

VALOR DE LA PIELONEFRITIS ASCENDENTE CONSIDERACIONES ACTUALES

Por el Dr. RICARDO BERNARDI

Los viejos urólogos, los que pasamos los 30 años de intenso ejercicio de la especialidad, estamos oyendo en los últimos tiempos con gran sorpresa, los denodados ataques que formulan ciertos autores a la uretero-pielografía ascendente, sintéticamente mal llamada pielografía ascendente. Y nos llama mucho la atención porque se pretende desacreditar, sin razón valedera, un método de diagnóstico que ha dado y continuará dando muchísimas satisfacciones, si se respetan las cuatro condiciones básicas siguientes:

- 1ª) Ejecución por manos hábiles.
- 2ª) Rigurosas condiciones de asepsia.
- 3ª) Correcta técnica radiográfica.
- 4ª) Perfecta interpretación de las lesiones.

Sería obvio insistir en cada uno de estos conceptos, aunque entendemos que el 1º y 4º postulado son fundamentales porque hablan de la habilidad y conocimiento del urólogo frente al enfermo y a las características morfológicas de la enfermedad reveladas por la pielografía ascendente.

Las críticas a este método se fundan en una corriente actual *excesivamente* aséptica, por lo impracticable en la realidad, que proscribe en forma absoluta, toda maniobra instrumental urológica (la pielografía ascendente, en este caso), llegando algunos autores en su exageración amicrobiana a deshechar la cistoscopia y hasta el sondeo vesical, por temor a la infección llevada por estos instrumentos o por las manos del urólogo.

Para ellos, la solución frente a lesiones vesicales o a una retención de orina de etiología prostática o cervical, estaría en realizar el diagnóstico mediante elementos radiográficos únicamente (urografía o uretrocistografía) y el tratamiento de la retención a través de la cistostomía o la extirpación de la lesión (ademeona, cáncer, esclerosis cervical) ¡pero nada de sondeos ni endoscopías!

En cuanto a la pielografía ascendente, más condenada aún que estos procedimientos endouretrales, pretenden *reemplazarla con ventaja* por la aortografía o la arteriografía por punción de la arteria femoral.

Frente a estos conceptos muy respetables por cierto, como expresión de un verdadero jalón en el diagnóstico de las lesiones renales, consideramos por el contrario que sus indicaciones deben ser muy precisas, limitadas a ciertos casos, como elemento *complementario y excepcionalmente sustitutivo* de la pielografía, cuando una obstrucción, una infección canalicular o un tipo determinado de lesión (parenquimatosa o vascular) del pedículo renal, lo aconseje.

Son métodos de muy relativa exactitud que, como todos los empleados en medicina, deben *complementarse* con otros, pero nunca excluye como se pretende actualmente; por estas razones seguimos dando prioridad a la pielografía ascendente en las condiciones enunciadas, en virtud de los valiosos informes que aporta en la mayoría de las lesiones pieloureterales o renales del tipo parenquimatoso como la tuberculosis, neoplasia, quiste, etc., que de una u otra forma se ponen en contacto con los cálices o pelvis, modificando su morfología y haciéndose por lo tanto más visibles a la pielografía por relleno que a través de cualquier otro procedimiento radiográfico.

Nuestra insistencia se debe a que últimamente se ha señalado como causa frecuente de infección urinaria a la cistoscopia, al cateterismo vesical y muy especialmente al ureteral usado con finalidad diagnóstica (pielografía ascendente) o terapéutica, llegándose a proscribir como dijimos en forma absoluta tales maniobras. No concebimos, a través de nuestra dilatada experiencia, cómo puede realizarse o aconsejarse una operación de adenoma prostático, tumoración vesical benigna o maligna, divertículo de vejiga o lesión sangrante de la misma de cualquier etiología, basados exclusivamente en la urografía o la cistografía, por ejemplo, prescindiendo de la visualización directa; *valiosa, inapreciable e inobjetable* para nosotros y para la lógica en general, de un maravilloso aparato como el cistoscopio, el más grande descubrimiento del arsenal urológico, hasta la fecha, por el temor a una probable infección; infección que en el mejor y más común de los casos es mínima e inaparente, y en el peor y excepcional, con ser intensa, se combate fácilmente con antibióticos y/o quimioterápicos. Estoy bien seguro que ningún urólogo enfermo y consciente de su afección, se dejaría hacer una intervención vesical o renal dudosa o no, basado *exclusivamente en los resultados de una urografía o arteriografía* (aortografía o cateterismo arterial por punción) por temor a la infección que le pudiera producir una cistoscopia o una pielografía ascendente, conformándose únicamente con el diagnóstico obtenido mediante aquellos procedimientos...

