

Sociedad Argentina de Urología - Sesión conjunta con la Sociedad Argentina de Tisiología

DIAGNÓSTICO Y TENDENCIA ACTUAL DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA TUBERCULOSIS GÉNITOURINARIA

Por el Doctor RAUL JOSE BORZONE

Aparte de la semiología clínica, que orienta hacia un diagnóstico de presunción de la tuberculosis génitourinaria: hematuria, acompañada o seguida por piuria ácida, cistitis rebelde, lesiones prostáticas, vesiculares o epididimarias, son base fundamental del diagnóstico de localización y del diagnóstico etiológico, la bacteriología, la radiología y, siempre que sea factible, la endoscopia.

Los estudios bacteriológicos se efectuarán con la orina, con el líquido de masaje prostático o con el semen. Se pedirá: examen bacterioscópico con tinción de Ziehl-Nielsen, cultivo con antibiograma e inoculación al cobayo. Esta última puede modificarse, sea inoculando la mama de la cobaya, según Nattan-Larrier, o bien en un ganglio cervical de la misma, según Minni, que al parecer aumenta la sensibilidad de la prueba. También se realiza la prueba de la intradermo-reacción tuberculínica al cobayo inoculado.

El diagnóstico etiológico, a pesar de esas pruebas, no siempre es categórico, quedando un cierto porcentaje de resultados negativos, aunque la patología y la misma radiología sean específicas.

Los estudios radiológicos comenzarán por una placa directa de abdomen, que en ciertas formas de tuberculosis renal será de utilidad —por ejemplo, el riñón en masilla o “mastic”— así como calcificaciones patológicas. Asimismo descartará la coexistencia de litiasis. Seguirá inmediatamente un urograma excretor, siempre que la úrea plasmática no esté elevada, el cual nos mostrará desde el riñón sin función, en las lesiones muy avanzadas, lesiones cavitarias discretas o mínimas lesiones papilocaliciales característica del proceso incipiente. Se verán asimismo las lesiones piélicas: retracción cicatricial o dilatación por lesión cicatricial inferior, lesiones ureterales y vesicales: asimetría, retracción concéntrica asimétrica, etc. El urograma tiene gran importancia para determinar la uni o bilateralidad lesional y en el caso de lesión unilateral es una buena prueba funcional sobre la capacidad del riñón opuesto. La pielografía ascendente y la ureteropielografía retrógrada a lo Chevassu son complementos de

valor, cuando se trata de precisar detalles anatómicos del lado que no funciona o cuando el urograma deficiente no los revela con nitidez. Asimismo permite apreciar los procesos obstructivos desde el meato ureteral hasta la pelvis. Cuando no hay función y fracasa el cateterismo, por obstrucción ureteral baja, será de utilidad la pielografía anterógrada por punción percutánea. Complementan el estudio del aparato urinario bajo y genital, la cistografía a replección que puede mostrar un reflujo, así como las deformaciones vesicales ya apreciables en la cistografía del urograma excretor retardado, la uretrocistografía, que revela lesiones de la uretra prostática y de la próstata misma: estrecheces y cavernas, y en algunos casos la deferentovesiculografía, que certifica lesiones vesicúlares.

La cirugía conservadora de la tuberculosis renal obliga a recurrir a veces a diagnósticos radiológicos precisos de localización topográfica renal, mediante arteriografía (aortografía lumbar o femoral) y tomografías renales, que se efectúan combinadas con urografía o pielografía ascendente.

TRATAMIENTO

La gran conquista moderna de la terapéutica en tuberculosis urogenital ha sido el descubrimiento y la aplicación de los antibióticos y quimioterápicos específicos. En algunos casos el tratamiento médico es suficiente y cura el proceso bacilar. Pero aun cuando así no suceda, por diferentes circunstancias, él permite que el tratamiento quirúrgico se realice en mejores condiciones, acelera la evolución postoperatoria y pone a cubierto de diseminaciones locales y a distancia, que antes ensombrecían el pronóstico de esta cirugía. El tratamiento del tuberculoso urogenital, pues, comienza siempre con los medicamentos específicos, combinados. La cirugía es un complemento del mismo, obligado en distintas situaciones esquematizadas por Wyrens como sigue:

I) Falla del tratamiento médico por: resistencia a los medicamentos, intolerancia a los mismos, inactivación rápida de aquéllos, lesiones excluidas u obstructivas.

II) Por complicaciones secundarias como: áreas con infección secundaria, con mala evacuación, con o sin cálculos; síntomas resultantes de obstrucción.

III) Rinón muy destruido.

IV) Para acortar el tratamiento: por razones económicas, por tratarse de pacientes que no lo cumplen o lo cumplen mal.

Dicho tratamiento quirúrgico, que antes era de tipo radical: nefrectomía, epididimectomía, orquiepididimectomía, no sólo ha visto mejorada su evolución por la aplicación previa y consecutiva del tratamiento específico, sino que gracias a dicho tratamiento médico ha variado en su modalidad y habida cuenta de la biología de la infección tuberculosa dominada por el organismo: exclusión de la lesión localizada y curación con fibrosis, no sólo consiste en la actualidad en operaciones de *exéresis radical*; realiza también *extirpaciones parciales* y además efectúa tratamiento *plástico corrector* de las lesiones cicatriciales con compromiso anatómico y funcional de los órganos afectados.

