

PENICILINA Y PIELONEFRITIS CRONICA COMPLICADA

Por el Dr. RODOLFO DE SURRA CANARD

Presentamos la historia clínica de una enferma que sufre desde hace seis años un padecimiento supurativo del sistema urinario, complicado con una celulitis pelviana supurada grave y cuya condición clínica era muy mala: habíamos formulado ya tres meses atrás un pronóstico muy sombrío.

Deseamos dejar expresado nuestro profundo agradecimiento a la Comisión distribuidora de Penicilina de la Dirección General de Salud Pública y Asistencia Social y especialmente al doctor Nicolás Díaz, su presidente, por habernos concedido el privilegio de utilizar el millón de unidades, que nos ha permitido mejorar a nuestra enferma, abrigar esperanzas y modificar momentáneamente el pronóstico. La partida no está ganada, pero ha sido tan elocuente el éxito alcanzado, que estamos impacientes por transmitir los resultados obtenidos hasta la fecha.

La señorita M. R. C., de 22 años (en 1938), fué vista por nosotros en enero de 1938. Expresaba estar enferma desde hacía dos años, siendo el síntoma dominante una poliuria diurna y nocturna, con frecuencia variable entre 10' y 30', con dolor supra púbico y lumbar derecho y orinas turbias y sanguinolentas. Al examen clínico: Riñón izquierdo grande, doloroso, fijo. Riñón derecho grande, algo descendido, se moviliza poco. Un primer examen endoscópico muestra una piuria intensísima, la mucosa sangra por el simple lavado: se repite la investigación a la semana, previo tratamiento vesical con sales de plata (Silvol al 10%) bien toleradas: en este segundo examen se verifica la existencia del meato ureteral derecho en posición alta en relación al trigono: su cateterismo (5 cms.) revela una orina ligeramente piúrica: el meato ureteral izquierdo es crateriforme, seudo diverticular; por él sale pus cremoso, signo de Young-Paglière positivo; cuello de vejiga algo saliente. Las investigaciones dieron los siguientes elementos:

Orina: Urea 15 ‰, cloruros 5 ‰, albúmina 0.75 ‰, sedimento cubierto el campo de leucocitos.

Sangre: Urea 0,35 ‰.

Examen bacteriológico: Negativo por el bacilo de Koch: estafilococo blanco y estreptococo.

Examen radiográfico: Radiografía simple (figura 1): Riñón derecho algo descendido, se adivina su contorno, oculto en parte por un colon ocupado, algo aumentado de tamaño. Riñón izquierdo grande, llega su polo inferior, aumentado en su diámetro transverso hasta la altura del disco intervertebral entre 3º y 4º lumbar; ligera escoliosis lumbo sacra de concavidad izquierda.

Pielografía excretoria con Uroselectán: a los 5' (figura 2) ya está contrastado todo el sistema excretor del lado derecho, observándose una dilatación discreta de los cálices y pelvis y una dilatación mayor, proporciones guardadas, del uréter en la totalidad de su recorrido hasta su implantación vesical, con dos acodaduras en S itálica en el segmento lumbar; no hay excreción

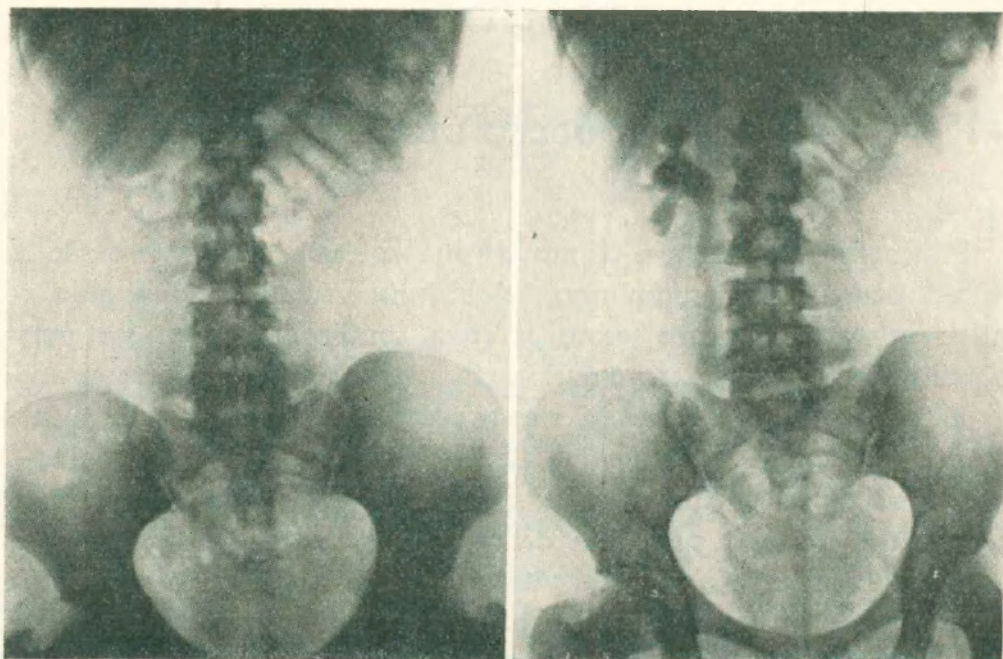


Figura 1
Radio simple.

