

mentados, muestran asimismo la gran probabilidad de explicar cómo estímulos emocionales diferentes, y vivencias más o menos fuertemente cargadas de angustia, puedan originar cambios cerebrales totalmente distintos, que a su vez es natural que repercutan sobre el funcionalismo somático, a través de su difusión en el organismo y los functionalismos diversos de éste, neurológicos, endocrinos, metabólicos, etcétera. Y viceversa cuando la corriente se hace de soma a psiquismo, o cuando se establecen circuitos anormales, círculos viciosos y reflejos condicionados que desorganizan, perturban o sencillamente cambian los functionalismos orgánicos, y en nuestro caso los sexuales.

Se podrá discutir las "localizaciones", y tantos detalles que para nuestro caso tienen menos importancia que lo expuesto (aunque no dejan de tenerla y muy grande en tantos otros aspectos); pero la importante significación de hechos de esta índole, permitiendo considerar un panorama interesantísimo para la corroboración y mejor compresión de los mecanismos de la ligazón psicosomática es indiscutible. Na-

turalmente, ello no quiere significar que para lo sexual, como para tantas y tantas neurosis, tengamos que defender doctrinas exclusivistas, sino que continuamos defendiendo la plurifactorialidad, en combinación con tantos otros factores, constitucionales, ambientales, psicogénos y otros.

SUMMARY

The importance of the psychogenesis of sexual disturbances in man is thoroughly examined from a psychiatric point of view.

ZUSAMMENFASSUNG

Vom psychiatrischen Standpunkte aus wird die wichtige Bedeutung der Psychogenese bei den männlichen Sexualstörungen besprochen.

RÉSUMÉ

On discute largement, au moins de vue psychiatrique, l'importance de la psychogénèse des troubles sexuels masculins.

NOTAS CLINICAS

COMENTARIOS A UN CASO DE URETEROCELE

L. CIFUENTES DELATTE y D. CENTENERA FONDÓN.

Clinica Médica del Profesor JIMÉNEZ DÍAZ (Hospital Provincial de Madrid). Servicio de Urología del Hospital de la Princesa (Jefe: Doctor L. CIFUENTES DELATTE).

La observación reciente de un caso de ureterocele en nuestros Servicios nos ha animado a su publicación por el interés que este proceso puede tener en el diagnóstico diferencial con otros procesos renales, sobre todo con la litiasis.

La enferma R. R. M., de veintidós años, cuenta que desde hace dos años, y habiendo estado bien hasta entonces, viene teniendo dolores en la región lumbar izquierda con irradiación hacia los genitales externos. Este dolor es casi continuo, aunque no siempre es intenso, agudizándose de vez en cuando en forma de un cólico nefrítico, que llega a durarle de una a dos horas. Cuando el dolor se agudiza cree que tiene fiebre.

En la exploración clínica no se encuentra nada anormal en tórax ni abdomen. Solamente se aprecia un dolor electivo a la presión en la fossa renal izquierda y dolor ligero en la fossa ilíaca del mismo lado. No se palpa el riñón izquierdo.

En el hemograma: 4,4 millones de hematies; hemoglobina, 87 por 100; V. G., 0,98; V. de S.: a la hora 12, a las dos horas, 24; índice, 12; leucocitos, 8.000 por mm³. Fórmula: Neutrófilos adultos, 57; en cayado, 4; linfocitos, 33; monocitos, 6.

Análisis de orina: Densidad, 1.026; indicios de albúmina: no glucosa. En el sedimento, ligera piuria (15 leucocitos por campo); escasos hematies (3 por campo); algunas células epiteliales pavimentosas.

Un examen ginecológico (Clínica del profesor G. ORCOYEN) no revela nada anormal.

Con el diagnóstico previo de probable litiasis renal izquierda, acaso con hidronefrosis consecutiva, es trasladada a la Clínica de Urología del Hospital de la Princesa, donde ingresa en el mes de junio de 1949.

Allí se vuelve a comprobar ligera piuria con abundantes gérmenes de tipo colibacilar. Una radiografía simple de ambos riñones no revela nada anormal. En la urografía intravenosa se observa buena función renal en ambos lados, con imágenes normales de ambas pelvis y cálices, sin signos de hidronefrosis. Solamente se aprecia una dilatación de la porción terminal intravesical del uréter izquierdo, que adopta un aspecto quístico, y lo mismo, aunque en mucho menor grado, en la porción correspondiente del uréter derecho (fig. 1). En una radiografía hecha poco después (fig. 2) se aprecia que, mientras el uréter derecho está vacío y la vejiga se ha llenado de medio de contraste, el uréter izquierdo no se ha vaciado y su dilatación terminal quística aparece más grande.

