El Tratamiento de los Trastornos del Sueño

Por el Prof. O. Wuth

La terapéutica sistemática de los trastornos del sueño exige del médico una idea clara sobre la etiología y la naturaleza de estos trastornos. Esto no es posible sin algunos conocimientos de la naturaleza y del mecanismo del sueño.

El sueño constituye un problema fundamental de la biología: es un proceso de necesidad vital. Su característica principal es la pérdida transitoria de la conciencia con suspensión de la actividad sensorial, *pero con conservación de la despertabilidad* (sueño del cerebro de Ecónomo), lo que lo diferencia del coma y de la narcosis. Determina incluso el sueño del cuerpo (Ecónomo) con disminución de la actividad cardíaca, de la respiración sanguínea, de ciertas secreciones, con aumento del ácido carbónico de la sangre, acidificación urinaria, etc. Además, prevalencia de la vagotonía, pupilas estrechas, frecuencia de procesos vagotónicos durante el sueño (partos, jaqueca, angina de pecho, cólicos biliares, etc.) Hess considera al vago, es decir, la parte parasimpática del sistema vegetativo (en contraste con el simpático, el cual coadyuva al desarrollo de las energías) como favorecedor de los procesos restitutos. Cannon considera al vago como nervio asimilatorio. Por la predominancia de la vagotonía, *el sueño asume un carácter reconstructivo anabólico*. No es consecuencia de fati-

ga, sino, teleológicamente, un preventivo de ésta.

No pasaremos en revista las numerosas teorías sobre la naturaleza del sueño. No dieron satisfacción ni la teoría neurodinámica de la interrupción de la conducción nerviosa, ni la teoría química de la fatiga, ni la vasomotora, ni la de la supresión de las excitaciones sensoriales. Actualmente se acepta la *teoría biológica hormono-vegetativo-nerviosa de Hess*, quien considera al sueño como un acto reflejo del sistema nervioso vegetativo transmitido por el parasimpático, por lo cual se provocaría una alteración de la capacidad funcional del sistema anímico.

La experimentación respecto al punto de partida de las influencias somniproductentes, enseña que hay que distinguir factores de acción cortical y factores de acción talámica. Entre los factores de acción talámica existen algunos que pueden actuar sobre diferentes puntos de excitación multiplicando su acción. Así se acepta la existencia de diversos centros del sueño.

Hemos visto que el sueño representa un proceso biológico, activo y anabólico que se inicia generalmente por **influjos** que parten de los puntos fisio-vegetativos de localización profunda en el cerebro y que provocan la disminución de la capacidad funcional del sistema anímico. En

consecuencia, los trastornos del sueño pueden tener su origen *en la difusión del gobierno central del sueño (tálamo), o bien en una hiper irritabilidad de la corteza* (cafeína, cocaína, efedrina, Basedow, atropina, *o en ambos*. Antes de detallar los trastornos del sueño, debemos considerar las *dos clases típicas del sueño normal*:

1) adormecimiento precoz, profundidad máxima poco después de la iniciación, despertar fresco;

2) adormecimiento lento, profundidad máxima hacia el final, sensación de torpeza y de fatiga al despertar (narcohipnia).

Ambos tipos parecen ser determinados por factores de orden constitucional. El segundo tipo suele ser propio de los trabajadores intelectuales. **Ninguno** de los dos es específico en patología, no obstante observarse con cierta frecuencia una alteración de tipo en estados depresivos.

Clasificación etiológica de los trastornos del sueño

I. Perturbaciones del mecanismo cerebrofisiológico del sueño:

a) anatómicas: encefalitis, parálisis, arteriosclerosis, abscesos, reblandecimiento, tumores, polioencefalitis hemorrágica superior; D) fisiopatológicas (cuyas bases anatómicas se conocen sólo parcialmente) : delirios alcohólicos, bromúricos, paraldehídicos, clórales; efectos de cafeína, cocaína, de alcanfor; absti-

nencia alcohólica o morfínica, enfermedades infecciosas, Basedow, alucinaciones y esquizofrenia, narcolepsia primitiva. II.

Perturbaciones por influencias anormales de orden físico y psíquico sobre el mecanismo del sueño:

- a) de orden físico: dolor, tos, gastro y enteropatías, afecciones urinarias, surmenage, irradiación solar, etc.;
- b) influjos ideo-afectivos; disgustos, preocupaciones, discordias, conflictos.

