

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA
SESION CONJUNTA CON LA
SOCIEDAD ARGENTINA DE TISIOLOGIA

Sr. Presidente (Dr. Casal).— La Sociedad Argentina de Urología tiene la satisfacción de hacer una reunión conjunta con la Sociedad Argentina de Tisiología.

La jerarquía de los expositores y el interés del tema aseguran desde ya su éxito. Esperamos que sea una reunión fructífera en que se ponga el tema al día y se extraigan conclusiones provechosas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS RENAL
TRATADA CON DROGAS ANTITUBERCULOSAS

Por el Doctor JOSE MARIA MONSERRAT (h.)

Luego del advenimiento de la terapia antituberculosa surgió, lógicamente, la inquietud por conocer cuáles eran las manifestaciones morfológicas que ese tratamiento producía en los órganos afectados, modificaciones que en ocasiones colocan al patólogo frente a la dificultad diagnóstica de poder asegurar la naturaleza tuberculosa de la lesión que está observando.

En esta revisión se ha utilizado fundamentalmente material proveniente de los Servicios de Patología y Urología del Hospital Español.

A pesar de que el material disponible es mayor, se han seleccionado 17 casos de nefrectomía en enfermos tratados con drogas antituberculosas, en los que la naturaleza tuberculosa del proceso, ya sea por diagnóstico clínico o bacteriológico, no ofrece dudas. Se observan, además, como grupo de control, 17 casos de tuberculosis renal no tratados, elegidos al azar.

Debemos hacer la salvedad de que las lesiones en riñones de enfermos tratados, muy probablemente no reflejen lo que ocurre realmente, pues no hay que olvidar que nosotros observamos los riñones de pacientes que por uno u otro motivo deben ser nefrectomizados, es decir, que no han respondido ampliamente al tratamiento antituberculoso, escapándose, por lo tanto, la posibilidad de estudiar muchos casos de buena o excelente respuesta terapéutica.

Siguiendo a Fritjofsson creemos útil dividir a las lesiones observadas en cuatro grupos, según la intensidad de las alteraciones encontradas.

Grupo I (G I): Lesiones completamente curadas sin signos de actividad.

Grupo II (G II): Lesiones en franca cicatrización, pero con algunos signos histológicos de tuberculosis.

Grupo III (G III): Lesiones en cicatrización inicial, pero aún en actividad.

Grupo IV (G IV): Lesiones en completa actividad.

Grupo IV: En estos casos las lesiones son completamente superponibles a las observadas en los riñones de enfermos no tratados.

Se encuentran lesiones abiertas o cerradas, con amplias zonas de caseificación, folículos tuberculosos típicos y zonas en cicatrización. Las cavidades están recubiertas por tejido de aspecto epiteliode parcialmente esfacelado, con zonas caseosas (fotos N^{os.} 2 y 3).

Grupo III: Comienza la cicatrización. Se evidencian lesiones típicamente tuberculosas, tales como folículos, células gigantes y caseosis, pero se inicia la reparación. Los folículos comienzan a ser reemplazados por tejido conectivo laxo, las células epitelioides se hacen más redondeadas (foto N^o 9).

En las células gigantes encontramos algunas alteraciones. Se las observa de diversos tamaños y formas, algunas pequeñas, retraídas, otras se agrandan enormemente. Los núcleos pierden su disposición en corona característica, agrupándose sin orden en el centro de la célula, adquiriendo un aspecto semejante al de las células gigantes de cuerpo extraño (fotos N^{os.} 5 y 6).

El caseum comienza a desaparecer, reabsorbido u organizado (foto N^o 7).

En el intersticio de la glándula renal aparece un infiltrado linfocitario que "diseca" a los túbulos contorneados.

Los glomérulos presentan signos iniciales de esclerosis, sobre todo a nivel de la porción extraglomerular de la cápsula de Bowman.

Las lesiones abiertas muestran mayor fibrosis pericavitaria y el tejido epiteliode que las recubre comienza a ser organizado o eliminado hacia la cavidad por la esclerosis incipiente subyacente.

