

NOTAS CLINICAS

RIÑON POLIQUISTICO BILATERAL CON SINTOMATOLOGIA ABDOMINAL SIN HIPERTENSION

P. DE LA BARREDA, R. ALCALÁ, R. ORTEGA y
V. RÍOS.

Instituto de Investigaciones Médicas.
Clínica de la Concepción. Dr. C. JIMÉNEZ DÍAZ.

La existencia de riñones poliquísticos sin hipertensión arterial concomitante no es nueva en la literatura.

Con todo, la rareza del hecho y la trascendencia que un diagnóstico erróneo, dada la confusa sintomatología de estos enfermos, puede tener en su terapéutica, nos mueven a comunicar el siguiente caso:

Se trata de la enferma Carmen V. M., de treinta y cinco años, soltera, que aqueja dolor abdominal y deshechos diarreicos desde hace cinco años y no sabe a qué atribuirlo.

Desde pequeña la enferma recuerda que padecía unos ataques consistentes en movimientos convulsivos de ambas extremidades con pérdida de conocimiento, mordedura de lengua, expulsión involuntaria de heces y orina y espumarajos por la boca. Esta situación le duraba un tiempo que no puede precisar exactamente, y transcurrido éste, la enferma no recordaba nada de lo sucedido. Estos ataques eran de presentación más frecuente durante la infancia, siendo más espaciados después, de mujer.

Actualmente se presentan con intervalos variables que, en ocasiones son de tres o cuatro meses.

Hace siete meses empezó a padecer de unos dolores abdominales, principalmente localizados en fosa iliaca derecha, que se acompañaban de dolor de cabeza fuerte, algunas décimas por las tardes; fué interpretada como apendicitis y operada de tal. Después de esta operación la enferma continuó con sus mismas molestias abdominales y cefaleas, aunque ahora el dolor abdominal se localizaba en epigastrio sin que guardara relación clara con las comidas, siendo siempre más intenso y frecuente en los días próximos a las menstruaciones, en los que todas estas molestias solían acompañarse de estado nauseoso y vómitos alimenticios.

Estuvo con estas molestias dos años, y como no le desaparecían le practicaron una colecistectomía; después de esta última operación la enferma sigue con sus molestias abdominales.

Mientras dura este cuadro tiene distermia por las tardes, permaneciendo el resto del mes con ausencia completa de estos síntomas, aunque dice la enferma que se encuentra como inestable, es decir, con un malestar general que no sabe exactamente definir.

De los restantes aparatos, en el respiratorio y circulatorio, nada anormal; en el digestivo tenía buen apetito y presentaba las alteraciones antes descritas; en el aparato genital, menarquia a los doce años, con tipo 3/28,30. Últimamente el período ha disminuído en cantidad; en el aparato urinario nunca tuvo ninguna alteración; interrogada muy reiteradamente niega haber padecido nunca nicturia, polaquiuria, disuria, ni ninguna otra sintomatología.

La presión arterial fué de 130/75 mm. de Hg.

Entre sus antecedentes personales no recordaba haber padecido ninguna enfermedad, y en los familiares son tres hermanas, de las cuales dos tienen unas crisis parecidas a las que presenta la enferma, y una de ellas se acompaña asimismo de ataques, con la misma sintomatología de los de la enferma.

Naturalmente, ante este cuadro podía pensarse en varias posibilidades, de las cuales la primera que había que depurar era la de que se tratara de una epilepsia con proyección en el área abdominal. A favor de este supuesto abonaban lo típico de los ataques y la presen-

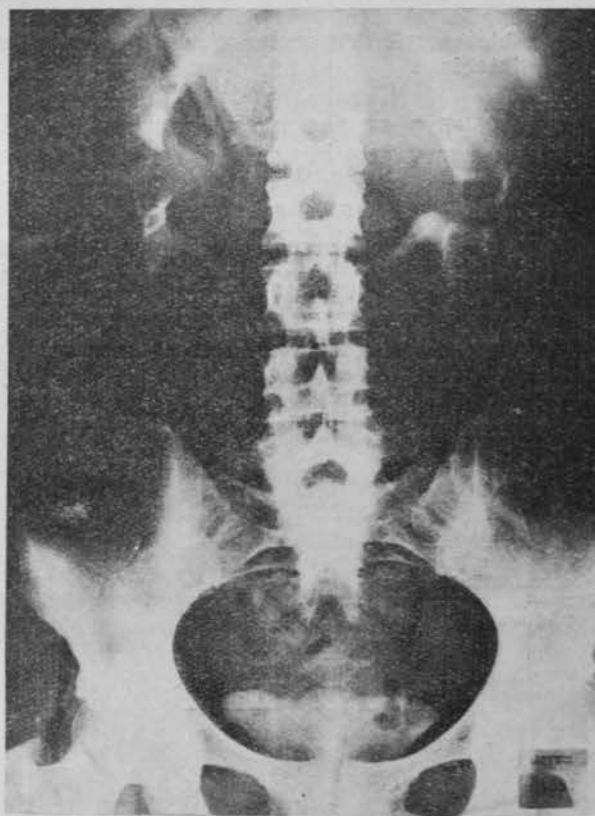


Fig. 1.

tación familiar de los mismos. Por otra parte está reiteradamente descrito en la literatura la existencia de epilepsias abdominales, y nosotros mismos hemos tenido ocasión de observar casos similares.

Sus crisis abdominales, por otra parte, no podían evidentemente tener una etiología apendicular ni colecística toda vez que había sido previamente apendicectomizada y colecistectomizada.

Otra posibilidad de explicación de sus crisis dolorosas era la de que se trataran de crisis dolorosas renales o por torsión de pedículo. A favor de lo cual podría ir la palpación de ambos riñones y, fundamentalmente, el que el derecho era bastante ptósico aun cuando no eran dolorosos.

