

TUBERCULOSIS UROGENITAL. CONSIDERACIONES SOBRE SU TRATAMIENTO ACTUAL. ACCION DE LA NICOTIBINA

Por los Dres. J. IRAZU, J. NOLAZCO y A. MARTINEZ

El tratamiento de la t.b.c. urogenital, ha experimentado en los últimos años un notable progreso con el empleo de la quimioterapia.

No es nuestro propósito ocuparnos de tan vasto tema, sin contar como es necesario de la observación de numerosos casos, para obtener reales conclusiones.

Del estudio de algunos de nuestros enfermos, 7 casos; y de la consulta de algunos trabajos recientes sobre el tratamiento actual de la t.b.c., urogenital; deduciremos, cuál es nuestra posición actual en lo que se refiere al tratamiento.

Sabemos que la t.b.c. en el aparato urogenital, es una localización focal secundaria a una lesión pulmonar o de los ganglios linfáticos, que aparece en la 2ª etapa de la evolución de la enfermedad.

En la generalidad de los casos; la siembra del bacilo se hace por vía hematógena. Las otras vías, desempeñarían un papel importante en la diseminación (Cibert).

Las localizaciones más frecuentes dentro del sistema urogenital con la cortical del riñón (zonas glomerular e intersticial), la próstata y vesículas seminales.

La difusión se haría en parte por los linfáticos mucosos y submucosos y también la vía canalicular, sin dejar órgano indemne, en dos terceras partes de los casos.

Tenemos pues una "etapa preclínica", de la primitiva localización o de curación; por lo tanto muy importante para el tratamiento, pero difícil de diagnosticar. Luego la "etapa clínica", de más fácil diagnóstico pero de mal pronóstico curativo. Por lo tanto hay que establecer el diagnóstico precoz para actuar con la terapéutica adecuada. El plan que empleamos de diagnóstico en nuestros pacientes comprende los siguientes exámenes:

- 1) Anamnesis.
- 2) Examen clínico general.
- 3) Examen del aparato urogenital por:
 - a) Examen de orina. Baciloscopía. Inoculación al cobayo.
 - b) Examen Radiológico. Urografía excretora. Radiografía retrógrada.

- c) Examen Endoscópico y cateterismo. Baciloscopia. Prueba funcional.
- d) Examen Próstato-vesicular (tacto rectal).
- e) Examen Testículo y epidídimo.
- f) Examen Inoculación de esperma al cobayo.
- g) Examen Sangre (Eritrosedimentación).

Con los actuales medios de examen y otras pruebas aún de no probada eficacia; y aún así, no logramos un diagnóstico precoz, sino atrasado a veces años después de iniciada la t.bdc. (Cibert), para aplicar la terapéutica oportuna.

Los tratamientos que actualmente empleamos son los siguientes:

- 1º) Tratamiento medicamentoso empírico (calcio, vitamina D, chaulmougras, etc.).
- 2º) Climático Sanatorial.
- 3º) Quirúrgico.
- 4º) Quimioterápico. Antibióticos. P.A.S. (ácido paramino-salicílico). T B 1 (Tiocarbazonas). Nicotibina (Hidrácida del ácido nicotínico).

De la 1ª y 2ª formas de tratamiento, no hemos de ocuparnos, pues subsisten en todo su valor.

El tratamiento quirúrgico, se ha beneficiado enormemente; así pues el aforismo de Albarran "Tuberculosis renal = nefrectomía inmediata" ha sido substituído por el de "Tuberculosis renal — Nefrectomía oportuna" (Beauford).

Este criterio puede ser empleado también con resultado para el tratamiento quirúrgico de los órganos genitales.

Esta variante en el tratamiento quirúrgico, se ha conseguido gracias al tratamiento quimioterápico, tan difundido con los distintos fármacos ya enumerados, que logran en muchos casos una curación definitiva de las lesiones, iniciales y no así de los casos avanzados, donde su papel es el de suavizarlas, para facilitar el tratamiento quirúrgico, evitando a su vez la diseminación tuberculosa al resto del organismo.

