

CONTRIBUCION AL TEMA SOBRE TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS URINARIA

Por el Dr. ARMANDO TRABUCCO

El avance terapéutico de la época actual obliga a revisar la patología para poder interpretar correctamente ciertos hechos que, de acuerdo a los conocimientos antiguos, no pueden explicarse debidamente.

La marea de entusiasmo por los tratamientos antibióticos y quimioterápicos en la tuberculosis, si bien ha llegado a altura considerable, debe buscar su justo nivel, no pudiendo desecharse por ahora el tratamiento quirúrgico que se ha beneficiado considerablemente con los tratamientos médicos actuales.

Para poder comprender el mecanismo de acción del tratamiento de las tuberculosis urinarias, debemos hacer algunas consideraciones de tipo patogénico que nos aclararán en forma meridiana el concepto de la localización patológica y de la defensa orgánica.

Es necesario recurrir a la anatomía arterial y veremos que, con el concepto actual, es muy fácil seguir el camino de la bacteria que, con su ataque tóxico, hará reaccionar al organismo de acuerdo al estado inmunológico en que se encuentra. No creo necesario hablar del árbol arterial en general, sino de las pequeñas ramas y, en especial, de los elementos netamente activos como la arteria glomerular. El glomérulo está formado por una arteria única, cuya continuidad hemos demostrado en varios trabajos ⁽¹⁾; el ovillejo debe ser considerado, en pocas palabras, como una evaginación de la arteria haciendo un compartimiento adlátere que aumenta considerablemente la superficie de filtración con múltiples evaginaciones secundarias. Esto significa que no siempre la sangre necesita introducirse dentro del glomérulo para seguir su camino hacia las venas, y lo hará solamente en circunstancias funcionantes para elaborar la orina.

La arteria glomerular, una vez pasado el glomérulo, es decir en su parte postglomerular llamada antiguamente eferente, se divide más o menos cerca del glomérulo en múltiples capilares formando una red propia que desembocará en vénulas de gran calibre; pero entendamos bien, cada arteria es independiente y no se relaciona con otra nada más que por vecindad.

Con el concepto expuesto veremos que, esa red capilar de la arteria postglomerular es precisamente el sitio donde asienta el bacilo de Koch en la mayoría de las formas que llamamos cerradas. El folículo de Kuster está

⁽¹⁾ Conformación del ovillejo glomerular del riñón. A. Trabucco y F. Márquez. Rev. Arg. de Urol. 1-6, Enero-Junio 1950.

aislado y limitado por el conjuntivo ambiente cuyo retículo se defiende bien, pudiendo algunas veces conducir al aislamiento curativo del proceso, tanto más cuanto el sistema de desviación yuxtamedular de la sangre en el riñón, hallado por Trueta, favorece la circulación por vasos relativamente grandes, con disminución consiguiente del caudal cortical, hecho que se produce en especial en los casos de noxia grave, brusca y poderosamente tóxica, tal como sabemos que pasó en las bacteriemias e intoxicaciones graves.

Por otra parte, si el secundarismo del complejo de Ranke se presenta en forma suave y benigna y el riñón es sorprendido en condiciones normales de función, permitiendo por lo tanto el libre juego fisiológico del glomérulo, veremos que cuando esté relleno de sangre para filtrar los elementos que formarán la orina, la circulación lacunar del ovillejo, que escapa momentáneamente a la vis at ergo, hará una estancación que si bien muy fugaz, permitirá el acantonamiento del bacilo en los fondos de saco dendríticos del glomérulo, con la agresión patológica consiguiente, lesionando la membrana glomerular y permitiendo el pasaje bacteriano a la cápsula de Bowman, punto débil y sin defensa que no sólo permitirá el desarrollo del microbio sino que lo conducirá, como único camino, al exterior; volcada la infección en dicho sitio, la infección de la nefridia es la regla, el tubulejo renal no tiene defensa, no hay retículo y la pérdida es irremediable, llegando por dicha vía el bacilo de Koch a la papila renal, a la cual destruirá y se establecerá así la primera etapa de las tuberculosis abiertas. El proceso de la infección hasta hacerse ulcerosa, ulcerocaseosa y pionefrótica será paulatino e irremediable, sobre todo si se deja evolucionar por sí sola.

Para completar suscitadamente el cuadro patogénico diremos que estando el riñón sometido a todas las leyes de la sensibilidad inmunológica (fenómeno de Arthus, Koch, Schwarzman-Sanarelli) como cualquier elemento orgánico, la invasión bacteriana hará reaccionar al órgano más o menos violentamente según sea la virulencia de la bacteria o la resistencia del sujeto.

