

COMO ENCARAR EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS RENAL

Dres: Ignacio J. Romeo, Julio E. Cantón, Manuel Bianchi.

El siempre renovado problema terapéutico de la TBC renal en sus formas: Activa, Inactiva, y de su Secuelas, plantea ciertas divergencias porque generalmente no existen fronteras entre las anteriores formas clínicas, dado que esta enfermedad evoluciona con superposición de lesiones anátomo-patológicas, donde coexisten lesiones recientes, con lesiones ya cicatrizadas. Esta variada gama de alteraciones orgánicas, histológicas y funcionales obliga a hacer reposar el tratamiento sobre tres pilares fundamentales: a) cuadro clínico, b) baciloscopia, c) urografía; basado en lo anterior es que nos hemos permitido modificar las clasificaciones de Siegel y Lattimer y de Herman Wechsler tratando de que reflejen aun imperfectamente una correlación terapéutica con las lesiones anatómopatológicas, clínicas y radiológicas.

GRADO 0: Sin síntomas clínicos- Sin Anormalidad radiológica. Baciloscopia positiva. Tratamiento Médico.

GRADO 1: Sintomatología nula o escasa a veces hematuria aislada. Ligeras modificaciones radiológicas no patognomónicas de TBC que incluye irregularidades de la pelvis renal, distorsiones calicilares y/o ureterales. Baciloscopia positiva. Tratamiento Médico.

GRADO 2: Sintomatología evidente de cistitis. Modificaciones radiológicas definidas y características de TBC en un cáliz solamente. Baciloscopia positiva. Tratamiento Médico.

GRADO 3: Sintomatología muy acusada de cistitis. Síndrome febril prolongado. Distorsiones o alteraciones de dos áreas o de dos calices, características de TBC renal, es decir cavernas, calcificaciones o segmentos no funcionantes Baciloscopia positiva. Tratamiento: Médico primero, después Nefrectomía parcial, espeleotomía, espelectomía etc.

GRADO 4: Sintomatología urinaria muy evidente, desmejoramiento del estado general. Lesiones de tres o más calices, riñones mastic, función nula. Baciloscopia positiva. Tratamiento: Nefroureterectomía total.

GRADO 5: Sintomatología urinaria muy evidente, gran desmejoramiento del estado general estado séptico general. Lesiones renales bilaterales extendidas: simétricas o asimétricas. Tratamiento: Médico hasta la estabilización prolongada de las lesiones, después cirugía conservadora.

GRADO 6: Lesiones que aparecen en el riñón restante después de la nefrectomía. Tratamiento: médico.

GRADO 7: Las lesiones secuelas, situadas en riñón, pelvis, ureter, vejiga. Tratamiento: cirugía reparadora.

GRADO 8: Lesiones recurrentes por insuficiencia de tratamiento en riñón, vejiga ureter. Tratamiento: Médico al principio, después de la estabilización quirúrgico. Plan de Tratamiento médico; y quirúrgico. En todos los grados los enfermos son sometidos al siguiente plan de tratamiento:

a) Regimen higiénico dietético.

1) Ambulatorio: en los grados 1-2-7

2) De internación: en los grados 3-4-5-6-8

b) Medicamentoso:

1) En general: calcio, vitaminas, anabólicos, hierro, etc.

2) Antimicrobiano: se debe tratar por todos los medios la esterilización bacteriológica y la prevención de resistencia con la colaboración del bacteriólogo para conocer la sensibilidad de los medicamentos frecuentemente utilizados y en especial los denominados de primera línea.

COMO ENCARAR EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS RENAL

Para que los medicamentos sean de efectividad se debe preconizar siempre lo siguiente: 1) el comienzo debe ser tan precoz como sea posible. 2) debe ser prolongado, hasta un año después de la estabilización de las lesiones en forma intensa, con posterioridad a esta eventualidad en forma mitigada o fraccionada, cuatro meses de tratamiento al año 3). Sin solución de continuidad, hasta la estabilización de las lesiones.

