

El régimen alimentario influye indudablemente, tanto por su calidad como por su cantidad, en uno u otro grado en todas las características humanas. Y entre ellas, naturalmente, en la hematología.

Las características alimentarias del canario vienen siendo, a grandes rasgos, así:

- A) Monotonía en la dieta.
- B) Abundante cantidad de calorías a expensas de hidrocarbonados voluminosos.
- C) Escasez relativa en la ingestión de proteínas.
- D) Carencia casi completa de alimentos "vivos" (sin haber pasado por el fuego); escasez en el consumo de frutas frescas.
- E) Aporte muy mermado de vitaminas, casi todas en régimen más o menos subdeficitario, agravado a veces por el abuso de alguna vitamina sintética que desequilibra aún más los sistemas metabólicos deficitarios.
- F) Exagerada ingestión de potasio (patatas, plátanos). Esto último, puesto acertadamente de relieve por nuestro colega DURÁN.

Las pocas variaciones climáticas con alguna otra de sus características, la sedentariedad de vida, la estrechez de horizontes y poca exposición al aire libre, pueden influir grandemente también.

Oportunamente iremos comunicando nuestros resultados.

RESUMEN.

Nota preliminar donde se exponen las características hematológicas especiales de los habitantes de las islas Canarias que a veces se aso-

cian a síntomas clínicos. Se cree que ello puede deberse a razones climáticas o en mayor escala a la alimentación peculiar de estas Islas.

SUMMARY

This is a preliminary report describing the special hematologic characteristics of the inhabitants of the Canary Islands. Sometimes such characteristics are associated with clinical symptoms. It is thought that this may be due to the articles of diet peculiar to these islands.

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitende Bemerkungen über die besondere Beschaffenheit des Blutes der Einwohner der Kanarischen Inseln, welche manchmal mit klinischen Symptomen verbunden ist. Es wird angenommen, dass eine klimatologische Ursache zu Grunde liegt oder, in einem grösseren Ausmass, die besondere Ernährung dieser Inseln.

RÉSUMÉ

Note préliminaire où l'on expose les caractéristiques hématologiques spéciales des habitants des Iles Canaries, qui parfois s'associent à de symptômes cliniques. On croit qu'il peut s'agir de raisons climatiques ou encore plus à l'alimentation particulière de ces Iles.

NOTAS CLÍNICAS

LA TUBERCULOSIS RENAL EXCLUIDA, ENFERMEDAD FOCAL. SU DIAGNOSTICO

A. TORRA HUBERTI.

Instituto Policlínico de Barcelona.

Jefe de la Sección de Urología.

En un trabajo aparecido en esta Revista, en fecha 15 de mayo de 1953, intitulado "Curación real y aparente de la tuberculosis renal", pasábame revista a las modalidades no quirúrgicas y quirúrgicas de la tuberculosis renal, deteniéndose especialmente en las inesperadas formas de exclusión, total o parcial, de focos tuberculosos tóxicos. Dichas formas de tuberculosis quirúr-

gica, caseoso-cavernosa, son conocidas profesionalmente como de curación espontánea por aparecer ésta con el bloqueo de sus lesiones supurativas previo cierre de la parte baja del uréter en la exclusión total y de un cuello calicular en la parcial, sitios preferentes para ulcerarse específicamente, y donde el conjunto es capaz de reaccionar cicatricialmente dado el escaso calibre de su luz interior.

Clínicamente son formas atípicas de la tuberculosis renal difíciles de diagnosticar para el médico general y a veces también para el especialista, ya que una vez cerradas las lesiones de una manera espontánea y perdidas sus manifestaciones de actividad, el curso evolutivo tóxico-crónico de la enfermedad dura meses o años, hasta la aparición de complicaciones derivadas

de un proceso de reactivación, infección secundaria o invasión bacilífera directa de los tejidos de sus alrededores o indirecta por vía hematogena de órganos distantes. Para no caer en repeticiones, invítase al lector en el repaso de lo que se escribía en aquel trabajo respecto a las mencionadas complicaciones, aparecidas aparentemente como cuadros clínicos independientes de aquella tuberculosis cerrada, ignorada muchas veces, pero en ocasiones olvidada por el tiempo transcurrido desde la aparición de sus primeros y pocos síntomas iniciales.

