

## LA TUBERCULOSIS GENITOURINARIA NUESTRA EXPERIENCIA EN SU TRATAMIENTO

Por los Dres. R. GONZALEZ, J. M. GOMEZ y A. L. FERNANDEZ

Hemos revisado un total de 2080 fichas clínicas correspondientes a otras tantas internaciones en el Servicio de la Cátedra de Clínica Génitourinarias de la Facultad de Medicina de Córdoba, de cuyo total se desglosaron las que corresponden a la enfermedad que nos ocupa. La cifra está integrada por 1540 hombres y 540 mujeres, vale decir, por el 74,1 % y el 25,9 % respectivamente. Su edad promedio, referida a las tuberculosis observadas, oscilaba entre 25 y 35 años integrando estos 84 pacientes el 4,03 % del total de las uropatías tratadas. Sobre este número de 2080, se observaron:

Tuberculosis génitourinarias, en el 4,6 % de los hombres.

Tuberculosis urinaria, en el 2,2 % de las mujeres. (Fig. 1).

Resulta llamativa la escasa proporción de esta enfermedad en nuestros enfermos urinarios internados. Destacamos el hecho.

Un poco arbitrariamente y para comodidad de la exposición, la hemos dividido en tres categorías, como sigue:

Formas genitales puras, vistas en el 37,8 %.

Formas urinarias puras en el 34,1 %.

Formas mixtas genitourinarias, en el 28,1 %.

No fué observada ninguna forma claramente genital en las mujeres.

Las formas urinarias puras fueron tuberculosis renales, casi en su totalidad clínicamente unilaterales y casi todas también con su llamativa localización vesical "de alarma", motivo habitual de la consulta. Entre las tuberculosis renales, las observadas más frecuentemente fueron las úlceras-caseosas así diagnosticadas de acuerdo a su estudio radiológico y anátomo-patológico. Por excepción se sorprendieron las más tempranas.

Las genitopatías tuberculosas en hombres, consideradas "puras" al descartarse por los medios rutinarios de diagnóstico cualquier lesión en el tramo urinario, se manifestaron con las siguientes distintas localizaciones:

Prostatitis, como entidad nosológica autónoma, en el 3,4 %.

Ninguna espermatocistitis de este carácter.

Orquiepidídimo-deferentitis, en el 17,2 %.

Orqui-epididimitis, en el 17,2 %.

Epididimitis, en el 15,5 %.

Formas compuestas, en el 46,7 %.

Estas últimas están integradas por aquellos enfermos, muy frecuentemente observados según se ve, en que ambos sistemas, secretor y excretor genital, estaban interesados en mayor o menor medida, particularmente la próstata y las vesículas seminales.

El antecedente del traumatismo fué recogido en la mayor parte de los casos, siendo la aparición y marcha de la enfermedad tórpida y pobre en síntomas. El examen demostró la existencia de fístulas escrotales provenientes de epidídimo, testículo o de ambos órganos en la mayoría de estos enfermos, algunas activas y otras, las menos, regresando. Por excepción fueron palpables zonas amplias de fluctuación en la próstata.

La enfermedad apareció como un simple componente en medio de un grave cuadro general tuberculoso o como una alejada manifestación vinculada a un proceso pleuropulmonar de naturaleza bien definida y concretada. Pero en un gran número de casos no fué posible establecer el remoto punto de partida de la localización actual. También por comodidad del relato, ya que la clasificación es objetable desde el estricto punto de vista etiopatogénico, hemos dividido a nuestros enfermos como habiendo presentado su urogénitopatía en dos períodos, referidos éstos a la enfermedad tuberculosa de fondo:

Forma genital pura	{ 2º período, el 14,7 %
	{ 3º período, el 85,3 %
Forma urinaria pura	{ 2º período, el 13,7 %
	{ 3º período, el 86,3 %
Destaca la similitud de las cifras.	
Formas mixtas	{ 2º período, el 14,2 %
	{ 3º período, el 85,8 %

Cabe aquí formularse la misma reflexión. No parece haber ni una localización claramente electiva en una parte cualquiera del aparato génito-urinario ni un mecanismo de aparición más breve o más tardío relacionado con la topografía observada. Resulta igualmente digno de destacar que en las fases de menor defensa, cuando la infección tiene un carácter invasor en razón del bajo índice inmuno-biológico no aparezcan estas localizaciones, haciéndolo de preferencia en las etapas terciarias.