Si pensamos en la patogenia de la infección, podemos deducir que, podrán ser curables por el organismo mismo, dentro de las condiciones inmunológicas favorables, todos aquellos procesos, cuyo asiento está en el intersticio renal, es decir, donde el retículo es mayor y donde la capacidad de reacción conjuntiva de defensa puede desarrollarse con toda su capacidad; en cambio, poco podrá el organismo defenderse cuando el asiento del proceso se hace en los elementos parenquimatosos de escaso o nulo valor defensivo: en esos casos es donde la cirugía tiene aún su aplicación terapéutica indudable.

Con el advenimiento de los antibióticos y demás drogas antibacterianas, el cuadro sombrío de la tuberculosis urinaria ha cambiado notablemente; por de pronto las lesiones vesicales propias del bacilo y de las bacterias agregadas han disminuído. Con ellos, el síndrome doloroso, la polaquiuria y la estranguria ya se pueden controlar de manera eficiente: ello significa un gran paso dado hacia el mejoramiento de la vida de estos enfermos.

El mejoramiento del estado general, colocando al enfermo tuberculoso urinario en buenas condiciones operatorias, ha disminuído evidentemente la mortalidad de los casos quirúrgicos. Antes de los antibióticos se calculaba, y en eso varían muy poco las estadísticas más diversas, que el 50 % de los operados fallecían dentro de los cinco años por tuberculosis generalizadas, por meningitis o por destrucción del otro órgano. Hoy en día ese porcentaje ha

disminuído en forma marcada, gracias a que además del tratamiento local con la escisión del foco, se hace el general de curación del organismo.

Del estudio de los enfermos tratados en el Servicio de Urología del Policlínico Alvear deducimos que estos enfermos se pueden dividir en tres grupos. En el *primer grupo* reunimos a aquellos en los que el tratamiento médico a base de Estreptomicina, P.A.S. e Hidrazina del ácido Isonicotínico han curado la infección en forma evidente. Como índice de enfermedad exigimos de manera categórica la presencia de pus, sangre y sobre todo del bacilo de Koch, ya sea en exámenes directos, ya sea en cultivos y cuando éste no es visible, poniéndolo en evidencia por la inoculación al cobayo. Además exigimos que las radiografías muestren alguna lesión renal puesta de manifiesto por la pielografía descendente o ascendente, cuando la primera no alcanza a hacer visualizar correctamente las imágenes de enfermedad.

Como índice de curación pedimos la desaparición total del pus, de la sangre y del bacilo de Koch. Tocante a la radiografía no podemos pretender que se establezca una restitución "ad íntegrum" del parénquima, pero si la limpieza y nitidez en el perfil de los procesos destructivos.

Estudiando los casos que pertenecen a éste primer grupo podemos decir que por sus manifestaciones patológicas nos obligan a clasificarlos en:

- 1º — Tuberculosis papilares que pueden curarse en el 90 % de los casos con el tratamiento médico.
- 2º — Tuberculosis ulcerosas no extendidas, también pueden curarse, en un gran porcentaje con el tratamiento médico.
- 3º — Tuberculosis ulcerosas con procesos caliciales, pueden curarse clínicamente pero, se desarrollan lesiones esclerosas tan firmes en los cálices intermedios que se producen dilataciones evidentes con formación de cavidades hidronefróticas, aunque la lesión tuberculosa haya desaparecido.

2º Grupo. — El segundo grupo de enfermos está representado por el conjunto de casos en que el tratamiento curativo no puede conseguirse sino quirúrgicamente con la ablación del órgano enfermo. Queremos dejar bien aclarado que, en todos estos enfermos se ha ensayado el tratamiento médico con antibióticos, pero, si bien se ha conseguido mejoría evidente en todos los síntomas y en especial en la sintomatología vesical, no se ha conseguido cicatrización ni curación de las lesiones renales. En algunos casos se ha negativizado el bacilo de Koch, pero de manera tan sólo temporaria, con la vuelta a aparecer en las orinas, en los intervalos de los períodos curativos. Con todo no ha sido nunca considerado como pérdida de tiempo dicho tratamiento, puesto que ha puesto en condiciones muy favorables al enfermo para soportar de la mejor manera el procedimiento quirúrgico y ha permitido también, con la prosecución del tratamiento después de operado, asegurar la curación de la tuberculosis general, que de otra manera no hubiera sido nada fácil de conseguir.

