

UN CASO DE PIELONEFRITIS CRONICA
ASCENDENTE

J. SERRATOSA GONZÁLEZ.

Ronda.

Es frecuente en clínica encontrar casos más o menos complejos de los que siempre se pueden sacar enseñanzas, mas dar con un proceso patológico tan variado y rico en incidentes, y en el que el enfermo por la coincidencia de ser familiar nuestro sea seguido día a día en su polimorfa evolución a través del tiempo, no se da todos los días; de aquí nuestra decisión de hacerlo público.

Es una señora, A. G. A., de unos cincuenta años, cuya historia se remonta al año 1945 en que una mañana se despertó sorprendida con la pérdida de visión en el ojo izquierdo; consultado un oftalmólogo, le diagnosticó una retinitis con trombosis de la vena central de la retina y al juzgar tratarse de un proceso patológico de fondo más amplio la envía a un internista quien se encuentra con una presión arterial elevada, retención ureica manifiesta y albuminuria discreta con cilindruria y hematuria también discretas; la somete a un régimen decolorurado y medicación al uso (papaverina, acetilcolina, luminal, etc.) siguiendo con alternativas varias pero sin recobrar la visión ni modificarse gran cosa su cuadro clínico y analítico. Pero en el verano del mismo año 1945 comienza a tener elevaciones térmicas intensas precedidas de fuertes escalofrios y seguidas de sudor copioso; estos síntomas son interpretados por quien entonces la asistía como paludismo y aunque la investigación de hematozoarios fué negativa, la trató con Atepé sin que se modificara en nada su proceso febril.

Vistos entonces por nosotros repetidos frotis de sangre de esta enferma, en los que no sólo no se veían hematozoarios en detenidos y repetidos exámenes, sino que además sus hemacias son normales, nos convencemos de que aquello no es un paludismo y pensando en su historia anterior de hipertensión y albuminuria encaminamos nuestras investigaciones en el sentido de una infección renal, encontrándonos sorprendidos con que la orina presenta una abundantísima piuria con células de pelvis renal y aun de parénquima, algunos cilindros y abundantisimos bacilos tipo coli; en sangre la uremia estaba elevada (0,85 grs. por 1.000) como cuando tuvo su accidente ocular, y además presentaba una fuerte leucocitosis con intensa neutrofilia. Todos estos datos hicieron diagnosticar una pielonefritis y en ese sentido se encaminó la terapéutica alternando la dieta alcalinizante junto a antibióticos (sulfamidas y penicilina), con la acidificante junto a derivados de la hexametilentetramina, pero no se consigue mejoría alguna: la enferma sigue con sus grandes elevaciones térmicas que se repiten casi invariablemente un día si y otro no y que suelen llegar hasta los 40°. Se insiste más y más en la terapéutica indicada y ante su fracaso se inicia una cura con estreptomicina que únicamente consigue, a los pocos gramos, producirle una neuritis del vestibular que le ocasiona trastornos del equilibrio que sólo a base de años ha podido recuperar en parte.

Así pasa casi dos años, en los que, naturalmente, es vista por varios colegas fracasando toda clase de terapéuticas, ya que a pesar de ellas sigue con sus terribles elevaciones térmicas, su leucocitosis intensa, con neutrofilia manifiesta, etc., etc.

Mas en el verano de 1947, un buen dia se le presenta un agudísimo dolor en hipocondrio derecho, defensa muscular a ese nivel, taquicardia intensísima y cuadro hematológico análogo hasta entonces (leucocitosis con neutrofilia); ante este cuadro de abdomen

agudo con dolor electivo en punto cístico, unido a que la enferma tuvo de joven algunos episodios de tipo vesicular, se piensa en un empiema de vesícula, y en consulta con otros médicos (internistas y cirujano) se propone una intervención urgente sobre vesícula bilíar; mas en el acto operatorio aparece ante los asombrados ojos de todos los concurrentes una vesícula sana y toda la región absolutamente normal, procediéndose a cerrar rápidamente. Sigue con su cuadro exactamente igual aunque desaparece el dolor agudo y la defensa, por lo que nos inclinamos a pensar que se trató de una retención aguda de orina en la pelvis derecha enferma, que originó el cuadro que dió lugar a confusión con un empiema de vesícula.

