

TRATAMIENTO ACTUAL DE LA TBC RENAL

Por el Dr. JORGE M. VILAR

Al pedirnos el Dr. Pujol nuestra intervención en el relato, entendimos que deseaba la experiencia del Servicio de Urología del Instituto de Cirugía de Haedo a mi cargo desde hace 10 meses. En dicho Instituto se usa el sistema de la historia clínica única central y solo se lleva un fichero por nombre de modo que es prácticamente imposible encontrar los enfermos de tbc. renal en este caso entre las casi 190.000 historias que registra actualmente el Instituto. Desde que está a mi cargo la división de Urología se hace a cada enfermo internado una historia urológica y se llevan registros por fecha de ingreso, por nombre y por diagnóstico.

En 10 meses se han internado 272 enfermos de los 486 de 1ª vez vistos en Consultorio Externo. De ellos 6 padecen de alguna forma de Tbc. urogenital y a su vez de los 6, 4 presentan Tbc. renal, menos del 1 % de los enfermos de 1ª vez y algo menos del 2 % de los enfermos internados.

A estos casos hemos agregado los vistos personalmente en nuestra práctica privada y que hemos podido seguir durante un tiempo suficientemente prolongado como para poder extraer alguna conclusión sobre su evolución. Hemos revisado un poco más de 1.000 fichas encontrando 15 Tbc. urogenitales de los cuales 9 son Tbc. de riñón.

Como a pesar de su escaso número la mayoría de las observaciones son muy típicas y han sido observadas durante un largo período, justifico su enumeración y relato sintético.

En el planteo del tratamiento de estos enfermos, partimos de la base de los siguientes principios, que aceptamos como premisas, a saber

- 1º — La tuberculosis urinaria es una localización o una manifestación focal de una enfermedad general.
- 2º — La lesión inicial habitualmente es pulmonar.
- 3º — La vía de invasión es hematogena.
- 4º — La lesión urinaria inicial es una tuberculosis miliar bilateral de riñón.
- 5º — La evolución de la enfermedad depende de la virulencia del germen, la cantidad del mismo y la resistencia del enfermo.
- 6º — Los bacilos pueden ser atenuados por las defensas naturales del organismo y por la quimioterapia o antibioterapia.
- 7º — Todo foco persistente en forma atenuada puede, en un momento dado, reactivarse.
- 8º — Conviene estabilizar las lesiones aumentando las defensas y actuando con la quimioterapia antes de proceder a extirpar el foco.

Ficha, Edad, Nac. Sexo	Diagnóstico	Evolución	Tratamiento	Control
1 74 24 Arg. Fem.	Tbc. pulmonar, renal, ureteral, vesical y perit.	10 años	General paliativo de su cistitis, nefrectomía 1947.	VII Con. 1954 curada
2 158 33 Arg. Fem.	Tbc. renal, nefrect. 1938 cistit. residual en 1946.	10 »	Paliativo de su cist. electrocoág. del uréter	III Con. 1948 curada
3 259 19 Arg. Masc.	Tbc. renal ulcerocaseosa derecha.	5 »	Nefrec. 1946. Mal de Pott 1948. Ing. Allbee	VII Con. 1954 curado
4 305 23 Arg. Masc.	Tbs. renal, pulmonar ulceroc. izq. prostatovesiculitis y epid. izq. fús.	2 »	1946 Trat. general	VII Fallece a los 6 meses
5 357 27 Esp. Fem.	Tbc. renal nefrec. 1937 Tbc., renal ulc. cas. de riñón único, cist. pseudotumoral 1946.	10 »	Electroc. de sus lesiones vesicales. Curación esp. de sus lesiones renales.	VIII En 1951 hipert. grave
6 603 31 Arg. Masc.	Tbc. renal con síndrome hemof. nefrec. 1934, cistitis residual. Prostatitis tbc.	20 »	1949 Res. end. Estrepto y Pas. Cist. intersticial Osteocond. cost. tbc. reseçada.	VII Con. 1954 curado
7 713 56 Arg., Fem.	Tbc. renal ulcerocaseosa.	4 »	Nefrec. 1950-prev. trat. con estrep. 40 grs. total	III Con. 1952 curada
8 850 33 Ital. Masc.	Tbc. renal-urog. negativo-baciloscopia y cultivo positivo-cistitis.	6 meses	1953 Estrep. 1 gs. X día dur. 60 días-Pas 14 gs. por día. Nicotibina.	I 1954 inoculación negativa
9 1959 30 Arg. Fem.	Tbc. renal der. ulc. caseosa incooperante. Alergia al Pas Estrepto y Nicotibina	2 años	1953 Nefrectomía 1954 Ureterectom. por fistula uréter sano.	II Con. al año de op. curado
10 173378 44 Uc. Masc.	Pielonefritis tbc. bilateral con insuficiencia renal.	15 »	Tratamiento de su uremia.	VI Muere a los 3 días de int.
11 180736 49 Arg. Masc.	Tbc. renal ulcerocaseosa cistitis.	5 »	Preop. con Estrep. y Pas.	III Mej. abandonada trat.
12 80334 24 Arg. Masc.	Tbc. renal ulcerocaseosa izq. cistitis. Pionefritis Tbc.	2 »	Prep. con Estrep. y Pas. trat. general.	III Act. en prepartac.
13 180840 63 Esp. Masc.		4 »	Nefrectomía.	IV Con. al mer. excel.

Teniendo en cuenta estos principios y clasificando las lesiones renales con un criterio clínico radiológico aceptado por la mayoría de los autores, adoptamos la siguiente conducta:

1) En la tuberculosis renal sin signos radiológicos, con o sin signos vesicales y con baciloscopia positiva intentamos el tratamiento higiénico-dietético y la quimioterapia como única terapéutica Observación N° 8.

2) En la tuberculosis renal unilateral con escasos signos radiológicos con pus y baciloscopia positiva, con o sin signos vesicales, aceptamos de la misma manera, pero si no se obtiene en dos meses un resultado positivo aconsejamos la nefrectomía.

3) En la tuberculosis renal ulcerocaseosa con destrucción de parénquima, con insuficiencia renal unilateral, con o sin signos vesicales, preparamos al enfermo con las medidas generales y la quimioterapia para la nefrectomía que efectuamos a las cuatro o seis semanas de iniciado el tratamiento.

4) En la pionefrosis tuberculosa aconsejamos la nefrectomía apenas el enfermo se encuentre en condiciones.

5) En la tuberculosis renal bilateral con escasos signos radiológicos actuamos médicamente y si persiste la piuria y las lesiones de un solo lado completamos con la extirpación renal de ese lado.

6) En la tuberculosis renal bilateral con destrucción de parénquima con insuficiencia renal, el tratamiento es por fuerza no quirúrgico y el pronóstico es sombrío. Lo mismo diremos del tratamiento de la tuberculosis de riñón único.

El único criterio de curación es la baciloscopia o mejor aún la inoculación al cobayo, reiteradamente negativa.

En todos los casos la observación debe abarcar por lo menos dos años a partir de la curación clínica.

CONCLUSIÓN

1º — En todos los casos, salvo en dos, el enfermo es visto en un período avanzado de su enfermedad.

2º — El tratamiento higiénico dietético y la nefrectomía dan en general buen resultado. Es lógico pensar que con el agregado de la quimioterapia y los antibióticos los resultados serán aún mejores.

3º — El seguir los enfermos tenazmente, no abandonarlos, da a la larga los mejores frutos.