

HISTORIA NATURAL DE LA PIELONEFRITIS. CUADRO CLINICO

DR. GUSTAVO GORDILLO P. *

COMO SE HA señalado en el capítulo de patología, la pielonefritis por regla general no afecta de manera uniforme todo el tejido renal; aún más, la infección puede quedar localizada a un solo riñón.

La infección aguda puede ser única en uno o en ambos riñones evolucionando en ambos casos, casi siempre hacia la curación, pero es frecuente la tendencia a la repetición del ataque infeccioso¹. Esto puede explicarse porque el tejido lesionado es más propicio para que se injerte una nueva infección². Además es muy frecuente la presencia de anomalías congénitas en el tracto urológico las cuales pueden constituir un factor de estasis urinaria que facilita la persistencia de la infección³.

La infección repetida puede manifestarse en forma de brotes febriles con escaso intervalo de remisión, o bien puede tener un curso activo y grave que lleva rápidamente a la insuficiencia renal¹. Si la infección es localizada a un sólo riñón y permanece limitada en esta forma puede conducir a la atrofia secundaria por esclerosis renal y eventualmente desencadenar un proceso de hipertensión arterial maligna.

La invasión de ambos riñones, si no es interrumpida, lleva casi siempre a insuficiencia renal crónica, pero en ocasiones puede pasar antes por una etapa de duración variable, de meses o años, asintomática desde el punto de vista clínico y con escasas manifestaciones urinarias^{1, 4}.

Precisamente a causa de estas formas de evolución la pielonefritis presenta cuadros clínicos variados que hacen muy difícil establecer su identidad en gran número de casos.

* Jefe del Departamento de Nefrología del Hospital Infantil de México.

Estas diversas modalidades que puede adoptar la pielonefritis le han valido el nombre de "la gran imitadora clínica" ⁵. Las manifestaciones clínicas de pielonefritis aguda se describen clásicamente como fiebre alta, disuria, polaquiuria, dolor lumbar y piuria, sin embargo, este cuadro que orienta definitivamente al diagnóstico, es desafortunadamente poco frecuente ⁶. En lactantes puede solamente encontrarse fiebre de repetición, que por lo general se atribuye a infecciones rinofaríngeas, salmonelosis, tuberculosis, etc.; el examen de orina demostrando la presencia de leucocituria deberá en esos casos aclarar el diagnóstico.

Otra manifestación monosintomática de la infección aguda en lactantes puede ser hematuria macroscópica. La escasa posibilidad, por la edad, de que se trate de glomerulonefritis o de litiasis y la presencia de fiebre, leucocitosis importante, leucocituria, o el hallazgo de signos radiológicos que demuestren alteración en pelvículas o ureteros, conducen al diagnóstico de pielonefritis ⁷.

En otras ocasiones, la infección aguda, posiblemente por su extensión, puede determinar un cuadro agudo de insuficiencia renal, y el lactante se encuentra grave, con acidosis intensa, que no está en relación con pérdidas extra renales y que se acompaña casi siempre de signos escasos de deshidratación. Con frecuencia puede además apreciarse hipotonía muscular, meteorismo abdominal e hiperreflexia patelar, atribuibles a deficiencia de potasio. En otros casos existe hiperreflexia patelar, temblores musculares o convulsiones que son manifestaciones probables de hipocalcemia. Las manifestaciones clínicas de estos trastornos electrolíticos fácilmente desorientan al médico ya que pueden sugerir cuadros gastrointestinales, respiratorios o neurológicos; la presencia de leucocituria, de gran leucocitosis, la persistencia de retención uréica y acidosis, en ausencia de deshidratación deben orientar a pielonefritis ⁸.

La hipertensión arterial que según Longcope puede encontrarse en el 60% de los casos de pielonefritis ⁹ puede manifestarse, sobre todo en lactantes por insuficiencia cardíaca congestiva o por encefalopatía hipertensiva ⁷. Estos casos se presentan con más frecuencia cuando el ataque se ha limitado a un solo riñón. La falta de toma de presión arterial inherente a dificultades técnicas o a descuido ha hecho retardar el diagnóstico pensando en cardiopatías de tipo congénito o en tumor intracraneano. El hallazgo de la hipertensión arterial, de alteraciones urinarias, de retención ureica y la pielografía excretora aclaran generalmente el diagnóstico.

La pielonefritis crónica puede presentar también una gran variedad de modalidades clínicas. En la fase asintomática o latente de la pielonefritis los hallazgos clínicos pueden ser nulos, y solamente puede descubrirse por alteraciones urinarias casi siempre discretas, como albuminuria ligera, densidad baja, reacción alcalina, y leucocitaria escasa. Sin embargo, es importante enfatizar que de esta fase puede pasarse a la insuficiencia renal crónica y por tal motivo ante la sospecha deberá recurrirse a examen urológico completo, a la determinación de

nitrógeno no proteico en sangre, de electrolitos séricos y aún de biopsia percutánea renal, para hacer el diagnóstico de la pielonefritis, investigar el agente infectante o los factores de estasis y proceder al tratamiento adecuado.

