

## Quiluria

### Cirugía, indicaciones y resultados (\*)

LAUDENOR PEREIRA,

Prof. Adjunto de la 3.<sup>a</sup> Clínica de Cirugía Vascular.

LUIS NUMERIANO,

Prof. Asistente de la Clínica Urológica.

Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Pernambuco  
(Brasil)

El presente trabajo se basa en la experiencia que hemos adquirido con el problema de la Filariosis, dolencia endémica en el norte del Brasil, y que entre otras cosas produce quiluria, adenolinfocele y metrorrea quillosa, esta última muy bien descrita por **Martorell** (1).

La quiluria está determinada por la presencia de quilo en la orina, a la cual presta una coloración blanco-lechosa y que a veces, por la presencia de hemáties, toma un aspecto distinto y se conoce como hematoquiluria. La presencia de quilo en la vejiga puede también ser consecuencia de otros procesos hallados por lo común en nuestros hospitales de urgencia cuando determinan obstrucciones de uretra.

La metrorrea quillosa, recientemente definida por **Martorell** y presentada asimismo por otros autores [**Watson** (2), **Burnett** y **McCaffrey** (3); y también por **Kinmonth**, **Taylor** y **Jantet** (4)], queda definida por la pérdida de quilo por la vagina.

La Filariosis es, así, causa de tres principales afecciones: Quiluria, adenolinfocele y metrorrea quillosa. Su mayor complicación es evidentemente la quiluria. No obstante, puede causar otros problemas, aunque no tan graves, como: los estéticos, reflujo de linfa o quilo hacia el escroto, vagina o muslo; o incluso facilitando la presencia de procesos infecciosos capaces de determinar la aparición de otras afecciones tan graves como la primera.

La linfografía ha sido ampliamente utilizada por nosotros, de manera principal en este campo, y el Gobierno brasileño ha proporcionado una firme ayuda en este sector a través del «Instituto Nacional de Previdência Social» y de las Facultades de Medicina, permitiendo y facilitando el empleo de las técnicas modernas.

El uso de la linfografía en pacientes con quiluria tiene gran importancia, ya que es a través de ella que hacemos la indicación del lado que debe ser operado

---

(\*) Traducido del original en portugués por la Redacción.

de inicio, derecho o izquierdo, de acuerdo con la gravedad de la lesión que el sistema linfático presenta.

En los pacientes con quiluria existe, y lo confirman los trabajos de **Arvay** y **Picard** (5), lo que nosotros llamamos insistentemente «anarquía linfática».

### Algunos casos de nuestra casuística

**Caso I:** Se trata de un paciente con hematuria intensa y rebelde a todo tipo de tratamiento, obligando a una nefrectomía. Ocho años después, en 1966, este paciente volvió a la Clínica Urológica, pero presentando una manifestación clínica distinta: hematoquiluria. Remitido a nuestra clínica se le practicó una linfografía que demostró con toda claridad la existencia de un extenso proceso linfográfico característico de quiluria (fig. 1).

**Caso II:** Se trata de un caso relativamente semejante al anterior y que sólo tras numerosos exámenes en el transcurso de los años se observó la presencia de una hematoquiluria, confirmada con facilidad por linfografía, comprobándose en éste como en todos los otros casos la llamada «anarquía linfática» (fig. 2).

**Caso III:** La linfografía practicada en este paciente con hematoquiluria muestra con claridad el dibujo del hilio renal, así como la presencia de contraste (Lipiodol ultrafluido) a nivel de la vejiga (fig. 3). Fue también la linfografía la que mostró el lado más lesionado.

**Caso IV:** Paciente joven, de 18 años, que presentaba graves crisis con dolores espásticos y gran dificultad a la micción, habiendo sido inclusive atendida varias veces en el Hospital do Pronto Socorro (Urgencias). La linfografía mostró nítidamente la presencia de contraste a nivel de los dos riñones, dibujando una verdadera pielografía descendente (Lipiodol ultrafluido) (fig. 4).

**Caso V:** Esta paciente era una joven señora de 25 años, remitida también por la Clínica Urológica, con quiluria intensa en especial en verano. Durante la operación se comprobó la presencia de una fístula macroscópica pielolinfática que dejaba fluir una regular cantidad de linfa.