Dedicados entonces a observarle la orina muy frecuentemente, pudimos comprobar que frente a días en que las orinas eran relativamente normales otras veces y coincidiendo con molestias dolorosas en hipocondrio derecho se encontraba verdadera piuria.

Pero la enferma no mejoraba nada a pesar del tiempo y de la variedad de tratamientos a que era sometida, seguía con todas sus molestias y lo que es peor con esas elevaciones térmicas constantes, decidiéndose trasladarse a Madrid para su estudio, donde se le hacen las siguientes exploraciones, entre otras:

Electrocardiograma (Dr. GÓMEZ CUÉLLAR).—Demuestra una taquicardia sinusal, desviación del eje eléctrico a la izquierda, trastornos del metabolismo del miocardio; las curvas están impurificadas por temblores

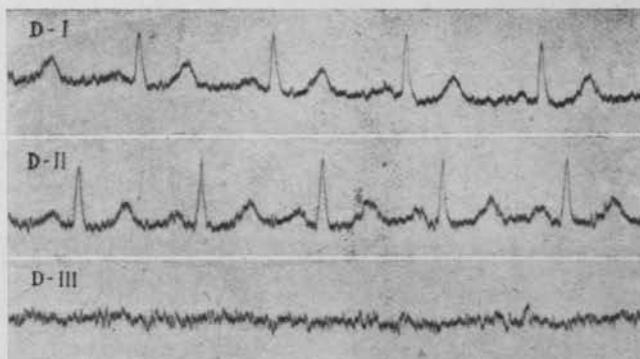


Fig. 1.

musculares superpuestos. El Dr. GÓMEZ CUÉLLAR hace un diagnóstico electrocardiográfico de alteración difusa del miocardio (fig. 1).

Exploración urológica (Dr. E. ACERO).—*Cistoscopia:* Buena capacidad vesical y normalidad de la mucosa en toda su extensión; O. O. U. U. normales, puntiformes y bien implantados; el D. eyacula ligeramente turbio; la eyaculación del O. U. I. es francamente turbia y muy tardía. A la cromocistoscopia aparece el carmín indigo a los cuatro minutos en O. U. D. débilmente coloreado, no apareciendo a los veinte, en el lado izquierdo, suspendiéndose la exploración.

Se practica cateterismo ureteral bilateral obteniéndose de R. D. unos 15 c. c. de orina débilmente coloreada de carmín. Del catéter izquierdo no se obtiene orina probablemente por obstrucción del mismo.

Se practica pielografía descendente con perabrodil inyectando por vía venosa 20 c. c. del producto, llamándonos la atención la indolencia absoluta del mismo, ya que es corriente que todos los medios de contraste por su elevado contenido en yoduro provoquen sensación urente que se transmite por la cara interna del brazo hasta la axila.

Se tira la primera placa a los diez minutos no observándose contraste alguno. A los veinte minutos se hace nueva radiografía con el mismo resultado negativo. En ambas se aprecia una sombra piriforme que corresponde a una formación quística palpable en región lumbar (fig. 2).

La negatividad de sombra alguna de contraste que

relacionamos con la indolencia anteriormente indicada nos hace dudar de la bondad del perabrodil, por lo cual practicamos pielografía ascendente con yoduro sódico al 20 por 100 y novocaina al 1 por 100: en ella se observa (fig. 3): ectasia piélica bilateral con dilatación de todos los calices y desaparición de los fórnix, pero no muy afectada su morfología conservando el tejido renal una aparente integridad, imagen radiográfica que corresponde a una hidronefrosis extra-renal bilateral. En ambos lados se observa una dilatación semejante del uréter y en el lado derecho una acodadura del mismo en sifón con torsión de ambos.