En nuestra práctica hemos empleado la quimioterapia, habiendo tratado nuestros pacientes con dosis corrientes de Estreptomina y Dihidro-estreptomina. La dosis empleada, fué de 1 gramo en 24 horas, habiéndose administrado mayores dosis por excepción; con síntomas de intolerancia.

Algunos pacientes recibieron al mismo tiempo P. A. S. o T B 1 a dosis corrientes de 15 gramos diarios y 1 gramo respectivamente.

En general con estos tratamientos, se ha conseguido un alivio inmediato en pocas semanas de los síntomas, habiendo prolongado el tratamiento durante meses o suspendiéndolo por intolerancia. El estado general mejoró también, con aumento del peso.

Los controles de la baciloscopia y la inoculación, fueron negativos durante el tratamiento, pero en la mayoría de los pacientes volvieron a reapar-

recer las lesiones pues la baciloscopia se hizo nuevamente positiva. Hubo reaparición de la piuria o nuevas complicaciones; acaso por la suspensión del tratamiento o debido a la fármaco resistencia del B de Koch.

Desde hace algunos meses empleamos la Nicotibina (Hidracida del ácido nicotínico) abrigando nuevas esperanzas de curación para el tratamiento de los casos resistentes, a las anteriores drogas empleadas.

Se trata según Domagk de un medicamento de acción más eficaz en la t.b.c. que la Streptomina, el P. A. S. y el T. B. 1; su acción se debe al grupo hidracida y no al grupo vitamínico. Se administra mejor por vía oral y las dosis empleadas de 50 mg. (1 o 2 tabletas) por cada 10 kilos de peso. Debe administrarse después de las comidas, en 3 tomas; en total 150 a 300 mgs. diarios. La medicación se aconseja seguirla 2 ó 3 meses y la mejoría aparece durante las 3 ó 4 semanas; después se originan las formas resistentes. Su acción sería temporaria como la de los demás quimioterápicos.

De su empleo podemos decir que hemos obtenido mejorías en aquellos pacientes que no respondían a las anteriores drogas.

En síntesis, podemos decir que los buenos resultados obtenidos con la Nicotibina son tan recientes, que no debe abrirse un juicio definitivo sobre su eficacia curativa.

Nuestras observaciones clínicas que hemos de relatar, datan de períodos de 6 meses a 3 años de tratamiento con el plan expuesto y estos pacientes siguen bajo nuestra perquiza, buscando en algún caso de llevar a cabo su cura definitiva.

CASO N° 1. — A. T. Historia clínica N° 56. P. Argerich. Ingreso 28-10-52. 39 años, empleado.

Estado actual: Hace 4 meses se presenta teniendo en cuadro de cistitis y piuria. Se efectúa baciloscopia que es negativa. Pielografía secretora, poco demostrativa por la falta de concentración de orina. Pielografía retrógrada: Imagen pielocalicial corroída. Trat. Nicotibina 300 mgr. diarios durante 3½ meses, con mejoría clínica, subjetiva y radiográfica. Se aclaran las orinas y la baciloscopia es negativa.

En 1947 epididimitis T. B. C. derecha; con baciloscopia negativa. Posteriormente se absceda y se comprueban B. K. en el pus. Tratamiento higiénico dietético, a pesar de lo cual evoluciona a la orquiepididimitis T. B. C. por lo cual se efectúa castración, confirmando el examen histopatológico dicha lesión. Posteriormente mejora aumentando 12 Kgs. de peso Reingresa el 20-7-48, por epididimitis izquierda de la misma etiología, efectuándole la epididimectomía con abocamiento del deferente a piel. Es dado de alta y reingresa el 8-9-48 por absceso testicular, efectuándole un drenaje y administrando estreptomina 0.50 grs. cada 4 horas, produciéndole intolerancia (mareos, zumbidos de oído). Se completa el tratamiento con radioterapia para fundir las lesiones nodulares existentes. Est. A.: Ex. físico negativo Radiografía Tórax: Tramitis, hileitis. Pielografía ascendente R. D. Lesiones de tipo ulcerativo en los cálices. Dilatación regular del uréter. Pelvis morfológicamente normal.

