

CONSIDERACIONES SOBRE LA ETIOLOGIA DE LA URETROTRIGONITIS Y DE LA PIELONEFRITIS EN LA MUJER*

DR. MANUEL PESQUEIRA

LA URETROTRIGONITIS y la pielonefritis son padecimientos que ocurren con mucha frecuencia en la mujer y a los que se ha prestado gran atención en los últimos años. A pesar de esto, si bien sus aspectos clínico y anatomopatológico son suficientemente conocidos y se está de acuerdo sobre el tratamiento que debe seguirse, su etiología es todavía confusa. Las teorías propuestas hasta ahora para explicarla son francamente inaceptables unas y, cuando menos, muy dudosas las otras.

Es mi propósito en este trabajo discutir las y exponer ante ustedes algunas observaciones que pueden ayudar a resolver el problema.

A pesar de que ambos padecimientos se combinan frecuentemente, de que en ocasiones puede pensarse que uno es consecuencia del otro y de que participan de algunos síntomas en común, conviene para mayor claridad de la exposición, estudiarlos por separado.

URETROTRIGONITIS

Este es sin duda el padecimiento urológico que se presenta con mayor frecuencia en la mujer. Hanley⁸ asegura que el 50% de las mujeres que acuden a su consulta lo padecen y Folsom⁶ da un porcentaje todavía mayor. Por mi parte lo encuentro en el 38%.

A pesar de que la uretrotrigonitis no presenta ninguna gravedad, bastaría esta frecuencia, que podemos llamar exagerada, y las molestias en veces importantes que ocasiona para que esté justificado que se insista en su estudio y se procure aclarar todos los problemas con ella relacionados.

* Leído por su autor en la sesión del 5 de septiembre de 1962.

La uretrotrigonitis se caracteriza por disuria, polaquiuria y tenesmo vesical a lo que se agrega en los casos severos hematuria terminal. Es la regla además, que a estos síntomas francamente urinarios, se añadan otros, de los cuales unos parecen depender de la esfera genital, como el dolor en fosas ilíacas, hipogastrio y región lumbo-sacra y otros son de tipo neurótico como la depresión o la angustia.

Este cuadro que a muchas enfermas alarma, sobre todo cuando la hematuria está presente, dura generalmente de 5 a 8 días y desaparece sin dejar secuela aparente, bajo tratamientos diversos y en veces sin tratamiento alguno, pero muy frecuentemente vuelve a presentarse después de tiempo variable con más o menos los mismos caracteres.

Las enfermas atacadas de este mal, sobre todo cuando el dolor en la parte baja del vientre y en la región lumbo-sacra son los síntomas más importantes, acuden al ginecólogo que con frecuencia atribuye estos trastornos a cistocèle, posiciones defectuosas de la matriz o diversos padecimientos ováricos. Es muy grande el número de enfermas portadoras de estos síntomas que han sido sometidas a perineorrafias, histeropexias y tratamientos de anexos, a menudo sin resultado, operaciones que afortunadamente se practican cada vez menos.

Hace todavía pocos años, cuando la consulta se hacía al urólogo, éste hacía un diagnóstico de pielonefritis y sometía a la enferma a lavados de pelvícula y tratamientos anti-infecciosos diversos.

Fue Folsom, al observar que las enfermas acusaban una notable mejoría después de un simple examen endoscópico que no llevaba ninguna intención terapéutica, uno de los primeros en sospechar que la lesión productora de los trastornos estaba en la uretra y que la mejoría experimentada con los lavados de pelvícula se debía menos a éstos que a la dilatación de la uretra provocada por el paso del cistoscopio y substituyó aquellos por la dilatación uretral con Beniqué, con lo que obtuvo tan buenos o mejores resultados que antes.

Cuando años más tarde hizo su aparición en el arsenal urológico el panendoscopio de McCarthy, la exploración endoscópica de la uretra femenina que anteriormente nunca se practicaba, se hizo posible y pronto se volvió rutinaria en las enfermas que acusaban esta clase de trastornos.

Gracias a ella se comprobó que el síndrome coincidía en la mayoría de los casos, con lesiones más o menos acentuadas de la uretra, del cuello vesical y del trigono y se le dio el nombre de uretrotrigonitis porque se supuso que tales lesiones eran de tipo inflamatorio y las causantes de los síntomas señalados.

Una vez encontrada la lesión se atribuyó su presencia a una invasión microbiana desarrollada a partir de la vulva o la vagina, órganos cercanos y frecuentemente contaminados y se aceptó esta etiología sin más discusión.

Sin embargo esta hipótesis tiene puntos débiles que conviene examinar. Sería válida en los casos de una infección manifiesta de los órganos genitales, como

la infección gonocócica, pero entonces se encontrarían lesiones de otro tipo, las de la uretritis purulenta, completamente distintas a las de la uretrotrigonitis. Cuando este no es el caso no se explica fácilmente que un germen que no provoca ningún estado inflamatorio en los órganos genitales pueda provocarlos en una uretra hasta entonces indemne, ni por qué se presenta en unas ocasiones y deja de hacerlo en otras.

