

Policl. Alvear. Servicio de Urología
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco.

EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES UROGENITALES RESISTENTES A LOS ANTIBIOTICOS

Por los Dres. A. TRABUCCO, F. J. MARQUEZ y R. J. BORZONE

El fracaso de los tratamientos efectuados en pacientes portadores de uretritis, prostatitis y vesiculitis, primitivamente blenorragicas o no, simples o combinadas y con o sin repercusiones generales, fué lo que nos llevó a agotar el estudio de estos enfermos.

Así es como iniciamos el estudio bacteriológico completo de la secreción uretral, del sedimento de la orina y del esperma, contando para ello con la entusiasta colaboración del Dr. E. Filippi, quien se encargó de los exámenes, autovacunas y controles.

Nos llamó la atención la presencia del estafilococo var. Albus y la rareza de otros gérmenes como el colibacilo, proteus, enterococo y estreptococo y fué aquel agente, habitualmente saprófito, que nos decidió orientarnos hacia el tratamiento biológico.

El primer problema a resolver fué el de elegir la vacuna adecuada, inclinándonos hacia la autovacuna, en base a la multiplicidad de cepas existentes con poderes antigénicos distintos.

La preparación de esta vacuna se hace con material recogido de la uretra, arrastrado por la orina o contenido en el esperma y cultivado en medios apropiados para la individualización de la flora completa.

Una vez obtenidos los gérmenes en estado de pureza se atenúa su virulencia con ácido fénico y luego se hacen las suspensiones en concentraciones que varían de 1.000 a 10.000 millones por cc. Habitualmente preferimos las de 3.000, 7.000 y 10.000 millones, en frascos de tapón pertorable de 20 cc. cada uno.

Comenzamos la aplicación de la vacuna con 0,05 cc. de la concentración más baja y aumentamos la dosis de acuerdo a las reacciones generales obtenidas y en razón a la potencia, reforzando la curación bacteriológica con la administración de antibióticos, teniendo preferencia por aquellos que no solamente tengan acción sobre los gérmenes que provocaron la afección sino también por los que aun no habían sido administrados, con el objeto de evitar la posible resistencia orgánica a dichos medicamentos.

En esta forma hemos tratado a 56 pacientes en el término de 4 años., de los cuales 13 presentaban uretritis recidivantes, 5 uretoprostatitis, 29 prostatovesiculitis y 9 prostatitis con síndromes generales asociados o no a

relación sexual, y cuyos antecedentes van desde los tres meses hasta los catorce años.

CONSIDERACIONES

El tratamiento de una prostatitis o prostatovesiculitis o uretritis crónica, por medios físicos, químicos o antibióticos no llega, en el caso de ser producidas por un germen saprófito o poco virulento, a la curación bacteriológica, pues el problema reside no en el germen sino en el terreno.

Por lo tanto éste es el que hay que modificar primero, en forma tal que podamos actuar sobre el germen patógeno.

Cuando en un órgano mal drenado como sucede con la próstata y vesículas seminales, se inocula un germen poco virulento, la reacción del organismo es de acuerdo a esa virulencia, por lo tanto el ataque defensivo es mínimo, la única reacción visible es la encapsulación y la fibrosis, formándose así perfectos nidos microbianos a través de cuyas membranas no podemos actuar satisfactoriamente.

Es conocido por todos nosotros que una prostatitis crónica nodular por medio de la masoterapia o la proteínoterapia solas o combinadas a los quimioterápicos y antibióticos, nos muestra una curación clínica, pero es muy frecuente que el enfermo portador de dicho proceso vuelva a la consulta en un lapso no muy largo.

Por lo tanto lo indispensable no es llegar a la curación clínica solamente sino también a la curación bacteriológica y es por eso que necesitamos actuar sobre el foco y también sobre el organismo que tolera ese foco inflamatorio y no se defiende correctamente del agente productor de la lesión.

Además, la irritación permanente de las toxinas microbianas llevan a un estado de sensibilidad orgánica con respuestas desmesuradas y generales, como sucede en los casos 48 a 56, en que el foco séptico tratado en la forma corriente corrige la parte clínica focal pero no la general.

Es solamente buscando la desensibilización que se consigue la mejoría necesaria y esa desensibilización debe hacerse con vacunas obtenidas del germen productor de la lesión.

Así pues, el primer paso fué la desensibilización del paciente y el segundo fué buscar la reactivación del foco con el objeto de reagudizar el proceso y consecutivamente las defensas, en forma tal de poder usar convenientemente los antibióticos que disponemos en la actualidad.