Investigación bacteriológica de orina (practicada en el Hospital militar de Carabanchel).—Abundantes colibacilos; la investigación de bacilos ácido-alcohol resistentes ha sido negativa, incluso inoculando al cobaya.

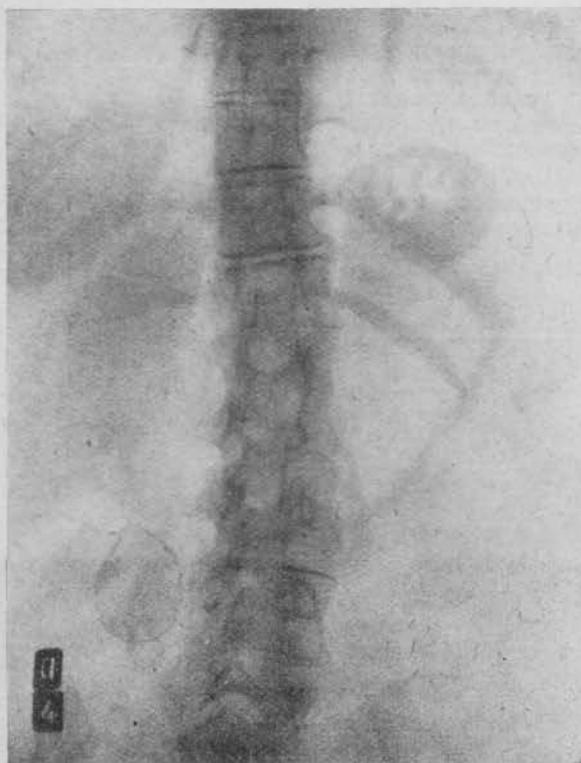


Fig. 2.

Otras investigaciones.—Los análisis de sangre que por esta fecha se practicaron demostraron igual que siempre una intensa leucocitosis con marcada neutrofilia, discreta anemia hipocrómica, retención ureica de 0,80 grs. por 1.000.

Por esta época (noviembre 1947) se registra un descenso de la presión arterial que naturalmente no puede tomarse como éxito terapéutico, sino como iniciación del fallo del músculo cardíaco, como se puede apreciar en el E. C. G. adjunto.

La exploración urológica no pudo ser más convincente, viendo a confirmar plenamente nuestra impresión de primera hora; pero con todo esto desgraciadamente nada hemos hecho en favor de la enferma, puesto que los más variados tratamientos no han dado resultado alguno y sólo la penicilina a grandes dosis conseguía tenerla algunos días en relativa apirexia.

El proceso sigue igual, y el tiempo pasa sin que experimente mejoría alguna, llegando así hasta el verano de 1949. Admira cómo una persona con una retención ureica tan marcada desde este tiempo atrás, con un fallo cardíaco que se inicia y con unas elevaciones térmicas tan brutales y constantes haya podido llegar hasta aquí.

Nuestra impotencia terapéutica estaba a la vista a pesar del diagnóstico correcto, hasta el punto de que ni siquiera los antitérmicos habituales eran eficaces

para bajarle la fiebre. Y pensamos, a la vista de lo expuesto, que a ninguno se le había ocurrido pensar en la inmunidad, en relación con el proceso que esta enferma padecía, que como decímos era colibacilar, demostrado suficientemente por cultivos de orina; y entonces decidimos emplear vacunas anticolibacilares por vía bucal, remedio que dicho sea de paso, no nos inspiraba la menor esperanza; mas al poco tiempo de tratamiento pudimos comprobar con sorpresa que la fiebre que había sido tan agotadora por su elevación y constancia desapareció por completo, su leucocitosis hasta entonces mantenida a través de los años inició un descenso junto con una lenta desaparición de la neutrofilia hasta normalizarse la fórmula leucocitaria; las molestias dolorosas en hipocondrio derecho también mejoraron, y la orina aunque naturalmente seguía con