Ya con la evidencia radiológica de un ureterocele se practica una cistoscopia, en la que se comprueba su existencia, apreciándose una dilatación quística intravesical de ambos uréteres, más grande en el lado izquierdo, que es en el que la enferma aqueja sus molestias. En la cúpula del ureterocele derecho aparecía el orificio ureteral muy fino, que no pudo ser cateterizado. El orificio ureteral izquierdo no pudo ser descubierto en repetidas endoscopias. El carmín de indigo se eliminaba muy bien por el orificio ureteral derecho, pero en cambio no se apreciaba por el lado izquierdo. Aparte de esto, había una zona de inflamación de la mucosa vesical, en la zona situada entre ambos ureteroceles, con

finas seudomembranas fibrino-purulentas. El epitelio vesical presentaba en la mucosa de la mitad inferior de la vejiga muchos pequeñísimos quistecitos con el aspecto de la cistopatía quística diseminada. La imagen cistoscópica se reproduce en la figura 3, en la que pueden verse ambos ureteroceles, con la zona intermedia



Fig. 1.

de mucosa inflamada y la fina degeneración quística del epitelio vesical. En ocasiones, el ureterocele del lado izquierdo adquiría aún mayor volumen, y entonces la distancia entre ambos era aún más breve que la representada en esta figura.

Para el tratamiento se procedió entonces a practicar una resección transuretral de la porción superior del ureterocele izquierdo con el resectoscopio de Nesbit, no actuando sobre el ureterocele derecho por su pequeñez y por no producir síntomas. Con un solo corte se extirpó un gran trozo de la pared mucosa del ureterocele con lo que éste se colapsó inmediatamente. El curso postoperatorio fué normal y la enferma fué dada de alta al cabo de algunos días. Algun tiempo después se realizó una revisión endoscópica, que demostró la total desaparición del ureterocele y la existencia de un orificio ureteral

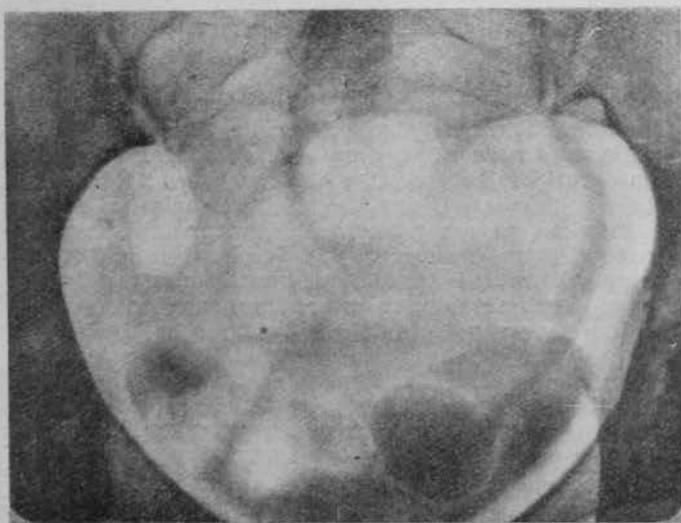


Fig. 2.

izquierdo bastante amplio y algo dilatado. El dolor renal, constante, de la enferma desapareció por completo y sus crisis agudas no se presentaron más durante los meses en que ha sido observada.

En la epicrisis de este caso podemos llegar a la conclusión de que se trataba de un uretero-

cele bilateral, permeable, que el lado izquierdo se hacia transitoriamente impermeable para la orina, originándose entonces retención con dilatación dolorosa de la pelvis y uréter izquierdos, simulando crisis de litiasis. Que la obstrucción no era completa, lo demuestra el hecho de la buena función renal, juzgada por la eliminación satisfactoria del medio de contraste en la urografía, y, además, la ausencia de hidronefrosis. Es muy posible que la cistitis coexistente determinase periódicamente, por la inflamación de la mucosa que recubre el ureterocele, obstrucción intermitente del orificio ureteral, sin duda existente aunque no descubierto por endoscopia, hasta que, remitido el proceso inflamatorio, la orina pudiese pasar a la vejiga sin inconveniente alguno.

