

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 enferma, 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 enferma 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 encontrarles 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, LIMPER 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 almuerzo; por la noche no le despierta. Calma con alcalinos y nueva ingesta. Vómitos acuosos en ayunas. Estreñimiento. Discreta anorexia. Creen 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): Hematies, 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 curvaduras 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, r-

gimen alimenticio severo, alcalinos, banthine, calcio y vitaminas.

Evolución: Con el tratamiento prescrito desaparecen totalmente sus molestias a los pocos días de iniciado éste; en una nueva exploración radiológica, practicada al mes, el estómago y duodeno son normales.

Al tercer mes de tratamiento se le da de alta.

Vuelve por la consulta en marzo del presente año con la misma sintomatología que al principio; la madre lo atribuye a que días antes, con motivo de una tiña, le afeitaron la cabeza. A rayos X se aprecia de nuevo una sombra residual en área bulbar. Tratamiento médico, con el que a los pocos días desaparecen sus molestias.

Hace unos quince días nueva recidiva, que en esta ocasión la madre lo atribuye a que ha tenido un disgusto por haberse peleado en el colegio con un amiguito suyo, por lo que le castigaron. Continúa la misma imagen radiológica. Se le prescribe Roter, a razón de cuatro comprimidos diarios.

Caso núm. 2. R. M. S., de ocho años de edad, varón. Visto en consulta el día 23 de julio de 1955.

Antecedentes personales: Ascaridiosis hace tres o cuatro años. Bronquitis aguda.

Antecedentes familiares: El padre padece de ardores de estómago con frecuencia.

Historia actual: Hace un año comenzó con dolor en epigastrio (que señala a punta de dedo) casi a diario. Calma con alcalinos y nueva ingesta y con aplicación local de calor seco. Le aparece a las dos o tres horas de haber comido. Aguas de boca. No vómitos. Deposiciones de aspecto y ritmo normales. Bien de orina. Ha perdido mucho peso, aunque no precisa cuánto.

Exploración: Niño delgado con escaso panículo adiposo; palidez general de piel y mucosas. En la exploración abdominal se aprecia un vientre blando con dolor selectivo a la palpación, superficial y profunda, en región epigástrica. Hígado y bazo, normales.

Datos de laboratorio (doctor ALVAREZ DE LA TORRE): Hematies, 4,120,000. Hb., 73 por 100. V. G., 0,8. Velocidad de sedimentación: 10 a la primera hora y 25 a la segunda. En heces no se vieron huevos de parásitos.

Exploración radiológica de estómago y duodeno previa toma de 150 gr. de papilla de bario: Estómago pequeño con pliegues y curvas duras normales. Evacuación perezosa en un bulbo duodenal con estenosis medio-distal.

Tratamiento médico: Reposo absoluto en cama, régimen alimenticio adecuado, Buscapina (comprimidos), alcalinos, vitamina y calcio.

Evolución: Al mes de tratamiento se encuentra sin molestia alguna, aunque persiste la misma imagen radiológica. Se le aconseja insistir en el mismo tratamiento. Lo vemos de nuevo a los treinta días; sigue bien y a rayos X el estómago y duodeno son normales. Que continúe con régimen moderado y alcalinos para volverlo a explorar al cabo de dos meses.

En nuestros dos casos, la localización de la úlcera era en duodeno, como corresponde a la mayor frecuencia hasta hoy comprobada. En la recopilación hecha por BIRD, LIMPER y MAYER de 84 casos, la localización era en estómago en 20 de ellas y en duodeno en las restantes. SCHLUMBERG (cita MORENO ORBE) da una proporción de dos a uno en favor de las duodenales.

La mayoría de los autores confirman el predominio del sexo masculino sobre el femenino; nuestros enfermos eran los dos varones.

