

Durante estos dos meses la cifra de leucocitos se ha ido recuperando lentamente desde los 30.000 a 55.000, más bajo aún, por consiguiente, que el inicial de los 230.000. Con las más características ha evolucionado el hemograma, de una lenta recuperación, según puede observarse en la adjunta tabla I.

La astenia reapareció a los pocos días de suspenderse la medicación, así como la hipertrofia de hígado y bazo, que han aumentado ligeramente.

Continuamos teniendo a la enferma sometida a nuestra observación.

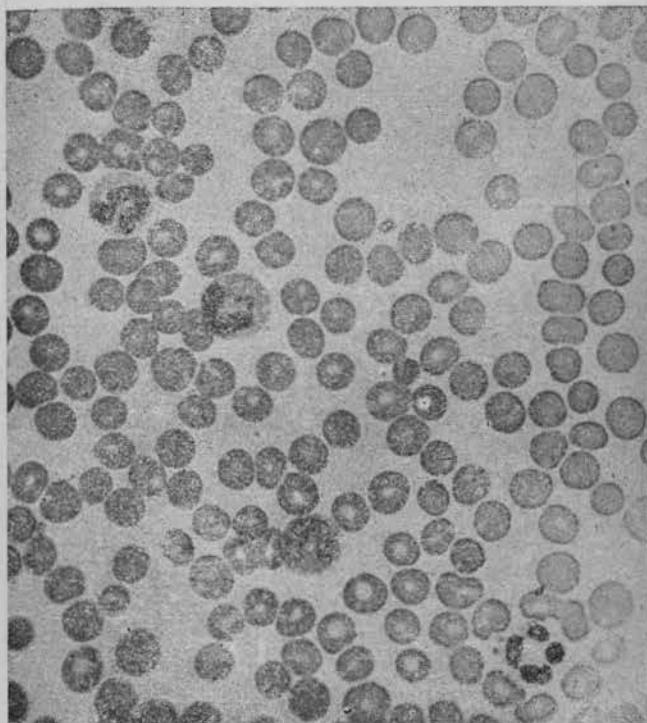


Fig. 3.

El estudio de un caso es material muy reducido para poder emitir un juicio definitivo sobre esta medicación. No obstante, creemos que el uretano debe ser estudiado y ensayado como tratamiento de las leucemias, teniendo en cuenta especialmente que los medios de que disponemos actualmente distan mucho de proporcionar resultados satisfactorios.

Presenta esta medicación las siguientes ventajas: administración cómoda, fácil y bien tolerada. Puede considerarse como poco tóxica y no perjudicial para el organismo, si se maneja dentro de un severo control hematológico, y del estado general.

Es más económico para los enfermos comparada con la radioterapia.

Los principales efectos se traducen sobre la leucocitosis y hemograma. Disminuyen en corto plazo las cifras altas de aquélla y desaparecen o bajan la proporción de los elementos mieloides inmaduros.

El estado general mejora, así como se reduce la hipertrofia de los órganos.

Aunque el plazo de observación de los casos es aún corto, estos efectos no son duraderos y al suspender la medicación se recupera lentamente el cuadro inicial.

Observaciones posteriores decidirán si esta medicación conserva su eficacia al aplicarla a recidivas del cuadro leucémico, lo que la haría superior a la radioterapia.

Estudios posteriores con estadísticas que comprendan varios años de observación podrán dilucidar si puede sustituir con ventaja a la radioterapia. Con la nueva medicación se evitan los efectos secundarios de ella, por lo que creemos que el uretano debe ser ensayado antes que la radioterapia.

En ninguna forma puede ser considerada la medicación con uretano como el tratamiento ideal o logrado de la leucemia, pues su aplicación no descansa sobre concepto etiológico, ni sus efectos son duraderos; es sólo tratamiento paliativo que detiene la evolución del proceso o mejora momentáneamente el cuadro clínico. Su empleo, sin embargo, supone sobre los medios de tratamiento hasta ahora aplicados un evidente progreso.

RESUMEN.

Se expone la historia clínica de una enferma de L. M. C. que es tratada con la nueva medicación de uretano. El tiempo de tratamiento comprendió sesenta y ocho días, y la dosis total de uretano recibida 130 gr. Se consigue descender los leucocitos de 230.000 a 30.000, mejorar el hemograma y estado general y disminuir la hipertrofia de hígado y bazo. La observación de la enferma después de terminada la medicación sólo comprende dos meses, durante los cuales, los síntomas han regresado ligeramente.

BIBLIOGRAFIA.

- HADDOW y SEXTON.—Nature, 157, 100, 1946.
KARTAGENER.—Schweiz. Med. Wschr., 36, 821, 1946.
PATERSON, HADDOW, THOMAS y WATKINSON.—Lancet, 1, 677, 1946.

CASOS Y TEMAS SUELTOS DE UROLOGIA

(Quiste pediculado de la uretra posterior. La nefrectomía por tuberculosis renal. Antrax pre-renal del riñón.)

A. TORRA HUBERTI

Instituto Policlínico de Barcelona. Sección Urología.
A. TORRA HUBERTI.

