

LA QUILURIA NO ESPECIFICA. ACERCA DE DOS OBSERVACIONES

JOSE S. DOTTA, TOMAS DELPORTE y MARCELO BOUSQUET

La oportunidad de haber podido constatar recientemente 2 observaciones de quiluria nos mueve a presentarlas. El hecho, muy poco frecuente y menos aún en nuestro medio, nos decide a ello. Seremos muy breves y haremos sólo algunas consideraciones, ya que Pujol en el seno de esta Sociedad en 1955 nos ofreció una excelente monografía sobre el tema al aportar 2 observaciones. Ignoramos si existen otras, sólo hemos podido recoger, dentro de nuestra literatura, además de las de Pujol, una caso vinculado con esta extraña afección y que fuera presentado por G. Vilar en 1937: se trataba de una colección linfática perirrenal en una mujer de 66 a. afecta de una pionefrosis calcuosa, con una tumoración fluctuante en el triángulo de Petit.

En realidad el propio término define la enfermedad: presencia del quilo en la orina y que se traduce por las características que este confiere a la misma, así como las consecuencias que de ello se deriva.

Conocida ya desde la época de Hipócrates, es recién en el siglo XVII cuando Pecquet al describir la circulación linfática permite más tarde a Morgagni explicar el mecanismo de esta afección en base a una alteración de la circulación linfática, siendo Wucherer en 1869 quien demostró el rol de la filaria en la quiluria tropical.

Con el fin de interpretar el problema nos detendremos unos instantes para referirnos a la circulación linfática del riñón. Los linfáticos de estos órganos van a los ganglios lumbo aórticos en los grupos yuxta-aórticos a la izquierda y precavos a la derecha. Estos, a su vez, drenan en los grupos inter-aórticos cavos y retrocavos. Los linfáticos aferentes de estos grupos se vierten en la cisterna de Pecquet que no es más que la extremidad inferior del conducto torácico y que se halla ubicada a la altura de la primera lumbar y 12°D., inmediatamente por debajo del orificio aórtico del diafragma y que luego prosigue su camino ascendente en el mediastino posterior. (Gráfico n° 1).

La quiluria la hemos definido como el paso del quilo en la orina. Este traspaso puede efectuarse en cualquier tramo del aparato urinario: riñón, uréter, vejiga, uretra posterior, haciéndolo la mayoría de las veces a nivel del riñón. Es así cómo Pope en 1909 encontró cistoscópicamente una comunicación en el trigono vesical más o menos del tamaño de un orificio ureteral y de donde fluía quilo; hecho similar constató Block en una joven de 17 a. Por su parte, Lazarus y Marks determinaron que la quiluria de su enfermo, de 44 a. de edad, se originaba a nivel de unos trayectos fistulosos vinculados a la uretra posterior y tenían un origen traumático.

La generalidad de los A.A., juntamente con Hampton, son de la opinión que esta afección responde a un mecanismo obstructivo del sistema linfático y

en particular del conducto torácico o de los gruesos troncos linfáticos, destacando que la comunicación se halla en el riñón ya que sus linfáticos son vulnerables y susceptibles de romperse fácilmente.

¿Cuáles son los procesos que pueden condicionar esta estagnación linfática? Podríamos agruparlos en específicos y no específicos, también se los denomina parasitarios o filariosos por un lado y no parasitario, europeo o quiluria nostra por el otro. En los primeros, la filaria tiene particular afección por acantonarse en el sistema linfático y muy en especial en el conducto torácico, lo



Figura N° 1. — Los ganglios lumbo aórticos, la cisterna de Pecquet y la porción inicial, del conducto torácico. (Tratado de Anatomía Topográfica de Testut-Jacob. Paris, 1931).

que es susceptible de condicionar a su vez la elefantiasis, el quilotórax, el quíloperitoneo y la quiluria. La filariosis puede a su vez originar a la larga, como la demostrara Manson, reacciones inflamatorias a nivel del sistema linfático, que crean a dicho nivel factores de ectasis que condicionan el proceso y que justifican plenamente la negatividad de los exámenes parasitológicos (Yamauchi en las 45 obs. de quiluria en Hawái, zona sub-endémica, no la pudo encontrar nunca) mostrando así que la ausencia de la filaria en la sangre o en la orina no significa que tal infección no fué la causa inicial del proceso.