Por otra parte existe una circunstancia de más peso para rechazar una etiología tan simple como la aceptada. Es de observación corriente que en muchos casos, sobre todo cuando el padecimiento se inicia, no existe nada que revele la presencia de un estado infeccioso. Los cultivos de orina resultan estériles y no se encuentran piositos en la orina; y esto cuando la lesión uretral es ya francamente comprobable.

Es razonable por lo tanto suponer que el estado inflamatorio, cuando existe, es posterior a la aparición de la lesión, y necesario buscar otro motivo para que ésta aparezca.

Hanley supone que si bien la uretra sana es capaz de resistir la infección, un trauma inusitado, como la desfloración o el coito después de un largo período de abstinencia, pueden ponerla en condiciones de menor resistencia.

Esta explicación no es aceptable porque además de que el traumatismo de la parte posterior de la uretra, que es donde se encuentran las lesiones, es difícilmente concebible por el simple acto del coito, no explicaría los casos, que son los más, en que el traumatismo no puede ser invocado.

La causa del fenómeno que se estudia puede hallarse si se piensa que en el hombre se presenta un cuadro muy semejante. En él hay también polaquiuria y disuria, hay dolor en la región sacrolumbar; el de la parte baja del vientre está sustituido, por razones obvias, por dolor en el trayecto del cordón espermático y en el testículo y los trastornos neuróticos se presentan como diversos grados y tipos de impotencia.

Como la uretroscopía en el hombre es muy anterior a la de la mujer, hace muchos años que se comprobó que esta sintomatología coincidía las más de las veces con la existencia de un estado, que en un principio se supuso inflamatorio, de la próstata y de la uretra posterior, condición que se hacía bien aparente en el veru-montanum, meta principal de toda uretroscopía. Como ahora el de la uretrotrigonitis apareció entonces otro término: el de veru-montanitis, padecimiento del que actualmente ya nadie habla pero que hace 20 ó 30 años era motivo de trabajos científicos, tesis profesionales y capítulos ilustrados de textos de Urología.

Pronto se comprobó que salvo algunos casos, en que la veru-montanitis era la manifestación de una infección de las vesículas seminales, la mayoría de las veces se trataba, no de un fenómeno infeccioso, sino de una lesión congestiva.

En el "Standard Nomenclature of diseases" publicado bajo la dirección de la

American Medical Association, se le llama "hipertrofia del veru-montanum" y se le cataloga entre las enfermedades debidas a un trastorno circulatorio.

Se sabe actualmente que los síntomas de la veru-montanitis, en todo semejantes a los de uretrotrigonitis, y la lesión de la uretra posterior que los acompaña, son generalmente debidos a excitaciones sexuales frecuentes, prolongadas y, sobre todo, a las no satisfechas.

La similitud de los síntomas de la veru-montanitis y de la uretrotrigonitis debe hacer pensar que las lesiones de esta última, deben ser del mismo tipo, es decir congestivas y no inflamatorias, y que sus causas pueden ser las mismas.

Hace algunos años que los problemas relacionados con el sexo han despertado un interés extraordinario, por la importancia que las funciones sexuales tienen sobre el desarrollo y la evolución de la personalidad. Sin entrar en discusiones acerca del valor científico de todo lo que se ha publicado a este respecto, lo cierto es que actualmente conocemos mucho más de la vida sexual de la mujer de lo que antiguamente sabíamos.

Gracias a estas publicaciones, muchas de ellas de tipo estadístico, sabemos ahora con qué frecuencia la mujer padece de insatisfacción sexual. La mayor parte de los autores que se han ocupado de este asunto aseguran que la proporción de mujeres incapaces de lograr una completa satisfacción sexual es de más del 50% y que hay un gran número de ellas que no han tenido un orgasmo en su vida. Se sabe también que es muy frecuente que la mujer, después del matrimonio, tarde a veces largos meses en lograr esa satisfacción y que muchas otras, que la experimentaron en una época, no logran ya alcanzarla en sus años maduros.

En algunas ocasiones esta incapacidad es debida a una frigidez sexual auténtica, problema que sería ya del resorte del siquiatra y no del urólogo, porque en estos casos habrá también incapacidad para sentirse sexualmente excitada; pero éstos no constituyen sino una mínima parte. En la mayoría se trata de mujeres que tienen todas las aptitudes necesarias para lograr un acto sexual completo y no lo obtienen, o lo hacen rara vez, por motivos que no siempre dependen de ellas. Una educación sexual nula, o lo que es peor, equivocada; la ineptitud del compañero sexual o la falta de atracción o de afecto entre ambos son las causas más frecuentes de este fracaso.