Grupo II: En este grupo la cicatrización es franca, aunque es posible aún individualizar lesiones de tipo tuberculoso.

El caseum prácticamente ha desaparecido o está siendo invadido.

Los folículos tuberculosos están casi totalmente organizados por tejido colágeno más denso que en el grupo anterior, formando masas esclerosas redondeadas, de tamaño variable, correspondiendo las mayores a varios folículos

esclerosados unidos entre sí (foto N^o 10). Se encuentran escasas células gigantes, algunas de aspecto típico, otras alteradas, semejantes a las células gigantes de cuerpo extraño.

En el intersticio renal es llamativo un intenso infiltrado linfocitario (foto N^o 11) que en ocasiones forma verdaderos folículos linfocitos.

Los túbulos a estos niveles son pequeños y de aspecto atrófico. Los glomérulos muestran más lesiones de esclerosis, tanto a nivel del ovillo como en la porción extraglomerular de la cápsula (foto N^o 11).

Las lesiones abiertas presentan las cavidades completamente rodeadas por una cápsula hialina densa, continua y gruesa, estando la cavidad tapizada por un epitelio plano, endoteliforme (foto N^o 4). Es posible observar en las paredes de estas cavidades algunos signos residuales de lesión tuberculosa.

Grupo I: Las lesiones están completamente curadas. Las lesiones caseosas, si existen, están calcificadas, formando el llamado riñón mastic, estando la sustancia cretácea rodeada por una amplia membrana hialina (foto N^o 8).

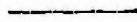
Los folículos se presentan completamente cicatrizados, formando masas hialinas redondeadas.

No se observan células gigantes ni epitelioideas.

El infiltrado linfocitario intersticial es intenso. Los glomérulos muestran marcada esclerosis, muchos de ellos transformados en verdaderas obleas hialinas (foto N^o 12).

Las lesiones abiertas están cicatrizadas, con su pared hialinizada y epitelizada.

No se observan signos de actividad y no se podría afirmar el diagnóstico de tuberculosis si no fuera por el antecedente del enfermo o el hallazgo del bacilo de Koch.



Como puede apreciarse en esta descripción, los fenómenos de reparación de los riñones de enfermos tratados son en un todo semejantes a los encontrados en los riñones de enfermos no tratados que han evolucionado favorablemente.

Por lo tanto, podría objetarse que los fenómenos de curación de los enfermos tratados podrían corresponder a regresiones espontáneas no atribuibles a la terapia. Para tratar de aclarar este punto se tomaron 17 riñones de enfermos no tratados elegidos al azar y se los clasificó en los cuatro grupos descriptos. Si comparamos el número de enfermos tratados y no tratados en cada uno de los grupos, tenemos el siguiente cuadro:

	G I	G II	G III	G IV	Total
Tratados	3	6	6	2	17
No tratados	1	5	7	4	17

Se aprecia que entre los enfermos tratados hay un ligero predominio de las formas más benignas, mientras que en los no tratados predominan las formas en actividad.

Esta diferencia se acentúa si consideramos que del grupo tratado nosotros no podemos observar los casos más benignos porque los pacientes no necesitan ser nefrectomizados.

ANATOMIA PATOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS RENAL TRATADA CON DRÓGAS ANTITUBERCULOSAS

Por lo tanto, podemos deducir que el predominio de lesiones involutivas en los enfermos tratados con respecto a los no tratados puede atribuirse a la terapia, aun cuando esta última no origine un cuadro histológico que permita diferenciar lo que es regresión por terapia de lo que es regresión espontánea.

De todas maneras, en los pacientes tratados con éxito, los fenómenos regresivos son más intensos, más uniformes y más generalizados que en los no tratados de evolución favorable, en los cuales generalmente se observan fenómenos regresivos junto a lesiones en actividad.