Dos son las formas clínicas de exclusión que interesa conocer: la total y la parcial. Constituyen variedades de la total la pionefrosis tuberculosa oclusiva de ZUCKERKANDL, la forma de focos caseosos intraparenquimatosos aislados y cerrados (un caso típico al final del presente artículo) y la hidropionefrótica, esta última de poco interés para el caso, pues se trata de una modalidad que transcurre con dolores renales y presenta la formación de una tumoración lumbar que obliga a un diagnóstico rápido no sólo por la tumoración, sino también por el curso agudo febril o subfebril que toma la enfermedad, en nada comparable con el curso crónico y tóxico de las formas que interesan en el presente artículo. De todas maneras, es bueno recordar que dicha forma hidropionefrótica—formando a veces verdaderos sacos de estancación—se origina por el mismo mecanismo de cierre espontáneo del uréter en un momento en que el parénquima renal tiene todavía capacidad de funcionar y la cavidad pieloureteral de dilatarse y en el que el prematuro cierre ureteral no ha dado tiempo para dar lugar a la aparición de la tuberculosis vesical con su molesta cistitis.

La dificultad diagnóstica de las formas excluidas reside en el aspecto clínico, completamente diferente al de la tuberculosis renal clásica. En aquéllas no existe la sintomatología vesical típica de cistitis espontánea, más o menos intensa, que obliga a la investigación del bacilo de Koch en el sedimento urinario de una piuria por lo demás aséptica, a los cultivos especiales y a los ensayos experimentales sobre animalitos de laboratorio. En las formas excluidas es inútil buscar el bacilo tuberculoso por ninguno de los citados procedimientos. En ellas la orina permanece clara, transparente, brillante y el número de micciones están distribuidas casi normalmente durante las veinticuatro horas.

El cuadro clínico de la enfermedad pasa por dos etapas diferentes: la primera, larga y solapada, de enfermedad focal con acción tóxica sobre el organismo, mientras que la segunda aparece en el momento de las citadas complicaciones que, como se decía, se presentan con disimulada independencia de la afección básica anterior (absceso paranefrítico tuberculoso simple o infectado secundariamente, a veces fistulizado en colon; infección banal de los focos excluidos, enmascarando el aspecto tuberculoso de las lesiones primitivas, etc.). De ellas nos ocu-

pamos bastante detenidamente en aquel artículo de referencia.

Especial interés práctico merece el conocimiento de la primera etapa de enfermedad focal, particularmente cuando las lesiones específicas cerraron en los albores de la enfermedad sin haber dado apenas manifestaciones urinarias exteriores de la infección tuberculosa o al poco tiempo de haber permanecido abiertas a las vías excretoras, sin haberse manifestado todavía la tuberculosis vesical o tan escasamente que aún no ha habido tiempo de clasificar la inflamación como específica.

La acción tóxica de la enfermedad focal por lesiones bloqueadas puede repercutir sobre el organismo como partiendo de un foco séptico, dando apenas manifestaciones generales o de un foco de sepsis, donde éstas son claras y van acompañadas de accesos febriles.

La intoxicación partida del foco séptico trátese en trastornos del estado general con anemia, mal color de cara, astenia, decaimiento, poco apetito, pérdida de peso, pequeñas sudoraciones nocturnas, febrícula y tendencia al mareasmo. A dicha sintomatología de foco séptico cabe añadir, en la intoxicación por foco de sepsis, la presentación intermitente de accesos febriles con o sin escalofrios, fiebre alta y sudores consecutivos. Un caso de éstos es el relatado en el final del citado trabajo de 1953, correspondiente a una enferma de cuarenta y cuatro años, en que su enfermedad febril habiérase diagnosticado de colibacilosis, cuando una detenida exploración urológica, seguida de intervención quirúrgica, comprobó la existencia de una tuberculosis renal de exclusión parcial por pionefrosis cerrada de la mitad superior del riñón, que obró como foco de sepsis, no sólo durante el curso evolutivo de la enfermedad, sino también durante tres semanas después de la curación por primera intención de la nefrectomía, es decir, de la radical extirpación del foco infeccioso.