Mucho se ha dicho y escrito acerca de la presencia o no de la llamada fístula pielolinfática y de las comunicaciones linforrenales. Entretanto, estamos de acuerdo con el punto de vista de **Goldenberg** (6) y **Pereira** (7), o sea la existencia de estas comunicaciones que anormalmente se presentan y que son resaltadas en los procesos filarióticos.

La presencia de reflujo quíloso hacia el escroto puede ser vista clínicamente o a través de la linfografía. A despecho del volumen de estas linfangiectasias, no determinan elefantiasis de los miembros inferiores o de los órganos genitales, a menos que exista un proceso infeccioso concomitante de otro origen. Entre nosotros se efectuaron estudios en este sentido por **Manoel Caetano** (8) y **Pereira** (9), habiéndose encontrado de manera predominante *Staphylococcus aureus*.

La tan citada y comentada obstrucción del conducto torácico no existe (**Mar-**

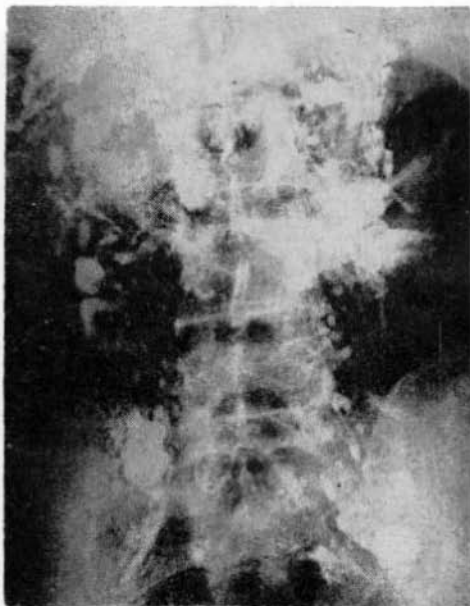
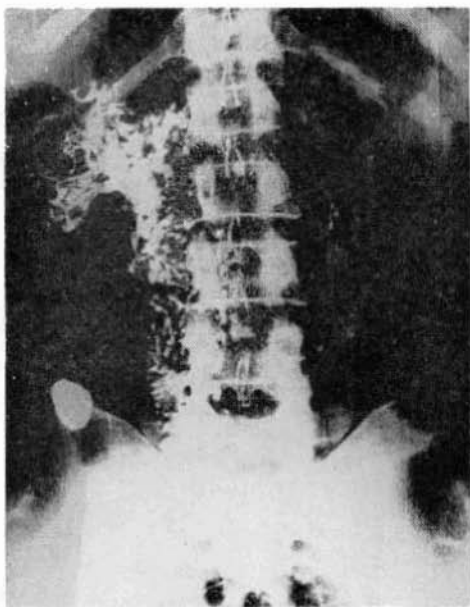


FIG. 1. — *Caso I.* Dibujo completo del árbol renal derecho, característico de los pacientes con quiluria, inclusive con dibujo de los linfáticos en torno a la cava inferior.

FIG. 2. — *Caso II.* Otro aspecto típico de la «anarquía linfática» existente en los portadores de quiluria. Obsérvese la extrema dilatación de algunos de los vasos linfáticos.

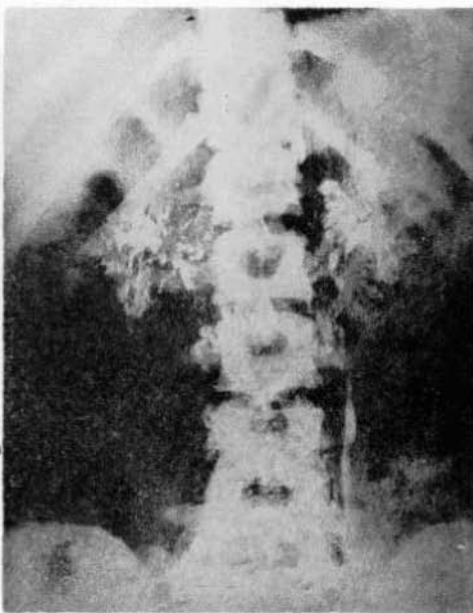
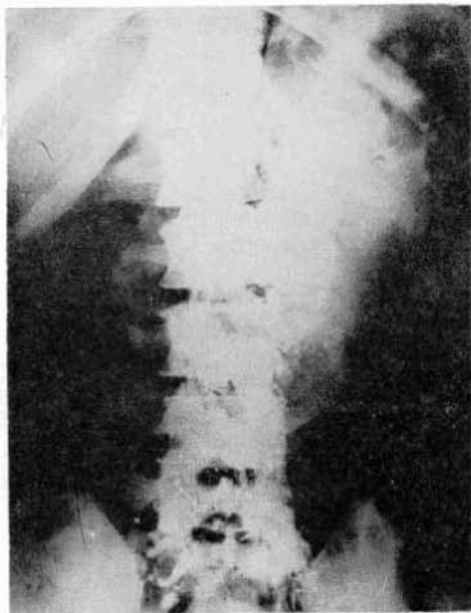