En la mujer que vive estas condiciones, sujeta a excitaciones sexuales frecuentes, a veces violentas y muy a menudo insatisfechas, se provocará un estado congestivo análogo al que hemos visto produce en el hombre lo que se llamó veru-montanitis.

La congestión de los órganos pélvicos en la mujer es conocida y aceptada hace muchos años. Gaston Cotte² en su tratado "Troubles Fonctionnels de l'Appareil Genital de la Femme" dice: "Los excesos sexuales, las excitaciones anormales o prolongadas, por el eretismo persistente de que se acompañan, acaban

por provocar un estado de congestión permanente a menudo muy penoso". Y agrega más adelante que "...da lugar a signos de falsa cistitis" y todavía después que "...por poco que esta estasis se prolongue, determina pronto una especie de edema de los órganos genitales".

En estas palabras publicadas hace más de 30 años, pero que parece fueron olvidadas, puede verse que desde entonces se conoció la relación que existe entre los fenómenos congestivos de los órganos genitales por una parte y las funciones sexuales defectuosas y la presencia de trastornos urinarios que las acompañan por otra, pues no es difícil suponer que tal "especie de edema" no se limita a los órganos genitales, sino que existe también en todos los pélvicos y que lo que el autor llama "falsa cistitis", no sea en realidad sino lo que nosotros catalogamos ahora como uretrotrigonitis.

La congestión pélvica señalada será pues la causa de que aparezcan en la uretra femenina lesiones congestivo-edematosas lo suficientemente intensas para provocar los síntomas que caracterizan a la uretrotrigonitis.

Estas lesiones, que repito, son comprobables aún cuando no exista una infección determinan una evacuación defectuosa de la vejiga, también comprobable, lo que unido a la turgencia de la mucosa, transforman a la uretra en terreno fértil para la propagación de gérmenes, ya vengan del riñón, del intestino o de los órganos genitales.

La posibilidad de que exista una relación de causa a efecto entre la excitación sexual y los fenómenos uretrotrigónicos se ve apoyada en algunas ocasiones por el interrogatorio; pero tal comprobación es difícil de obtener porque es muy raro que la enferma confiese, cuando menos en la primera consulta, los detalles que se refieren a su vida sexual.

En los casos revisados para esta comunicación no hay uno solo en el que la paciente en la primera consulta, no haya contestado al ser interrogada sobre este punto, que lleva una vida sexual normal.

Esto se explica fácilmente porque la enferma se rehusa a hablar de un tema, frecuentemente visto como tabú, que no cree tenga ninguna relación con sus molestias y piensa que no es necesario hablar de él y menos en presencia de la persona, madre, hermana, amiga o marido que generalmente la acompaña. Sin embargo cuando más tarde se insiste sobre este punto, asegurándole que puede tener relación con su padecimiento y sobre todo cuando se ha logrado conquistar su confianza, se podrá comprobar en muchos casos que la enferma sufre de excitaciones del tipo señalado, y, lo que tiene mayor valor para reforzar el criterio expuesto, que las recidivas del mal coinciden a menudo con ellas.

Al interrogar a la paciente sobre este tema debe recordarse que la excitación sexual no tiene forzosamente su origen en un contacto físico, sino que puede aparecer al estímulo de lecturas o de fantasías eróticas, que son frecuentes pero rara vez confesadas.

Las excitaciones sexuales son probablemente la causa más frecuente de las lesiones congestivas, pero no son la única; hay ocasiones en que aquellas seguramente no han existido y puede verificarse la presencia de la lesión. La explicación en estos casos debe buscarse en los procesos sicosomáticos a los que tanta importancia se da actualmente.

En su tratado "Psicología Médica"⁴ de la Fuente Muñiz dice citando a Wolff "Ante situaciones que amenazan su seguridad, su bienestar, o que interfieren con la obtención de metas que le son valiosas, algunos individuos reaccionan con una obstrucción de los pasajes aéreos debida a vasodilatación, hipersecreción y contracciones del tejido muscular. Los cambios de la mucosa nasal producen obstrucción y dolor lo que puede facilitar la infección secundaria y la prolongación de un proceso morboso".

No se podría ser más exacto para describir los fenómenos que aparecen en la uretrotrigonitis y las consecuencias que de ellos resultan, que reproduciendo las líneas anteriores con sólo sustituir "pasajes aéreos" por "vías urinarias" y "mucosa nasal" por mucosa retrovesical, por lo que, cuando más adelante el mismo autor agrega: "Basándose en la observación de que existen preferencias individuales en la utilización de cada pauta defensiva en forma exclusiva o predominante, Wolff habla de "reactores" nasales, gástricos, vasculares, etc., debe pensarse que la congestión de la mucosa de la vejiga y de la uretra y las contracciones vesicales que determinan el cuadro de la uretrotrigonitis son también una "pauta defensiva" y que a los "reactores" nasales, gástricos y vasculares de que habla, hay que añadir los vesicales que sin duda existen en gran número, principalmente entre las mujeres. Ante situaciones de angustia, sobre todo cuando estos tienen su origen en la esfera sexual, el "reactor" vesical responderá con una congestión uretrotrigónica que determinará la disuria y podrá llegar hasta la hematuria, y con contracciones vesicales que serán la causa de la polaquiuria y el tenesmo.

