

Tratamiento con corticoides de las estrecheces ureterales tuberculosas

Dr. Roque A. Ruiz

La mayoría de los estudios médicos clásicos cifran su interés, en el estudio del riñón al considerar la infección tuberculosa.

Se tenía en cuenta para ello, que la infección en las vías urinarias era secundaria a la del riñón y que las lesiones en ella, lógicamente dependerían de la evolución y tratamiento efectuamos para la curación de las lesiones renales.

Es recién en estos últimos años, que adquiere importancia en dicho estudio, las restantes partes de las vías excretoras, pelvis ureter vejiga.

Muy pocos casos existen en la literatura de tuberculosis ureteral primitiva y menos todavía en los que se comprueba, en su estudio anátomo patológico la lesión ureteral con indemnidad del riñón correspondiente.

Es evidente la importancia que tiene para la evolución de las lesiones renales el comportamiento y el estudio de las vías urinarias superiores, no tanto ya, desde el punto de vista de su lesión en sí, anátomo patológica, sino de su comportamiento clínico.

Esta polaridad, estos dos elementos de juicio, enfermedad renal y lesión ureteral son los que se deben tener en cuenta permanentemente y sólo de su discriminación de su relación y evolución podremos fundamentar aplicaciones prácticas y terapéuticas.

Muchas veces estas lesiones ureterales, corren parejas con las renales, pero muchas más la lesión ureteral pasa a ocupar el primer plano en la evolución de la tuberculosis urogenital.

Este tránsito de la polaridad, o sea, el pasaje de la lesión ureteral a regir la evolución de la enfermedad puede ocurrir en cualquier momento de la afección.

Puede ser, bien en el comienzo de la infección tuberculosa como en el caso 3 que relatamos o bien en el final evolutivo de la misma, como en el caso 1.

Es obvio señalar la importancia de detectar precozmente, estas lesiones ureterales por la importancia que tienen para influir en el curso de la enfermedad renal y favorecer con el tratamiento que preconizamos, la curación de ésta.

Es por todo urólogo conocido, la frecuencia de la comprobación de estrecheces ureterales en el síndrome de la tuberculosis urogenital.

Si tenemos en cuenta que actualmente padecen de tuberculosis infecciosa en el mundo 15 millones de personas y que de éstas 3 millones pagan tributo por año a esta enfermedad, es necesario todavía considerar a esta enfermedad, como un verdadero problema de salud pública y considerarlo como un grave problema social.

La localización renal es bastante importante pues es aproximadamente del 16% de los casos de pacientes que fallecieron de tuberculosis. Esta frecuencia se explica ampliamente si pensamos en la riqueza vascular del riñón y en el mecanismo de implantación del germen.

La invasión del ureter y de la vejiga se hace una vez que el tubérculo medular se ha perforado en la pelvis renal.

No intentamos discutir aquí, el mecanismo patogénico de la infección ureteral, sólo recordamos las teorías de Halle y Motz que preconizan que los bacilos descienden con la orina del riñón tuberculoso, que se siembra entonces sobre la mucosa hasta ese momento sana, para fijarse así, en la capa superficial del dermis, de la mucosa ureteral; o la vía hematógena de Verriotis que considera que los gérmenes siguen esta vía para llegar al dermis de la mucosa ureteral o aquellos que sostienen que la propagación se hace por vía linfática.

Pero lo que queremos puntualizar es que cualquiera sea el mecanismo patogénico en todos los casos, ya sea por edema, por infiltración mucosa, por linfangitis por periuretritis, siempre se producirá una alteración importante de las funciones motoras de las vías excretoras superiores, alterando de esa manera la dinámica pieloureteral.

Esta estasis urinaria favoreciendo el estancamiento de orina en las cavidades lesionales, aumentará la virulencia de los gérmenes, que producirán un nuevo ataque, esta vez por vía canalicular desde la cavidad pielica hasta la intimidad del parénquima renal.

Estos conceptos clásicos, que fueron vertidos en su época por Albarran-Heitz-Boyer y Braum entre otros, destacan la importancia nefasta que tiene la obstrucción ureteral sobre la evolución de la infección en el riñón.

Por todo esto, creemos, que en toda tuberculosis urogenital se debe actuar muy atentamente para detectar este tipo de lesiones ureterales lo más precozmente posible buscando específicamente estas lesiones en cualquier momento evolutivo de la afección. Posiblemente estas lesiones fibrosas están localizadas en el periureter alterando la contracción del mismo, que es el órgano activo de la excreción urinaria.

Se comprende mejor este proceso, si se recuerda la formación anatómica de la celda renoureteral.

La celda renal está formada por una vaina superficial, fibrosa común, dependiente de la fascia propia subperitoneal y una vaina profunda que podemos llamar vascular.

