómica y que en la actualidad continúa completamente bien.

Observación núm. 7.—Es un chofer de veintinueve años de edad, residente en Soria, soltero (16-X-1949). Hace un mes que repentinamente una madrugada, estando en la cama con mucha tos, tuvo un vómito de aguas de sabor amargo y salado y después fiebre alta ocho días; dice llegó hasta 42°; después, décimas; lleva ya cuatro días que se encuentra bien y sin fiebre, expectora algo. Ganchos hidatídicos en esputos. En la radiografía pueden distinguirse dos sombras circulares, correspondientes a sendos quistes, en campo subclavicular izquierdo, uno de ellos parcialmente evacuado. Me advierte el enfermo que es primo carnal de otro individuo que yo traté en el año 1936 por un quiste hidatídico de cara superior de hígado, evacuado por vómica a través de bronquios, que estuvo muy grave, aunque actualmente se encuentra bien, como yo he podido comprobar en repetidas ocasiones que le he visto; ambos son de un pueblo de esta provincia, donde el chofer que viene ahora a consultarme ha vivido hasta los catorce años.

Observación núm. 8.—Es un pastor natural y residente en un pequeño pueblo de la provincia, visto el 19-II-1934; ocho meses antes, dolor fuerte en costado derecho; tres meses más tarde, esputos con sangre; sigue con tos. La radiografía de tórax da una sombra en campo pulmonar inferior derecho, homogénea, de límites imprecisos y de una extensión como la palma de la mano. El 4-IV-1934, en rayos X, en vez de la sombra anterior se ve en el mismo sitio otra redondeada de bordes precisos y de tamaño de una mandarina; el 18-II-1935, vómica purulenta con eliminación de grandes trozos de membranas, que me traen para verlas. El 12 de noviembre de 1935, acude a la consulta gratuita del Hospital una hermana, residente en Soria, de treinta y un años de edad; ocho días antes de venir a la consulta ha echado, con tos, unas bocanadas de agua clara con membranas y al día siguiente sangre. En rayos X, imagen residual de quiste evacuado en región hilar izquierda. La enferma había dejado de vivir desde hacía doce años en el pueblo, donde anteriormente realizó también faenas en relación con el oficio de pastor. Esta observación había ya sido publicada en mi trabajo sobre *Equinocosis familiar* del año 1936; la incluyo aquí por haber salido entre los 100 casos de quistes que revise al azar.

Observación núm. 9.—Es una enferma vista por primera vez en el año 1933; tenía entonces cuarenta y seis años de edad; consultó por molestias gástricas imprecisas, y las diversas exploraciones nos llevaron al diagnóstico de quiste hidatídico de hígado; rechazó la operación precisamente porque su marido había sido operado dos años antes de un quiste con la misma localización y había fallecido; los dos eran del mismo pueblo y llevaban casados veinte años. En este caso, el diagnóstico se confirmó más tarde por hidatidenterias repetidas a causa de su perforación en vías biliares. Actualmente, la enferma sigue viviendo sin haberse operado, aunque en estado muy precario, habiendo sido publicado el caso en un trabajo sobre quistes hidatídicos de hi-

gado abiertos en vías biliares, siendo interesante por su larga duración.

Observación núm. 10.—Es una mujer de treinta años de edad, casada, vista en mayo de 1946. Desde hace dos tiene "cólicos", consistentes en dolor fuerte de vientre por lado derecho, que algunas veces se acompaña de diarrea y vómitos. Ella misma se ha hecho el diagnóstico de quiste hidatídico abierto en vías biliares, porque ha encontrado en las heces unos "pellejos" que la parecen igual que otros echados por un primo carnal suyo operado de quiste hidatídico de hígado perforado en vías biliares, cuya enfermedad había seguido paso a paso, y a quien yo enseñé a hacerse el tamizado de las heces para descubrir restos hidatídicos. El análisis confirmó la naturaleza hidatídica de aquellos pellejos que traía la enferma; el caso de su primo fué confirmado por la operación.