Es indudable que la uretrotrigonitis es en su principio, no una lesión inflamatoria, sino una lesión congestiva, y que ésta es similar a las que se encuentran en muchos órganos de la economía y que se catalogan entre las neurosis vegetativas, o provocada por excitaciones sexuales frecuentes y no satisfechas, que por otra parte pueden ser el punto de partida de los estados angustiosos, a su vez generadores de aquellas.

En donde la teoría que se expone resulta quizás más satisfactoria, es en las uretrotrigonitis de la desfloración: por una parte se sabe que es muy raro que la mujer conozca la satisfacción sexual desde los primeros contactos; por lo general tarda un tiempo más o menos largo en lograrla y mientras no la alcance estará sometida a la insatisfacción sexual y a sus consecuencias.

Por otra, conocemos el temor, en algunos casos podríamos decir el terror, que es frecuente que la mujer de nuestro ambiente tenga al acto sexual, sobre todo

al iniciarse en la vida matrimonial. Esto, así como provoca en algunas distintos tipos de vaginismo, se manifestará en las "reactoras vesicales" por fenómenos urinarios.

De la misma manera se explicarían las uretrotrigonitis de la edad madura post-menopáusica, edad que probablemente proporciona el mayor contingente de enfermas. La menopausia marca el final de la vida reproductiva de la mujer, pero no el de sus apetitos sexuales, que pueden ser despertados por abstinencias prolongadas, lecturas, sueños y fantasías eróticos y ser generadores de estados de angustia.

PIELONEFRITIS

La palabra "pielonefritis" no abarca en su acepción etimológica la amplitud real del padecimiento: no sólo hay infección de la pelvis renal y de los conductos excretores del riñón; la inflamación se extiende al uréter, a la vejiga (sobre todo al nivel del trígono) y en veces a la uretra.

Como detalle muy importante para el punto que nos ocupa, se presenta con mucho mayor frecuencia en la mujer que en el hombre y se manifiesta por dolor lumbar, fiebre, piuria, disuria y polaquiuria.

La infección de las vías urinarias altas, me refiero naturalmente a la inespecífica, se presenta como consecuencia casi forzosa de la mayor parte de los padecimientos urológicos, como la litiasis, la hidronefrosis, etc., padecimientos en los que en estricta justicia puede decirse que existe una pielonefritis; pero se reserva esta denominación para los casos en que no hay otro proceso patológico bien aparente de los órganos urinarios que determine la infección o cuando ésta es el elemento predominante.

De estas últimas se describen en la mujer varios tipos cuyas denominaciones parecen llevar en unos casos una connotación etiológica, como la pielonefritis del embarazo y la pielonefritis de la desfloración y en otros sólo señalan la forma en que se presentan, como la pielonefritis intermitente.

Por lo que se refiere al aspecto etiológico de este padecimiento, los tratados de urología y la multitud de trabajos que sobre él se han publicado, se extienden sobre la naturaleza de los gérmenes que las provocan y sobre las diferentes vías que éstos pueden seguir para llegar al riñón, pero nos dicen muy poco acerca de los motivos que determinan que estos gérmenes, que en condiciones normales el riñón puede filtrar sin que se produzca en él ningún daño, se fijen en los órganos urinarios y provoquen un estado inflamatorio.

Para resolver este problema debe tenerse en cuenta que hay un factor predominante en las infecciones urinarias: la obstrucción, la canalización defectuosa. La vejiga, por ejemplo, puede quedar indemne después de recibir durante largo tiempo las descargas purulentas de un riñón pioniéfrico, si no existe un obstáculo a su evacuación; pero basta que su drenaje se vea entorpecido, como sucede

en la hipertrofia prostática o en la litiasis vesical, para que la infección se presente. Por otra parte las experiencias ya antiguas de Mallory, que inyecta emulsiones de *B. coli* en conejos y determina una pielonefritis cuando se ha provocado una obstrucción ureteral, pero ningún estado inflamatorio cuando esto no se ha hecho, demuestran el papel preponderante de la obstrucción.

La importancia de este factor en la etiología de las infecciones urinarias es conocida y aceptada desde hace mucho tiempo y explica la infección en las hidronefrosis, en las litiasis, en las acodaduras ureterales, en las obstrucciones intrínsecas o extrínsecas del uréter.

