

8ª Sesión Ordinaria - 26 de Noviembre de 1964

Presidente Dr. Natalio Cartelli
Secretario „ Oscar C. Carreño

Revista Argentina de Urología y Nefrología
Volumen XXXIII - Nº 10-11-12 - Páginas 389 a 390

QUILURIA, UNA NUEVA OBSERVACIÓN

Por los DRES. A. PUJOL y A. PUJOL LARRE

En nuestro deseo de agregar una nueva observación de Quiluria presentamos esta comunicación, con la cual sumarán tres las quilurias atendidas por nosotros.

No hemos de ocuparnos aquí de las consideraciones etiopatogénicas, del subtractum anatómico ni de los conocimientos relacionados de cualquiera manera con la etiología, patogenia y anatomía patológica de las quilurias, remitiendo a quien se interese en esos conocimientos a nuestra anterior comunicación (3), la de los Dres. Botte y Delporte (1) y el relato del Dr. Federico Ortiz Quesada (2).

Ante todo nos llama mucho la atención la coincidencia de la nacionalidad de los enfermos: una vez más se trata de un paciente de origen japonés, aunque no de la misma región de las observaciones anteriores.

Enfermo que desde hacía varios años concurría al consultorio externo del servicio del Hospital Piñero, por una aparente piuria que nunca había respondido a los diversos tratamientos que se emplearon para combatirla, desde los clásicos a los modernos quimioterápicos y antibióticos. De 65 años de edad, casado, radicado en nuestro país desde 1935 sin haberse trasladado tampoco durante ese lapso a otra región.

Todos los estudios urológicos: Cistoscopia, pancendoscopia, radiografía descendentes, examen rectal, etc., habían resultado negativos. En apariencia se trataba de una piuria permanente, aunque con exacerbaciones periódicas, siguiendo un ritmo de días y de horas. Su intensidad iba desde una orina espesa, cremosa, con membranas delgadas a una turbiedad intensa y lechosa, pero nunca observó sus orinas transparentes y lícidas.

Con el recuerdo aún vivo de nuestras observaciones anteriores se despertó frente a este caso la sospecha de que estábamos ante una nueva observación de quiluria; es que quien ha observado una vez la orina de quilúrico adquiere fácilmente la capacidad de barruntar una quiluria cuando se repiten las mismas condiciones ópticas de la orina; el ojo se ha habituado a sus características visuales, que escapan a toda descripción pero que sin embargo son muy típicas. Estos slides en color que presentamos permitirán dar una idea más objetiva, que la más pretenciosa descripción, de lo que acabamos de decir.

En esta nueva observación adoptamos la misma conducta que en las 2 anteriores quilurias, la investigación de la posible presencia de los parásitos en la circulación sanguínea durante las horas óptimas pero con resultado negativo. Lo único práctico e intensamente positivo fue la investigación de los glóbulos de grasa, siempre presentes en repetidas observaciones. Con el afán de investigar algún posible signo patológico evidenciable al través de la radiología insistimos en obtener ureteropielografías retrógradas sucesivas de ambos lados, las que a pesar de mostrar las cavidades normales bien repletas con los medios de contraste, no permitie-

ron en ningún momento manifestar ni siquiera la presencia de reflujos de ningún tipo. El examen de orina por separación acusaba la misma alteración en ambos riñones. Agotado el estudio desde las posibilidades urológicas y parasitarias decidimos efectuar a pesar de todo, un tratamiento de prueba contra una posible quiluria parasitaria y administramos durante un mes Hetrazan pero sin obtener la menor modificación de la quiluria.

El tratamiento higiénico dietético, restricción de grasas, no aportó sino una mejoría de intensidad de la quiluria, sin conseguir en ningún momento una aclaración de las orinas. Iniciamos entonces, como recurso final el lavado de las pelvis renales con nitrato de plata al 1% alternando con uno y otro lado; el resultado fue sorprendente desde las primeras instilaciones. La orina empezó a ser cada vez menos lechosa hasta que a los 15 días quedó limpia, sin restos de turbiedad en ningún momento del día, permaneciendo así hasta el instante de escribir estas líneas, es decir, 8 ó 10 meses en total.

Cuando damos término a esta comunicación acaba de llegar a nuestras manos la Revista Mejicana de Urología, Vol. XXIII, Nº 3, en la cual aparece un artículo dedicado a la Quiluria y el comentarista Dr. Federico Ortiz Quesada destaca en él la eficacia, como recurso diagnóstico de la localización topográfica de la fístula linfática-urinaria, la Linfangiografía. Es lógico comprender el valor indiscutible de este elemento de diagnóstico y esperamos que en el futuro desempeñará un papel cada vez más importante frente a los problemas que crean las localizaciones de las fístulas linfourinarias de las quilurias.

CONCLUSIONES

Como consecuencia del estudio y observación clínica cotidiana de estos enfermos que padecían de Quiluria nos consideramos autorizados a puntualizar algunas características que creemos pueden ser útiles en casos semejantes:

- 1º) Las piurias crónicas intensas, perfectamente toleradas y sin localizaciones topográficas urológicamente demostrables, han de despertar la sospecha de la existencia de una posible Quiluria o por lo menos disponer al urólogo a investigarla.
- 2º) La rareza y nacionalidad, en nuestro medio, sobre todo si corresponde a zonas donde reina epidémicamente la filaria, serán también motivo de sospechas y nos inclinarán a perseguir los rastros de una Quiluria frente al fracaso del diagnóstico de Piuria.
- 3º) Lo que consideramos más importante es el examen diario y durante tiempo de las micciones del paciente que padece de Quiluria: Como antes lo expresamos, el aspecto visual de una orina quilúrica se impone fácilmente a quien la haya observado alguna vez y aun cuando se crea estar frente a una Piuria crónica y rebelde; llamará mucho la atención las variaciones de su intensidad de un día a otro, de algunas horas, y, sobre todo, sus fluctuaciones relacionadas con las comidas.

Estas 3 observaciones de Quiluria en 3 enfermos de origen japonés no creemos que sean las únicas que existan en nuestro país y que por rara casualidad hayan concurrido a nuestra consulta; todo nos hace pensar que deben de existir algunas Quilurias ignoradas y que merecerían ser descubiertas y tratadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Dotta y Delporte, Revista Argentina de Urología, año 1958 y 59, pág. 279.
2. Ortiz Quesada, Federico, Revista Mexicana de Urología. Vol. XXIII, Nº 3.
3. Pujol, Alfonso, Revista Argentina de Urología, año 1955-56, pág. 582.