

TRATAMIENTO ACTUAL DE LA TUBERCULOSIS RENAL

Por el Dr. LUIS MARIA BREA

La tuberculosis renal es en la población Militar, una enfermedad de discreta y decreciente morbilidad. En los últimos nueve años hemos podido reunir 21 casos, de los cuales sólo siete corresponden a soldados conscriptos, es decir pacientes a los cuales se le comprueba una lesión tuberculosa del riñón, que la mayor parte de la veces es el resultado de estados latentes que hacen eclosión ante los esfuerzos físicos que demanda el cumplimiento de las tareas militares durante la conscripción.

Las directivas de nuestra conducta terapéutica en materia de tratamiento de la tuberculosis renal, no difieren del concepto clásico, hoy día unánimemente aceptado: cirugía y quimioterapia bacteriostática. Cuando debe o puede usarse la medicación bacteriostática sola y cuando debe asociarse a la cirugía radical o conservadora es lo que puntualizaremos de acuerdo a nuestra modesta experiencia en el Servicio de Urología del Hospital Militar Central, Cirj. Mayor Dr. Cosme Argerich.

No escapa a nuestro conocimiento lo difícil e incierto que es pretender esquematizar el tratamiento de una enfermedad tan rica en formas y etapas clínicas, como es la tuberculosis renal, capaz de remisiones espontáneas, que llegan en ocasiones a la auto curación, como también de la agravación de las lesiones, de su generalización, y de la reactivación de otros focos fuera del aparato urinario, totalmente ajenas a la más correcta y controlada terapéutica y condicionadas a factores ambientales, dietéticos, climáticos y sociales no siempre controlables.

Para su mejor ordenamiento, que facilitará una mejor comprensión, es que intentaremos esbozar una sintética esquematización, que resuma las directivas generales a las que ajustamos nuestra conducta en materia de tratamiento de la tuberculosis renal, sin olvidar que cada caso debe ser considerado aisladamente, tanto en su clínica como en su terapéutica.

1º *Tuberculosis renal unilateral*

a) Estádios "Iniciales"

Son los casos menos frecuentes en la clínica, revelados por una hematuria aislada, o por la baciloscopia positiva en la orina de enfermos tuberculosos extrarurarios, especialmente en las localizaciones óseas y peritoneales y en los

cuales no se comprueban alteraciones en el valor funcional del riñón ni en los exámenes urográficos.

Esta etapa inicial de la tuberculosis renal, que Wildbolz demostrara como un estado inflamatorio del parénquima y de las vías excretorias previo a las lesiones úlcero-caseosas, debe tratarse fundamentalmente con Estreptomina y Acido paramido salicílico, pues llegan a la curación clínica y bacteriológica. Nosotros lo hemos podido comprobar en dos casos que evolucionaron así. Uno data del año 51 y el otro del 52, estando actualmente sin manifestaciones de ninguna especie.

b) Lesiones localizadas en el sistema excretor, sin pérdida de substancia.

Revelables por la baciloscopia positiva, hematurias aisladas, en ocasiones fenómenos vesicales de remisión espontánea y especialmente por la pielografía ascendente, que muestra el "defleclamiento", dilatación y deformación de los cálices que adoptan la forma de "clava". Conservan un buen valor funcional renal y el urograma excretor es con frecuencia de aspecto normal.

En estos casos debe hacerse tratamiento médico con Estreptomina Acido paramido salicílico e hidracida del ácido isonicotínico, bajo una muy estrecha y continua vigilancia de los síntomas, sobre todo vesicales si los hubiera y de los caracteres radiológicos del uréter. La persistencia de los mismos o su reaparición nos conducirán a la cirugía.

c) Lesiones destructivas del parénquima unilaterales.

La existencia de lesiones ulcero-caseosas es para nosotros un elemento decisivo en favor de la intervención quirúrgica precedida de tratamiento bacteriostático.

Creemos que el mayor o menor grado de la lesión no modifica sustancialmente el concepto intervencionista sino en lo referente a la oportunidad operatoria y conducta quirúrgica.

Las lesiones groseras y de gran desarrollo con evidente compromiso del uréter y el sistema de excreción no plantean dudas: la nefro-ureterectomía total asociada al tratamiento antibiótico es el medio de elección.

Cuando la pérdida de substancia es pequeña y localizada en el parénquima renal, nos guiamos por las lesiones ureterales y la gravedad de los fenómenos vesicales concomitantes.

Pérdida de substancia pequeña con fenómenos vesicales y lesiones ureterales evidentes, nefroureterectomía total con tratamiento bacteriostático pre y post-operatorio.

Pérdida de substancia pequeña sin lesiones vesicales y sin cistitis, tratamiento bacteriostático, condicionando la oportunidad de la intervención quirúrgica a la evolución clínica, que determinará la conducta operatoria: nefrectomía parcial o nefrectomía radical.

2º *Tuberculosis renal bilateral*

En las lesiones tuberculosas bilaterales el tratamiento médico es el medio paliativo de mayor importancia de que disponemos.