A tales síntomas de intoxicación focal no es raro que se añadan otros discretos signos urológicos de orientación, los cuales se manifiestan en los enfermos quejándose de una moderada polaquiuria, escozor uretral al orinar, conatos de cistitis de pequeña duración (originados muchas veces por reflejo reno-vesical) y algunas molestias gravativas hacia la región renal interesadas, debidas a las lesiones excluidas del riñón o la perinefritis esclerolipomatosa de sus alrededores. Es útil desconfiar de toda vejiga irritable (polaquiuria) que emite orina de aspecto normal. Además, en el hombre no es raro se sobreñadan algunos síntomas genitales como poluciones frecuentes, hemospermia, molestias vagas en el periné y más raramente moderadas epididimitis o anexitis masculina espontánea de lenta presentación. En cambio, en la mujer, la frecuente infección secundaria de la vejiga por el colibacilo, despista el verdadero diagnóstico hacia los derroteros de la coliba-

cilosis ante un cuadro de cistitis de aspecto endoscópico no específico, motivado por la infección mixta colibacilar.

Parecidamente a lo que suceden en otros focos vulgares, parten asimismo del foco específico alergenos (sustancias tóxicas, antígenos microbianos, complejos proteicos) que determinan enfermedades alérgicas o paralérgicas por estímulos no específicos de diversa clase, previa sensibilización del organismo. La alergia puede afectar a determinados sistemas hísticos de diferente origen embrionario y originar, en un proceso de reactivación focal, por hiperergia, la tuberculosis miliar, la de las meninges, pulmón, diferentes huesos, el otro riñón, ganglios, anexos, etc. En ocasiones más favorables, el foco sólo ejerce una acción tóxica sobre el organismo produciendo febrículas persistentes, nefritis tóxicas del otro riñón, debilitamiento del estado general y a la larga del propio miocardio, que incluso puede llevar a la insuficiencia cardiaca. La disposición inflamatoria paralérgica tisular predispone, por alteración de la reactividad, a la infección secundaria de los órganos, motivando la invasión del propio foco por bacterias banales, especialmente por el colibacilo, y dando origen a diversas deuteropatías paralérgicas de los tejidos y órganos constitucionalmente lábiles, en los que la irritación del sistema neurovegetativo juega, al parecer, un predominante papel.

La recopilación de datos pertenecientes a la sintomatología tóxica, alérgica o paralérgica, serán de sumo interés cuando se recogen en enfermos con clara anamnesis específica familiar o personal.

No faltan por lo menos indicios de albúmina en la orina—ácida y de aspecto físico normal—de tales enfermos. Al microscopio es asimismo bastante constante observar una micropiuria.

Es en la exploración objetiva del enfermo donde se llegará verdaderamente a confirmar la enfermedad, hasta estos momentos sólo sospechosa.

Con la palpación ya es dado observar que el riñón afecto acostumbra a presentarse algo aumentado de tamaño, pero conservando aún su normal morfología; además es fijo, es decir, no desplazable y mantiene contacto lumbar.

Con la urografía excretoria—método el más importante de diagnóstico—se descubre en la exclusión total la completa ausencia funcional del riñón afecto contrastando con la perfecta imagen excretoria de su congénere, mientras que en la exclusión parcial la imagen pielográfica del riñón enfermo está caracterizada por la ausencia funcional correspondiente al cálix superior, recordando en todo al pielograma que se presenta en determinados tumores de polo superior del riñón, en cuyo diagnóstico no raras veces se incurrirá, especialmente si el cuadro clínico va acompañado de importantes hematurias totales cual se presentan en ambas enfermedades.

Cuando el contenido purulento de las lesiones excluidas llega a calcificarse, como sucede en el riñón mástico, la imagen radiográfica puede recordar la de una litiasis renal o la de una nefrosis calculosa, diagnóstico equivocado que precisa eliminar totalmente para no caer en la indicación de una pielotomía o nefrotomía, que efectuadas en estas condiciones produciría la brusca invasión bacilífera de los tejidos vecinos sanos, creando una nueva situación ante el rápido reavivamiento de las bacterias que antes de la operación habían permanecido como debilitadas en su actividad dentro de las lesiones excluidas. A fin de evitar dicha equivocación es conveniente prestar atención, entre otros datos de exploración, en las modificaciones del cistum ureterovesical correspondiente al lado afecto, que se presenta como inflamado o retraído en caso de tuberculosis, mientras conserva un aspecto normal o casi normal en la litiasis renal verdadera.