MORENO ORBE adopta una clasificación de la

úlcera gastroduodenal en el niño y describe el ulcus de sintomatología aguda (úlcera del lactante) de rápida evolución; la forma dispéptica, más frecuente hasta los ocho años, con historia digestiva imprecisa y muy similar a la que padecen los niños por otras afecciones del aparato digestivo, siendo el estreñimiento frecuente en estos casos; úlcera con sintomatología dolorosa que suele aparecer en niños mayores de ocho años y, finalmente, describe la forma anémica pura por hemorragias latentes.

GROSS describe en el niño una úlcera primaria y una forma secundaria a infecciones o enfermedades intracraneales. Señala que después del primero y segundo año de la vida los síntomas son muy similares a los observados en el adulto.

Nuestros enfermos, aun teniendo sólo siete y ocho años, respectivamente, presentaban un cuadro clínico muy similar al del adulto, por lo que no hubo dificultad en pensar en la úlcera gastroduodenal desde el primer momento. Es muy posible que el ulcus péptico en el niño sea más frecuente de lo que se piensa, y que muchas afecciones del aparato digestivo en la infancia, calificadas con otras denominaciones, sean tales úlceras, las que no se diagnostican por un mal interrogatorio, debido a que el niño no se explica bien o no sabe interpretar sus molestias. Pero es también posible que a veces, por propia comodidad, se haga un interrogatorio pensando en el ulcus, y debido a la natural timidez infantil se obtengan los datos que queremos y precisamos para describir una típica historia de afección gastroduodenal. Pero esta segunda posibilidad, que es también un error, como la primera, tiene la ventaja de que es fácilmente corregible, pues la radioscopy nos confirmará si nuestra sospecha es o no cierta. Estas observaciones nos permite aconsejar que se debe prodigar, mucho más aún de lo que hasta ahora se viene haciendo, las exploraciones radiológicas del tubo digestivo en la infancia, pensando que la úlcera gastroduodenal, enfermedad tan frecuente en el adulto, se da también en el niño desde su nacimiento, e incluso en la vida intrauterina, como el caso citado por LOC y WILLS de úlcera péptica perforada en el útero.

En cuanto al tratamiento, todos los autores están de acuerdo en que debe ser médico, salvo ciertas complicaciones, como la tendencia a la hemorragia (quizá con más urgencia aún que en el adulto), la evolución perforante, la tendencia a la estenosis y, finalmente, el fallo del tratamiento médico bien llevado y continuado. En el caso número 1 de nuestra publicación, si se siguen repitiendo las crisis de agudizaciones a pesar de la insistencia del tratamiento médico, nos veríamos obligados a aconsejarle tratamiento quirúrgico.

Es también interesante señalar la influencia

del psiquis sobre las crisis de agudizaciones de uno de nuestros enfermos (caso núm. 1); el hecho de afeitarle la cabeza por su tiña crearía en él un complejo de miedo a la burla de sus compañeros recidivándole los síntomas. Una nueva recidiva sucedió con motivo de haberse peleado en el colegio con un amiguito suyo, por lo que le castigaron. Es indudable, pues, el

gran valor del factor psicológico en el complejo etiológico de la úlcera gastroduodenal.

BIBLIOGRAFIA

- BIRD, C. E., LIMPER, M. A. y MAYER, J. M.—Ann. Surg., 114, 526, 1941.
 GROSS.—The Surgery of Infancy and Childhood, 1953.
 GUTHRIE, N. J.—Arch. Dis. Child., 17, 82, 1942.
 MORENO ORBE, M.—Rev. Esp. Apar. Dig. y Nutric., 4, 14, 1955.

REVISIONES TERAPEUTICAS

TRATAMIENTO DE LAS ANEMIAS E HIPOPROTEINEMIAS DE LOS ENFERMOS CANCEROSOS

H. DURÁN SACRISTÁN.

TRATAMIENTO PREOPERATORIO DE LOS DÉCIFTS HEMÁTICOS.

Estimamos de un interés excepcional, en principio, la reposición de los déficits hemáticos del preoperatorio en los pacientes cancerosos en proporción cuantitativamente equivalente a los valores deficitarios hallados.

