

## Extractos

**METRORREA QUILOSA** (Chylous metrorrhea). — Tony J. Ma'Luf y John C. Weed.  
«Obstetrics and Gynecology», vol. 37, n.º 2, pág. 277; febrero 1971.

La salida de quilo por vagina, Metrorrea quilosa, es un raro trastorno citado por **Watson**, en 1953, en relación con un linfedema crónico y sin referencia al tratamiento. En 1963, **Martorell** expone una paciente con metrorrea quilosa tratada quirúrgicamente con éxito. **Burnett** y **McCaffrey** publican el otro sólo caso conocido en 1967, que también respondió bien al tratamiento quirúrgico. Que nosotros sepamos, el caso que sigue es el primero en la literatura médica americana.

**Observación:** Mujer de 18 años, soltera. Desde hace diez años descarga crónica por vagina de líquido, a veces lechoso, a veces sanguinolento, bastante abundante, en especial si hace ejercicio, y menor en reposo horizontal. Discreto edema de la extremidad inferior derecha, en particular a partir de la menarquía. Repetidos episodios de fiebre de origen desconocido. Cultivos, negativos; no obstante mejora la fiebre con antibióticos. Vesículas en ingle derecha y vagina, que en ocasiones se rompe y dan salida durante dos o tres días a copioso líquido lechoso. Extremidad inferior derecha más larga que la izquierda.

La exploración clínica y el laboratorio, así como la arterio y flebografía no demostraron nada remarcable.

La linfangiografía demostró una insuficiencia de los conductos linfáticos de la pelvis y región lumbar. Las pruebas de radioactividad coincidieron con la linfangiografía.

**Intervención:** Laparotomía. Se comprueba la dilatación de los conductos linfáticos. Al incidir el peritoneo en la región del ligamento infundibulopélvico de recho aparecieron numerosos conductos linfáticos distendidos, la mayoría cruzando o envolviendo los vasos ilíacos y conteniendo la misma calidad de líquido que salía por la vagina. Resección lo más extensa posible de dichos linfáticos. No se pudo comprobar conexión alguna con los linfáticos intestinales. Ligadura del ligamento infundibulopélvico. Sutura de una pequeña porción de omento a la pared pélvica a través de una leve abertura en el peritoneo con objeto de actuar de drenaje linfático.

Detención de la descarga vaginal desde el primer día postoperatorio. Las vesículas del muslo y vagina mejoraron algo; el linfedema de la extremidad siguió invariable.

### Discusión

Aunque la anatomía patológica de la metrorrea quilosa parece clara, su etiología básica nunca ha sido establecida. **Drinker** señala la importancia de infección-

nes locales o irritaciones continuadas que pueden preceder incluso en meses la lenta aparición progresiva del edema que se convierte en linfedema. La enferma de **Burnett** sufrió a los 4 años una infección localizada, seguida a las pocas semanas de linfedema, si bien la metrorrea quilosa no se produjo hasta los 28 años de edad. La de **Martorell** presentó linfedema a los quince días de nacer; y en la nuestra los síntomas aparecieron a los 8 años de edad. Las dos carecieron de historia de infecciones locales.

La naturaleza quilosa de la metrorrea sugiere cierta directa comunicación entre los conductos linfáticos pélvicos y los intestinales; pero ello no ha sido demostrado. **Martorell** ligó un conducto que pudiera establecer esta comunicación. Tanto en el caso de **Burnett** como en el nuestro no se comprobó tal comunicación. **Watson** supone que la metrorrea quilosa está asociada a una obstrucción del conducto torácico o de la convergencia de los linfáticos de las extremidades y del intestino hacia la cisterna de Pecquet. Las pruebas de radioactividad demostraron un alto nivel de insuficiencia o parcial obstrucción por encima de dicha cisterna.

#### HIPERTENSION ARTERIAL POR FEOCROMOCITOMA CAUSANTE DE ESTENOSIS DE ARTERIA RENAL.—J. Andreu, A. Caralps, J. M. Gil-Vernet, A. Brullés, M. T. Vidal y J. M. Rius. «Medicina Clínica», vol. 60, n.º 6, pág. 406; 25 marzo 1973.

**Harrison** y colaboradores, en 1958, publicaron por primera vez la asociación de feocromocitoma y estenosis de la arteria renal. Posteriormente han sido diversos los casos descritos. Vamos a describir a continuación el caso de un paciente hipertenso en el que se descubrieron dos causas de hipertensión: feocromocitoma y estenosis de la arteria renal provocada por el tumor cromafín.

#### Descripción del caso

Varón de 27 años de edad, sin antecedentes de interés. Desde hace cuatro meses cefalea frontal no paroxística, poliuria y nicturia. No anorexia, pero astenia y pérdida de peso (5 kg. en seis meses). Ambliopía de ojo derecho. Va al médico y se descubre hipertensión. No síntomas neurovegetativos ni dolor abdominal. T. A. 210/125 mmHg. Fondo de ojo: retinopatía hipertensiva grado IV. Exploración cardíaca y pulso, normales prácticamente. Exploración de la función renal, normal excepto una disminución de la capacidad de concentración; sedimento, normal; moderada proteinuria.