Esta vaina vascular que proviene de la condensación del tejido celular alrededor de los vasos que salen de la aorta y que es siguiendo las ideas de Ombredanne una dependencia de la gran lámina aórtica, está íntimamente unida, prácticamente indisociable, a los vasos que le sirven de tutores.

Es esta lámina vascular, que forma como un manguito, lo que le permite al ureter su gran movimiento peristáltico y su alteración, graves consecuencias en su dinámica.

Tendremos aquí, las mismas reacciones en caso de infección, en la celda renal, perinefritis, en la ureteral periureteritis.

Estas lesiones ureterales que traducen en cierta medida una reacción satisfactoria del terreno, una forma de curación ante la agresión microbiana, aquí en el ureter, para-

dóxicamente tienen la particularidad de agravar muy seriamente la función renal. Estas lesiones cicatrizales del ureter son las responsables del reflujo vésico-ureteral, del hidroureter o hidronefrosis para llegar progresivamente a la destrucción renal. Siempre nos hemos preguntado, en cuanto éste proceso cicatrizal estaba influenciado o aumentado por la acción de la estreptomina. droga bien conocida por su acción esclerosante.

Aunque estas mismas estrecheces eran encontradas también antes de la utilización de esta droga.

No sólo la estreptomina tiene esta acción esclerosante, también la tienen otros antibióticos tuberculicidas.

Usados un tiempo prolongado se ha observado que traen una lesión reaccional en las paredes de varios órganos.

Es por este mecanismo que se puede observar no sólo periureteritis sino también pericistitis y perinefritis hipertensiva.

Pensando en todos estos hechos, y teniendo en cuenta la disconformidad que tienen Urólogos de prestigio como Cibert y Couvelaire al considerar las intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo en especial en las estrecheces del extremo inferior del ureter. Fue por todo ello, como decimos, que utilizamos los corticoides, en el tratamiento de dichas estrecheces ureterales.

Es interesante al respecto hacer la referencia de que su uso estaba contraindicado en su comienzo en toda enfermedad tuberculosa.

En los primeros años el uso de corticoides estaba formalmente contraindicadas en toda enfermedad infecciosa y en especial en la tuberculosis.

Ello era así, por la supuesta acción diseminadora de las infecciones, este hecho lejos de ser peligroso como se temió en un principio, se utiliza en la actualidad como un hecho muy favorable pues permite que el germen salga de los reservorios y pueda ser destruido así, por los antibióticos.

Hoy se sabe que poseen efectos antiinflamatoria, antialérgicos, antitóxicos, antiexudativos y antifibróticos.

Es una droga que debe ser tenida en cuenta en el arsenal terapéutico del urólogo, para el tratamiento de las enfermedades infecciosas y en especial de la tuberculosis.

Para aprovechar sus efectos no hormonales referidos y muy especialmente su efecto antifibrótico en la lucha con las tan comunes obstrucciones o estrecheces ureterales.

Evidentemente que estas lesiones agravan la enfermedad causal y que son mucho más graves todavía cuando ocurren en un riñón único por nefrectomía del otro riñón, como el caso 1 que relatamos.

CASO Nº 1. - Argentino, 45 años. En sus antecedentes refiere artritis tuberculosa de rodilla operada y vieja lesión indurada en vértices pulmonares no activa en la actualidad. Nefrectomizado lado derecho por lesión tuberculosa hace 15 años.

Concurre a nuestra consulta por cólicos renales izquierdos subnitantes durante 2 meses y que en los últimos días necesitaba de morfina para antenuarlos.

Adelgazamiento de 10 kilos de peso. Cultivo de orina e inoculación al cobayo positivo. 1 A. 1 B.

Se inicia entonces el tratamiento con corticoides además de estreptomina, P.A.S. e insoniacida e antiespasmódicos.

Después de 10 días de iniciado el tratamiento se suspende el antiespasmódico por no ser necesario su aplicación. Hay buena alimentación, euforia aumento de peso, evidente mejoría clínica.

TRATAMIENTO CON CORTICOIDES DE LAS ESTRECHECES URETERALES TUBERCULOSAS

A los nueve meses se efectúa cultivo e inoculación siendo ambos negativos, no se han repetido los cólicos renales y se le permite reintegrarse al trabajo activo. 1 C. 1 E. 1 D. 1 F. En la actualidad es controlado periódicamente presentando perfecto estado físico con orinas claras micciones cada cuatro horas sin nicturia

CASO 2.- R. R. A. Argentino, 16 años. En agosto de 1960 cisuritis y pleuritis diafrágica derecha.

En septiembre presenta una uronefrósis derecha. Internado en nuestro servicio hospitalario, con evidentes signos de intoxicación. Se inicia el tratamiento de estreptomycin P.A.S. e isoniacida, un control pielográfico revela ausencias de eliminación renal derecha e hidronefrosis izquierda, evidente desmejoría radiológica 2 A. 2 B.