Sin lugar a dudas exigiría para sí el máximo de seguridad diagnóstica, sin excluir por supuesto a la cistoscopia, repetida una y mil veces con el objeto de determinar la verdadera etiología de la afección vesical sospechosa de neoplasia, pongamos por ejemplo o una pielografía ascendente frente a una tumoración renal, un quiste o una supuesta tuberculosis, etc., etc., un tanto oscuras a la urografía excretoria, primer y valioso paso en toda exploración urológica.

Por lo tanto consideramos como urólogo, el nuevo criterio que se pretende imponer como demasiado exclusivista, porque si bien somos contrarios al *cateterismo ureteral sistemático de otrora*, estimamos que frente a una urografía poco satisfactoria, pasible de aclararse mediante su repetición o con el *reforzamiento* de una segunda inyección, debe realizarse la *pielografía ascendente*, bajo rigurosas condiciones de asepsia, ya que ningún otro método actual puede reemplazarla con ventaja (neumoretroperitoneo, aortografía, arteriografía y punción renal en ocasiones) de acuerdo con el tipo de lesión renal; la sencillez del procedimiento en manos de la mayoría de los urólogos y su inocuidad la confirman a diario, a pesar del exagerado pesimismo de algunos colegas.

La arteriografía a través de la aorta o de la femoral, requiere una práctica muy especial por lo peligrosa (ver estadística de algunos servicios de urología), *es de difícil interpretación en muchas ocasiones aún para los entendidos* y está más indicada para afecciones puramente vesiculares (estenosis de las arterias renales, embolias, aneurisma renal, hipertensión, etc.), que para procesos que afecten secundariamente los vasos, o lesiones exclusivamente parenquimatosas,

y nosotros preguntaríamos, ¿cuántos urólogos de gran experiencia y gran manualidad realizan en la actualidad, con sus *propias manos*, arteriografías, aortografías y punción renal?; y además, ¿en qué proporción se hallan estos exámenes con respecto a la pielografía ascendente en la mayoría de los servicios? La "fatal" pielonefritis aguda atribuida a todo cateterismo y especialmente a la pielografía ascendente, es más aparente que real; la pielonefritis por sustancia opaca es absolutamente excepcional y la piuria resuelta por la general insignificante, lo mismo que el aporte de gérmenes; en ocasiones se trata de pielografías realizadas en vías infectadas, lo que desde ya constituye una contraindicación, aunque no siempre de cateterismo. Recordamos que la orina normal no es totalmente aséptica y que los pocos gérmenes inevitables que pueden aportar un cateterismo realizado en *las mayores condiciones* de asepsia, que no siempre se respetan, no tienen en la práctica mayor valor clínico. La asepsia es precisamente la que debe extremarse al máximo para evitar la infección de las vías urinarias, aunque sin que esto sea aconsejable, pero sí constatable en la mayor parte de los servicios urológicos de la capital y del resto del país se emplea agua corriente para realizar cistoscopias y no se esteriliza en forma satisfactoria la uretra antes de introducir el aparato; sin embargo, las infecciones bajas y altas no se producen prácticamente, ni tienen exteriorización patológica importante. Entendemos, por el contrario, que las temidas pielonefritis crónicas, responsables de tanta hipertensión en sujetos jóvenes, de tanta morbilidad y tanta mortalidad, debidas a causas obstructivas altas o bajas, permanecieron largo tiempo ignoradas, precisamente porque no se practicaron más cistoscopias y más pielografías, en forma precoz a estos enfermos, previos los exámenes de laboratorio y las urografías excretorias de rigor.

Otra cosa sí ocurre cuando *el cateter queda en permanencia más de 24 ó 48 horas*, con el objeto de dilatar una estrechez ureteral o pielo-ureteral (congénita, adquirida o post-operatoria), evacuar una pequeña uronefrosis, extraer un cálculo ureteral mediante sonda; en este caso, la pielonefritis aguda se instala con todo su cortejo sintomático en virtud del trauma causado por el elemento extraño, la perturbación del dinamismo pielo-ureteral, la obstrucción frecuente de la sonda por detritus y mucus y el aporte de gérmenes que realizan los "lavados antisépticos", a través de la jeringa y las manos de los curadores.

