

Sobre un caso de Pseudouremia Cloropénica (*)

Por el Dr. Enrique Morúa B.

Es mi intención con este modesto trabajo, además de cooperar en el próximo Congreso Médico que se efectuará en la ciudad de Turrialba en el mes de Octubre del año en curso, hacerles ver a mis queridos colegas y amigos que al profundizar en el estudio que me ocupa, he pensado muchas veces en los casos que muchos de nosotros hemos diagnosticado y tratado fatalmente como nefróticos avanzados o urémicos declarados, sin pensar, o mejor dicho, recordar, que existe un cuadro muy semejante al de la verdadera uremia que ha sido magistralmente descrito por L. Blum y su escuela: el de la Pseudouremia Cloropénica.

Este síndrome puede aparecer como manifestación secundaria en varias dolencias, tales: síndromes gástricos con vómitos incoercibles; estenosis pilórica; oclusiones intestinales; diarrea coleriforme ileo paralítico; en los casos graves de diabetes mellitus; y por último, en ciertos estados post-operatorios.

En este trabajo me limitaré a recordar aquellos puntos que entran de lleno en el campo de las nefropatías propiamente dichas y particularmente en aquel de la verdadera uremia por considerarlo de gran importancia tanto clínica como terapéuticamente. Dejaré a un lado, por ser asunto demasiado extenso para el fin que me propongo, los otros síndromes antes mencionados que se acompañan también de hiperazotemia y que tanto asemejan a la Pseudouremia Cloropénica.

L. Blum y su escuela han descrito un síndrome al que han dado en llamar: Pseudouremia Cloropénica, que está caracterizado por alteraciones en la sangre de orden bioquímico, como lo son, la hipoclorcemia y la hiperazotemia sin insuficiencia renal o lesión orgánica de los mismos, que en sí, no constituyen el síndrome urémico, y que es dominable con medios terapéuticos aptos a combatir las alteraciones del cloro en el organismo.

Se manifiesta bruscamente a tipo urémico, en la que se puede demostrar una hiperazotemia que aumenta progresivamente y una

* Trabajo presentado al Congreso Médico - Oct. 1944.

disminución del cloro en el organismo. Es de suma importancia reconocer este síndrome desde el punto de vista práctico-terapéutico, porque la oportuna administración de cloruros, disminuye la azotemia y mejorara rápidamente el estado general.

En el campo de las nefropatías: nefritis agudas o crónicas; esclerosis renal; etc., el síndrome puede aparecer en el curso de una de éstas que haya sido tratada con un régimen severamente clorurado o que se hubiesen acompañado por vómitos y diarreas persistentes. Si como dije anteriormente, el síndrome es diagnosticado a tiempo, cura rápidamente con la terapia clorurada, y si nó, lleva rápidamente al coma y la muerte.

A continuación paso a describir, en pocas palabras, el síndrome descrito por Blum y Volhard en Alemania, Lemiérre y Bernard en Francia, Moretti y otros en Italia.

Consta, esencialmente, de una sintomatología nerviosa que se inicia aguda y bruscamente, con profunda astenia física y psíquica además de estado soporoso o de verdadero coma. Los reflejos están alterados; existen fenómenos meníngeos o accesos convulsivos que se acompañan con frecuencia de síntomas gastro-intestinales, p. ej. hipo, vómitos, diarrea; hipotermia y pulso débil; señales de profunda deshidratación; y a menudo, la presión arterial es baja. La orina es escasa, existiendo a veces, anuria completa; en ella encontramos albuminuria, escasa eliminación de cloruros, urea a veces aumentada y otras disminuida; el sedimento escaso en patología menos cuando el síndrome depende de una nefritis (cilindros). En la sangre encontramos una hiperazotemia que llega a veces a los 5-6 gramos de urea hipobromítica y que está completamente desproporcionada a la gravedad del cuadro clínico y a la eliminación de úrea por la orina; al mismo tiempo encontramos una fuerte hipocloremia que es, ciertamente, el dato más característico llegando a veces a 250-350 mgr.%. Existe también, una hiperglobulia con leucocitosis y linfopenia.

La patogénesis de éste fenómeno tiene numerosas teorías como veremos. Blum, p. ej., sostiene que la disminución del cloruro de sodio en la sangre a consecuencia de vómitos y diarreas repetidas, lleve a un abajamiento de la concentración molecular que el organismo busca corregir provocando un aumento de la úrea.

Según otros autores, la deficiencia de cloruro de sodio en la sangre, provocaría, por la falta de la acción protectora del mismo

sobre las células, una desintegración de las sustancias proteicas con formación de úrea.

Otros autores, en fin, sostienen que la desintegración proteica provocaría una acidosis de los tejidos, los cuales fijarían una mayor cantidad de cloruros como compensación y protección para reparar la acidosis que se produce en ellos, lo cual explicaría bien los casos de hiperazotemia con hipocloremia sin vómitos.

La opinión que prevalece actualmente es que las hiperazotemias cloropénicas no se pueden considerar del todo extra-renales por cuanto un disturbio aunque sea secundario y funcional, acompañado o no a lesiones orgánicas de los riñones, es a veces demostrable.

