

Dr. Osés. — Señaló que le llamaba la atención el volumen herniario intratorácico en una y otra radiografía. Dijo que quizás podría haberse completado el estudio radiológico mediante una radiografía en Trendelenburg para poder así visualizar el hemidiafragma izquierdo si el supuesto líquido pleural se desplazaba con el cambio de posición.

Dr. Sueiras. — Citó un caso presentado en una reciente conferencia por el Dr. Álvarez Coca sobre eventraciones, en el que el estómago llegaba a nivel de la clavícula. Dijo que era realmente un caso excepcional, ya que, como había dicho el Dr. Vilar, era lógico establecer el diagnóstico de hernia cuando el órgano se visualiza a nivel de la clavícula.

RESPUESTAS DEL CONFERENCIANTE: *Al Dr. Gómez Gómez.* — Dijo haber considerado que esta hernia no se había producido a través de alguno de los orificios normales, considerando como tales a los orificios que más frecuentemente facilitaban el paso de hernias, como el hiatus esofágico y el hiatus de Morgagni.

El Dr. Gómez intervino de nuevo para afirmar que debía considerarse como un orificio no patológico el foramen de Bochdalek y que cuando aumentaba por una alteración congénita podía dar lugar a la provocación de hernias.

El Dr. Vilar Bonet se mostró de acuerdo en admitir que el citado hiatus pleuroperitoneal de Bochdalek era un orificio normal y tan sólo su agrandamiento resultaba patológico.

Al Dr. Sueiras. — Dijo que en el caso citado del Dr. Álvarez Coca debía existir una agenesia del pulmón izquierdo, pues de no ser así no se puede comprender cómo en la eventración diafragmática el estómago puede llegar a ascender hasta el nivel de la clavícula.

SÍNDROME DIARREICO POR LITIASIS URETERAL

J. SALVATELLA SERRA

En los enfermos urinarios, concretamente los litiasicos, es frecuente observar toda una gama de síntomas digestivos que pueden, a veces, alcanzar gran importancia.

Cuando en tales enfermos los síntomas urinarios son evidentes el diagnóstico es fácil y se presta poco a errores. No así en muchos otros enfermos que, aun siendo fundamentalmente urológicos, la clínica permanece latente, siendo los síntomas digestivos los únicos que se manifiestan. El error diagnóstico es, entonces, fácil. A estos enfermos dedicamos esta comunicación y, en forma especial, a las formas diarreicas.

Los síntomas digestivos que pueden presentar los enfermos urológicos y, concretamente, los litiasicos, son muy variados.

a) *Dolores cólicos.* — Pueden presentarse bajo distintos matices, correspondiendo siempre a espasmos cólicos más o menos intensos y más o menos duraderos. Pueden ser discretos, no llamando particularmente la aten-

ción, o ser muy intensos, mejorando o cesando tras la expulsión de gases o de la emisión de unas deposiciones pastosas. El diagnóstico es de crisis suboclusiva que puede hacer pensar, incluso, en la neoplasia cólica. Los dolores del lado derecho pueden simular una apendicitis.

b) *Meteorismo*. — Es fiel acompañante de todo cólico nefrítico. Si no existen síntomas urinarios y se presenta aisladamente, los diagnósticos que puede sugerir son múltiples. Con frecuencia el meteorismo acompaña a las formas dolorosas señaladas.

c) *Diarrea*. — Cuando en enfermos litiásicos se presenta diarrea, sin síntomas urológicos, el diagnóstico es muy difícil. Muchas veces ello no se consigue hasta que, meses o años más tarde, se presenta un cólico nefrítico que nos pone sobre la pista del diagnóstico verdadero.

Los enfermos que estudiamos presentaron una diarrea discreta, con 3-4 deposiciones al día, preferentemente matutinas y, a veces, postprandiales. Tales deposiciones se acompañan siempre de dolores cólicos más o menos intensos. La mayoría de los casos estudiados, por no decir todos, eran litiásicos izquierdos y, en justa correspondencia — ya hablaremos de ello más adelante —, los dolores eran también de este lado.

Estos dolores suelen preceder a las deposiciones, calmando tras ellas. Su intensidad es variable, muchas veces muy discreta. En ocasiones, sin embargo, son bajos e intensos, con ganas imperiosas de evacuar el vientre. Estos casos pueden corresponder a cálculos ureterales bajos, situados ya en las proximidades del meato urinario.

