

CLASIFICACION DE LA TUBERCULOSIS URINARIA CORRELACION CLINICA RADIOLOGICA EVOLUTIVA*

Dr. Socolovsky, Rodolfo M. - Dr. Borgnia, Hugo

Resumen

Presentamos nuestra experiencia en 141 casos de pacientes con tuberculosis urinaria confirmada y proponemos su clasificación en 3 grupos que hemos denominado TBC urinaria activa mínima, TBC urinaria activa moderadamente avanzada y TBC urinaria activa muy avanzada. Encontramos que es posible definir netamente cada uno de los grupos, lo cual es de mucha utilidad en la práctica diaria, dado que nos posibilita prever curación, hacer pronósticos y anticiparse a las complicaciones.

Desde 1968 nos hemos hecho presentes en diversas oportunidades ante la Sociedad Argentina de Urología con aportes al tema de la TBC urinaria, y también desde esa época hemos encontrado una llamativa ausencia de clasificación de esta afección que tomara en cuenta el estado clínico, bacteriológico y radiológico del paciente.

Desde 1971 hemos estudiado, diagnosticado y tratado más de 140 casos de TBC urinaria, todos comprobados por el hallazgo del bacilo de Koch en el cultivo de la orina o por el informe anatomopatológico de las piezas quirúrgicas. A partir de esa experiencia es que hemos observado en estos pacientes una serie de particularidades en el desarrollo de esta afección en la vía urinaria, y en el ciclo evolutivo natural de la enfermedad, con las modificaciones que éste sufre bajo la terapéutica específica.

Desarrollo de esta afección en la vía urinaria. El riñón, uréter y vejiga desarrollan lesiones similares ante la agresión tuberculosa, evolucionando desde la formación del granuloma TBC hacia la ulceración y cavitación de las zonas afectadas, encontrándose en los casos más avanzados con la formación de abscesos caseosos y calcificaciones múltiples.

Desde el punto de vista del ciclo evolutivo de la enfermedad. El organismo, en su mecanismo de reparación y curación de las lesiones TBC, ya sea espontáneamente o bajo la acción del tratamiento específico, tiende a la cicatrización por fibrosis de las zonas afectadas, y esta modalidad produce en la vía urinaria estenosis a diversos niveles, por lo cual a veces la curación de la TBC se convierte en una afección aún más grave que la primitiva lesión específica. Todas estas características de desarrollo y evolución de la TBC presentan síntomas clínicos y signos radiológicos definidos en cada una de las fases de la enfermedad. Tomando en cuenta estos datos conocidos es que creemos posible efectuar una clasificación de esta afección que nos permitirá: realizar apreciaciones reales del estado actual del enfermo, dar pautas de tratamientos y posibilitar prever la evolución futura de los pacientes.

Material

Los pacientes que fueron objeto de estudio en el presente trabajo son aquellos diagnosticados y tratados a partir del año 1971 en el Hospital Vicente López y Planes (General Rodríguez, provincia de Buenos Aires, Argentina) (cuadro 1).

CUADRO 1

Pacientes con diagnóstico comprobado de TBC urinaria

Año	1971	72	73	74	75	76	77	78	79*
Número de pacientes ..	6	19	17	39	22	9	16	10	3*

* Hasta agosto de 1979. Total: 141 pacientes.

* Trabajo correspondiente al año 1980.

Método

1º) Se efectuaron todos los exámenes clínicos urológicos rutinarios. 2º) El urograma excretor se realizó al comenzar el tratamiento, a los 4 meses del mismo, a los 12 meses y al finalizar la terapéutica. 3º) La investigación del bacilo de Koch en la orina se llevó a cabo cada 3 meses con 3 muestras de orina, solicitando siempre al laboratorio el examen directo, cultivo y antibiograma de cada muestra.

Resultados

En los 141 pacientes estudiados con TBC en la vía urinaria confirmada, observamos características radiológicas y evolutivas que nos permitieron dividirlos en 3 grupos.

CUADRO 2

División de pacientes por grupos, características, número y porcentaje

Grupo	Características	Nº	%
1	Sin lesión radiológica	65	46*
2	Con lesión radiológica inespecífica	62	44
3	Con lesión radiológica específica	14	10

Grupo 1:

No observamos lesión radiológica al comienzo, durante o después del tratamiento. *Curaron sin secuelas* y los denominamos: "*Pacientes con tuberculosis urinaria activa mínima*".

Grupo 2:

Las lesiones radiológicas observadas fueron: imágenes de pielonefritis, atonía o hiperperistalsis ureteral, no específicas de TBC. *Curaron con tratamiento médico. Las imágenes radiológicas permanecieron estables (secuelas) o presentaron leve mejoría.* Los denominamos: "*Pacientes con tuberculosis urinaria activa moderadamente avanzada*".

