

LA VIA INTRAVENOSA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS UROGENITAL

Por los Dres. B. A. SATORRE y F. J. MONTAGUT

El presente trabajo tiene por objeto presentar nuestra experiencia con el uso del P.A.S. y nicotibina por vía intravenosa e insistir un poco sobre este tratamiento que nos ha dado muy buenos resultados cuando ya habíamos agotado nuestro arsenal terapéutico en el tratamiento de la tuberculosis urogenital. El que contáramos en la D.G.O.S. del Ministerio de Guerra con un servicio de Tisiología que tiene amplia experiencia en el tratamiento de las lesiones pulmonares tuberculosas con P.A.S. y nicotibina intravenosa, nos indujo a recurrir a este tipo de terapéutica por fleboclisis.

Hacia 1951 se inició en algunos hospitales de París por J. Paraf y colaboradores el uso del ácido para amino salicílico en forma de infusión lenta por venoclisis usando principalmente el Sta-Pas o el Paracipan por la ventaja de presentarse en solución ya preparada y estable.

Los ventajosos resultados de la medicación antituberculosa por vía venosa en las lesiones pulmonares, induce a los autores franceses Fey, Matthieu, Lattimer, May, etc. a utilizar esta medicación por dicha vía en las manifestaciones de la tuberculosis urogenital.

Al poco tiempo el procedimiento se adoptó en Alemania, Suiza, Italia, España y Holanda. En Norteamérica ha empezado a usarse desde hace poco tiempo.

En vista del buen resultado lo empezó a usar de los primeros en nuestro país el Dr. Manuel Albertal en su clínica de enfermedades tuberculosas asociado a la hidrácida del ácido isonicotínico en la misma inyección. También se usó en pequeña escala en algunos establecimientos públicos y privados tales como el Hospital de Vicente López, la Cátedra de tuberculosis, el Hospital Tornú y otros, pero no se ha generalizado debido principalmente al alto costo del P.A.S.

Debemos hacer constar que según los informes que tenemos, la Argentina es quizá el único país sudamericano que dispone este medicamento en sol. inyectable.

Técnica en las lesiones pulmonares:

La venoclisis con P.A.S. y nicotibina la practicamos en lo posible, seis días por semana y en ciertos casos agudos o graves le agregamos un gramo de Ambistrin. El Paracipan para venoclisis viene en frascos-ampolla auto-inyectores de 500 cc. conteniendo 15 grs. de P.A.S. sódico lo que equivale a

una concentración del 30/000, se inyectan 1 ó 2 frascos por día según la gravedad de la forma clínica. Algunos clínicos usan aún mayores dosis y hacen la inyección todos los días (Cocchi en Italia da 60 grs. por día en meningitis tuberculosa).

Agregamos a la solución de P.A.S., una vez por día, 1 frasco de 500 mgs. de nicotibina en polvo estéril y a veces de $\frac{1}{2}$ a 1 gr. de estreptomina: creemos muy beneficiosa esta asociación medicamentosa. Usamos el procedimiento de venoclisis breve de $\frac{1}{2}$ a $2\frac{1}{2}$ hs. de duración, con un goteo de 80 a 120 gotas por minuto usando agujas comunes de inyección intravenosa.

En enfermos internados puede usarse el procedimiento de venoclisis lenta de 5 a 6 hs. de duración a una velocidad de 40 a 50 gotas por minuto.

El número de venoclisis es ilimitado, pero generalmente se obtiene la curación clínica de las lesiones pulmonares antes de la 100 a 120 aplicaciones.

De acuerdo con las especiales características de la tuberculosis renal en lo relativo a la concentración local de los medicamentos, en los enfermos presentados en esta comunicación hemos seguido la técnica curativa siguiente: durante la primera fase del tratamiento cuatro perfusiones venosas semanales de 500 cc. de Parasipan uso venoso, con el agregado de un frasco de 500 mgrs. de nicotibina y una ampolla de Redoxon de 500 mgrs.: dos veces por semana se le aplicaban 1 gr. de dihidroestreptomina por vía intramuscular, el total de la fleboclisis fueron 80, 40 y 60 respectivamente y 20 el enfermo que aún está en tratamiento. Al curar clínicamente las lesiones mantuvimos una breve curación de consolidación a base de nicotibina bucal, 300 mgs. diario y 2 grs. de dihidroestreptomina por semana.