Figura 2
Pielografía excretoria a los 5'

del lado izquierdo; la imagen se repite con más nitidez a los 25' (figura 3) y se ve una vejiga de relativa capacidad un tanto aplanada en la media cúpula izquierda; a los 45' (figura 4) igual imagen, la deformación vesical es más nítida; no hay excreción del lado izquierdo.

Con el diagnóstico de pionefrosis izquierda, sobrevenida en un sistema urinario con alteraciones congénitas o desarrolladas éstas por un podocimamiento pielítico crónico bilateral, se propone al ectomía. La pieza anatómica demostró tratarse de una bolsa de pus cremoso, estando el parénquima reducido a una cáscara insignificante. El post-operatorio fué bueno, cicatrización por primera. Terminada la convalecencia iniciamos la lucha contra la discreta infección del lado derecho; ante los fracasos de la medicación oral y venosa (quimioterápica) se practicaron lavados semanales de la vía excretora con sales de plata, mercuriocromo y sales de acridina en forma alternada; no se obtuvo beneficio, la piuria siguió igual.

En marzo de 1939 la enferma hace un episodio febril, con oliguria vómitos y urea alta 2 gr. $\%$ que obliga a realizar un cateterismo y dejarlo en permanencia. Esta terapéutica regula la crisis pero cuando se pretende eliminar la sonda ureteral, el cuadro se repite. El cateter en el ureter se lo renueva cada vez que al promediar el tiempo se obstruye; se verifica entonces que cada cateterismo se hace más difícil, que disminuye la capacidad vesical, que el meato ureteral está cada vez más retraído y se hace presente el signo de Young-Pagliere que traduce la rigidez esclerosada del ureter. Llega un día en que es imposible realizar el sondaje; la temperatura asciende nuevamente, la urea alcanza 2.80 gr. $\%$. Permaneció en total 3 meses con cateter ureteral permanente. En esas condiciones se resuelve drenar el riñón por lumbotomía. La operación, junio de 1939, consistió en colocar una sonda Pezzer en la pelvis, a través del parénquima, fijación

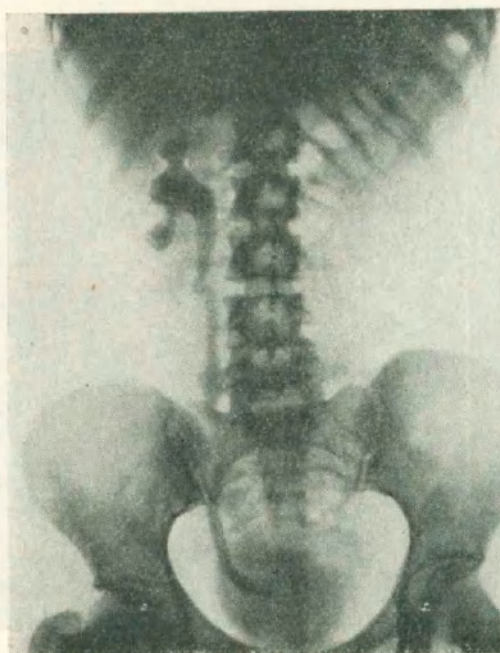


Figura 3
Pielografía excretoria a los 25'

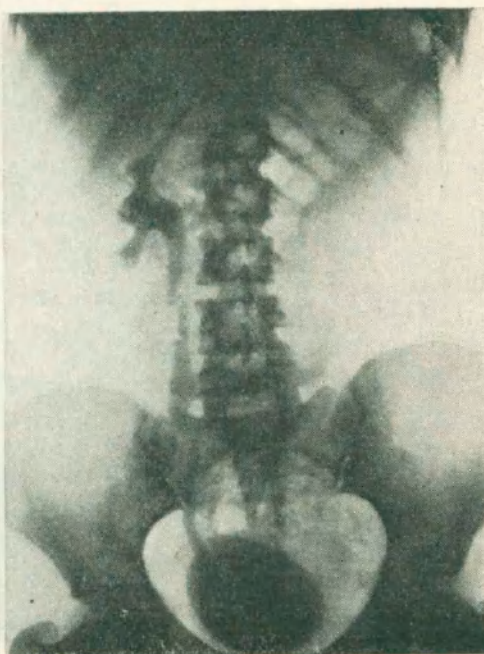


Figura 4
Pielografía excretoria a los 45'

del riñón y drenaje de la atmósfera grasosa; después de un shock serio, la enferma entra en convalecencia.

