

Pielonefritis crónica

Por el Dr.

ABDON PIRE RODRÍGUEZ (10)

Yo voy a utilizar como clasificación de las Pielonefritis crónica la siguiente:

A. Pielonefritis Crónica Destructiva:

Hidronefrosis Pionefrosis

Procesos sépticos en general con gran destrucción del parenquima renal (Predominio de las causas obstructivas asociadas con infección ascendente)

B. Pielonefritis crónica secundaria a infecciones de alguna porción del tractus urinario:

Prostatitis

Infección vesical (Casi siempre con obstrucción e infección ascendente)

C. Pielonefritis Crónica sin infección demostrable del tractus urinario (Pielonefritis lenta)

Puede ser de causa hematógena o de causa obstructiva más raramente.

D. Pielonefritis crónica secundaria a Pielonefritis del embarazo.

E. Pielonefritis crónica de los niños:

Lactantes; de causa no bien precisada
Por espina bifida (lesión de seg. medular de D12-L1.
Anomalías de implantación ureteral
Otras anomalías congénitas.

De este grupo yo voy a escoger como tema central de mi breve charla las Pielonefritis que vemos en nuestra práctica hospitalaria y de las que hemos podido estudiar algunos casos. Me estoy refiriendo a las formas que se nos presentan generalmente con Hipertensión severa y a veces en forma *acelerada*, generalmente asociadas a cierto grado de Insuficiencia renal y otras veces con el cuadro dramático de la uremia.

Este tipo de Pielonefritis que en la Clasificación que hemos señalado se le denomina Pielonefritis lenta, puede cursar a veces sin sintomatología ostensible clínica y ser diagnosticada como Hipertensión primaria de curso maligno o como Glomerulonefritis difusa crónica.

En el año de 1939, Weiss y Parker hacen una revisión acuciosa de la Pielonefritis y discuten ampliamente en su trabajo las relaciones de ésta con la Hipertensión arterial.

10 Profesor de Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la Habana. Internista del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrén, Habana.

Ellos señalan que la infección bacteriana va sea de tipo ascendente o hematológica son capaces de producir inflamación del parenquima renal a predominio intersticial y que posteriormente en las zonas afectadas queda una cicatriz, que ésta, a veces puede ser solamente una reliquia de un proceso injuriante, pero que otras veces, es el punto de partida de un daño que evoluciona progresivamente y a bajo ruido, sin grandes molestias para el enfermo (quizá en ocasiones una piuria o bacteriuria que puede pasar desapercibida) y que al final aparece hipertensión que dependiendo de la magnitud e intensidad de las lesiones podrá ser de curso grave y en ocasiones fatal.

Ellos señalan en su trabajo los caracteres anatomopatológicos siguientes en los riñones pielonefríticos: Lesiones glomerulares de tipo alterativo dependiendo esto, en ocasiones de la isquemia, fibrosis periglomerular de comienzo en la cápsula de Bowman, infiltrados intersticiales, que en los casos crónicos e inactivos, están constituidos por linfocitos, células plasmáticas e histiocitos y en los casos de inflamación activa por leucocitos polimorfonucleares y cilindros llenos de piocitos. Lesiones tubulares de dilatación compensatoria y tubulis llenos de sustancia coloide, con atreфия del epitelio, dando lugar a la formación de "vesículas coloides" que veremos en las diapositivas y que dan lugar al riñón de aspecto tiroideo. (Fase final de pielonefritis atrofica). Lesiones pielocaliciales que van desde la retracción hasta la mucosa erosionada e inflamada a veces cubierta de exudado fibrinoso.

Lesiones de destrucción tubular, con tubulis adheridos a los glomérulos. Al principio glomérulos indemnes, al final glomérulos esclerosos y hialinizados. Lesiones vasculares de endarteritis proliferativa y lesiones de arterioesclerosis hiperplástica. En el primer caso, arterias con duplicación de la lámina elástica interna, con espesamiento del vaso y a

veces con obliteración del mismo. En los casos de hiperplasia arterioesclerótica, gran engrosamiento de la íntima, proliferación de fibroblastos, (aspecto de tela de cebolla de las arteriolas) y si la hipertensión era de grado acelerado, estos cambios vasculares eran intensos y se sumaba además arteriolenecrosis y trombosis vasculares.

Los riñones uni o bilateralmente reducidos en tamaño con la cápsula adherida en las zonas de cicatrices, que al corte tomaban la forma en U, con poca diferencia entre la corteza y médula, y a veces la superficie discretamente granulosa.

Estos hechos anatómicos casi constantes en la mayoría de las necropsias estudiadas les permitieron establecer el criterio de dos tipos de Pielonefritis fundamentalmente de evolución crónica, llamándole a una de ellas, crónica cicatrizada o inactiva y a la otra crónica con brotes de actividad o recurrencias. Dependiendo de si el proceso anatómico estaba curado o si persistían los fenómenos de naturaleza infectiva e inflamatoria. Muchas veces es difícil hacer una distinción tajante.