Dentro de este grupo tenemos que presentar:

- 1º — Tuberculosis ulcerosa policéntrica unilateral.
- 2º — Tuberculosis ulcerocaseosa unilateral.
- 3º — Tuberculosis uronefrótica unilateral.
- 4º — Tuberculosis pionefrótica unilateral.
- 5º — Tuberculosis doble, donde uno de los riñones responde al grupo 1.
- 6º — Tuberculosis en riñones fusionados.

Es necesario considerar también, en este grupo, a aquellos casos en que las anomalías anatómicas se presentan por fusión de ambos órganos, tales como el riñón en herradura, el riñón sigmoideo, etc., estando una parte del conjunto atacado por el bacilo de Koch con un tipo anatómico que entra dentro del 2º grupo. En estos casos, como la continuidad del parénquima pone en peligro al riñón sano, es necesario la ablación del riñón enfermo, acto quirúrgico que hoy en día puede hacerse con toda tranquilidad, estos casos presentaban antes serias dificultades en efecto, la separación del puente parenquimatoso no aseguraba la independencia de la infección, haciendo caer al enfermo en lesiones anatómicas de cicatrización que comprometían seriamente la salud del paciente, cosa que hoy, gracias a los antibióticos, difícilmente sucede.

El tratamiento antibiótico quimioterápico, en aquellos casos de lesiones graves y destructivas del riñón, no tiene acción curativa definitiva, mejora indudablemente al paciente, eliminando todo lo que sea infección secundaria, curando la sintomatología vesical, síntoma primordial y más frecuente de la tuberculosis renal, pero si se interrumpe el tratamiento, la sintomatología aparece nuevamente. Sin embargo los estados de mejoría del órgano o de sus vías de excreción son perfectamente visibles y se traducen algunas veces por estenosis tan marcadas, que si bien han representado en un momento dado la cicatrización de una lesión, determinan dilataciones supraestructurales, que a su vez provocan exacerbaciones dolorosas ya sin solución para el tratamiento médico, condicionando como único tratamiento el quirúrgico, con ablación del órgano en total, extirpado el cual podemos esperar la curación del enfermo.

Tercer grupo. — Colocamos en este grupo a aquellos casos en que el tratamiento quirúrgico es inoperante, debido a la presencia de graves lesiones en ambos lados. Sin embargo, a pesar de la gravedad que presentan, el tratamiento médico, si bien no consigue curar ninguno de estos casos, mejora todos los síntomas vesicales, permitiendo al enfermo una sobrevida satisfactoria hasta que la miliar y la meningitis o la insuficiencia urinaria determinen la muerte.

Para terminar presentamos el esquema de tratamientos de las tuberculosis urinarias que empleamos sistemáticamente en el Servicio de Urología del Policlínico Alvear: vida higiénica, dieta rica, vitaminoterapia. En general, si bien restringimos al enfermo las actividades individuales, no se las privamos completamente, salvo en los casos en que las circunstancias obliguen, tales como estado febril, gran debilitamiento general, enflaquecimiento, eritrosedimentación muy acelerada, etc. La base del tratamiento medicamentoso es la combinación estreptomícina-dehidroestreptomícina a razón de 1 gr. diario en dos veces,

0,50 gr. cada doce horas durante 60 días, vigilando la sensibilidad y tolerancia, se seguirá luego con 2 gr. por semana durante seis meses, se interrumpirá antes, si se negativiza persistentemente la orina y asociado a la estreptomycinina, ácido paraminosalicílico a razón de 1 gr. por kilo de peso diariamente durante dos meses, alternando con hidrazina de ácido Isonicotínico; a esta droga la utilizamos en dosis de 250 mgr. diarios durante 10 días de iniciación, luego 100 a 150 mgr. durante 2 a 3 meses. Si al cabo de 6 meses no hay curación o si hay intolerancia para estos medicamentos, instituímos Tiosemicarbazona paulatinamente hasta 2 gr. durante 6 meses, vigilando la tolerancia, tendencia hemorrágica y recuento globular mensual.

Resumen. — El tratamiento médico:

Cura la mayoría de las localizaciones conjuntivas: cálices, pelvis, uréteres y vejiga;

Cura gran parte de las lesiones incipientes del parénquima: papilitis, pequeñas úlceras en general monocéntricas;

Cura todo lo que sea infección secundaria sobreagregada.

Mejora notablemente el estado del enfermo, tanto general como local, permitiéndolo en las formas ulcerosas policéntricas, ulcerocaseosas y pio-uronefróticas, el tratamiento quirúrgico con mucho menos riesgo y mejor pronóstico.

No cura las lesiones avanzadas, pero permite, atenuando los síntomas de la infección secundaria, una sobrevida más apacible.