Antes de abandonar la clínica se obtiene una radiografía inyectando el líquido de contraste por la sonda de drenaje del riñón (figura 5), en ella se observa: a) una mayor dilatación del sistema calicinal, en relación a las radiografías de 1938, y signos evidentes de pielonefritis, b) el relleno de la totalidad del sistema excretor y la imagen de la vejiga irregular y reducida al volumen de unos pocos centímetros cúbicos. Al drenaje del riñón, se agrega sonda vesical en permanencia. La enferma mejora visiblemente, con persistencia de una supuración donde se colocó el drenaje de la atmósfera grasosa. Al mes la sonda del riñón se ocluye y es necesario extraerla. La herida cicatriza rápidamente a ese nivel sin fístula. Pero la supuración del extremo inferior de la herida continúa. Esta fístula persistente nos hizo pensar en un cuerpo extraño; se hizo una investigación

radiográfica sin resultado (figura 6) y una exploración quirúrgica con anestesia local (en 19+2) sin resultado. Con el andar del tiempo se instalan manifestaciones flegmonosas de la fosa iliaca coincidiendo con la disminución de la supuración en la fístula. Cada crisis flegmonosa disminuía la cantidad de orina a 1.500/2.000 c.c. en las 24 horas y con ello sobrevinía inapetencia, vómitos y una elevación de la urea en sangre, entrando todo ello en orden con una mayor descarga purulenta por el trayecto fistuloso; la supuración fué aumentando en cantidad, la celulitis se hizo más extendida, se abrieron nuevas bocas, dos en la región suprapúbica, una a nivel del labio mayor izquierdo y otra a nivel del labio mayor derecho. La cantidad de pus en las 24 horas era extraordinaria, la piuria se acentuó, el estado general muy malo y todo hacia pensar en un desenlace más o menos próximo.

En estas circunstancias tuvimos la suerte de lograr a título de ensayo 400.000 U. de

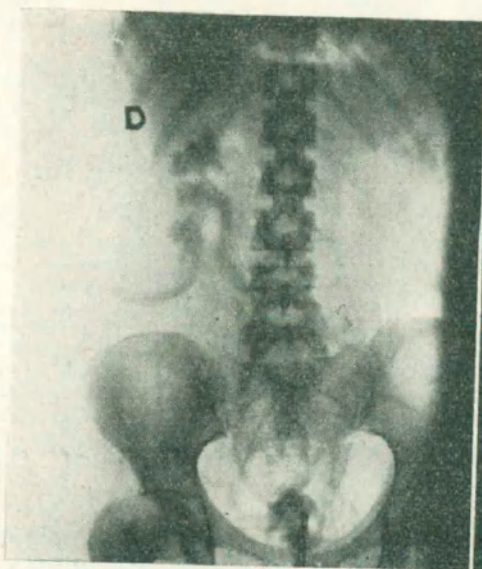


Figura 5
Pielografía de relleno por la sonda de drenaje renal.

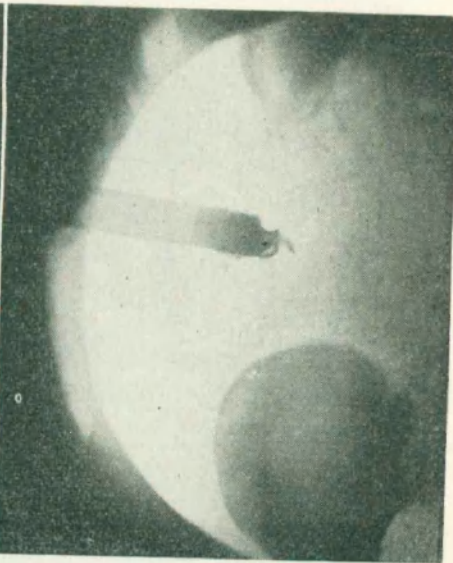


Figura 6

penicilina. Debemos agregar que cuando se inició esta medicación, la enferma presentaba en la cara externa del muslo derecho, una colección sub-aponeurótica que con propósito deliberado no incidimos. El pus de los trayectos fistulosos reveló al cultivo tratarse de un estreptococo fecalis (Dr. Correas).

Se dosificó la penicilina en la siguiente forma: 20.000 U. Oxford, intramuscular cada cuatro horas sin tratamiento local para no malgastar el precioso remedio; el resultado fué sorprendente; tolerancia perfecta, el estado general mejoró en forma evidente: reaparece el apetito, aumenta la diuresis, se aclara bastante la orina y las fístulas dejan de evacuar; al principio disminuye la cantidad de pus luego el pus es substituído por un líquido sanguinolento en poca cantidad, una sola curación su suficiente en las 24 horas; la colección del muslo se reduce. Ante este éxito tenemos la suerte de lograr 500.000 U. más que se administran en igual forma re-

servando 100.000 U. para irrigación local. Se acentúa la mejoría, la fístula primera cicatriza, las localizadas en la región supra púbica se cubren con costras y sólo persiste la fístula del labio mayor derecho, trayendo éste que comunicaba con la fístula primitiva.