CASO N° 2. — C. M. Historia Clínica N. 506. Ingreso 12-8-49 Pol Argerich. 19 años Obrero.

En junio 1949, acusa dolor lumbar izq., es internado para completar su estudio. T. B. C. pulmonar habiendo efectuado tratamiento higiénico dietético. A. H. P.: Sin particularidades Est. A.: Ex. Genitourinario: Sin particularidades. Ex. Clin. Gral.: Adenopatía de cuello Ex. Comp.: Baciloscopia negativa, inoculación al cobayo + + +. Radiografía simple: Negativa, Pielografía excret.: Buena eliminación en ambos riñones. En riñón derecho se observan los cálices superior e inferior de contornos borrosos. Riñón izq. funcional y morfológicamente normal. Pielograma retrógrado: Lado derecho se confirman las lesiones que presenta la pielografía excretora. Erítro: 1ª h. 24 mls. 2ª h. 51 mls. Evolución y Trat.: Mientras se encuentra internado en la Sala y 9 días posteriores al cateterismo ureteral aparece una epidid-

mitis izq. y hematuria, con mal estado general. Se instituye tratamiento con dihidroestreptomina 1 gr. diario y penicilina 300.000 U. diarias durante 3 meses. A pesar del mejoramiento del estado general se absceda el epidídimo. Inoculación al cobayo negativa (20-4-50). 3-5-50: Pielografía excretora: Muestra lesiones avanzadas. 2-6-50: Recidiva de su epididimitis y funiculitis, se reinicia tratamiento con antibióticos. 5-11-51: Inoculación al cobayo ++++. Trat. (T. B. A.) 4 comprimidos diarios, durante 30 días. 7-1-52: Dolor renal derecho, piuria. Trat. (T. B. A.) (P. A. S.) en forma discontinua, continúan sus trastornos, dolores renales y piuria. 15-10-52: Se le administra nicotibina y después de 15 días mejora sensiblemente, desapareciendo los dolores y la piuria. Sigue en la actualidad con este tratamiento.

CASO N° 3. — R. A. Historia clínica, Pol. Argerich. Ingreso 7-1-50, 37 años, Obrero.

Em. Act.: Hace 2 años hematuria dolor renal. Agosto 1949, cistitis y dolores lumbares sordos y tenesmo vesical. Ant. P.: Pleuresia a los 14 años Ant. Her y Fam.: Padre fallecido por neumonia. Est. Ac.: Ex. Genit.: Baciloscopio ++++. Inoculación al cobayo ++++. Eritro: 1^a h. 6 mls., 2^a h. 13 mls. Citoscopia: Revela lesiones periureterales en uréter izq. Pielografía asc.: Lado derecho normal. Lado izq.: Imagen dilatada tipo caverna a nivel de cálices superior y medio. Trat. Evolución: Ante la magnitud de las lesiones renales se efectúa la nefrectomía. Dihidroestreptomina post-operatoria 1 gr. diario durante 3 meses. En muy buen estado general es dado de alta. 12-7-50: Control de inoculación es negativo. 2-9-50: Pielografía descendente, normal para el riñón derecho. 10-3-52: Cistitis, inoculación ++++. Se indica nicotibina 300 mgs. diarios, desapareciendo la cistitis hasta la fecha. Faltan radiografías.

CASO N° 4. — N. A. C. Privada, 22 años, arg., obrera.

