

## EDITORIALES

## LA SIGNIFICACION DE LA LENGUA SABURRAL

Durante siglos, los médicos han observado la lengua de sus enfermos y tal costumbre es una de las pocas que persisten, a pesar de los cambios profundos en la práctica clínica. La semiología de la lengua en la patología es muy variada y valiosa, pero la rutina médica se limita a comprobar si existe o no saburra lingual. Esta es también la obsesión de muchos pacientes, que atribuyen males sin cuenta a la presencia del tal forro lingual.

Es creencia generalizada suponer que el aspecto saburral de la lengua es fiel expresión de fenómenos catarrales en el estómago o en otros tramos digestivos, aunque no se desconoce que afecciones locales de la boca y faringe pueden ocasionar el mismo aspecto. Incluso, a principios de este siglo, KAST ha podido demostrar que la saburra lingual puede ser en parte constituida por partículas transportadas retrógradamente por el esófago, desde el estómago y aun desde tramos inferiores, hecho confirmado por ALVAREZ y atribuido por él a una inversión del gradiente de excitabilidad en las partes altas del tubo digestivo.

LOUDON se ha planteado recientemente la cuestión de qué valor semiológico cabe atribuir a la lengua saburral. Para dilucidarlo, ha estudiado 700 enfermos sin seleccionar; de ellos, 100 padecían pequeñas heridas o esguinces, etc., y podían considerarse como normales; del resto, 200 eran niños y 400 adultos. En cada caso, antes del reconocimiento, se anotaba el grado de "limpieza" de la lengua y después se anotaba el estado de la boca y faringe, si el paciente era fumador y si tenía fiebre o algún padecimiento digestivo.

En los 100 casos testigos había 12 con lengua franca-mente saburral, 55 con lengua limpia y 33 con limpieza menos absoluta. El influjo del tabaco es indudable, ya que, ante 234 casos no infecciosos tenían lengua limpia el 74 por 100 de los no fumadores y sólo el 15,4 por 100 los fumadores intensos, entre los que 42,3 por 100 tenían lengua intensamente saburral. Aún más evidente es la influencia de la fiebre; entre el 69 y el 85 por 100 de los enfermos febriles tienen lengua saburral; la localización infecciosa en las vías respiratorias altas no influye en el estado de la lengua, a menos que se acompañe de fiebre. Las infecciones bucales (estomatitis, amigdalitis, abscesos dentarios, etc.) se acompañan de lengua saburral aunque no occasionen fiebre.

Un dato interesante que se deduce de la encuesta de LOUDON es la falta de relación de la lengua saburral con las afecciones del tracto digestivo, excepto si se acompañan de fiebre. Se encontró lengua intensamente saburral sólo en el 3,9 por 100 de los enfermos con estreñimiento, en el 18,2 por 100 de los afectos de úlcera péptica, en el 12,5 por 100 de los que presentaban una gastroenteritis no febril, etc.

Resulta un poco excesivo afirmar, como hace GANS, fundándose en la observación de la lengua de 750 niños, que la saburra lingual carece de significación semiológica. El estudio de LOUDON indica que la causa de la misma es generalmente el exceso de fumar, las infecciones febris o las infecciones bucales, y que no es cierta la pretendida relación de la lengua "sucia" con las afecciones gástricas.

## BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ, W. C.—"Introducción a la Gastroenterología". Barcelona, 1952.  
GANS, B.—Br. Med. J., 2, 1.146, 1954.  
KAST, L.—Ber. Klin. Wschr., 43, 947, 1906.  
LOUDON, I. S. L.—Br. Med. J., 1, 18, 1956.

## OSTEODISTROFIA RENAL EN ADULTOS

En las afecciones renales crónicas, con insuficiencia funcional, no es rara la existencia de alteraciones óseas, que pueden consistir en osteomalacia, osteoporosis, osteosclerosis o una combinación de varios de estos trastornos. En conjunto, el cuadro óseo guarda una semejanza notable con el de la osteitis fibrosa generalizada del hiperparatiroidismo.

La mayor parte de los casos descritos de esta afección lo han sido en niños y se debe ello probablemente a que las primeras descripciones (MORLEY-FLETCHER) recayeron en sujetos de poca edad. Sin embargo, GINZLER y JAFFÉ y otros han insistido sobre el hecho de que en adultos que han padecido insuficiencia renal muy prolongada se encuentran alteraciones óseas de mayor o menor cuantía. FOLLIS y JACKSON han estudiado las vértebras de 39 casos autopsiados de insuficiencia renal crónica y han confirmado la frecuencia grande de alteraciones óseas en tales sujetos.