Estos últimos derivan de reacciones individuales a los influjos de acontecimientos en la vida diaria y del ambiente. Merecen mención además los casos de letargia psicógena (sueño como recurso, sueño de "protesta", sueño de ametralladoras —**guerra**— (Laudenheimer). Los trastornos de la afectividad provocan alteraciones metabólicas (Cannon. por una parte, y, por otra, confieren al alma capacidad funcional máxima de diferente carácter según la calidad del afecto.

Esta clasificación empírica corresponde exactamente a una diferenciación hecha por Ludwig Binswanger entre "función de la vida" e "historia psíquica de la vida." Nuestro primer grupo comprende los trastornos de la función vital, el segundo representa momentos históricos de la vida.

Conviene no olvidar que los trastornos del sueño pueden tener etiología múltiple: los efectos, por ejemplo, no actúan sólo por vía psíquica, sino también

por vía fisiológica influyendo sobre los puntos reguladoras centro-vegetativos. En el Basedow, el físicos (tos, corazón, diarreas, sudores) ; por trastornos del sueño puede originarse por perturbación metabólica; por los malestares la hiperexcitabilidad afectivo-vegetativa, todos sinérgicos con el trastorno ideógeno por preocupaciones y zozobras respecto a la misma enfermedad.

Veremos más adelante qué diferentes causas provocan diferentes *tipos de trastornos del sueño* que, a su vez, tienen distintas indicaciones terapéuticas. Los tipos de las hipnopatías, son:

1º, insomnio; 2º, hipnolepsia; 3º, sueño inverso; 4º, adormecimiento difícil; 5º, sueño discontinuo —despertar precoz, sueño corto—; 6º, formas combinadas entre 4º, 5º y 7º, disociación entre sueño cerebral y sueño corporal —sonambulismo (hipnobátesis), somnilocuencia, tic hipnóticos—; 8º, despertar parcial —despertar parcial del sensorium con inhibición subsistente motriz.

Merecen mención especial la picnolepsia, la narcolepsia, la hipnестesia visual y trastornos similares.

Para citar algunos ejemplos: Insomnio absoluto, sueño inverso e hipnolepsia suelen ocurrir en las encefalitis y en las enfermedades del grupo la;

Insomnio suele ocurrir en los trastornos de los grupos Ib y IIa;

Los trastornos del adormecimiento son originados con mayor frecuencia por las perturbaciones ideo-afectivas.

La imposibilidad de adormecerse se manifiesta clínicamente por lo general por la necesidad imperiosa de pensar, torbellino de ideas (por ejemplo, después de alcanfor, cafeína, morfina); el síntoma típico del sueño discontinuo es la incapacidad de dar con la "posición" cómoda —aun controvertida—, dando continuamente vueltas en la cama. Con toda reserva puede presumirse que el primer grupo de trastornos del sueño deriva de la corteza y que el segundo grupo es de origen talámico.

TERAPÉUTICA

Los medios terapéuticos a nuestro alcance consisten en *higiene corporal y psíquica, terapéutica sintomática, psicoterapia, fisioterapia y terapéutica medicamentosa*. Estos recursos no se excluyen el uno al otro, antes bien, pueden dar lugar a las más variadas combinaciones.

Al hablar de su indicación, seguiremos, en lo posible, la clasificación causal de los trastornos del sueño.

En casos de *trastornos de orden físico* (Ha), se combatirá, en primer término, la afección primitiva y luego se instituirá la *terapéutica sintomática*. Sería salir del margen de este trabajo si habláramos del tratamiento de las afecciones primitivas. Pero respecto al dolor, debe decirse brevemente que su tratamiento por los somníferos resulta ser ineficaz, y que los derivados del opio constituirán sólo el último recurso.

Debo hacer notar con toda insistencia que la *Morfina* y sus sucedáneos, cualquiera que sea su denominación comercial, no son somníferos y tienen acción destructora sobre la vida por el peligro del acostumbramiento que reviste siempre la mayor gravedad. Quizá pueda exceptuarse la *Codeína* que, sin embargo, muchas veces también induce al hábito.