PROSTATISMO POR QUISTE PEDICULADO DE LA URETRA POSTERIOR.

En febrero de 1939 acude a la visita un enfermo, M. C., de cincuenta y ocho años, que niega toda clase de enfermedad venérea en sus antecedentes y relata preferentemente un síndrome de disuria que se manifiesta por temporadas, desde hace unos dieciocho años, y que le obliga, sobre todo, a iniciar la micción con dificultad.

Durante los últimos ocho meses el cuadro sintomático ha venido agravándose por aumento de la disuria y

aparición de un ligero escozor al acabar de orinar. Posteriormente el cuadro clínico local y general ha sufrido tan marcada agravación que le hace imposible vivir en sociedad.

A la disuria añade la polaquiuria con intervalos miccionales de menos de dos horas, dolores a la micción, sensación de vaciar incompletamente la vejiga, poliuria (unos tres litros) con eliminación de aspecto acuoso e incontinencia nocturna. La alteración del estado general se manifiesta por anorexia, sed, mal sabor de boca, somnolencia, adelgazamiento, astenia, etc.

La orina emitida, además de su aspecto acuoso, es ligeramente turbia, sin albúmina ni glucosa.

La exploración manual se hace difícil y resulta poco ilustrativa por ser enfermo de baja estatura y abdomen abultado. La tensión arterial es normal. El tacto rectal revela una próstata normal en tamaño y consistencia.

El cateterismo uretral, con sonda gruesa, no aprecia obstáculos, retirándose una importante cantidad de orina de las características citadas.

Durante dos semanas se le somete a sondaje diario, que le mejora, sobre todo del estado general, y luego se procede a un estudio radioscópico de la vejiga con sustancia opaca, que revela con toda claridad una neiformación monticular en la región del cuello vesical.

A las dos semanas de tratamiento médico conservador, la urea sanguínea es de 0,75 por 100, mientras que la prueba de la fenolftaleína tiene un valor del 70 por 100.

La operación por talla hipogástrica descubre en el interior de la vejiga una masa tumoral quística, piriforme, de consistencia elástica característica, con su parte hemisférica situada en el interior de la vejiga, y cuya parte alargada o pedicular se origina en la región verumontana (véase fig. 1). El tamaño de la tumoración re-

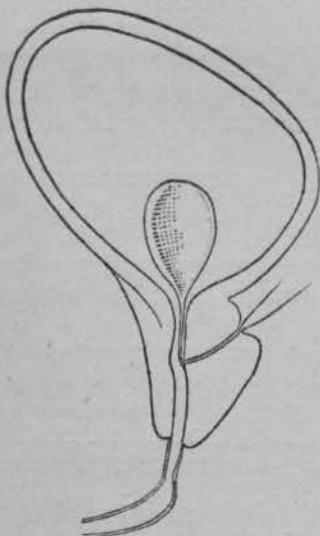


Fig. 1.

cordaba el de una pera de 3 cm. de longitud por 2 de anchura. Continuando la exploración digital de la cavidad y cuello vesical, nada especial se comprueba, y sólo tenemos que hacer notar que dicho cuello vesical era completamente normal en su forma, consistencia y de presibilidad, permitiendo libre entrada, en la uretra posterior del lado explorador, que reconoce el punto de implantación del pedículo quístico. Fue suficiente hincar la uña a este nivel para que inmediatamente se vaciara el quiste, terminándose la operación con la extracción digital de toda la pared quística.

El curso postoperatorio fué normal.

El resultado conseguido con respecto a la función miccional, excelente, desapareciendo por completo la disuria y retención, como pudo comprobarse en la última revisión del año 1945.

Al cabo de cuatro meses de su alta, tuvo que ser reoperado por causa de una fistula filiforme vesicocu-

tánea tórpida, que de vez en cuando se manifestaba y que imposibilitaba la vida social del operado.

Al año fué visitado con motivo de haberse presentado una hematuria total. Una cistoscopia, en fase no hematórica, reveló una vejiga con marcadas columnas y múltiples células vesicales, estando la mayor por encima del ligamento interureteral. Nuevas hematurias permitieron, en 1942, reconocer endoscópicamente el origen renal de las mismas como procedentes del riñón izquierdo, que, explorado con detenimiento, me condujo al diagnóstico de hematuria esencial, y, con mucha probabilidad, por nefritis, en el sentido quirúrgico de la palabra.

La observación de quistes uretrales y, sobre todo, de los existentes en la uretra posterior, es muy poco frecuente, pero resulta excepcionalmente raro descubrir un quiste pediculado de las condiciones citadas. En la revisión de la literatura a mi alcance, no he podido encontrar ningún caso parecido. Los autores sólo relatan casos de quistes pequeños descubiertos casualmente por endoscopia, y casos de quistes grandes en las cercanías del meato en la mujer, que causa variados trastornos y son fáciles de apreciar.

Los quistes uretrales son quistes de retención que se originan por cierre de alguna laguna, una glándula de Littre o un conducto excretor; también existen quistes neoformados a expensas de los islotes celulares subepiteliales.