Las deposiciones son pastosas y, a veces, semilíquidas. Es frecuente la emisión de moco abundante, claro, transparente, no inflamatorio — mixoneurosis —. Los casos de cálculo bajo se acompañan muchas veces de rectitis, en ocasiones muy llamativas y que pueden contribuir al cuadro clínico con la presencia de sangre roja poco abundante, regando las deposiciones o poco mezclada con ellas.

Dato interesante de este tipo de diarrea son sus períodos de calma. En su evolución se van alternando fases de actividad con otras de normalidad, lo que puede confundir todavía más el diagnóstico. Estas alternancias podrían corresponder a los movimientos del cálculo dentro del uréter.

La *coprología* no es demostrativa y no conduce al diagnóstico. La digestión del régimen de prueba en el intestino delgado es correcta, no hallándose restos alimenticios en las deposiciones. Suelen ser heces alcalinas con moco no inflamatorio más o menos abundante, a veces constituyendo la mayor parte de la deposición. Puede abundar la celulosa en forma de celdas vacías de patata. No existen síntomas de colitis. La mayoría de los casos estudiados llevaron, como diagnóstico coprológico, la etiqueta de "digestión normal, tránsito cólico rápido".

La *radiología* no muestra tampoco signos de interés. La papilla discurre por el intestino delgado a un ritmo normal o ligeramente acelerado, sin alteraciones morfológicas. El tránsito por el colon es rápido, sobre todo

en lo que se refiere al descendente. Es curioso observar la concomitancia de dolico colon con este tipo de diarrea.

En estos casos de diarrea, sin síntomas urológicos, el enfermo puede pasar mucho tiempo sin diagnóstico o con diagnóstico equivocado.

Enfermo D. O., 28 años. Desde hace 5 años diarrea, sobre todo matutina, con algún retortijón. Ningún antecedente de interés. Esta diarrea no es constante, pues tras quince días o un mes de presentarla aparecen períodos de bienestar durante los cuales las deposiciones son completamente normales. Radiología: tránsito por el intestino delgado normal, sin alteraciones morfológicas. Tránsito por el colon rápido. Dolico colon. Coprología: heces alcalinas, sin restos alimenticios, celulosa digestible abundante, albúmina disuelta negativa.

Con estos datos, a los que hay que añadir también la personalidad del enfermo, muy nervioso, se etiquetó de "colon irritable". Con tratamiento mejora de forma poco convincente y durante más de un año seguimos en el dispensario sus alternativas, hasta que un día aparece un síntoma nuevo: tiene molestias urinarias. Se practica urografía, se observa un gran cálculo ureteral izquierdo que obliga al urólogo a intervenir quirúrgicamente. A partir de aquel momento cesa por completo el síndrome diarreico presentado por el enfermo.

Enfermo A. C., 56 años. Desde hace varios años historia clínica muy parecida a la anterior, sin síntoma urinario alguno. Exploración también similar, sin dolico colon. El tratamiento tiene escaso éxito y el paciente sigue con su diarrea durante mucho tiempo. En una de las visitas vemos al enfermo apoyar el pie en el suelo con cierta dificultad. Preguntándole sobre ello nos explica que desde hace unos días presenta un dolor bastante intenso en el dedo gordo del pie derecho. Casi por rutina ponemos al enfermo ojo avizor sobre su orina, que nos la presenta días más tarde con gran cantidad de "arenilla" úrica macroscópica. No practicamos urografía por no disponer el enfermo de medios económicos para ello. Instauramos tratamiento con antiespasmódicos y disolventes úricos, expulsando más arenilla y un pequeño cálculo también úrico. A partir de entonces cesan por completo las diarreas.

En estos enfermos la anamnesis tiene que ser muy cuidadosa, pues aunque el síndrome diarreico por el cual el paciente acude a la consulta no se acompaña de síntomas urológicos, éstos se pueden haber presentado con anterioridad y servirnos para ponernos sobre la pista del buen diagnóstico. Así, no hay que despreciar cólicos nefríticos más o menos antiguos, molestias urinarias más o menos constantes o, incluso, crisis suboclusivas sin justificación.

Enferma E. C., 47 años. Desde hace 2 años cambia el ritmo de su evacuación intestinal. De estreñida crónica pasa a diarreica: 4-5 deposiciones diarias, con moco abundante, con dolores cólicos izquierdos, a veces muy intensos. Por rayos X se descubre un dolico colon principalmente a expensas del colon descendente, con una gran vuelta a nivel del ángulo esplénico. Todo ello parece justificar las molestias. Se instaura tratamiento para compensar dicho dolico colon y fracasa. Se practica colecistografía, que resulta normal. Sigue la enferma con sus molestias y su diarrea durante muchos meses hasta que, tras un cólico nefrítico izquierdo, expulsa un cálculo. Tras ello, desaparecen los dolores cólicos y cesa automáticamente la diarrea. Tres años antes había presentado una crisis abdominal con las características de una oclusión. Tan impresionante fue el cuadro

que se llegó a laparotomizar, encontrándose el cirujano con un intestino, aparte del dolicocolon, completamente normal, sin causa que justificara la oclusión. Repasando el caso nos dimos cuenta que no valoramos como se debía la crisis oclusiva con que debutó la historia, que es la que debía habernos puesto en el camino del diagnóstico.