También hemos considerado el estallido de la tuberculosis génito-urinaria precisando si fué vista como un simple fenómeno clínicamente de importancia secundaria, o como la afección preponderante, sino única. Así, hemos comprobado:

Aparición como fenómeno secundario, en el 25,3 %.

Como forma clínica preponderante, en el 74,7 %.

En amplia medida a veces surgía de manera indudable de los antecedentes y del examen general del enfermo, que denunciaba en largos períodos localizaciones sucesivas y variadas pero típicas. Otras, el carácter clínico de la génito-uropatía asociado a la presencia de una tuberculosis activa pulmo-

nar o pleuro pulmonar, permitían un diagnóstico presuntivo muy probable. Pero siempre y antes de someter al enfermo a una terapéutica quirúrgica, se ha procurado obtener la absoluta certidumbre etiológica. Así, los diagnósticos fueron practicados:

Atendiendo preferentemente a su carácter clínico, en el 25,6 %.

Confirmado bacteriológica o histopatológicamente, en el 74,4 %.

Conviene agregar que la mayor parte de los enfermos con diagnóstico puramente clínicos fueron sometidos a tratamientos médicos diversos, específicos o inespecíficos. También en estos casos las formas clínicas no ofrecían la aparente gravedad de aquellas en que el bacilo era investigado y encontrado sin mayores inconvenientes.

El tratamiento del enfermo tuberculoso génito-urinario y la efectividad del mismo deben ser apreciados muy prudentemente, particularmente por la característica morbosa de actuar por empujes evolutivos, separados unos de otros por largos períodos. Solo nos es posible dar cuenta aproximada de los pacientes internados y operados y aún así, su "seguimiento", el "followingup" que los países de habla inglesa para su fortuna, realizan, en nuestro medio es extremadamente difícil y nunca o casi nunca abarca un espacio de tiempo lo suficientemente dilatado como para poder presentar resultados definitivos. En este caso nuestro, el más afortunado, de los pacientes internados, casi diríamos que la referencia a la efectividad del tratamiento solo cubre un lapso de semana. Por excepción el enfermo es visto uno o más años después. Y lo que decimos de los internados debe entenderse aún en peores términos de los enfermos vistos y tratados en los consultorios externos. Con estas reservas, haremos algunas consideraciones en torno de este tema en cuanto se vincula con nuestra experiencia. Los tratamientos impuestos lo han sido:

Formas genitales puras	}	Médico, en el 70,5 %
(Fig. 2)		Quirúrgico, en el 29,5 %

En las formas atendidas médicamente, estaban comprendidos un buen número de pacientes quirúrgicos que por diversas causas no pudieron ser intervenidos.

Formas urinarias puras	}	Médico, en el 51,7 %
		Quirúrgico, en el 48,3 %

Resulta así proporcionalmente mayor el número de enfermos intervenidos y afectados por formas urinarias que aquel por formas genitales. Pareciera que el carácter más alarmante y penoso de las formas puramente urinarias, la piuria, la hematuria y de modo muy particular la cistitis, tienen por sí mismas tal fuerza de convicción que la labor del médico resulta accesoriamente facilitada.

En cambio en las formas mixtas, que ya por este hecho presuponen una mayor virulencia del bacilo o un desfallecimiento del índice inmuno-biológi-

co y que otras coexisten con lesiones activas pulmonares, por cierto de importancia preponderante, hacen que las cifras varíen de manera significativa.