En nuestro caso, el diagnóstico sólo se hizo *intra operationem*, ya que fuimos a la intervención pensando en una hipertrofia de lóbulo medio de la próstata. El éxito operatorio fué completo, pero algo tardío a causa de la fistula vesicocutánea mencionada.

Indudablemente, de haber logrado un diagnóstico *a priori*, hubiésemos podido evitar la operación acudiendo a una simple uretroscopia posterior con sección del pedículo por electrocoagulación. El verdadero diagnóstico lo hubiéramos conseguido, con toda seguridad, de haberse tratado de un enfermo joven y menos intoxicado, al que hubiéramos sometido, indudablemente, a un estudio endoscópico. En este caso particular, de un hombre maduro e intoxicado, coincidiendo con un cuadro objetivo a los rayos X que apoyaba el diagnóstico de hipertrofia adenomatosa de la próstata, sólo había un síntoma en la anamnesis que hubiese podido derivar el diagnóstico por su verdadero camino, y con ello nos referimos a la disuria que desde aproximadamente dieciocho años venía aquejando. Este síntoma, de haberle prestado suficiente atención, era el que nos hubiese conducido a la endoscopia reveladora.

La disuria, provocada sobre todo por el obstáculo mecánico del quiste y sostenida por tan largos años de prostatismo, daba la explicación de las lesiones secundarias existentes en la vejiga, cual eran las columnas y células vesicales. Aparte, es interesante conocer la importancia que pueden adquirir estas lesiones secundarias en los niños, aún mejor en los recién nacidos, afectos de un quiste uretral iniciado en plena vida fetal y desarrollado rápidamente en las primeras semanas de vida; las lesiones son de gra-

ve estación urinaria en las vías superiores, además de la vejiga.

El enfermo sólo se entregó al cirujano cuando, rendido por su lucha contra el obstáculo, sobrepasó una ligera infección urinaria e inició un síndrome tóxico de insuficiencia renal crónica.

Difícil sería interpretar la hematuria total de origen renal aparecida en los años posteriores a la operación. De todos modos, considero poco aceptable la idea de que las lesiones nefríticas fuesen restos de un proceso pielonefrítico ascendente originado en el período grave de su enfermedad; la clínica y la imagen pielográfica normal del riñón izquierdo rechazan la suposición de tal proceso.

LA NEFRECTOMÍA POR TUBERCULOSIS RENAL.

En otra ocasión hemos escrito sobre el tema general de la nefrectomía por tuberculosis renal. No obstante, dada su importancia, y por ser la operación renal que con más frecuencia efectuamos en la práctica urológica, insistimos una vez más sobre los detalles técnicos que deben tenerse en cuenta para llevarla a feliz término.

Sabido es que todas las nefrectomías se realizan generalmente obedeciendo a unos mismos principios de técnica quirúrgica, y, sin embargo, cada una variará en detalles técnicos según la índole de la enfermedad renal que determina la extirpación radical del riñón. Desde este punto de vista se comprenderá fácilmente que la nefrectomía primaria por tuberculosis no será la misma que la realizada a consecuencia de otras enfermedades, como la neoplasia maligna, la pionefrosis, la litiasis, etc.

Limitándonos a la nefrectomía por tuberculosis, al efectuar la intervención es necesario tener bien presente el grave peligro que entraña la infección difusa tuberculosa de la herida operatoria, lo cual ocurriría irremisiblemente al vaciarse en la misma, total o parcialmente, el contenido purulento del riñón.

Semejante percance constituye una complicación de la mayor gravedad, que siempre va asociada con una mortalidad elevada, inmediata o mediata.

El cuadro clínico de la infección difusa tuberculosa de la herida operatoria se manifiesta desde el siguiente día de la operación. Se caracteriza por la aparición de altas pirexias (en las proximidades de los 40°) con remisiones matutinas, que se continúan durante semanas y hasta meses. Acompaña a estas hiperpirexias un cuadro general tóxico-infeccioso, que recuerda el de las graves septicemias o el de la fiebre tifoidea.

Coincidendo con dicho cuadro febril tóxico-infeccioso, se observan poco a poco modificaciones en la herida operatoria. Esta, que en las dos o tres primeras semanas de la operación presentaba un aspecto casi normal de cicatrización,

empieza muy lentamente a enrojecer, exudar y finalmente a supurar, eliminando todas las ligaduras y suturas. En estas condiciones, la des cicatrización se hace tan completa, que a las cinco o seis semanas las dimensiones y la profundidad de la herida recuerdan morfológicamente el aspecto que ofrecía en el acto operatorio, una vez extirpado el riñón y ligado el pedículo. Ahora, sin embargo, la enorme cavidad de la herida correspondiente a la región lumboiliaca, está recubierta de esfacelos y segregando una gran cantidad de serosidad y pus.

Sólo al cabo de dos o tres meses o más tarde todavía, empiezan a desprenderse los esfacelos, dejando aparecer en las paredes de la herida unas granulaciones de aspecto vidrioso, debidas a la constitución histológica tuberculosa, que inician un proceso lento, lentísimo, de cicatrización. Las granulaciones no se hacen visibles simultáneamente en toda la herida, sino que aparecen por zonas y en forma irregular, correspondiendo a los sitios que van quedando libres de tejidos necrosados.

