

ben ist. Diese Auffassung stützt sich auf die Tatsache, dass in dieser Sekretion eine mukoide Substanz zu identifizieren ist, welche aber nicht mit Bestimmtheit als Blutserummukoid bezeichnet werden kann, da die Zusammensetzung vorläufig noch nicht vollständig geklärt ist.

RÉSUMÉ

Dans le diagnostic et évolution des icteres obstructives on utilise habituellement la détermination de l'activité phosphatase alcaline du sérum et moins fréquemment le chiffre de séromucoïde. Celui-ci a été employé dernièrement dans le diagnostic différentiel des icteres obstructives néoplasiques bénignes. Le fait de que deux des principaux facteurs étiologiques de l'obstruction biliaire: néoplasies et infection locales des voies biliaires, soient capables d'eux-mêmes d'élever la taux de séromucoïde, a mené l'auteur à discerner sur le rôle que joue le stase biliaire pur dans cette élévation, au moyen des icteres obstructives mécaniques par ligature du cholédoque de chiens. On peut conclure des résultats qu'aussi bien la phosphatasémie alcaline que le chiffre de séromucoïde sont deux précoce et fidèles exposants du degré de cholostase, même plus sûrs que la bilirrubinémie même. D'autre part on fait un tableau schématique pour l'étude diagnostique des icteres à base de la détermination en sang de ces deux substances. Finalement on suggère que l'origine de l'élévation de taux de séromucoïde dans les cholostases de n'importe quel type, au moins la plupart, soit la conséquence du manque d'élimination par la bile, en se basant sur l'identification d'une substance mucoïde dans cette sécrétion, dont la composition n'a pas encore été établie; 'est pourquoi, pour le moment on ne peut affirmer que le séromucoïde soit sanguin.

La primera dificultad reside en su misma definición. Los clásicos síntomas de la infección urinaria faltan en muchos casos y una definición clínica no es posible, so pena de dejar sin diagnóstico casi una mitad de las infecciones urinarias crónicas y algunas agudas¹. La presencia de bacterias en la orina debiera concretar si un paciente tiene o no tiene una infección urinaria. Sin embargo, la orina recogida para estudio ha pasado por la uretra, aunque la recolección se haga después de un cuidadoso lavado, especialmente en la mujer, o a través de un catéter que empuja y se contamina de los gérmenes normalmente existentes en la uretra. Una sencilla experiencia demuestra lo anterior. La orina extraída de la vejiga durante la laparotomía es estéril; pero la orina del mismo paciente en igual momento extraída por cateterismo con todas los requisitos de asepsia puede tener gérmenes casi en una mitad de los sujetos probados de esta forma². La determinación cuantitativa de la bacteriuria se está utilizando para obviar este inconveniente³; correlacionando la cuantía de bacterias por m. c. de orina, con otros parámetros de la infección urinaria, se ha estimado que un individuo puede tener desde 0 a 100.000 bacterias por m. c. de orina sin que esto sea una verdadera bacteriuria. Por encima de esta cifra es cuando la presencia de gérmenes en la orina adquiere significación de infección urinaria, pero entre 10.000 y 100.000 bacterias por m. c. hay algunos pacientes con infección urinaria clara⁴. El clásico proceder de tinción del sedimento para ver gérmenes se ha visto que es positivo sólo cuando la bacteriuria está por encima de las 100.000 por m. c. y su correlación con la infección urinaria crónica demostrada es sólo de un 80 por 100⁴. Sólo una mitad de los pacientes con infección urinaria crónica tienen piuria⁵. Si los síntomas habituales, fiebre, dolor costolumbar, alteraciones de la micción pueden faltar, y la presencia de bacterias en un cultivo de orina puede o puede no ser índice de infección urinaria crónica y la piuria sólo se ve en la mitad de los casos, la dificultad para el diagnóstico de un caso dado, salta a la vista. Cuando a esto se añade que muchos de estos pacientes reciben antibióticos diferentes en diferentes momentos y que la historia natural de la infección urinaria crónica no es progresiva y mantenida en intensidad, la dificultad se hace mayor.

Una de las cuestiones más serias para el internista es conocer la participación del parénquima renal en la infección urinaria, o sea, el desarrollo de la pielonefritis. Posiblemente ahora puede saber mejor que antes en qué momento esta última existe, recurriendo a dos procederes: uno, sencillo; el otro, más complejo. El primero, es la tinción vital con safranina y violeta de genciana del sedimento centrifugado, proceder introducido hace muchos años⁶, pero sin popularidad médica hasta recientemente^{7, 8 y 9}. Con esta técnica pueden verse en el sedimento

LA INFECCION URINARIA CRONICA Y EL INTERNISTA

M. GARRIDO.

Departamento de Medicina Interna del Hospital Provincial de Almería.

