

NOTAS CLINICAS

ALBUMINURIA ORTOSTATICA. PTOSIS RENAL DERECHA. NEFROPEXIA. CURACION

C. YOUNGER.

Presentamos la historia clínica y el tratamiento seguido en un caso de albuminuria ortostática con los resultados conseguidos hasta la fecha.

Enferma C. P., de treinta y siete años de edad, casada, natural de Madrid. Domicilio: Madrid.

Antecedentes personales: Sin importancia. No recuerda padecimientos anteriores. Menarquia a las catorce años, tipo 3/28. Dos hijos sanos. Partos normales. No abortos.

Antecedentes familiares: Padres, sanos. Han sido tres hermanos, que viven sanos.

Enfermedad actual: La vimos por vez primera en nuestra consulta hace un año y medio, y lo único que aquejaba desde hacía ocho años "es que se le hinchan la cara y párpados y que tiene albúmina en la orina". Todos los tratamientos que se habían instaurado para el tratamiento de su albuminuria habían fracasado, no habiendo notado ninguna mejoría en este único síntoma de su enfermedad. En todos los análisis de orina de que es portadora (que son innumerables) aparece albúmina en cantidades que oscilan entre 0,80 gr. a 3,20 gr./1.000, pero en el sedimento de estos mismos análisis nunca se vieron otros elementos patológicos (cilindros, piocitos, hematias, etc., etc.). Síntomas propiamente urológicos no ha padecido (no polaquiuria, no hematurias, escozores a la micción, etc.).

Por lo demás, la enferma tiene un magnífico estado general. Bien de apetito, aunque sometida a un régimen dietético pobre en proteínas. Ligeramente estreñida.

Informe cardiovascular: Completamente normal. Tensión arterial: máxima, 11,5; mínima, 7. Se queja de gran frialdad de manos y pies. Manos sudosas. Pulsaciones, 95 por minuto, normotensas, amplias y rítmicas.

Informe ginecológico: Normal. Matriz y anexos, normales.

Exploración: Enferma bien constituida, delgada, de unos 52 kilos de peso. Por la simple inspección, lo único que nos llama la atención son los discretos edemas palpebrales que presenta, pero nada más.

Zonas lumbares: El riñón derecho se palpa perfectamente, por debajo de la arcada costal, con un marcado contacto lumbar. No es doloroso ni aumentado de tamaño. Riñón izquierdo: No palpable, no existen puntos dolorosos. El resto del abdomen es completamente normal.

Orina: Macroscópicamente, normal, aunque discretamente opalescente, pero conservando su brillantez y transparencia.

En esta enferma se habían venido investigando toda clase de "focos" (amigdalinos, senos frontales, maxilares, dientes, vesícula, etc.), pero todos los informes fueron siempre negativos de su existencia. Por otra parte, en el sedimento urinario nunca se observó piuria o hematuria que pudiera hablar en favor de una infección de las vías urinarias que mantuviera esta albuminuria. Se trataba de una albuminuria sin déficit funcional renal, ya que las cifras de su urea en sangre en todos los análisis oscilaban entre 0,35 a 0,48 gr./1.000.

No encontrábamos como patológico más que la albuminuria, rebelde y persistente a todos los tratamientos, y una evidente ptosis renal derecha demostrada por la palpación. ¿Se trataba de una albuminuria de estasis condicionada por su ptosis renal?

Creímos justificada una exploración urográfica para conocer con toda seguridad qué grado de descenso experimentaba su riñón ptósico en la bipedestación. Esta exploración, por otra parte, solamente deberá ser rechazada en aquellos casos de albuminuria con insuficiencia renal manifiesta, ya que entonces la urografía puede ser inútil y peligrosa porque la debilidad de excreción del producto iodado no permite la visualización u opacificación de las vías excretoras, y peligrosa por que puede agravarse la insuficiencia renal.

Urografía intravenosa: Buena eliminación del contraste por ambos parénquimas renales a los diez y a los quince minutos. Morfología de las vías excretoras, normal. En la placa, efectuada en "bipedestación", se aprecia un marcado descenso del riñón derecho que rebasa la cresta ilíaca. El uréter derecho presenta una acodadura a nivel de la apófisis transversa de IV vértebra lumbar. Pelvis renal y cálices, no dilatados. El riñón izquierdo también se encuentra un poco descendido, aunque no se puede hablar de ptosis propiamente dicha.

Pensamos en la posibilidad de que se tratara de un caso de albuminuria mantenida por una ptosis renal, la cual se hacía mucho más manifiesta en la estación de pie. El riñón en su descenso ¿podría sufrir algún trastorno circulatorio con producción de albuminuria? ¿Se trataría de un caso de "albuminuria ortostática"?