BAIRD y LEES, que han podido estudiar en breve tiempo tres casos de osteodistrofia renal, hacen notar que muchas veces el diagnóstico no se realiza por no tener en cuenta su posibilidad, y especialmente por no realizar un estudio detenido, en el cual tiene sumo valor la biopsia de la tibia. El síndrome clínico más frecuente es la aparición de dolores óseos, que aumentan en la posición sentada o en pie. La imagen radiológica es variable y no siempre decisiva para el diagnóstico. SWART hizo notar el aspecto borroso del cráneo con una cierta semejanza con el de Paget. En ocasiones existen defectos óseos lacunares o imágenes de condensación irregular. En dos de los casos de BAIRD y LEES aparecía un aspecto lanoso del cráneo, probablemente por osteoporosis, y en algunos huesos se veían fracturas o seudofracturas; en el tercer caso, las alteraciones radiográficas eran sumamente escasas. La biopsia de la tibia, realizada en dos enfermos, mostró erosión y ensanchamiento de los conductos de Havers, ribetes de tejido osteoide y formación de nuevo hueso, sobrepuerto a las trabéculas antiguas. La biopsia de la tibia no indica necesariamente el estado de los restantes huesos, ya que hay variaciones notables de un punto a otro, pero la positividad histológica en la tibia afirma el diagnóstico en los casos en los que la radiología es poco demostrativa.

## BIBLIOGRAFIA

- BAIRD, I. M. y LEES, F.—A. M. A. Arch. Int. Med., 98, 17, 1956.  
FOLLIS, R. H. y JACKSON, D. A.—Bull. Hopkins Hosp., 72, 232, 1943.  
GINZLER, A. M. y JAFFÉ, H. L.—Am. J. Path., 17, 293, 1941.  
MORLEY-FLETCHER, H.—Proc. Roy. Soc. Med., 4, 95, 1911.  
SWART, H. A.—J. Bone Joint. Surg., 12, 876, 1930.

## TRANSAMINASA EN LAS HEPATITIS

El enzima glutámico-oxalacético-aminoforasa o transaminasa tiene una amplia distribución en el organismo y sus valores máximos se encuentran en los homogenizados de músculo, cerebro, hígado y riñón. En el suero humano normal oscilan sus valores entre 5 y 40 unidades con una media de 22,1 (WROBLEWSKI y LADUE). La transaminasa del suero aumenta de dos a veinte veces en el curso del infarto de miocardio y de veinte a cien veces

en distintos tipos de hepatitis (WROBLEWSKI y LADUE). En un estudio reciente, WROBLEWSKI y LADUE se han propuesto averiguar si la determinación de la transamina del suero tiene valor diagnóstico de las hepatitis, frente a otras afecciones hepáticas, y si se le puede conceder significación pronóstica en el curso de una hepatitis. El aumento de la transaminoforasa en el suero se debe probablemente al paso al mismo desde el interior de las células lesionadas (NYDICK y cols.), lo cual hace pensar "a priori" que su valor plasmático cursará paralelo al estado funcional de la célula hepática.

Efectivamente, de 28 enfermos de cirrosis hepática, ocho tenían una transaminasa normal; en 14, variaba entre 41 y 100 unidades, y en seis oscilaba entre 100 y 300 unidades, aunque en uno subió hasta 1.600 unidades, coincidiendo con una complicación hepática. En 10 enfermos y en un animal de experimentación han observado los autores citados que la obstrucción del colédoco origina elevaciones hasta 200 unidades, descendiendo el valor a la normal en menos de ocho días a partir de la desobstrucción, fecha en que las fosfatasas alcalinas aún siguen elevadas.

En el caso de las hepatitis infecciosas o por suero homólogo y en dos casos de hepatitis tóxica por tetracloruro de carbono, las elevaciones de la transaminasa sérica fueron muy notables (en las hepatitis tóxicas se

llegó a 27.800 y 12.300 unidades). En la hepatitis infecciosa se observó en algunos casos una elevación progresiva del título de transaminasa, desde 76 unidades hasta 1.008 unidades, en el transcurso de setenta días. En general, la intensidad de la elevación marcha paralela al curso clínico, pero su aparición es más precoz que las restantes pruebas funcionales, lo cual permite diagnosticar hepatitis infecciosa o por suero homólogo durante la fase preictérica. En la convalecencia se observa una disminución rápida de la transaminasa, pero los valores ascienden de nuevo si se suspende prematuramente el reposo. Probablemente, las variaciones de la amionferasa constituyen una indicación mejor que las de la bilirrubinemia, en cuanto al momento más adecuado para comenzar la actividad física, después de una hepatitis; habitualmente, la transaminasa es ya normal cuando aún está alta la cifra de bilirrubinemia.