Pero hay un buen número de casos de pielonefritis en que no parece existir este elemento obstructivo y en los cuales o bien se pasa por alto el verdadero origen del mal, limitándose a estudiar los gérmenes productores de la infección y las vías seguidas por ellos o se aducen razones que frecuentemente son inaceptables. Sin embargo el que no aparezca claramente el elemento obstructivo no quiere decir forzosamente que no exista y su importancia en la producción de la infección urinaria es tan grande, que se está obligado a buscarlo siempre y a no eliminarlo como factor etiológico, hasta no demostrar que *no* existe.

Entre los diversos tipos de pielonefritis que aquí se estudian, el elemento obstructivo no aparece con claridad más que en la llamada pielonefritis del embarazo y aún cuando se han encontrado en ella factores hormonales que influyen en la estasis urinaria, la compresión de los ureteres por el útero grávido es tan manifiesta que cuando se encuentra una lesión pielonefrítica en una mujer, basta que ésta haya estado alguna vez embarazada para que se diagnostique una infección de este origen, lo que no es siempre exacto.

Pero el problema etiológico es mucho más oscuro en las llamadas pielonefritis de la desfloración y en la pielonefritis intermitente.

La pielonefritis de la desfloración es un tema mucho más ampliamente tratado que la uretrotrigonitis del mismo origen, sin que esto quiera decir que su aspecto etiológico esté mejor resuelto. En este terreno sólo se señala la estrecha relación que existe entre ambos padecimientos. En 20 enfermas con pielitis de la desfloración estudiadas por Hanley, todas presentaron un cuadro uretrotrigónico inmediatamente después de la tentativa o del acto del coito, al que, varios días después, siguió el cuadro de pielitis.

Esta observación parece demostrar que la causa de la pielonefritis de la desfloración es la uretrotrigonitis, pero hay que encontrar cual es el proceso que liga a ambos padecimientos, y cual el factor que determina la lesión renal.

Si se acepta la hipótesis propuesta para explicar el origen de las lesiones de la uretrotrigonitis; si se tienen en cuenta las lesiones congestivas y edematosas de los órganos genitales señaladas por G. Cotte y anotadas en el capítulo anterior y se piensa en la íntima relación que existe entre éstos y la porción terminal del uréter, será fácil explicarse la causa de la obstrucción ureteral que determina

o cuando menos favorece la infección piélica: si en la extremidad inferior del uréter y al nivel de su desembocadura en la vejiga se produce una lesión semejante a la que observamos en la uretra en los casos de uretrotrigonitis, y todo hace suponer que así sea, la pequeña luz de aquel conducto quedará casi totalmente obstruída provocando una estasis urinaria que explicará el dolor renal (en todo semejante al que se observa en la obstrucción ureteral) y la infección posterior, ya provenga de la uretrotrigonitis infectada o de gérmenes que antes de existir la obstrucción, pasaban libremente sin causar daño.

La pielonefritis intermitente de la mujer es un padecimiento que se presenta la mayoría de las veces bajo la forma de ataques leves que ceden pronto a los tratamientos usuales y que sólo dejan una lesión definitiva cuando aquellos son muy frecuentes. Aparecen en ocasiones acompañadas o precedidas de un cuadro de uretrotrigonitis en cuyo caso la etiología parece ser la misma que la que se describió para la pielonefritis de la desfloración, es decir las lesiones congestivas y edematosas consecutivas a la congestión pélvica.

Los autores que se han ocupado de este asunto, aun cuando no exponen el proceso que liga estos dos fenómenos señalan la frecuencia de su asociación ya que encuentran que en un 50 ó 60% de los casos de pielonefritis existe una historia anterior de uretrotrigonitis.

Pero hay casos en que no se encuentra esta última lesión y sin embargo algunos datos de la exploración hacen pensar en la existencia de una obstrucción en la extremidad inferior del uréter. En la urografía excretora se comprueba con frecuencia que los uréteres son visibles en la mayor parte de su trayecto y más claramente en su extremidad inferior en donde se adelgazan y se dibujan claramente hasta su desembocadura en la vejiga. Por otra parte el cateterismo ureteral proporciona datos que hacen pensar en que esta obstrucción es de tipo espasmódico porque en una misma enferma la maniobra se hace con toda facilidad en ocasiones y en otras es muy difícil o imposible y porque provoca casi constantemente un intenso cólico nefrítico después de la exploración.

La posibilidad anatómica de un espasmo a este nivel parece demostrada por los estudios de De Miguel⁵ que sostiene que la oclusión del orificio ureteral que, en condiciones normales, impide el reflujo de la orina de la vejiga hacia el uréter, no es pasiva, ni depende de una válvula mucosa, sino que se debe a un verdadero esfínter formado por fibras musculares del uréter que se entrelazan y toman varias direcciones anastomosándose con las del detrusor.

El espasmo de estas fibras puede ser provocado por el estado congestivo-edematoso de la mucosa superpuesta y señalado anteriormente, pero no es indispensable que éste exista para que aquel aparezca.