Los medicamentos de primera línea utilizados son los siguientes:

Estreptomicina: 1 gr. diario hasta completar 120 gr., después 1 gr. día por medio durante el tiempo que falta para completar el año.

Isoniazida: la de más fácil absorción, de gran difusibilidad, de mayor eficacia y mejor tolerancia.

El P.A.S. de acción inferior actúa como droga de acompañamiento a las dos anteriores la asociamos frecuentemente cuando dejamos de prescribir la estreptomicina. Dosis de 7 a 14 gr. diarios.

Mientras se realiza el tratamiento médico de ataque, no utilizamos ninguna terapéutica quirúrgica, salvo el caso de hematurias que pongan en peligro la vida del enfermo o de dolores intolerables causados por la progresión de la esclerosis periureteral y ureteral que serán tratados en lo posible con la colocación de un cateter ureteral que modele el conducto según lo preconizo R. Couvelaire.

Cuando el tratamiento médico llega al final del 6º mes, comienzan las verdaderas discusiones de la terapéutica quirúrgica, sobre todo porque generalmente el enfermo ha recuperado peso, ha solucionado el problema socio económico de su trabajo, la desaparición del bacilo de Koch en la orina se ha producido y la urografía decide la conducta a seguir:

- 1) Si las lesiones no se han agravado y tienden a la esclerosis, continuar con tratamiento médico, no dejarse tentar de querer efectuar nefrectomía parcial, hasta la estabilización de las lesiones, aún cuando estemos seguros de la localización, solamente se indica, la heminefrectomía en bifidez pieloureteral.
 - 2) Si las lesiones han aumentado de volumen, la cistitis persiste y el valor funcional del riñón se deteriora: nefroureterectomía total.
 - 3) Si las lesiones parenquimatosas no son agravadas pero se instala una ureteritis sobre todo pelviana y el modelaje y el tratamiento médico anti escleroso no dan resultados: neo implantación ureteral según varias técnicas: Puigvert, Gil Vernet, Boari-Cassatti-Kuss etc.
 - 4) Si las lesiones tienden a la localización (ausencia de B. K. calcificación de cavernas etc) se procederá en casos de ser únicas a la nefrectomía parcial, espeleotomía con curetaje y plombaje con gasa yodoformada o espelectomía cuando las circunstancias lo permitan.
 - 5) En la T.B.C. bilateral confirmada, el tratamiento médico es el dominante, descartada una pionefrosis y la finalidad es de la estabilización de las lesiones. Si esto se consigue; hacer la evaluación del estado funcional, proteger la mayor cantidad de parenquima renal, suprimiendo las lesiones más importantes por medio de la cirugía conservadora.
 - 6) Para las secuelas sobre todo la cistitis retractil, esta lejana la época en que se realizaba la denervación vesical según la técnica de Richer, o por vía coxigea según la técnica de Darget y Thierman; personalmente no creemos que se hayan conseguido curaciones. En la actualidad se consigue el agrandamiento del reservorio vesical por medio de la cistectomía submucosa (Couvelaire) o el reemplazo del detrusor enfermo por injerto ileal o colonico.
- Por otro lado hay que tener presente que la terapéutica debe ser efectiva y adecuarse a las enfermedades asociadas: Litiasis, cáncer, riñón poliquistico, insuficiencia renal; a las infecciones genitales, a las localizaciones tuberculosas del adulto: epididimitis fistulizadas y a las lesiones oseas y pulmonares.

