

TEEN, COLP y RIENHOFF han escrito que, si la resección es correcta, estas úlceras pueden dejarse sin que influyan en los resultados definitivos. En nuestros dos grupos de pacientes, observamos 8 (10,7 %) fracasos entre los 75 casos en los que se eliminó la úlcera, en tanto que en los 12 casos en que la úlcera se dejó, el número de fracasos fué de 3 (25 %). El significado de estas cifras no es concluyente por ser demasiado reducidas. Se analizaron los casos de resección gástrica para determinar si otros factores variables influían en los resultados finales, pero no se encontró una respuesta satisfactoria a estas preguntas. La elección de los tipos de anastomosis (Hofmeister o Pólya), o la situación delante del colon o detrás del mismo, no influyeron en los resultados finales del grupo de nuestros operados.

MEDICINA GENERAL

PROTEINURIA POSTURAL

Dr. THOMAS W. PARKIN

La proteinuria postural es un estado patológico que se presenta casi de modo exclusivo antes de los 25 años, con la característica de que la proteína pasa a la orina si el paciente adopta la posición lordótica, tanto erecto como acostado, para desaparecer si descansa en un decúbito no lordótico. No está relacionada con ninguna enfermedad orgánica renal conocida.

Frecuencia de la albuminuria

Se supone que MOXON, en 1878, describió por primera vez la relación entre la albuminuria y la posición del sujeto, estado que fué llamado "albuminuria ortostática" por TEISSIER en 1899. Veinte años más tarde, LEE emprendió la observación de 5000 jóvenes, entre los 16 a los 24 años, encontrando albúmina en el 5% en una sola muestra de orina, sin que en ninguno de estos casos se hubieran manifestado síntomas de nefritis en un término por lo menos de 5 años. En grupos todavía más numerosos se han

observado resultados concordantes. THORP ha estudiado un grupo de 64 sujetos con albuminuria ortostática, quienes, con una sola excepción, gozaban de excelente salud a los 6 años de haber sido examinados por primera vez. BURDEN analizó las historias de 3042 estudiantes universitarios del sexo masculino, encontrando un 26% de albuminuria permanente, sin otra evidencia de trastorno renal. Todavía se podrían citar otros grupos numerosos de sujetos jóvenes, en quienes se comprobó la presencia de albúmina, en proporciones parecidas y sin apenas encontrar lesiones renales concomitantes. En la gran mayoría de casos, esta albuminuria es un fenómeno transitorio.

En muchas descripciones de esta anomalía se le han dado términos descriptivos, tales como "benigna", "cíclica", "funcional", "de adolescente". No quiere decir lo anterior, sin embargo, que todos los tipos de albuminuria sean de naturaleza ortostática; es común la observación de albuminurias que no tienen relación con la postura, y que, sin embargo, no se pueden considerar asociadas con alguna enfermedad orgánica del riñón. Por lo tanto, BULL clasifica estos tipos de albuminuria benigna, en tres categorías: (1) albuminuria lordótica, en la cual la proteinuria no se halla presente cuando el paciente está en posición supina, pero ocurre ante cualquier movimiento o maniobra que tienda a producir lordosis; (2) albuminuria ortostática no lordótica, la cual aparece si el paciente está erecto, pero sin lordosis; (3) albuminuria benigna no ortostática, en la cual la aparición de albúmina en la orina ocurre después de fatiga intensa, de excitación o de la exposición a temperaturas bajas.

Factores etiológicos

La causa de la albuminuria ortostática es desconocida todavía, aunque se han presentado bastante teorías, como las siguientes: (1) anormalidad de las proteínas de la sangre; (2) simple reflejo de un estado de nutrición deficiente; (3) infecciones focales; (4) lesiones del riñón, congénitas o adquiridas, especialmente de los glomérulos; (5) disminución del riego sanguíneo del riñón como consecuencia de la presión sistólica, lo que puede ocurrir en la posición erecta; (6) anomalía de la circulación sanguínea de retorno del riñón. No hay necesidad de insistir en la falta de pruebas decisivas que apoyen cualquiera de las mencionadas teorías, con excepción de la última; a este respecto merece citarse la obra de RYTAND, que se apoya en el estudio de 5 individuos sin seleccionar, que presentaban albuminuria ortostática, y a quienes se tomaron radiografías con medio de contraste (diodrast); en 2 ocasiones la substancia radiopaca apareció completamente

normal en ambos riñones mientras el paciente estaba acostado, pero en la posición erecta, bajó notablemente la concentración en el riñón izquierdo, el que apareció visiblemente aumentado. Estas anormalidades unilaterales están en concordancia con la teoría mecánica de la detención de la corriente en la vena renal izquierda debido a la compresión de la misma entre la arteria mesentérica superior y la aorta. Se podría ratificar esta teoría también por el hecho de que, en los animales, la obstrucción parcial de la corriente sanguínea del riñón es motivo de albuminuria; asimismo se ha observado que la frecuencia de albuminuria ortostática entre los sujetos con varicocele es bastante elevada, lo que sugiere la obstrucción de la vena espermática izquierda.

