

## PIELONEFRITIS. SU ORIGEN Y TRATAMIENTO

---

Por los Dres. LEONIDAS REBAUDI y A. SERGIO REBAUDI

Es indiscutible que en el planteo de la etiología de una enfermedad, el conocimiento de ésta confiere una base sólida tanto en lo que se refiere al tratamiento en sí como a la prevención de la misma, finalidad a la que conducen todos los estudios modernos.

No escapa a este enfoque el tratamiento y profilaxis de la pielonefritis y así vemos que todos los especialistas se ha aunado para resolver los puntos que llamaríamos cardinales: 1) Etiología, y 2) Tratamiento de esta enfermedad que reconoce como origen una lesión infecciosa del riñón.

Comencemos por la *Etiología*.

Desde ya, si efectuamos un enfoque general, vemos que el riñón se infecta por diferentes vías, y que llegado a éste la infección, cuando en él se localiza, no lo hace de golpe, en la mayoría de los casos, sino poco a poco, lesionando el funcionalismo del aparato pielocalicial primero, lo cual permite la infiltración de la infección en el intersticio renal<sup>1</sup>.

Se hace necesario probar como se establece. Los clínicos se ocupaban de las lesiones glomerulares y de los tubos hasta la aparición de los colectores, en cambio los urólogos fijaban su atención en el sistema hueco del riñón. A esto se debió que la forma crónica de la pielonefritis pasara completamente desapercibida.

La atrofia unilateral llamaba poderosamente la atención y era muchas veces la comprobación de los anatomopatólogos que habían avanzado mucho más que los clínicos y los urólogos en la apreciación de las lesiones de esta enfermedad.

Rauschou (1948), estudia estos riñones por medio del clearance y establece las zonas lesionadas.

Después de haber estudiado el gráfico adjunto se llega a la conclusión de que se trata de un proceso infeccioso que llega al riñón o los riñones por diferentes vías. Que las manifestaciones renales pasan por diferentes períodos, es decir, la hiperquinesia con espamos y reflejos consiguientes para llegar a la aquinesia y dilatación como fase previa a la atrofia y a la falta de funcionalismo del órgano. La hipertensión arterial, aunque no indispensable, es muchas veces su consecuencia. Las lesiones intersticiales típicas de esta enfermedad llevan a la uremia.

De los estudios realizados se deduce que el principal germen causal de esta afección es el colibacilo, y a él le sigue el enterococo.

El colibacilo, germen saprófito, existe como elemento indispensable para la digestión en todo el tracto intestinal. Algunas veces, por razones especiales, este germen saprófito se hace patógeno, esto sucede en los trastornos hepato-intestinales.

Y, he aquí, que escapa entonces a sus límites anatómicos y munido de una vitalidad especial recorre el organismo como algo dañino al mismo. Sobreviene entonces la defensa y todo el organismo lucha en este sentido tratando de expulsar el germen por los emungtorios naturales de los cuales el riñón forma una parte principalísima.

Lo que antecede es, en mi concepto, lo que realmente debe precisarse en los estudios sucesivos. Nosotros deseamos conocer no el diagrama que ustedes han visto hace un momento, sino las causas por las cuales el colibacilo escapa a su órgano de contención natural, y por qué este organismo de saprófito se convierte en patógeno, y por último, por qué un órgano como el hígado no destruye en sus redes a un microbio que a la larga le resultará fatal.

Luego el verdadero tratamiento de la pielonefritis, si bien no debe abandonar el enfoque renal, debe tratar todos los órganos que resultan afectados en este cambio de frente de un organismo necesario a nuestra digestión.

Resumiendo, daremos nuestra manera de actuar en casos análogos:

- 1º) Se efectúa un estudio del estado de la quinesia intestinal.
- 2º) Se estudian las necesidades calóricas del organismo.
- 3º) Se estudia el funcionalismo del intestino por medio de regímenes alternados y se indica un régimen alimentario de acuerdo a las necesidades calóricas del organismo.

4º) Se estudia el funcionalismo hepático y pancreático y se agrega a la medicación anterior la de los protectores hepáticos. Nosotros hacemos por vía endovenosa la Vitamina C, 1.000 mg. más 10 a 15 cc. de Retilene; la inyección se hace dos veces diarias.

La Vitamina P se usa para potencializar a la Vitamina C.

En esta forma hemos podido detener, en la mayor parte de los casos, el progreso de la enfermedad y prever las recidivas.

Como última experiencia podemos relatar el caso de M. Z.:

Italiano, 64 años, soltero, constructor, el que se encontraba internado en un sanatorio de la capital por un adenoma de próstata.

Los exámenes de sangre dieron como resultado la existencia de una uremia de 2,30 y una dilución extrema de la orina, que demostraba una disminución renal evidente.

Los clínicos que atendían al paciente, después de exámenes minuciosos llegaron a la conclusión de que el enfermo sólo tenía 12 horas de vida, y así lo comunicaron a la familia; a pedido de ésta, fui llamado en consulta con los colegas y llegué a la conclusión de que, si bien existía una esclerosis renal, existía también una insuficiencia hepática.

El enfermo vomitaba constantemente y era alimentado por tratamiento con sueros por vía endovenosa.

Propuse el tratamiento con Redoxon y Retilen, recordando su acción protectora sobre el hígado y sobre el funcionalismo renal, a más de la posibilidad ya expresada en el Congreso Anual de la Sociedad Argentina de Urología, de diciembre de 1958, página 46, de una degradación de la urea.

Reproducimos aquí la fórmula que nos daría la razón.

Con lo cual queda disminuida la urea y anulados los aniones sulfato y fosfato de las acidosis fijas.

Aceptaron los colegas mi manera de pensar, se instituyó el tratamiento y tres días después la urea en sangre llegaba a su tenor normal, los vómitos desaparecieron, la alimentación se restituyó y poco tiempo después nuestro colega el Dr. Aimó pudo intervenir con éxito al paciente, quien vino a agradecerme y a despedirse pues viajaba a Mar del Plata por motivos profesionales.

De todo lo dicho se deduce que nosotros creemos firmemente que la litiasis renal es una forma clínica de la pielonefritis.