Asimismo en muchas radiografías de tales enfermos son de apreciar diversas calcificaciones que, de diferente morfología, están esparcidas irregularmente por el campo radiográfico, representando el esfuerzo defensivo duradero del organismo contra la infección tuberculosa de por sí debilitada y de crónica evolución.

A la revisión cistoscópica de la vejiga llama la atención, por meatoscopia, las modificaciones del ostium del lado interesado a que antes nos referíamos, y que contrasta con el aspecto normal—anatómico y fisiológico—del lado sano. No es raro comprobar que aquél se mantiene algo inflamado, edematoso y conservando algún pequeño exudado fibrinoso o más raramente algún tubérculo, así como que aparezca, por retracción, algo desplazado de su posición normal, dando al trigono un aspecto asimétrico de mucha importancia para el diagnóstico tuberculoso del caso. La fisiología del ostium apreciada en la cromocistoscopia revela la falta de movimientos eyaculatorios del mismo y la ausencia de eliminación de colorante en las formas de exclusión total y sólo una menor eliminación cuantitativa de color, en contraste con el lado sano, en las formas de exclusión parcial, invitando a un cateterismo ureteral que seguido de pielografía retrógrada revelará una imagen pielográfica incompleta a expensas de la supresión del cálix superior casi siempre.

En la práctica es posible encontrarse con enfermos que presentan una exclusión total de un riñón, en los que no hay antecedentes personales tuberculosos, ni apenas modificaciones inflamatorias del ostium a la cistoscopia, pero en los que las radiografías revelan la existencia clara de sombra nefrográfica del riñón excluido, sobre el cual es posible la sospecha tuberculosa de su exclusión y que para aclarar la dudas de aconsejar poner en observación la existencia de una febrícula y recurrir a la cutirreacción tuberculínica, que sólo cuando resulta in-

tensamente positiva al alérgeno podrá posiblemente creerse en aquella especificidad, mientras que en los otros casos es de decidirse para la creencia contraria.

Para terminar se expone la historia clínica de otra enferma de esta clase con síntomas de enfermedad focal tóxico-séptica junto con repetidas y discontinuas manifestaciones de cistitis de corta duración.

Se trata de una enferma de veinticuatro años, soltera, que acude a la consulta en marzo de 1954, relatando que a los once años tuvo una pleuresia serofibrinosa después de haber sufrido un paratípico y que su enfermedad actual empezó en el verano pasado de 1953 en la localidad veraniega de Camprodón, donde repentina y espontáneamente se vió aquejada de un cuadro de cistitis de dos días de duración, que repitió en noviembre, acusando la presencia del colibacilo en un análisis del sedimento urinario. Desde entonces empieza a notar decaimiento, cansancio, pocas ganas de trabajar y presencia constante de una febrícula de inexplicable origen. En lo sucesivo, y en varias ocasiones, se repiten las crisis de cistitis, acompañadas a veces de micción imperiosa y escozor al final de la misma, que no mejoraron, o mejor, empeoraron, con un tratamiento de vacuna anticolibacilar y otra de aureomicina. Es con motivo de una de estas últimas crisis que se presenta a la consulta.

Al ser interrogada, con otros datos además de los manifestados, expuso que jamás tuvo hematuria, que sólo tenía que orinar una vez por la noche y que experimentaba algunas vagas molestias en ambas regiones lumbares. Estaba bien reglada y las menstruaciones no eran dolorosas.

La orina se presentaba algo turbia (quizá por el flujo blanco que decía tener), era de reacción ácida, presentaba indicios de albúmina y no había glucosa. A las veinticuatro horas de dejarla en reposo, la orina se presentaba clara, transparente y brillante con sólo una débil nebulosa, de tipo cumular, en el fondo de la copa.

Nada a la exploración manual de abdomen ni a la percusión lumbar. Nada genital al tacto rectal.

Sin antecedentes de amigdalitis, de afecciones dentarias, otitis, sinusitis, etc.

Al examen cistoscópico se observaban lesiones de trigonitis catarral con ostium derecho normal, mientras que el izquierdo era difícil de ver por hallarse en una zona edematosa de propagación de la trigonitis. No eran de apreciar tubérculos específicos ni tan siquiera en la cúpula del órgano. La eliminación del azul tenía lugar a los tres minutos y medio por el meato derecho, estando ausente por el izquierdo durante toda la observación.