Actualmente, cuando gran parte de las enfermedades bacterianas están sometidas a un control terapéutico bastante bueno, la infección urinaria crónica presenta al internista múltiples problemas. La falta de un conocimiento exacto y convincente en la relación invasión bacteriana del tracto urinario, lesiones patológicas y sintomatología, así como las consecuencias lejanas sobre el parénquima renal y la entrada de nuevos factores en su determinismo, merecen comentario.

de los pacientes con pielonefritis leucocitos de mayor tamaño de los existentes normalmente, de protoplasma y núcleo mucho más claro y con un característico movimiento browniano de los gránulos que le da un aspecto de oropel a la célula. Esta célula grande, pálida, con brillo de oropel en el sedimento urinario, tiene una alta correlación con la presencia de pielonefritis⁸. Parece ser que la movilidad de sus gránulos no es la característica diagnóstica, sino sus caracteres tintoriales de palidez y tamaño, porque en una misma orina con "células de oropel" la movilidad granular puede desaparecer cambiando el pH y la osmolaridad del medio, en tanto persiste la palidez de la célula⁹. Hay datos que parecen mantener la idea de que estas células son leucocitos jóvenes exudados a la orina desde la lesión inflamatoria en el parénquima renal. El segundo, y hasta ahora el más seguro proceder para el diagnóstico de la pielonefritis en la infección urinaria, es la biopsia renal percutánea, técnica que está divulgando en nuestro país, con observaciones llenas de interés el profesor GIL-SANZ. Sin duda alguna, su realización no está al alcance del internista en general, comenzando porque debe ser hecha por un cirujano; además, aunque la alteración morfológica es muy demostrativa de la existencia de pielonefritis, cuando la técnica ha conseguido obtener una parte del parénquima afectado—muchas pielonefritis son únicamente focales—la utilización del material de biopsia para conocer el germen causal es prácticamente inútil dado el elevado número de cultivos negativos usando la biopsia para el mismo¹⁰. Esta falta de correlación entre cultivo de la orina y del tejido de biopsia en un caso de pielonefritis determinado, es otro de los interrogantes más curiosos en la infección urinaria crónica.

A parte de estas consideraciones de diagnóstico, el internista se enfrenta con algunas cuestiones de la infección urinaria crónica como son: a) Si el cateterismo uretral habitualmente manejado por él, o la instrumentación urológica aconsejada para evaluación diagnóstica del paciente, pueden originar una infección urinaria crónica. b) La causa de la cronicidad. c) La fiebre como posible única sintomatología clínica de la infección urinaria. d) Que una infección urinaria crónica inespecífica puede ser únicamente un fenómeno asociado en una tuberculosis renal larvada; y e) Las consecuencias funcionales de las pielonefritis y su pronóstico.

Para examinar algunos de estos hechos se han revisado 67 casos de infección urinaria crónica procedentes del Servicio de Medicina Interna de este hospital y de la práctica privada desde 1951 hasta 1958 (julio) y se ha estudiado el porcentaje de infecciones urinarias en pacientes dadas de alta en el Servicio hospitalario después de haber sido cateterizadas para exámenes rutinarios de orina.

Cateterismo uretral.—En la Sala de Medicina Interna hospitalaria de mujeres, una de las du-

das diarias es la significación de una discreta, e incluso moderada albuminuria, piocitosis o presencia de gérmenes en el sedimento cuando las orinas no han sido recogidas por cateterismo. Algo similar ocurre en la práctica privada. Normas hay publicadas para obtener orinas limpias en la mujer después de un cuidadoso lavado genital¹¹, pero resultan complejas y no hay plena seguridad de que se han realizado todo lo completamente que requieren para su idoneidad. Por lo tanto, el cateterismo uretral en la mujer ha sido hasta ahora el mejor y más sencillo método de evitar repeticiones de examen en un laboratorio de hospital sobrecargado de trabajo o de alargar más de lo debido la permanencia de los pacientes en la Sala o la asistencia a la Policlínica. No obstante, las voces elevadas en contra del proceder rutinario por su posible papel causal de una enfermedad de terapéutica tan incierta como la infección urinaria crónica, está obligando a una revisión y estudio de la cuestión. Que un catéter colocado permanentemente en la uretra es causa de infección urinaria ha sido ampliamente demostrado y es un hecho seguro¹²: a más tiempo de permanencia en la uretra más porcentaje de infección. En ingenioso experimento se ha probado que las bacterias entran a la vejiga ascendiendo por el exudado pericatéter y no por la luz uretral¹³, y aunque algunas de estas infecciones podían ser causadas por los gérmenes ya existentes en la uretra anterior, los datos recogidos parecen probar que los gérmenes son en realidad los existentes en las manos del personal que realiza el cateterismo y tiene el catéter entre sus manos. Obligado es reconocer que como proceder rutinario el cateterismo tiene las rutinarias malas condiciones de asepsia. Esto entraña mayor peligro porque los gérmenes portados por el personal hospitalario son con más frecuencia resistentes a los antibióticos. Posiblemente influya esto en que así como la mayoría de las infecciones urinarias crónicas que entran por vez primera al hospital, o acuden a las consultas privadas, se deben a la *Escherichia coli*, las infecciones urinarias que se desarrollan en personas con un catéter permanente para el tratamiento hospitalario de vejigas neurológicas, prostatismo, etc., o después de la instrumentación urológica lo son por *Pseudomonas*, *Aerobacter*, *Proteus* y *Enterococcus*¹⁴.

