CORRELATO

CONDUCTA DEL UROLOGO-PEDIATRA FRENTE A LA PIELONEFRITIS

Drs. FELIX CANTIN, ANTONIO MOREY y MOISES RIVEROS

Servicio de Urología Hospital "Luis Calvo Mackenna", Santiago.

El presente correlato al tema de "Pielonefritis en la Infancia" es parte de nuestra experiencia de más o menos una década de trabajo en el esclarecimiento de los problemas urológicos del niño y muy especialmente, en este de la infección urinaria, cuya importancia, si bien ha disminuído con el advenimiento de los antibióticos, no la ha perdido como motivo de consulta, siendo así como debemos esclarecer en las piurias crónicas, aspectos del germen causal, del foco de origen o de las condiciones anatómicas locales que está influenciando su mantenimiento.

Por su carácter de contribución al tema, o correlato, nuestro trabajo se refiere a caracteres particularísimos o unilaterales de este tema que en los últimos decenios ha sido objeto de variadas discusiones, tanto sobre su etiopatogenia, anatomía patológica y especialmente, la terminología que debe emplearse en su denominación; mucho de esto a raíz de los trabajos de Longcope en 1937 y Weiss y Parker en 1939, quienes con sus publicaciones elevaron a la pielonefritis al rango de una enfermedad preponderante en la producción de uremia crónica, del riñón retraído y de la enfermedad hipertensiva.

En nuestro propósito hemos tenido en cuenta los conceptos de Bell, Bertrand Fontaine, Couvelaire, Oberling, Jiménez Díaz y muy especialmente, a Campbell en cuyas lecciones se clarifican y determinan todas las circunstancias en que el urólogo debe estar íntimamente ligado al clínico en el estudio, control y tratamiento de esta nosología. Fué, pues, nuestra intención desde un comienzo, concientes del escaso tiempo a disponer para su exposición, tomar sólo una rama o parte del problema, ya que el relato oficial abordaría totalmente el asunto. Nuestro análisis corresponde pues, exclusivamente, a las pielonefritis obstructivas o urinarias, a las cuales Bell atribuye la mayor importancia

como que las proporciona de 12 a 1 en el orden de frecuencia en relación con las pielonefritis hematógenas o descendentes.

Para nuestro análisis elegimos un conjunto de 150 observaciones de piurias crónicas, tanto de la clientela hospitalaria como civil, que fueron sometidas a estudio urológico completo con el objetivo de discriminar la responsabilidad del árbol urinario en la producción, mantención de la cronicidad o recidivancia de este síndrome. No se prejuzgó de antemano que de este estudio fuese a resultar el diagnóstico de pielonefritis. Hemos elegido 150 observaciones de piuria crónica cuyo examen urológico se hizo lo más completo posible, yendo desde el examen de orina especializado hasta la biopsia o histopatología renal, pasando por el estudio radiológico —radiografía renal simple, pielografía descendente, pielografía directa, pneumorriñón—, cateterismo bilateral para estudio funcional y bacteriológico de ambos riñones por separado y cuando era necesario se practicaron pruebas de suficiencia renal como uremia, densimetría, concentración uréica y pruebas de depuración glomerulares y tubulares.

Hemos dejado a un lado toda otra eczasia urinaria infectada producidas por compromisos extrínsecos como tumores, estrecheces traumáticas y la atonía urinaria de tipo neuropático, que no representan esencialmente una lesión anatómica pura del sistema excretor. Así tendremos como resultante un porcentaje de pielonefritis que representa en forma más o menos exacta la frecuencia de esta afección en este rubro etiopatogénico de la obstrucción que es donde el urólogo desempeña sus funciones especializadas en un ciento por ciento.

Además, este conjunto de 150 observaciones de infección urinaria crónica nos ha permitido llegar junto a la pielonefritis al diagnóstico de otras afecciones como la litiasis urinaria infectada, la tuberculo-

sis urinaria y las infecciones genitales bajas, que, si bien es cierto no caben dentro del capítulo de la pielonefritis pura, pueden producirla como una complicación o significan potencialmente, una causa de pielonefritis.

De lo dicho anteriormente se desprende que nuestra experiencia corresponde al análisis de una entidad que es la mayor causante de pielonefritis como es la obstrucción o ectasia urinaria infectada; que nuestras observaciones no han sido elegidas con el ánimo preconcebido de encontrar en ellas una pielonefritis y que sí del examen clínico, de orina, pielografía, endoscopia, cateterismo y estudio histológico resulta posible tabularla como una pielonefritis, ella representará un porcentaje real dentro de esta parte del problema.

Sintetizando el resultado de nuestra experiencia se han confeccionado los siguientes cuadros en que se destaca que los dolores abdominales solos o acompañados a la piuria representan un alto porcentaje como motivo de consulta.

CUADRO I

"Síntomas acompañantes de la piuria en los 150 casos".