TIPO Y DURACION DEL TRATAMIENTO

La gran mayoría de nuestros casos corresponden a enfermos tratados simultáneamente con dos o más drogas antituberculosas (estreptomocina, isoniacida, PAS), teniendo sólo 3 tratados exclusivamente con estreptomocina. No encontramos características diferentes en el cuadro histológico de estos últimos, que

CUADRO I					CUADRO II		
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	S. I	S. II	S. III	S. IV	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	S. I y II	S. III y IV
0 - 1 MES			4	4	0 - 1 MES		2
1 - 3				4	1 - 3		4
3 - 6		2			3 - 6	2	
6 - 12		1			6 - 12	4	
1 - 2 AÑOS	4	1	4		1 - 2 AÑOS	2	4
2 - 3		1	4		2 - 3	1	4
3 - 4	4		4		3 - 4	4	4
4 - →	4	1	2		4 - →	2	2

por ser escasos creemos no permiten establecer conclusiones. Otros autores encuentran más lesiones de esclerosis en enfermos tratados sólo con estreptomocina y más fenómenos de reabsorción y regeneración epitelial en casos tratados sólo con isoniacida.

En nuestro material la duración del tratamiento se extiende desde 7 días hasta varios años.

La distribución de los casos separados por grupos y duración del tratamiento, se puede observar en el Cuadro I.

Si unimos a los grupos I y II (lesiones prácticamente curadas) y los grupos

III y IV (lesiones en evolución) —Cuadro II— se aprecia mejor que en los momentos iniciales del tratamiento no se evidencia mejoría de las lesiones (G III y IV), pero que luego del tercer mes de tratamiento las lesiones predominantes corresponden a los grupos I y II. Esta situación se mantiene hasta los dos años, cuando, según nuestras^a observaciones, comienzan a aparecer nuevamente lesiones evolutivas.

Esta aparición, luego del segundo año de tratamiento, de lesiones evolutivas, podría interpretarse como consecutiva a la reagudización de lesiones que se encontraban previamente en los grupos I y II, por diversos factores: infección intercurrente, desarrollo de resistencia a las drogas, discontinuidad en el tratamiento, etc.