Para apaciguar el dolor se emplearán por lo pronto los anti-neurálgicos; los más importantes son: la *Antipirina*, *Fenacetina*, *Aspirina* y *Piramidón*. Este último puede ser ligeramente excitante en algunos casos. Son

casi siempre mejores los preparados combinados como: *Allonal* (ácido etilisopropilbarbitúrico y Piramidón) con ligero efecto somnífero; *Veramón* (Veronal y Piramidón); *Compral* (tricloruretán y Piramidón); *Novalgina*, *Optalidón* (ácido isobutilalibarbitúrico, Antipirina y Cafeína).

Entre las combinaciones codeínicas figuran; los comprimidos Fenacodina, Gelonida anti-neurálgica, Somancetina.

Los medicamentos enumerados son somníferos sintomáticos, no hipnóticos; son más bien somniproductores por eliminación de los trastornos físicos (dolor) que impiden el sueño. A menudo será necesario combinarlos con hipnóticos.

Los *trastornos ideo-afectivos* (IIb) requieren la intervención de la *terapéutica higiénica*, de la *fisioterapia* y de la *psicoterapia*. La terapéutica higiénica comprende: evitar excitaciones y surmenage, en especial por trabajo vespertino o nocturnos, ingestión de comida liviana, a hora temprana (invariablemente a la misma), e individualmente establecida. De la fisioterapia conviene excluir todos los procedimientos excitantes. Diatermia e irradiación roentgenológica resultaron ineficaces (Poetzl); al igual que el sol natural la asoleación artificial suele excitar y perturbar el sueño. En materia de hidroterapia pueden tener aplicación fomentos totales húmedos o alcohólicos, baños templados, no calientes; el médico establecerá individualmente si el momento óptimo para los baños es antes de acostarse o a las 6 p. m. Stras-

ser, el pionero de la hidroterapia, receta sólo fomentos totales húmedos. Pero la hidroterapia está más indicada en terapéutica general que en la especialidad que nos ocupa ya que no constituye procedimiento somnífero. La psicoterapia nos permite varios métodos según la orientación personal del médico: enseñanza, persuasión, sugestión abierta o disimulada, hipnotismo. De todos modos es necesario descubrir, por exploración a fondo, la categoría del trastorno (hipnofobia, etc.). Frecuentemente será preciso combinar remedios somníferos con la psicoterapia; habrá veces en que el enfermo no necesita otra cosa que saber que tiene a su disposición un remedio.

En los *trastornos del mecanismo cerebro-fisiológico del sueño*, la psicoterapia tiene poco menos que ninguna aplicación útil, la fisioterapia en poquísimos casos; en cambio, se recurrirá a terapéutica medicamentosa.

Los hipnóticos suelen administrarse con cierta aprensión exagerada e infundada. Goldscheider estableció en 1914 direc-

tivas inequívocas sobre su indicación; se prescribirán cuando:

1º no sea posible obtener el sueño por otro procedimiento; 2º, sea necesario un efecto rápido; 3º, el paciente experimente desgano tal que todos los demás métodos resulten ineficaces; 4º, sea preciso romper el ciclo fisiológico; 5º, sea preciso romper el ciclo fisiológico vicioso; 6º, haya gran excitación y psicosis.

El *insomnio encefalítico* es capaz de resistir muchas veces a todos los hipnóticos y a todas sus combinaciones; se lo interpreta como bloqueo de los centros del sueño. En las enfermedades orgánicas del cerebro en patología maniaco-depresiva y esquizofrénicas; en arterioesclerosis y Basedow, estos remedios no serán suficientes; habrá que cambiarlos con remedios de acción cortical, si estos últimos, por sí solos, no dieran el resultado deseado.

Una hipnopatía de difícil terapéutica es la que suele ocurrir en la abstinencia morfinica. Se han recomendado varias combinaciones de somníferos, inclu-

so los narcóticos. Kraepelin observó delirios consecutivos a la administración de dosis masivas de hidrato de doral.

Contra los trastornos del sueño, debidos a los venenos de excitación cortical como alcanfor, cocaína, cafeína, se darán remedios que obren sobre la corteza cerebral. Conviene tener presente el antagonismo entre la cocaína y la cafeína por una parte, y el alcohol por otra. De ahí la eficacia del paraldehído en el insomnio alcohólico.

Después de lo expuesto podemos subdividir los hipnóticos en dos grupos principales: 1), los hipnóticos de acción cortical; 2), los hipnóticos de acción talámica.

Entre los primeros figuran: alcohol, paraldehído, hidrato de amileno, hidrato de doral, cloralosa, sales de bromo.