Con ello hemos suprimido en nuestra práctica sistemática los peligrosos estadios del shock crónico, alarmante precursor del shock operatorio. El enfermo con anemia e hipoproteinemia no soporta el trauma quirúrgico tan bien como los sujetos con volúmenes normales de sangre y además sufren también mayor número de complicaciones postoperatorias.

Al hacer estas afirmaciones no solamente queremos exponer el fruto de este trabajo, sino recomendar, con el encarecimiento que la alta cirugía del cáncer impone, una conducta de resultados extraordinarios.

En la reposición de los déficits en enfermos cancerosos, hemos de ser más exigentes que en los casos de pacientes afectos de otros procesos.

En ellos, según quedó constatado (DURÁN³² y³³), estimamos necesaria la reposición de déficits superiores a 500 c. c. para el volumen de sangre circulante, o de 250 c. c. para los volúmenes plasmáticos y celular.

En estos casos, a la vista de los valores medios teóricos normales, puede admitirse que un déficit es ya de consideración si supone el 10 por 100 del valor teórico. También puntualizamos la conveniencia de reponer un déficit celular del 10 por 100, en presencia de un exceso de plasma, así como la innecesidad de reposición de déficits de 10 por 100 que afecten solamente al volumen plasmático.

En líneas generales consideramos necesarios los reemplazamientos cuando los déficits hemáticos oscilan del 10 al 20 por 100 en adelante de los valores teóricos, si bien en la práctica nuestra actual reponemos todos los déficits, cuáles que sea su magnitud, en los enfermos cancerosos.

Cuando tratamos de restablecer las condiciones teóricamente normales en los volúmenes sanguíneos de un enfermo canceroso, aconsejamos la reposición cuantitativamente equivalente, sea cual fuere el valor porcentual del déficit existente, siempre que tal déficit no se refiera a una cantidad invaluable. De esta forma, colocamos a nuestros pacientes en las mejores condiciones para su intervención posterior.

Esta reposición ha de efectuarse en los días que preceden al acto quirúrgico y nunca reservarla para el momento de la operación, como alguno aconseja, puesto que la administración de sangre en la mesa de operaciones no protegería al paciente contra el posible shock o hemorragia en los primeros momentos de la operación, con anterioridad al momento en que la necesidad de sangre se hiciera evidente. Además de esto, pueden también en este período manifestarse los efectos de anoxia, de los que hablamos anteriormente. Por último, fortalece más el criterio de preparación el hecho de que una terapia en la mesa de operaciones exige una rapidez de introducción de la sangre que puede comprometer por sobrecarga el sistema cardiovascular en personas predispuestas y en casos de edad avanzada.

El ritmo de administración ha de ajustarse a las respuestas del organismo receptor, que generalmente son favorables.

De esta forma se transfunde en el día un frasco de 300 c. c., esperando y observando cuidadosamente la tolerancia, para continuar con las mismas dosis en días alternos, o bien en días sucesivos, si las circunstancias exigen actuar sin premiosidad.

En nuestra práctica utilizamos por sistema sangre total de reciente extracción, envasada en frascos graduados y citratada en una solución de cloruro y citrato sódicos en proporción de 1,10 gr. y 1,70 gramos, respectivamente, para cada 200 c. c. de agua bidestilada, que pueden hacer incoagulables 300 c. c. de sangre.

Ocasionalmente se hace precisa la utilización de sangre extraída hasta diez días antes de su aplicación, pero esto no es frecuente en este tipo de enfermos, donde la habitual falta de urgencia en su preparación puede hacernos prescindir de estos recursos, más propios de procesos accidentales traumáticos u otras situaciones de emergencia.

En la reposición de los déficits de los cancerosos no estimamos conveniente la aplicación preoperatoria de plasma, toda vez que según nuestras observaciones es mucho más acusado el déficit celular