Formas mixtas ..... } Médico, el 79,1 %  
 } Quirúrgico, el 20,9 %

Naturalmente, en estos casos hemos considerado que la contaminación genital era tributaria de la anterior urinaria, y nos hemos atendido en cuanto a la conducta quirúrgica a la vieja experiencia que demuestra al mejoría del tramo genital enfermo secundariamente al extirparse el foco urinario desde el cual, siguiendo la vía de los canaliculos, fué infectado y lo continuará siendo mientras persista.

Del total de nuestros enfermos han sido intervenidos quirúrgicamente

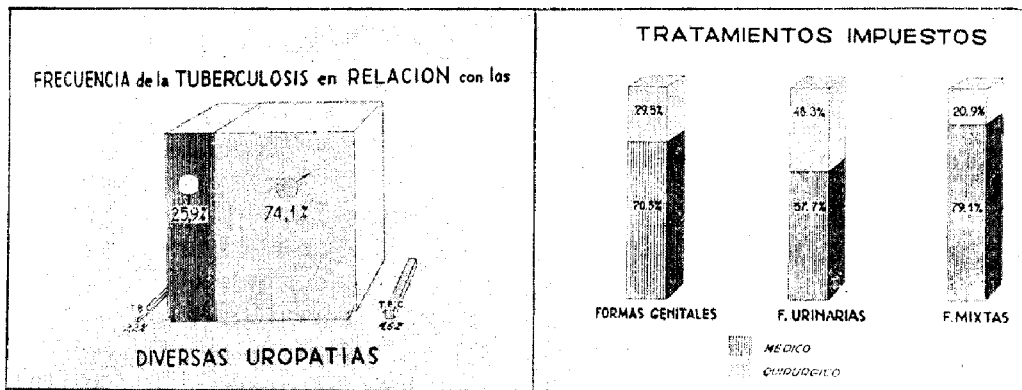


Figura 1

Figura 2

el 33,3 %. De esta cifra, el 89,6 % ha sufrido una mutilación más o menos grave. Es claro que la exéresis total del órgano afectado se refiere, en nuestros casos, a las formas que hemos llamado un poco libremente, "genitales puras" y "urinarias puras". Las mixtas han sido abordadas como se dijo más arriba. Por excepción nos hemos visto obligados a tratar algunas secuelas del acto quirúrgico: ureterectomía por fistulas persistentes; denervación vesical por rebeldía de alguna grave cistitis residual. Las operaciones por nosotros practicadas han sido las clásicas, no habiendo tenido ni deseo ni ocasión de practicar ninguna heminefrectomía, por ejemplo:

En los últimos tiempos, la antibioterapia administrada en el pre y post-operatorio inmediato, de manera muy especial la estreptomina y la dihidroestreptomina, en dosis totales de 20 a 30 gramos y diarias de 1 gramo nos ha parecido de suma utilidad, con alguna rara excepción que comentaremos.

Sobre los enfermos intervenidos hemos observado en las formas genitales puras y hasta dónde alcanzó nuestra observación en el tiempo, la obvia curación completa, a veces con alguna secuela fistulosa tratada exitosamente con

la medicación específica. En estas formas calificamos como curados a aquellos enfermos en que la intervención no fué seguida de una nueva localización en otra parte del tramo génito-urinario o a distancia. La posibilidad de desencadenar una siembra hematógena a raíz del acto quirúrgico puede considerarse relativamente remota, siempre que la indicación operatoria sea correcta en todos y cada uno de sus componentes. Hemos observado: (Fig. 3).