La lentitud del proceso de cicatrización quedará bien manifiesta expresando que, después de un año o más de realizada la operación, la herida no está todavía cicatrizada.

El curso de la cicatrización que acabamos de exponer, y que pudiéramos considerar como el caso general, no es el que siguen todos los operados. Algunos llegan a la operación debilitados e intoxicados por el curso anterior de la enfermedad, y, en consecuencia, carecen de las resistencias necesarias para soportar un proceso infeccioso tan inatacable; estos pacientes suelen fallecer por insuficiencia cardíaca a los pocos días de haberse realizado aquella complicada operación. Tampoco es raro que en ciertos operados, algo más resistentes a la infección específica, pasados uno o dos meses mueran de granulia o de otra localización metastática de la tuberculosis.

En los que llegan a conseguir la cicatrización es muy posible que aparezca una importante hernia lumbar postoperatoria, con la desinfiltración de los tejidos hasta entonces enfermos, o bien que acaben en un período de fistulas más o menos interminable.

Aun en los individuos que pueden considerarse como curados se presentan muchas veces otros focos tuberculosos, extraurinarios, en diferentes órganos (pulmón, pleura, columna vertebral, peritoneo, articulaciones, etc.), e incluso no es raro observar la tuberculosis del único riñón que le resta al enfermo. Esto demuestra que de ninguna manera puede olvidarse el tratamiento general del terreno tuberculoso, según las posibilidades que permite la clase social del interesado.

Expuesta, aunque muy ligeramente, la terrible complicación que supone la infección difusa tuberculosa de la herida operatoria, se comprende que el cirujano recurra a todos los medios posibles para evitarla, aun recordando que en ciertas

tas ocasiones no puede conseguirse. Así, por ejemplo, existen casos de tuberculosis avanzada, con extensas lesiones cavernosas superficiales del parenquima, cuya friabilidad es tal, que se rompen fácilmente con las manipulaciones de exteriorización durante la nefrectomía. En otros, también progresados y antiguos, la degeneración

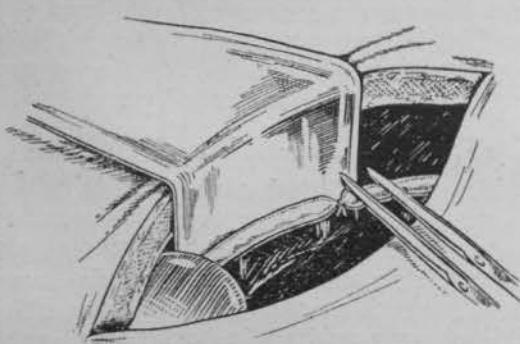


Fig. 2.

específica de la pared ureteral llega a tal extremo de friabilidad, que basta colocar una simple pinza hemostática para que el ureter quede completamente seccionado como si se hubiese cortado con una tijera. Estos desgraciados casos apoyan, una vez más, la necesidad de tener un concepto claro del diagnóstico y tratamiento precoz de la tuberculosis.

Existe también la posibilidad de sobrevenir la complicación que nos ocupa por accidente operatorio o por falta de técnica del operador. Para evitarla en lo posible es preciso no olvidar los detalles técnicos de la nefrectomía por tuberculosis, que vamos a recordar seguidamente.

Salvo casos excepcionales, la operación deberá efectuarse extracapsularmente; es decir, procurando conservar íntegra la cápsula fibrosa propia del riñón, que constituye la más fuerte barrera para guardar intactas las lesiones intraparenquimatosas. Así, pues, de existir una gran adherencia entre la grasa perirrenal y la cápsula fibrosa, debe procurarse no lesionar dicha cápsula y efectuar la nefrectomía conservando alrededor del riñón toda la grasa de la cápsula adiposa que se encuentra íntimamente adherida a la fibrosa. La nefrectomía subcapsular se efectuará solamente en los raros casos, a la vez muy progresados y antiguos, en los que una perinefritis callosa imposibilita la técnica extracapsular.

Durante el acto operatorio se evitarán las excesivas e inútiles presiones o tracciones sobre el riñón, sobre todo al nivel del polo superior donde radican preferentemente lesiones cavernosas superficiales muy friables.

Se practicará una fuerte ligadura en el ureter, a 6 cm., aproximadamente, de la pelvis renal, y se colocarán dos pinzas, una a los 7 cm. y otra a los 8, seccionando entre las mismas y cauterizando debidamente, con el bisturí eléctrico, los dos correspondientes muñones, proximal y terminal, de dicha sección (fig. 2). Esta

manera de proceder se empleará en los casos avanzados con fuerte degeneración fibrosa del ureter, en que existe el peligro antes citado de seccionarlo con la simple colocación de una pinza; en este caso, practicando previamente la ligadura uretral antes de pinzar el ureter, se evitará el vaciar en plena herida la orina purulenta contenida en la pelvis renal y en las cavidades también purulentas del riñón. Además, durante las manipulaciones de la nefrectomía, dicha ligadura será una garantía contra la posibilidad de producirse el vaciado en los casos posibles de deslizamiento de la pinza colocada en la parte proximal del uréter cortado.