Es este un hecho constatado con mucha frecuencia en los servicios de urología y al que *tememos sinceramente* cada vez que un cateter queda por algunas horas en las vías urinarias superiores; si el médico no la cuida personalmente o el personal encargado de hacerlo no está lo suficientemente adiestrado y no es *verdaderamente responsable*, es frecuente que la sonda se "tape" y que a la mañana siguiente, especialmente en nuestros servicios hospitalarios, en contramos al enfermo "inflado", como decimos objetivamente, por retención de aire y de la orina en la pelvis (20, 50, 100 cc. en ocasiones) o del líquido antiséptico que la "bondadosa", aunque por lo común incompetente enfermera de la noche, le aplicó repetidamente y no aspiró en su totalidad.

En nuestra práctica solamente pudimos señalar un 2 a 3% de *pielonefritis química*, que cedieron en su mayoría entre las 48 y 72 horas de iniciadas; excepcionalmente hemos tenido casos de más de una semana, debidos por lo general a uronefrosis medianas o grandes no diagnosticables por la urografía, dada la insuficiencia funcional y que al retener la sustancia opaca se acompañaron de reacción piélica. Todas curaron sin excepción, al eliminarse espontáneamente la sustancia y restablecerse el dinamismo canalicular.

Queremos destacar además que la pretendida pielonefritis aguda por pielografía ascendente es más una *pielo-ureteritis química por irritación de la*

mucosa de estos dos segmentos, que una inflamación del parénquima renal a través de los canalículos o del intersticio. Es *química y no infecciosa*; es *traumática* en ocasiones por la repentina distensión que produce por lo general una mano demasiado potente, agresiva diríamos: el brusco e intenso dolor y en ocasiones la hematuria que acompaña al examen radiográfico con sus consecuencias inmediatas.

Hay siempre, o casi siempre, causticidad de la mucosa por el tipo de sustancia empleada (ioduro o bromuro de sodio, en el medio hospitalario) y raramente traumatismo por la sonda usada o la incompetencia del médico.

El enfermo puede acusar en estos casos intenso dolor que llega a persistir de minutos a varias horas (12 a 24 horas); dolor que va creciendo paulatinamente y *en ocasiones*, fiebre y escalofríos, que en los hombres especialmente no siempre es imputable a una infección renal, sino que debida a un "acceso de fiebre urinosa" por efracción de cualquier parte de la extensa mucosa del aparato urinario sometida a examen y a veces debida a una prostatitis instrumental. Este componente infeccioso es siempre de corta duración (24 a 72 horas), y si bien impresiona por su agudeza e intensidad, como todo "acceso urinoso", cede con emolientes (bolsa con agua caliente, baños de asiento, etc.), la vulgar y maravillosa aspirina, la ingestión abundante de líquidos y antiespasmódicos; en muy contadas ocasiones deberá recurrirse a los quimioterápicos (sulfamidas o furadantina) y en última instancia a antibióticos simples o combinados.

No debemos olvidar tampoco la capacidad defensiva del sujeto, superior a todos los antibióticos conocidos. Todo pasa, cuando se produce este cuadro, en el transcurso de unas horas o pocos días y el enfermo cura sin consecuencias; prueba de ello es que el paciente que ha sido sometido a una pielografía ascendente se resiste a nuevas exámenes, por temor al dolor ocasionado (por lo general no se emplea anestesia local en el medio hospitalario) y no a la fiebre o al escalofrío.

Si el examen se realiza con buena anestesia por imbibición (jalea de xylocaína al 2%, por ejemplo) suave mano y rigurosa asepsia; buen cistoscopio (adecuado calibre y estado del aparato); sonda ureteral apropiada; sustancia no irritante (las empleadas para la urografía excretoria); *correcta técnica radiográfica* (distensión suave y uniforme de la pelvis catéter introducido en los primeros centímetros del uréter; control bajo la pantalla; líquidos tibios, etc.), el traumatismo será mínimo y todo pasará sin consecuencias desagradables.

Nosotros, frente a estas posibles reacciones, que nunca revisten gravedad cuando se respetan estos simples y básicos enunciados aconsejamos lo siguiente:

1º *Orinas aparentemente normales*. Excepcionalmente realizamos pielografías ascendentes en enfermos que están ligera o medianamente infectados (litiasis, tuberculosis, etc.) salvo que los exámenes radiográficos anteriores (directa, urografías repetidas) hubieran resultado negativos.

2º *Vías urinarias inferiores de calibre normal*. Esta exigencia es fundamental con el objeto de evitar traumatismos debidos al pasaje del cistoscopio.