Enfermo J. D., 55 años. Antecedentes: dos cólicos nefríticos, uno hace 8 años y otro hace 2 años. *Enfermedad actual*: diarrea, preferentemente matutina, con dolores abdominales, principalmente izquierdos, a veces muy intensos, que calman tras la evacuación o expulsión de gases. Gran meteorismo. Aun sin dolores, frecuentes expulsiones de gas por la boca y el recto. Coprología no demostrativa. Radiología: dolicocolon muy manifiesto. Se trataba de un enfermo neurótico en gran extremo, lo que, evidentemente, fue un factor que se opuso a la buena marcha diagnóstica del caso. En efecto, dada su neurosis (nos llegaba a despertar a las tres de la madrugada para hacernos una verdadera exhibición de eructos por teléfono), su dolicocolon y su diarrea, se etiquetó de "colon irritable" sin mayores preocupaciones. Los tratamientos que sucesivamente se iban instaurando no dieron ningún resultado. Se practicó entonces una colecistografía, de la que resultó que el paciente era poseedor de una vesícula biliar llena de cálculos. Estábamos pensando en las posibilidades de una colecistectomía cuando se presentó, inopinadamente, un cólico nefrítico, desde luego izquierdo. No logramos salir adelante con este cólico, pues a los 6 ó 7 días el enfermo seguía sufriendo, con oliguria acentuada y amenaza de uremia. En vista de ello y pensando en la intervención, se practicó una radiografía, que demostró un cálculo en el uréter izquierdo. Se intervino, hallándose dicho cálculo clavado en las paredes del uréter. Después de su extirpación y a pesar del dolicocolon, de la neurosis y de la litiasis biliar, el enfermo no ha vuelto a aquejar diarrea, dolores abdominales ni meteorismos. Es evidente que en este caso no dimos la importancia que merecía a los cólicos nefríticos sufridos anteriormente por el enfermo.

ETIOLOGÍA. — Se trata, evidentemente, de diarreas reflejas, por tránsito rápido del colon descendente, cuyo punto de partida es el uréter.

La causa de tal reflejo queda explicada por la correlación nerviosa entre el uréter y el colon izquierdos.

En efecto, la existencia del "ganglio mesentérico inferior" de GIL VERNET y GALLART MONÉS pone en evidencia tal correlación y explica perfectamente la multitud de síntomas digestivos que acompañan a la litiasis renal. Dicho ganglio da ramas al riñón, uréter izquierdo, vejiga, próstata, vesículas seminales y otra rama — para nosotros la más interesante — que discurre a lo largo de la arteria mesentérica inferior.

Esto explica que sean precisamente los cálculos izquierdos los que den una mayor sintomatología digestiva ya que la arteria mesentérica inferior irriga precisamente la mitad izquierda del colon transversal, el descendente y el sigma.

La migración del cálculo a través del uréter traería consigo hechos inflamatorios que podrían ser la causa desencadenante de tal reflejo.

Por esta teoría nerviosa no quedan bien explicados los dolores del lado derecho — falsas apendicitis, por ejemplo — de punto de partida renal o ureteral. Aunque ello no forme parte del tema de esta comunicación diremos que se ha demostrado, más recientemente, la existencia de anaf-

tomosis de los linfáticos apendiculares con los renales y ureterales derechos. Según algunos autores ello podría explicar estas falsas apendicitis de punto de partida renal.

RESUMEN. — La permanencia o migración de un cálculo a través del uréter puede dar lugar, entre otros síntomas digestivos, a diarrea, la cual tiene las siguientes características:

- 1.° Se acompaña con frecuencia de dolores abdominales izquierdos.
- 2.° En muchos casos existe mixoneurosis.
- 3.° La coprología es poco demostrativa mostrando tan sólo un tránsito cólico rápido, sin signos de colitis.
- 4.° La radiología del tubo digestivo es normal, salvo el citado tránsito rápido.
- 5.° Puede acompañarse de un síndrome rectal, lo cual coincide muchas veces con una posición muy baja del cálculo en el uréter.
- 6.° Hemos observado muchas veces la concomitancia de este tipo de diarrea con un dolico colon.
- 7.° Esta diarrea cursa muchas veces por temporadas, las cuales no guardan relación con trastornos de la alimentación.
- 8.° Todos los casos observados correspondieron a litiasis izquierdas.