Entre los segundos tenemos: Veronal, Luminal, Dial, Somnífen, Valeriana, Uretán, Cloretón, alcohol triclorisobutilico (Tributan, Nautisán).

Morfina y Escopolamina actúan probablemente sobre puntos corticales, estriados y talámicos. Los derivados halogenados de la úrea, como: Adalina, Bromural, Neodormo, actúan clínicamente como remedios corticales.

Para mejor orientación en la *Administración clínica* de los somníferos, nos guiamos por los grupos de la clasificación de los trastornos del sueño.

Los más frecuentes son los trastornos del adormecimiento, el sueño discontinuo y trastornos combinados. Los primeros se atribuyen, con algunas salve-

dades, a la hiperexcitación talámica. En efecto, el éxito clínico nos enseña que, exceptuando poquísimos casos, tienen mayor eficacia:

1) los remedios de acción cortical, en los trastornos de adormecimiento;

2) los remedios de acción talámica, en el sueño discontinuo;

3) las combinaciones de ambos, en los trastornos combinados.

De los hipnóticos el paraldehído es el más seguro y el menos tóxico. El alcohol debe excluirse por ser inicialmente excitante y por el peligro del acostumbramiento. También el paraldehído administrado en forma crónica y en dosis masivas puede inducir al hábito y hasta determinar delirios. Por lo general es inocuo. La dosificación habitual es de 2 gr., 4 gr., 6 gr. En mi casuística personal hay algunas psicosis y enfermedades abstinenciales en que administré hasta 30 gr. en una sola dosis y por noche. Bumke refiere administraciones hasta 150 gr. sin inconvenientes consecutivos. A la generalización de su uso se oponen gusto feo y olor (la eliminación se hace por el aire espiratorio); se desconocen medios para evitar estos inconvenientes. El Paraldehído reemplazó casi totalmente al hidrato de amileno (dimetil-etilcarbino) y al Isopral (alcohol trielorisopropílico. El hidrato de cloral, temido por su acción hipotensora, está contraindicado en la insuficiencia cardiaca, pero es muy bien utilizado en la arteriosclerosis con hipertensión, en dosis de 1 a 3 grs. Ini-

cialmente las dosis serán no más de 1 gr., por posibles idiosincrasias (exantemas, perturbaciones gástricas, excitaciones paradójales). El Cloralium formamidatum es de acción insegura; el Dormiol (producto de condensación de cloral y de hidrato de amileno) no ofrece ventajas.

Los remedios enunciados, aunque inocuos, son de acción drástica y de indicación general en psiquiatría en las afecciones de gravedad. Nombraré ahora los remedios de acción menos energética, que al mismo tiempo son sedantes. Son de acción talámica la Valeriana y el Voluntal. Tenemos en primer lugar los preparados del lúpulo y de la valeriana: Hovaleta, Recvalysato. Intracto de Valeriana, Valyl, Neobornyval. Hipnóticos livianos de fama son además: Bromural (úrea bromisovalerianilica) en dosis de 4 a 6 comprimidos de 0,3 gr. c u.; Sedormid (fiso-propüetilcarbamido) 2 a 4 comprimidos de 0.25 gr. clu.; Neodorno (alfaisopropilalfabrombutiramJdo) 0.3 a 0.9 gr.; Adalina (úrea bromdietilacetilica) 0.5 a 1.5 grs.; Novonal (ditelilalilacetamido) 0.3 a 0.5 gr.; Voluntal

(uretán del alcohol tricloretilico 0.5 a 1 gr. El bromo, aunque no es hipnótico en la acepción estricta del vocablo, tiene acción talámica y se lo emplea con mucha frecuencia. Actúa como calmante y provoca la disposición al sueño. Se administra diariamente 1 a 3 gr. de bromuro de sodio en solución; mezclas de bromuro no ofrecen ventaja alguna. Lo mejor es recetar bromuro para uso continuado e hipnóticos livianos, según las necesidades. Para profilaxis del acné brómico se recetará solución de Fowler V gotas 2 veces por día. Hay médicos que prescriben bromo en ciclos ascendentes y descendentes de 4 semanas para evitar dosificación excesiva. Pero lo más seguro es determinar, según el método simple de Wuth, por examen de la orina, el nivel brómico relativo del organismo; será Suficiente un nivel de 12 a 15 por 100, pero no debe jamás pasar de 20 %.