Formas urinarias } Curados, el 69.2 %  
 } Estacionarios (cistitis rebeldes, p. e.) } el 30.8 %  
 } Empeorados (siembra. Otra localización)

Insistimos en que resulta absurdo hablar de mejoramiento de una nefropatía tuberculosa que afecta a un solo riñón cuando éste se extirpa. Así, debe considerarse que el 69,2 % no volvió a experimentar molestias urinarias y que

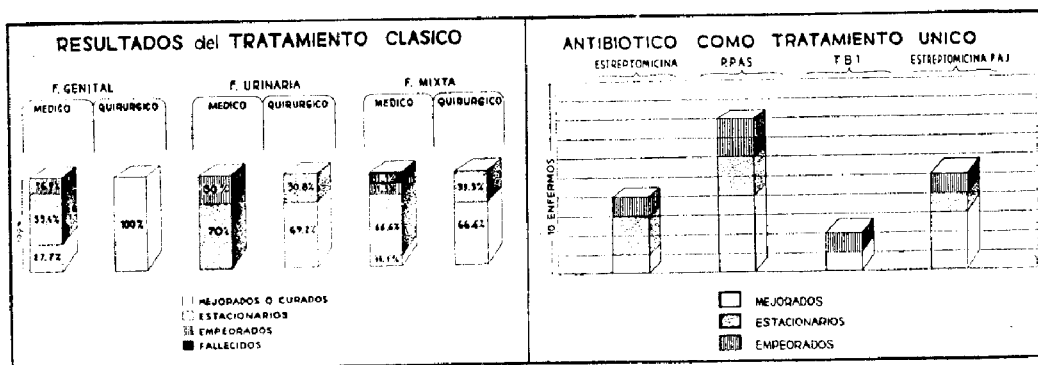


Figura 3

Figura 4

el 30,8 % durante el tiempo de observación ulterior, presentó alguna otra localización, o como en las formas cistíticas, esta manifestación fué extraordinariamente rebelde. Dos casos, particularmente, ilustrarán lo que aclaramos:

Una enferma con tuberculosis renal unilateral e intensísima cistitis, fué nefrectomizada. El cuadro vesical persistió, resistiendo a los antibióticos específicos, por cuya razón hubo que denervar la vejiga (operación de Richer), con lo que obtuvo una sensible mejoría vesical pero no la curación completa.

Otro enfermo, nefrectomizado, días después de la intervención y bajo la cubierta protectora de la estreptomycin, presentó algunas hematurias clínicamente renales. El enfermo se ausentó y no fué visto posteriormente. La ausencia de lesiones groseras vesicales comprobada anteriormente, la aparente integridad del otro lado, el carácter clínico del cuadro y la baciloscopia en orina positiva en el curso del episodio que relatamos, hicieron pensar razonablemente o en la existencia de una tuberculosis inaparente en el lado supuesto sano o en la contaminación del mismo, ambas cosas teóricamente imputables al acto quirúrgico. Así, este enfermo integra la categoría de empeorados. Las

cifras porcentuales aparecen quizá muy altas, pero debe tenerse en cuenta que el total de esta serie sólo comprende 13 nefrectomías.

En las formas mixtas, sobre el total de enfermos que integra esa denominación, el 66,6 % ha mejorado de las lesiones concomitantes no tratadas directamente por medios quirúrgicos. El 33,3 % ha permanecido en estado estacionario.

La mortalidad en nuestros operados ha sido nula, cuando menos aquella presente en el acto quirúrgico y la referida al post-operatorio inmediato, de tres a cuatro semanas después aproximadamente.

El antiguo tratamiento médico-uroológico, probablemente y ahora de excepción atendiendo a la experiencia de países en que se emplean en gran escala los antibióticos, lo hemos empleado sistemáticamente como un elemento auxiliar, inclusive en los operados. El tratamiento médico específico integra otra categoría. Las dos grandes ramas de este tipo de tratamiento las entendemos como sigue:

1. *Tratamiento higiénico-dietético y farmacológico no específico.* — En él se aunan las indicaciones rutinarias y generales de la enfermedad tuberculosa. El régimen alimenticio rico y completo, incluyendo hasta en las formas renales la ingestión suficiente de prótidos, indispensables en este tipo de afección, agregando algunos medicamentos, calcio y extractos hepáticos, y algunas sustancias alimenticias complementarias, vitaminas A, B, C, D, etc.

