

## TRATAMIENTO ACTUAL DE LA TUBERCULOSIS DEL RIÑÓN

---

Por los Dres. RODOLFO DE SURRA CANARD y ALFONSO PUJOL

Por muy poco partidario que un urólogo sea del tratamiento médico (T.M.) de la tuberculosis del riñón (T.R.), ha de reconocer que su concepto del tratamiento quirúrgico (T.Q.) se ha modificado fundamentalmente desde el advenimiento de los antibióticos. Por eso, si observamos nuestra conducta terapéutica en materia de T.R. durante el último lustro, nos llamará la atención el lugar que progresivamente ha ido ocupando el T.M. a expensas del T.Q.

Siempre han existido argumentos irrefutables en que fundar la lógica del tratamiento médico de la T.R.: las curas espontáneas inspiraron a sostener esa tesis a Le Fur ya en 1903, contra el dogma de Albarrán y luego en 1912, 1924 y 1929, reiteró su concepto. Sus palabras cobran hoy actualidad cuando dice: "¿Porqué, yo siempre objeto, el riñón ha de ser el único órgano que hace excepción a la regla general de la curación de los procesos tuberculosos?. Esas curaciones se comprueban en todos los sitios de la economía, a nivel de los ganglios, de los huesos, de las articulaciones, del aparato genital y aún del mismo pulmón. ¿Porqué pues sólo el riñón ha de ser la excepción a esta regla general?"

Nosotros creémos, por nuestra parte, que tal vez sea una de las exageraciones propias del exceso de especialización el ver y tratar la T.R. como enfermedad local exclusivamente de órgano. Surge esta reflexión frente a tanto nefrectomizado por tuberculosis que con este acto operatorio se le da por curado radicalmente, y ya que empezamos por culparnos de nuestra cortedad de visión patológica, es justo que denunciémos también que esta conducta suele ser la habitual en los servicios de cirugía general donde los elementos de juicio diagnóstico no son tan exhaustivos como en los de urología.

En la hora actual, más que nunca, es menester comprender que la T.R. es la expresión local de una enfermedad general y que la nefrectomía es sólo un accidente de su larga y casi indefinida evolución; que exige una vigilancia constante y un tratamiento general y perseverante.

Nuestra conducta terapéutica de la T.R. se ajusta a ciertos principios que nos sirven en el planteo del tratamiento y esbozamos a continuación un esquema que traducirá esa conducta ante esta asamblea:

1º) Participamos de la concepción de Wildbolz en cuanto divide a los enfermos de T.R. en 2 grandes grupos según el tiempo transcurrido entre la primoinfección y la aparición de la T.R.; si ese plazo es corto, se considera que el

enfermo está en el período de "diseminación", actuando solo con tratamiento médico prolongado, el cual después de un tiempo prudencial permitirá el tratamiento quirúrgico, si fuera preciso. Si por el contrario la primoinfección se remonta a fecha distante, se puede considerar la T.R. como de órgano y actuar de entrada quirúrgicamente, en caso necesario. Este primer concepto que ordenará la terapéutica, no es sino la aceptación de un principio de Patología General aplicado a la tuberculosis y que permite establecer 3 ciclos evolutivos: Primer período de invasión; Segundo período de hipersensibilidad y Tercer período de inmunidad.

2º) Todos los enfermos, bajo todas las formas los consideramos pasibles de un tratamiento general: cura higiénicodietética, calcio, vitaminas, clima y en ocasiones cura sanatorial.

3º) Como elementos terapéuticos activos empleamos los antibióticos dihidroestreptomina, el ácido paraminosalicílico (PAS) y los compuestos a base de hidrazida del ácido isonicotínico; en calidad de coadyuvante la cortisona e hidrocortisona. Las indicaciones respectivas de cada una de ellos así como su dosificación es función de las condiciones de cada enfermo, de su lesión y tolerancia; puede decirse que cada paciente entraña un problema individual.

4º) En las formas unilaterales que se desarrollan dentro de la primoinfección, concomitantemente a lesiones genitales, pulmonares o de otras localizaciones. formas evolutivas, caen únicamente bajo el control del T.M.

5º) Las lesiones de T.R. dobles, así como las de riñón único no sólo obligan al T. M. sino que se benefician a veces sorprendentemente con él.

6º) Los procesos tuberculosos locales, parciales, estabilizados espontáneamente o mediante el T.M., entran actualmente en el dominio de la cirugía conservadora renoureteral, permitiendo las resecciones ureterales, las neoimplantaciones (operación de Puigvert), las nefrectomías parciales y sobre todo prometen extender las posibilidades de esta cirugía conservadora a límites aún no alcanzados, en un porvenir cercano, siempre bajo el manto protector del T.M.

7º) Las formas ulcerocaseosas, llamadas también quirúrgicas, destructivas, cavitarias, con la insuficiencia funcional del riñón, no curan con el T.M. y siguen siendo la principal indicación de la nefrectomía.

8º) Nunca hacemos una nefrectomía sin el respaldo de un T.M. previo, breve o prolongado, que prácticamente ha desterrado las clásicas nefrectomías "preparadas" por Viollet; nefrectomías controladas por los antibióticos, en el pre y post-operatorio, tienen la ventaja teórica de cubrir los accidentes propios de las posibles movilizaciones microbianas.

9º) Damos un valor fundamental a las lesiones tuberculosas del uréter, extensas, irreversibles al T.M. que las excluye de la cirugía conservadora; nuestra conducta en tales casos es la nefrectomía y la ureterectomía subtotal por cuanto los restos del uréter no son dominables por el tratamiento antibiótico quimioterápico.

10º) Finalmente es preciso hacer comprender al no especializado que si bien el T.M. con todo el enriquecimiento de su arsenal terapéutico, significa un gran proceso y esperanza para la cura de la T.R., exige en cambio un planteo bien discriminado del tratamiento y un control urológico constante: bacterio-

lógico, cistoscópico, urográfico y pielográfico, todo lo cual implica la dirección indispensable del urólogo.

#### CONCLUSIONES

En nuestra opinión el T.M. de la T.R. ha disminuído las indicaciones de la cirugía radical, la nefrectomía, mejorando fundamentalmente su post-operatario, la ausencia de fistulizaciones y tuberculizaciones de las heridas operatorias.

Ha aumentado las posibilidades de la cirugía conservadora, nefrectomías parciales, resecciones ureterales, neoimplantaciones, etc.

Ha mejorado la evolución de las T. R. iniciales con escasa destrucción alcanzando algunas veces hasta la curación clínica.

---