#### BIBLIOGRAFIA

- NYDICK, I., WROBLEWSKI, F. y LADUE, J. S.—Circulation, 12, 161, 1955.  
WROBLEWSKI, F. y LADUE, J. S.—Ann. Int. Med., 43, 345, 1955.  
WROBLEWSKI, F. y LADUE, J. S.—J. Am. Med. Ass., 160, 1.130, 1956.

## SESIONES DE LA CLINICA DEL PROF. C. JIMENEZ DIAZ

Cátedra de Patología Médica. Clínica del Hospital Provincial. Madrid. Prof. C. JIMENEZ DIAZ

### SESIONES DE LOS SABADOS. — ANATOMO-CLINICAS

Sábado 28 de mayo 1955.

#### ENFERMEDAD DE CUSHING

Profesor LÓPEZ GARCÍA.—El enfermo M. C. R., de diecisiete años de edad, fué visto primeramente en 1952 por el Dr. GILSANZ. A los tres años de edad notaron que se ponía más gordo y colorado, primeramente en la cara y después se le hinchó el vientre. El crecimiento fué muy lento. No perdió vista. Al poco tiempo de comenzar con su afección, le aparecieron dolores en la espalda y regiones lumbares, así como en las plantas de los pies, y le dificultaban los movimientos. Los antecedentes personales carecían de interés, excepto que su abuela materna fué diabética.

El muchacho tenía un aspecto más infantil que el que correspondía a su edad. Su peso era de 54 kg., y la talla, 1,32 m. Cara redondeada, rubicunda, que se hace intensamente cianótica al acostarse, posición en que le aparece intensa disnea. Obesidad localizada especialmente en el tronco y abdomen. Estriás violáceas en abdomen, axilas e ingles. Miembros más bien delgados y manos infantiles. Genitales poco desarrollados, con iniciación de vello pubiano.

La exploración de corazón y abdomen era normal. T. A., 140/90. Roncus diseminados en ambos pulmones. El hemograma, velocidad de sedimentación, orina, calcemia (10,3), glicemia (0,82) y electrocardiograma eran sensiblemente normales. La reacción de Sulkowitch en la orina fué discretamente positiva. La eliminación de 17-cetosteroides fué de 17,3 mg. El fondo de ojo y la campimetría fueron normales, y la radiografía de la silla turca mostraba una gran decalcificación, pero un tamaño normal.

Se piensa en la posibilidad de un Cushing hipofisario, a pesar de la falta de hipertensión y de diabetes, y sorprende el escaso desarrollo genital. Se le trata con radioterapia de hipófisis, diuréticos, vitamina D y andrógenos, sin que se modifique su cuadro. Los 17-cetosteroides oscilaron entre 3,1 y 11,6 mg. diarios, y la reacción de Allen-Paterson fué unas veces negativa y otras veces positiva intensa.

Radiografías realizadas a finales de 1952 mostraron una intensa osteoporosis de los cuerpos vertebrales, que están intensamente aplastados, con aspecto bicónvexo; en las manos se aprecia también osteoporosis, con falta de soldadura epifisaria y línea cartilaginosa irregular. Una neumolumbografía se prestó a discusión sobre la interpretación como tumor de una masa opaca de la región renal derecha.

Esta sombra y el resultado positivo de la reacción de Allen-Patterson en alguna ocasión inclinaron a pensar en un Cushing suprarrenal tumoral. El 10 de marzo de 1953 fué intervenido sobre el lado derecho, encontrando en la celda renal mucha grasa, pero no tejido suprarrenal (Dr. CASTRO-FARÍNAS). El 28 de abril se interviene sobre el lado izquierdo y se extirpa una suprarrenal de aspecto y tamaño normales.

El curso postoperatorio fué normal. El enfermo fué tratado después con diuréticos, andrógenos y extracto tiroideo. Mejoró durante unos meses, en los que perdió 12 kg. y creció 1 cm., al mismo tiempo que se desarrolló algo más el vello pubiano. Los testículos no se modificaron, así como tampoco el aspecto radiográfico de la columna. Los 17-cetosteroides fueron de 8,6 mg. y la fosfatasa alcalina de 56,8 un.

En abril de 1954 comenzó nuevamente a engordar, sin que hubiese crecido más; la cara se hizo más redonda.