El ureterocele constituye, en efecto, una de

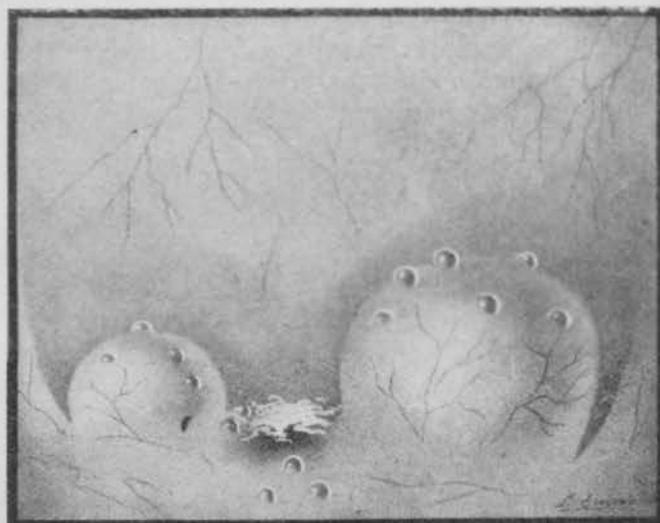


Fig. 3.

las causas de dolores del tipo del cólico nefrítico, así como de otras molestias que citaremos más adelante.

Este tipo de dilatación quística de la porción terminal de uno o de ambos uréteres se produce probablemente, por alteraciones disontogénicas de la vejiga. En los primeros estadios del desarrollo embrionario, y hasta que el feto alcanza una longitud de 28 mm., el uréter está separado de la vejiga por una membrana que más tarde va a constituir la mucosa que rodea el orificio ureteral. Si por anomalías del desarrollo esta membrana no se perfora, la presión de la orina sobre ella vendrá a determinar la dilatación quística de la misma (ureterocele ciego). Lo más frecuente, sin embargo, es que la membrana coexista con un orificio ureteral estrechado; en este caso la presión de la orina determina igualmente la propulsión de la membrana, transformándola en un quiste, en cuya superficie se abre el orificio ureteral (ureterocele permeable).

La primera modalidad es de observación muy rara: MERTZ y sus colaboradores, en una revisión de la literatura urológica hasta 1949, en-

contraron solo 38 casos. DOURMASHKIN duda de la existencia de los ureteroceles ciegos, ya que en uno así clasificado encontró un orificio minúsculo, sólo apreciable al examen microscópico.

En cambio, los ureteroceles permeables—a cuyo tipo pertenece, según dijimos, nuestro caso—son de observación más frecuente. Según GOLDBERG, en 1932 había unos 300 casos comunicados en la literatura. Parece bastante más frecuente en el sexo femenino que en el masculino, observándose sobre todo en clínica urológica infantil, donde la mayoría de las afecciones urológicas son de tipo congénito: una de las causas más frecuentes de piurias persistentes y de infecciones urinarias en los niños es el ureterocele congénito. CAMPBELL, con su gran experiencia de urología pediátrica, afirma que el ureterocele se encuentra en uno de cada 30 casos de afecciones urológicas infantiles.

El ureterocele suele coexistir con otras malformaciones congénitas; en los casos de duplicidad ureteral se presenta en el orificio suplementario más anormal, que suele ser el orificio inferior, donde desemboca el uréter originado en la pelvis renal superior, como es la regla anatómica en estos casos. La frecuencia de presentación del ureterocele en los niños, y su asociación a malformaciones congénitas, ha reforzado la opinión generalizada que atribuye también carácter congénito al ureterocele. La importancia patogénica de la estenosis del meato ureteral, afirmada por la mayor parte de los autores, y comprobada también en nuestra experiencia urológica, tiene el inconveniente, para su plena aceptación, de presentar algunos puntos oscuros, sobre todo la existencia de auténticos ureteroceles sin estrechez del orificio ureteral. Acaso se trate, en estos casos, de obstáculos más bien de tipo dinámico, dependientes de disfunción del meato, como en las achalias.