A continuación, y con el ánimo de esclarecer esta hipótesis, se prescribió a la enferma un análisis de orina en dos muestras: una, recogida en "clinoposición", y la otra, en "ortoposición". Los resultados fueron los siguientes:

Clinoposición: Albúmina, indicios discretísimos. Sedimento. Leucocitos aislados, 1 por 3 c. No se ven hematias ni otros elementos anormales. Bacteriología, negativa.

Ortoposición: Albúmina, 1,10 gr. Sedimento. Células epiteliales de vías bajas. Algunos leucocitos aislados. No se han visto cilindros ni otros elementos anormales. Bacteriología, negativa.

Las dos muestras de orina fueron recogidas por sondaje uretral con la más cuidadosa asepsia.

Era evidente que la albuminuria aparecía en el ortostatismo y desaparecía casi totalmente en el decúbito. Habíamos leído una comunicación del doctor TRUC similar en todo a la nuestra, aparecida en el *Journal d'Urologie* (tomo 59, núm. 9-10, pág. 648), sobre un "caso de albuminuria ortostática curada por nefropexia", y aunque con un pronóstico un tanto reservado, propusimos a la enferma la fijación de su riñón derecho, por si teníamos la suerte, como en el caso de TRUC, de ver desaparecer este síntoma, que preocupaba extraordinariamente a la enferma, ya que las causas no se descubrían y los tratamientos unos tras otros fracasaban.

Intervención (3-VII-54): Anestesia general Pentotal/éter (doctor ELIO). Incisión de lumbotomía derecha. Riñón desplazable, móvil, hasta la fosa ilíaca derecha. Pequeño, buen aspecto. Algunas adherencias muy laxas en su cara anterior que se liberan con facilidad. Liberado el órgano se observa que es perfectamente desplazable por debajo de la arcada costal, tras la que queda oculto. Liberación del uréter en su tercio superior (ureterolisis), que aparecía acodado por una banda fibrosa. Nefropexia a tres colgajos.

Curso postoperatorio: Normal. Únicamente, al quinto día se manifestó una pequeña febrícula, cuya causa fué una discreta flebitis, que cedió muy bien a pequeñas dosis de tromexano y de aureomicina. A los once días es dada de alta.

En octubre, o sea a los tres meses de la intervención, se le practica el primer análisis de orina postoperatorio. *Albúmina, indicios.* Leucocitos aislados, algunos cristales de ácido úrico y células epiteliales. Ante este resultado era evidente que la nefropexia había ya actuado de manera favorable, si además tenemos en cuenta que los edemas palpebrales, que eran constantes en la enferma, y que la sugestionaban extraordinariamente, no los notaba desde un mes después de la intervención. No nos quisimos sentir muy optimistas hasta no repetir la prueba de recoger la orina, en dos muestras separadas, en clinoposición y en ortostatismo.

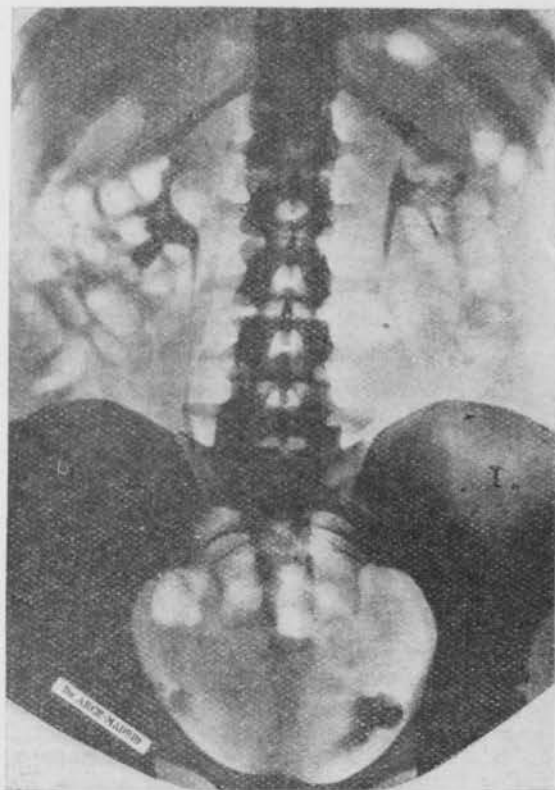


Fig. 1.

Análisis de orina (albúmina y sedimento).

Clinoposición: Albúmina, negativa. Sedimento. Algunas células epiteliales. Leucocitos, 1 por 5 c.