Em. Act.: Pérdida de peso, inapetencia, seguida de hematuria el 8-9-50. Ant. Pers. Her. y Fam. S. P. Est. Act.: Examen urológico, clínicamente negativo. Pielografía desc. (16-9-50). Riñón D.: Alteración marcada de la morfología pielocalicial, presentando el conjunto la imagen de una hidronefrosis. Trat.: higiénico, dietético: Dihidroestreptomina, P. A. S. a razón de 1 gr. y 8 grs. respectivamente durante 2 meses. Baciloscopia negativa. Aumentó 10 Kg. de peso. Evolución: 2-11-52. Buen estado general, ha perdido 4 Kg. de peso. Baciloscopia: negativa. Radiografía 12-11-51. Exclusión de riñón D. Sospecha de lesión en cáliz sup. izq. Se continúa tratamiento H. D. mientras se espera el resultado de la inoculación al cobayo.

CASO N° 5. — J. D., 37 años (privado). Ingreso 25-4-51).

Em. Act.: Hace 2 años hematuria espontánea total, sin síntomas agregados. Desde hace 1 mes, cistitis. Ant. Per.: 16 años poliserositis. Ant. Her. y Fam.: S. P. Est. Act.: Apart. Genit. urinario: Orinas ligeramente turbias. Exámenes compl. inoculación al cobayo ++++. Cistoscopia: Buena capacidad vesical. Trígono congestivo. Por detrás de ambos meatos se observan nódulos pequeños y con aspecto de tubérculos. Resto normal. Pielografía excret. Disminución de la eliminación del contraste por riñón D., alteración de la morfología pielocalicial y dilatación del cáliz superior. Ureteritis. Riñón Izq.: Normal. Evolución y tratamiento: Dihidroestreptomina 1 gr. diario, durante 30 días. Al mismo tiempo P. A. S. 8 grs. diarios durante 1 mes. Descanso 1 mes. P. A. S. y Akron (24 ampollas) y Vit. D. (24 amp.). 21-9-51: Muy mejorado, clínica y subjetivamente. Ex. Bacteriológico: negativo. Inoculación negativa (28-4-52): Inoculación negativa. Bact. negativa. Eritro: 1^a h. 24., 2^a h. 52. 14-10-52: Radiografía simp. negativa. Pielograf. excret.: Persiste dilatación del cáliz sup. D. Riñón izq. normal.

CASO N° 6. — J. R. D., 36 años, arg., casado, marinero, H. C. 173.598. Ingreso 5-3-52.

Em. Act.: Hace 1¹/₂ mes dolor en región Lumb. D. y Cistitis. Ant. Pers.: Hemorragia a los 20 años. Ant. Her. y Fam. S. P. Est. Act.: Apart. Urogenital: Piuria, estrechez uretral. Epidídimo D.: 2 nódulos en cabeza duros e indolores. Riñón D. se palpa. Ex. Compl.: Inoculación cobayo ++++. Cistoscopia: Capacidad vesical disminuída. Mucosa congestiva sobre todo alrededor del meato D. donde se observan ulceraciones. Radiografía simp. negativa. Pielografía excret.: Riñón D.: Falta de eliminación. Ptosis y aumentando de tamaño. Pielografía retrógrada: Hidronefrosis, con apollillamiento de los cálices. Radiografía tórax: Normal. Ex. Clín. Gral.: Normal. Trat. Streptopas, 20 frascos 1 por día Sepasen (P. A. S.)

12 comprimidos por día. Al mes nefrectomía. Evolución sin complicaciones. Continúa con estreptomomicina y P. A. S. Estudio anátomo-patológico = T. B. C. folicular y caseosa de riñón.

CASO N° 7. — J. S. Historia Clínica N° 1.017. P. Argerich, 54 años. Ingresó 7-5-52. Prof. Agricultor.