La sintomatología que presenta el ureterocele es variable. La más frecuente es un dolor renal, ya continuo, aunque con alternativas de intensidad, ya en forma de crisis más o menos violentas del tipo del cólico nefrítico, como ocurrió en nuestro caso (infección asociada como causa de oclusión transitoria). El estasis urinario puede llevar a la litiasis secundaria. La infección renal ascendente puede determinar cuadros de pielonefritis con su habitual sintomatología.

Finalmente, sin el menor dolor o molestia, el ureterocele es causa de hematurias silenciosas, de origen renal, por la distensión de los cálices, como en cualquier otra hidronefrosis, sea cual sea su etiología. En otras ocasiones, cuando la dilatación quística tiene gran tamaño, dominan los síntomas vesicales. En casos extremos, un ureterocele gigante puede hacer propulsión a través de la corta uretra femenina, y salir al exterior por el meato uretral como un tumor liso, blando y pediculado.

El diagnóstico se lleva a cabo, casi siempre, por cistoscopia. A veces no resulta fácil su diferenciación de una tumoración vesical; pero llama la atención la redondez y el aspecto liso de la superficie del ureterocele, así como su consistencia blanda, si ésta se comprueba con un catéter.

Una particularidad del ureterocele es la variabilidad de su tamaño, comprobada en distintas ocasiones y aun en el curso de una misma observación. En la pared de muchos ureteroceles persisten algunas fibras musculares, cuya contracción determina un vaciamiento parcial del quiste, con la consiguiente disminución de su tamaño. Aparte de ello, su situación en la base vesical, en la zona de uno o de ambos orificios ureterales, facilitará el diagnóstico. La mucosa que los recubre suele ser completamente normal.

También puede hacerse perfectamente el diagnóstico con la urografía descendente, pues hay imágenes muy características como en el caso que comentamos. Un ureterocele con estrechez muy acentuada del orificio ureteral puede determinar una obstrucción tal que lleve a la anulación funcional del riñón correspondiente por uretero-hidronefrosis extrema. En este caso, la urografía no señalará más que la ausencia de la eliminación de la sustancia de contraste por el lado afecto. Felizmente, esta destrucción renal se ve muy pocas veces, y generalmente el riñón conserva una función muy estimable y elimina la sustancia de contraste con suficiente intensidad para que en la urografía aparezca la típica imagen redondeada del ureterocele dentro de la imagen vesical. Otras veces la imagen del ureterocele es más bien elíptica, y ha merecido el nombre de imagen en cabeza de serpiente, tanto más adecuado cuanto que se continúa luego con el cuerpo alargado del uréter. En otras ocasiones, el espesor de la pared del ureterocele es lo suficientemente grande para que aparezca en la positiva de la urografía como un anillo blanquecino. Es también frecuente que haya diferencias de intensidad de sombra entre el ureterocele y el resto de la vejiga. Casi siempre la imagen del ureterocele tiene mayor densidad, pues contiene orina con fuerte proporción de la sustancia de contraste inyectada, en tanto que la vejiga puede estar llena de orina anterior a la inyección de esta sustancia y, por lo tanto, con sombra poco densa. Otras veces, en casos de ureterocele unilateral de gran tamaño, la imagen de éste puede aparecer como una falla dentro de una densa sombra vesical, lo que se explica por la buena eliminación del riñón sano, que vierte gran cantidad de sustancia de contraste a la vejiga, en tanto que apenas es eliminada por el riñón enfermo y, por lo tanto, apenas existe en el interior del ureterocele.

En cuanto al tratamiento, abogamos decididamente por las intervenciones endoscópicas, ya que las operaciones abiertas no dan ninguna

garantía de obtener mejor resultado que con una intervención transuretral, que es siempre más benigna.

Algunos autores, entre ellos VON LICHENBERG, realizaban la apertura del ureterocele a vejiga abierta. La mayoría ha preferido las intervenciones endoscópicas. La dilatación del orificio ureteral no es aconsejable, pues sus resultados son muy inseguros y, además, el sondaje del meato no siempre es posible. Se han llevado a cabo secciones de la pared del ureterocele con minúsculas tijeras, utilizadas en la cirugía endoscópica, y muy buenos resultados se han obtenido destruyendo la pared del ureterocele con algunos puntos de electrocoagulación profunda. Nosotros preferimos la apertura del ureterocele con el asa del resectoscopio, es decir, su resección endoscópica transuretral. El ureterocele se colapsa inmediatamente, y la gran brecha que el asa del resectoscopio abre en su pared evita totalmente que aquél pueda volver a formarse; es notable ver cómo se retrae y llega a desaparecer, después de su apertura con el asa del resectoscopio, hasta el punto de que algunas semanas más tarde se puede ya apreciar por cistoscopia un nuevo orificio ureteral, situado en el punto donde abocaba el uréter a la cavidad del ureterocele, y que suele ser siempre un meato ureteral algo dilatado. El reflujo vésico-ureteral es frecuentísimo en estas condiciones, pero produce muchos menos trastornos que los que causaba el ureterocele, a lo sumo una ligera molestia en el momento de la micción, que en casos de observación personal desapareció paulatinamente.