Incluimos en esta categoría algunos enfermos tratados con las normas aconsejadas por Charpy altas dosis de vitaminas D2 y calcioterapia, sin que hayamos observado un beneficio tan claro que nos sugiriese su generalización.

2. *Antibioterápico específico.* — En un comienzo recurrimos a la estreptomina y posteriormente a la dihidroestreptomina. Cuando dispusimos del fármaco empleamos el ácido para-amino-salicílico y la tosemicarbazona conocida como T. B. 1, Contebén o similares. Este tipo de terapéutica encierra las máximas esperanzas, pero múltiples dificultades ajenas a nuestra intención han conspirado para que nuestra experiencia en este aspecto no pueda ser ni extensa ni concluyente.

En la primera categoría mencionada y del total de pacientes atendidos médicamente por una u otra causa hubo de instituirse este tratamiento inespecífico, expectante y tantas veces inoperante en formas característicamente quirúrgicas. El 66,6 % de las indicaciones médicas fueron de esta categoría.

El restante 33,3 % fué sometido a la medicación específica señalada. En esta cifra no se incluye el tratamiento antibiótico pre y post-operatorio. Nos hemos atenido en cuanto a las indicaciones y a la dosificación a lo aceptado universalmente.

En aquellos pacientes en que hubo de efectuarse tan sólo el tratamiento médico-uroológico inespecífico, los resultados obtenidos en el tiempo de observación disponible pueden sintetizarse así:

Forma genital pura . . . . .	}	Clinicamente mejorados, el 27,7 %.
		Estacionarios, el 55,4 %.
		Empeorados, el 16,9 %.

Formas urinarias puras	{	Estacionarios, el 70 %.
	{	Empeorados, el 30 %.
Formas mixtas	{	Mejorados, el 11,1 %.
	{	Estacionarios, el 66,6 %.
	{	Empeorados, el 11,1 %.
	{	Fallecidos, el 11,2 %.

Fácilmente se aprecia en estas cifras que las formas genitales puras son las que mejoran con alguna frecuencia: que las urinarias, dado el poco tiempo de observación, permanecen dudosamente estacionarias y que las mixtas, evidentemente, son las que ofrecen peor pronóstico.

En cuanto se refiere a nuestra corta experiencia, 19 enfermos, en que se instituyó como tratamiento exclusivo la antibioterapia, los resultados son como se leerá. Fueron aconsejados los siguientes tratamiento-tipo:

*Estreptomicina o dihidroestreptomicina.* — 1 gramo, series de 25 a 30 gramos, repetidas hasta completar 80 ó 100 gramos, intercalando cortas pausas entre una y otra.

*Acido para-amino-salicílico (P.A.S.).* — Grs. 0,15 a gramos 0.20 por kilo de peso y por día durante 5 días a la semana, completando una cantidad total de alrededor de los gramos 1000 en ácido libre.

*T. B. C. (0 Contebén, etc.).* — Dosis diarias prudente y paulatinamente crecientes desde 25 mm. hasta 200 mm. mantenidas, salvo incidentes, 3, 4, o más meses.

Hemos indicado la estreptomicina y el P. A. S. preferentemente en las formas que afectaban el parénquima renal, aisladamente o combinados y en este caso a las dosis ya señaladas para cada uno de ellos.

Asimismo la indicación es correcta para las formas genitales. En las que sólo afectaban superficies como en el caso de las cistitis residuales, el T. B. 1. En este lote fueron tratados con:

Estreptomicina, 4 enfermos. P. A. S., 8. T. B. 1., 2 y la combinación Estreptomicina-P. A. S., 5. (Fig. 4).

Sobre estos enfermos así tratados:

Mejoraron, 1 con estreptomicina; 4 con P. A. S.; 1 con T. B. 1.; 3 con la combinación estreptomicina-P. A. S.