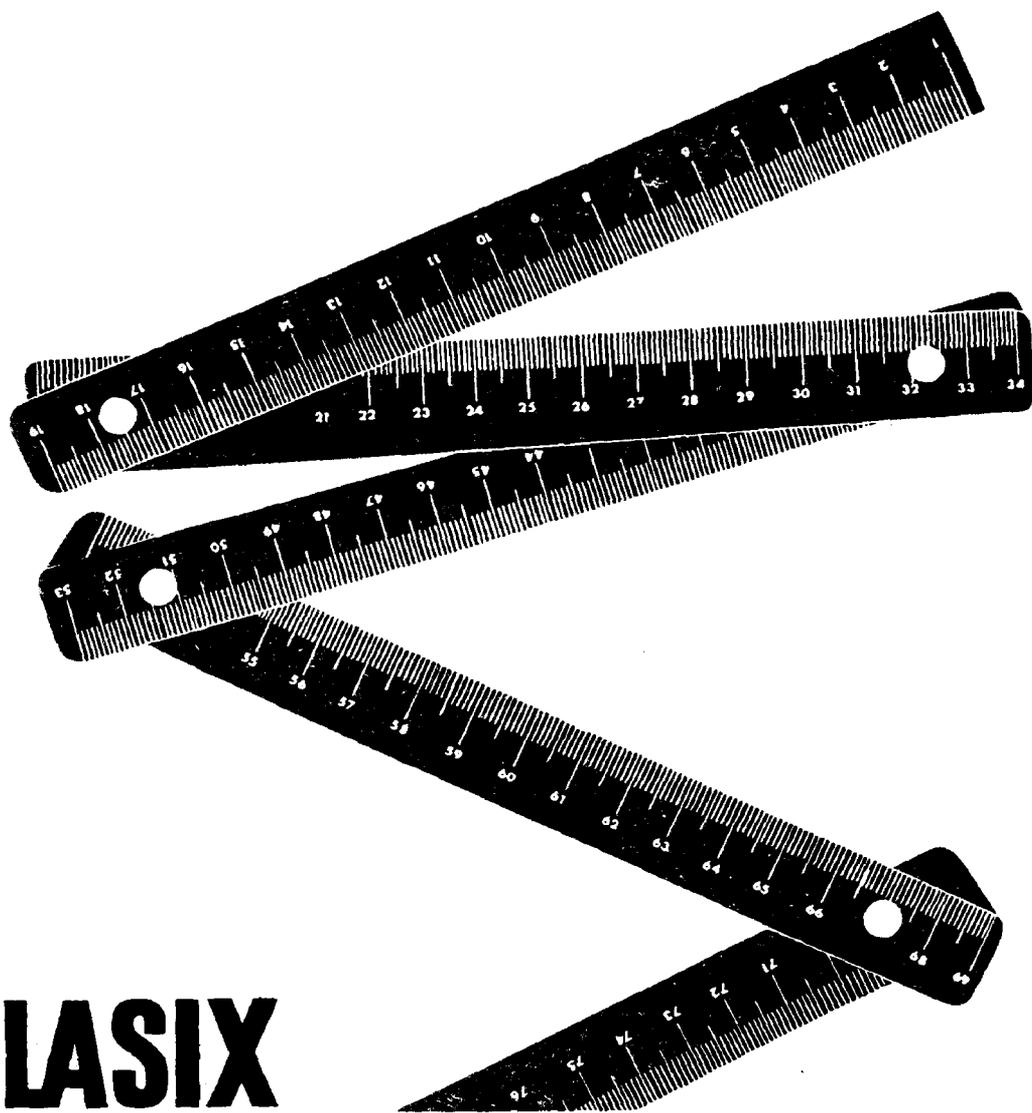
La consulta oportuna con el tisiólogo y el traumatólogo en el curso de las dos últimas localizaciones, es también de rigor la consulta cuando los medicamentos de primera línea son ineficaces para efectuar el tratamiento médico.

El control periódico de los enfermos tratados, tiene por objeto evitar por todos los medios la recurrencia de la enfermedad que tanta invalidez causa.