Diferente es si el cateterismo intermitente para obtener muestras de orina limpias simplemente lleva aparejado iguales peligros. Para conocer su incidencia en este Servicio, donde desde hace años se practica el cateterismo uretral en la mujer para obtener muestras de orina, se hizo durante el pasado año la siguiente observación: Cada enferma, a su ingreso, fué cateterizada y la orina se examinó con las tinciones habituales para gérmenes y el sedimento por el proceder usual. Orinas que tenían más de dos leucocitos por campo o gérmenes o albúmina fueron desechadas para el estudio ulterior, así

como aquellas enfermas quienes en su historia anterior tenían algún antecedente de infección urinaria. Las restantes sin signos clínicos o de laboratorio de infección urinaria fueron interrogadas diariamente durante su permanencia en la clínica para síntomas tales como disuria, polaquiuria y tenesmo, anotando las contestaciones. A su salida del hospital, la enferma fué cateterizada nuevamente, y si en esta orina segunda había albúmina, más de dos piocitos por campo, gérmenes, o sin haber ninguna de estas alteraciones de laboratorio, la enferma había aquejado síntomas urinarios después del tercer día del primer cateterismo, se hizo un cultivo de orina. Un total de 162 pacientes fueron seguidas bajo estas condiciones. Treinta y dos acusaron disuria, polaquiuria o tenesmo en los siguientes tres días al primer cateterismo; sólo cuatro entre el tercero y el décimo día; una tuvo estos síntomas durante veinticinco días de estancia en la clínica. En el estudio del sedimento a su salida, seis enfermas tenían alteraciones en el sedimento. El total de cultivos fué el de estas seis pacientes más otras dos, que sin tener alteraciones del sedimento a su salida habían aquejado de trastornos del acto de la micción después del tercer día del cateterismo. Sólo cuatro fueron positivos, creciendo en dos un *coli*, en uno un *enterococo* y en el otro un *proteus*. Este correspondió a la enferma que mantuvo síntomas urinarios después del cateterismo durante su total estancia en el hospital.

De este examen parece deducirse que la frecuencia de infección urinaria después del cateterismo intermitente es bastante baja, 2,4 por 100, atendiendo al número de cultivos positivos, aunque es posible que su número hubiese alcanzado la cifra dada por otros de hasta el 4 por 100¹⁵ de haber realizado cultivo urinario en todas las enfermas a su salida. De todas formas, los cuatro casos con bacterias en la orina fueron tratados fácilmente y éstas desaparecieron. Examen en tres de ellas por nuevo cultivo entre dos y cuatro meses después, no mostró gérmenes.

Durante el tiempo de este estudio, 16 cultivos de orina se realizaron en pacientes que sufrieron instrumentación urológica para diagnóstico—cistoscopia o pielografía ascendente—en tiempo variable entre una semana y tres meses después de la misma. Sólo dos fueron positivos: uno, con enterococos, y otro, con *proteus*. Estos 16 cultivos corresponden a pacientes hospitalarios o privados que no tenían síntomas clínicos o de laboratorio de infección urinaria antes de sufrir los procedimientos urológicos. El paciente con *enterococo* curó rápidamente con *Furadantoina*, y el otro con infección urinaria por *proteus* fué de tal severidad que merece comentario.

J. P., un hombre de sesenta y siete años de edad, con arteriosclerosis avanzada, tuvo una discreta hematuria y para conocer su causa fué cistoscopiado. El urólogo no encontró alteraciones en el examen urológico. Se hizo

un diagnóstico de hematuria idiopática? Diez días más tarde el paciente desarrolló una severa infección urinaria por *proteus* que no respondió a los diversos tratamientos efectuados. El germen se mostró resistente a todos los antibióticos probados en el antibiograma; parciales mejorías fueron obtenidas con lavados vesicales repetidos. El paciente ahora arrastra una infección urinaria crónica ocho meses después del comienzo de la misma.

COMENTARIO.

Aunque la incidencia de infección urinaria crónica después del cateterismo intermitente parece baja, su existencia obliga a realizar un examen de la orina de cualquier paciente que sea cateterizada por cualquier causa, ya que posiblemente, con tal medida, la posibilidad de una infección será controlada en su mismo comienzo, obviando el paso a la cronicidad, donde la terapéutica es más incierta. Con las debidas precauciones de asepsia, que debieran extremarse algo más de lo que habitualmente lo son, no parece deba renunciarse a una medida de tan diario uso y utilidad como el cateterismo intermitente en la mujer en un Servicio de Medicina Interna. Originando alteraciones traumáticas de mayor severidad en la uretra, la instrumentación urológica, los riesgos de ésta parecen más altos y en personas susceptibles el cuidado de no provocar una infección como la anteriormente mencionada debe pesar mucho en el ánimo del internista y del urólogo.