FIG. 3. — *Caso III.* Presencia de contraste (lipiodol Ultrafluido) a nivel de la vejiga en otro paciente portador de quiluria.

FIG. 4. — Verdadera pielografía descendente en un paciente con quiluria tras la práctica de una linfografía con la técnica de Kinmonth en ambos miembros inferiores.

ques y Pereira, 10). En nuestras linfografías el conducto torácico está siempre presente hasta su desembocadura en la vena subclavia. Las dilataciones que muestran los linfáticos no son resultado de la obstrucción sino de una insuficiencia valvular, de igual modo que sucede en el sistema venoso. Podríamos también aportar en defensa de esta hipótesis, argumentando sobre el hecho de los que defienden los procesos ascíticos como consecuencia de obstrucciones parciales o totales de aquel conducto, que como todos sabemos en estos pacientes en ninguno de ellos existe ascitis.

### Terapéutica

Para el grupo de pacientes con quiluria, los más importantes de los aquí señalados, preferimos en la actualidad la cirugía: decorticación renal. De 20 enfermos estudiados, 10 fueron operados, de los cuales sólo 4 lo fueron de ambos lados. De este mismo grupo de enfermos sólo comprobamos una recidiva del proceso.

Para los enfermos con adenolinfocele, practicamos cirugía en dos tiempos: excisión de la tumoración inguinal de un lado y, dos o tres meses después, excisión del proceso en el lado opuesto. Con este cuidado podemos evitar el linfedema. Esto es muy importante. En todos nuestros casos (20) no hemos observado esta complicación.

Para la metrorrea quillosa indicamos la cirugía preconizada de inicio por **Martorell**, o sea la ligadura y resección de los cordones linfáticos dilatados a nivel de la pelvis (**Pereira**, 11).

### Filariosis e infección

Por último, llegamos al punto que consideramos capital, justamente aquel del que tenemos una firme convicción formada, o sea que la Filariosis (*Wuchereria bancrofti*) al menos en nuestro medio no es responsable directa de la elefantiasis. Cuanto más, propiciaría condiciones de hipersensibilidad, facilitando de una u otra manera la acción de otros gérmenes.

Para que la elefantiasis exista es necesario sufrir también una infección. Sin infección no hay linfedema (excepto, claro, en casos de linfedema congénito) y, consecuentemente, tampoco hay elefantiasis. Ya la afirmaba **Manson** cuando, en 1908 (12), decía «La stasse lymphatique à elle seule ne produit pas éléphantiasis» y, en otra parte del libro, «L'inflammation est nécessaire à la production de l'éléphantiasis».

En nuestra serie de 20 enfermos con quiluria, sólo en un caso tuvimos linfedema de la extremidad inferior, linfedema que fue consecuencia de un proceso infeccioso ocasionado por el «*Staphylococcus aureus*».

En paciente alguno con adenolinfocele observamos linfedema de los miembros inferiores y mucho menos en la paciente portadora de metrorrea quillosa, pese a los gigantescos vasos linfáticos presentes en los miembros inferiores.

Los portadores de elefantiasis, linfedemas o quilurias, e incluso adenolinfoceles, tienen un aspecto linfográfico relativamente distinto unos de otros. Esto se

evidencia no sólo por linfografía sino también a través de la exploración y de la historia del enfermo.

