

## CONSIDERACIONES CLINICORADIOLOGICAS SOBRE 65 CASOS DE TUBERCULOSIS UROGENITAL

Dres. R. I. Mathis, J. A. Goldaracena, J. Ghirlanda y J. Prokopic.

La siguiente comunicación tiene por objeto presentar ante ustedes consideraciones relacionadas sobre TBC urogenital del Servicio de Urología del Htal T. de Alvear de Buenos Aires. Queremos dejar establecido que hemos descartado 5 casos de los 70 originales, pues no teníamos elementos de diagnóstico para incluirlos dentro del epígrafe, habiéndolo sido extraídos del archivo de historias de pacientes internados desde Septiembre 1959 hasta Julio del corriente año, con un total de 4500, lo que hace un porcentaje de 1,44% casos de enfermos con diagnóstico de TBC Urogenital. Tal número asevera una vez más, el bajo índice de dicha patología en nuestro medio, siendo una enfermedad del adulto joven, la edad de los pacientes presentó una mayoría entre los 41-50 años, oscilando entre los extremos de 10 y 84 años, siendo los porcentajes los siguientes (D 1). Existió una predominancia del sexo masculino con respecto al femenino, haciendo la salvedad de que hay localizaciones como las genitales que tenemos solo la posibilidad de poder observar en los hombres, habiendo sido la relación de HOMBRES 50 casos (77%), MUJERES 16 casos (23%).

De todos los pacientes masculinos, la mayoría fueron obreros, jornaleros, choferes, muy pocos empleados y solo tres comerciantes, y el lugar de residencia habitual fue: 19 casos en Capital Federal, 38 en la Prov. de Buenos Aires (alrededores de Capital), 2 en Santiago del Estero, 1 en Rio Negro y 1 en Bolivia. Todos estos factores nos muestran que el medio higiénicohabitacional y económicosocial de este grupo puede contribuir a esta enfermedad, una de cuyas localizaciones más importantes nos interesa. Los antecedentes de los enfermos nos muestran que solo 29 o sea el 44% ha denunciado haber padecido enfermedades broncopulmonares, en algún momento de su vida, repartidos de la siguiente forma: (D 2).

Relataron antecedentes urogenitales diversos con más de 12 meses de duración 39 casos o sea el 60%, en forma única o asociada, como a continuación veremos: (D 34) En 1 caso o sea el 1,53%, se presenta con localización osteoarticular, en 2 o sea el 3,07% en peritoneo, uno con ascitis y otro con adherencias intestinales siendo operada por apendicitis, colecistitis y abscesos hepáticos, 1 caso o sea el 1,53% con asiento en los ganglios del cuello, resumiendo tenemos: (D 5).

Con respecto a los antecedentes familiares aportan datos a tener en cuenta solo 7 casos o sea el 10,7%, lo que nos indica el poco valor del estudio de estos elementos de juicio en este grupo de enfermos.

La sintomatología que presentaron los pacientes en el momento de su internación fue: (D 6).

Muchos de estos síntomas fueron únicos pero las más de las veces se encontraron simultáneamente, predominando o no uno de ellos. Las cifras nos demuestran la importancia de la clásica cistitis en sus diferentes grados dentro del cuadro clínico de la enfermedad que nos ocupa, casi igualados por los síntomas inflamatorios del contenido escrotal.

Le continúa en frecuencia la lumbalgia; que se presenta en sus diversos tipos, la hematuria es otro de los elementos cardinales a tener en cuenta, como lo observamos en el cuadro anterior, también en sus diferentes intensidades, desde las microscópicas hasta las intensas con coágulos que provocan bloqueo vesical completo, como tuvimos oportunidad de asistir en un caso. La localización de la enfermedad TBC la hemos observado distribuida tal como a continuación se presenta: (D 7).

Encontrándose limitada a un solo órgano en 50 casos y en localizaciones múltiples en 15 casos, y con predominancia del lado derecho como asiento de la lesión en el polo

## CONSIDERACIONES CLINICORADIOLOGICAS SOBRE 65 CASOS DE TUBERCULOSIS UROGENITAL

urinario, mientras que en el polo genital esta diferencia desaparece, haciéndose similar a ambos lados.

En cuanto a los análisis clínicos efectuados nos revelan que a menos que la lesión tome gran parte del parénquima renal bilateral, no existe mayor alteración en la eliminación de los catabolitos nitrogenados. En el conteo de hematies hemos encontrado:

Más de 5.000.000 p/mm	.....	2 casos
Menos 5.000.000 " "	.....	54 "
" 4.000.000 " "	.....	7 "
" 3.000.000 " "	.....	2 "

Cifras que no aseveran que la anemia de los enfermos está en relación con la intensidad, extensión y duración de su enfermedad. Los leucocitos no sufrieron mayores alternativas ya que solo en 8 casos su número se encontró entre 9.000 y 15.000 p/mm., el resto se presentó dentro de cifras normales. Una prueba de laboratorio importante es la eritrosedimentación que no aportó datos de valor y para poder graficarlos hemos tomado cifras arbitrarias, como a continuación se presentan:

Hasta 10/21	.....	33 casos	.....	50,77%
" 40/70	.....	17 "	.....	26,15%
" 70/130	.....	7 "	.....	10,15%
Más 70/130	.....	8 "	.....	12,21%

Otros datos hematológicos comunes y de rutina no nos señalaron ventajas.

En cuanto al estudio de la orina sólo consignaremos su reacción, habiéndose comportado como alcalinas en 23 casos, ácidas en 21 casos y no se consignan 21 casos. Una investigación fundamental para llegar al diagnóstico de certeza es demostrar la presencia de Bacilos de Koch en orina para lo cual se han realizado las tres pruebas más importantes, a saber:

Exámen directo	Positivos	6 casos
Cultivos en medios específicos	Positivos	9 casos
	Negativos	27 casos
Inoculación al cobayo	No consignados	29 casos
	Positivos	5 casos

Debido al medio en que actuamos lo que sumado a la ausencia reiterada de bacilos nos explica los magros resultados obtenidos.

Del estudio radiológico debemos expresar, como ya se encuentra establecido, que el urograma excretor es el que aporta más datos morfológico-funcionales del estado en que se encuentra el aparato urinario, por lo que siempre comenzamos por él, recopilando las siguientes imágenes detectados: (D 8). La pielografía ascendente la realizamos en muy contados casos, solo cuando queremos obtener imágenes morfológicas puras del grado de destrucción parénquimatosas o alteración de vías excretoras de riñones no funcionantes. La hemos intentado en 11 oportunidades, en algunos casos no fué posible hacer penetrar el cateter ureteral más allá del meato. En la teleradiografía de tórax obtenida durante la internación de los enfermos encontramos lo arriba expuesto. Sobre la aortografía diremos que hemos considerado necesario efectuarla en 4 casos, siendo este exámen de indicación muy precisa y limitada.

La endoscopia vesical la efectuamos en 25 casos o sea en el 38,46%, algunos de los cuales sufrieron dos o tres intervenciones, ya sea para reponer cateter o para obtener mejores datos, las lesiones observadas predominaron en las zonas perimeáticas.