

Hospital Angel Cruz Padilla. San Miguel de Tucumán
Servicio de Urología. Jefe: Dr. Oscar Armando Fonio.

TRATAMIENTO ACTUAL DE LA TUBERCULOSIS DEL RIÑÓN

Por el Dr. OSCAR A. FONIO

El progreso más notable podemos decir que consiste en el mejoramiento de los resultados por la asociación de la cirugía con los antibióticos, asegurando más benignas y duraderas curaciones y permitiendo el advenimiento de la cirugía conservadora al tratamiento de la tuberculosis renal.

Nuestra experiencia personal en lo que respecta al moderno tratamiento de la T.B.C. renal, es tan modesta, que tuve la plena conciencia que no merecía ponerla a consideración en esta oportunidad en que concurren tantos distinguidos relatores, representando Servicios Urológicos de jerarquía, donde por el importante número de casos tratados, están los colegas realmente autorizados a emitir opiniones serias, sobre los resultados obtenidos.

Pero la insistencia, autoritaria y si se quiere hasta tiránica de nuestro Presidente, el Dr. Alfonso Pujol, me obligó a presentar un pequeño relato, en el que únicamente diré la conducta que he seguido en los últimos tiempos, desde el advenimiento de los antibióticos, en los pocos casos que he tenido ocasión de tratar y siempre orientado por la experiencia ajena, consignada en la ya profusa literatura sobre el tema.

Por otra parte, para este aporte forzado de última hora al tema central, me ha faltado el tiempo, que he debido destinar para la preparación de las comunicaciones sobre los temas libres que ya había anunciado; no me ha sido pues posible documentar los casos de nuestras observaciones, con sus historias clínicas, exámenes de laboratorio y exploraciones radiográficas, como hubiera correspondido, así que me referiré en forma de un resumen de carácter general, sólo para complacer el persistente requerimiento de la Presidencia, lo que me coloca en el trance de pedir benevolencia a la crítica de los colegas participantes de estas Jornadas, cuyas autorizadas opiniones respeto y asimilo, para mi proceder futuro.

Con el concepto de que la T.B.C. renal, no es la infección local del órgano, como señalaba el viejo criterio de Albarrán, sino el de manifestación en el riñón de una enfermedad del organismo, pensamos en la utilidad de la terapéutica climática, curas de reposo, régimen higiénico dietético, antibióticos y quimioterapéuticos, previa a la oportuna intervención radical, que aunque no siempre de urgente necesidad, no ha sido hasta el momento posible desterrarla, a pesar de la influencia benéfica incuestionable de la moderna terapéutica clínica.

Mientras lesiones de los casos por nosotros observados, se han mantenido en su faz de papilitis, o de pequeñas úlceras de las papilas, hemos empleado

tratamiento médico prolongado a base de antibióticos y quimioterápicos, con cuidadoso control clínico, endoscópico, de laboratorio y roentgenográfico, para decidir la nefrectomía en el momento preciso que la evolución lesional, nos indicaba la oportunidad de ceder el paso a la cirugía, como única solución al mejor porvenir del enfermo.

En los casos más avanzados, de lesiones destructivas, ulcerosas o cavernosas, con o sin contaminación de uréter y vejiga, también hemos hecho mano al tratamiento con los fármacos, pero abreviado al preoperatorio, con el objeto de mejorar el estado general y local y como preventivo de las posibles diseminaciones bacilares, que las maniobras quirúrgicas podrían provocar.

Consideramos prudente, no quemar demasiado los cartuchos de antibióticos y quimioterápicos en un tratamiento prolongado y ya que generalmente la cirugía se impone de rigor, pensamos que es más lógico el empleo de ellos en la medida más económica posible en el preoperatorio, para utilizarlos luego de la intervención aprovechando de su acción benéfica, ya suprimido el foco predominante, contra los restantes en el otro riñón o en el segmento urinario inferior.

Los fármacos que hemos utilizado fueron: estreptomina, dihidroestreptomina, ácido p.aminosalicílico y la hidracida del ácido isonicotínico, en forma alternada, o preferentemente combinados, mientras nos han permitido las condiciones económicas de los enfermos, o las disponibilidades del Servicio, teniendo presente el aumento de la eficiencia con la asociación y el evitar o retardar en lo posible la farmacorresistencia aislada que cada uno de ellos determina.

Las dosis usadas han sido: de $\frac{1}{2}$ gr. intramuscular, cada 12 horas, para la estrepto o dihidroestreptomina, no sobrepasando un total de 70 grs.: 0,20 grs. por kilo de peso corporal para el P.A.S., repartido en tomas cada 6 horas; y de 3 a 5 miligramos por kilo de peso, en 2 dosis por 24 horas, para la hidrazida del ácido isonicotínico.

No hemos utilizado las tiosemicarbozonas (T. B₁), ni los otros antibióticos conocidos y experimentados por diversos autores.

Tampoco aún hemos usado las pequeñas dosis de cortisona, pero pensamos hacerlo, tal como lo aconseja el Dr. Trabucco, como freno del sistema retículo endotelial, con fines profilácticos de las serias secuelas de las fibrosis cicatriciales.

Incluimos en el tratamiento médico, extractos hepáticos, calcioterapia y vitaminas A, C y D.

En lo que se refiere al tratamiento quirúrgico, sólo en una oportunidad estuvimos tentados por realizar una nefrectomía parcial, en un enfermo con lesión radiológica papilar de cáliz superior, pero el progreso relativamente rápido de la imagen urográfica destructiva, nos decidió por la cirugía radical, de lo que no nos hemos arrepentido.

CONCLUSION

Sintetizando diré que creo que siempre se han beneficiado nuestros enfermos de T.B.C. del riñón, por mejoría apreciable de su estado general y local, con el empleo de los fármacos referidos y pienso que tal conducta nos ha colocado en situación ventajosa para el mejor resultado del tratamiento quirúrgico, prácticamente inevitable.

En lo que respecta a intolerancia por los fármacos, sólo hemos observado en un caso manifestaciones alérgicas dermatológicas en forma de urticaria, atribuible a la estreptomina.