Nuestra casuística consta de 4 casos, pocos, pero el buen resultado obtenido nos ha animado a esta comunicación, los resumimos diciendo, en dos presentaban lesiones tuberculosas renales bilaterales, uno nefrectomizado por tuberculosis úlcero caseosa y con lesiones tuberculosas evolutivas en el riñón restante. Los otros dos casos evolucionaron en forma unilateral: en todos la baciloscopia en orinas globales, por cateterismo ureteral, fué positiva al bacilo de Koch; en los dos riñones, en los casos bilaterales y en el riñón enfermo en los unilaterales, todos tenían lesiones vesicales típicas: en los cuatro se efectuó tratamiento con estreptomina, P.A.S. y nicotibina, por vía bucal y vitamina C por vía endovenosa, régimen higiénico dietético, etc. con mejoría en tres y sin mejoría en uno, continuamos hasta llegar a un estado en que, este tratamiento era clínicamente inoperante, ahí se comenzó con la terapéutica intravenosa, que nos ha dado la curación clínica en tres enfermos y el cuarto aunque muy mejorado lleva sólo 20 fleboclisis y continúa en tratamiento.

Interpretamos por curación clínica el buen estado general, aumento y estabilización del peso, orinas cristalinas con exámenes baciloscópicos negativos, cistoscopia normal con meatoscopia normal, urografías aparentemente normales.

Comentaremos brevemente, cada uno de los casos sin detalles:

S. P. Historia 17.943. Edad 28 años. Comienza el 25.9.53 con una lesión renal tuberculosa bilateral, baciloscopia positiva por cateterismo ureteral por separado, lesiones vesicales más marcadas en el lado derecho, excretora lesiones pielocaliciales del lado izquierdo y úlcera caseosa del lado derecho.

Se inicia tratamiento con estreptomina intramuscular, nicotibina y P.A.S. por vía bucal, régimen higiénico, dietético, y clima. se lo envía a Córdoba.

Continúa con este tratamiento con ligeras variantes hasta Julio de 1956 en que se efectúa tratamiento por vía endovenosa previos controles radiográficos y clínicos.

Los estudios urográficos demostraban que el riñón derecho se excluía funcionalmente, el riñón izquierdo aparentemente normal, baciloscopia negativa; cistoscopia, lesiones peri-

meática derecha; orina piúricas macro y microscópicamente; eritrosedimentación índice de Katz 27 mm.; estado general pobre, peso 60 kilos. Se inicia el tratamiento por fleboclisis día por medio, las orinas se hacen cristalinas. Lleva en total 80 fleboclisis, se da por terminado el tratamiento por estar clínicamente curado.

Riñón derecho por urografía y cistoscopia excluido. orinas cristalinas normales a los análisis. eritrosedimentación índice de Katz 6, peso 63.500. Se ha casado.

A. S. Historia 1821. Edad 52 años. Comienza el 13-10-53 con una epididimitis izquierda, polaquiuria y disuria y dolor renal izquierdo; su estudio demuestra una epididimitis tuberculosa (anatomía patológica post operatoria) tuberculosis renal izquierda con baciloscopia positiva por cateterismo ureteral, cistoscopia, una lesión de tipo tumor inflamatorio que ocupa todo el hemitrigono izquierdo y que engloba el meato del mismo lado. Se indica tratamiento con estreptomycin intramuscular y con nicotibina y P.A.S. por vía bucal, mejoría evidente, continúa con ligeras variantes el tratamiento hasta Marzo 1957, su estado está estacionado, si bien mejorado existen lesiones evidentes en vejiga, orinas ligeramente turbias y dolor renal izquierdo.