Cronicidad de la infección urinaria. — Un tracto urinario normal sin alteraciones funcionales de la composición de la orina raramente se infecta¹⁶. Por el contrario, la mayoría de las infecciones urinarias crónicas asientan en el seno de anomalías congénitas o adquiridas del sistema colector urinario o en presencia de cambios funcionales en la composición de la orina. El papel de pelvis hipogenéticas, duplicación de uréter, riñón en herradura, etc., son bien conocidas como causas congénitas favorecedoras de la infección crónica, así como la litiasis, el prostatismo, el embarazo, etc., lo son como mecanismos adquiridos. Posiblemente toda infección urinaria crónica asienta en alteraciones de una u otra naturaleza. Se ha demostrado que la pielonefritis crónica del recién nacido se debe a una inmadurez congénita de la nefrona, haciendo estudios de microdissección¹⁷. Alteraciones funcionales del riñón—por lo menos en la medida que nuestros actuales métodos permiten decirlo—, por ejemplo, en la disfunción tubular del síndrome de Fanconi, o en los cuadros de exceso de mineralocorticoides, bien por tumor adrenal o por administración prolongada de esteroides, se asocian con más frecuencia de lo casual a infecciones urinarias crónicas. Cambios renales, en la depleción de potasio de otras causas, también se asocian con pielonefritis. Un tanto ocurre en la intoxicación por la vitamina D, o en las hipercalciurias de diversas etiologías^{18, 19, 20, 21 y 22}. Entre los cambios de la com-

posición de la orina, la alcalinidad, la presencia de suero y la de glucosa favorecen la infección, en tanto que la acidificación y el aumento de la osmolaridad por el cloruro sódico la disminuye²⁴. Así, pues, las causas de que una infección urinaria prenda, y se haga crónica después, son tan variadas y algunas de ellas tan difíciles de probar en la clínica, que en el estudio de un caso concreto de infección urinaria crónica el internista no puede contentarse con un breve examen del paciente o de la orina.

En los 67 casos revisados, la incidencia de causas se describe en la tabla I.

TABLA I

		Procento
Defectos congénitos:		
Riñón poliquístico	3	4,4
Duplicación de uréter	4	5,9
Pelvis hipogenética	1	1,4
Megalouréter	1	1,4
	9	
Defectos adquiridos:		
Embarazo	14	20,8
Litiasis	16	23,8
Prostatismo	7	10,4
Tumor	2	2,8
Hiperparatiroidismo con nefrocalcinosis	1	1,4
Tuberculosis renal con infección inespecífica	2	2,8
Permanencia prolongada en cama	2	2,8
Cambios en la composición de la orina:		
Diabetes	4	5,9
Causa desconocida	10	14,9

La baja incidencia de prostatismo y de tumor está relacionada con la procedencia de gran parte del material casuístico.

La sumación de varios factores en el determinismo de la cronicidad es un hecho comprobado, y casos hay en los cuales una causa que parece obviamente el origen de la infección urinaria crónica no tiene sin embargo ningún papel en la misma. Como ejemplo está el siguiente caso:

J. M., un hombre casado, de cuarenta y dos años de edad, tenía una larga historia de brotes repetidos de infección urinaria severa, tratados por muchos médicos con muchas drogas. Su respuesta inmediata fué siempre brillante y su repetición segura. Los gérmenes habitualmente encontrados en los múltiples exámenes fueron el *coli* y el *enterococo*.

En una pielografía descendente existía una bifidez de pelvis y uréter izquierdo, y un cateterismo con sondaje bilateral permitió aislar el germen sólo del lado izquierdo²⁵. Este proceder y el cultivo fué realizado en la Clínica de la Concepción. En consecuencia lógica, aunque no existían alteraciones groseras de la imagen pielográfica, el caso parecía deber su cronicidad a la existencia de una anomalía congénita que favorecía el asiento y proliferación del germen. Nuevas medidas terapéuticas resultaron infructuosas. Algun tiempo más tarde un urólogo demostró la existencia de una prostatitis crónica con claros antecedentes y un tratamiento en esta dirección ha mantenido al paciente sin nuevos brotes febriles durante varios meses.

Que la infección urinaria crónica lo es, merced a la presencia de alteraciones del tracto urinario, aunque la causa principal que determina esta alteración pueda ser erradicada, lo muestra el siguiente otro caso:

M. P. de M., una enferma de cincuenta y siete años de edad, casada, tenía un cálculo coraliforme de la pelvis izquierda. La enferma fué sometida a intervención para resolver su problema de dolores repetidos, y en contra de la opinión del profesor JIMÉNEZ DÍAZ, quien aconsejó la extirpación de ese riñón, el urólogo, más conservador—paradoja de la Cirugía—, pensó durante la intervención que una simple pielotomía con extracción del cálculo permitiría dejar un riñón funcionalmente eficiente. Una pielografía descendente después de la intervención mostró una tan buena y rápida eliminación por el lado afecto como por el riñón sano y ello parecía dar la razón al urólogo. Sin embargo, a partir de entonces apareció una infección urinaria crónica, severa e intractable, que actualmente, cuatro años después de la intervención quirúrgica, ha dado lugar a una marcada tortuosidad de ambos uréteres con profundas alteraciones del sistema pélvico bilateral.