Sabemos de que por sí solo es incapaz de curar las lesiones parenquimatosas de alguna importancia, pero es innegable su real beneficio, por su gravitación sobre el estado general, sobre las hematurias, sobre los fenómenos infecciosos sobreagregados, sobre la sintomatología vesical y sobre la piuria, deteniendo temporariamente o retardando la evolución de la enfermedad, especialmente cuando su virulencia no es muy marcada.

La terapéutica quirúrgica debe siempre asociársele cuando dentro de la bilateralidad de las lesiones, la asimetría sintomática así lo aconseje, o cuando se está en presencia de complicaciones de severo pronóstico como es por ejemplo la pionefrosis tuberculosa.

En la tuberculosis renal bilateral la cirugía tiene las mismas indicaciones que tenía antes de la era estreptomycinica reforzadas y aumentadas por las posibilidades de mejoramiento que se pueden esperar de los bacteriostáticos.

Respecto al tratamiento médico, nuestra conducta es la siguiente:

En el primer período que podríamos llamar de ataque, usamos la Dihidro-Estreptomicina a la dosis de 1 gr. diario, y el Acido paramido salicílico de 8 a 10 grs. diarios, durante 30 días.

Las dosis totales para la Estreptomicina oscila en los 90 grs. que dosificamos de la siguiente manera: después del primer período de ataque, los segundos 30 grs. los administramos a razón de 1 gr. diario durante 4 días con 3 de descanso.

Los últimos 30 grs. a razón de 1 gr. diario durante 3 días con 4 de descanso. Entre serie y serie habitualmente intercalamos períodos de descanso de 4 semanas. Esta planificación terapéutica nos ha dado buenos resultados, evitando los fenómenos de intolerancia y la estreptomycinico-resistencia.

El Acido paramido salicílico lo continuamos durante todo el tratamiento estreptomycinico y después de él, por espacio de 1 año como mínimo, alternando con la hidracida del ácido isonicotínico a la dosis de 200 mmgrs. diarios, si hay tolerancia, o bien asociándolos si la virulencia de la afección es marcada y las circunstancias lo aconsejan.

Cuando el tratamiento médico es parte del pre-operatorio, intervenimos preferentemente después del primer período de ataque y lo continuamos en el post-operatorio en forma semejante, sobre todo en base al ácido paramido salicílico y la hidracida; hemos utilizado preferentemente la vía oral.

El tratamiento quimioterápico debe ser siempre acompañado de las clásicas prescripciones dietéticas, climáticas y ambientales, que no han perdido ninguna de sus virtudes, sino que refuerzan y son reforzadas a su vez, coadyuvando magníficamente con la acción bacteriostática de los fármacos.

Somos en extremo celosos y cuidadosos en la vigilancia de un paciente sometido a tratamiento médico exclusivo, para evitar caer en el error de diferir peligrosamente la oportunidad de una intervención quirúrgica. La conducta quirúrgica se reduce a la nefrectomía radical y a la nefrectomía conservadora.

En este aspecto nosotros creemos que la nefrectomía radical es la operación de elección en el tratamiento de la tuberculosis renal, siendo muy limitadas las indicaciones de la nefrectomía parcial, que sólo debe reservarse para casos muy rigurosamente seleccionados. Nosotros no nos limitamos a la exéresis de la glándula cuando decidimos la intervención radical, sino que practicamos sistemáticamente la nefro-ureterectomía total. Creemos que la extirpación del uréter en su totalidad, cuando se ha decidido la nefrectomía, es de la mayor importancia, tenga o no tenga lesiones macroscópicas.

Si hay lesiones macroscópicas o signos radiológicos de enfermedad ureteral, su extirpación es de rigor para favorecer la curación de las lesiones vesicales.

Si no hay lesiones macroscópicas, su conservación no está, a nuestro entender, respaldada por ninguna necesidad fisiológica una vez extirpado el riñón y en cambio muy frecuentemente el examen histopatológico del uréter revela

lesiones microscópicas que son la expresión de la invasión del mismo por el proceso tuberculoso.

Esta conducta nos ha dado amplias satisfacciones todas las veces que la hemos practicado y por eso insistimos en ella.

La nefrectomía por tuberculosis renal es a nuestro entender siempre, sin excepción una nefre-ureterectomía total.

La nefrectomía parcial está indicada a los focos únicos, bien localizados del parénquima del polo inferior del riñón, sin lesiones ureterales ni fenomenología vesical.

Reducimos, al polo inferior del riñón las indicaciones de la nefrectomía parcial, porque es la zona del riñón que más se presta y más garantías ofrece por su disposición vascular para una intervención exitosa.

Debemos tener presente que habitualmente la vascularización del polo superior y de la zona media o interpolar del riñón, es conjunta y dependiente de la rama superior de la renal, en cambio el polo inferior es casi exclusivamente irrigado por la rama inferior de la renal.

Esto explica porqué es más factible la nefrectomía parcial inferior y porqué la nefrectomía parcial del polo superior es habitualmente muy amplia, excesivamente amplia.

Resumiendo podemos decir que compartimos plenamente los conceptos de Cibert (Lyon): "En el tratamiento de la tuberculosis renal la nefrectomía ocupa un lugar aún mayor al que ocupara en la era pre-estreptomycinica. Aún no tenemos en nuestras manos la curación médica de la tuberculosis renal, salvo muy raras excepciones".