Vamos a concluir este trabajo con miras a la importancia que concedemos a un hecho que va siendo investigado con sumo cuidado por nuestro equipo: la ausencia de linfedemas en pacientes portadores de adenolinfocelos.

En nuestras primeras observaciones en los libros de Anatomía, principalmente en los relacionados con el sistema linfático, comprobamos que existe más o menos unanimidad en afirmar que el sistema linfático superficial se comunica con el profundo a nivel del hueco poplíteo o a nivel de la región inguinal, zonas por tanto de ganglios.

**Spalteholz** en uno de sus dibujos muestra un vaso linfático a nivel del muslo comunicándose con el sistema profundo, partiendo de la piel o más exactamente del sistema subdérmico. Tratamos de buscar entonces en la Anatomía la respuesta exacta a la existencia o ausencia de estas comunicaciones, ya que podrían explicar al menos en parte la ausencia de linfedemas cuando practicamos una exéresis de los adenolinfocelos inguinales.

Indicado por el «Conselho Departamental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco» estamos efectuando en la disciplina Anatomía varios trabajos, bajo la dirección del Prof. **Bianor da Hora**, entre los cuales buscamos una explicación para tal hecho. Esperamos que al final del estudio podremos presentar algo en concreto en este terreno.

## RESUMEN

Los autores presentan su experiencia con la Filariosis respecto a la quiluria, adenolinfocelo y metrorrea quillosa, en especial la primera. Acompañan cinco casos demostrativos de quiluria, de un total de 20 estudiados. Se hacen una serie de consideraciones sobre las fístulas pielolinfáticas, comunicaciones linforrenales, elefantiasis y obstrucciones del conducto torácico. Resumen la terapéutica de las quilurias, el adenolinfocelo y la metrorrea quillosa. Por último, se refieren de modo particular a la Filariosis e infección en relación con la elefantiasis y el linfedema.

## SUMMARY

Author's wide experience on Filariasis permitted the study of uncommon disease of the lymphatic system as Chyluria, Adenolymphocelo and Chylous Metrorrhea, with special mention to treatment of the first condition. Chyluria was found in five patients among a casuistic of twenty. Lymphorrenal physiopathology, elephantiasis and thoracic duct obstruction are reviewed, and a comprehensive study of lymphedema and elephantiasis caused by *Filaria* is presented.

## BIBLIOGRAFIA

1. **Martorell, F.:** Metrorrea quillosa. Su tratamiento por la linfangiectomía pélvica. «Aniología», 15:209, 1963.
2. **Watson, J.:** Chronic lymphedema of the extremities and its management. «British J. Surg.», 41:31, 1953.
3. **Burnett, W. y McCaffrey, J.:** Metrorrea quillosa. «Angiología», 19:1, 1967.

4. Kinmonth, J. B.; Taylor, G. W.; Jantet, G. H.: Chylous complication of primary lymphedema. «J. Cardiovasc. Surg.», 5:327, 1964.
5. Arvay, N. y Picard, J. D.: «La Lymphographie». Masson & Cie., Ed., Paris, 1963.
6. Goldenberg, S.: Lymphatic connection between the ascending and descending colon and the corresponding kidneys. «Acta Anat.», 39:264, 1959.
7. Pereira, L. y Marques, R.: Acerca de algunas linfografías. «V Congreso Latino Americano», Río de Janeiro, agosto, 1960.
8. Caetano de Barros, M.: O problema etiopatogênico e terapêutico dos linfoedemas progressivos. Recife-Brasil, 1946.
9. Pereira, L.: «Contribuição da Linfografia ao Estudo de Quilúria». Tese de Docência Livre. Imprensa Universitária, Recife, Pe. Brasil, 1967.
10. Marques, R. y Pereira, L.: Visualização dos linfáticos da perna o canal torácico em portadores de Filária com extenso processo de linfangiectasias sem nenhum sinal de elefantíase. «Comunicação ao VIII Congresso Brasileiro de Angiologia». Belo Horizonte, julho, 1961.
11. Pereira, L.: Lymphographic studies in patients with chyluria. Surgery, indications and results after six years. «Comunicación al X International Cardiovascular Congress», Moscu, agosto, 1971.
12. Masson, P.: «Maladies des Pays Chauds», XII Edición, 595, 1908.