Bien conocida es la participación de los estados de angustia en la aparición de los espasmos de las arterias, del colédoco, del intestino, etc., y es fácil suponer que en los que pueden llamarse "reactores vesicales" se presenten estos espasmos

en los conductos urinarios, máxime si se piensa en la estrecha relación que existe entre éstos y los órganos sexuales y que la función sexual es fuente importante de trastornos sicosomáticos.

Diversos estados emotivos como la angustia o la hostilidad reprimida que pueden aparecer o agravarse por la insatisfacción sexual o la repugnancia por el acto sexual, así como en algunas mujeres se manifiesta por contracciones gástricas, intestinales o vaginales, podría en ocasiones determinar espasmos al nivel del uréter y dar motivo, si éstos se repiten, a una estasis urinaria que favorecerá la infección renal: "No hay duda, dice Alexander, que las tensiones emocionales transitorias producen cambios fisiológicos transitorios; es lógico pensar que situaciones crónicas recurrentes puedan producir cambios permanentes. Bajo la influencia de estímulos emocionales continuos causados por conflictos no resueltos, las respuestas vegetativas se vuelven crónicas y con el tiempo pueden conducir a cambios tisulares irreversibles".⁴

Estos cambios tisulares irreversibles en el problema que nos ocupa, serían la estenosis de la extremidad inferior del uréter y su consecuencia la pielonefritis.

La formulación cuidadosa de una historia clínica, detallada principalmente en lo que al estado síquico de la enferma y a sus funciones sexuales se refiere (y aquí hay que insistir nuevamente sobre la dificultad que hay para obtener estos datos) puede llevar a la sospecha y en ocasiones a la convicción de que hay una relación de causa a efecto entre los trastornos sexuales y el estado emocional de la enferma por un lado y la infección pielonefítica por otro.

Sería inútil relatar las historias clínicas que a mi modo de ver apoyan esta teoría. Todas concuerdan en sus puntos básicos, por lo que me limitaré a exponer dos de ellas que pueden servir como ejemplo.

Historia clínica N° 1. Julio de 1953. Enferma de 35 años que hace 13 padeció un cólico nefrítico de gran intensidad. Repite el cólico en varias ocasiones. Unas semanas antes de que se presentara el último, se hizo un examen urológico completo en que nada se encontró de importancia. Desde esa fecha tiene dolor casi constante en fosa ilíaca izquierda, y con frecuencia padece cuadros febriles, en que la temperatura llega a 39 grados, que duran varios días y que coinciden con dolor lumbar, disuria y polaquiuria de intensidad variable.

En aparato urinario señala polaquiuria y disuria discretas.

En aparato genital dice tener menstruación normal. Líbido normal; relaciones sexuales normales y siempre satisfactorias. 13 años antes fue sometida a una histeropexia.

A la exploración se encuentra dolor en puntos ureterales del lado izquierdo. Los riñones no son palpables.

La urografía excretora muestra ureteres muy delgados y bien visibles en su extremidad inferior hasta su desembocadura vesical. No hay modificaciones importantes en pelvicilla ni cálices.

A la cistoscopia se encuentra mucosa despulida al nivel del cuello. El cateterismo ureteral se logra con cierta dificultad y provoca una hora más tarde un intenso cólico nefrítico.

Los exámenes del laboratorio son normales salvo por lo que respecta a la orina en que se encuentra piuria. En orinas separadas hay 10 piocitos por campo del lado izquierdo y 1 por 5 campos del lado derecho y el cultivo señala en ambos la presencia de *Escherichia coli* sensible a terramicina y aureomicina.

Con el diagnóstico de pielonefritis se inicia el tratamiento con antibióticos y lavados de pelvícula que en poco más de un mes dejan a la enferma asintomática y en buenas condiciones. Queda en perfecto estado de salud hasta principios de mayo del siguiente año (1954) en que vuelve a presentarse el mismo cuadro y se impone nuevamente el mismo tratamiento. En esta ocasión la enferma confiesa que su vida sexual ha sido siempre insuficiente y desagradable lo que la había llevado a un estado de neurosis tan importante que la obligó a internarse en un sanatorio psiquiátrico. En enero del siguiente año (1955) la enferma regresa a consulta. No ha vuelto a tener ningún trastorno y sus condiciones de salud física y mental son perfectas. Interrogada sobre su vida sexual contesta que es un problema que ha solucionado definitivamente. En visitas subsecuentes hasta febrero de 1958, se comprueba que no ha vuelto a presentarse ningún trastorno urinario.

Historia clínica N° 2. Julio de 1952. Enferma de 30 años de edad enviada por un médico de provincia, que ha padecido en tres ocasiones ataques severos de pielonefritis tratados por antibióticos. En el momento de la consulta hay dolor lumbar del lado derecho, pero no hay fiebre ni trastornos de la micción. A la exploración física se comprueba el dolor lumbar y a la urológica se encuentra dificultad para el cateterismo ureteral, que provoca poco después de él un cólico violento, y por el que se obtiene orina que en ambos lados presenta piocitos y en cuyo cultivo se desarrollan colibacilo y pseudomona sensibles a aureomicina, cloromicetina y terramicina.