Un nuevo examen de orina, esta vez recogida por sonda, acusaba los mismos indicios claros de albúmina, tres o cuatro hematies por campo, escasísimos leucocitos, flora muy escasa de tipo enterococo y sin bacilo de Koch (doctor ROCA DE VÍNALS).

Las radiografías, practicadas por el doctor OSÉS, fueron reveladoras. La simple, comprobaba la existencia de nefrogramas normales, pero poco nítidos en forma y en el cuadro óseo, además de una discreta espina bifida oculta en la primera sacra, aparecía una fusión vertebral de la tercera y cuarta lumbar con desaparición del disco intervertebral, lo cual era todavía más perceptible en una nueva radiografía de perfil de la columna. Estas lesiones fueron interpretadas como reliquias de curación de un mal de Pott ignorado.

La primera radiografía, consecutiva a la urografía excretaria, demostraba una imagen ureteropélvica bien desplegada del riñón derecho, conservando una morfología de tipo embriológico, pero normal; ausencia de pielograma izquierdo y un buen cistograma. Otras radio-

grafías del riñón izquierdo a los treinta minutos revelaba una pequeña imagen opaca de tipo esferular correspondiente al polo superior renal y otras sombras débiles menos definidas en el polo inferior. Tres días más tarde se fracasaba en un intento de cateterismo ureteral izquierdo.

Después de un tratamiento específico de cinco semanas se procedió a una nueva revisión con resultados parecidos respecto al sedimento, cromocistoscopia y urografía excretaria, fracasando asimismo en un nuevo intento de cateterismo ureteral izquierdo.

Previo examen general de la enferma y fisico-químico de la sangre, cuyo dato más anormal correspondía a una urea de 0,57 gr. por 1.000, se procedió a la nefrectomía del riñón izquierdo seguido de un curso normal postoperatorio y alta a los diez días de la operación.

El riñón extirpado, de aspecto exterior bastante normal, presentaba al corte frontal lesiones esparcidas por toda la superficie de corte, dos cavernas caseosas en el tercio medio y una invasión lipomatosa del seno y de la porción central medular del riñón. Además, en el polo superior había como un quiste seroso simple, que era difícil de interpretar por si era tal cosa o un quiste consecutivo a la curación de una caverna, duda que el examen histopatológico aclaró demostrando que la superficie interna del quiste presentaba la estructura típica de una caverna tuberculosa, rodeada de una zona parénquimatosa con discretas lesiones de esclerosis (doctor ROCA DE VÍNALS). La mucosa de la pelvis renal estaba bien conservada en toda su extensión, pero en el corion se apreciaban pequeñísimos infiltrados de células epiteloides de características específicas, mientras que la mucosa, submucosa y capa muscular del uréter eran completamente normales en la porción observada.

La enferma así tan rápidamente curada, después de un año de observación y de tratamiento de fondo, contrajo matrimonio, sin presentar en el curso del primer año de su nuevo estado gestación alguna ni signos de su enfermedad pasada.

La observación del riñón extirpado en esta forma de exclusión total no corresponde, sin embargo, al tipo de la pionefrosis tuberculosa oclusiva como al parecer debía corresponder, sino que pertenece a otro tipo atípico de la tuberculosis renal, el de focos caseosos aislados y cerrados intraparenquimatosos sin tuberculosis de las vías excretoras o con lesiones ya curadas con el cierre del uréter. No obstante, es conveniente advertir que dicho tipo anormal de tuberculosis no siempre se presenta como en este caso particular, es decir, cerrado ureteralmente y sin lesiones específicas exteriores, sino que existe también la modalidad de focos renales cerrados, coincidiendo con la clásica tuberculosis renal quirúrgica (caseoso-cavernosa), florida y abierta al exterior.

Muy difícil sería el diagnóstico de tales focos cerrados si ellos fuesen pequeños, pocos en número y permaneciesen enquistados en pleno parénquima renal y, por tanto, sin comunicación con las vías excretoras. Fácilmente se comprende el nulo valor que tendrían las exploraciones radiográficas y endoscópicas en tales circunstancias. Dichos focos actuarían como enfermedad focal y sólo podrían descubrirse en el curso de nefrectomías accidentales o en necropsia, previo estudio histológico de la pared cavitaria.