La evolución clínica de estos pacientes era variable, en ocasiones existía una historia de pielonefritis aguda, en otras, antecedentes de piuria en el curso de un embarazo, historia de brotes repetidos pielonefríticos en algunos casos no existían antecedentes y solo el estudio de la orina mostró la existencia de piuria y de bacteriuria.

La evolución de estos enfermos fue con Hipertensión severa, complicada de I. renal y en ocasiones manifestaciones de accidentes vásculo-cerebrales. En algunos, la hipertensión adquirió los caracteres de malignidad, acelerándose los

cambios vasculares y presentando todo el cortejo sintomático de encefalopatía hipertensiva, insuficiencia renal extrema y por último la muerte.

Del estudio de sus casos concluyen, que esta modalidad de Pielonefritis es en la práctica más frecuente que la Glomerulonefritis difusa crónica y que muchos casos diagnosticados como Hipertensión primaria de evolución acelerada, no eran otra cosa que Pielonefritis crónica cicatrizada o curada.

Que las lesiones vasculares (endarteritis proliferativa y arterioloesclerosis hiperplástica) existen en las zonas de cicatrices pielonefríticas aunque en grado mínimo y que son independientes de la existencia o no de hipertensión pero que cuando ésta aparece los cambios vasculares se intensifican y se extienden. Que al aparecer manifestaciones de insuficiencia renal (uremia) se añaden otras lesiones anatómicas.

Estas lesiones vasculares en riñones pielonefríticos son iguales a las observadas en los casos de Hipertensión primaria que evolucionan con un curso maligno. Pudiéndose establecer la diferencia siguiente "la hipertensión primaria maligna es una enfermedad vascular generalizada mientras que la hipertensión que, sigue a la Pielonefritis es primariamente una enfermedad final vascular".

Por último, Weiss y Parker señalan que el criterio anatómico para considerar una Pielonefritis cicatrizada o curada es: presencia de los llamados cilindros coloidales como patognómico de pielonefritis, infiltración del tejido intertubular con linfocitos y células plasmáticas, fibrosis pericapsular, inflamación pélvica con tejido conectivo aumentado e infiltración con células plas-

máticas y linfocitos, tejido conectivo aumentado en la cápsula renal e infiltración celular.

Antes del año de 1939, el diagnóstico de Pielonefritis cicatrizada era menor frecuente que el de otras enfermedades del riñón, posteriormente a esta fecha el mejor conocimiento de esta modalidad anatómica y clínica permitió encontrar un porcentaje mucho más elevado que Glomerulonefritis difusa crónica. Sabiendo que la pielonefritis complica el embarazo, la diabetes, todas las afecciones en que exista estasis urinario amén de las infecciones generales y locales que por vía hematógena pueden dar metástasis sépticas o siembras bacterianas y el uso a veces excesivo del cateterismo vesical como norma rutinaria en uroanálisis, es fácil presumir que la pielonefritis es una enfermedad del riñón extraordinariamente frecuente.

En el año de 1952, Otto Saphir y Bernard Taylor publican su trabajo sobre Pielonefritis, toman como método de estudio los criterios anatómicos señalados por Weiss y Parker y designan con el nombre de *Pielonefritis lenta*, las formas de Pielonefritis cicatrizada o curada, «que cursan, sin manifestaciones clínicas ostensibles de infección urológica que se separan netamente de las formas de Pielonefritis con destrucción del parénquima renal (pionefrosis e hidronefrosis) que tienen un desarrollo lento y que cuando consultan estos enfermos, la modalidad de presentación es Hipertensión arterial de curso severo o acelerado, con o sin Insuficiencia renal al principio, que después se intensifica y que estos casos son diagnosticados como Hipertensión primaria (maligna) generalmente. Que otras veces puede ser la uremia el elemento fundamental. Que a

veces tienen una historia de Hipertensión tolerable de algunos años y que posteriormente la misma se agrava con encefalopatía hipertensiva e insuficiencia renal extrema. Que en algunos casos se puede encontrar piuria y bacteriuria y cambios en las pielografías pero que en otros casos estos elementos pueden estar ausentes. Que la lesión anatómica pielonefrítica va evolucionando a bajo ruido y que su curso puede también ser precipitado por brotes agudos y activos de infección renal.

De los casos por ellos estudiados muchos tuvieron el cuadro de la Hipertensión complicada y acelerada y en muchos el diagnóstico se estableció definitivamente en la necropsia.

Estas formas de Pielonefritis cicatrizada o curada en el criterio de Weiss y Parker, lentas en el criterio de Saphir y Taylor son en la práctica hospitalaria para ellos, muchos más frecuentes que la Glomerulonefritis difusa crónica y también que la Nefrosclerosis llamada maligna.

Tienen de interés que si no buscamos el antecedente infeccioso o la historia de manifestaciones urológicas es posible que el diagnóstico etiológico se escape.

Tienen además de importancia las formas de pielonefritis crónica unilateral, que pueden ser responsables de Hipertensión diastólica curable, (cuando las lesiones vasculares permanecen acantonadas en el riñón enfermo) con la extirpación quirúrgica y que son irreversibles cuando el riñón contralateral presenta lesiones vasculares por el efecto de la hipertensión sobre esos vasos.