Permanecieron estacionarios 2 enfermos tratados con estreptomicina; 2 con P. A. S. y 1 con la combinación estreptomicina-P. A. S.

Empeoraron 1 enfermo con estreptomicina; 2 con P. A. S.; 1 con T. B. 1 y 1 con estreptomicina-P. A. S.

En esta serie no hubimos de registrar ningún fallecido.

Como en el tratamiento médico inespecífico, también aquí las formas más susceptibles de mejorar ya que ninguna curación completa podemos asegurar, son las genitales puras. Un paciente con una tuberculosis renal bilateral experimentó una muy notable mejoría de su estado general, desapareciendo episódicamente los bacilos de la orina pero sin modificación apreciable de su estado radiológico.

## CONCLUSIONES

1. Sobre un total de 2.080 pacientes urológicos, sólo se han observado 84 tuberculosis génito-urinarias, el 4,03 %. Debe observarse que esta baja cifra ha sido obtenida en un centro fuertemente contaminado (Córdoba R.A.).

2. Esta forma de tuberculosis fué vista más del doble de las veces en hombres (4,6 % de ellos), que en mujeres (2,2 %).

3. Aproximadamente las localizaciones puramente genitales, aquellas tan sólo urinarias y las dos combinadas se han observado en proporciones comparables: 37,8 %: 34,1 % y 28,1 %, respectivamente.

4. Las formas genitales compuestas en la que infección compromete gran parte a todo el tramo, fueron observadas en casi la mitad de los casos de tal localización (46,7 %): las epididimitis, orqui-epididimitis y orqui-epididimo-deferentitis en proporciones semejantes entre sí y raramente las prostatitis pura y clínicamente autónoma.

5. En franca relación con un foco o focos evolutivos en otra parte, e integrando secundariamente un cuadro general, han sido vistas algo más de la cuarta parte de los enfermos, estando en su mayor proporción, casi las tres cuartas partes, aquellos que la aquejaban como afección fundamental.

6. En diagnóstico fué ratificado de manera indudable, por métodos analíticos en el 74,4 %.

7. Fueron sometidos a tratamientos médicos el 70,5 % y quirúrgicos el 29,5 % de las formas genitales, siendo respectivamente en el 51,7 % y el 48,3 % para las formas urinarias y el 79,1 % y el 20,9 % para las mixtas.

8. Sobre los enfermos intervenidos no hemos debido lamentar mortalidad siendo la mayor parte de ellos sometidos a la antibioterapia específica pre y post-operatoria, con evidentes buenos resultados. Han curado el 69,2 % quedando con secuelas o presentando ulteriormente otra localización el 30,8 %. Esto es válido para las nefrectomías realizadas. Las formas genitales puras han curado sin nuevas localizaciones y las mixtas, en cuanto se refiere a las no atacadas quirúrgicamente, han retrogradado en las dos terceras partes.

9. Cuando la indicación correcta o la eventual fué el tratamiento clásico higiénico-dietético, las mejorías observadas fueron las menos, quedando la mayor parte de los enfermos por cierto tiempo estacionarios o empeorando francamente, algunos hasta la terminación fatal por formas generalizadas. Las mejorías sólo se refieren a las formas genitales.

10. En una corta serie de enfermos que se practicó el tratamiento exclusivo antibioterápico, menos del 50 % han mejorado, empeorando en alguna menor proporción y manteniéndose el resto estacionario. La combinación estreptomycin-P. A. S. parece ser la mejor terapéutica de este tipo. No presentamos sin embargo, ninguna curación completa documentada.

11. Comparando las cifras aportadas, evidentemente la tuberculosis génito-urinaria es aún ampliamente tributaria de la cirugía, mejorando los resultados de ésta la antibioterapia específica, cuyo uso como tratamiento exclusivo debiera reservarse a ciertas formas genitales o urinarias o a aquellas de otra o igual naturaleza reputadas como no quirúrgicas.