Otra técnica más perfeccionada para esta clase de nefrectomías consiste en atacar primamente el pedículo renal, y, en último término, cortar el uréter. Así pues, se empieza por disecar y pinzar el pedículo vascular, para después cortarlo y ligarlo, con lo cual se consigue bascular el riñón completamente por fuera de la herida operatoria. En estas condiciones, el riñón aparece como si colgase de la herida, conservando el ureter como único vínculo de unión que le mantiene sujeto al organismo. El riñón, por su propio peso, y ayudado por el cirujano, arrastra al exterior, es decir, fuera del abdomen, una buena extensión del ureter, que se tratará en la forma antes expuesta de seccionarlo entre dos pinzas (fig. 3).

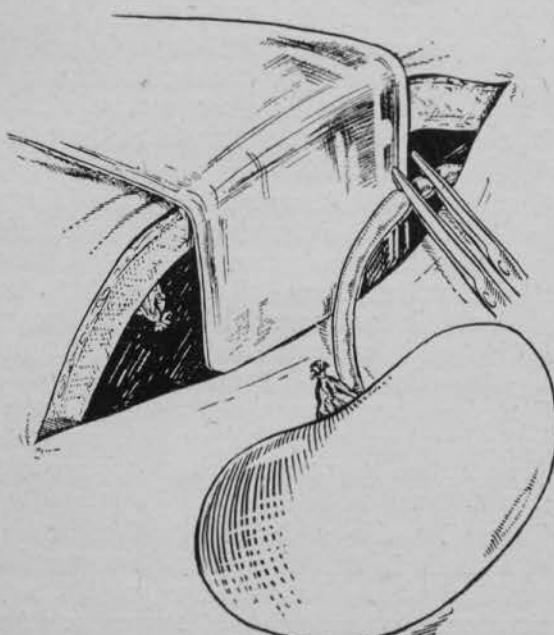


Fig. 3.

Es fácil comprender las ventajas de esta técnica que acabamos de describir. Con ella se sigue ejecutar fuera del abdomen todas las manipulaciones peligrosas que pueden tener lugar al nivel del ureter y además extirpar el ureter enfermo en una mayor extensión. En el caso desgraciado de vaciarse el pus del contenido renal, ocurrirá fuera del abdomen y, por tanto, deberá

temerse la infección masiva de la herida operatoria. Actuando de este modo se consigue que el campo operatorio sólo quede expuesto a una ligera contaminación del muñón terminal cauterizado y no por los dos, como puede suceder siguiendo la técnica de atacar primero el ureter y luego el pedículo vascular, ya que todas o casi todas las manipulaciones tienen que efectuarse en pleno campo operatorio.

Otro detalle técnico que no debe olvidarse en el momento de la disección del pedículo consiste en procurar una buena separación entre la pelvis y los vasos renales. De esta manera se evitara que, al pinzar los vasos, quede incluida parte de la pelvis entre los bocados de la pinza. De tener lugar este accidente, al cortar el pedículo vascular sobrevendría irremisiblemente el tan temido vaciado purulento del riñón, por quedar abierta la pelvis renal.

Procediendo en la forma que acabamos de indicar, se conseguirá extirpar el riñón tuberculoso íntegramente y sin el peligro de la grave complicación que representa la infección difusa tuberculosa de la herida operatoria. Desgraciadamente, en muchos casos no pueden evitarse estas infecciones específicas, aunque circunscritas, de la herida, que impiden la cicatrización *per primam* y conducen a la formación de trayectos fistulosos de duración variable, pero siempre muy prolongada.

ANTRAX PRERENAL DEL RIÑÓN.

El 12 de marzo de 1941 ingresaba en nuestro Servicio, y en estado de gravedad, una enferma natural de la provincia de Lérida, de treinta y siete años de edad, casada, y con tres hijos, con el diagnóstico de paranefritis supurada, establecido en su localidad de partida.

La anamnesis familiar carece de importancia para ser relatada, y en cuanto a la individual, anterior a la historia clínica actual, sólo refiere que anteriormente estuvo afecta de dolores abdominales sin localización precisa, vómitos biliosos matutinos, mareos y diarreas con moco sanguinolento, que fueron clasificadas como debidas a un colon irritable en un síndrome de colecistitis ascendente. Esta afección, que duró varios años, ocasionando la pérdida de 10 kilogramos de peso, tenía lugar a intervalos irregulares, apareciendo de una manera repentina y no raras veces acompañada de lipotimias, para desaparecer también de un modo rápido.

Asimismo experimentaba en ciertos momentos del día molestias indeterminadas, no agudas, en la región lateral derecha, que al principio se atribuyeron a su afección bilíar, pero que más tarde se diagnosticaron de ptosis renal, como verdadero origen de aquéllas.

A primeros de febrero de 1941 la enferma aquejó un flemón dentario, que dió motivo a la extracción de una pieza, seguida de fiebre moderada durante dos días.