Grupo 3:

Aquí se visualizan imágenes radiológicas clásicamente descritas como tuberculosas: cavernas, retracciones vesicales, estenosis de la vía excretora en diversos niveles, riñón mastic, etc. *Evolucionan bajo el tratamiento médico aumentando las estenosis y produciendo anulaciones funcionales. Necesitan tratamiento médico quirúrgico y curan con secuelas graves.* De los 14 pacientes de este grupo fueron operados 13, y el no operado falleció en insuficiencia renal por TBC. Los denominamos: "*Pacientes con tuberculosis urinaria activa muy avanzada*".



Figura 1. L. D. 1978. B. de Koch + en orina. Disuria y piuria. Rx estenosis calicilares y rigidez piélica izquierda.

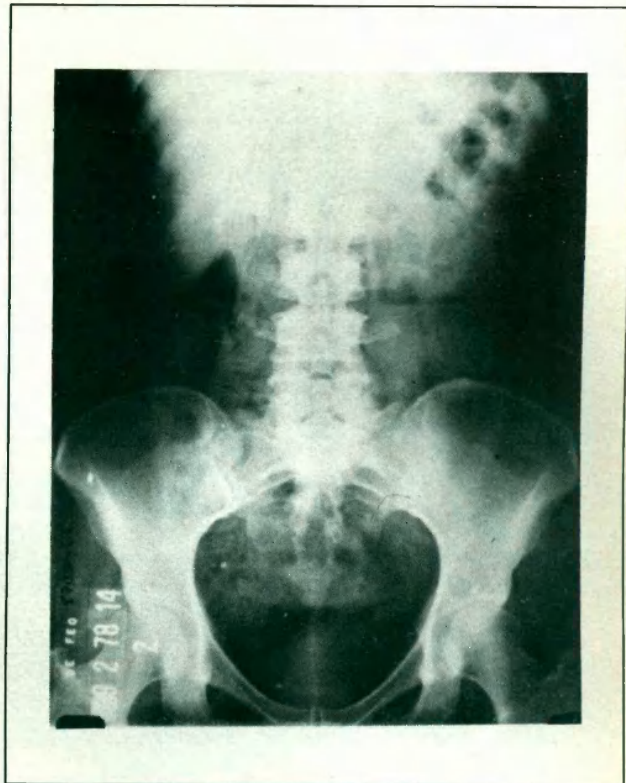


Figura 2. L. D. 1979. Bajo tratamiento médico, exclusión renal izquierda.

Conclusiones

Hemos podido encasillar a los pacientes estudiados en 3 grupos que pensamos están claramente definidos, tanto por las lesiones halladas como por su evolución y respuesta al tratamiento. Usamos para denominarlos una adaptación de la terminología de la clasificación internacional de la TBC pulmonar, que a nuestro entender expresa satisfactoriamente la correlación que existe entre la magnitud de las lesiones encontradas y su previsible evolución (cuadro 3).

CUADRO 3

Número de pacientes y porcentaje por grupo según la clasificación propuesta

Número de pacientes	TBC urinaria Activa Mínima	TBC urinaria Activa Mod. Avanzada	TBC urinaria Activa Muy Avanzada
141	65	62	14
100 %	46 %	44 %	10 %

Pacientes con TBC urinaria activa mínima: 65 casos.

Curan con tratamiento médico sin secuelas. No necesitan tratamiento quirúrgico.

Pacientes con TBC urinaria activa moderadamente avanzada: 62 casos.

Curan con tratamiento médico. No necesitan tratamiento quirúrgico. Las lesiones radiológicas encontradas al iniciar el tratamiento permanecen estables.

Pacientes con TBC urinaria activa muy avanzada: 14 casos.

Necesitan tratamiento médico y quirúrgico. Curan con secuelas. Es necesario efectuar urograma excretor cada 30 días a partir del diagnóstico para establecer el momento quirúrgico apropiado. Control quincenal de la función renal.

Por lo hasta aquí expuesto, proponemos adoptar la siguiente clasificación de los pacientes con TBC urinaria activa:

Mínima	→	Síntomas urinarios +. Bacilo de Koch en orina + No se observa lesión radiológica.
Moderadamente avanzada	→	Síntoma urinario +. Bacilo de Koch en orina +. Lesión radiológica inespecífica: pielonefritis, atonía o hiperistalsis uteral.
Muy avanzada	→	Síntomas urinarios +. Bacilo de Koch en orina +. Lesión radiológica específica: exclusión renal, cálices en bolas, cavernas, estenosis de la vía excretora a diversos niveles, retracción vesical, riñon mastic, etc.

Bibliografía

Dr. Socolovsky y col.: Inv. de la TBC G.U.
Rev. Arg. de Urol., año 1975, vol. XLIV, pág. 48.