La fiebre como única sintomatología de la infección urinaria crónica.—En la experiencia de todo internista está la dificultad de determinar la causa de una fiebre de larga duración sin ningún otro aqueamiento. Muchos de estos casos reciben diversos diagnósticos, que oscilan entre distermia o adenitis mesentérica, y también con cierta frecuencia, ante la imposibilidad de encontrar su verdadero origen, se le aconseja a la familia o al paciente no ponerse más el termómetro. No obstante, algunos de estos enfermos no se van muy convencidos de que el abandono del termómetro sea la mejor terapéutica para ellos y en su rodar de doctor en doctor vienen a conocer la causa de sus fiebres. Con más frecuencia de lo que se cree, el origen de una fiebre mantenida largo tiempo con escasos o ningún otro síntoma y con poca invalidez, es una infección urinaria crónica que puede no dar ninguna alteración en el estudio habitual del sedimento. Los dos siguientes pacientes son un ejemplo de lo anterior:

Una chica de dieciocho años de edad fué vista por mí hace dos años con el único aqueamiento de mantener temperaturas entre 37° y 38° desde hacía más de un año. Esporádicamente las temperaturas llegaban hasta 39°. A pesar de estas temperaturas su vida había sido completamente normal y sólo en las elevaciones esporádicas había guardado cama. Varios médicos y dos profesores habían visto a la paciente y los diagnósticos fueron variados. El de distermia figuraba en la lista y el de tuberculosis intestinal también. Después de lo que parecía —por lo menos a nosotros—un detenido estudio, etiquetamos el caso de distermia y se le dió el consejo de abandonar el termómetro. Pero como indicábamos más arriba que suele ocurrir en estos casos, la enferma optó por abandonarnos y consultar con el profesor JIMÉNEZ DÍAZ, quien hizo un cultivo de orina en el que creció un colo resistente a todos los antibióticos a excepción de la cloromicetina. Casualmente era el único antibiótico que la enferma no había tomado en su larga enfermedad, y bajo un esquema terapéutico con esta droga la enferma vió marcar al termómetro una temperatura normal que se ha mantenido así desde hace meses.

F. C. O., un hombre, casado, de treinta y seis años de edad, tenía fiebres desde hacía dos años aproximadamente.

te que evolucionaban por ondas, alcanzando en ocasiones temperaturas de 40° con escalofríos y en los intervalos quedaba con décimas. A esto se unía desnutrición progresiva, sudoración, astenia y dolores en la espalda. Una multitud de diagnósticos recibió el paciente, entre ellos brucelosis, posible linfogranuloma y endocarditis lenta, porque alguien auscultó un soplo en punta, etcétera. Aunque en varios exámenes de orina anteriormente realizados no había alteraciones en el sedimento, nosotros tuvimos la fortuna de verle en un episodio de fiebre elevada y en el estudio del sedimento había discreta piuria con *Escherichia Coli*, resistente a las tetraciclínas, pero sensible a la estreptomicina y al clorofenicol. Un tratamiento con la última droga erradicó su infección, y a excepción de un breve episodio febril de una semana de duración, cuando el paciente dejó la medicación de sostén con Furdantoina, el paciente se encuentra bien, sin fiebres.

Aunque el internista, ante unas fiebres de origen desconocido y largo curso, haya de pensar en cosas tan variadas como un carcinoma de estómago o un hipernefroma aún no palpable, una de las cosas que debieran hacerse en estos casos con más asiduidad es un cultivo de orina aunque no haya alteraciones groseras en el estudio del sedimento urinario.

Infecciones urinarias inespecíficas injertadas sobre una tuberculosis renal.—La infección tuberculosa del riñón no siempre da claros síntomas, y en bastantes ocasiones, aunque exista una piuria evidente, la falta de antecedentes pulmonares y la dificultad para demostrar el bacilo en un simple examen de tinción de sedimento, hace errar el diagnóstico. También con frecuencia a la infección específica se asocia una infección inespecífica, con la máxima frecuencia determinada por el coli. ¡Sólo contados casos de piuria con colis en el sedimento son inoculados al cobaya! De lo contrario, pudiera verse que esta asociación es más frecuente de lo que estima en general. Los siguientes dos casos, diagnosticados mucho tiempo después de haber sido estimados como simples infecciones urinarias crónicas inespecíficas, prueban tal aserto.

Un hombre de setenta y dos años de edad, J. P. M., tenía una larga historia de infección urinaria crónica por coli, en cuyo determinismo se consideró lo primordial la existencia de un moderado prostatismo. Fué intervenido, y aunque durante algún tiempo estuvo mejor, las molestias urinarias y la fiebre persistente volvieron. Cuando nosotros le vimos tenía una intensa piuria con abundante coli y enterococos en el sedimento y una terapéutica con antibióticos, mejoró ostensiblemente al paciente. Poco después volvió con sintomatología aún más acusada, marcada postración, hipo continuado y recidiva de su infección urinaria, aparentemente inespecífica. La severidad de su condición obligó a administrar esteroides además de las medidas para controlar su infección urinaria. Nuevamente se obtuvo una señalada mejoría y el paciente fué dado de alta. Mes y medio más tarde volvió con un nuevo brote febril y en esta ocasión se encontraron bacilos de Koch en el sedimento. Repetidos exámenes del mismo lo comprobaron, y bajo una terapia antibacilar mejoró.