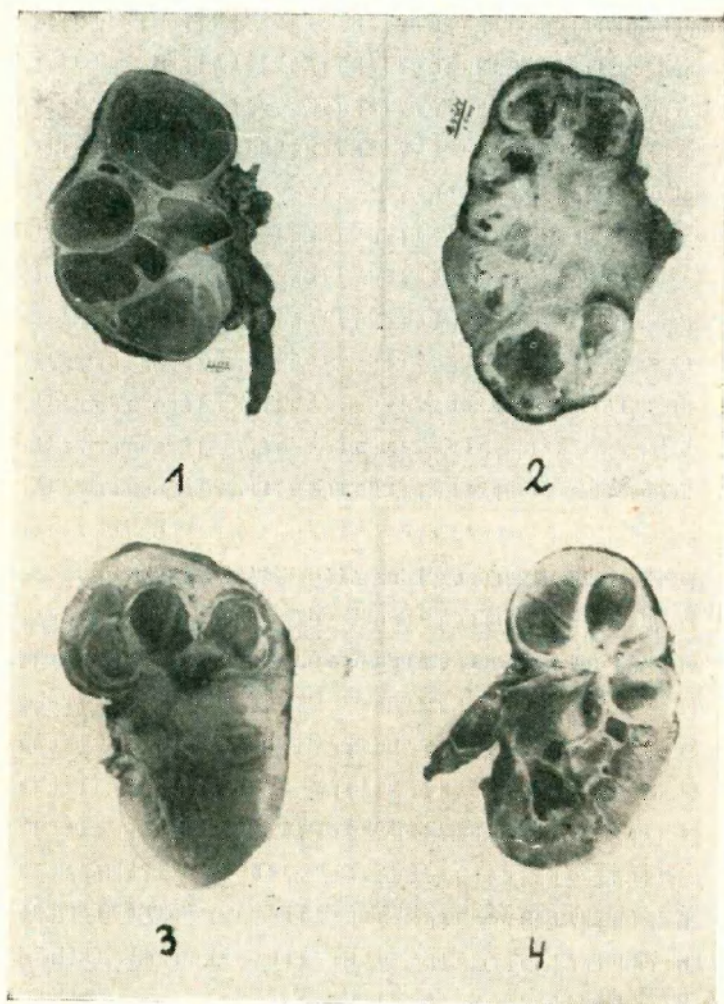


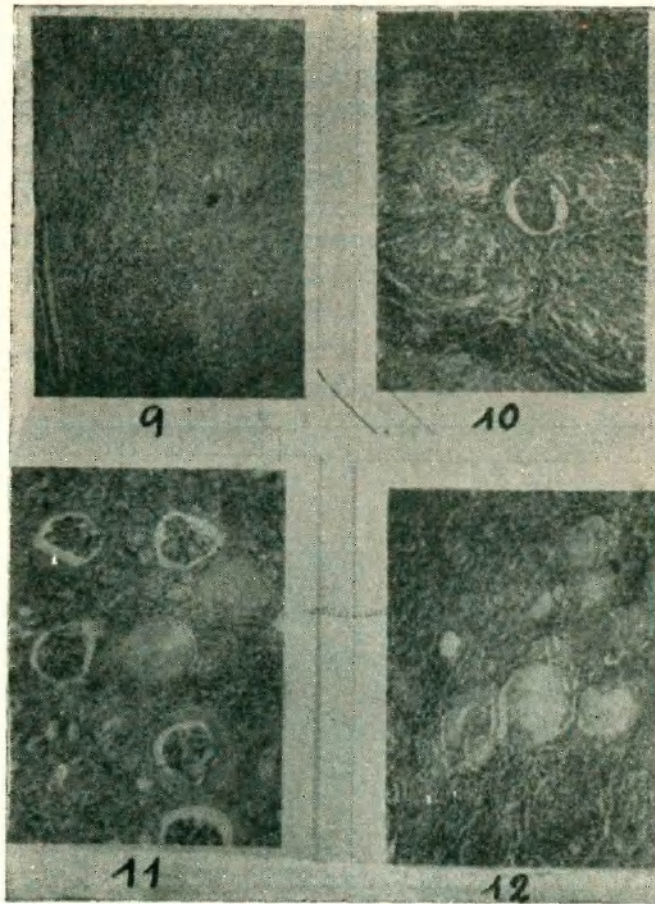
Foto N^o 1: Grupo II, con tratamiento.

Foto N^o 2: TBC no tratada; lesiones caseosas abiertas y cerradas.

Foto N^o 3: TBC no tratada, cavitada.

Foto N^o 4: Grupo II, con tratamiento, reparación de las lesiones cavitarias.

