

## LA CIANACETILHIDRACINA COMO TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS UROGENITAL. ENSAYO DE APLICACION COMO UNICA MEDICACION

Por los Dres. ANTONIO GRANARA COSTA y MIGUEL  
ANGEL AIMO

El objeto de este trabajo, no es el de sacar conclusiones definitivas, bien sabemos, que el temperamento actual en lo que atañe al tratamiento clínico de la afección bacilosa, sea cual sea su ubicación, se orienta hacia la medicación mixta, las bondades de la dihidroestreptomina son incostetables, y el sólo hecho de propiciar una terapéutica unilateral, es trasunto de negligencia y descuido, solamente la circunstancia especial que ha condicionado en los casos que publicamos, la aplicación de la droga como único temperamento, nos permite presentar a la consideración del lector, estos casos, que por excepción hemos medicado de esta manera.

La acción de la cianacetilhidracina, es muy parecida en su intimidad, a la de la isoniacida. En realidad, la toxicidad de la droga empleada por nosotros es muy inferior a la de la hidracida del ácido isonicotínico. Bástenos saber, que la dosis letal ratón, para la isoniacida, es de 150 mg. por kilo, mientras que la droga que motiva este trabajo, debe ser empleada a razón de 350 mg. para conseguir el mismo resultado. Podemos agregar a esto, la ventaja de que, siendo el peso molecular de la hidracida del ácido cianacético menor, a igualdad de dosis, estamos dando mayor número de grupos funcionales activos. La toxicidad se traduce por síntomas de excitación cortical, caracterizado por hiperreflexia y convulsiones, pero lógicamente, con las dosis que se utilizan, 5 a 10 mg. por kilo de peso y por día, este problema nunca se plantea.

Caso Nº 1: L. R. M., 16 años, argentino. Internado en la cama 16 de nuestro servicio. Febrero 15 de 1953.

*Enfermedad actual:* Comienza hace un año, vive en el campo donde se dedica a las tareas propias del lugar, con adelgazamiento, anorexia, astenia y pequeños escalofríos vespertinos; paulatinamente la sintomatología subjetiva se instala en el aparato urinario, con polaquiuria intensa y sensaciones penosas durante la micción, que aparentemente radican en la encrucijada uretro-prostática.

Así las cosas, se interna en nuestro Servicio, donde constatamos el siguiente estado actual: Del punto de vista clínico-semiológico, poco es lo que hay que poner de manifiesto, excepto el intenso adelgazamiento, mide 1,68 m. y pesa 50 kilos, y la febrícula vespertina que asciende a 37,5°. El examen pulmonar no arroja detalles dignos de mención. Aparato genito-urinario: riñones de escasa sensibilidad a las maniobras exploradoras, no se palpan. Vejiga dolorosa a la palpación bimanual; orinas ligeramente turbias, despulidas, lechosas y sin

brillo. Próstata sensible, de forma conservada con zonas irregulares y duras, distribuidas en toda su superficie e invadiendo ambas vesículas seminales. Testículos, epidídimos y cordones: derecho, nada de particular; izquierdo, con un proceso epidídimo-deferencial típico, aspecto escleroso y con deferente arrosariado.

*Examen radiológico:* pulmones: ambos campos claros en toda su extensión; radiografía simple de riñón nada de particular. Urografía excretora: A los 5, 15 y 25 minutos, nos muestra retardo en la eliminación de ambos riñones y dos imágenes típicas de piodisplasia tuberculosa con profundas excavaciones caliciales.

La búsqueda del bacilo de Koch en orina es positiva.

*Marcha de la enfermedad:* a partir de este momento se comienza con el tratamiento adecuado higiénico dietético, recalcificante, polivitamínicos, dihidroestreptomina, P.A.S. Un mes después el enfermo manifiesta mejoría desde el punto de vista general pero sus molestias vesicales, poco se han modificado y la orina persiste con la misma turbidez. Como el problema se presenta en forma global y bilateral, impregnando todo el árbol génito-urinario, la tramitación quirúrgica se nos ocurre imposible, y resolvemos continuar con tratamiento médico, sustituyendo el P.A.S. por isoniacida en forma alternante y consiguiendo mejorías de orden general paulatinas, pero en lo tocante al cuadro local, el problema se presenta recalcitrante y desalentador.

En junio de 1953, es dado de alta con tratamiento médico, indicándosele dihidroestreptomina a razón de un gramo día por medio e isoniacida 4 comprimidos diarios. El enfermo continuó visitándonos regularmente, aduciendo ardores y molestias sujetos a pequeñas crisis y remisiones acompañado constantemente con orinas despulidas en las que ocasionalmente la baciloscopía era positiva.

En diciembre de 1953, comenzamos la administración de hidracida del ácido cianacético, a razón de 5 mg. por kilo de peso y por día, excluyendo toda otra medicación; el enfermo se perdió de vista por dos meses y lo vimos de nuevo en febrero, fecha en que nos manifestó que sus molestias habían cedido totalmente, mostrándonos una orina clara y límpida en la que fué imposible hallar el bacilo de Koch. La próstata seguía indurada y esclerosa pero indolora y la epididimitis mencionada en un principio involucionando. El examen radiográfico nos mostró que el inconveniente anatómico persistía prácticamente sin modificaciones. Se siguió el tratamiento a razón de 300 mg. por día (6 tabletas) y en junio del corriente año el enfermo había recuperado peso, 62 kilos, trabajaba ayudando a su padre en el campo, no experimentaba molestias de ninguna clase y las orinas seguían limpias.