A últimos del mismo mes apareció repentinamente un dolor agudo en la región lateral derecha, acompañado de escalofrios, fiebre, malestar general, etc., y a los pocos días empezaba a manifestarse una tumoración abdominal a nivel del vacío derecho, que aumentaba lentamente de tamaño a medida que empeoraba el estado general. Dada la gravedad del caso y el aspecto quirúrgico del mismo, se decidió el traslado a Barcelona.

La enferma, al ingresar, presentaba un cuadro febril que oscilaba entre 38,5°, 39,5° ó más todavía, pulso acelerado, oliguria, palidez, anorexia, decaimiento, etc.; es decir, manifestaciones de una infección general.

Subjetivamente la enferma notaba los dolores y molestias con preferencia en la parte anterior del abdomen y por debajo del arco costal correspondiente. No tenía vómitos, pero sí estreñimiento.

Faltaban por completo toda clase de trastornos urinarios y la orina era clara, transparente y brillante, pero subida de color.

A la simple inspección del abdomen se apreció la existencia de una tumoración en la región del vacío derecho, formando marcado relieve redondeado que sobrepasaba claramente el nivel del tórax.

A la palpación, la tumoración era algo esférica, pero ligeramente irregular de superficie, poco dolorosa a la



Fig. 4.

presión y alcanzaba el tamaño de una pequeña cabeza fetal. Presentaba un disimulado contacto lumbar, pero faltaba la movilidad a la respiración y no era posible el desplazamiento manual de la misma. La palpación del resto del abdomen acusó un meteorismo aumentado.

Al examinar los puntos dolorosos del hemiabdomen derecho se hallaron positivos los del plano anterior, pero llamaba la atención que también lo fuese el costolumbar.

La radiografía simple del abdomen reveló la presencia de una importante opacidad, de tipo esférico, en la región del vacío derecho, que se extendía desde las últimas costillas y primera vértebra lumbar hasta la cresta iliaca, borrando por completo la imagen del borde del psoas; el contorno renal y conservándose, aunque algo borrosas, las imágenes distales de las últimas costillas y de las apófisis transversas de las vértebras lumbares. La columna vertebral manifestaba una ligerísima escoliosis de concavidad correspondiente al riñón derecho. El resto de la radiografía, que abarcaba el hemiabdomen izquierdo y la pelvis propiamente dicha, se hallaba ocupado por asas intestinales dilatadas que manifestaban el meteorismo intestinal de manera ob-

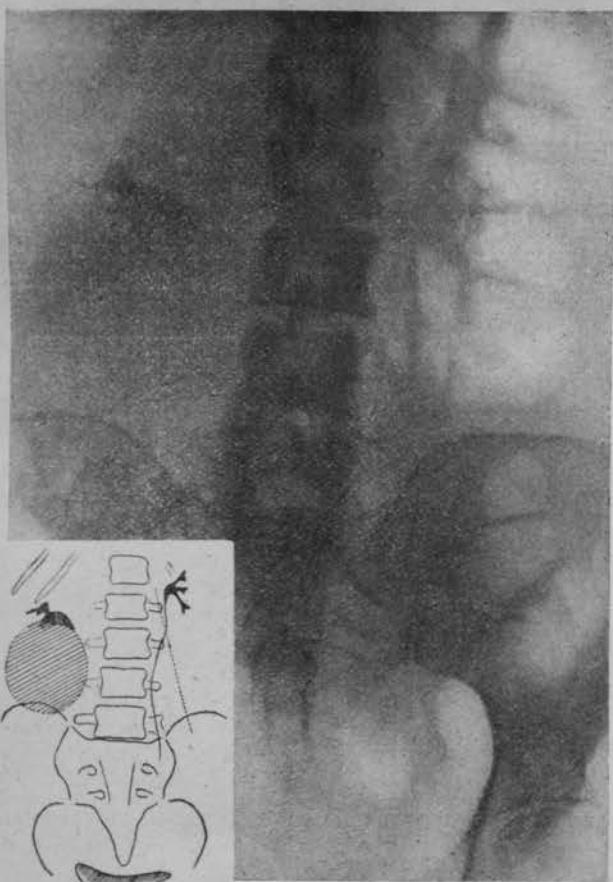


Fig. 5.

jetiva. Estos detalles pueden también comprobarse en la placa urográfica de la figura 5.

La cistoscopía manifestó una vejiga normal y un buen dinamismo de los ostiums ureterales.

El cateterismo ureteral derecho, realizado con facilidad, recogió una muestra de orina normal en su aspecto macroscópico, y cuyo sedimento carecía de leucocitos y bacterias. Inmediatamente procedimos a practicar una pielografía ascendente, que descubrió una capacidad normal de pelvis y reveló un pielograma del tipo que presentan las neoplasias renales del polo inferior (fig. 4). En la imagen obtenida llama la atención en primer lugar la casi ausencia del cálix inferior, ya que éste contiene una pequeña cantidad de sustancia opaca que da idea sólo de su existencia, pero en forma muy confusa, contrastando con la marcada opacidad del pielograma restante; la pelvis renal es de configuración normal, pero ligeramente ectasiada; el cálix intermedio, más visible, está también insuficientemente desplegado y solamente el cálix superior se presenta con una opacidad parecida a la de la pelvis y una morfología bien definida. La imagen pielográfica parece cabgar sobre la opacidad esférica citada.