Ortoposición: Albúmina, indicios discretísimos. Sedimento, algún leucocito aislado. No se han visto elementos anormales.

Desde la intervención hasta la fecha (el último análisis prescrito por nosotros fué en el mes de septiembre pasado, o sea al año y medio de la intervención) se han hecho siete u ocho análisis investigando albúmina: los resultados siempre han sido negativos. Ante estos resultados, su régimen dietético se le ha ido ampliando progresivamente sin que hasta la fecha se observe ningún efecto nocivo de la dietética en la producción de su albuminuria.

En la actualidad, todos los autores están de acuerdo en atribuir la albuminuria ortostática a un trastorno "vasomotor renal". Las experiencias de PASTEUR, VALLERY, RADOT, FRUMUSAN y HAMBURGER demuestran que la enervación del riñón impide en los animales la pro-

ducción de albuminuria postural, lo que es un argumento más a favor del trastorno vasomotor como causa de la albuminuria ortostática. Otras veces se ha hablado de un estasis renal de causa general, análoga a la del riñón cardíaco, o bien se ha atribuido a un estasis local debido a una acodadura de la vena renal (los casos de RIESER, en los cuales disminuía la albuminuria al colocar una faja abdominal en dos mujeres afectas de ptosis renal, son muy demostrativos).

HAMBURGER, HALPERN y NEÉL obtienen una acción inhibidora sobre la aparición de la albuminuria postural en los animales por la ad-

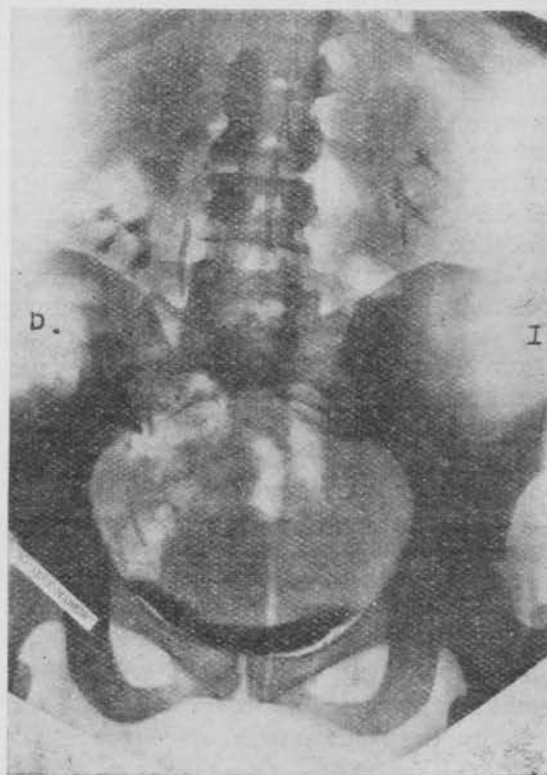


Fig. 2.

ministración de un antihistamínico de síntesis. Para estos autores, ese cuerpo se opone al trastorno de permeabilidad capilar responsable de la albuminuria de la posición erecta.

El riñón es particularmente sensible al estasis venoso, los vasos renales son muy sensibles al estasis, un simple hilo de seda colocado sin apretar sobre la vena renal, de tal manera que disminuya su elasticidad sin disminuir su calibre, produce inmediatamente una albuminuria considerable, con oliguria, que dura de 42 a 48 horas.

SCHLE ha demostrado que en los sujetos con albuminuria ortostática existe generalmente un cierto grado de lordosis de la columna vertebral, y para este autor los términos de albuminuria ortostática y lordótica serían sinónimos. La lordosis lumbar, al comprimir la aorta y por intermedio de ésta la vena renal, sería la causa de la albuminuria; sin embargo, según REY-

TAND, no siempre se puede esgrimir este mecanismo patogénico, ya que también puede existir una base anatómica diversa (desplazamiento renal, vasos aberrantes) que pueden originar la congestión intermitente del riñón al estar el sujeto en bipedestación. Para JIMÉNEZ DÍAZ, todo esto demostraría que la alteración circulatoria no solamente puede estar producida por el factor mecánico del hábito constitucional, sino que también habría que pensar en causas que actuasen perturbando la buena circulación renal, desencadenando un estasis venoso (vasos aberrantes, ptosis renales, etc.). Por ello no bastará con un simple examen clínico, sino que será de gran utilidad la práctica de las pielografías ascendentes o descendentes, que nos demostrarán todas estas posibles causas.