Suspendida la medicación, nos llamó la atención que la mejoría continuaba, salvo el absceso del muslo. Se lo drena por punción y le pedimos al Dr. Correas nos ilustrara sobre su virulencia. El informe es muy interesante, dice: pus estéril al cultivo.

La terapéutica se ha interrumpido hace tres semanas; ignoramos cuál ha de ser el porvenir del proceso séptico, sabiendo que la insuficiencia renal y el estado anatómico de las vías excretoras son irreparables. Hubiera sido nuestro deseo, tener esta observación mejor documentada, pero los medios pecuniarios de la enferma no han permitido realizar prolijas investigaciones complementarias y hubiésemos querido traer la enferma pero ante nuestra solicitud, solo hemos conseguido que los padres nos autorizaran a relatar el caso clínico.

COMENTARIOS

Son bien pocos los comentarios que estamos en condiciones de realizar sobre la nueva droga. Únicamente repetir lo ya expresado en el curso de la relación, es decir nuestra sensación íntima de admiración, porque la hemos aplicado en un caso malo, en el que su eficiencia, al menos transitoria, ya que hoy no podemos decir otra cosa, ha sido evidente. La evolución de la enfermedad de nuestra paciente nos ha llevado, por otra parte, en repetidas ocasiones, a meditar si los procedimientos terapéuticos que poseemos no han sido perjudiciales; nos referimos a la medicación local llevada con el cateterismo del uréter. Es difícil llegar a una conclusión. Por lo general se habla de los éxitos y todos los hemos tenido, pero los fracasos poco se mencionan, quizás porque los enfermos crónicos circulan y escapan a una vigilancia cerrada durante todo el ciclo evolutivo del proceso.

Al presentar esta comunicación deseamos divulgar un éxito en la urología de la penicilina y poner en discusión los resultados buenos y malos de la terapéutica local de la vía urinaria superior anómala.

26, Octubre, 1944. — Hemos visto la enferma hoy para poder traer el estado actual a la fecha. Supura la fístula del flanco y la del muslo, pero en cantidad muy disminuída. Apirética y con satisfactorio estado general.

DISCUSIÓN

Dr. Galli Mainini. — *Aun cuando no pertenezco a esta Sociedad, pediría permiso a fin de comunicarle al doctor de Surra Canard, por si no lo supiera, que en el día de ayer o en el de hoy han de llegar al país 850 ampollas de 100.000 unidades cada una.*

Dr. Surra Canard. — *Le agradezco el dato, pero hay que solicitarlas al Presidente de la Comisión Distribuidora de la Penicilina. Yo le escribí al*

Presidente de esa Comisión haciéndole saber que hoy comunicáramos este caso a esta Sociedad.

Dr. Granara Costa. — *Quiero referir un caso personal, en una cistitis secundaria con tenesmo intenso y polaquiuria cada cinco minutos, sintomatología reacia a todo tratamiento local. Se le hicieron 700 unidades de penicilina, con lo que mejoró en gran parte, el tenesmo y el dolor, haciéndose la polaquiuria cada hora.*

Dr. Surra Canard. — *Tengo entendido por las comunicaciones que uno lee y sobre todo, por la propaganda que mandan las Casas, con la síntesis de las indicaciones —ya que no disponemos de un material de revista que esté al día—, que se subraya la eficiencia relativa de la penicilina en la vía urinaria. Esto es posible, porque la acción de la penicilina tiene que ser directa sobre el germen; la penicilina tiene que estar en contacto con el germen. En los casos de empiema en que se utiliza como inyección local, se tiene cuidado de taponar la brecha de salida para que el medicamento se mantenga en contacto con el foco séptico. En nuestro enfermo, la pielonefritis no ha tenido mayor mejoría; lo que sí ha mejorado es la celulitis de estreptococo fecalis, la que casi siempre es de grave pronóstico. Los pocos casos que hemos tenido oportunidad de ver han sido siempre fatales.*

El hecho de tener un medicamento que actúa sobre el germen y que ha podido esterilizar el pus de un absceso en una investigación bacteriológica, hace pensar que ese proceso de celulitis pelviana va a traer un pronóstico más favorable siempre que uno esté en condiciones de dosificar y de aplicar la dosis masiva suficiente de penicilina para destruir completamente todo microorganismo que pueda quedar en la profundidad de una celda capaz de engendrar la recidiva del proceso.