P. de V., una mujer de treinta y siete años de edad, la vimos por vez primera en marzo del presente año con motivo de un síndrome meníngeo. En sus antecedentes figuraban los siguientes hechos: dos años antes tuvo una enfermedad febril, de seis semanas de duración, con temperaturas entre 37° y 39°, que quedó sin diagnosticar a

pesar de repetidas consultas médicas. Hacia seis meses que le comenzó un dolor a lo largo de la pierna izquierda, irradiado desde la nalga del mismo lado. Diversas terapéuticas para lo que se estimó como una ciática, dieron escaso resultado. Poco antes de verla nosotros, la enferma consultó en la Clínica de la Concepción, donde fué diagnosticada de infección urinaria crónica con dilatación, tortuosidad y alguna desestructuración del sistema urinario y abundantes colis en el sedimento. Colateralmente se hizo un diagnóstico de ciática idiopática, y aparte de los antibióticos para su infección urinaria, se le prescribió una vacuna. Curiosamente mejoró la ciática y días después el oído izquierdo comenzó a supurarse, cosa que venía ocurriendo desde hacia muchos años por temporadas. Tres días antes de verla nosotros la enferma comenzó bruscamente con cefalea intensa y fiebre. Había los habituales signos de una meningitis severa. En el líquido cefalorraquídeo, de color claro, había 900 células, en su mayoría linfocitos, y con un diagnóstico de reacción meníngea por propagación de su proceso ótico, la enferma fué tratada con antibióticos; una semana más tarde su estado era tan alarmante que la enferma fué trasladada con urgencia a la Clínica de la Concepción, donde fué vista por el profesor JIMÉNEZ DÍAZ, quien pudo probar que la ciática era debida a una artritis sacroiliaca específica, muy ostensible en el examen radiográfico allí realizado, y de igual naturaleza la lesión del tracto urinario y la meningitis. Bajo un tratamiento antituberculoso, la enferma se ha recuperado.

En ambos pacientes la colibacilosis estaba simplemente injertada sobre una infección tuberculosa larvada, que en el primero de los casos se hizo evidente sólo después de una intervención para su próstata agrandada, y de la administración de esteroides posiblemente, y en el segundo, cuando una meningitis tuberculosa permitió filiar la naturaleza de su infección urinaria crónica—que años atrás había dado lugar a un proceso febril que recibió diversos diagnósticos y repetidas consultas médicas por su seriedad—, así como la artritis sacroiliaca causante de dos brotes de ciática aparentemente idiopáticas.

Las consecuencias renales de la infección urinaria crónica.—Un gran número de afecciones renales terminales, consideradas antes como incluidas en el círculo de la enfermedad de Brigh, se estiman actualmente como el resultado de una pielonefritis lenta, frecuentemente arrastrada desde la infancia con escasa o nula sintomatología. Uno de los méritos de la biopsia renal percutánea ha sido el ampliar y confirmar este concepto²⁶. No solamente pacientes con sintomatología o datos en la historia de una infección urinaria crónica tienen en el final de su vida la lesión focal o difusa de una pielonefritis, sino enfermos con hematuria y proteinuria que clínicamente cualquiera consideraría como una típica glomerulonefritis crónica, demuestran en los estudios de biopsia, lesiones que morfológicamente nadie dudaría en considerar como una nefritis, pero que al mismo tiempo cuando se cultiva el trozo de biopsia se obtienen gérmenes cuya erradicación con antibióticos permite la curación de una enfermedad aparentemente sin tratamiento adecuado²⁷. De otro lado, cuando algunos pacientes con cuadros clínicos de esclerosis renal llegan a la autopsia, el patólogo se ve sorprendido, pero más el clínico, al compro-

bar que aquella enfermedad que fué tenida como consecutiva a una glomerulonefritis de evolución crónica, debe su causa en realidad a una pielonefritis larvada: en el estudio morfológico existen los datos de infiltración celular, etc., que caracterizan a la pielonefritis crónica. La cuestión tiene más interés del puramente académico porque entraña graves decisiones de diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Efectivamente, no siempre tiene la misma significación la reducción de la función renal en un caso de pielonefritis crónica, que en un otro de glomerulonefritis crónica, aunque en ambos casos los valores de reducción sean semejantes. Pocos internistas harán un buen pronóstico ante un caso de glomerulonefritis crónica que después de evolucionar un largo tiempo tenga un repetido y comprobado aclaramiento ureico en M. B. C. de menos del 20 por 100. Sin embargo, reducciones aún más acusadas en la pielonefritis crónica, sin exacerbación aguda, pueden tener un pronóstico muy distinto y ser susceptibles de vivir largos años. Como un ejemplo está el siguiente caso:

Una mujer de sesenta y dos años de edad fué vista por vez primera en diciembre de 1952, con una historia de brotes febriles durante varios embarazos y presencia de colis en el sedimento. Esto permitió filiar la naturaleza de su insuficiencia renal con valores de retención ureica fluctuantes entre 100 y 130 mg. por 100 c. c. en diferentes exámenes. Varios aclaramientos de la urea en M. B. C. dieron valores del 10 por 100. Con este resultado se hizo un pronóstico serio y la enferma fué tratada con una asociación de antibióticos.