1. Piuria crónica o recidivante:		
a) Con bacteriuria	80	
b) Sin gérmenes (amicrobiana)	70	150
2. Dolores abdominales:		
a) Lumbar	11	
b) Abdominal	23	34
3. Tumor abdominal.		27
4. Hematuria.		65
5. Disuria.		
Cistitis, dolor miccional, pollakiuria, retención orina y pseudo incontinencia		70
6. Hipertensión		5
7. Raquitismo		3
8. Uremia		6
9. Hipertermia vespertina		16

CUADRO II

"Síntoma monitor motivo de consulta obtenido por la anamnesis"

1. Piuria crónica o recidivante	100
2. Disuria:	
Cistitis.	
Dolor miccional.	
Pollakiuria.	
Retención orina.	
Pseudo incontinencia.	70
3. Hematuria	65
4. Dolor abdominal	34
5. Tumor abdominal	27
6. Hipertermia vespertina	16
7. Uremia	6
8. Hipertensión	5
9. Raquitismo	3

Si bien es cierto que la piuria estuvo constante siempre en los 150 casos, hubo

otros síntomas que a veces motivaron la consulta al urólogo y partiendo de allí el estudio nos permitió establecer el diagnóstico definitivo.

CUADRO III

"Lesiones encontradas con el estudio urológico"

1. Lesiones obstructivas por uropatías congénitas	48
2. Hidronefrosis	15
3. Litiasis urinaria	30
4. Tuberculosis génito urinaria	30
5. Nefritis obstructivas (pielonefritis)	15
6. Uretero cervicitis por infección genital (vulvo vaginal)	10
7. Otras infecciones génito urinarias (tricomonas)	2

Sin mayor explicación ya que demuestra la cantidad de afecciones encontradas en este estudio.

CUADRO IV

"Cuadro de porcentajes de las diferentes afecciones por uropatías obstructivas".

	Nº	%
1. Malformaciones congénitas:		
(Uretero vésico, uretero plélicas)	48	32%
2. Hidronefrosis	15	10%
3. Litiasis	30	20%
4. Tuberculosis	30	20%
5. Pielonefritis	15	10%
a) Totales: Litiasis + TBC y pielonefritis = 75		
b) puras por obstrucción = 15		
6. Otras infecciones	12	8%

Este cuadro merece una explicación por la incursión de la tbc. en este estudio, tratándose de una entidad específica pero, para algunos autores, es la afección más pielonefrizante, por así decirlo. Deberíamos, en realidad, incluir en él, únicamente, a la litiasis e hidronefrosis, que producen pielonefritis por obstrucción.

Antes de entrar al resumen deseamos presentar algunas observaciones de las estudiadas por nosotros, las más características.

OBS. CL. Nº I — L. M.

Niño de 9 años con una hidronefrosis izquierda de entidad que sufre un traumatismo sobre dicho flanco y tiene una hematuria.

Su estudio revela una gran hidronefrosis del riñón izquierdo y una estrechez ureteral derecha baja, yuxta pílica, que produce un hidroureter y borramiento papilar del polo superior. Como existen descargas de colibacilos en la orina y piuria, aún después de la nefrectomía izquierda, debemos suponer que ya existía un compromiso del parénquima producido por una

Figura Nº 1: L. M. Obs. Nº 1. Pictografía.

Figura Nº 3: G. G. Obs. Nº 2. Pieza anatómica.

Figura Nº 2: G. G. Obs. Nº 2. Pictografía.

Figura Nº 4: R. P. Obs. Nº 3. Pictografía.

Figura N° 5: A. C. Obs. N° 4. Pielografía.

infección ascendente o retrógrada por la ectasia debida a la estrechez ureteral. Se practica una segunda intervención sobre el uréter derecho con lo cual las molestias pasan durante un año y medio y el vaciamiento se realiza mejor. Se trata de un caso típico de *pielonefritis ascendente* (Figura N° 1).

OBS. CL. N° 2 — G. G.

Niña de 7 años con piuria crónica recidivante a colibacilos, cuyo estudio pielográfico descendente y directo reveló una malformación urológica bilateral: pelvis dobles a cada lado y una *pielonefritis* intensa derecha del riñón superior. Se interviene con miras a practicar heminefrectomía derecha, pero el acto operatorio reveló lesiones intensas en ambos sectores de este riñón doble con hidroureter por lo cual se practica nefroureterectomía total y el examen y la pieza anatómica demuestran intensas lesiones de *pielonefritis* y *pielonefrosis* (Figuras N° 2 y 3).

OBS. CL. N° 3 — R. P.

Corresponde a un niño de 12 años con un riñón hipoplásico bilateral que hasta esta edad se ha defendido, por así decirlo, con estos órganos de escaso valor funcional pero que una vez agregada la infección, se produce un cuadro de *pielonefritis* que lo lleva fácilmente a la insuficiencia renal. Obsérvese en la pielografía el borramiento papilar bilateral. (Figura N° 4).