El grupo de los remedios contra los trastornos de la continuidad del sueño comprende los derivados del ácido barbitú-

rico (úrea malonílica, de acción talámica).

Han sido eliminados de este grupo el Trional y el 'Sulfonal por sus efectos lejanos, el Nirvanol por sus efectos secundarios (exantemas escarlatiformes, hinchazones cianóticas, hipertermia).

El prototipo de los barbitúricos es el Veronal (ácido dietilbarbitúrico), combinado e introducido al mercado por Emil Fischer y Mering en 1903. Es difícilmente soluble, y por su eliminación lenta tiene efectos lejanos que pueden anularse con el Piramidón; la sal sódica, Medinal (0.25 gr., reduce estos inconvenientes. Más fuerte resulta el Luminal (ácido feniletilbarbitúrico) en dosis hasta 0.3 gr. de acción antiespástica y sedante motora. De ahí su indicación en espasmos de toda naturaleza. Conjuntamente con el bromo y en combinación con éste constituye el medicamento de elección en epilepsia. Las Luminaletas de 0,015 gr. representan una dosificación sedante y antiespasmódica muy manejable. Existe incluso la variante inyectable "Luminal soluble". Ha sido mejorado y puesto en venta bajo la denominación nueva de Prominal (N-metil-luminal). En dosis exageradas el Luminal conduce fácilmente a ataxia. Otros remedios son: Fanodormo (ácido ciclohexeniletalbarbitúrico —luminal hidrato), Evipán (ácido N-metilciclohexen —dimetilbarbitúrico). Sobre todo el Fanodormo (V_2 a 1 o 2 comprimidos de 0.2 gr. c/u.) constituye un elemento valioso del arsenal terapéutico. Dial

(ácido dialilbarbitúrico, misma fórmula del Curral). 0,1 a 0,4 gr.; Sandoptal (ácido isobutilalilbarbitúrico), 0,2 a 2 0,4 gr.; Noctal (ácido brompropenilisopropilbarbitúrico, 0,1 a 0,2 gr.; Somnifén (sales dietilamínicas del ácido dietil y alilisopropilbarbitúrico, 20 a 30 gotas "per es" o 1 ampolla por vía intramuscular; y por último, Proponal (ácido dipropilbarbitúrico), Amytal (ácido isoamiletalbarbitúrico) y otros más.

Como el Nirvanol, los preparados del ácido barbitúrico pueden originar idiosincrasias con exantemas morbiliformes y escarlatiformes, angina y nefritis aguda hemorrágica, que a menudo desaparecen sin discontinuar la medicación, pero a veces imponen su interrupción. No se han observado perjuicios crónicos.

A pesar de su derivación de la misma familia química, la acción de cada uno de estos medicamentos es diferente en casos aislados. Así el Fanodormo "más suave" puede resultar muy eficaz en casos donde el Luminal no produce efecto. El médico no debe determinar muchas veces por tanto y con paciencia el medicamento más apropiado. Por ello mismo el gran número de preparados es, en cierto modo, utilísimo.

En los *trastornos combinados del sueño*, aplicamos la *terapéutica combinada*. Las combinaciones más usuales son:

1°) Paraldehído, o bromo, o hidrato de doral, como medicamento cortical, con un ácido barbitúrico;

2°) Bromural, Adalina, o Neo-

dormo, o Sodormid más Medicinal;

3°) Bromo más Scopolamina;

4°) Luminal más opio,

Existen además preparados de combinación preestablecida como por ejemplo el Lubrocal. Es más manuable, pero no ofrece la ventaja a de la, elasticidad para fijar, en un caso determinado, la proporción óptima. El resultado suele ser siempre mejor, si no se huye al trábalo, siempre provechoso, de establecer, por observación atenta, la mezcla óptima adecuada. La terapéutica combinada permite a menudo reducir al mínimo la dosis necesaria y actuar sobre distintos puntos.

Nos queda por hablar del *insomnio absoluto*; en el insomnio encefalítico absoluto, muchas veces ningún medicamento resulta eficaz. Igual cosa puede acontecer en la abstinencia mortífera y en el delirio. En estos casos de emergencia se recurrirá a los narcóticos.