El otro grupo que denominaremos no específico puede responder a alteraciones locales y son de tipo inflamatoria, tuberculosa, traumática o neoplásica. Se dice que procesos infecciosos de poca virulencia pueden en su evolución lentamente progresiva comprometer los gruesos vasos linfáticos retroperitoneales. El embarazo puede también actuar como factor de compresión y el trabajo

del parto justificar una quíloria posterior. Existen además en la literatura casos vinculados con la diabetes, difteria, peritonitis tuberculosa y traumatismos varios.

Es indudable que a estos distintos factores que favorecen la ectasia linfática se suman otros predisponentes, propios del aparato urinario, entre los cuales se destacarían en particular las dilataciones de las cavidades excretoras producidas por algún factor obstructivo que llevaría a un aumento de la tensión intracalicial. Este aumento de tensión intracalicial provocaría la ruptura del fornix con la subsiguiente instalación de un reflujo parenquimatoso venoso y linfático. Como consecuencia de ello sobreviene una éctasis inflamatoria de los ganglios tributarios acrecentando así las varicocidades linfáticas. Se produce de esta manera un círculo vicioso que puede sufrir alternativas si la causa

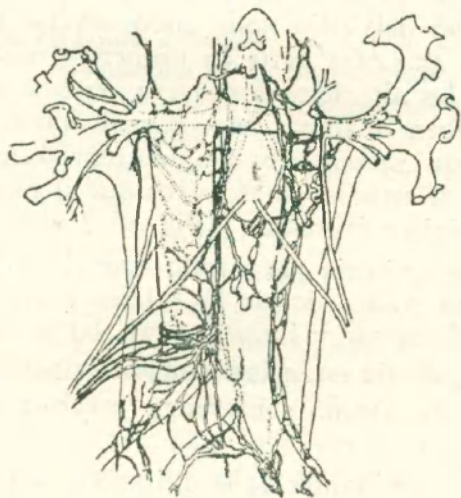


Fig. N° 2. — Esquema de los linfáticos retroperitoneales visto en el sentido ántero-posterior (según Yamauchi).

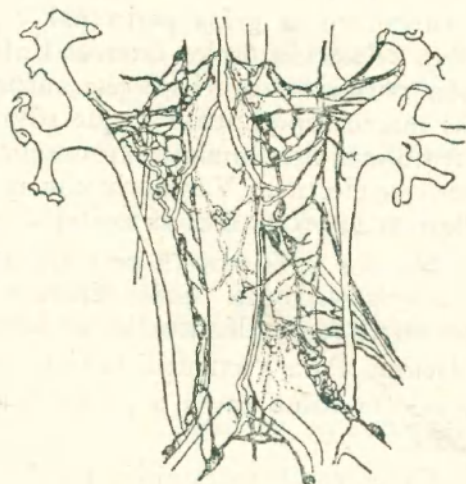


Fig. N° 3. — La misma que la anterior, tomada a la inversa (según Yamauchi).

de la ectasia urinaria es persistente o progresiva. Ambos factores serían pues indispensables para la instalación de la fístula linfático-urinaria y el paso del quilo a la orina se establecería toda vez que la presión intravascular fuera mayor que la que existe dentro de los cálices. Es así cómo después de la digestión de las grasas esta presión se halla generalmente aumentada, intensificando el aspecto lechoso de la orina. Otros factores también pueden contribuir a ello, tales como los cambios de posición, la tos, etc.

Es indudable que estas dos grandes variedades deben en general responder a un mismo mecanismo; un factor obstructivo que no permita la normal circulación linfática, a lo que se agrega un estado de insuficiencia valvular. Si a esto agregamos una falta de resistencia de los conductos linfáticos dilatados, uno de éstos puede romperse dentro de un órgano vecino, que como ya lo dijéramos puede suceder en cualquier parte del tracto urinario, dando como resultado la quíloria. Según De la Peña, Tamames y Cortés el número de casos confirmados de comunicaciones linfático-uritarias no serían más de siete y comparten la opinión de Wesson de que ello se debe a veces, a una obstrucción del conducto torácico como consecuencia de una inadecuada circulación linfática colateral así

como de los vasos intrarrenales. La repercusión que existe en estos últimos permite una circulación en forma retrógrada.