Aunque la albuminuria ortostática no debe de ser considerada como manifestación de una lesión renal, sino que constituye un síndrome totalmente independiente de toda afección renal, no podemos dejar de transcribir las frases de JIMÉNEZ DÍAZ, en su *Tratado de Patología Médica*, cuando dice "... que muchas de estas albuminurias funcionales pueden tener una cierta predisposición nefrítica (aunque muchos la nieguen), ya que el estado asfíctico o de estasis reiterado del riñón puede hacer que esta nefropatía efímera, que se produce solamente en el ortostatismo, pueda acabar en una afección estable más o menos profunda". Por ello creemos necesario, como hemos hecho en nuestra enfermedad, la vigilancia periódica para seguir su evolución a largo plazo.

RESUMEN.

Nuestra comunicación creemos se trate de un caso típico de albuminuria ortostática:

1.º Porque en los antecedentes de la enfermedad no se pudo encontrar ninguno infeccioso que hubiera lesionado con anterioridad al riñón.

2.º Por la ausencia de todo síntoma nefrítico (hipertensión, cilindros y retención ureica).

3.º Por el resultado conseguido con el régimen dietético y medicamentoso, que llevaba la enferma desde hacía muchos años, que no fué capaz de modificar, ni ligeramente, los hallazgos de albúmina en sus orinas.

4.º Por los resultados de nuestra exploración y tratamiento, único que ha hecho desaparecer totalmente la albúmina, por lo menos hasta la fecha.

5.º Por la existencia de una serie de síntomas, que bien valorados se deben a una cierta "labilidad vasomotora", tales como la taquicardia, manos frías e hipotensión, síntomas que, por otra parte, en nuestra enferma eran constantes, y que es muy frecuente el encontrarlos en sujetos que padecen de albuminuria ortostática.

EL ULCUS GASTRODUODENAL EN EL NIÑO

(Dos casos clínicos.)

J. PÉREZ GIEB.

Médico ex Interno del Servicio de Aparato Digestivo de la Casa de Salud Valdecilla, Cádiz.

Creo de interés la publicación de dos casos clínicos de úlcera gastroduodenal en niños de siete y ocho años, respectivamente, vistos en nuestra consulta en un corto intervalo de tiempo, dada la escasa frecuencia con que se diagnostica esta enfermedad, y cuyo estudio constituye en la actualidad un problema de vivo interés. La frecuencia es bastante escasa. GUTHRIE encuentra nueve casos entre 6.059 autopsias practicadas en el Glasgow Royal Hospital for Sick Children. BIRD, LEMPER y MAYE recopilan 243 casos de úlcera péptica en niños, y de ellas 84 se presentaron durante el primer año de la vida.

Recientemente, MORENO ORBE hace una interesante revisión de este tema en la *Revista Española del Aparato Digestivo y de la Nutrición*, a lo que poco podemos añadir, por lo que es mi única intención el reportar dos casos clínicos más a la casuística general.

Caso núm. 1. J. L. R. D., de siete años de edad. Varón. Visto en nuestra consulta por vez primera el día 3 de octubre de 1954.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Antecedentes personales: Sarampión y varicela.

Historia actual: Comenzó hace diez meses con un ligero dolor en región epigástrica, que ha ido progresivamente "in crescendo", aunque nunca ha llegado a ser fuerte. Por temporadas cortas de siete a diez días, e intervalos de bienestar del mismo tiempo, aproximadamente. En ocasiones, el dolor se acompaña de ardor. Le aparece a las dos o tres horas del desayuno y al almuerzo; por la noche no le despierta. Calma con alcalinos y nueva ingesta. Vómitos acuosos en ayunas. Estreñimiento. Discreta anorexia. Crean los padres que ha perdido peso.

Exploración: Niño de constitución normal, con aspecto malhumorado y con ligera palidez de piel y mucosas. En la exploración abdominal se percute un vientre timpanizado con dolor selectivo a la palpación, superficial y profunda, en región epigástrica.

Datos de laboratorio (doctor LALLEMAND): Hematíes, 4.600.000. Leucocitos, 6.500 (cayados, 1; segmentados, 76; linfocitos, 19, y monocitos, 4). Velocidad de sedimentación: 10 a la primera hora y 36 a la segunda. En orina no se observa nada anormal.

Exploración radiológica del tubo digestivo con contraste: Estómago de tamaño y situación normal, se rellena bien, con pliegues y curvaturas normales; peristaltismo perezoso, por lo que hay que provocar la evacuación ayudándose de la mano; se aprecia un bulbo en mitra, en cuya área persiste una sombra residual a la compresión. A las tres horas de ingerida la papilla, ésta se encuentra en asas ileales, en fondo de pelvis y en ciego colon ascendente.

Tratamiento médico: Reposo absoluto en cama, ré-