

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

Algunos autores, entre ellos VON LICHTENBERG, realizaban la apertura del ureteroceles 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 ureteroceles con minúsculas tijeras, utilizadas en la cirugía endoscópica, y muy buenos resultados se han obtenido destruyendo la pared del ureteroceles con algunos puntos de electrocoagulación profunda. Nosotros preferimos la apertura del ureteroceles con el asa del resectoscopio, es decir, su resección endoscópica transuretral. El ureteroceles 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 ureteroceles, 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 ureteroceles, a lo sumo una ligera molestia en el momento de la micción, que en casos de observación personal desapareció paulatinamente.

En resumen, el ureteroceles 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 afectados.

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 acuciente interés, es dilucidar el papel que juegan estos dos grandes grupos de factores, para que las enfermedades prendan.

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

fechas de su iniciación y en la forma de evolucionar. Las complicaciones que sobrevienen en el curso de ésta afectan con frecuencia por igual a los dos hermanos. Así han sido publicados casos de hermanos gemelos que en fechas próximas sufrieron perforaciones gástricas por SCHINDLER⁶ en univitelinos y por KIDD⁷ en bivitelinos, y con complicaciones de hematemesis o melena por MCHARDY y BROWNE⁸, ALVAREZ⁹ e IVY y FLOOD⁵, todos éstos en univitelinos.

Estos antecedentes justifican que demos a la publicidad, reducidas a sus términos más esenciales, las siguientes historias clínicas de dos hermanos gemelos.

Historia 1.—F. G. R., de diecinueve años de edad, natural de un pueblo de la provincia de Málaga. Profesión, labrador. Consulta por primera vez en abril



Fig. 1.

de 1949. Antecedentes familiares: Padres fallecidos a edades avanzadas. No existen antecedentes en la familia de enfermedades del aparato digestivo. Son siete hermanos, que viven sanos.

Antecedentes personales: Nació de parto gemelar. Enfermedades anteriores sin importancia. Hace tres años fué operado de apendicectomía en el curso de un ataque agudo.

Enfermedad actual: Hace ocho meses, sensación de ardor, molestias y opresión en epigastrio durante un mes. Los dos siguientes los pasó libre de ellas, pero hace cinco meses bruscamente se le han reproducido, pero ya con dolor acentuado, preferentemente una hora antes de las comidas, que le desaparecen con éstas y le repite tres o cuatro horas después. Algunas veces, dolor durante la madrugada. Ardores. Obra bien. Como las molestias le continúan casi ininterrumpidamente desde hace cinco meses, se decide a consultar.

Exploración: Nada anormal en los aparatos respiratorio, circulatorio y nervioso. En abdomen se aprecia la cicatriz operatoria por la apendicitis y se acusa dolor a la palpación en epigastrio, así como zona de Head positiva en región duodenal.

Análisis de la orina: Sin elementos anormales. Recuentos globulares normales, serología negativa.

Análisis del contenido gástrico: Extracción efectuada una hora después de la ingestión de 300 c.c. de agua con una pastilla de Prisol: A. L., 2,40 por 1.000. A. T., 3,90 por mil.

Rayos X: Tórax, normal. Tránsito por esófago, normal. Estómago de forma vertical, con polo inferior más alto de la línea de las crestas ilíacas. Pliegues de mucosa gruesos, curvaturas mayor y menor lisas y normales. Duodeno con contorno deformado y sombra de nicho en base, dolorosa a la palpación (fig. 1). Evacuación gástrica completa en cuatro horas. Colon, normal.

Diagnóstico: Ulcus duodenal. Se le prescribe régimen alimenticio y tratamiento médico adecuado.

Historia 2.—J. G. R. Profesión, labrador. Es hermano gemelo del anterior. Se presenta en la consulta en diciembre de 1949. Refiere como único antecedente importante que, igual que su hermano gemelo, fué operado de apendicectomía en el curso de una crisis aguda, ocurrida precisamente unos dos meses antes que la de aquél. Desde hace seis meses viene presentando dolor en epigastrio con propagación a hipocondrio derecho, con preferencia antes del almuerzo y por la tarde, acompañado de intenso ardor y pirosis, y que se le calma con la ingestión de alcalinos y alimentos. No le despierta por la noche. Evacuación intestinal normal.



Fig. 2.

En los últimos quince días estas molestias han sido más fuertes, lo que le ha decidido a consultar.

La exploración de los sistemas respiratorio, circulatorio y nervioso son normales. Nada anormal se acusa en los análisis de orina, recuentos globulares y serología.

La acidez del contenido gástrico después del estímulo del Frisol acusa una acidez de: A. L., 3,25 y A. T., 4,40 por 1.000.

Rayos X: Radioscopia de tórax, normal; ídem de esófago, normal. Estómago con tono disminuido y pliegues gruesos y paralelos, curvaturas lisas y sin deformaciones y desplazables a los cambios de posición. Duodeno, se efectúa el tránsito fácilmente, pero se acusa intensa deformación y nicho pequeño en base (fig. 2). La evacuación de estómago es completa a las seis horas de la ingestión. No se aprecian anomalías ni en el tránsito por intestino delgado ni por colon.

Diagnóstico: Ulcus duodenal. Es sometido, igual que su hermano, a reposo, régimen de alimentación severo y tratamiento médico.

