

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

valor diagnóstico en vías respiratorias. Además de la tos es frecuente observar en la siguiente expectoración alimentos líquidos recién deglutidos.

A menudo la perforación pasa inadvertida clínicamente, sobre todo si faltan los síntomas esenciales de la neoplasia esofágica; entonces no es raro que se piense en una bronquitis putrida o en un absceso de pulmón. Pero este silencio clínico casi siempre suele corresponder

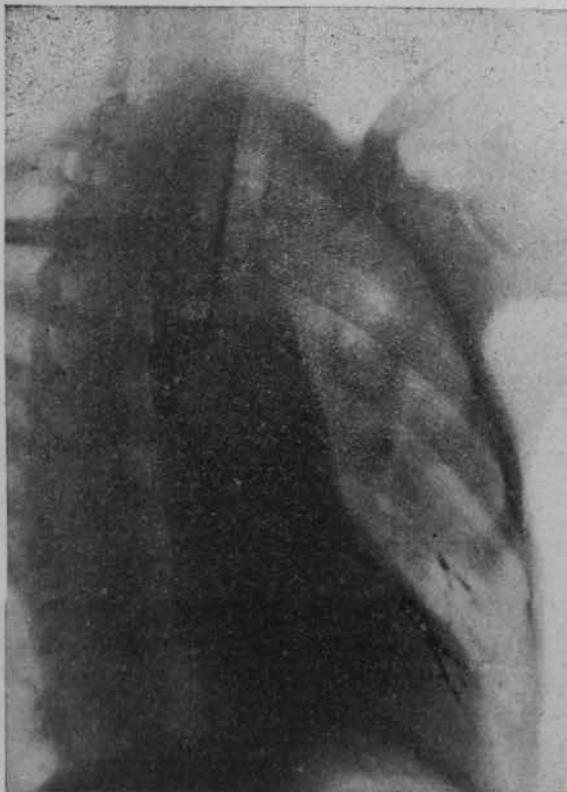


Fig. 1.—Tan pronto ingiere la papilla se dibuja la estenosis neoplásica y empieza a pasar el bario a bronquio izquierdo.

a aquellos casos que tienen un trayecto fistuloso, fino y anfractuoso.

El diagnóstico seguro nos lo da la exploración radioscópica y radiográfica del enfermo. Sobre la imagen típica del cáncer esofágico que asienta en las proximidades de la bifurcación bronquial se añade una derivación irregular de la papilla, con acceso de tos y penetración de ésta en los bronquios, dando una imagen arborizada e inconfundible.

Nosotros hemos observado recientemente un enfermo con cáncer esofágico perforado en bronquio izquierdo, caso que a continuación resumimos clínicamente, y del que son estas dos radiografías tan demostrativas de la complicación.

HISTORIA CLÍNICA NÚM. 723.

I. S. B. (Valencia de Alcántara), de cincuenta y tres años.

Hace treinta y cinco años, y durante diez, historia de acidismo gástrico a temporadas, que curó con tratamiento médico.

Hace ocho meses que nota disfagia, especialmente para los alimentos secos (pan y carne). Al principio se para la comida, pero al fin pasa con trabajo. Esta disfagia es variable de intensidad, de unos días a otros, pero va siendo progresiva. Desde el comienzo de la enfermedad, pérdida progresiva del apetito, más accentuada en este último mes, en el que se encuentra peor, y sólo pasa los alimentos líquidos; ha perdido 6 kilogramos de peso y muchas fuerzas. Desde hace un mes tose y expectora cada vez que deglute alimentos. Estreñido. Ha perdido color.

Hemograma.—3.620.000 hematies y 71 por 100 de hemoglobina.

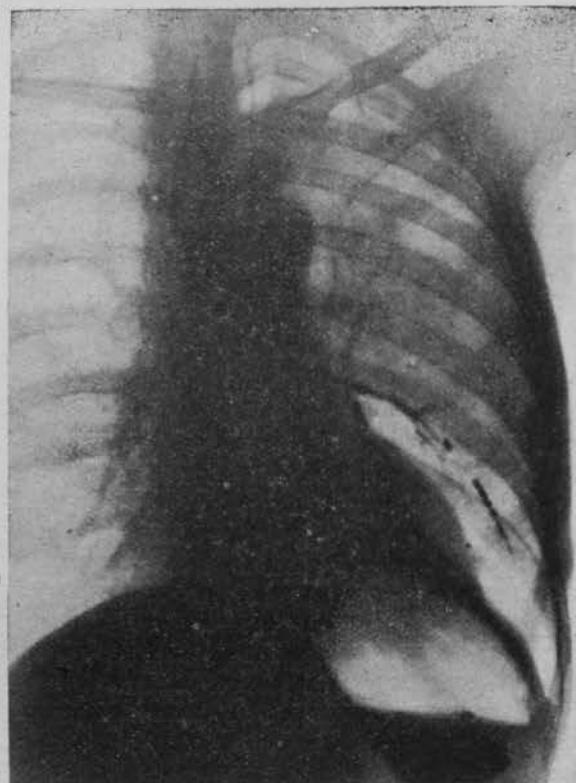


Fig. 2.—La misma demostración, un poco menos oblicua, para ver mejor el árbol bronquial izquierdo.

Orina, normal (albúmina, glucosa y acetona).

Exploración abdominal.—Nada de interés. Gran desnutrición.

Rayos X (Dr. ABRIL).—Tan pronto ingiere la papilla espesa de bario se llena el tercio superior de esófago, que está poco dilatado, y que en la parte inferior da una imagen de estenosis cónica, pero irregular. Colocado el enfermo en diámetro oblicuo derecho, vemos pasar un hilo de papilla por una zona irregular y anfractuosa, que provoca tos y expectoración al enfermo. Al cesar de toser se vuelve a observar a radioscopia, y nos encontramos con que la papilla ha pasado a las arborizaciones bronquiales izquierdas. Se le envía al Doctor ARRIBAS para hacer dos radiografías (figs. 1 y 2).

Diagnóstico.—Cáncer de esófago perforado en bronquio izquierdo.

Tratamiento.—Imposible hacer nada, como no sea una fistula gástrica alimenticia, a la que la familia no se anima.

RESUMEN.

Presentamos un caso de cáncer esofágico perforado en bronquio izquierdo, en un enfermo con ocho meses de sintomatología neoplásica. Responde a la forma bronquial más frecuente, que es en el lado izquierdo.