Contra las hipnolepsias (somnolencia anormal), no disponemos de muchos recursos terapéuticos eficaces. En los últimos tiempos la Efedrina, Efe-tonina y Efedrina-cardiazólica, produjeron el despertar en casos de Picnolepsia, Narcolepsia e hipnestesia visual. Efedrina y Efe-tonina en dosis de 0,025 a 0,05 gr. y hasta 0,1 gr. peroralmente 3 veces por día. Última

administración no más tarde que las 4 p. m. Dosis excesiva conduce al insomnio completo. Otros remedios para despertar son la Lobelina, la Coramina y el Simpatol.

El *sueño inverso* se combate: 19, por reeducación; y 29, por medicación a administrar ya en la tarde.

Para tratar la *disociación del sueño cerebral-corporal* y el *despertar -parcial*, se aumentarán las dosis de los hipnóticos. En las combinaciones medicamentosas se modificará la proporción "componentes de acción talámica y componentes de acción cortical".

Si completamos retrospectivamente los procedimientos, parecerá que se ha concedido mucha importancia a la terapéutica medicamentosa. Pero ella es nuestra arma principal y casi única.

Respecto al *peligro del acostumbamiento* no debe temerse que ello degenerare en manía (morfina); no será más que hábito. Esto dependerá de la edad y de la constitución del enfermo. Individuos psicopáticos corren más riesgos que los enfermos orgánicos o depresivos. En los juveniles se procederá con más severidad. El médico no deberá perder nunca el control. Tiene a su disposición un arsenal terapéutico enorme que le permite hallar lo apropiado pa-

ra cada objeto y para cada variante.

La base de la terapéutica de los trastornos del sueño la constituye una anamnesis precisa y la exploración clínica con toda conciencia. En la mayoría de los casos esto permitirá hallar pronto el camino terapéutico adecuado. Pero hay que confesar con toda franqueza **que** el método que debe conducirnos al procedimiento terapéutico a seguir, adolecerá de todos los defectos de cualquier método en clínica médica: el enfermo puede fácilmente cambiar el tipo de la hipnopatía; no se ha establecido en absoluto la proporción de los medicamentos corticales y talámicos; los trastornos a menudo no son atribuibles con certeza a excitaciones corticales

o talámicas. Pero ¿cómo sería posible dar siempre con la causa exacta en un proceso biológico de complejidad tan extrema como lo es el sueño? Este axioma obliga al médico a una observación y control constantes del enfermo.

La labor del médico, si en tal o cual circunstancia no acierta con la primera receta, será de todos modos muy sugerente, instructiva e interesante en la profundización de sus conocimientos de este problema biológico tan importante: el sueño.

(De la *Munchener Mediz. Wochensch.* N° 11. 1934).

Traducción de *J. Albani.*

—*Del Día Médico.*—

NEFRECTOMIA POR PIONEFROSIS

I. v. de L. de 43 años, costurera, vecina de Tegucigalpa, ingresa al I Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General el 6 de julio, por dolor en el riñon derecho.

Historia.— Dice que desde hace 4 años sufre de dolores continuos en la región renal derecha, de intensidad variable, a veces fuertes, en forma de accesos y a veces suaves, sin propagación alguna, como de tiramiento. Desde su apareamiento hay temperaturas, variables también en intensidad y tiempo, llegan hasta 40 grados.

Atribuye la paciente su actual dolencia a una operación practicada hace 4 años y dos meses

que consistió en Histerectomía vaginal por un tumorcito, dice ella, **que** le causaba hemorragias dos veces al mes. El mes consecutivo a la operación estuvo en estado tan grave, casi sin conciencia, que no se dio cuenta de nada; hasta entonces, al terminar ese mes, notó que le salía orina por la vagina incesantemente, pero que también orinaba cuando sentía deseos. La orina dejó de salir por la vagina hasta 3 días antes del ingreso al Hospital. Dice que hace 2 años y dos meses le operaron para contenerle la orina pero que el mismo día sintió igual malestar.

Estado actual. — Se trata de

una mujer destruida, angustiada, una dolorosa retratada en el rostro. Camina con dificultad inclinada del lado derecho, apoyada en el brazo de una enfermera. Sufre al acostarse en la mesa de examen.

La inspección no muestra nada extraordinario en la región donde acusa su padecer.

La palpación nos enseña un dolor exquisito extendido del ángulo costo-vertebral hasta la arcada crural, parte del flanco - derecho y fosa ilíaca del mismo lado. El resto del abdomen normal, región renal izquierda lo mismo.

El examen ginecológico marca ausencia del cuello y cuerpo del útero, dolor en el fondo de saco lateral derecho. Al especulum una pequeña cicatriz en el mismo sitio doloroso.