La enferma fué sometida a diversas exploraciones y en ellas se objetivó un hemograma de 3.800.000 hematíes, con un valor globular de 1; una velocidad de sedimentación con un índice de trece y medio, 4.500 leucocitos y una fórmula normal. La urea en sangre era

de 0,42 y el Van Slyke era un 46,8 por 100 en S. B. C.; en la orina tenía una densidad de 1.020, con una reacción ácida con ligeros indicios de albúmina y ausencia de glucosa, y en el sedimento había leucocitos aislados y células epiteliales planas; el tránsito intestinal muestra un esófago, cardias y estómago normal e íleon proximal con una pequeña dismotilidad sin significación patológica. El colon y sigma, normales.

Por la palpación renal, y para depurar la posibilidad de una malformación urológica, le hicimos una urografía descendente, que mostramos en la figura 1, en la cual se objetiva un marcado aumento de tamaño de riñones y las pelvis renales en el sentido longitudinal con efectos de compresión redondeada que estrechan los cálices mayores con aspecto típico de riñones poliquísticos.

Se le hizo un electroencefalograma, el cual, en las condiciones habituales de reposo, psicofísico relativo, dada la escasa colaboración de la paciente, que estuvo contraída la mayor parte del trazado, muestra una actividad eléctrica cerebral desincronizada, rápida, de bajo voltaje, en la que se observan escasos ritmos alfa de 10 por segundo y poca amplitud, que aparecen en ambas zonas parieto-occipitales, encontrándose superpuestos abundantes artefactos de electromiograma.

Con la hiperventilación no se observaron modificaciones de interés.

Se trata, pues, en resumen, de un riñón poli-quístico que presenta la particularidad de tener sus presiones arteriales normales. Ciertamente que tal emergencia ya está descrita en la literatura, y así SCHACHT¹ indica cómo el 75 por 100 de los casos de riñón poliquístico presentan las cifras de presión muy elevadas, y BELL² encuentra hipertensión en 44 de 78 casos. De todas formas es la falta de hipertensión, contingencia lo suficientemente poco frecuente para llamar la atención sobre ella en una nota clínica.

BIBLIOGRAFIA

1. CIT. ALLEN. Enfermedades del riñón. Edit. Inter Americana. México, 1952, pág. 105.
2. BELL.—Renal Diseases. Lea y Febiger. Filadelfia, 1946, página 91.

CANCER DE BOCA ANASTOMOTICA EN EL RESECADO GASTRICO

E. DE ARZÚA ZULAICA y J. L. OBREGÓN ICAZA.

Bilbao.

I

En un trabajo recientemente publicado¹ hemos hecho la distinción entre el cáncer de muñón gástrico en el resecado y el de boca anastomótica.

Esta separación es necesaria, pues el de muñón es una variante del de fórnix y parte superior de cuerpo gástrico, mientras que en el de boca cabe la posibilidad de que se trate de una

localización ligada a circunstancias propias de dicha boca anastomótica.

Los casos en que están invadidos anastomosis y muñón serán incluidos en este estudio cuando se vea que la invasión del muñón procede de boca, eliminando aquéllos en que el estómago resecado esté afectado en su mayor parte y no sólo en la proximidad de la anastomosis.

Exigimos igualmente que la intervención haya tenido lugar por lo menos cinco años antes y por un proceso benigno, que será casi siempre una úlcera gástrica o duodenal. Cabe la aparición dentro de esos cinco años de un cáncer de boca, pero por estar en el período de recidiva de las neoplasias no se podrá descartar su relación con la intervención.

II

Hemos revisado los trabajos de MOREL y de FREEDMAN, en los que hacen una detallada recopilación de toda la casuística mundial desde 1932. Hemos eliminado aquellos casos en que el lapso de tiempo transcurrido era de menos de cinco años. Con estas salvedades la casuística queda reducida a 36 casos. Veintiún antiguos resecados por úlcera gástrica, y quince por úlcera duodenal.

Los autores que los presentan son: BRISSET, de St. Lo, un caso, en 1932; RANSOM, uno, en 1936; PREVOT, cuatro, en 1937 y 1943; PRINZ HARRY, uno, en 1938; KONJENTZY, dos, en 1939; GIOVANNINI, uno, en 1941; TORGENSEN, uno, en 1941; KNERINGER, uno, en 1942; PICCO, uno, en 1948; VISINTIN, uno, en 1949; MANDL, uno, en 1940; ORRINGER, uno, en 1950; RUCKENSTEINER, uno, en 1950; LUZE, dos, en 1951; DI DOMIZIO, uno, en 1951; VINJE, uno, en 1952; KIRLE y WILD, uno, en 1952; HUBER, siete, en 1953; BANDMAN, tres, en 1953; DALSETH, uno, en 1953; SCHEVCHENKO, dos, en 1954, y BUSSE-MOREL, uno, en 1955.

III

Anatomía patológica.—Se trata con frecuencia de un tumor circular que circunscribe la boca anastomótica y que, salvo excepciones, reseta la mucosa yeyunal, que está solamente afectada en tres observaciones. (PREVOT, MOREL y DALSETH.)

Patogenia.—REHLI afirma que el cáncer de anastomosis no parte nunca de la mucosa intestinal; opinión compartida por VISINTIN.

Si las circunstancias de la intervención facilitan la aparición de este cáncer, su etiopatogenia puede servir para el estudio del cáncer en general.

DEBRAY da importancia a la anacidez acompañando a la gastritis, como ocurre en la anemia perniciosa, en la que el cáncer de estómago es más frecuente que en el resto de la población.

Para GIOVANNINI y PICCO el tránsito a la ma-