*Caso N° 2:* J. Z., 38 años, argentino, casado, portero. Mayo 26 de 1954. Se presenta a la consulta, manifestando que desde hace 3 meses sufre de hemospermia, pertinaz sin ninguna molestia sobreagregada. Ha estado con tratamiento desde hace 2 meses, presentando una radiografía de pulmón y un estudio urográfico renal aparentemente normales. Como el enfermo recuerda haber sufrido de un proceso pleurítico hace varios años, con muy buen criterio había sido tratado con dihidroestreptomina y P.A.S. durante los últimos 60 días, sin experimentar ninguna variación en su estado. Próstata normal, testículo, epidídimos y cordones bien, lo único que llama la atención ostensiblemente es el tipo de piuria discretísima, que presenta a la orina el aspecto despulido clásico de la infección bacilosa. Examen bacteriológico negativo. Uretrocistoscopia, vejiga aparentemente normal, excepto en la vecindad de ambos meatos ureterales que se hallan rodeados por un halo congestivo, verumtotoanun también congestivo y aumentado de tamaño, sangra fácilmente a las maniobras endoscópicas.

Se comienza a administrar hidracida del ácido cianacético en dosis de 5 mg. por kilo de peso y por día, el enfermo retorna a su hogar, vive en Mar del Plata, y un mes después nos comunica telefónicamente que su hemospermia ha desaparecido después de 15 días de tratamiento. Visto en agosto del corriente año apreciamos orinas límpidas y cristalinas.

*Caso N° 3:* L. L., 39 años, argentino, casado, empleado. Agosto de 1954. Cama 26 del Servicio de Urología del Hospital Pirovano.

*Enfermedad actual:* Manifiesta el paciente, que desde hace varios meses padece de hematurias caprichosas, inconstantes, indoloras y totales, que se han presentado en cuatro oportunidades y que han cedido espontáneamente.

*Examen clínico semiológico general:* Normal. Examen clínico urológico: Negativo. Urografía excretora: buena eliminación; en riñón derecho dilatación calicial superior con borramiento de cáliz medio e inferior; orinas discretamente piúricas, ácidas, amicrobianas. Con la idea preconcebida de un proceso neoplásico de riñón derecho se efectúa una cistoscopia que nos sorprende debido a que se constatan discretas escoriaciones perimeáticas; este detalle, unido al examen de orina nos hace vacilar e instituímos un tratamiento de prueba: cianacetylhidracina 400 mg. por día (8 tabletas). La orina se aclaró en 4 días, tornándose cristalina, mantuvimos la medicación durante un mes y un nuevo examen cistoscópico nos permitió observar la curación de las lesiones ulcerosas vesicales.

Caso N° 4. — L. V. 17 años, argentina, soltera, obrera, marzo de 1954.

Se presenta al consultorio externo de nuestro Servicio afectada de una cistitis intensísima, que determina una polaquiuria muy molesta, acompañada de hematurias terminal, algunas gotas de sangre casi pura; las micciones muy penosas y la orina turbia y sanguinolenta. Como manifiesta deseos de ser tratada en forma ambulatoria se le solicitan exámenes y radiografías que denotan lo siguiente: radiografía simple del árbol urinario: nada de particular. Urografía excretora: buena eliminación de ambos lados. Riñón derecho descendido a la altura de la tercera lumbar. Se aprecia despulimiento de la imagen de ese lado y excavación de cáliz superior con contornos poco precisos. Riñón izquierdo normal.

Examen de laboratorio: baciloscopia: negativa. Cultivo: negativo. Inoculación al cobayo: positiva.

Hatemos notar, que antes de tener los resultados de la inoculación, establecimos un diagnóstico presuntivo, de papilitis tuberculosa, y cistitis concomitante; no nos fué posible efectuar el examen cistoscópico debido a la pequeñísima capacidad vesical.

A causa de la incidencia del problema económico, sobre el costo del tratamiento ambulatorio, resolvimos emplear exclusivamente la cianacetylhidracina "Hidacián", droga de la que disponíamos en abundancia, en dosis de 8 mg. por kilo de peso y por día, además de medicación general de costumbre. Paulatinamente, fué cediendo la cistitis. Un mes después, desempeñaba cómodamente sus ocupaciones, y cuando nos llegó el testimonio de la inoculación al cobayo, la enferma adolecía aún de muy discreta polaquiuria, siendo sus orinas limpidas y amicrobianas.

En forma discontinua alternando 15 días de tratamiento, con 15 días de descanso a razón de 4 comprimidos de 50 mg. por día, continuamos el tratamiento hasta principios de agosto en que se efectuó un nuevo examen radiológico sin grandes modificaciones de la imagen ya descripta. Otra inoculación al cobayo, cuyos resultados con fecha 15 de setiembre, fué negativo y una cistoscopia, que no puso de manifiesto anormalidades dignas de mención.

---