En resumen, el ureterocele es una afección relativamente frecuente, pero no demasiado bien conocida, causa de dolores renales y de accesos violentos de cólico nefrítico, y origen a veces de graves hidronefrosis, que puede ser fácilmente diagnosticada no sólo por el urólogo, sino también a veces por el médico general, en virtud de los datos que proporciona la urografía intravenosa, y cuyo tratamiento endoscópico, sencillo y eficaz, puede tener la mejor repercusión sobre las molestias del enfermo y sobre la evolución del uréter y el riñón afectos.

ULCERA DUODENAL EN HERMANOS GEMELOS UNIVITELINOS

E. FRANQUELO RAMOS.

Hospital Civil Provincial de Málaga.

En el desarrollo de todo proceso patológico intervienen dos grandes constelaciones de causas. Los agentes etiológicos externos, de extensas y variadas gamas que no son necesarios detallar, y el organismo receptible, con sus

particulares reacciones modeladas por la herencia, constitución e inmunidad. De la coordinación o antagonismo entre ellos depende que la enfermedad se desarrolle o evite.

Uno de los problemas actuales, planteados con más acuciante interés, es dilucidar el papel que juegan estos dos grandes grupos de factores, para que las enfermedades prendaen.

Estudiar cómo se desenvuelven los procesos patológicos en hermanos gemelos, preferentemente en los univitelinos, ofrece la inapreciable ventaja de que uno de los dos mencionados factores, el orgánico en estos casos, queda igualado, por ser idéntica la herencia, constitución y temperamento.

Esto explica la preferencia que siempre han suscitado estos estudios en todos los sectores de la Patología. Así la evolución de la tuberculosis en los gemelos ha sido investigada por DIEHL, KALLMANN y LEISER, y la de las enfermedades tumorales por MCKLIN.

No podía quedar ausente de ellos la patología gástrica, tan recargada en su etiología de factores hereditarios y constitucionales. Los casos de úlceras gástricas en hermanos gemelos no están reseñados en la literatura con gran frecuencia, pero sí hay algunas menciones que merecen ser destacadas.

En esta misma Revista, RODA PÉREZ¹ ha descrito el de dos hermanas gemelas de treinta y un años de edad, una de ellas operada de gastrectomía por úlcera de duodeno y la otra con signos radiológicos indudables del mismo proceso.

En 1936 refirió HERFORT² el de dos gemelos pertenecientes a familia con fuerte tara de afecciones gástricas, que ya a los doce años de edad presentaban intensos trastornos de la secreción y de la morfología de los pliegues del estómago.

Los de ROBINSON³ padecieron simultáneamente úlcera duodenal e hiperparatiroidismo, si bien las dos enfermedades no se desarrollaron en la misma época.

VACHON, LEHMANN y CHEVALIER⁴ presentaron, en la sesión del 4 de junio de 1950 de la Sociedad Francesa de Gastroenterología de la región de Lyon, las historias clínicas de dos hermanos gemelos univitelinos de cuarenta y cinco años de edad, uno de ellos operado ya de úlcera duodenal perforada y el otro sometido a tratamiento médico por la misma afección.

Recientemente, IVY y FLOOD⁵ han publicado el de dos hermanos gemelos ulcerosos, y por cierto médicos de profesión.

Si profundizamos en el estudio de esta cuestión, encontramos las siguientes particularidades dignas de ser resaltadas. Las úlceras desarrolladas en los hermanos gemelos presentan siempre en una misma pareja la misma localización anatómica, bien gástrica o duodenal, sin discordancia entre ellos. El cuadro clínico se manifiesta en los dos hermanos siguiendo un estrecho paralelismo, tanto en las manifestaciones de su sintomatología clínica como en las