

CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA T.B.C. URINARIA

Por el DR. CARLOS A. SAENZ

El tratamiento médico de la T.B.C. plantea problemas siempre renovados por la necesidad de la elección de una conducta adecuada a cada enfermo en particular.

El porqué de esta falta de uniformidad en los resultados, ha de buscarse en el viejo concepto de la interacción germen-huésped ⁽¹¹⁾. Y puede agregarse que desde el advenimiento de las nuevas drogas, hasta la fecha, al modificarse la biología del germen se ha ido transformando la patología de la tuberculosis, ampliándose por otra parte las posibilidades terapéuticas médicas y quirúrgicas. El tratamiento médico se orientará entonces en doble sentido, tratando de destruir el germen y mejorar las condiciones del terreno.

Para combatir el bacilo es necesario tener la seguridad de su presencia, la idea más precisa posible de su sensibilidad a las drogas y medicar al enfermo con la dosis óptima necesaria para contribuir a su destrucción.

Como señalan Lattimer y Couvelaire ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾, uno de los mayores riesgos es el desarrollo de resistencia a las drogas por deficiente indicación terapéutica. La modificación del terreno tenderá al mejoramiento de su condición local y general.

Con este criterio de cómo encarar la solución del tuberculoso urinario he de referirme a 20 enfermos tratados en los últimos cinco años en los hospitales Santojanni (Sala de Cirugía General y Torácica) y Zubizarreta (Consultorio Externo de Urología), así como los del período 1961-64 del Hospital J. Penna (Sala de Urología).

De ellos, todos concurren debido a sus síntomas urinarios, no considerando aquí los tuberculosos pulmonares con afecciones urológicas, cuyo tratamiento general estuvo a cargo de los médicos tisiólogos.

En el cuadro Nº 1 se resumen los 20 casos, consignando: a) grupo 1º, 2º o 3º, de acuerdo con la clasificación de Trabucco ⁽¹⁴⁾ (los del grupo 1º son enfermos con lesiones iniciales que pueden curar con tratamiento médico;

los del 2º, lesiones más avanzadas que necesitan para su curación tratamiento quirúrgica; 3º, graves lesiones en ambos lados); b) enfermos que han recibido (+) o no (0) tratamiento específico anterior; c) comportamiento del bacilo "in vitro" al iniciar el tratamiento médico, sensible (+) o no (0), en los investigados no se indica nada; d) el agregado (+) o no (0) de procedimientos quirúrgicos; y e) la conducta "in vivo" del germen, posterior al tratamiento realizado, baciluria positiva (+), negativa (0), (en los casos menores de dos años no se indica).

Nota: La enferma P235 fue tratada anteriormente en otra Sala por invitación especial del jefe de Servicio.

En todos los casos se demostró la presencia del bacilo en orina, al realizar el diagnóstico.

Hemos buscado sistemáticamente el bacilo de Koch cuando los antecedentes del enfermo, la radiología o síntomas rebeldes así lo indicaban.

Al solicitar el cultivo e inoculación al cobayo se agregó a veces el pedido de las pruebas de sensibilidad a las drogas antibacilares.

Muchas son las objeciones hechas al antibiograma. Las principales: que es costoso, largo (45 días), sus resultados no son legítimos para posibles cepas no eliminadas por orina, el tratamiento realizado mientras se le espera puede hacer variar los caracteres biológicos iniciales del germen, y el comportamiento del bacilo de Koch puede ser distinto "in vivo" frente a los antibióticos estudiados "in vitro".

Lo hemos solicitado, restringidos por el problema económico, en los casos de evolución no favorable y por considerar que es el elemento más eficaz para tener un conocimiento fundado del posible comportamiento del germen.

Para Wolfrom (15) la posibilidad de resistencia espontánea hacia algunas drogas y la polirresistencia que algunas cepas pueden adquirir hacen pesar una seria amenaza sobre el éxito futuro de los tratamientos antibióticos.

Los doctores Rubí y Alsina en 1952 (11) ya llamaron la atención sobre el peligro social que entraña el contagio por cepas resistentes.

La evolución de los siguientes enfermos es significativa en cuanto al origen de la resistencia.

Nº 1 - Hospital Santojanni - Hist. Nº 1555 - M. L. R., 22 años - F.

Había recibido una cantidad no determinada de isoniácida y estreptomina cuando consultó a fines de 1959 por exclusión renal izquierda y baciluria. Las determinaciones de laboratorio revelaron sensibilidad del germen a las tres drogas de primera línea. Se medicó con ellas durante el mes previo a su internación y se realizó nefrectomía y resección del uréter izquierdo hasta la cavidad pelviana (informe Anátomo-patológico. Dr. J. L. Monserrat: riñón "mastic?tuberculoso). La enfermedad continuó con polaquiuria intensa y reingresó en varias oportunidades comprobándose cistitis granulomatosa perimeática izquierda y baciluria intermitente. Nuevo antibiograma, demuestra resistencia a la isoniácida 0,2 gammas, estreptomina 1 y 10 gammas; sensibilidad al P.A.S. 10 gammas, cicloserina 20 gammas (informe Dr. C. Barredo).