Asimismo es interesante observar en este pielograma el amontonamiento de cálices, primarios y secundarios, que tiene lugar al nivel del cálix superior, y que son la expresión de un giro experimentado por el riñón alrededor de su eje transversal.

El ureter es normal en su forma y trayecto, mientras la pelvis está algo desplazada hacia abajo y a la altura del disco intervertebral, que corresponde a la segunda y tercera vértebras lumbares.

Al día siguiente se hizo una urografía, que reveló el mismo defecto de replección que el pielograma descrito anteriormente, pero con menos detalles, y un pielograma normal del riñón izquierdo, aunque borroso por la superposición de los intestinos dilatados (fig. 5). La eliminación del contraste urográfico tuvo lugar por los dos riñones y en un tiempo normal para ambos lados.

El análisis del sedimento de la orina vesical, extraída al cabo de unas horas de estas exploraciones radiográficas, indicó la presencia de algunos hematíes y leucocitos, algún estafilococo y la ausencia de cilindros. En la orina existían indicios claros de albúmina.

Practicado el examen de sangre, dio el siguiente resultado: leucocitos, 12.500; neutrófilos, 92 por 100; monocitos, 2 por 100; linfocitos, 6 por 100. Entre los neutrófilos, 34 núcleos en franja; granulaciones neutrófilas a menudo gruesas. Plaquetas muy abundantes y acuñadamente aglutinadas. Índice tóxico, 0,686.

La exploración radioscópica del colon mediante enema opaco acusaba desplazamiento hacia la pared abdominal anterior del colon ascendente y su ángulo hepático, pero sin manifestarse signos compresivos del mismo ni alteraciones funcionales en el tono de sus paredes.

Después de todas estas exploraciones se rechazó el diagnóstico de absceso metastásico paranefrítico primario de localización prerenal, apartándose de toda idea operatoria, y se clasificó el caso de ántrax renal de la misma localización en el polo inferior del riñón. Llegados a esta conclusión, es decir, de una lesión inflamatoria de tipo tumoral y no supurativa, producida por un estafilococo debilitado, nos resistimos a efectuar, *a priori*, ninguna operación, y establecimos un tratamiento médico apropiado, que consiguió los mejores resultados.

En los cuatro primeros días se inició el tratamiento con sulfamidas, proteíoterapia y digitalina; en la segunda fase, establecida una ligera mejoría, se continuó la proteíoterapia, pero se suprimieron las sulfamidas y se administraron arsenobenzoles en su primera dosis, así como también se iniciaron sesiones de radioterapia anti-infecciosa, y en el tercer período de la enfermedad, de afianzada y franca mejoría, se recurrió de nuevo a las sulfamidas y a una terapia de onda corta.

Con este tratamiento se logró que la temperatura, que anteriormente oscilaba entre los 38,5° y 40°, descendiese a variaciones de 37° a 38° en su primera fase, que las

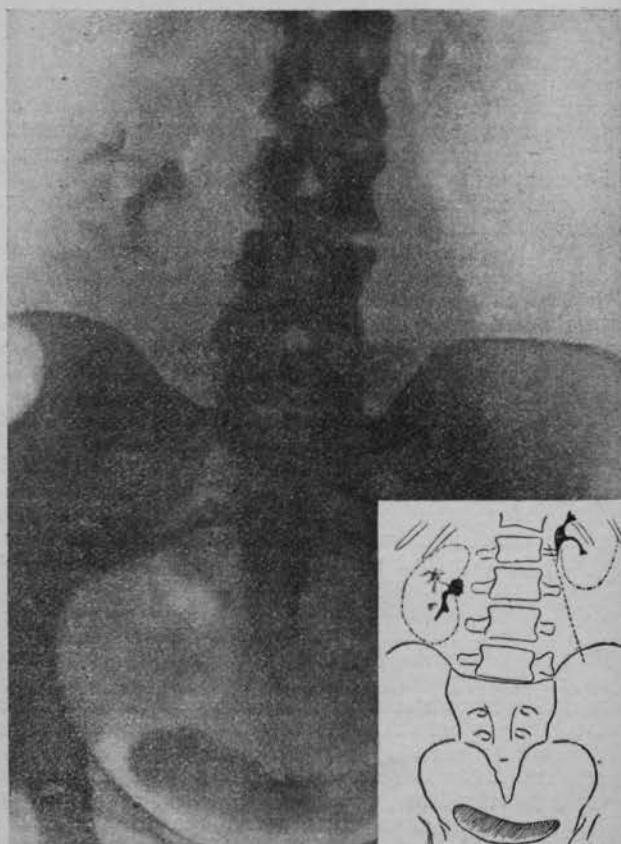


Fig. 6.

pulsaciones pasasen de 120 a 100 y la fase oligúrica en cantidades inferiores a 1.000 c. c. aumentase a 1.500 c. c. diarios, con ligeras variaciones.