Observación núm. 11.—Es una chica de veintitrés años de edad, soltera. Viene a la consulta del Hospital el 3 de mayo de 1944. Desde diciembre del año anterior, tos con expectoración amarillenta; hace un mes, pequeña hemoptisis, echando esputos con sangre durante ocho días; la semana última se repitió otra vez. En radiografía, sombra densa, homogénea, que ocupa todo el campo pulmonar inferior medio de lado izquierdo, de límite superior difuso. Las exploraciones posteriores quedan dudosa la existencia de un quiste hidatídico, pero se confirma en una vómica que tuvo el 8-VIII-1944. En julio de 1945 vemos una hermana suya, de veintinueve años de edad, que ya ha sido diagnosticada de quiste hidatídico de pulmón, habiendo tenido también hemoptisis. En la radiografía se aprecia, efectivamente, una sombra con los caracteres de quiste hidatídico en pulmón derecho del tamaño de una mandarina. En diciembre del mismo año, vómica con expulsión de membranas hidatídicas.

Observación núm. 12.—Comunicamos ésta, aun fuera de la revisión realizada en los 100 casos, por parecernos interesante. En el año 1948 tuvimos ocasión de ver un enfermo que había sido ya operado de un quiste hidatídico de pulmón. Era un chico de veinticinco años de edad, procedente de otra región de España donde la equinocosis es poco frecuente. Había tenido una hemoptisis, que fué el motivo de la consulta; entonces nos enteramos de que padecían lo mismo otros dos hermanos, confirmados los quistes también por operación. El médico que los trataba en el lugar de su residencia habitual tuvo la amabilidad de informarnos, por carta, manifestándonos que eran tres hermanos con equinocosis pulmonar doble y un primo carnal con un quiste de hígado, y un amigo de ellos, de la misma edad, con dos localizados en el hígado, ya intervenidos; todos ellos habían estado en contacto con la misma perra loba, que el médico en cuestión suponía fuera la causa de infectar a todos ellos, aunque ningún dato se sabía positivo respecto a que este animal albergara la tenia equinococosa.

En resumen, doce familias afectadas colectivamente por la enfermedad hidatídica.

Una vez	Cinco miembros afectados.
Una vez	Tres ídem íd.
Diez veces	Dos ídem íd.

Tipo conyugal	2
Hermanos	6
Primos carnales	2
Sobrino y tíos	1
Sobrino y tío	1
Amigo	1
Padres e hijos	0

La frecuencia con que se da la equinocosis familiar en nuestra experiencia es del 12 por 100; probablemente se podrá alcanzar una proporción mayor si se hicieran investigaciones sistemáticas durante períodos largos de observa-

ción. En ninguna de las publicaciones anteriores se han alcanzado cifras tan altas: ya hemos señalado antes las causas de error. Si la equinocosis familiar fuera tan rara como hacen suponer los datos suministrados por otros autores, habría necesidad de revisar los modos de contaminación. Si, como se sabe, el perro doméstico es la principal fuente de contagio, se comprende mal que uno de estos animales infestado, dada la promiscuidad con que viven en las familias, sólo contaminen a una persona, sobre todo donde haya varios hermanos. Sin duda alguna existen contaminaciones accidentales e indirectas por verduras y ensaladas y quizá algunas aguas de pozos o charcos, pero parece seguro que éste no es el medio habitual de contraer la enfermedad.

En algunas de mis observaciones el momento de quejarse los enfermos ha sido con poca diferencia, entendiéndose por tal hasta tres años, números 1, 2, 5, 8, 9, 10, 11 y 12); pero en la número 3 pasan diez años desde que la enfermedad se manifiesta en un hermano y dan síntomas en el otro; en la número 4, el intervalo es de dieciséis años; en la número 6, de doce; en la 7, de trece. Este hecho está en consonancia con el dato conocido de la evolución tan irregular en el quiste hidatídico, pasándose grandes períodos sin crecimiento, haciéndolo rápidamente en muy corto espacio de tiempo. Tampoco se puede eliminar que la contaminación se haya realizado en distinta época por persistir las condiciones favorables dentro de los hábitos familiares, aunque parece más probable la primera de las interpretaciones. Fácilmente se deduce la necesidad de una advertencia y vigilancia durante mucho, y probablemente haciéndolo así aumentará la frecuencia del proceso que nos ocupa superándose la cifra relativa que nosotros damos; de todas maneras, será inevitable que un nuevo enfermo en la familia acuda a otro médico distinto, sobre todo si la localización del quiste es distinta de la del primero.

