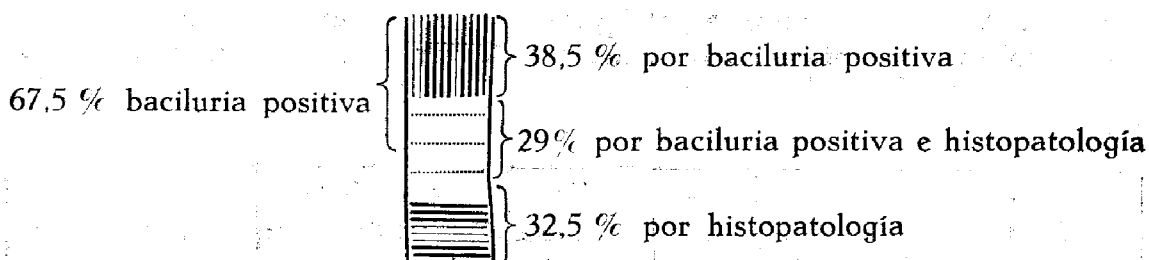


FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS EN UROLOGIA

Dra. IRUSTA, A. C. * y Dres. IRAZU, J. C., MAKLER, S., SOCOLOSKY R.

Muchas veces en la tuberculosis urinaria, la repercusión de la enfermedad sobre el cuadro clínico es escasa y lo que lleva al paciente a la consulta son síntomas triviales; pero la investigación de la infección tuberculosa en forma sistemática deparará más de una vez alguna sorpresa. El resultado de esa búsqueda a lo largo de cinco años con un total de 5.748 enfermos que consultan por primera vez, nos permitió confirmar en 31 pacientes esa etiología, encontrándose actualmente en estudio 186 enfermos con diagnóstico presuntivo.

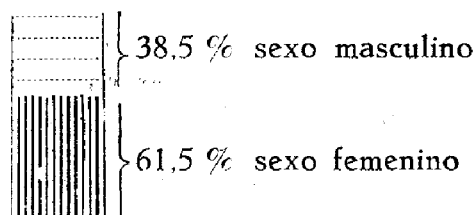
Entre los 31 enfermos, el diagnóstico de tuberculosis renal se obtuvo por baciluria en 12, por histopatología en 18 y en los 9 restantes por ambas pruebas positivas (fig. 1).



Urocultivo positivo para gérmenes comunes, pertenecientes a la flora mixta (*Bacilo coli-stafilococcus* y *coli-streptococcus fecalis*) se observaron en dos de los casos presentados con bacterio e histopatología positiva.

La edad promedio de los consultantes es de la cuarta década.

De los cuales diecinueve pertenecen al sexo femenino, y doce al masculino (fig. 2).



Con antecedentes personales de infección tuberculosa con otra localización en 11 y familiares en 6 (pulmonar, ósea o renal).

Motivada su consulta de acuerdo al orden de frecuencia:

Polaquiritia y disuria persistente	18	casos
Hematuria	7	"
Lumbalgia	6	"
Síndrome toxibacilar	4	"
Piuria	4	"
Cólico renal	3	"
Epididimitis	3	"
Uretritis	1	"
Prostatitis	1	"

Muchos de ellos con signos radiológicos de exclusión renal (12), estrechez ureteral e hidronefrosis (10), pielonefritis (4), lesiones bilaterales (6) e imágenes cavitarias (4).

Tratados seis con drogas primarias y 1 por resistencia a las mismas con cicloserina, etionamida y pirazinamida y control clínico exclusivamente.

Los 25 restantes fueron pasibles de tratamiento quirúrgico y médico. De los mismos: 14 fueron nefrectomizados, a 6 se les practicó plastia de la vía excretora, a 2 nefrectomía y plastia del uréter del riñón restante, 1 nefrectomía parcial y 1 resección de vaginal por paquivaginalitis.

De los mismos, se controlan actualmente por consultorio externo 12, en su mayoría con negativización de sus cultivos y detención de sus lesiones radiológicas, 1 en insuficiencia renal crónica y dos han fallecido como consecuencia de su enfermedad.

De los 186 enfermos con diagnósticos presuntivos que han iniciado su estudio, los datos que se han tenido en cuenta para seguir este criterio han sido la coincidencia de manifestaciones clínicas compatibles con este mal, con manifestaciones radiológicas sospechosas y/o con antecedentes ambiente-familiares de T.B.K. con otras localizaciones, preferentemente las pulmonares, con infecciones urinarias rebeldes a tratamientos habituales.

Teniendo en cuenta los datos anteriormente expuestos, la incidencia de acuerdo al sexo, nos da los siguientes valores: baciluria positiva: 13 femeninos; 8 masculinos; anatomía patológica: 15 femeninos, 4 masculinos, con coincidencia de baciluria y anatomía patológica 9 en las primeras; de los cuales recibieron solo tratamiento médico: 2 del sexo femenino y 5 masculinos y tratamiento combinado médico y quirúrgico en 17 femeninos y 7 masculinos (tabla nº 1).

Sexo fem.	Baciluria		Anat. Patológ.		Trat. Médico		Trat. Quir.	
	Total	Por ciento	Total	Por ciento	Total	Por ciento	Total	Por ciento
	13	41 %	15	48 %	2	6,5 %	17	55 %
Sexo mas	8	25 %	4	12,5 %	5	16 %	7	2 %

Tabla nº 1. Tabla comparativa por sexo de 31 pacientes de T.B.K. renal.

Consideraciones

La observación de los casos relatados nos permiten comprobar que en un 51 % los enfermos fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas radicales, en un 29 % a cirugía conservadora, quedando sólo un 20 % con tratamiento médico exclusivo, por lesiones iniciales unos y otros en casos extramadamente avanzados. Esto nos da la pauta, en nuestros casos, que el enfermo llegó a la consulta tardíamente, y nos permite pensar que el estudio exhaustivo y la búsqueda repetida del bacilo de Koch, sigue siendo la conducta aconsejada pero que, llegado el caso de lesiones radiológicas sospechosas, manifestaciones clínicas persistentes rebeldes a todo tratamiento, con o sin antecedentes ambiente-familiares, debe decidirse por la prueba terapéutica.