Refiriéndonos exclusivamente a la quiluria de origen renal, en base a nuestras 2 observaciones y aceptando la opinión de los distintos A.A. de que este síndrome se debe a una comunicación fistulosa intraparenquimatosa resultante de la ruptura de los linfáticos tumefactos, podemos agregar que la misma se establece a nivel del fornix. Las radiografías obtenidas son suficientemente elocuentes como para confirmarlo.

En los pocos casos de necropsia estudiados no ha sido posible determinar la existencia de una marcada linfangiectasia por obstrucción del conducto torácico lográndose sólo apreciar cierto grado de incapacidad o insuficiencia valvular. En 3 casos de Yamauchi que fueron nefrectomizados por alguna razón ajena a este problema, el estudio cuidadoso del pedículo renal y de los linfáticos que entran en la grasa perirrenal y a nivel del hilio sólo pudo revelar una discreta dilatación de los troncos linfáticos, por otra parte en número y distribución normales: concluye este autor que las alteraciones son tan poco aclaratorias macroscópicamente y que sólo se deben a alteraciones microscópicas no discernibles al ojo humano. Los esquemas aquí presentados son una reproducción de los que efectuara Yamauchi con motivo de estudios anatómicos que él mismo realizó en 1936 en 2 observaciones de quilúricos fallecidos. (Fig. n° 2 y n° 3).

No nos referimos en este trabajo a la quiluria parasitaria dada la índole de las observaciones. Sólo diremos que en países donde la *Filaria Bancrofti* existe en estado endémico ella es bastante frecuente y llegaría a un 10 % de la población. Para Yamauchi la filaria y la quiluria están íntimamente vinculadas una a otra como causa a efecto aunque esta última sobrevenga muchos años después.

Otros parásitos también pueden ser determinantes de la quiluria: *Eustrongylus gigas*, tenia echinococus, tenia nana, malaria, cerconomas hominis.

Sintomatológicamente esta afección se caracteriza por la emisión de orinas de aspecto lechoso, de aparición y cese repentino y que puede prolongarse por espacio de años. Algunas veces se asocia la presencia de sangre que le da a las orinas emitidas un aspecto rosado, asalmonado. Como consecuencia de la presencia del quilo en la orina y de la coexistencia de fibrina se pueden formar coágulos que aparte de ocasionar trastornos miccionales pueden inclusive ser causa de retención. Si dichos coágulos se formaran en el uréter serían los desencadenantes de un cólico renal. Las orinas quilíferas tienen la particularidad de mostrarse "más lechosas" después de las ingestas y en particular si éstas son ricas en alimentos grasos. Los ejercicios y los cambios posturales son factores que pueden incidir sobre el aumento de la quiluria o su modificación. En el enfermo de nuestra observación n° 2 la quiluria desaparecía con el reposo y reaparecía en la bipedestración.

A diferencia de la quiluria parasitaria estos enfermos no muestran signos de elefantiasis de miembros inferiores ni de pene.

En general no existe repercusión de orden general: casos hay descriptos que persisten años sin comprometimientos del enfermo. Si el proceso se prolonga cierto tiempo se puede asociar cierta sensación de debilidad, cansancio fácil, laxitud, depresión nerviosa o irritabilidad, fenómenos estos que se acompañan de inapetencia y pérdida de peso. Pueden referir cierta lumbalgia.