En algunos casos es precisamente la anomalía urológica la que da manifestaciones clínicas que llevan al descubrimiento del proceso infeccioso. Así por ejemplo un cuadro de dolor abdominal diagnosticado como apendicitis u obstrucción intestinal, o la presencia de tumoración abdominal, pueden resultar ser hidronefrosis. Esta anomalía puede ser consecutiva a un trastorno urológico congénito, que al mismo tiempo que es un factor de estasis urinaria, determina la existencia de infección persistente que destruye rápidamente el parénquima renal. Por tal motivo siempre será provechosa la práctica del examen de orina en todo caso de dolor o de tumor abdominal antes de tomar una decisión quirúrgica.

La localización de la infección en el tejido intersticial renal puede determinar la selectividad de la lesión tubular desde las etapas iniciales del padecimiento⁹; así se conocen como alteraciones frecuentes la poliuria y la falta de concentración; estos signos pueden ser predominantes y llegar a semejar diabetes insípida. La infección puede también afectar cualquiera de las otras funciones tubulares, reabsorción de glucosa, reabsorción de fosfatos, reabsorción de sodio, intercambio iónico de sodio por hidrógeno y potasio; separadamente o en conjunto imitando varias de las tubulopatías genéticas, y dando modalidades de glucosuria renal, acidosis renal, raquitismo y fosfaturias. Finalmente, la pielonefritis perdedora de sal puede imitar insuficiencia suprarrenal, y la pielonefritis perdedora de potasio puede simular aldosteronismo primario¹¹.

Con estas consideraciones se comprende que el diagnóstico de la pielonefritis puede llegar a ser extraordinariamente difícil, ameritar pruebas especiales de laboratorio e inclusive llegar a necesitar biopsia percutánea renal¹².

Algunos pacientes con pielonefritis, han llegado al Hospital con diagnósticos de padecimientos neurológicos, encefalitis, poliomielitis, debido a depleción de sal, en tanto que otros han acudido a la consulta endocrinológica y de ortopedia por enanismo y raquitismo.

La pielonefritis crónica, por último, en su grado más avanzado, puede presentar manifestaciones diversas de insuficiencia glomerulotubular; a veces con todo el cuadro clínico y bioquímico de la uremia; sin embargo, en ocasiones es la detención del desarrollo o la presencia de anemia de origen obscuro, o las complicaciones de la hipertensión arterial, o frecuentemente trastornos digestivos, molestias generales y manifestaciones hemorrágicas las que conducen a diagnósticos erróneos sobre todo por la falta de datos en la historia clínica acerca de un padecimiento renal previo y de larga duración.

REFERENCIAS

1. Derow, A. H.: *Management of Pyelonephritis*. The New England Journal of Medicine. 255: 337, 1956.

2. Rocha, H.; Guze, L. B.; Freedman, L. R., y Beeson, P. B.: *Experimental pyelonephritis*. III. The influence of localized injury in different parts of the kidney on susceptibility to bacillary infection. *Yale J. Biol. & Med.* 30: 341, 1958.
3. Guze, L. B., y Beeson P. B.: *Experimental Pyelonephritis*. II. Effect of Partial Ureteral Obstruction on the Course of Bacterial Infection in the Kidney of the Rat and the Rabbit. *Yale J. Biol. & Med.* 30: 315, 1958.
4. Kass, E. H.: *Asymptomatic infections of the urinary tract*. *Tr. A. Am. Physicians.* 69: 56, 1956.
5. Schreiner, G. E.: *The clinical and histologic spectrum of pyelonephritis*. *Arch. Int. Med.* 102: 32, 1958.
6. Charles, R. Kleeman; William L.; Hewitt, y Lucien B. Guze.: *Pyelonephritis*. *Medicine.* 39: 3, 1960.
7. Gordillo P. G.; Murillo P.; Soto R.; Uribe F.; Esparza H., y Castañeda J. de J.: *Pielonefritis, Entidad Clínica Proteiforme*. *Boletín Médico del Hosp. Infant. de Mex.* 16: 525, 1959.
8. Gordillo P. G.; Soto Z. R.; López M. E.; Gamboa N. C.: *Pielonefritis en el Lactante*. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 16: 509, 1959.
9. Longcope, W. T.: *Chronic bilateral pyelonephritis: Its origin and its association with hypertension*. *Ann. Int. Med.* 11: 149, 1937.
10. Thorn, G. W.; Koepf, G. F., y Clinton, M.: *Renal failure simulating adrenocortical insufficiency*. *New England J. Med.* 231: 76, 1944.
11. Eastham R. D.; Path D.; y McElligott M.: *Potassium Losing Pyelonephritis*. *British Medical Journal.* 1: 898, 1956.
12. Muehrcke C. R., Kark M. R., y Pirani L. C.: *Biopsy of the Kidney in the diagnosis and management of Renal Disease*. *The New England Journal of Medicine.* 253: 537, 1955.