La mejoría persistió en la segunda fase, de unos diez días de duración, con las mismas características conseguidas al final del periodo anterior. Transcurridos los cuatro días del último periodo, se consiguió la caída definitiva de la temperatura y el completo bienestar de la enferma, aun persistiendo una taquicardia de 90 pulsaciones.

Desde la iniciación del tratamiento pudo asistirse a la desaparición, lenta y progresiva, de la prominente tumoración abdominal en cuestión.

Después de cuatro días más de convalecencia, durante los cuales continuaron las sesiones de onda corta, fué dada de alta, y quedó curada definitivamente en 4 de abril de 1941.

Una urografía, practicada siete meses más tarde, reveló un pielograma normal del riñón izquierdo y otro anormal del derecho (fig. 6). Este aparece, no obstante, completamente desplegado, ante todo su cáliz inferior, que durante la enfermedad había desaparecido casi totalmente. El pielograma está situado a la altura del tercer cuerpo vertebral, y se observa centrado en un nefrograma también caido y algo basculado. La anormalidad corresponde a una ptosis renal que en el momento de la observación no causaba malestar alguna.

El caso descrito presenta especialmente un interés de diagnóstico y de tratamiento.

La tumoración abdominal prominente en el vacío derecho y los dolores preferentemente localizados bajo el arco costal, en una enferma afecta de un cuadro infeccioso y con antecedentes de una afección biliar, podían hacer sospechar en una enfermedad inflamatoria hepatobiliar o de sus alrededores (absceso hepático, subfrénico). Pero al descubrir la exploración clínica un discreto contacto lumbar de la tumoración y un punto costolumbar francamente doloroso, despertó la idea de un origen renal, que la radiografía simple reforzó al manifestar la forma y topografía de la opacidad correspondiente a la tumoración de referencia. Además, la anamnesis de la enferma parecía acusar una patogenia hemática, metastática, de la misma, y ésta es excepcional en los abscesos subfrénicos y hepáticos.

Todas las dudas quedaron disipadas con la obtención de los pielogramas y la radioscopya de la región afecta, que revelaba un nivel normal con una buena movilidad del diafragma y un seno costodiafragmático completamente libre.

Ante esta tumoración inflamatoria localizada en la región renal surgieron nuevas dudas para precisar el verdadero diagnóstico entre absceso metastásico paranefrítico primitivo o ántrax renal.

El escaso desplazamiento del pielograma en relación con la opacidad que representaba la tumoración y el defecto de replección limitado casi exclusivamente al cáliz inferior (como en determinados hipernefromas), inclinaban el diagnóstico a favor del ántrax. La radioscopya del colon mediante enema opaco revelaban su desplazamiento, pero de ninguna manera se observaban signos de compresión ni alteraciones de tono

de sus paredes que pudieran hacer temer el proceso perforativo de un absceso.

Apartados estos temores, y con el diagnóstico firme de ántrax renal, se recurrió a un tratamiento médico conservador, con excelentes resultados. La rápida resolución del proceso morboso hizo innecesaria una nueva comprobación pielográfica de la lesión durante el curso del tratamiento.

La prudencia en no actuar de un modo quirúrgico con precipitación salvó a la enferma de una probable mutilación renal y de los peligros, seguros, de una grave operación.

A la vez es de interés observar que, desde el punto de vista patogénico, la congestión y la retención urinaria de un riñón en ptosis puede ser la causa predisponente de una localización metastásica del estafilococo.

CANCER DE ESOFAGO PERFORADO EN BRONQUIO IZQUIERDO

J. PABLOS ABRIL

Médico ex Interno del Servicio de Digestivo de Valdecilla.
Jefe del Servicio de la Cruz Roja (Cáceres).

El pequeño nódulo de infiltración, superficial o submucoso, con que suele comenzar el cáncer de esófago, y que únicamente le suele descubrir la esofagoscopia, tiende a crecer en sentido vertical y horizontal, con más o menos rapidez. Cuando el cáncer ha invadido todo el espesor de la pared esofágica, tiende a propagarse por continuidad a los órganos vecinos al tumor.

Las vías respiratorias, a consecuencia de su situación en relación con este conducto, son las más fácilmente accesibles a esta invasión extralocal. MACKENZIE dice que en el momento de la muerte de los cancerosos esofágicos hay una invasión traqueal en un 20 por 100 de ellos. Algo menos frecuente es la del bronquio izquierdo y más raro aún el pulmón, el bronquio derecho y la laringe.

Consecuente de esta propagación es la perforación en vías respiratorias, especialmente la tráquea y el bronquio izquierdo, y se verifica bien por una ulceración del tejido canceroso o también por un absceso que, evacuado, la mayor parte de las veces por aparato respiratorio, deja un trayecto fistuloso residual.

Establecida la fistula esofagotraqueal o esofagobronquial, sobre la sintomatología clásica del cáncer esofágico se añaden unos accesos violentos de tos, que suelen aparecer tan pronto el enfermo ingiere alimentos sólidos o líquidos; estas quintas de tos, relacionadas con el momento de la deglución, tienen el máximo