El diagnóstico se establece ya sea fortuitamente con motivo de cualquier otro examen o bien porque el enfermo consulta dadas las características propias de la orina. Llamará ante todo la atención el aspecto macroscópico de la misma, que es opaca a la luz reflejada y translúcida a la luz transmitida, que tiene la particularidad dejada en reposo, de formar una capa superficial que se asemeja a la crema (hecho que se obtiene con más rapidez por centrifugación). Frescamente emitida su reacción es ácida, para luego transformarse en neutra o alcalina, y expuesta al aire fermenta con facilidad, haciéndose fétida, pero conservada en un medio estéril guarda sus características propias. Si la cantidad de quilo es abundante, especialmente después de una ingesta de grasas puede constituirse un coágulo y ser éste el causante de un cuadro de retención. Tiene particular importancia un análisis de orina donde llamaría la atención los siguientes datos:

—discreta albuminuria, especialmente bajo la forma de seroalbúminas, aun que también puede existir seroglobulina, albuminosa y peptona.

—la densidad específica es variable en distintas horas del día de acuerdo con el grado de digestión de las grasas.

—ausencia de gotas de grasa, ya que la misma existe al estado molecular y la orina se aclara total o parcialmente al mezclársela con partes iguales de éter y luego sacudirse.

—hematíes en grado variable así como también leucocitos íntegros o degenerados.

—el contenido en grasas en orina es variable oscilando entre 0.028 a 0.35 grs. % en los casos en los que se hizo esta determinación.

—coexistencia de cristales de lecitina y colestestina.

—no se demuestra la existencia de la filaria, aunque la negatividad de la misma no excluye su rol etiológico.

La capacidad funcional de los riñones no está alterada y las pruebas habituales arrojarían cifras normales.

Los exámenes hematológicos pueden no demostrar ninguna alteración: la coexistencia de una eosinofilia puede hacernos pensar en su origen parasitario. En caso de una hematuria asociada y prolongada existe una anemia discreta.

Establecido el diagnóstico del proceso corresponde ahora determinar con precisión el lugar donde se halla establecida la fístula. Como ya lo enunciáramos anteriormente la misma puede hallarse ubicada en diferentes partes del tracto urinario, desde el fornix hasta la uretra posterior. La pielografía ascendente, la ureteropielografía retrógrada, la cistoscopia y la uretrografía contribuirán a determinar el lugar exacto de la misma.

Vinculando los distintos procedimientos en relación con nuestros casos nos limitaremos a la pielografía ascendente donde es posible apreciar la existencia del reflujo pielolinfático y la magnitud del mismo, que puede oscilar desde tenues sombras extrarrenales que se dirijan hacia la línea media, de un lado o de otro o bien de ambos, si el proceso es bilateral, lográndose en los casos más pronunciados la completa inyección de los ganglios y troncos retrocavos y paraaórticos.

A fin de interpretar el problema nos detendremos unos instantes en discutir lo que se entiende por reflujos y que se obtienen en un determinado número de casos con la pielografía ascendente.

Los reflujos pielorreñales de sustancias de contraste, bastante comunes en realidad, no siempre tienen traducción radiográfica neta, por lo que en la mayor parte de los casos pasan desapercibidos.

Según el camino que siguen para su producción se los puede diferenciar en:

- 1° — Reflujos pielocanaliculares;
- 2° — Difusiones pielointersticiales.
- 3° — Reflujos linfáticos.
- 4° — Efracciones pielovenosas.

Cada una de estas formas tiene una traducción radiológica diferente. Si observamos un reflujo pielocanalicular veremos imágenes típicas en "pincel" o "abanico", irradiando de uno o de todos los cálices en forma de finas estrías. En las difusiones pielointersticiales se aprecian imágenes en "cuernos", en "coronas" o radiantes dentelladas partir del fondo de los cálices.

Las imágenes características de la efracción pielovenosa dibujan ya sea curvas en arcos en relación con el fondo de los cálices y señalando las venas arqueadas o bien imágenes en "pinza de cangrejo" que opacifican las venas interlobulillares. En ocasiones excepcionales se ha podido visualizar la propia vena renal. (Auvert)

Por último, el reflujo pielolinfático se caracteriza por imágenes típicas de trayectos sinuosos finos opacificados que se dirigen habitualmente hacia la línea media, en dirección a los vasos paravertebrales.