3º *Quimioterápicos*. Los empleamos sistemáticamente (tipo sulfamidas de acción prolongada *Furadantina* y excepcionalmente antibióticos) 24 horas antes y 48 horas después del cateterismo, salvo intolerancia a los mismos.

4º *Anestesia uretro-vesical por imbibición*. Empleamos comúnmente jalea de xylocaína al 2% durante 10' con buen resultado.

5º *Cateterismo*. Vesical y ureteral con las precauciones referidas.

6º *Sustancia opaca.* Las empleadas para la urografía excretora, según los conceptos enunciados.

7º *Lavado inmediato de la sustancia opaca.* Debe emplearse agua esterilizada tibia, en la misma mesa radiográfica, con la técnica referida.

8º *Si hay dolor.* Inyectar 2 a 3 cc. de xylocaina en solución al 2 % y taponar la sonda de 3 a 5 minutos; luego aspirar suavemente el líquido.

9º *Instilación de un antiséptico.* A continuación inyectamos 2 a 3 cc. de una solución de mercurio cromo al 0,50 % o de rivanol 0,10 % ocluimos la sonda con un escarbadiante durante 3 a 5 minutos y luego aspiramos suavemente el líquido.

10º *Sonda ureteral.* Debe retirarse inmediatamente, en la misma mesa de rayos, salvo que persista el dolor por tratarse de una bolsa piélica que retiene el líquido.

En este caso la sonda quedará algunos minutos más, hasta 1 ó 2 horas, bajo suave aspiración aséptica y el cuidado permanente del médico o personal competente.

Deseamos agregar que con el objeto de evitar inconvenientes, la inyección de la sustancia de contraste debe ser siempre realizada en las condiciones referidas y por un urólogo avezado en colaboración con el radiólogo; nunca por un médico que no conozca bien la técnica, practicante o enfermera: las reacciones están en razón directa a la inhabilidad del ejecutante (pielitis, hematuria, reflujos pielocanalicular, venoso, etc.).

Para nosotros, "si se produce una reacción a la pielografía ascendente, alguien tiene la culpa...; nunca la enfermedad ni el enfermo!"

Aclaremos que de ninguna manera somos contrarios al empleo de la arteriografía renal (femoral o aortografía) e incluso a la punción renal, cuando están precisamente indicadas: los diagnósticos urológicos han sido excepcionalmente rectificadas por estos procedimientos; por lo común no han hecho más que confirmar los obtenidos por los métodos clásicos.

De todas maneras los detalles patológicos que surgen de una buena pielografía, bien interpretada, no pueden ser comparados por su claridad, con otros medios de contraste y en ocasiones son superiores a los de la misma urografía lo que ya es bastante decir; muchas lesiones de las vías de excreción y parenquimatosas de tipo tumoral, destructivo o inflamatorio, se revelan o se aclaran exclusivamente con este método.

Fuera de la difícil interpretación que suministran las imágenes obtenidas con la arteriografía, su difícil técnica, no está exenta de reales y graves peligros como lo señalan muchos autores, mayores por supuesto que los atribuidos a las miles y miles de pielografías ascendentes realizadas desde hace más de 50 años (Voelker y Lichtemberg, año 1906). Y si bien algunos especialistas en este tipo de punción se muestran muy satisfechos con la técnica y los resultados, estimamos que cuando muestren una estadística proporcionalmente tan favorable como la exhibida por la pielografía, podrá aceptársela realmente en forma más amplia.

Sin ánimo de hacer alusión alguna, aunque llevado por el propósito de destacar ciertos hechos, es común observar la ligereza con que se realiza el interrogatorio, el examen semiológico, la interpretación de los análisis, en fin, la manera cómo se subestima la clínica y se abusa por otra parte del examen instrumental, en el que ciertas corrientes modernas o "ultramodernas", diríamos pretenden frecuentemente suplantar y no completar con técnicas o exploraciones menos traumatizantes y más efectivas que han dado sus valiosos frutos a través de miles y miles de pruebas en tantos años de aplicación.

No debemos olvidar que el examen clínico es fundamental en el conocimiento de la patología humana; la compulsión de los síntomas y signos que presenta el enfermo debe ser profunda y meditada y los exámenes *repetidos* en caso de duda.

En suma, sin descartar estos nuevos procedimientos que por cierto tienen sus precisas y limitadas indicaciones en urología, seguimos dando prioridad a la pielografía ascendente de acuerdo con los enunciados referidos y a la experiencia de viejos y reputados especialistas en virtud de la relativa sencillez, inocuidad y clara objetividad de esta exploración.