Se suspenden las dos primeras drogas y se continúa con P.A.S., cicloserina y kanamicina. A los 18 meses de la nefrectomía se reinterviene para extirpar un trozo de uréter izquierdo-terminal de 4 cm. de longitud, después de lo cual permanece internada 6 meses con tratamiento de sostén con PAS, cicloserina y trector.

A los dos años persiste discreta polaquiuria; repetidas investigaciones del bacilo han sido negativas; radiológicamente se encuentra estabilizada. Se ha casado.

En esta enferma la baciluria en el pre y post operatorio se debe a la persistencia de focos tuberculosos. Si bien la sensibilidad demostrada "in vitro" a la estreptomina es de difícil explicación, su posterior resistencia y la de la isoniácida se justifican por la deficiente intervención realizada.

Nº 2 - Hospital Santojanni - Hist. Nº 1985 - L. de A., 41 años. - F.

Enferma con antecedentes bacilares de aparato genital y peritoneo, por los cuales había sido operada en 1952 y recibido posteriormente estreptomycinina e isoniacida.

Previo tratamiento medicamentoso con isoniacida, estreptomycinina y PAS se realiza nefrourecterectomía total derecha en abril de 1961, (pionefrosis T.B.C., informe anátomo-patológico Dr. Garrido). Luego de dos meses de internación se retira a su domicilio (vive en la provincia de Sta. Fe) con tratamiento e indicación de realizar control periódico.

La enferma regresa al año siguiente con polaquiuria intensa, adelgazamiento y baciluria. Ha recibido 120 grs. de estreptomycinina la dosis diaria indicada de I.N.H. y P.A.S. Reconoce no haber realizado reposo.

La cistoscopia revela cistitis granulomatosa en trigono-lado derecho, y la radiología muestra retracción vesical del lado operado. Riñón izquierdo s.p.

Se aconseja continuar I.N.H. y P.A.S. Reposo absoluto en cama.

Vuelve a los tres meses asintomática, continúa la medicación y reposo relativo seis meses más.

A los tres años y medio de operada no presenta síntomas ni signos de su afección anterior.

La resistencia "in vivo" a la medicación tuberculostática se interpretó como debido a la falta de reposo. El resultado obtenido con su posterior realización parece confirmarlo.

Nº 3 - Hospital Santojanni - Hist. Nº 2663 - J. P. 33 años - M.

Desde 1957 ha recibido pequeñas cantidades de medicamentos antibacilares durante cortos períodos de tiempo (1 semana - quince días) por padecer probable afección renal izquierda.

Consulta a fines de 1962, con exclusión renal izquierda, y baciluria. Se interna y comienza tratamiento con las tres drogas de primera línea. A los tres meses persiste eritrosedimentación acelerada y el germen se revela resistente a la isoniacida, P.A.S. y estreptomycinina (informe Dr. C. Barredo).

Se procede a sustituir las tres drogas por kanamicina, cicloserina y trecator tras de lo cual se opera con eritrosedimentación próxima a la normal. Nefrourecterectomía total izquierda (informe anatomopatológico Dr. Garrido: pionefrosis T.B.C.).

En este caso surge sin duda, el efecto nocivo producido por drogas administradas en dosis insuficientes e interrumpidas.

El tratamiento medicamentoso de ataque se realizó con isoniacida por vía oral (10 mgs. por Kg. de peso y por día), sulfato de estreptomycinina (1 gr. diario) y P.A.S. (200 mg. por Kg. de peso y por día).

En presencia de resistencia se reemplazaron por drogas de segunda línea: cicloserina (1 gr. por día), etionamida 1314 (1/2 a 1 gr. por día), y kanamicina (1 gr. por día).

Desaparecidas o estabilizadas las lesiones se continuó con iguales dosis de mantenimiento en base a isoniacida, P.A.S., cicloserina o trecator según los casos (preferentemente tres de ellas).

Sobre el terreno, factor preponderante en la enfermedad, se actuará en forma local y general.

Localmente, una vez estabilizada la lesión podrá realizarse cirugía conservadora, reparadora o radical, con la condición de extirpar todo tejido enfermo y mantener la permeabilidad de la vía excretora.

La base del tratamiento general será el régimen higiénico dietético y el reposo (en cama durante el período de ataque).

Como ya dijéramos en una oportunidad, "tropezamos aquí con un grave problema económico-social... el tuberculoso es un enfermo cuyo tratamiento es caro... el T.B.C., urinario al no tener muchas veces enfermedad aparente, es reacio al reposo y, más aún, a la internación en sala de pulmonares. Señalemos de paso esta laguna en nuestra organización médico-asistencial, ya que carecemos de centros dedicados a este tipo de enfermedad" (12).

Hemos prescripto entonces el tratamiento en el domicilio del enfermo, lo que equivale muchas veces a malos resultados por su deficiente observancia.