Según algunos autores, entre ellos J. Auvert, afirman que los reflujos pielolinfáticos son el resultado de la derivación hacia las vías linfáticas de la sustancia opaca difundida en el espacio intersticial del riñón, es decir un segundo tiempo de un proceso distinto: la difusión pielointersticial.

Estos niegan la existencia de fístulas pielolinfáticas y aclaran que en las placas radiográficas siempre se observan imágenes mixtas, es decir, imágenes de difusiones pielointersticiales, reflujos pielolinfáticos y también, a veces, efracciones pielovenosas.

Sin entrar a discutir la opinión anterior, es digno de señalarse que en los casos presentados de quiluria se observa un típico reflujo pielolinfático lo que indicaría que éste se produce por la comunicación entre la cavidad piélica y los capilares linfáticos y no por un orificio provocado por la inyección a presión de la sustancia de contraste que determinara una difusión pielointersticial.

En las observaciones aquí recogidas se aprecian francamente la impregnación de varios troncos linfáticos que en forma paralela se dirigen hacia adentro, teniendo como punto de partida el cáliz superior.

Según Yamauchi también sería factible obtener tales imágenes con el urograma por excreción, ayudado de compresión ureteral por lo menos durante 30 minutos. Nosotros no lo hemos ensayado.

Puede la quiluria hallarse asociada con otros procesos: la diabetes melitus el embarazo y el post-parto, existiendo además casos descriptos vinculados a una difteria faríngea, peritonitis, tuberculosis, carcinoma renal, piuria, fosfaturia, procesos pancreáticos, nefritis, nefrosis, envenenamiento por el fósforo, contusiones de abdomen, caídas.

El diagnóstico diferencial deberá establecerse con la piuria y la lipuria. Las investigaciones de laboratorio son suficientemente concluyentes como para per-

mitir alguna duda. Diremos simplemente que la lipuria se halla generalmente asociada a la diabetes, al envenenamiento con el fósforo, ó fracturas.

Desde el punto de vista pronóstico puede decirse en general que se trata de una afección de naturaleza benigna y la duración de la misma puede oscilar desde pocos días hasta años. Casos hay descriptos de perfecta compatibilidad con un estado de salud por mucho tiempo, tal la obs. referida por De la Peña, Tamames y Cortés que presentaba su quiluria intermitentemente por un plazo de 8 años, sin alterar el estado general.

Sin embargo hay otros casos donde dada la magnitud de la quiluria acusan marcada debilidad, anemia y caquexia.

Establecido el diagnóstico de quiluria nostra y comprobado su origen renal no corresponde en general ningún tratamiento medicamentoso específico. Aparte de cierto reposo y un régimen restrictivo en grasas, se podrá asociar cualquier antibiótico en caso de piuria, siendo preferidos los de amplio espectro.

Muchos A. A. aconsejan, y nosotros lo hemos experimentado favorablemente, las instilaciones piélicas de nitrato de plata (del 1 al 3 %). Hay quién ha usado también el yoduro de sodio y el yoduro de potasio del 15 al 20 %; a este respecto conviene agregar que mejor que instilaciones son los lavajes con dicha solución, tratando de provocar la distensión pielocalicial, hecho que se pone en evidencia por la molestia lumbar o inclusive el dolor que ocasiona. Tales curaciones se efectuaron al ritmo de una por semana hasta completar media docena. En nuestra observación N° 2 al cabo de la tercera ya había desaparecido la quiluria.

De ninguna manera está indicada la nefrectomía, al menos que algún otro proceso coexistente la determine. Tampoco se justifica la decapsulación. De fracasar lo dicho anteriormente se podrá contemplar la posibilidad de efectuar a través de una lumbotomía la lisis del pedículo renal con la pretensión de aislar y separar los linfáticos renales cortando así el o las fuentes de unión con las cadenas lumboaórticas: la ingesta de grasas, por ejemplo 1/4 litro de crema de leche, tres horas antes de la intervención podría quizás ser de utilidad al brindar una mejor visualización de los linfáticos dilatados.

Observación N° 1. — L. R. E., arg., 16 años. Ingresó en el Servicio de la Cátedra de Clínica Génito Urinaria el 10-XII-57. De oficio tapicero, con residencia en nuestra ciudad.