Algun tiempo más tarde esta paciente fué vista por el profesor ORTIZ DE LANDÁZURI, quien también encontró una función renal del 10 por 100 en M. B. C. y se impresionó con un pronóstico similar.

Desde aquella fecha hasta la actual en que hemos seguido vigilando a la enferma, sus valores de retención ureica no han sido nunca inferiores a 100 mg., pero tampoco superiores a 140 mg. por 100 c. c. Tratamientos frecuentes con antibióticos han permitido a la paciente mantenerse prácticamente sin infección urinaria activa, aunque ocasionalmente ha habido algunos exámenes de sedimento con gérmenes o aumento del número de leucocitos por inadecuada aceptación de las normas terapéuticas. Las últimas evaluaciones de su función renal han dado resultados similares.

COMENTARIO.

Seis años de evolución con retención ureica mantenida y una función renal repetidamente comprobada del 10 por 100, sin ser insólita cosa en la glomerulonefritis, no es cosa diaria; pero en la pielonefritis esto mismo es menos extraño. La reducción a sólo un 10 por 100 de la función renal que obliga a mantener una retención ureica permanente, debiera tener igual significación en un caso como otro. No es así, porque la hialinización y fibrosis de nefronas en la glomerulonefritis se realiza, además de fuera de nuestra adecuada compresión patogenética, sin reversión terapéutica por ahora, en tanto en la pielonefritis reducción tan marcada de la función renal ha sido el fruto de la presencia de gérme-

nes. Aquí, bajo ciertas circunstancias felices, el factor causal puede ser controlado y la progresiva reducción de la función renal suspendida. El diferenciar ambas formas de insuficiencia renal crónica apareja actuaciones distintas con pronósticos diferentes.

SUMARIO.

La frecuencia de infección urinaria crónica después del cateterismo intermitente no es lo suficientemente alta como para abandonar este útil proceder de exámenes de orina en la mujer. El extremar las condiciones de asepsia en el cateterismo y un examen ulterior de la orina puede obviar algunos de sus inconvenientes.

La causa de la cronicidad de una infección urinaria es tan variada que el examen del paciente y de su orina no pueden ser someros. Con frecuencia varios factores contribuyen al mismo resultado.

Con frecuencia la presencia de fiebre más o menos elevada es la única sintomatología clínica y de laboratorio de una infección urinaria y su búsqueda y diagnóstico dificultosa.

La asociación de infección urinaria tuberculosa e infección inespecífica ocurre con cierta frecuencia y la primera puede quedar enmascarada por la segunda.

No tiene igual significación pronóstica, en muchas ocasiones, la reducción de la función renal en la glomerulonefritis como en la pielonefritis.

BIBLIOGRAFIA

1. SAPHIR, O. y TAYLOR, B.—Ann. Int. Med., 36, 1.017, 1952.
2. GUZE, L. B. y BEESON, P. B.—Cit. editorial Am. J. Med., 24, 1, 1958.
3. KASS, E. H.—Arch. Int. Med., 100, 709, 1957.
4. KASS, E. H.—Tr. A. Am. Physicians, 69, 59, 1956.
5. MACDONALD, R. A., LEVITIN, H., MALLORY, G. K. y KASE, E. H.—New England J. Med., 256, 915, 1957.
6. SCHILLING, V.—Cit. 9.
7. STERNHEIMER, R. y MALVIN, B.—Am. J. Med., 11, 312, 1951.
8. BERMAN, L. B., SCHREINER, G. E. y FEYS, J. D.—New England J. Med., 255, 989, 1956.
9. POIRIER, K. P. y JACKSON, G. G.—Am. J. Med., 23, 579, 1957.
10. BRUN, C. y RAASCHOU, F.—Am. J. Med. Symposium on Renal Physiology, 24, 676, 1958.
11. MAGEE y cols.—Cit. editorial Am. J. Med., 24, 1, 1958.
12. KASS, E. H. y SCHNEIDERMAN, L. H.—New England J. Med., 256, 556, 1957.
13. KASS y cols.—Cit. 2.
14. KIRBY, W. M. M. y cols.—Journ. Am. Med. Ass., 162, 1, 1956.
15. MARPLE, C. D.—Ann. Int. Med., 14, 2.220, 1941.
16. JACKSON, G. G. y GRIEBLE, H. G.—Arch. Int. Med., 100, 692, 1957.
17. KASS, E. H.—Cit. 16.
18. MUDGE, G. H.—Am. J. Med., 24, 785, 1958.
19. SCHREINER, G. E.—Arch. Int. Med., 102, 32, 1958.
20. RELMAN, A. S. y cols.—Am. J. Med., 24, 764, 1958.
21. SCHNEIDER.—Cit. 16.
22. MUEHRCKE, R. C. y cols.—Cit. 16.
23. MULFORD, D. J.—Cit. 16.
24. BRAUDE, A. I.—J. Clin. Invest., 34, 489, 1955.
25. WEISS, S. y PARKER, F. Jr.—Medicine, 18, 221, 1939.
26. KIPNIS, G. P. y cols.—Arch. Int. Med., 95, 445, 1955.
27. KARCK, R. M. y cols.—Ann. Int. Med., 43, 807, 1955.