En el curso del tratamiento vuelve a presentar un cuadro febril que desaparece rápidamente.

La enferma casada 4 años antes, lo estuvo durante tres en el curso de los cuales llevó una vida sexual profundamente desagradable debido a actitudes sádicas del marido, del que se divorció hace uno.

De los ataques de pielonefritis que ha padecido, los dos primeros ocurrieron durante su vida de casada y el último un mes antes de la consulta.

Unos meses después del tratamiento que aquí se siguió, contrajo nuevo matrimonio. Ha tenido desde entonces dos embarazos normales y hasta la fecha no ha vuelto a sufrir nuevos ataques de pielonefritis.

Estas dos historias y otras semejantes que, repito, me parece inútil citar, me han llevado al convencimiento de que existe una estrecha relación entre las funciones sexuales y la pielonefritis, y que esta última la determina una obstrucción

ureteral que tiene su origen en fenómenos congestivos o espasmódicos que a su vez son provocados por procesos emotivos o por trastornos sexuales.

La relación entre la pielonefritis y la vida sexual ha sido señalada ya por varios autores pero sin que se haya dado una explicación sobre su naturaleza íntima.

Hanley⁸ dice: "Los primeros síntomas datan de la época del matrimonio en tantos casos, que no puede haber duda de que los órganos sexuales están en estrecha relación con la etiología del proceso".

Y Gaston Cotte² asienta: "Es seguro que la abstinencia sexual prolongada trae a veces trastornos congestivos que desaparecen con ella. Es bastante frecuente ver a viudas que presentan trastornos de este tipo, experimentar, al volver a casarse, una mejoría considerable y a menudo una curación completa".

Los conocimientos adquiridos en los últimos años sobre la vida sexual de la mujer y sobre los trastornos sicogenéticos que se han agrupado bajo el nombre de neurosis vegetativas, han dado a mi modo de ver, una explicación plausible de cómo se establece esta relación reconocida hace tantos años y cual es la causa de la llamada pielonefritis intermitente.

CONCLUSIONES

1o. La uretrotrigonitis de la mujer es en un principio una lesión congestiva provocada por excitaciones sexuales frecuentes, prolongadas y no satisfechas o por un estado de angustia que frecuentemente nace de una vida sexual frustrada.

2o. En la pielonefritis de la mujer hay siempre un factor obstructivo determinante. Esta se presenta en la extremidad inferior del uréter bajo la forma de lesiones congestivas análogas a las de la uretrotrigonitis, a las que puede añadirse un factor espasmódico en las pielonefritis de la desfloración y en muchas de las pielonefritis llamadas intermitentes. En estas últimas el factor espasmódico puede ser el único y tiene como causa un problema de angustia originado en trastornos sexuales de diferente tipo.

BIBLIOGRAFIA

1. Braasch, W. F.: *Infección del Riñón y del Uréter*. Rev. Mex. Urol. Vol. IV No. 6. México, 1946.
2. Cotte, Gaston: *Troubles Fonctionnels de l'Appareil Génital de la Femme*. Masson & Cie. París, 1931.
3. Davis, M. Davis: *Urodinámica y Pielonefritis*. Rev. Mex. Urol. Vol. XIX No. 4. México, 1961.
4. De la Fuente M., Ramón: *Psicología Médica*. F.C.E. México, 1962.
5. De Miguel, S.: *Anatomic Study of the terminal Ureter*. Arch. Urol. Belg. 26: 197, 1946.
6. Folsom, A. I. & O'Brien, H.: *Un estudio clínico de la Uretra Femenina*. Rev. Mex. Urol. Vol. IV No. 3. México, 1946.

7. Gray, L. A. & Pingleton, W. B.: *Pathological Lesions of the Female Urethra*. J.A.M.A. 162: 1361, 1956.
8. Hanley, H. G.: *Female Urethra and its relations to upper urinary tract infection*. Proc. Roy Soc. Med. 39: 741, 1946.
9. Hodges, C. V.: *Chronic Urethritis in girls*. J.A.M.A. 149: 753, 1952.
10. López Engelking: *Tratamiento Racional de las Uretrotrigonitis*. Act. Med. Hidalg. No. 71, 1960.
11. Lisker, M.: *Modificaciones Urológicas en el Embarazo*. Rev. Mex. Urol. Vol. XVI No. 5. México, 1958.
12. Pesqueira, M. E.: *Uretrotrigonitis en la Mujer*. Rev. Mex. Urol. 9: 131. México, 1951.
13. Salas Guerra, A.: *Trastornos Urológicos durante el embarazo, parto y puerperio*. Rev. Mex. Urol. Vol. XVIII No. 3. México, 1961.
14. Talbot, H. S.: *Role of Ureter in Pathogenesis of Ascending Pyelonephritis*. J.A.M.A. 168: 1595, 1958.
15. Weiss E., & English, O. S.: *Psychosomatic Medicine*. Ed. N. B. Saunders. Philadelphia, 1947.