"Se arriesga tener que arrepentirse de la ausencia de cura sanatorial, si más tarde se registra un fracaso" (Cibert) (2).

Coinciden en esto Bonhome y col., Cibert y Durand, Cooper, Fonio, Irazu y col. Puigvert, Surra Canard y Pujol (1) (2) (3) (4) (6) (7) (9) (10) (13). Superado el período de ataque medicamentoso y reposo absoluto en cama, con-

tinuará el enfermo con dosis de mantenimiento y reposo relativo hasta ser dado de alta con observación y control periódicos.

El tiempo necesario para cada etapa se adecuará a la evolución de la enfermedad. La desaparición del bacilo y la estabilización o eliminación de las lesiones marcarán el fin de la primera. La segunda se prolongará por lo menos seis meses y los sucesivos controles se irán espaciando con el tiempo. En ellos tenemos en cuenta, especialmente, la persistencia o desaparición de la sintomatología, la radiología y la búsqueda del bacilo en orina.

Con los enfermos controlados de 3 a 5 años he confeccionado el siguiente cuadro N^o 2:

	SIN ALTERACIONES EVIDENTES	CON SINTOMAS URINARIOS	FALLECIDOS
MEDICO	4	2	1
MEDICO Y QUIRURGICO	5	2	1

Sobre 16 enfermos de ese período, 2 fallecieron y 1 no concurrió a la consulta; 4 de los que recibieron exclusivamente tratamiento médico y 5 en los que se agregó cirugía (3 nefroureterectomías totales y 2 nefrectomías parciales) no presentan actualmente alteraciones clínicas, radiológicas ni de laboratorio).

Con sintomatología urinaria (polaquiuria, dolor renoureteral) 2 fueron tratados clínicamente y 2 combinados con procedimientos quirúrgicos (1 nefroureterectomía total y 1 resección de tercio inferior de uréter). Ninguno de los 15 presenta baciluria.

CONCLUSIONES

De lo expuesto creemos poder obtener las siguientes:

- 1º) La tuberculosis urinaria constituye un problema médico-social.
- 2º) El desarrollo de cepas resistentes se ve favorecido por la acción de tratamientos médicos y quirúrgicos deficientes.
- 3º) El reposo continúa siendo uno de los pilares del tratamiento médico. Debe realizarse en un medio adecuado.
- 4º) En casos de evolución desfavorable puede resultar de utilidad la determinación de la sensibilidad del germen a las drogas.

RESUMEN

Se presentan algunos de los aspectos del tratamiento médico de la T.B.C. urinaria, con especial referencia a tres enfermos de una serie de veinte.

Se insiste en la necesidad de contar con un centro dedicado a la internación y tratamiento de estos enfermos.

BIBLIOGRAFIA

1. Bonhomme L., Kalachnikoff P., Laugié H., Lengrand J.: Rechutes, après néphrectomie, de la tuberculose génito-urinaire. J. d'Urol. 68:827, 1962.
2. Cibert J., citado por Bonhomme y col.

3. *Cibert J. Durand L.*: Indications thérapeutiques dans la tuberculose rénale active. La Revue du Praticien, XI, Nº 16:1637, 1961.
4. *Cooper H. G.*: Treatment of genitourinary tuberculosis. J. Urol., vol. 86:719, 1961.
5. *Couvelaire R.*: Les invalides de la tuberculose génito-urinaire. La Revue du Praticien, XI, Nº 16:1655, 1961.
6. *Fonio A.*: Tratamiento actual de la tuberculosis del riñón. Rev. Arg. de Urol., vol. 24:11, 1955.
7. *Irazu J. Nolasco J., Martínez A.*: Tuberculosis urogenital. Consideraciones sobre su tratamiento. Rev. Arg. de Urol., vol. 22:30, 1953.
8. *Lattimer J. K.*: Tuberculosis in a solitary kidney. J. Urol., vol. 81:379, 1959.
9. *Patoir G., Granier-Aubry*: La résistance du B.K. aux antibiotiques en pathologie urinaire, facteur d'insuccès thérapeutiques. J. d'Urol, 64:345, 1958.
10. *Puigvert Gorro A.*: La tuberculosis urinaria y genital masculina. Salvat Ed., 1958.
11. *Rubi R., Alsina G.*: Antibióticos y tuberculosis renal. Rev. Arg. de Urol., vol. 21:198, 1952.
12. *Sáenz C., Galarse J., Teplizky A., Sánchez Suárez R.*: Tuberculosis reno-ureterales quirúrgicas. Orientación Médica Nº 541:1, 1963.
13. *Surra Canard R., Pujol A.*: Tratamiento actual de la tuberculosis del riñón; Rev. Arg. de Urol., vol. 24:32, 1955.
14. *Trabucco A.*: Contribución al tema sobre tratamiento de la tuberculosis urinaria; Rev. Arg. de Urol., vol. 24:35, 1955.
15. *Wolfrohm R., Liguierat H., Nan P., Durup de Baleine D.*: Actualités nephologiques de l'Hôpital Necker, pág. 261, 1961.