Después de la exploración del segundo hermano, interesados por las circunstancias de ser gemelos y presentar la misma localización ulcerosa, los hicimos venir juntos a la consulta, para examinarlos comparativamente.

Frente a frente, la semejanza es tal que parecen ser uno del otro su propia imagen reflejada en un espejo (fig. 3). Tienen la misma actitud de los movimientos al andar o sentarse y la misma expresión de la cara al hablar, saludar o reír. Inconscientemente practican los dos el vicio de curvar la ceja izquierda durante la conversación, reduciendo considerablemente la parte visible del globo ocular.

La similitud que percibimos a la primera impresión visual se confirma si efectuamos mediciones comparativas. La talla es igual para



Fig. 3.

ambos (1,61 m.) y son idénticas las longitudes de brazos, piernas y perímetros torácicos y abdominales. Sólo hay una pequeña diferencia de peso, de 56 kilogramos a favor de F. contra 54 que presenta J., que no merman las analogías señaladas.

Si aplicamos a esta pareja el esquema que trazara von VERSCHUER¹⁰, para diferenciar los gemelos bivitelinos de los univitelinos, llegamos fácilmente a la conclusión de que se trata de esta segunda variedad. Abonan este aserto los siguientes datos: Presentan la misma talla, constitución y morfología global. Si procedemos a analizar comparativamente entre los dos hermanos, un conjunto de detalles, tales como configuración de cráneo y cara, perfil nasal, trazado de los pliegues del pabellón de la oreja y forma del lóbulo de ésta, y colocación de los dientes, obtenemos una perfecta coincidencia en todos sus rasgos. Tienen también carácter distintivo el color de pelos y ojos, trigueños los primeros y claros los segundos, con la misma tonalidad entre la pareja historiada, pero de más oscuro matiz en los restantes hermanos.

En la esfera psíquica y somática el parecido se mantiene. Ellos expresan con frases muy gráficas la comunidad de destino que los une, diciendo "que lo que le sucede a uno le ocurre al otro al poco tiempo". Esta afirmación tiene

en la patología su correspondiente corroboración, puesto que el proceso de apendicitis aguda que sobrevino primeramente en F. fué seguido a los tres meses por otro igual en su hermano, obligando a las correspondientes intervenciones quirúrgicas.

La enfermedad ulcerosa muestra, como hemos resaltado ya que es típico en los hermanos gemelos, la misma localización en los dos, la duodenal, y la misma evolución, puesto que no han presentado complicaciones y han respondido al tratamiento médico con la desaparición del dolor y de las molestias durante los dos años que hasta ahora comprende la observación en ellos.

La vida de los dos hermanos se ha desenvuelto bajo el mismo conjunto de circunstancias externas. Pertenecen a familia dedicada desde varias generaciones al cultivo por arrendamiento de la tierra; han efectuado, pues, en sus trabajos habituales las mismas actividades, clases y horarios. Tienen la residencia en la misma zona, lo que lleva consigo los mismos tipos de alimentación, de su condimentación y del agua ingerida. Son los dos solteros y no hacen vidas independientes, sino que éstas se desenvuelven en el seno familiar, con la consiguiente comunidad para ambos del tono psíquico y ambiental.

Todo este conjunto de factores externos: alimentación, agua que beben, clase de trabajo, clima y ambiente psíquico son comunes para toda la familia, y a él están también sometidos los cinco restantes hermanos, que no aquejan padecimientos gástricos, así como tampoco los antecesores familiares; pero como siempre ocurre, este conjunto de factores sólo actúa en los que tienen una constitución predispuesta, y en este caso, como ésta es similar en los dos hermanos gemelos, la enfermedad ulcerosa se reproduce en ambos en idéntica forma.

Sobre el papel que la constitución juega en el desarrollo de esta enfermedad nos remitimos a otra publicación nuestra¹¹.

RESUMEN.

Se refieren las historias clínicas de dos hermanos gemelos univitelinos. Como antecedentes figuran haber padecido ambos, con tres meses de intervalo, de apendicitis aguda, con la consiguiente intervención quirúrgica. Posteriormente han presentado los dos hermanos úlceras de duodeno, con coincidencias en las localizaciones, sintomatologías y evoluciones clínicas.

BIBLIOGRAFIA

1. RODA PÉREZ.—Rev. Clín. Esp., 26, 337, 1947.
2. HERFORT.—Boas Arch., 59, 321, 1936.
3. ROBINSON.—Rev. Gastroenterology, 14, 484, 1947.
4. VACHON, LEHMANN y CHEVALIER.—Arch. d. Mal. Appar. digest., 29, 1012, 19 0.
5. IVY y FLOOD.—Gastroenterology, 14, 375, 1950.
6. SCHINDLER.—Chirurg., 7, 327, 1935.
7. KIDD.—Brit. Med. J., 1, 449, 1938.
8. MCHARDY y BROWNE.—Journ. Am. Med. Ass., 124, 503, 1944.
9. ALVAREZ.—Gastroenterology, 8, 678, 1947.
10. VON VERSCHUER.—Acta Médica, 1, 3, 1941.
11. FRANQUELO y LINÁREZ MAZA.—Rev. Clín. Esp., en publ.