Predomina, como ya se ha hecho señalar anteriormente por otros estudios, el tipo fraterno; llama la atención que no haya ninguna de tipo filial, que en la revisión de COURAGE figura en segundo lugar. Las observaciones números 7 y 8 apoyan la opinión defendida por el profesor DÉVÉ de que el quiste hidatídico diagnosticado y operado en el adulto la infestación remonta a la primera infancia; cree este autor que en el 40 por 100 de los casos sobreviene antes de los quince años.

Nuestro caso número 12, con cinco miembros afectados dentro de la comunidad familiar, la asemeja algo a las descripciones ya clásicas de COSTANTINI con su familia de hortelanos habitantes en los extramuros de Argel, compuesta de ocho miembros, cinco de los cuales contrae la enfermedad (madre y cuatro hijos), librándose solamente los otros tres que vivían en otro sitio, y la trágica e impresionante de MARANGOS de la familia refugiada del Asia Menor, com-

puesta de un matrimonio y cuatro hijos, todos ellos afectados de una manera masiva por quistes hidatídicos múltiples de localizaciones hepáticas y pulmonares, cuatro de los cuales, según comunica el autor, mueren en poco tiempo y los otros dos se encuentran en un estado poco esperanzador. Ambas familias, la de COSTANTINI y la de MARANGOS, parecía que vivían miserablemente, lo cual tenía que favorecer la infestación masiva. En nuestra familia se trataba de comerciantes e industriales en buena posición económica, siendo de suponer no malas condiciones higiénicas ni nutritivas.

Llama la atención en mis casos que la mayor parte de las veces tienen la misma localización dentro de la familia, y si un hermano ha hecho su enfermedad en el pulmón el otro también: las dos de tipo conyugal se localizan siempre en el hígado. Hace pensar que puedan existir disposiciones anatómicas o de menor resistencia en determinados órganos condicionando la localización, o bien que la manera de contaminarse sea distinta para las variadas localizaciones, ya que en los casos de marido y mujer no cabe suponer disposiciones similares heredadas. La posibilidad del transporte aéreo de los huevos de tenia equinococo parece poco probable. El hecho de que mi última familia reseñada padezcan los tres hermanos la localización pulmonar y el primo carnal y un amigo localización hepática, sugiere la idea de ciertas disposiciones anatómicas favorecedoras de la localización pulmonar.

RESUMEN.

Los datos conocidos sobre el modo de adquirir la enfermedad hidatídica sugieren que la equinocosis familiar tiene que ser frecuente. La causa de ser poco observada en clínica nos parece debida en parte al poco interés por buscarla y también a que siendo el crecimiento de los quistes muy irregular, pueden pasarse muchos años de intervalo en las manifestaciones aparecidas en los diversos miembros familiares: así lo prueban varias de nuestras observaciones.

Se exponen unos cuadros mostrando los diversos tipos de equinocosis familiar en las doce familias afectadas que presentamos.

En 100 casos revisados al azar de quistes hidatídicos, once encontramos con el carácter familiar. En la observación número 12 fueron atacados cinco miembros, haciéndola comparable con las ya clásicas de COSTANTINI y MARANGOS.

Ante un caso de quiste hidatídico debe tenerse en cuenta la posibilidad de su presentación familiar.

BIBLIOGRAFIA

- F. DÉVÉ.—L'Echinococcose primitive, París, 1949.
 F. PÉREZ FONTANA.—Arch. Internacionales de la Hidatidosis, 334, 1938.
 H. COSTANTINI.—Soc. de Méd. d'Alger, 24 mayo 1924.
 MARANGOS.—Münch. Med. Wschr., 22, 830, 1938.
 E. COURAGE.—Contribution a l'étude de l'échinococcose familiale. Tesis, París, 1934.
 A. FERRO.—Cit. por F. DÉVÉ.
 J. CALVO MELENDRO.—Arch. de Med. Cir. y Espec., 738, 1936.