La desensibilización la obtenemos con la inyección de pequeñas dosis de autovacunas comenzando con 0,05 cc. por vía subcutánea profunda y la aumentamos progresivamente siempre que no haya reacción general, lo que se manifiesta por temperatura, quebrantamiento general, hiperestésias, etc. En caso que esto suceda se procede a disminuir las dosis hasta encontrar lo que no traiga modificaciones.

Como ya dijimos las concentraciones que preferimos son las de 3.000 5.000 y 10.000 millones. Si 0,05 cc. de la primera dan reacción hacemos una nueva solución de 1 cc. de ésta e 9 cc. de suero fisiológico con lo que llevamos dicha concentración a 300 millones solamente. En ningún caso hubo necesidad de buscar menor concentración de gérmenes.

Si la tolerancia es buena, el aumento de dosis es progresivo y rápido, pasando cuando llegamos a 1 cc. o al 1,5 cc. al frasco siguiente. No es conveniente hacer inyecciones de más de 1,5 cc., pues el fenol que se usa como conservador, puede provocar reacción local habitualmente muy dolorosa.

En la progresión del tratamiento el examen clínico revela la rápida mejoría de la sintomatología, que llega habitualmente hasta la desaparición de la secreción uretral, pero con las dosis de 7.000 y 10.000 millones se observa la aparición de turbidez en la orina, nuevo aumento de los trastornos miccionales caracterizados por polaquiuria solamente o por micción imperiosa. Es en este momento que el examen de la próstata y de las vesículas seminales nos muestra una disminución de la consistencia, regularización de la superficie y aumento de la sensibilidad de la glándula. Consideramos a esto como una reagudización y es el momento en que indicamos los antibióticos, tratando la reacción prostática como una prostatitis subaguda.

La elección del antibiótico depende generalmente de la medicación efectuada anteriormente, preferimos no insistir en el uso de una droga ya inyec-

LOCALIZACIONES	CASOS	CURACIONES	RECIDIVAS	SIN MODIFICACIONES
URETRA	13	9 (69,23%)	2 (15,38%)	2 <i>aún en tratamiento</i>
URETRA Y PROSTATA	5	5 (100%)	-----	-----
PROSTATA	29	27 (93,10%)	-----	2 (6,90%)
PROSTATA Y REACCIONES GENERALES	9	8 (88,88%)	-----	1 <i>mejoría</i>
TOTALES	56	49 (89,28%)	2 (3,57%)	4 (7,14%)

Cuadro N.º 2

tada o ingerida hasta que podamos, en forma segura y cómoda saber si ese medicamento es o no destruido por el organismo o resistido por el germen patógeno.

Queda por fin, el último detalle a cuidar para obtener todo el beneficio que nos da este tratamiento y es el examen ginecológico de la mujer, pues es necesario fundamentalmente para afianzar la curación el evitar las reinfecciones.

RESULTADOS

Se han tratado 13 pacientes con uretritis recidivantes provocadas por estafilococos var. *Albus* obteniéndose 9 curaciones, lo que nos da un porcentaje del 69,23 %: 2 recidivas, es decir, el 15,38 % y dos que aún están en tratamiento.

En 5 enfermos se encontraban afectadas la uretra y la próstata y en ellos se obtiene un 100 % de curaciones.

El mayor grupo lo constituyen las localizaciones prostáticas que llegan a 38, de las cuales 9 se acompañan de reacciones generales de tipo reumático, hiperestésico o cutáneo y las demás son prostatitis simples.

De éstas se han obtenido 27 curaciones o sea el 93,10 % y 2, 6,90 % no se modificaron. De las 9 prostatitis con reacciones generales se obtienen 8 curaciones que significan el 88,88 % y una mejoría del estado reumático que representa el 11,12 %.

CONCLUSIONES

I) En una infección urogenital resistente a los antibióticos debe investigarse la flora microbiana completa de la secreción uretral, del sedimento de la orina y del esperma.

II) La presencia del estafilococo var. *Albus* debe tratarse por medio de autovacunas con el objeto de desensibilizar el organismo y si es posible de reagudizar el foco.

III) Obtenido lo anterior, tratar de usar un antibiótico que aún no hubiera sido inyectado o ingerido.

IV) Practicar el examen ginecológico y el tratamiento adecuado de la mujer.

DISCUSION

Dr. Tomás Del Porte. — Me parece muy interesante la comunicación de los doctores Márquez, Trabucco y Borzone, sobre el tratamiento biológico de las uretritis recidivantes y resistentes a todos los antibióticos.