El caso que tengo a bien presentar, es el siguiente:

El día 23 de Mayo del año en curso ingresó al Hospital de Golfito proveniente de Piedras Blancas el paciente E. N. G., de 30 años de edad, natural de Honduras Británica. Lo traían en estado comatoso y del examen físico practicado a la entrada se llegó a la conclusión de que se trataba de un caso de coma urémico tomando en cuenta su relajamiento muscular, la pérdida de heces y orina, su respiración profunda, la hipotermia, la miosis y las rápidas sacudidas musculares que le agitaban a menudo. Se prescribió un tratamiento paliativo y se indicó, caso de sobrevivir, una dieta aclorurada mientras se le practicaban los exámenes reglamentarios.

Al día siguiente su estado era: Temperatura 103 grados F., Pulso 96 al minuto, P. A. 118,565, Hipo y vómitos continuos, estado general algo mejorado no obstante. Los exámenes rutinarios del laboratorio dieron los siguientes resultados:

ORINA

Albúmina	Cilindros granulosos	Pus	Sangre
+	+	+	—

HECES

Ankilostomas

SANGRE

Malaria
Negativa

Hemoglobina
60%

Se le ordena un recuento globular y una química sanguínea mientras se insiste en la dieta aclorurada.

El 25 de Mayo, su estado general es más grave, los vómitos y el hipo se han acentuado, los ataques convulsivos se repiten con más frecuencia, el paciente pierde y recupera frecuentemente el conocimiento, la temperatura es de 104 grados F. y el pulso de 88 al minuto; la presión arterial de 116/70. Por la tarde la temperatura cae por crisis, llegando a 99 grados F. El recuento globular nos da lo siguiente:

Glóbulos rojos: 3.200.000
Glóbulos blancos: 12.300
Polinucleares: 82%
Linfocitos: 10%
Transicionales: 12
Eosinófilos: 6.

El análisis químico de la sangre nos da:

Urea Nitrógeno 60 mgr.%.
Urea Total 26.6 mg.%.
Cloruros 230 mgr.%.
.

Guiándome por este resultado que me facilitó el jefe del laboratorio, Lic. Juan R. Villegas y teniendo presente el síndrome en estudio, suspendo inmediatamente la dieta aclorurada y se le administran experimentalmente dos granos de sal común por la boca, prescribiendo a continuación una cucharadita de ácido clorhídrico diluido cada 4 horas. Ocho horas después había cesado el vómito y disminuido el hipo notablemente. Alentado por el resultado obtenido, prescribo una poción conteniendo 10 gr. de cloruro de sodio para darla durante las 12 horas de la noche.

El día 27 por la mañana, el paciente había experimentado un cambio verdaderamente casi — milagroso: habían desaparecido todos los trastornos gastro-intestinales y psíquicos, los músculos recuperaron su tono perdido, las rigideces y convulsiones habían desaparecido, la temperatura se encontraba en 101 grados F. y el pulso en 100 al minuto.

De aquí en adelante se le fué aumentando paulatinamente la dosis de cloruro sódico hasta darle 20 y 30 gramos en las 24 ho-

ras además de la comida corriente y que toleraba perfectamente el paciente habiéndosele desarrollado un apetito canino.

Se le hicieron varias dosificaciones de los cloruros en la sangre en los días del tratamiento, así como varios exámenes de la orina y los reportes son los siguientes:

Cloruros

30 de Mayo	270 mgr.‰
4 de Junio	280 mgr.‰
8 de Junio	300 mgr.‰
14 de Junio	320 mgr.‰
21 de Junio	400 mgr.‰
30 de Junio	450 mgr.‰

Orinas

27/5.	Albúmina	+	+	Cilindros	Granulosos	+	+	Pus	+
4/6.	"	+		"	"	+		"	+
8/6.	"	+		"	"	+		"	—
21/6.	"	—		"	"	—		"	—
30/6.	"	—		"	"	—		"	—

La historia personal del paciente es muy vaga: nacido de parto eutócico fué criado con leche de vaca. No recuerda haber padecido enfermedades en la infancia. A los 19 años trabajando en carpintería en Honduras Española sufrió por primer vez de malaria de la que curó bien gozando durante estos últimos diez años de perfecta salud. Hace 3 meses, mientras trabajaba en las nuevas fincas que la United Fruit Co. está haciendo en Piedras Blancas, empezó a padecer otra vez de calenturas precedidas por fríos más o menos fuertes, con vasca, algias lumbares y articulares varias, cefalea, inapetencia y astenia física. Se estuvo tratando con atebрина, quinina y medicinas caseras hasta que llegó un momento en que sus dolencias no se aliviaban y un buen día, inesperadamente fué presa de fuerte dolor epigástrico, sobrevino el hipo, apareció el vómito, la calentura se elevó, la micción disminuyó, la visión se enturbió, se presentó el estado soporoso y las convulsiones y fué trasladado en ese estado urgentemente a este Hospital, de donde se le dió el alta, completamente restablecido 40 días después.