Tiene importancia el conocer esta modalidad anatómica para tener presente la

búsqueda de infección renal en casos sospechosos, para profilácticamente huir de las prácticas que predispongan a la infección renal y para tratar convenientemente estos enfermos con el antibiótico de elección en aquellos en que demos demos la existencia de piuria.

Tiene importancia para valorar en un período de tiempo de 6 meses a 1 año las orinas de todo aquel que haya sufrido de una pielonefritis aguda. Es útil pensar en las formas de patología renal unilateral si es posible detectar la hipertensión en sus comienzos y antes de cualquier práctica quirúrgica estar seguro por biopsia anatómica del estado vascular del riñón presumiblemente sano.

En cuanto a la discusión de las relaciones entre bacteriuria y Pielonefritis y entre ésta e hipertensión, múltiples trabajos surgen en la literatura que tratan de precisar bien estos aspectos y sus puntos de contacto. Durante más de 20 años se ha discutido sobre el significado de la Pielonefritis en sus relaciones con la hipertensión. Sabemos además la frecuencia tan alta de Pielonefritis aguda que encontramos en nuestra práctica diaria sobre todo en mujeres, lo frecuente que es el hallazgo de riñones pielonefríticos en la autopsia sin que en vida tuviesen manifestaciones clínicas ostensibles. Todo esto permite que la discusión se mantenga en la inter-relación de Pielonefritis e Hipertensión. El mecanismo de enlace parece ser de causa vascular y que las lesiones endoarteriales en las cicatrices pielonefríticas se comportaran similarmente como el pinzamiento de vasos renales importantes.

Se ha señalado por algunos autores que la frecuencia de Pielonefritis en hipertensos es mucho mayor que en personas normales. Microdisecciones re

nales han demostrado en pielonefritis infantil un trastorno predisponente del desarrollo tubular. Es posible que los cambios de la nefrona y de los conductos en los riñones nefroscleróticos predispongan a la infección. Quizá la estasis renal que buscamos en hipertensos con pielonefritis sea microscópica o intrarrenal. Criterios que son objeto de discusión y no uniformemente aceptados.

Creemos que existe una relación íntima entre Pielonefritis e Hipertensión, cuando ésta se presenta; y que la misma, actúa acelerando e intensificando los cambios vasculares a nivel del riñón. Que desde el punto de vista práctico es importante establecer la existencia de infección en los hipertensos para tratarla ya que, de una u otra forma, bien sea la infección pielonefrítica primaria o secundaria sus efectos inflamatorios agravan y crean mayor daño del parénquima.

En las diapositivas que vamos a presentarles de casos estudiados por nosotros en el Hospital Universitario Gral. Calixto García, se encontraron las lesiones anatómicas que señalaron Weiss y Parker en su trabajo inicial y que cumplían los postulados de Saphir y Taylor, estos casos nuestros diagnosticados según ese criterio como Pielonefritis cicatrizada o de evolución Lenta, tuvieron un cuadro clínico catalogado como de Hipertensión primaria acelerada en el concepto moderno y Hipertensión primaria maligna

según el criterio antiguo de esta modalidad de Hipertensión. Es valedero, por tanto; y así lo creemos, que esta forma de Pielonefritis se aparta de las formas corrientes en su presentación y en su evolución, que está más al alcance del internista a quienes concurren a consultar los hipertensos y los portadores de nefropatías médicas en general.

Pero que debe ser conocida por los médicos generales y por los compañeros urólogos, que se aparta un tanto de las formas de Pielonefritis destructivas, obstructivas a veces vista por ellos y que además, hoy en día, los que nos dedicamos a estudiar estas cosas, necesitamos el concurso de urólogos y de especialistas en patología vascular ya que el riñón, tanto a nivel del parénquima como de los vasos del mismo, es fuente de enfermedad hipertensiva y tanto para su diagnóstico como para su tratamiento de tipo quirúrgico, así como para las diversas investigaciones que en el terreno clínico en este aspecto realizamos, constituimos un grupo, cuya única finalidad es encontrar el modo de curar a nuestros enfermos y de prevenir la aparición de enfermedades que inutilizan y terminan con la vida de nuestros semejantes. Y como en el desarrollo de este trabajo hemos señalado que la infección es el punto principal a combatirla y a prevenirla deben ir encaminados nuestros pasos.

B I B L I O G R A F I A

1. —Weiss, S., y Parker, F., Pielonefritis. *Medicine* 18:221-315. 1939.
2. —Otto Saphir, and Bernard Taylor- Pielonefritis Lenta, *Annals of Internal Medicine*. Abril de 1951.
3. —Clínicas Médicas de Norte América. Tratamientos urológicos inadecuados. Noviembre- 1959.
4. —A. C. Corcoran.—Hipertensión y Circulación Renal.—Clínica Médica de Norte América. Marzo de 1961.
5. —Eduard H. Kass. Pielonefritis y Bacteriuria *Annals of Internal Medicine*. Enero- 1962.
6. —Hipertensión y Bacteriuria.—The, *New England Journal of Medicine*. Enero, 1961.
7. —Tratado de Enfermedades del Riñón.—Aitbur G. Alien.