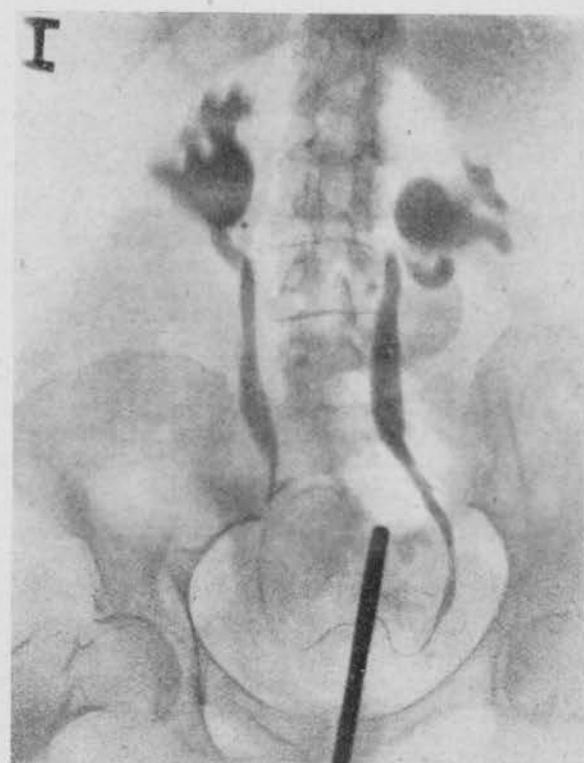


Fig. 3.

1.010 de densidad correspondiente a la isostenuria de su esclerosis renal, no tenía albúmina y en el sedimento no se apreciaban más que escasos leucocitos sueltos. Todos estos datos nos probaban que su proceso pielonefítico en plena actividad a través del tiempo, había entrado en una fase de inactividad indudablemente relacionada con el empleo de vacunas que exaltan la inmunidad.

La inactividad de este proceso se mantuvo alrededor de un año, en el que nuestra enferma, si bien no dejó de tratarse con régimen adecuado, vitaminas, hepatoterapia y ferroterapia para su anemia propia de una enfermedad infecciosa crónica, se mantuvo bien, sin fiebre ni molestias. Así vino hasta mayo de 1951 en que nuevamente empezó con fiebres altas, piuria y todo el cortejo sintomático indicador de una nueva reactivación de su pielonefritis colibacilar; nuevamente fracasaron los antibióticos a pesar de que en esta ocasión se usó cloromicetina; y nuevamente, al darle vacunas anticolibacilares ha entrado en un período de inactividad, que le dura en el momento de escribir estas líneas.

Presentada de esta manera un poco cinematográfica la historia de nuestra enferma (no de otro modo podríamos hacer con una enfer-

medad tan larga y rica en incidentes), pasamos a hacer unas consideraciones que de ella se desprenden.

I. Es evidente que el caso descrito se trata de una pielonefritis crónica bilateral, que ha conducido a una esclerosis renal. Mas es de notar la particularidad a todas luces evidente de que se trata de una infección renal de tipo ascendente: su etiología colibacilar es evidente y puesta de manifiesto por repetidos frotis y cultivos de orina; estos gérmenes provinientes de intestino han pasado por periné a uretra, donde favorecidos por la brevedad de la uretra femenina han pasado a vías urinarias más altas, encontrándose con unas condiciones excelentes para subir gracias al estasis de la columna urinaria condicionada por las alteraciones que en las vías urinarias ha determinado el mal de Pott que nuestra enferma sufrió en su juventud, en parte por alteraciones estáticas impuestas por la deformación de la columna vertebral evidentes en la radiografía núm. 1 y en parte por adherencias ocasionadas por la emigración de abscesos osifluentes que indudablemente existieron y de los cuales se ven restos en forma de una tumoración redondeada (absceso osificado) que también es visible en la radiografía núm. 1 cerca del riñón derecho y que se palpa fácilmente: se debieron producir acodaduras ureterales que dieron lugar a dificultades evacuatorias que condujeron a esa estasis piélica bilateral perfectamente apreciable en la radiografía núm. 2.