Em. Act.: Hace 1 año polaquiuria 12 a 15 micciones diurnas y 3 a 4 nocturnas. Dolor terminal intenso. Ant. Pers.: Esplenomegalia. Sin Ant. Fam. ni hereditarias bacilares. Estado actual: Examen Urogenital: Signos positivos: orinas piúricas. Baciloscopia: Examen Endoscópico: Capacidad reducida, muy dolorosa a la distensión que obliga a efectuar raquiestesia. Mucosa congestiva, con lesiones nodulares y proliferantes. Biopsia: Tejido inflamatorio. Se intenta cateterismo bilateral, siendo posible, para uréter izq.; en uréter D. el edema y congestión no hacen posible dicho examen. Ex. Radiográfico: Riñón D. agrandado y descendido, de bordes netos (1). Directo: (1) Calcificación del parénquima renal D. a nivel del cáliz superior D. Descendentes: Eliminación de sustancias de contraste en ambos riñones disminuido. Alteración de la morfología pielocalicial. Uréter dilatado en riñen D. Riñón Izq.: sólo se visualiza una porción del cáliz y del uréter. Vejiga pequeña e irregular. Pielografía retrógrada de riñón izq. Imagen ureteropielocalicial de aspecto normal. Ex. Clín.: Se constata una esplenomegalia. Resto del examen somato físico normal. Trat.: Durante 1 mes se le administra dihidroestreptomomicina y P. A. S. a razón de 1 gr. y 8 grs. respectivamente por día, sin obtener al cabo de este tiempo, franca mejoría. Se inicia entonces tratamiento higiénico dietético; reingresando al Servicio para ser nefrectomizado, efectuándole dicha intervención el día 18-9-52. Anat. Patológica: Diag.: Lesiones ulcerocavernosas en polo inferior. Ureteritis T. B. C. Evolución sin inconvenientes. Alta mejorado, con buen estado general. Debe regresar para efectuar control. 21XI-52. Inoculación al cobayo ++ +.

COMENTARIOS

De los 7 casos presentados, 6 correspondían a hombres, y uno a mujer: 3 de ellos, eran lesiones urogenitales. De éstos, 1 comenzó con localización genital; los 3 restantes eran formas renales puras. Los síntomas iniciales fueron la hematuria en 3 enfermos y la piuria y cistitis en 3; la epididimitis en 1 caso.

La baciloscopia o la inoculación, fué positiva para la orina y la esperma inoculación, no fué hecha en estos casos por creerla innecesaria.

Todos los pacientes fueron sometidos al tratamiento quimioterápico, para tenerlos en condiciones quirúrgicas; habiendo sido nefrectomizados 3 de ellos: uno, fué castrado; dos, siguen bajo vigilancia en tratamiento activo y uno, podemos considerarlo curado con tratamiento quimioterápico.

CONCLUSIONES

- 1º) Al igual que en las neoplasias malignas, debemos hacer el diagnóstico y tratamiento precoz de la T. B. C. urogenital.
- 2º) La Streptomomicina, el P. A. S. y el T. B. I., han cambiado fundamentalmente su tratamiento. La Nicotibina resulta ser más eficaz que los otros medicamentos.
- 3º) La acción de las drogas bacteriostáticas aumentan su poder actuando en forma combinada, disminuyendo la fármaco resistencia del B. de Koch.
- 4º) El tratamiento higiénico dietético sanatorial, es cada vez más necesario.

- 5º) El tratamiento quirúrgico: (Nefrectomía, epididimectomía, castración, vesiculectomía), deben ser oportunos y precedidos del tratamiento quimioterápico.

BIBLIOGRAFIA

- Crespo Alvarez A.* — (Progresos de Ter. Clín. Vol V. Fas. 4º, 1952). Madrid.
Dufour A. — Gaz. Med. de France, 1951, 58.
Dembray J. R. — Presse Med., 58, 647, 1950.
Liunggren M. E. — J. D'urologie, t. 55, 11 y 12, 1950.
Torino A. y Col. — Rev. Med. Asoc. Med. Argentina.