Se inicia el tratamiento con P.A.S. y nicotibina endovenosa día por medio, a las 40 aplicaciones se suspende el tratamiento por estar clínicamente curado, urografía aparentemente normal, vejiga cistoscópicamente normal, orinas cristalinas.

T. de D. Historia 69.622/1. Edad 39 años. En 1950 comienza con dolor renal izquierdo piuria y hematuria. En 1956 nefrectomía izquierda por tuberculosis renal ulcero-caseosa, dos meses después dolor renal derecho, he de hacer notar que estaba en tratamiento desde hacía un año con estreptomycin, P.A.S. y nicotibina.

El 16 de Enero de 1957 concurre a nuestra consulta con franco dolor tipo cólico renal derecho y anuria que cede espontáneamente junto con el dolor a las 12 horas, estas crisis uronefróticas la enferma las repetía 1 a 2 veces por semana, la cistoscopia muestra mucosa muy congestiva con intenso edema y lesiones erosivas que engloban el meato derecho; las orinas son turbias y la baciloscopia por cateterismo ureteral derecho muestran bacilo de Koch.

En esta situación y ante el franco fracaso de la medicación por vía bucal e intramuscular, iniciamos el tratamiento por vía endovenosa, el resultado es inmediato mejorando evidentemente la enferma, a las 60 aplicaciones se suspende el tratamiento por estar clínicamente curada, orinas cristalinas; cistoscopia meato derecho normal; urografía excretora, la uronefrosis franca, pielocalicial, ha regresado casi totalmente.

C. G. Edad 49 años. Comienza en Mayo de 1957, tuberculosis renal derecha urográfica, pielográfica y baciloscopia derecha positiva. Lesiones francas en vejiga, predominio en la zona perimeática derecha.

Inicia el tratamiento con estreptomycin, nicotibina y P.A.S.: a los 2 meses se suspende por ser totalmente inoperante, dolor renal derecho, febrículas polaquiuria y disuria intensa.

Se comienza con P.A.S. y nicotibina endovenosa, estreptomycin intramuscular 2 grs. semanales.

A las 20 aplicaciones, enferma muy mejorada, el dolor y las febrículas han desaparecido; las orinas más claras, la polaquiuria y disuria casi totalmente desaparecidas. La enferma continúa en tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paraf, J. y col.: Méd. Hyg. 11, 285 (1953).
2. Hebraud, Y. y col.: Presse Med. 61, 1269 (1953).
3. Fey, B.: Presse méd. 60, 357 (1952).
4. Viollet, P. y Viollet, G.: 46 Congres Français d'urologie. Sept. 1952. p. 239.
5. Lattimer, J. K.: J. Amer. méd. Assoc. 150, 981 (1952).
6. Lattimer, J. K. y col.: Vet. Administr., Transact. 13th Conf. Chemotherp. Tuberc. pág. 383.
7. May, F.: Dtsch. med. Wschr. 80, 479 (1955).
8. Dufour, A.: J. Méd., nov. 1956, Ref.: Bruxelles-Med. 37, 972 (1957).
9. Reinhard, W. y Düsberg, K.: Tuberk.arzt 11, 93 (1957).
10. Leruitte, A.: Scalpel 108, 935 (1955).
11. Debray, J. R. y Dreyfus, P.: Presse méd. 64, 1637 (1956).

DISCUSION

Dr. Comotto. — Tengo entendido que el PAS endovenoso es muy tóxico. ¿No han tenido nunca accidentes?

Dr. Satorre. — El doctor Montagut, que es jefe del servicio de fisiología podría contestar. Lo ha usado sin apreciar inconvenientes de ninguna naturaleza.

Dr. Comotto. — ¿Es libre la venta del PAS endovenoso?

Dr. Montagut. — Sí; pero es muy cara.

Dr. Bernardi. — ¿Hay venta pública?

Dr. Montagut. — Sí; pero ese producto ofrece el inconveniente de que la duración es limitada, viene con fecha de vencimiento. Su duración es de aproximadamente unos 40 a 60 días.