Por esta vía ascendente los gérmenes han llegado a la pelvis renal inflamándola y propagando la inflamación al propio parénquima renal constituyéndose una verdadera pielonefritis de tipo ascendente que cursó evidentemente con tanta importancia funcional y pronóstica como una de las nefritis que se incluyen dentro del grupo de la enfermedad de Bright aun cuando de curso mucho más largo y menos aparente.

Esta inflamación persistente del parénquima renal, primero intersticial, ha debido correrse a corteza y originar una degeneración del parénquima noble, llegando a la esclerosis, evidente en nuestra enferma por la retención ureica y la isostenuria; esclerosis renal ésta que hasta el presente está perfectamente compensada, ya que su uremia no sube ni baja de las cifras originarias y la moluria se mantiene en cifras normales gracias a la poliuria bastante considerable.

II. En segundo lugar queremos hacer resaltar cómo un proceso renal tan específico pudo dar lugar a confusiones diagnósticas de importancia.

a) La retención de orina infectada en pelvis, al cerrarse la acodadura que condiciona el estasis urinario es capaz de producir una fiebre elevada igual que la produce cualquier absceso en cualquier otra parte del organismo; esta

elevación térmica puede hacerse de repente, si de repente se produce la retención, con el consiguiente escalofrío al elevarse notablemente la temperatura de una manera brusca; mas como por cualquier circunstancia de orden mecánico puede desaparecer de pronto ese obstáculo al vaciamiento de la pelvis, puede de repente cesar la fiebre, descenso que por ser brusco puede ocasionar cierta sudoración; y si por causas posiblemente de hábito postural ese cierre se produce de manera intermitente y regular, nos dará un cuadro febril tan análogo al paludismo que no tiene nada de extraño pensar en él, como en nuestro caso ocurrió.

b) Pero es más, cuando esa retención de orina se prolonga más tiempo se produce una supuración en una cavidad cerrada, con la consiguiente persistencia de la fiebre y signos dolorosos que determinan naturalmente una defensa muscular a su altura en la pared del abdomen; al ocurrir esta retención en la pelvis renal derecha, como en nuestro caso, y referirse el dolor al hipocondrio derecho puede ocurrir una confusión diagnóstica con un empiema de la vesícula biliar, que al plantear un problema de abdomen agudo, hace necesario el tomar decisiones rápidas hasta llevar a errores tan graves como el de someter a nuestra enferma a una operación pensando en una resección vesicular.

III. Por fin queremos llegar a comentar el hecho de que tras el fracaso de los antibióticos (penicilina, estreptomicina, cloromicetina) en nuestro caso, se ha llegado a la inactivación de su proceso infeccioso precisamente por el camino de la inmunidad, camino éste un tanto olvidado en la práctica clínica.

Es evidente que la rápida evolución de la terapéutica por los antibióticos ha dejado en segundo plano el interés por los problemas inmunitarios, hasta el punto de que de un modo sistemático, casi equivaliendo a una fórmula matemática inalterable se establece la correspondencia infección = antibióticos, sin pensar en más, llenándonos de extrañeza cuando en un caso como el nuestro fracasan en toda la línea; y se hace repetir una y otra vez su empleo aumentando y aumentando dosis, sin ni siquiera pensar en la inmunidad y los fenómenos inmunitarios, que son al fin y al cabo los mecanismos por los que el organismo ha de acabar con la infección, aun con el empleo de los antibióticos: son las defensas inmunitarias específicas las que en cada caso han de acabar con los microrganismos bacterianos.

Sirva, por tanto, este nuestro caso, de ejemplo evidente de cómo aún hoy, junto con los tratamientos antibióticos más eficaces y mejor planteados debe ponerse en orden de igualdad la exaltación de los mecanismos inmunitarios del sujeto, verdadero nódulo de la cuestión en la lucha contra las infecciones de cualquier índole.