COMENTARIO AL TRABAJO "CONSIDERACIONES
SOBRE LA ETIOLOGIA DE LA URETRO-
TRIGONITIS Y DE LA PIELONEFRITIS
EN LA MUJER"*

DR. RAMÓN DE LA FUENTE M.

EL DR. PESQUEIRA ha presentado evidencia de que la etiología de ciertos padecimientos del aparato urinario (uretro-trigonitis, verumontanitis, ciertas formas de espasmos ureterales y de pielonefritis recurrentes) es insatisfactoriamente explicada si no se toma en cuenta el papel que ciertos factores emocionales tienen en su iniciación y recurrencia.

Mi experiencia en el manejo de enfermos afectos de angustia mórbida, tanto de mujeres como de varones sexualmente frustrados, coincide con la suya. Ciertamente, síntomas referidos al aparato urinario son una ocurrencia común en personas que se ven sujetas a excitaciones sexuales persistentes o repetidas cuando se ven impedidas por circunstancias externas y particularmente por inhibiciones internas al alivio de sus tensiones sexuales. Puede decirse que en estos casos los órganos pélvicos experimentan cambios congestivos preparatorios para una acción que no tiene lugar. Esta reacción preparatoria, mantenida, sobrepasa los límites de la conveniencia fisiológica.

El problema que se plantea está claramente ilustrado con la frecuencia con que aún hoy día, sujetos afectos de impotencia psicogénica son sometidos a tratamientos locales una vez que el efecto sobre el verumontanum es erróneamente tomado como la causa del trastorno. Sin embargo, como ya lo señala el autor en su trabajo, atribuir siempre a un proceso de congestión pélvica de origen sexual los síntomas y hallazgos endoscópicos descritos por él sería una simplificación del problema. Hay personas que propenden a reaccionar con síntomas uretro-vesicales ante una variedad de circunstancias que tienen en común el suscitar en ellas ya sea ansiedad u hostilidad. Estas emociones que cuando están inhibidas en su expresión, son altamente disruptivas de la fisiología visceral, son la respuesta del individuo a su fracaso para la satisfacción de necesidades básicas

* Leído por su autor en la sesión del 5 de septiembre de 1962.

humanas de seguridad, prestigio y aceptación por los demás y al logro de metas particularmente valoradas. El término "reactores vesicales", introducido por H. Wolff y su grupo de investigadores de la Universidad de Cornell parece apropiado.

En principio lo que ocurre, es que un sector del aparato urinario, que habitualmente interviene en la pauta fisiológica de las reacciones de angustia y hostilidad es usado en forma preferente e individualizada para descargar tensiones cuando la expresión explícita de estos efectos está interferida. Una vez establecida esa vía de descarga, ésta tiende a persistir o a ser usada reiteradamente cuando las circunstancias lo requieren, porque es útil; llena una función en el equilibrio orgánico. En otras palabras, la función de un sector se significa en beneficio de la totalidad.

¿Por qué unos sujetos reaccionan con cefalea, otros con tensión muscular, otros más con la obstrucción de los pasajes aéreos o con la hiperactividad del estómago, del colon o del sistema vascular? Para explicar la vulnerabilidad de un órgano o sistema de preferencia a otros, se han invocado factores genéticos, factores experienciales tempranos o se ha intentado relacionar la disfunción del órgano con constelaciones caracterológicas y con conflictos intrapsíquicos específicos. Pero aunque los adherentes de cada uno de estos puntos de vista han iluminado distintas facetas de este problema, que es central en el campo de la medicina psicosomática, éste dista de estar satisfactoriamente resuelto. De ahí que en la práctica, cada caso en particular deba ser valorado de acuerdo con sus propias circunstancias, lo cual presupone el estudio de la vida íntima del enfermo, de sus conflictos y frustraciones y de sus reacciones afectivas ante ellos.

Estoy persuadido de que el tiempo que el urólogo dedique en estos casos, que constituyen una proporción importante de su consulta, a explorar la vida emocional de los enfermos, a persuadirlos de la naturaleza de sus síntomas y la orientación que les brinde en la resolución de sus problemas, paga buenos dividendos en resultados terapéuticos.

El Dr. Pesqueira quien auna a su reconocida experiencia como clínico una preocupación genuina por la identificación y manejo de los problemas psicológicos de sus enfermos, ha presentado a esta Academia una comunicación importante, tanto más, cuanto que a pesar de que nadie pone en duda la participación del aparato urinario en la expresión de las emociones, el problema de la psicogénesis de ciertos padecimientos uretro-vesicales y urétero-renales ha recibido escasa atención en la literatura si se le compara con la que se ha dedicado a otros aparatos y sistemas.