	Sintomatología	Radiología	Baciloscofia	Tratamiento
Grado 0	Sin síntomas clínicos	Sin lesiones radiológicas	Positiva	Tratamiento médico
Grado 1	Sintomatología nula o escasa - a veces hematuria aislada	Ligeras modificaciones radiológicas no patognómicas de T.B.C.	Positiva	Tratamiento médico
Grado 2	Sintomatología muy acusada cistitis	Modificaciones radiológicas definidas y características de TBC en un caliz solamente	Positiva	Tratamiento médico
Grado 3	Sintomatología muy acusada y evidente de cistitis síndrome febril prolongado	Distorsiones o alteraciones de dos calices o dos áreas renales. Cavernas calcificaciones F. nula	Positiva	1º Tratamiento médico 2º Tratamiento quirúrgico Nefrectomía parcial Espeleotomía. Espelectomía
Grado 4	Sintomatología urinaria muy evidente. Desmejoramiento del estado general	Lesiones de tres o mas calices. Riñón mastie función nula	Positiva o Negativa	1º Tratamiento médico 2º Quirúrgico. Nefroureterectomía
	Sintomatología urinaria muy evidente. Desmejoramiento del estado general sepsis prolongada	Lesiones bilaterales extendidas, simétricas o asimétricas	Positiva	1º Tratamiento médico hasta la estabilización de las lesiones, luego cirugía conservadora
Grado 6	Sintomatología de cistitis o de cólico renal o de insuficiencia renal.	Cualquier lesión radiológica. Disminución o nulidad de la función.	Positiva	1º Tratamiento médico
Grado 7	Sintomatología obstructiva. Intolerancia vesical.	Obstrucción calicular pélvica o ureteral vejiga retráctil	Negativa	1º Cirugía reparadora
Grado 8	Alguno de los síntomas anteriores	Alguna de las lesiones anteriores	Positiva	Tratamiento médico hasta la estabilización de las lesiones.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Braasch And Emmett- Clinical Urografy W. B. Saunders - Philadelphia - London 1951.
- 2) Cibert J. et Durand Luis- La Revue du Practicien - Tome XI - N° 16.
- 3) Debray J. R. Et Dreyfus - La presse medicale- N° 72-pag. 1637-1956.
- 4) Emmett - Clinical Urografy. W. B. Saunders Comp. Philadelphia - London 1964.
- 5) Campbell M. Urology. W.B. Saunders Comp. Philadelphia and London 1954.
- 6) Lowsley y Kirwin- Urology - Salvat Editories 1945.
- 7) A. Puigvert - La tuberculosis genito urinaria- Salvat Editores 1941.
- 8) Wechler, H. Westfall M. y Lattimer J.K. The erliest signs and syntoms in 127 males patients with genitourinary tuberculosis J. Urol. 83:801, 1960.
- 9) Villafañe Carlos - Tratamiento médico de la tuberculosis urinaria- 1er. Congreso Argentino de Urología - Confederación Argentina de Urología. 1966.
- 10) Delporte Tomas: Tratamiento quirúrgico de la T.B.C. urinaria 1er. Congreso Argentino de Urología - Confederación Argentina de Urología. 1966.



LASIX

diuresis a medida

Reproduce un perfil diurético,
durante 4 horas, similar al fisiológico

No altera el metabolismo de los
hidratos de carbono

Cociente sodio/potasio óptimo

Comprimidos de 40 mg.

Ampollas de 20 mg.



Farbwerke Hoechst A.G.
Frankfurt/Main - Hoechst - Alemania
Representantes exclusivos:
QUÍMICA - HOECHST S. A.
Corrientes 222 - Buenos Aires

QUIMIOTERAPICO DE
ACCION ANTIBIOTICA
DE TROPISMO URINARIO

FORMULA

URO-COLI



COMPRIMIDOS
RANURADOS

GRAGEAS DE
TRIPLE
LIBERACION



7 1/2 y 15 mgs.

PSICOARMONIZADOR

DIAZEPAN o METILDIAZEPINONA