Un episodio diarreico empeora el estado ya grave del enfermo. En esta fecha se medica con corticoides, parasipan endovenoso, transfusiones. Es recién cuando a los tuberculostáticos se le agrega corticoides que comienza a desaparecer su estado febril, se acentúa su mejoría clínica y aumenta de peso.

Concomitantemente a la parte clínica se observa una mejoría radiológica tanto pulmonar como urológica al extremo de que en una urografía se ha logrado una restitución "ad integrum" de ambos riñones. 2 C. 2 D.

Es decir una curación de una uronefrosis bilateral por presentar obstrucción ureteral.

CASO 3.- J. J. M., argentino. 36 años. Se presenta a consulta por una epididimitis izquierda que por sus caracteres semeja ser tuberculosa.

A pesar de ser negativos todos los exámenes efectuados, se la trata como tal con el tratamiento clásico.

Cuando había realizado 20 gramos de estreptomycin llega a nuestras manos la pielografía solicitada con anterioridad. Esta revela una estrechez amplia del tercio inferior del ureter izquierdo. 3 A. 3 B.

En vista de esta verdadera complicación, ignoramos si iatrogénicamente producida o no, agregamos corticoides al tratamiento.

Después de dos meses del mismo, desaparición completa de la estrechez observada anteriormente. 3 C. 3 D.

Toma toda su validez en este caso el aforismo de Lengueu cuando dice: "Todo enfermo que padece una tuberculosis genital tiene o tendrá una tuberculosis renal".

DISCUSION Y COMENTARIO

Se presentan tres casos de tuberculosis renal que presentaron en la evolución de la enfermedad diferentes grados de obstrucción ureteral.

Todos ellos fueron tratados, además del tratamiento clásico de la tuberculosis, cuando se comprobó esta afectación ureteral con corticoides y A. C. T. H. en forma alternada. Sólo se usó esta terapéutica no utilizándose sonda ureteral a permanencia por el peligro de una infección sobreagregada y en definitiva porque la respuesta terapéutica lo mostró innecesario.

No podemos asegurar que en todos los casos que presentamos, se tratara de una acción antifibrótica del corticoide, para destruir una fibrosis periureteral, es posible que actúe también sobre el proceso edematoso e inflamatorio del mismo ureter, pero en defi-

nitiva se obtuvo lo más importante, restablecer el drenaje del sistema urinario para no modificar la dinámica pieloureteral.

Siempre por supuesto, el corticoide se usó, combinado con las drogas clásicas debiendo tener en cuenta siempre, en nuestros casos no se presentó la eventual posibilidad de ser necesario cambiar las drogas tuberculostáticas por la posible resistencia, agravada en este vaso particular por el uso de corticoides.

Damos a continuación el esquema que empleamos en estas situaciones.

Estreptomicina 1 gr. diario

P. A. S. 12 grs. diarios

Isoniacida 600 grs. diarios

A este tratamiento típico se le agrega:

Prednisona 20 grs. diarios

Alternados cada 15 días con ACTH gel extralento (100 U de ACTH).

Restricción moderada de sal y abundante aporte de alimentos con potasio, pomelos, tomates.

Esta medicación se realiza durante dos meses por lo menos, debiendo efectuar control para conocer el estado evolutivo de la lesión.

CONCLUSION

- 1) Se discute la importancia, en la primera parte de este trabajo de las frecuentes lesiones ureterales en la evolución y tratamiento de la afección tuberculosa.
- 2) Se recuerda brevemente la constitución anatómica de la celda renal y de su prolongación, la celda ureteral.
- 3) Se valoriza el empleo de los corticoides siempre agregado al tratamiento clásico, en caso de obstrucción ureteral ya por fibrosis periureteral o por edema inflamatorio en su propia pared.
- 4) Se presentan tres casos clínicos, en diferentes estados evolutivos de su afección, pero que tienen en común, la rápida resolución de la obstrucción ureteral por el empleo de los corticoides.
- 5) No podemos abrir juicio sobre el rol que juegan en su producción los agentes esclerosantes como la estreptomicina, el factor personal con su terreno esclerógeno, el carácter escleroso espontáneo de la enfermedad tuberculosa o por ser lesiones que engloban a un conducto dinámico.
- 6) Se da un esquema de tratamiento utilizado que lógicamente debe ser valorado para cada caso particular según germen y terreno.
- 7) Se puntualiza la utilidad de la investigación de estas lesiones ureterales en toda etapa de la enfermedad por la posibilidad de agravación que ella tiene sobre la lesión renal.
- 8) Necesidad de control periódico y muy especialmente cuando se está en pleno tratamiento con estreptomicina para detectar estas lesiones, efectuar su corrección y evitar así importantes intervenciones quirúrgicas ureterales o renales.