ANATOMIA PATOLOGICA DE LA TUBERCULOSIS RENAL TRATADA CON DROGAS ANTITUBERCULOSAS

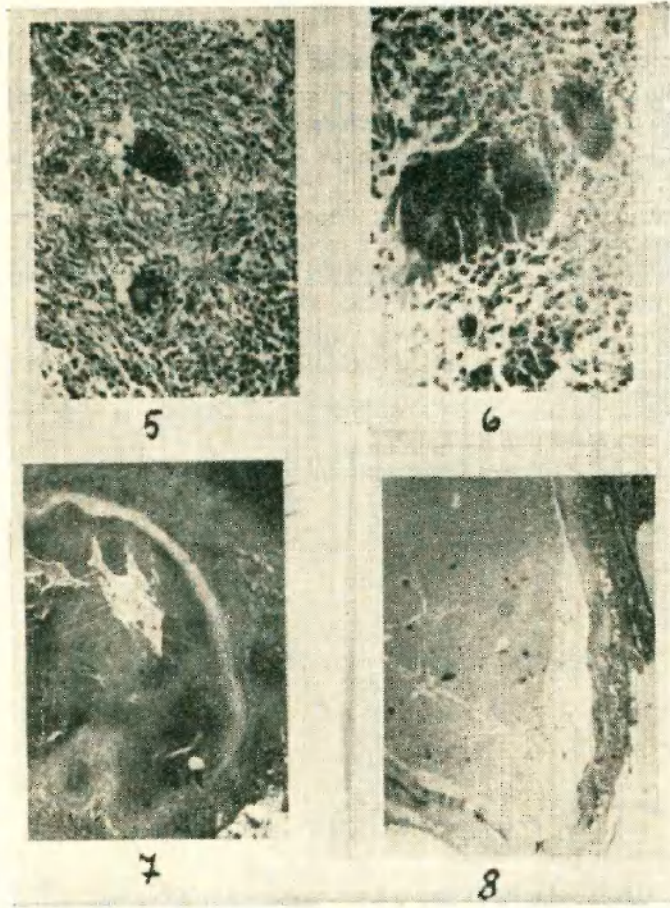


Foro Nº 5: Grupo III, con tratamiento, alteración de las células gigantes.

Foro Nº 6: Grupo III, con tratamiento, ídem.

Foro Nº 7: Grupo III, con tratamiento, encapsulación de lesión caseosa.

Foro Nº 8: Grupo I, sin tratamiento, encapsulación y cretificación del caseum (riñón mastic).



- Foto Nº 9: Grupo III, con tratamiento, folículo tuberculoso con esclerosis inicial.
 Foto Nº 10: Grupo II, con tratamiento, folículos tuberculosos con marcada esclerosis. Infiltrado linfóideo.
 Foto Nº 11: Grupo II, con tratamiento, glomérulos con diversos grados de esclerosis.
 Foto Nº 12: Grupo I, con tratamiento, esclerosis total de los glomérulos. Infiltrado linfóideo. Atrofia tubular.

CONCLUSIONES Y RESUMEN

Se presentan 17 casos de tuberculosis renal tratada con drogas antituberculosas en lapsos que oscilan entre 7 días y varios años. Se los divide en cuatro grupos según la intensidad de las lesiones encontradas.

El tipo de las lesiones cicatriciales o de curación observadas en los casos tratados no difiere histológicamente con las encontradas en los casos no tratados, salvo en que son más intensas y generalizadas. De ello se podría deducir que el tratamiento actuaría facilitando y favoreciendo la acción del organismo hacia la reparación de las lesiones, reparación que también intenta, aunque no siempre con éxito, en los casos no tratados.

La acción de la terapia se hace evidente luego de los tres meses de tratamiento, pero luego de los dos años comienzan a reaparecer las lesiones evolutivas.

ANATOMIA PATOLOGICA DE LA TUBERCULOSIS RENAL TRATADA CON DROGAS
ANTITUBERCULOSAS

BIBLIOGRAFIA

- Dick, John*: Interpretation of tuberculous lesions after chemotherapy. *Lancet* II, 216, 1955.
- Dick, John*: Comparison of the effect of streptomycin plus p-aminosalicylic acid and streptomycin plus isoniazid on tuberculous lesions of the kidneys. *Lancet* II, 516, 1954.
- Lhez, A.; Bimes, Ch.*: Action anatomique de la Streptomycine dans la tuberculose rénale. *J. d'Urol* (Paris), 56:661, 1950.
- Chauvin, E.; Bonneau, H.; Chauvin, H. F.*: Aspect histologique des tuberculoses rénales traitées par les associations médicamenteuses modernes. *J. d'Urol*. (Paris), 56:107, 1950.
- Delarve, J.* y colaboradores: Étude anatomique des lésions tuberculeuses traitées par les antibiotiques. *Rev. tuberc.* (Paris), 18:481, 1954.
- Fritjofsson, Ake*: Renal tuberculosis. Pathologic anatomic, clinical and angionephrographic studies of locally destructive renal tuberculosis treated with chemotherapy. *Acta Chirurg. Scand. Suppl.*, 281:1, 1961.