Temperatura oscila entre 37.6 y 39.5.

Pulso 120.

Tensión arterial 10 Mx. 6 Mn.

Cantidad de orina en 24 horas entre 600 y 900 gramos. Trazas de albúmina.

Sangre:

Glóbulos rojos, 3.890.000.

Glóbulos blancos, 10.340.

Polinucleares, 84 %.

Linfocitos, 9 %.

Grandes mononucleares, 6 %.

Eosinófilos, 1 %.

Una pielografía muestra el riñón izquierdo perfectamente bien. En el lado derecho nada se ve.

Otros aparatos y sistemas normales.

Diagnóstico. — En presencia de una mujer que desde hace 4 años sufre de dolores renales acompañados de temperatura y de salida de orina por la vagina después de una operación vaginal, orina que cesó de salir hasta hace 3 días, concluimos en que se trata de una Pionefrosis consecutiva a una sección operatoria del uréter derecho. Por el hecho de no derramarse más orina por la vagina y porque la radiografía dice que el riñón derecho no funciona, pensamos que el riñón está destruido o esclerosado.

Tratamiento. — El 11 de julio se practica una Nefrectomía derecha sin ningún inconveniente. Por encontrarse el tejido celular de la cápsula perirenal infectado se deja un buen drenaje de Mikulicz. Supura hasta el 22, entonces se retiran los drenos. Luego sigue una evolución favorable hasta el 17 de agosto en que se le da el alta, después de haber recobrado varias libras y olvidado del todo sus dolores.

Comentario

Dado que el origen de la fístula urinaria coincide con la histerectomía vaginal practicada hace 4 años y 2 meses a nuestra enferma que también orina normalmente cuando siente deseos, debemos creer que fue un accidente operatorio consistente en sección del uréter derecho el causante de dicha fístula.

Dado que 2 meses después de la operación empezó a sentir dolores en la región renal derecha nos inclinamos a explicar dichos dolores por una dilatación del uréter, pelvis y riñón a consecuencia de la estrechez cicatricial que se forma siempre en el cabo superior de un uréter seccionado. La dilatación favoreció la éxtasis urinaria y ésta la infección traducida por dolores y temperatura en la región renal.

Hecho curioso: el riñón no se encontraba en la casilla renal sino muy debajo, a unos 5 traveses de dedo el polo superior del ángulo costovertebral. El tamaño era normal. Al seccionarlo longitudinalmente se vieron varios pequeños abscesos. Había pus dentro de la cápsula perineal. Cálices, pelvis y uréter muy dilatados.

Por qué el riñón no estaba dilatado como sucede frecuentemente en las Pionefrosis por estenosis uretral? Por qué tampoco estaba esclerosado? La dilatación pionefrótica y la esclerosis son las limitantes de esas estrecheces pero aquí no sucedió así. Ignoramos por qué.

El hecho de estar el riñón destruido funcionalmente nos au-

rizó plenamente para hacer una nefrectomía indiscutible.

Pero si el riñón en vez de estar destruido hubiera funcionado siquiera medianamente aún, cuál hubiera sido nuestra conducta? La misma.

Nuestro Maestro Marión así lo enseñó. Porque las desembocaduras del uréter sea a la vejiga, al intestino delgado o grueso, a la piel conducen a la larga a la estenosis del cabo superior y a la dilatación del uréter, pelvis y riñón, amén del peligro más próximo de la infección ascendente cuando la anastomosis se hace al intestino.

Sólo en el caso de que el riñón opuesto al del uréter seccionado esté en malas o medianas condiciones podrá discutirse alguna de esas intervenciones.

Sin embargo no todos los cirujanos están de acuerdo en el procedimiento radical de nefrectomía para curar las fístulas uretero-vaginales; con frecuencia hemos visto o leído reportes de numerosos casos en que se obtuvo éxito con las anastomosis. Es posible. Yo mismo recuerdo haber seccionado un uréter al extirpar un voluminoso fibroma del ligamento ancho que suturé inmediatamente cabo a cabo con magnífico resultado, de esto hace 7 años.

En conclusión me declaro partidario de la nefrectomía como mejor medio de tratamiento de las fístulas uretero-vaginales cuando el otro riñón está bueno.

Por 3 veces lo he empleado a entera satisfacción.

S. Paredes P.,