

CIRUGIA RENAL CONSERVADORA EN LA TUBERCULOSIS

Dres.: Fredotovich N. M. - Socolovsky R. - Saenz C. A.-

Desde que el Congreso Internacional de París en 1908 instituyera el dogma de Albarrran, la precóz extirpación del riñón tuberculoso, fue durante casi 40 años, una práctica meritoria. No se tenía en cuenta el tratamiento general del enfermo y menos el de la infección tuberculosa, que se la consideraba curada con la excéresis del foco renal.

Es en 1947, con el advenimiento de la era de los tuberculostáticos, que cambia el concepto clínico, y, por ende, terapéutico de la enfermedad. Debemos recalcar que la tuberculosis renal no es tanto una enfermedad del órgano sino, mas bien, una manifestación local de infección tuberculosa. Se deduce que un tratamiento bien conducido deberá dirigirse todo al enfermo tuberculoso en general, antes que pensar en el tratamiento solamente del riñón.

El tratamiento médico ha permitido por un lado postergar la sistamática nefrectomía precoz y por otro ha contribuido al aumento de pacientes con lesiones limitadas del riñón. Este último hecho justifica que se hayan ampliado las indicaciones de la cirugía conservadora, orientada hacia una preservación lo más amplia posible del parénquima con lesiones tuberculosas controlables. Observamos que estas intervenciones conservadoras del riñón constituían excepciones en la era pretuberculostática; mencionando a Legueu quien en 1920 practica una nefrectomía parcial en un monorroño.

Hecho el diagnóstico, siempre el tratamiento farmacológico deberá preceder y continuar al quirúrgico, siendo el primero adecuado, suficiente y sostenido a fin de lograr la estabilización previa de las lesiones, premisa "sinecuanom" para el éxito de la segunda.

Las indicaciones de este tipo de cirugía dependen del carácter de la lesión, de su extensión, de su topografía, de la uni o bilateralidad de la lesión y de que afecte a pacientes con uno o los dos riñones. Las "lesiones localizadas" pasibles de la cirugía conservadora son:

- a)-Lesiones limitadas de un grupo calicular con persistencia a pesar del tratamiento de: baciluria positiva, piuria o lesiones radiológicas evolutivas.
- b)-Lesiones exclusivas funcionales, incluso esterilizadas, pero limitadas a una parte del órgano.
- c)-Lesiones cavernosas, comunicadas o nó con la vía excretora.
- d)-Caliectasis por esclerosis del cuello calicial o de la pelvis, o las secundarias a estenosis pieloureteral.
- e)-Lesiones en riñones con malformaciones congénitas, tales como la duplicidad pieloureteral, etc.
- f)-Asociación de litiasis a la lesión calicial tuberculosa.
- g)-En riñón único, la intervención estará supeditada a las características evolutivas de la infección. Mientras no manifiesta tendencia progresiva se mantendrá la terapéutica farmacológica, pero, si la lesión tiende a progresar la excéresis del foco está indicada.

Las técnicas quirúrgicas empleadas por esta cirugía son:

- a)-Nefrectomía parcial.
- b)-Enucleación de un tuberculoma, o la ablación de una pequeña caverna (caverectomía).
- c)-Espeleostomía.
- d)-Nefrostomía temporaria.

Presentamos a continuación nuestra experiencia al respecto:

Caso No 1: H. C. 2099 (22-VI-1961) A.O., masculino de 37 años.

Antecedentes: presenta desde 1959 dolorimiento lumbar derecho con polaquiuria diurna y nocturna. Estudiada en C. E. se demuestra baciluria y una ectasia pieloureteral derecha.

Tratamiento: Con Estrepto.- INH.- PAS. durante 12 meses, negativizándose los cultivos. Dada la persistencia del dolor gravativo lumbar, la piuria y a signos radiológicos de amputación del caliz inferior derecho con una imagen quística del polo inferior derecho, se le practica la nefrectomía parcial. Posteriormente continuo un año con INH.- PAS.-

Controlado periódicamente hasta la fecha el aparato urinario no presenta alteraciones.

Caso No 2: H. C. 2473 (7-IX-1962) A.A. de F., femenina de 23 años.

Antecedentes: esposo operado de T.B.C. pulmonar, personales S/P.-Presenta desde hace tres meses dolor lumbar derecho, hematuria total esporádica y piuria. El estudio mostró baciluria y lesiones T.B.C. en riñón derecho con una duplicidad pieloureteral.

Tratamiento: Con Estrepto. INH.- PAS. durante 7 meses. Dada la persistencia de la piuria se le práctica la heminefrectomía superior derecha. Continúa el tratamiento durante 18 meses.

Controlada periódicamente se nota estabilización de la lesiones radiológicas del hermi-riñón inferior.

Caso No3: H. C. 2122 (10XII-1961) A. de F., femenica de 30 años.

Antecedentes: Desde hace cuatro años intensa polaquiurea diurna y nocturna, con piuria abundante. El estudio mostró baciloscofia positiva con lesiones radiológicas de tipo cavitario y pielonefríticas en riñón izquierdo.

Tratamiento: Un año con Estrepto. INH.- PAS. Pese a la negativización de los cultivos persisten los síntomas y la piuria con lesiones radiológicas estabilizadas. Se procede a la nefrectomía polar superior izquierda. Continúa tratamiento con INH.- Pas. durante un año.

Controlada hasta la actualidad, lesiones radiológicas estabilizadas.

Conclusiones:

- 1º) El tratamiento con tuberculostáticos debe preceder al quirúrgico en 6 a 9 meses como mínimo, siempre que la vía excretora se encuentra permeable.
- 2º) El tratamiento con tuberculostáticos debe ser continuado en el post-operatorio hasta completar, según criterios de curación, el año a los dos años.
- 3º) Toda cirugía conservadora del riñón en la tuberculosis requiere la estabilización previa de las lesiones y la corrección de las estenosis de la vía canalicular.
- 4º) Consideramos a la nefrectomía parcial como la técnica quirúrgica más apropiada en caso de lesiones localizadas.
- 5º) La nefrostomía temporaria en los casos de insuficiencia renal severa en riñón único o tuberculosis bilateral, dará oportunidad a esperar una mejor situación general y urinaria para instituir, posteriormente el tratamiento quirúrgico más apropiada.

Resumen: Se presentan las consideraciones e indicaciones de la cirugía conservadora del riñón en la tuberculosis con las conclusiones de tres observaciones personales.

BIBLIOGRAFIA

- González R. y Corvalán Rocco L.- Tratamiento médico y quirúrgico conservador de la tuberculosis urinaria; VI Congreso Americano de Urología 1957.
- Puivert A.- La nefrectomía parcial, Rev. Arg. de Urología 1958, Nº 7-12.
- Wildbolz E.- La tuberculose renal; Medicine et Hygiene, Noviem. 1961.
- Wetterwald F.- Le traitement chirurgical conservateur de la tuberculose renal; Rapport au LVII Congrès de l'Association Francaise d'Urologie, Paris 1963.
- Puigvert A.- Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis reno-ureteral; Actualizaciones Nefro-Urológicas, La Plata, Octubre 1967.
- Saenz C. A. y Irazu J. C.- Consideraciones sobre la nefrectomía parcial; Rev. de la Soc. de Urolog. y Nefrología de la Pcia. Bs. As., Vol. 1, 1967.