BULL ha dado la siguiente explicación a la proteinuria postural: Se registra un aumento de presión en la vena cava inferior, motivado por la compresión del vaso entre la columna vertebral y la superficie posterior del hígado, aunque el punto de la compresión puede ser también el orificio diafragmático. Esta falta relativa de riego sanguíneo motiva el fenómeno.

ADDIS es de la opinión que los pacientes con albuminuria ortostática sufren lesiones degenerativas temporales.

Aspectos clínicos

El hecho sintomático más típico es la periodicidad de la proteinuria. Si se busca la postura especial para cada sujeto, la proteinuria postural puede provocarse en tres cuartas partes de los jóvenes y en un tercio de los adultos. Suele aparecer en la adolescencia y desaparecer antes de llegar al tercer decenio de la vida. No parece estar relacionada con ningún tipo de constitución física.

La albúmina puede aparecer en la orina a los 5 minutos del cambio de postura, especialmente si se exagera la lordosis. En un grupo de 64 pacientes bien estudiados por YOUNG, habían 14 con historia de infecciones respiratorias; en 8 se apreciaba la lordosis pronunciada; y en 24 la lordosis ligera. SIMON ha citado el caso de una mujer joven con albuminuria ortostática que empezó al final del embarazo.

Diagnóstico

Antes de llegar al diagnóstico de albuminuria ortostática es necesario demostrar la ausencia de toda lesión renal inflamatoria, lo que podrá aceptarse si no se encuentran eritrocitos ni cilindros hemáticos en el sedimento. De los otros elementos no puede estarse tan seguro, pues son nume-

rosos los autores que han observado aumento de la excreción de cuerpos organizados en los casos de albuminuria postural.

Es importante eliminar toda enfermedad renal orgánica, en especial la glomerulonefritis crónica latente, lo cual, por lo difícil que suele ser, obliga a un pronóstico reservado. También habrá que buscar con toda atención la posibilidad de afección vascular. Se practicarán las pruebas de la función renal, que incluyan las de concentración y dilución de la orina, además de las investigaciones de concentración de la urea sanguínea, de la eliminación de urea, de la proteína del suero y de la proporción entre albúmina y globulina. Deberá obtenerse pielogramas intravenosos en todos los casos.

Desde luego, es importante demostrar que la anomalía de excreción ocurre en la posición erecta y en la exageración de la actitud lordótica, para desaparecer al poco tiempo de adoptar posiciones no lordóticas. Las instrucciones que deben darse al enfermo son las siguientes: vaciar la vejiga una hora antes de irse a la cama y descartar la orina obtenida; recoger en cambio la orina obtenida al día siguiente por la mañana antes de levantarse de la cama. Esta muestra no debe contener indicios de albúmina con los medios acostumbrados en los laboratorios.

Antes de diagnosticar en firme la albuminuria postural, deben considerarse ciertos puntos que apoyen dicho criterio: (1) que no haya historia de enfermedad renal; (2) que se obtengan valores normales en las demostraciones de laboratorio citadas antes; (3) resultados normales en las pruebas de funcionamiento renal; (4) ausencia de glóbulos rojos en el sedimento urinario; (5) presión arterial normal; (6) urogramas y radiogramas negativos; (7) ausencia de proteína en la orina nocturna.

Si se llega al diagnóstico de albuminuria postural, no hay necesidad de considerar el tratamiento, puesto que este estado carece de importancia y suele desaparecer espontáneamente.

PEDIATRIA

MENINGITIS NEUMOCÓCICA EN LA INFANCIA

Dres. ROSA LEE NEMIR y JACOB ISRAEL

Del Departamento de Pediatría del Hospital Bellevue, de la Universidad de Nueva York

Los notables adelantos terapéuticos en los últimos diez años con la introducción de los nuevos agentes quimioterápicos y antibióticos, han influido espectacularmente en el pronóstico antes fatal de la