Sus antecedentes hereditarios y personales son irrelevantes con excepción de varias anginas.

En agosto 1957 tiene un proceso gripal notando 2 ó 3 semanas después que sus orinas son turbias, blanquecinas, a lo que se agrega como único síntoma cierta polaquiuria. Es visto en el Consultorio Externo en varias oportunidades constatándose la quiluria.

An. de Orina: D. 1008. Alb. 2 grs. quilúrica. Hgb. (+). Sed. abund. hematíes, escasos piocitos células epiteliales. Numerosas gotitas de grasa con movimiento browniano.

Es internado en la fecha antedicha no ofreciendo ni el examen clínico general ni el urológico ninguna anomalía con excepción de orinas de emisión turbias (hacia dos días que había desaparecido su aspecto blanquecino).

Los análisis de rutina habituales no ofrecen particularidad:

An. de Orina 14-XII-57): D. 1024. Alb. vest. Sed. células epiteliales planas. Mucus. Orinas quilúricas.

Invest. de parásitos en orina (19-XII-57): No hay filaria ni otros parásitos (Inst. de Microbiología).

Urograma por exeración (12-XII-57): Normal.

Pielografía ascendente R. I. (12-XII-57): Normal.

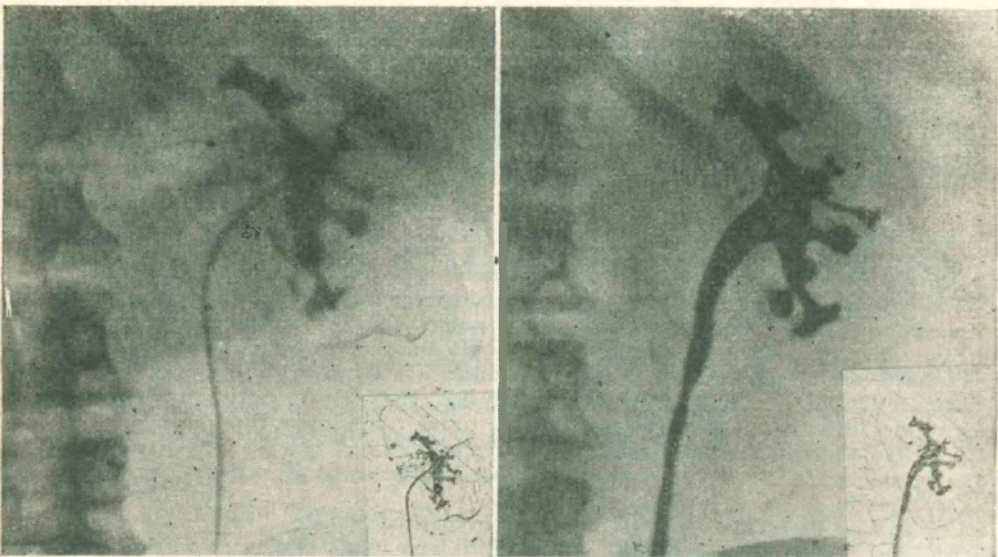
Rad. Direct. de Rs. y V. (5-II-58): Areas renales libres. No se aprecian sombras calcúlosas.

Pielogr. ascendente R. D. (5-II-58): Reflujo pielocanalicular y pielolinfático. (Rad. n° 1). Rp. Con motivo de la última pielografía ascendente se hace una instilación de nitrato de plata al 1 %.

Evolución: Se ignora por no concurrir más el enfermo a la consulta.



Radiografía N° 1.



Radiografía 2

Radiografía 3

Observación N° 2. — N. C., arg., 30 años, casado, panadero. General Lagos.

Ingresó en el Servicio de Urología del Hosp. Italiano Garibaldi el 12-II-58.

Salvo las eruptivas habituales de la infancia refiere como antecedente un proceso de tumefacción y dolor en testículo izquierdo sobrevenido en 1950, por lo que fué intervenido después de un mes de tratamiento: epididimectomía.