OBS. CL. N° 4 — A. C.

Niño de 10 años cuyo examen físico revela un tu-

mor de ambos flancos, motivo de su consulta y cuyo examen pielográfico nos demuestra un riñón en herradura hidronefrótico. Como no existe infección, pero si intensa alteración papilar y calicular, debemos pensar que falta únicamente la invasión de gérmenes para que se produzcan lesiones graves de *pielonefritis* y el tratamiento debe orientarse a prevenir la infección (Figura N° 5).

Así podríamos seguir presentando variados ejemplos de esta afección en casos de piuria por anomalías, etc., litiasis y aún por infecciones genitales que alargarían inútilmente este aporte.

RESUMEN

Podemos terminar diciendo que nuestra experiencia derivada del estudio de 150 casos de piuria crónica o recidivante en el niño y en relación causal con otras afecciones, especialmente con la *pielonefritis*, nos permite sacar las siguientes deducciones que nos atrevemos denominar conclusiones por las características ya expuestas en nuestra investigación.

1° Pensamos que se hacen más diagnósticos de *pielonefritis* que los verdaderos por razones de interpretaciones exclusivamente clínicas que hacen necesario pensar en esta afección para que no dejemos de diagnosticarla.

2° Que el diagnóstico de *pielonefritis* es difícil y que para llegar a él se necesita poner en juego todos aquellos elementos ya mencionados, desde la clínica, el examen urológico especializado, hasta la histopatología para establecer fehacientemente que estamos en presencia de esta afección por lo que ello importa en el pronóstico y tratamiento.

3° Que nos parece recomendable considerar a toda piuria por uropatía obstructiva, como una *pielonefritis* potencial que debe controlarse en forma periódica y permanente.

4° Que en el estudio y en el tratamiento de esta afección es donde se aprecia, más que nunca, la efectividad del trabajo médico en equipos.

5° Que dada la frecuencia de las piurias crónicas en el niño y su relación con estas uropatías, lo que sumado a lo que significan como problema médico, las nefropatías médicas en general, deberíamos asignarles una categoría *preventiva y asistencial* similar a la que se ha hecho con las tuberculosis, cáncer y cardiopatías.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—ARMAS CRUZ, R. y cols. — "Revista Médica de Chile". 1956.
- 2.—JIMENEZ DIAZ. — "Tratado de Medicina Interna".
- 3.—BELL. — "Enfermedades renales". 1948.
- 4.—COUVELAIRE. — "El urólogo ante las nefritis ascendentes". Journ. d'Urologie. T. 60, Nº 11, 1954.
- 5.—OBERLING. — "Las nefritis crónicas ascendentes. Anatomía Patológica".
- 6.—PONTAINE, B. — "Estudio clínico de las nefritis ascendentes". Monografías de la Soc. de Patología Renal, 1955.
- 7.—CAMPBELL, M. — "Tratado de urología infantil". 1950.

DISCUSION

Dr. Arriagada: De un análisis del material de infecciones urinarias en el Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Regional de Concepción, deseamos destacar los siguientes hechos que nos parecen de interés:

1) Se ha comprobado la presencia de piurias prolongadas con urocultivos positivos en cuadros catalogados como glomerulonefritis aguda, glomerulonefritis crónica y síndrome nefrótico.

2) Por falta de suficiente control posterior, no podemos en este momento establecer si alguno de los casos referidos evolucionará hacia el riñón retraído secundario.

3) En un numeroso material de glomerulonefritis aguda sin piuria, obtuvimos urocultivos positivos.

4) En los pocos casos en que se practicó estudio histopatológico de los riñones de niños fallecidos con diagnóstico de glomerulonefritis crónica y piuria, se pudo comprobar alteraciones asociadas de glomerulonefritis típica de forma crónica con manifestaciones de

antigua pielonefritis. En otros casos con historia de hipertensión arterial, insuficiencia renal y cardíaca, con o sin antecedentes de piuria previa, el estudio de la biopsia renal o del material necróptico, mostró cicatrices pielonefríticas y alteraciones histológicas correspondientes a la misma etiología.

5) Similares observaciones ha acumulado el Servicio de Medicina de adultos del Hospital Clínico Regional de Concepción, en el cual se prepara una investigación experimental para esclarecer diversos hechos sobre el mismo problema.

6) Las relaciones entre infección urinaria y nefritis no nos parecen de clara interpretación a la luz de nuestra experiencia. Ignoramos si se trata de dos afecciones concomitantes de evolución independiente entre sí, o si alguna de ellas inicia el cuadro creando condiciones favorables para el desarrollo de la otra o, finalmente, si el cuadro corresponde a una sola entidad clínica como es lo más probable.