

## LA TUBERCULOSIS RENAL. ESTADO ACTUAL DE SU TRATAMIENTO

---

Por los Dres. RODOLFO GONZALEZ, JOSE M. GOMEZ, MAURICIO  
FIRSTATER, JOSE M. GALARRAGA y JULIO E. BIALET TIZEIRA

En los últimos 10 años hemos tratado 77 tuberculosis renales, de las cuales fueron sometidas al tratamiento quirúrgico radical 37, siendo las demás, por circunstancias distintas, sometidas a diversas técnicas puramente médicas.

En relación a nuestra experiencia, debemos considerar:

### 1. — *Indicaciones del tratamiento médico exclusivo.*

a) Formas ulceradas, en avanzado estado evolutivo, bilaterales, en 15 enfermos. Cierta número de ellos consultaron con anterioridad a la terapéutica antibiótica, por cuya razón solo observaron las medidas higiénico-dietéticas de rutina. En 10 casos y en estos últimos años, formas incipientes en las que se consideró justificada la terapéutica antibiótica exclusiva, quedando los enfermos en observación. En nuestro medio es difícil obtener datos alejados sobre la marcha de la enfermedad, por tratarse de pacientes que viven en localidades muy distantes o que cambian de domicilio con gran frecuencia. Esto hace aleatorio cualquier juicio definitivo que quisiera formularse.

b) No hemos observado afecciones cardiovasculares que contraindicaran la terapéutica quirúrgica.

c) Sobre 19 enfermos que presentaban simultáneamente lesiones pulmonares evolutivas, hemos observado en cuanto a la bilateralidad de la lesión renal.

d) Técnica empleada por nosotros para la antibioterapia:

Inicialmente empleamos la estreptomina, a dosis hasta de dos gramos diarios, en tandas que suponían de 60 a 80 grs. por serie. Seguíamos naturalmente, la tendencia general. Por lo común la tolerancia era buena, excepto en algún caso aislado; en una enferma, nefrectomizada y en la que persistía un cuadro de cistitis intensa, acompañada de un empuje evolutivo del muñón ureteral, nos vimos obligados a suspender la droga a los 12 o 14 grs., por lesiones graves del 8º par (vértigos y trastornos auditivos), efectuar la ureterectomía y terminar con una operación de Richer para aliviar sus intensas molestias.

Posteriormente hemos disminuído en forma progresiva la administración de la estreptomina o de la dihidroestreptomina, hasta llegar en la actualidad a solo dos o tres gramos semanales, asociadas al ácido paraaminosalicílico o a la

hidrazida del ácido isonicotínico. Con la estreptomina no superamos los 25 o 30 grs. por serie, alternando una y otra con descansos de 1 a 1½ meses, pero manteniendo la droga asociada sin interrupciones. En total, la medicación se sostiene varios meses, sin término fijo. Por dificultades momentáneas, no efectuamos las pruebas de laboratorio para determinar la probable estreptomina-resistencia.

e) Resultados obtenidos: Buenos (regresión completa de las lesiones o mejoría muy evidente clínica y radiológica), en dos enfermos. En uno de ellos, bilateral e incipiente, aún cuando con lesiones genitales, se obtuvo una aparente curación sostenida desde hacen 4 años. En otro, con casi idénticas alteraciones, el mismo resultado mantenido hasta ahora durante dos años.

Regulares (regresión parcial y lenta o estacionamiento de las lesiones). Esta categoría comprende tres enfermos, seguidos de 1 a 5 años.

Malos (fracaso de la medicación con lesiones evolutivas en continua progresión), dos. Uno de ellos fallecido.

De los demás pacientes no tenemos datos valederos.

Sobre la sintomatología subjetiva esta medicación es realmente efectiva: regularmente la cistitis retrocede hasta extinguirse. Hemos mencionado ya una breve excepción a esta regla.

2. — *Indicaciones del tratamiento quirúrgico en relación con la antibiosis.*  
La urografía excretora nos sirve de índice fundamental para el planteo terapéutico y para juzgar de los resultados de la antibiosis. En general podemos decir que la mayoría de nuestros pacientes presentaban lesiones radiológicas destructivas ostensibles, en cuyo caso la experiencia nos ha enseñado que la curación está condicionada a la extirpación del órgano. Efectuamos rutinariamente la nefrectomía total con la mayor exéresis posible del uréter enfermo. Hemos realizado 37 nefrectomías. Justificando nuestro criterio, hemos visto en el examen anatómopatológico de las piezas tres formas pionefróticas, tres fibrocáseas y las restantes úlcera cáseas. Nos ha inducido a efectuar el tratamiento quirúrgico la observación reiterada de que radiológicamente la caverna no es mayormente influenciada por los antibióticos, inclusive en el caso, frecuente, de períodos más o menos largos abacilúricos. Así y muy claramente en una paciente, al mismo tiempo de observar la gran mejoría clínica acompañada de orinas claras, sin pus ni bacilos, comprobamos la inexorable marcha del proceso destructivo renal y la estenosis del uréter afectado. El enfermo estaba sometido desde hacía unos meses a la antibioterapia exclusiva. Deberá ser nefrectomizado.

Los antibióticos son empleados rutinariamente en el período pre-operatorio, para cubrir los riesgos previsibles continuándose con los mismos un tiempo variable, pero nunca menor de dos meses. Ya hemos hablado de la técnica.

El porcentaje de fístulas lumbares post-nefrectomías ha descendido con la medicación en forma notable: sólo hemos visto dos, a más de la anteriormente mencionada, que fué sometido a una intervención correctora ureterectomía secundaria. En ellos la fístula curó sin incidentes.

Las cistitis, excepto en cuatro casos cedieron de inmediato con la antibiosis, más rápidamente, sin duda, que de la manera en que retrocedían espontáneamente cuando estos fármacos no eran aún conocidos.

No hemos observado ninguna generalización imputable al acto quirúrgico. Dada la brevedad de nuestra serie, no podemos afirmar que este resultado cuente de modo decisivo la medicación auxiliar.

En los últimos quince casos, el control ha podido ser efectuado de cerca, habiendo registrado resultados óptimos de manera invariable se mantenía sano el lado determinado indemne antes de la operación, sin manifestaciones vesicales. Tampoco observamos en esta serie lesiones de ureteritis estenosante.

Como observación final y dirigida en particular a los fisiólogos y clínicos expresamos nuestro deseo de que todo enfermo padeciendo una tuberculosis pulmonar particularmente, sea periódicamente visto y examinado para sorprender en su iniciación una eventual complicación renal, quizá pasible en tal etapa, de curación completa puramente médica.

#### CONCLUSIONES

1º) Las formas posibles de tratamiento antibiótico exclusivo son la excepción y se refieren a dos eventualidades fundamentales: lesiones mínimas o lesiones bilaterales graves.

2º) En caso de lesiones destructivas unilaterales, en general se mantiene la indicación quirúrgica.

3º) La antibiosis es agente imprescindible para cubrir los riesgos post-operatorios y para el tratamiento sostenido largo tiempo de las formas no quirúrgicas.

---