

APORTE A LA TERAPEUTICA DE LA TUBERCULOSIS RENAL

Dres. Julio A. Márquez Bustos - Víctor Teiblum - Sr. Jorge E. Márquez

A un tema de tanta importancia y extensión como es el que ha de ocupar una Mesa Redonda deseamos incluirnos entre los que podamos aportar el fruto de nuestra experiencia. Y es así que comprendiendo lo vasto de aquel, sólo nos ocuparemos de un solo tipo de lesiones anatómo-patológicas y de su tratamiento. Las historias extractadas de ciertos pacientes podrían servir de premio para expresar nuestra modesta opinión. Son pacientes que presentaron un común denominador, la presencia de bacilos de Koch en la orina, un pasado pulmonar o pleural que nos acercara a un diagnóstico y una lesión similar en ellos que nos permite incluirlos en un mismo grupo.

El primero, H. C. de 22 años de edad, español, con un hermano fallecido de tuberculosis pulmonar, ha tenido una pleuresía en su país natal, que cree 12 años atrás. Ha concurrido a la consulta hospitalaria por hematuria, polaquiuria y febrícula. Orinas turbias, baciloscopia positiva. Año de observación 1957.

El segundo paciente es una mujer soltera, de 20 años de edad que consulta en 1960, por cistitis rebelde a todo tratamiento inespecífico, con una pleuresía serofibrinosa entre sus antecedentes.

La tercera, una mujer de 28 años de edad, soltera, con intenso proceso inflamatorio vesical. Relata una congestión pulmonar a los 14 años de edad. En esta última como la anterior presentan urobaciloscopia positiva. Además fue la única portadora de una úlcera vesical, crateriforme, muy próxima al meato ureteral derecho.

Las radiografías muestran lo siguiente:

No 1, simple s. part. Urg. excr., imagen cavitaria del polo superior, piriforme, del R, iz. sin otras lesiones aparentes.

Paciente No 2, en el urograma excr. en el lado derecho, coincidente con la ubicación de la úlcera vesical, caverna fungoide del polo superior en comunicación calicinal.

Enferma No 3, caverna redondeada del polo superior, lado derecho, con lesiones calicilares inferiores del mismo lado, borroneados sus contornos.

En una de las radiografías puede observarse la retracción de la parte derecha vesical, (Signo de Constantinesco) con su consiguiente asimetría.

Así esquematizados nuestros casos, debemos agregar que los mismos tenían una manifestación patológica semejante, una caverna renal.

Comenzamos de inmediato el tratamiento farmacológico combinado, a fin de disminuir al máximo la incidencia de la resistencia bacteriana (Lattimer J. K.)

La esterilización de los focos activos y la prevención de las complicaciones postoperatorias requieren siempre un tratamiento combinado.

Recurrimos al esquema clásico de estreptomycin un gramo diario durante cuarenta días, PAS 12 gramos diarios fraccionados asociados con Isoniacida dando el equivalente a 300 mgr. de este último.

No fueron necesarios cuarenta días de tratamiento para negativizar sus orinas, pese a lo cual se siguió con el plan establecido. Como a los enfermos 1 y 3 se comprobaba febrícula y experimentarían dolor se le propuso la nefrectomía parcial que se llevó a la práctica según corriente técnica.

El resultado de tal proceder demuestra con las radiografías postoperatorias que a continuación se ponen a la consideración de Uds. Los enfermos recuperados y reintegrados a sus tareas comunes son vigilados periódicamente.

APORTE A LA TERAPEUTICA DE LA TUBERCULOSIS RENAL

La paciente No 2, siguió un tratamiento de dos años, pues no sólo demostraba una caverna renal sino papilitis de otro cáliz, eso nos indujo a no efectuar el acto quirúrgico, y en la actualidad habiéndose casado y tenido dos hijos, sin ningún trastorno, se han limpiado sus lesiones caliciales persistiendo su cavidad, que en el caso de necesidad será extirpado si se logra vencer la resistencia manifestada por la enferma.

La evolución favorable, de los pacientes tratados quirúrgicamente, como de otros sometidos a la nefrectomía parcial, 18, que fuera relatado por uno de nosotros nos hace pensar lo mucho del tiempo transcurrido desde que se efectuaron las primeras nefrectomías como terapéutica extrema de una lesión T.B.C. renal; y que según Pousson manifiesta en su libro de Enfermedades de las vías urinarias, fueron realizados por Bryant en 1870 y Peters en 1872, "partiendo de un error de diagnóstico" y sólo después de 1880 entra en la práctica esa actitud quirúrgica con Habershon y de Czerny.

El mejoramiento de las técnicas utilizadas, así como el concepto anatomoclínico actualizado del proceso nosológico y las indicaciones precisas de tal proceder quirúrgico que como en nuestros casos se debieron:

1o) Al dolor y fiebre persistente.

2o) A la desaparición de los bac. de Koch.

3o) El aspecto del riñón que presentaba lesiones asociadas, y que hubieran llevado al fracaso la nefrectomía parcial; son elementos irrefutables que nos obliga a continuar por el camino trazado.

Como corolario no solamente se obtuvo la curación sino que cumplió con uno de los principios aconsejados por Wildbolz E, la abreviación de la misma.