Ionograma plasmático y equilibrio ácido-básico, normales.

Glucemia, calcemia, fosforemia, fosfatasas alcalinas y calciuria, normales.

Urografía: riñón derecho 2 cm. menor que el izquierdo; ligero retraso de la aparición del contraste en el lado derecho, aunque en las placas tardías se aprecia una mayor densidad de dicho contraste en este lado. Es decir, existen tres signos urográficos de isquemia renal. El renograma isotópico confirma la isquemia renal derecha.

Aortografía: extensa zona estenótica en la arteria renal derecha al parecer

por compresión extrínseca, observándose asimismo una zona de hipervascularización por debajo de la región estenótica.

La arteriografía renal selectiva confirma la impresión anterior, llamando poderosamente la atención la existencia de unos vasos aberrantes que partiendo de la arteria renal se dirigen a irrigar un posible tumor.

En las placas tardías se demuestra la existencia de un tumor yuxtahiliar, tumor que las pruebas hormonales señalan como constituido por tejido cromafín.

En resumen: hipertensión arterial con isquemia renal derecha por estenosis de la arteria renal ocasionada por un tumor de naturaleza cromafín.

Intervención: tumor de unos 4 cm. de diámetro en hilio renal derecho, muy adherido a la pared arterial a la que engloba y donde se advierte «thrill».

Biopsia: nódulo tumoral constituido por células cromafines de distinto tamaño, dominando la desigualdad y monstruosidad celular. Tanto la cápsula como los vasos están invadidos por estas células tumorales, motivo que hace calificar de maligno a este tumor.

Extirpación del tumor y del riñón, con amplia «toilette» de la celda renal. Celda suprarrenal, normal. Extirpado el tumor, se comprueba la ausencia de estenosis intrínseca de la arteria; estudio histológico de la pared, normal.

Postoperatorio normal, salvo descenso tensional transitorio corregido con infusión abundante de líquidos. Cobaltoterapia sobre la celda renal derecha.

A los cinco meses de la intervención tensión arterial normal, fondo de ojo con notable mejoría y determinaciones hormonales dentro de los límites de la normalidad.

## Comentarios

El caso expuesto no presenta la clínica clásica paroxística del feocromocitoma. La urografía minutada y el renograma isotópico eran sugestivos de etiología vasculorenal. La aortografía y la arteriografía renal selectiva confirmaron la existencia de una estenosis de la arteria renal derecha por compresión. Las determinaciones hormonales sugirieron la naturaleza cromafín del tumor, confirmada en el acto quirúrgico y por histología.

En nuestro caso la estenosis de la arteria renal contribuía probablemente con el feocromocitoma a producir hipertensión, pues en el lado derecho existían signos uro y renográficos que permitían asegurar que el riñón estaba isquémico.

**ULCERA HIPERTENSIVO-ISQUEMICA DE LA PIerna (Texto en Hebreo).—**  
**N. A. Manneh y I. Urca.** «Harefuah», vol. 80, n.º 9, pág. 498; 1971.

Sabemos que la úlcera hipertensivo isquémica de la pierna es una rara complicación de la hipertensión esencial. En 1945 **Martorell** señaló su existencia en un artículo que se titulaba «Ulceras supramaleolares por arteriolitis de las grandes hipertensas». Los cuatro casos que describía eran mujeres y todas padecían hipertensión arterial; de ahí el nombre que les dio a las úlceras. Luego **Hines** en 1946 confirmaba su existencia.

Se trata de enfermos hipertensos en los que aparecen úlceras con las si-

guientes características: se localizan en la región supramaleolar externa, son de curso crónico, muy doloroso y recurrente. Como causa desencadenante puede figurar o no un traumatismo, incluso mínimo.

Se describen aquí 5 típicos casos, todos sucedidos en hombres, con sus características, curso y tratamiento. El diagnóstico fue posible, antes de comprobar la hipertensión, por la naturaleza de la úlcera.

En el diagnóstico diferencial hay que considerar otros tipos de úlceras de las piernas. Aquí entran en discusión datos de anatomía patológica y laboratorio, junto a la aportación de los Servicios de Dermatología. En los casos de la úlcera hipertensivo isquémica la circulación troncular arterial es normal y no existen trastornos de la circulación de retorno.

Se recomienda tratamiento conservador, acompañado de antibioterapia local y general, evitación de edema, calmantes del dolor, etc. Pero cuando la úlcera es rebelde y no muestra tendencia a curar o cuando, por su gran tamaño, requiere injertos cutáneos, se aconseja la simpatectomía lumbar, tratamiento considerado de elección.