

nesis estemos tan bien informados como en los últimos años: nos hemos imaginado. Todavía quedan muchos enigmas en la enfermedad de Biermer, pero por de pronto será muy conveniente que pensemos ante todo cuadro obscuro en una puérpera o en una embarazada, y más aún si se acompaña de fiebre, en

la posibilidad de que se trate de una anemia macrocítica perniciosiforme.

## BIBLIOGRAFÍA

- FULLERTON. — Brit. Med. J., 6, 158, 1943.  
DAVIDSON. — Edinb. Med. J., 46, 474, 1939.  
MUDALIAR y MENON. — J. Obstet. Gynec. Brit. Emp., 49, 284, 1942.

## CONSULTAS

**En esta sección se contestará a cuantas consultas nos dirijan los suscriptores sobre casos clínicos, interpretación de hechos clínicos o experimentales, métodos de diagnóstico, tratamientos y bibliografía.**

H. C. — Adjunto historia clínica de un niño diagnosticado de diabetes insípida con gran hepatomegalia para su interpretación con las siguientes preguntas:

1.ª ¿La diabetes insípida puede ser producida por trastornos de la prehipófisis en lugar de estar afectado el lóbulo posterior?

2.ª ¿Puede tratarse de una glucogenosis en fase distinta de los casos descritos por Jiménez Díaz?

3.ª ¿Qué investigaciones convendría hacer para obtener un buen diagnóstico en estos casos?

4.ª ¿Qué tratamiento debo seguir?

**Historia clínica.** — V. B., 4 años de edad, natural de Anna (Valencia) talla 93 centímetros, peso 14,250 kilogramos, perímetro de abdomen a nivel del ombligo, 48 centímetros. Antecedentes familiares, sin interés. Antecedentes personales: aspecto vigoroso, bien nutrido y desarrollado, sin enfermedades padecidas.

**Enfermedad actual.** — En agosto último, fiebre irregular, a veces con diarrea, vómitos, anorexia, algo de sed y ligero adelgazamiento. Investigación de oxiuros, negativa. Con un tratamiento con quinina desaparece la fiebre, los vómitos y la diarrea. No esplenomegalia. Respiratorio y circulatorio, normal.

En septiembre sufre un traumatismo de cráneo con herida en región parietal izquierda, con probable hundimiento ligero. Normal cicatrización sin trastornos. Un mes más tarde tiene ligera anemia, polidipsia y poliuria (5 litros), somnolencia, no hay fiebre.

**Exploración.** — Hígado voluminoso duro, de borde cortante, que alcanza la línea umbilical horizontal, se dirige hacia epigastrio y llega a hipocondrio izquierdo. Bazo, rebasa las costillas un través de dedo, apreciándose como una lengua blanda en el hipocondrio izquierdo hacia vacío del mismo lado. Red venosa muy manifiesta.

Recuento y fórmula hemática, normal.

Investigación de Leishmanias por punción esplénica, negativa.

La cantidad de orina en las 24 horas es de cinco litros con 1.002 de densidad y 0.59 gramos, por mil de cloruros. No hay elementos anormales. Radiografía de cráneo y Wassermann, pendientes.

**Contestación.** — Se trata de un caso con una diabetes insípida y un síndrome hepatolienal.

Estos dos hechos pueden ser dependientes el uno del otro, pueden ambos ser consecuencia de un mismo factor etiológico, y es posible también que sean totalmente independientes.

Si analizamos estas tres posibilidades, vemos por lo que al primer caso se refiere, que no podemos establecer una relación entre prehipófisis y diabetes insípida, pues si bien es verdad que autores como Kiyono han visto cuadros de diabetes insípida por lesiones de naturaleza metastásica en el lóbulo ante-

rior, el criterio general tiende hoy a relacionar esta enfermedad no ya con el lóbulo posterior, sino con lesiones nerviosas de diencéfalo y, así vemos, por ejemplo, que de los 21 casos estudiados por Marañón, sólo en tres había síntomas clínicos hipofisarios y de los 18 restantes, en 12 era seguro el diagnóstico exclusivo de lesión nerviosa (meningitis, hidrocefalia, encefalitis..., etc.). Cuadros de diabetes insípida con integridad absoluta de la hipófisis, son de observación no rara y lo mismo diríamos de las lesiones del lóbulo posterior que no se acompañan de diabetes insípida. Con esto contestamos a la primera pregunta.

La hepatomegalia de este niño o, mejor dicho, su síndrome hepatolienal no nos impresiona en el sentido de una glucogenosis, puesto que nada tiene de común con ella salvo el aumento de tamaño del hígado. Faltan en este caso los fenómenos hipoglucémicos típicos de la glucogenosis en la forma de Wagner-Parnas y falta la diabetes mellitus que caracteriza la forma de Mauriac. Tendríamos que aceptar o bien una glucogenosis normoglucémica como la señalada por Essen-Scheidegger, o una nueva forma aún no descrita en la que faltase el infantilismo síntoma que es común a todas las modalidades. La dureza del hígado y la esplenomegalia en el caso objeto de la consulta son también argumento en contra de la glucogenosis. A juicio nuestro, puede descartarse esta eventualidad aunque no está de más estudiar la respuesta de la glucemia a la adrenalina. Por lo tanto, no podemos aceptar que la hepatomegalia de este caso guarde con la diabetes insípida la relación que se supone entre la glucogenosis y la hipofunción del lóbulo anterior de la hipófisis.

La segunda posibilidad es que la diabetes insípida y la hepatomegalia sean sintomáticas de una misma enfermedad y en este sentido la radiografía del cráneo puede ser muy elocuente e incluso decisiva si nos muestra imágenes óseas lacunares, que nos permita hacer el diagnóstico de xantomatosis o enfermedad de Schüller-Christian.

No hay que olvidar tampoco la sífilis congénita aunque en contra de esta eventualidad está el rápido desarrollo de la hepatomegalia.

La tercera posibilidad es que se trate de dos procesos independientes: cirrosis hepática en un niño con diabetes insípida. Recordando que tuvo unas fiebres que cedieron a la quinina, nos parece de interés investigar reiteradamente parásitos del paludismo. Un hallazgo positivo nos inclinaría en favor de la cirrosis. La diabetes insípida puede estar relacionada con el traumatismo craneal sufrido, pues si bien el niño acusaba algo de sed anteriormente al traumatismo, no hay que olvidar que padecía entonces abundantes diarreas y fué después del golpe cuando empezó con la poliuria.

En un caso de diagnóstico todavía obscuro nos parece superfluo hablar de tratamiento. Lo positivo es la diabetes insípida y de momento debe ser tratada ésta en la forma que se viene haciendo. — J. L. RODRÍGUEZ-MIÑÓN.