CONCLUSIONES. — Ante una diarrea del tipo reseñado hemos de pensar que pueda tratarse de un trastorno de punto de partida ureteral.

- 1.° Cuando fracasen los tratamientos establecidos.
- 2.° Cuando el enfermo presente antecedentes de litiasis urinaria o molestias urinarias más o menos antiguas.
- 3.° Cuando se haya descartado la posibilidad de la intervención de la vesícula biliar en el proceso.

DISCUSIÓN

DR. BADOSA. — Declaró que siempre que en un caso de diarrea no se pudiera descubrir una lesión intestinal, debían practicarse las investigaciones adecuadas a fin de descubrir el proceso que por vía refleja podía provocar la diarrea. Señaló la utilidad de practicar, como exploración sistemática, el examen de la orina del enfermo, investigando la albúmina y la glucosa. Dijo que aunque a veces la irritabilidad del colon constituía un problema poco menos que irresoluble, no por ello debía dejarse de insistir en la necesidad de investigar la posible alteración orgánica etiopatogénica, y sólo en el caso de que las exploraciones complementarias fueran negativas se podía limitar a tratar el colon irritable como puramente funcional.

DR. BALAGUER. — Declaró que consideraba interesante este caso, ya que se daba con cierta frecuencia la aparición de casos de colon irritable provocados por una litiasis renal. Señaló que con frecuencia estos enfermos no aquejaban ninguna molestia subjetiva atribuible a una alteración de su aparato urinario, por lo que era aconsejable practicar sistemáticamente un examen de orina, ya que la presencia de una albúmina discreta podía poner sobre la pista de una alteración

urinaria causante de la diarrea. Finalizó insistiendo en la necesidad de apurar la anamnesis y exploración de estos enfermos a fin de poder descubrir la posible existencia de una litiasis renal asintomática.

DR. GALLART MONÉS. — Leyó un párrafo de un artículo suyo publicado hace muchos años en el afirmaba: "Existe en el hombre un ganglio de naturaleza nerviosa que hasta hoy nadie ha descrito que se halla situado en el punto de emergencia de la arteria mesentérica inferior. Este ganglio establece una unión nerviosa que hasta hoy nadie ha descrito que se halla situado en el punto de emergencia del ganglio mesentérico inferior de la anatomía comparada. Es el centro de los reflejos vesicorreñales, renorreñales, urogenitales y renointestinales". Afirmó que estas relaciones deben explicarse a través de este ganglio. Citó seguidamente un caso que había vivido hace años, en un enfermo al que iba a practicarse una laparotomía, pues presentaba una oclusión intestinal. Examinada la orina de este enfermo se descubrió albúmina y hematuria, lo que hizo que aconsejara no operar al enfermo y tratar, en cambio, su problema urinario. El enfermo tenía un cálculo renal en el lado izquierdo y curó de su trastorno intestinal con el tratamiento adecuado a su calculosis urinaria.

Sesión del 30 de junio de 1959

VALOR DE LA BIOPSIA EN LOS TUMORES EPITELIALES BENIGNOS DEL RECTO

J. BARBERÁ VOLTAS

Consideramos de interés en esta comunicación demostrar, una vez más, que en los tumores epiteliales benignos o pólipos glandulares de comprobada tendencia degenerativa, el estudio histológico de un pequeño fragmento obtenido por simple biopsia no puede ofrecernos una seguridad pronóstica absoluta.

Es innegable que la práctica de la biopsia constituye un recurso exploratorio insuperable para definir exactamente el tipo histológico del tumor en ocasiones imposible de precisar al estudio clínico y endoscópico.

Sin negar la gran utilidad del estudio histológico de los fragmentos biopsicos, debemos recalcar que los resultados negativos de malignidad no afirman de una manera absoluta la total benignidad del tumor.

Teniendo en cuenta que los pólipos glandulares benignos la transformación cancerosa se inicia generalmente por el extremo distal del tumor pudiendo permanecer largo tiempo acantonada en uno o algunos puntos de la superficie del mismo, se comprende que la biopsia pueda llevarnos a unos resultados engañosos por corresponder la fracción o fracciones extraídas a zonas benignas vecinas de otras malignas no alcanzadas por la