SUMMARY

The incidence of chronic urinary infection after intermittent catheterisation is not high

enough to preclude this useful means of urine analysis in women. Extreme care concerning aseptic conditions of catheterisation and subsequent urine analyses may obviate some of its drawbacks.

The cases of chronicity of urinary infection vary so much that the examination of the patient and of urine cannot be cursory. Several factors frequently lead to the same end-result.

The presence of more or less marked fever is frequently the only clinical and laboratory finding in urinary infection. Its assessment and diagnosis are then difficult.

The association of tuberculous with non-specific urinary infection occurs in certain cases, and the latter may mask the former.

On many occasions reduction in kidney function has not the same prognostic significance in glomerulonephritis as in pyelonephritis.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Infektion der Harnwege nach intermittierenden Sondierungen bei Frauen tritt nicht so häufig auf, als dass ein Abstehen von diesem so nützlichen Verfahren gerechtfertigt wäre. Die verschiedenen Nachteile können durch strengere aseptische Massnahmen beim Sondieren und nachträglichen Untersuchungen des Harns vermieden werden.

Die Chronizität einer Infektion kann so verschiedene Ursachen haben, dass die Untersuchung der Patientin und ihres Harns keinesfalls oberflächlich sein darf. Häufig ist das Resultat die Folge von verschiedenen Faktoren.

Das Auftreten von mehr oder weniger hohem Fieber ist oft klinisch und von Laboratorium aus die einzige Symptomatologie einer Infektion der Harnwege, wobei es schwer sein mag die selbe aufzufinden und zu diagnostizieren.

Mit einer gewissen Häufigkeit beobachtet man das Auftreten von tuberkulöser und unspezifischer Infektion verbunden, wobei die erstere hinter der letzteren verborgen bleiben kann.

Häufig hat eine verminderte Nierentätigkeit bei Glomerulonephritis nicht dieselbe Prognose wie bei Pyelonephritis.

RÉSUMÉ

La fréquence d'infection urinaire chronique après le cathétérisme intermittent n'est pas suffisamment élevée pour dévaloriser cet utile procédé d'examen de l'urine chez la femme. Pousser à l'extrême les conditions d'asepsie dans le cathétérisme et un examen ultérieur de l'urine, peuvent éviter certains de ses inconvénients.

La cause de la chronicité d'une infection urinaire est si variée que l'examen du malade et de son urine ne doivent pas être superficiels. Souvent plusieurs facteurs contribuent au même résultat.

Fréquemment la présence de fièvre plus ou

moins élevée est l'unique symptomatologie clinique et de laboratoire d'une infection urinaire et sa recherche et diagnostic difficiles.

L'association d'infection urinaire tuberculeuse et infection non spécifique arrive assez fréquemment et la première peut être cachée par la seconde.

La réduction de la fonction rénale dans la glomerulonéphrite n'a pas, bien souvent, le même sens pronostic que dans la pyelo-néphrite.

EL COLANGIOGRAMA INTRAVENOSO NORMAL Y PATOLOGICO

G. M. SCAVINO.

Fundaçao Manoel de Abreu.
Diretor: Doctor GIO. "NI. M. SCAVINO.
Caxias do Sul.
Brasil.

Hasta la introducción de la biligrafina, en el año 1953, resultaba imposible la visualización radiológica del hepático y del coléodoce por vía incurrante. La introducción de nuevas sustancias destinadas a la colecistografía por vía oral, particularmente con los tri-iodados a base de ácido panoico, tal el Telepaque, fué posible lograr, en un elevado porcentaje de casos, la opacificación del cístico y del coléodoce después de la suministración de la prueba de Boyden. Con todo, para que la opacificación de la vía biliar principal sea posible por vía oral, es necesario que se cumplan tres condiciones fundamentales:

a) La vesícula biliar debe conservar su capacidad de concentración, es decir, ser capaz de concentrar la bilis hepática que le llega del hígado.

b) Debe conservar, además, su propiedad de contraerse después de suministrada una comida grasa, como por ejemplo, la de Boyden.

c) Debe conservar también su capacidad de evacuar su contenido a la vía biliar principal, es decir, el cístico debe ser suficientemente permeable.

La biligrafina tiene, en cambio, las siguientes ventajas cuando se la compara con los productos de opacificación por vía oral:

a) Permite la opacificación de conductos extrahepáticos, del hepato coléodoce inclusive, en los casos en que fué extirpada la vesícula biliar.

b) Posibilita, además, la opacificación de un elevado porcentaje de vesículas biliares que resultan negativas o excluidas por vía oral.

COMPOSICIÓN.

La biligrafina de Schering posee seis átomos de yodo por molécula. El preparado que se uti-