Desde hace unos 4 meses viene notando que sus orinas toman un aspecto lactescente, hecho que fué aumentando de intensidad, haciéndose en forma intermitente más espesa. Refiere que las orinas se hacen lechosas durante el día sobre todo cuando trabaja, camina mucho, o hace esfuerzos y se aclaran con el reposo.

Por primera vez hace 6 días las orinas se tornan rojizas, con emisión de un grueso coágulo, persistiendo la hematuria hasta el día de su internación. Ese día se encontraba con temperatura (38°).

El examen clínico y urológico es completamente normal, con excepción de la fiebre y de sus orinas de color asalmonado. Se lo medica con Penicilina y Estrepto así también como reposo.

A. de Orina (11-2-58): Alb. 6 gr.: Abund. cant. de hematíes. Esc. leucocitos.

Ex. citobact. de orina (*): Escaso número de colibacilos. Discreto número de hematíes. Gran cant. de piocitos. No se observan parásitos. Orinas quilúricas.

Dos. de Urea (10-2-58): 0.38 %.

Cistoscopia (10-2-58): No ofrece ninguna anormalidad.

Rad. Direct. de Rs. y V. (12-2-58): Areas renales libres. No se aprecian sombras calculosas.

Urograma (*). Buena eliminación de la substancia de contraste por ambos riñones, mostrando sistemas pielocálico-ureterales de caracteres normales con excepción de probables lesiones de pielonefritis de cáliz inferior R. D. y cáliz superior R. I.

Ex. cito-bact. de orina recogida asepticamente (15-2-58): Discreto número de hematíes. Gran cantidad de piocitos. Escasos colibacilos. No se observan parásitos.

16-2-58. Es medicado con Chloramfenicol y régimen desprovisto de grasas.

Es dado de alta el 19-2-58 recomendando reposo y antibióticos y volver para control periódico y pielografía ascendente.

Pielografía ascendente R. D. (4-3-58): Pielograma normal, con excreción de pequeño reflujo pielocanalicular cáliz inferior.

Pielogr. ascendente R. I. (27-2-58): Pielograma normal. Franca evidencia de pequeño reflujo pielolinfático.

Evolución: El enfermo es medicado con instilaciones y lavajes forzados con Sol. de NO₃ Ag. al 1 % de pelvis renal izquierda una vez por semana. Después de la 3ra. las orinas se hacen definitivamente claras a pesar de lo cual se completa en total 6 curaciones.

19-6-58: El paciente continúa con sus orinas límpidas y asintomático.

Pielografía ascendente R. I. (hecha a tensión). Se aprecia un pielograma normal, salvo en un pequeño trayecto parapiélico. Parece verse además cierta irregularidad en el 1/3 inferior del uréter por lo que se repite el estudio radiográfico. Uretero Pielografía retrógrada a lo *Chevassu* (30-7-58) no apreciándose ninguna anormalidad.

23-7-58: El enfermo continúa bien. Nunca ha notado nuevamente sus orinas lactecentes.

An. de Orina: Ac. 1027. U. 20.5. Cl. 7. Alb. vest. Gluc. (—). Pus (—). Escasos hematíes leucocitos. No hay cilindros ni otros elementos renales.

CONSIDERACIONES.

Nos resulta difícil, por no decir imposible, afirmar una determinada etiología de la quiluria presentada por nuestros enfermos, aunque sí estamos en condiciones de sostener que no era de naturaleza específica por tratarse de personas que nunca han salido de su lugar de residencia y donde no existe la posibilidad de una filariosis, por la negatividad de los exámenes parasitológicos de la orina, y por la ausencia demostrable de otros procesos patológicos capaces de producir este síntoma.

Hay sin embargo, en nuestros enfermos, un hecho que los relaciona y que podría ser significativo: en ambos existe la infección. El primer caso comienza con un cuadro infeccioso catalogado como gripal producido 2 ó 3 semanas antes de la aparición de la quiluria y en el primer análisis de orina que nosotros indicamos, hecho más o menos un mes después del proceso infeccioso se encuentran piocitos en la orina. En el segundo enfermo la infección es evidente en el momento de la consulta pues además de la piuria tiene temperatura.