Entiendo que es de interés señalar la trascendencia de un foco séptico a nivel de la próstata. Sabemos que una blenorragia complicada ha contaminado, indefectiblemente, algunos acinos glandulares prostáticos. Pasado un período de tiempo, a veces relativamente largo, 20 ó 30 años, reaparecen en estos pacientes trastornos de la prostatitis crónica y tratarla mediante electrocoagulación y la apertura de esos focos.

A nivel de la próstata existen los abscesos que los franceses han llamado en cuello de botella, los que, si no son abiertos ampliamente, aun cuando se siga tratamiento general y tocai con antibióticos, volverán a eliminar secreciones.

Dr. Leónidas Ribaudi. — Cuando era Jefe de Dispensario, como no teníamos un laboratorio adecuado para la preparación de autovacunas, hacíamos autouroterapia. Usábamos como antiséptico el éter.

No dejo de reconocer que es un tanto empírico, pero estábamos movidos por el criterio que anima al doctor Trabucco. Poníamos orina en un tubo de ensayo, se agitaba esa mezcla: a las 24 horas se la volvía a agitar. A las 48 horas, volvía a ser agitada y se esperaba que decantara, sacando de la orina la cantidad que necesitábamos, uno, dos o tres décimos. Se inyectaba por vía intramuscular. Nunca hemos tenido inconvenientes. Hemos visto así la mejoría de los enfermos desde el punto de vista de su secreción. Una vez que habíamos conseguido el aumento de la defensa, empezábamos nuevamente con los antibióticos. De ese modo, curaban.

En el Hospital Alvarez se aplica el mismo procedimiento. Esas lesiones profundas que necesitan cauterización para ser abiertas requieren que se las abran.

Las lesiones prostáticas que llevan como consecuencia final a la atrofia de la próstata dan más síntomas de orden hormonal que urológico. Son sujetos que han tenido antiguas blenorragias y que no se han preocupado de sus lesiones prostáticas. Por ello, un día vuelven con sus lesiones definitivas en la próstata.

Dr. Jorge Vilar. — En el Hospital Argerich hemos tomado hace unos meses el tema en discusión y gracias a la colaboración del Dr. Cané, que nos prepara autovacunas, tratamos estos enfermos que daban mucho trabajo porque no mejoraban nunca.

Todavía no tenemos suficiente experiencia como para llegar a conclusiones, pero, como lo señalan los comunicantes, los enfermos que benefician de este método son los prostáticos crónicos, no así los uretrales. La respuesta es mejor cuando la vacuna trae reacción. En algunos pacientes no hemos tenido ninguna reacción, a pesar de ir aumentando las dosis. Cuando la reacción, tanto local como general, es grande, se obtienen mejores resultados.

Dr. Tomás Schiappapietra. — Nosotros teníamos un maestro muy entusiasta de los métodos biológicos en el laboratorio del Hospital Italiano. Cuando yo era practicante me pedía todos los procesos agudos y crónicos; el mismo recibía el pus de los enfermos. Había semanas que salía más de una docena de vacunas hechas en forma standardizada en el laboratorio del Hospital. En esa época se usaba en los procesos agudos. Se agregó después el entusiasmo del doctor Marotta por la autovacuina.

Recuerdo que, por mi parte, compré el primer uretroscopio para tratar por vía eléctrica esos focos sépticos.

Atendí al hijo de un cabo enfermero del Hospital, por una septicemia proveniente de una secuela de prostatitis. Creí que lo había curado. Después de mucho tiempo, lo volví a ver con osteomielitis de columna y después con focos múltiples y ahora mismo, cada tanto me viene a ver. La vez pasada, como tenía una persistente cefalea lo llevé al neurólogo y no sé cómo terminará su enfermedad. El estafilococo aureus, por lo visto, sigue actuando.

Sr. Presidente (Dr. Ricardo Bernardi). — Conocía la seriedad del trabajo realizado por los Dres. Márquez, Trabucco y Borzone, a través del Dr. Filippi, con quien estoy en contacto diario. Sabía de los brillantes resultados alcanzados. Estoy empleándolo en 3 casos. Volvemos a lo de antes, a la vacunoterapia y a su asociación con los modernos medicamentos.

Felicito, por tanto, muy sinceramente a los comunicantes por su esfuerzo en esta investigación de tanta trascendencia.

Dr. F. J. Márquez. — Agradezco a los colegas la colaboración prestada y respecto a la parte intervencionista sobre las afecciones prostáticas; nosotros también drenamos los pequeños abscesos, pero esas cavernosis prostáticas no entran dentro de estos procesos, que son habitualmente procesos cerrados, sobre los que no se puede actuar directamente.