Claro está que no descartamos la posibilidad de que en ambos casos se trate de infecciones agregadas, secundarias pero de cualquier manera es un hecho común en ambos, constatado y que vale la pena destacar. Podríamos quizás

apoyándonos en este dato, inclinarnos a pensar que la quiluria en ellos tiene como punto de partida un proceso infeccioso, posiblemente pielonefrítico, lo que estaría de acuerdo con la observación de algunos autores.

Lamentamos que nuestro primer paciente no haya concurrido más a la consulta, lo que nos ha impedido realizar otras investigaciones, insistir en el tratamiento de instilaciones de nitrato de plata en la pelvis renal y seguir su evolución.

En cambio el segundo enfermo sigue bajo control periódico, habiéndose cumplido ya casi cinco meses en los que no se ha presentado más la quiluria y mantiene sus orinas libres de piocitos. Si bien sabemos que la posibilidad de una recidiva existe, alentamos la esperanza de que la curación sea definitiva, basados en la negatividad de los exámenes de control realizados hasta la fecha.

Como consecuencia del desconocimiento de la etiología de estos casos de quiluria no específica, no existe un tratamiento racional para ser aplicado en todos los casos; por ello es que se han ensayado distintos tratamientos, con resultados inconstantes. Algunos han hecho la nefrectomía, cuando la quiluria tenía un origen renal unilateral, pero creemos que cuando no existe una afección concomitante que la justifique, debe ser absolutamente contraindicada, por la posibilidad de que el riñón restante pueda en el futuro ser la causa de la reaparición del síntoma.

En cuanto a la decapsulación y lisis del pedículo ha sido ya ensayado con resultados variables, Sanjurjo, de Puerto Rico, tuvo éxito solamente en la mitad de los casos.

El tratamiento local con la instilación de soluciones esclerosantes, como el yoduro de potasio o nitrato de plata, a la vez que ofrece algunas posibilidades de éxito tiene las ventajas de ser inocuo, pudiéndose repetir tantas veces como se necesite. Creemos que es una condición importante de técnica, sobre todo en los casos de quiluria de origen renal, hacer más bien lavajes que instilaciones piélicas, tratando de forzar discretamente el medicamento con el fin de provocar el reflujo hacia las vías linfáticas y conseguir así la esclerosis y retracción de las vías dilatadas. Así procedimos nosotros en nuestro segundo enfermo.

Evidentemente nuestra experiencia reducida a dos observaciones puramente clínicas no nos permite aportar elementos de juicio importantes que contribuyan a aclarar los puntos oscuros del problema de las quilurias no específicas. Por lo tanto y en base a lo expuesto en este trabajo extractamos las siguientes conclusiones:

CONCLUSIONES

1°—La quiluria no específica puede tener su origen en afecciones variadas del aparato urinario o en otras fuera de él, y en un buen número de casos su etiología es desconocida;

2°—El paso del quilo a la orina puede producirse a cualquier altura del aparato urinario.

3°—La comunicación directa de los vasos linfáticos renales pericaliciales con el cáliz es posible, en contra de la opinión de Auvert, y tal como lo demuestran nuestras observaciones.

4° — El tratamiento debe ser el que corresponde a la enfermedad causal; en los casos de etiología desconocida pueden conseguirse buenos resultados con las instilaciones medicamentosas, reservándonos el tratamiento quirúrgico conservador para los casos excepcionalmente rebeldes y en los que por la importancia del síntoma esté debidamente justificado su empleo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vilar G. — *Rev. Arg. de Urol.* 6, 264. 1937.
 2. Yamauchi S. — *The J. of Urol.* 54, 318. 1945.
 3. Lazarus, J. A., Marks, M. S. — *The J. of Urol.* 56, 246. 1946.
 4. Golliard H., Huard P. — *The J. of Urol.* 55, 392. 1949.
 5. Pujol, A. — *Rev. Arg. de Urol.* 24, 582. 1955.
 6. De la Peña, Tamames J. M., Cortés V. — *The J. of Urol.* 78, 351. 1957.
-