CIRUJIA RADICAL

Renal: Siempre que haya buena función contralateral, sin lesiones radiológicas aparentes. Consiste en la *nefrectomía*. Sus indicaciones: riñón destruido, no funcionante: cavitario o atrófico. Lesiones cavitarias difusas. Lesiones de

papilitis difusas con baciloscopía y cistitis persistentes a pesar del tratamiento sostenido.

Genital: Epididimectomía: epididimitis que no ceden al tratamiento médico. Epididimitis abscedadas o fistulizadas. Castración: orquiepididimitis caseosas.

CIRUJIA CONSERVADORA

Renal: Lesiones cavitarias o excluidas de un polo renal, sin compromiso de la vía excretoria: nefrectomía parcial o polar. Lesiones cavitarias o excluidas localizadas, corticales: espelectomía, espeteotomía, enucleación de tuberculomas.

Genital: Esclerosis o cavernosis prostática, obstructiva o inflamatoria: resección endoscópica del cuello vesical.

CIRUJIA CORRECTORA

Se realiza generalmente en pacientes ya nefrectomizados, con secuelas cicatriciales vesicales o del lado opuesto.

Vejiga retraída, con incontinencia o polaquiuria intensa, con reflujo ureteral e hidronefrosis comprobada por la cistografía de relleno, baciloscopía negativa. Se efectúa la *ampliación vesical* con un ansa de ileon bien irrigada: ileocistoplastia.

Si la baciloscopía es reiteradamente positiva, por tuberculización del riñón restante, se prefiere la exclusión vesical, mediante ureterostomía cutánea o nefrostomía.

Estenosis localizadas del uréter, con baciloscopía negativa: de la unión ureteropielíca: uréteropieloplastia. De la unión uréterovesical: se pueden intentar cateterismos dilatadores o bien uréterocistoplastias.

Estrecheces cicatriciales extensas del uréter: altas, reemplazo segmentario con íleon. Bajas: operación de Boari, con colgajo vesical.

Este tipo de cirugía conservadora en tuberculosos, repito, es factible solamente merced al empleo de los medicamentos específicos, que, suprimidos los factores de ectasia y las lesiones bacilíferas excluidas o cavitarias localizadas, nos pone a cubierto de la posible evolución de focos bacilosos inaparentes, que, de evolucionar, destruirían el riñón restante o las plásticas realizadas.

Mostraré algunos dispositivos que ilustran distintos elementos de diagnóstico radiológico, con lesiones diferentes, susceptibles de tratamientos diferentes.

1 y 2) Lesiones difusas tuberculosas unilaterales, con vejiga de capacidad muy disminuida. Tratamiento: nefrectomía. Dos meses después, recuperación vesical (Urografía de excreción).

3 y 4) Urografía de excreción: ausencia de eliminación de un lado, con sombra renal aumentada. Se aclara con pielografía ascendente: pionefrosis tuberculosa. Tratamiento: nefrectomía.

5 y 6) Urografía excretora y pielografía ascendente complementaria: lesiones cavitarias localizadas al polo superior. Pasible de nefrectomía polar superior.

7) Riñón sin función al urograma, con sombra renal pequeña: la ureteropielografía muestra riñón escleroatrófico. Tratamiento: nefrectomía.

8) El urograma excretor de este paciente, que consultó por epididimitis fistulizada, sin trastornos miccionales y discreta piuria con baciloscopía positiva, mostró ausencia funcional renal izquierda. Como el uréter no podía cateterizarse por estenosis yuxtavesical, se practicó una pielografía por punción percutánea, que reveló tratarse de una pionefrosis tuberculosa. Tratamiento: nefrectomía.

Casos de Tb. quirúrgica internados en la Sala Cátedra del H. Rawson:

1961	15 casos
1962	11 casos
1963	8 casos

MESA REDONDA

Pregunta al Dr. Monserrat. — ¿Tienen alguna modalidad especial las lesiones que aparecen después del tratamiento y puede conocerse algo sobre la sensibilidad?

Dr. Monserrat. — Los casos que hemos observado de recidivas de las lesiones en riñones pertenecen todos al grupo III, es decir, que hay lesiones de esclerosis. No llegan a hacerse lesiones francamente evolutivas, pero con la histología sola no podemos decir si ese paciente había sido tratado anteriormente porque no existe una característica histológica especial que permita afirmar que fue tratado y tampoco podemos hacer conjeturaciones acerca del grado de resistencia de ese sujeto. Si no conociéramos la historia lo encasillaríamos en un grado III.

Pregunta al Dr. Dubra. — Si durante el tratamiento de tuberculosos renales con drogas clásicas se han visto problemas de insuficiencia renal que obligaran a la suspensión del tratamiento.

Dr. Dubra. — La isoniacida no tiene acción tóxica sobre el riñón. Tampoco la tiene el PAS y en cuanto a la estreptomycinina es un hecho que parece ser discutible.

En primer lugar, para el uso de estas drogas, sobre todo para la estreptomycinina —vale lo mismo para la cicloserina, la calamicina y la biomicina—, debe existir un funcionalismo renal adecuado.

De ahí que la insuficiencia renal a través de la acumulación de la droga provoca fenómenos tóxicos. Quizá las más tóxicas sean la biomicina y la calamicina.

Los doctores Coria y Souvrie publicaron una observación en un paciente nefrectomizado que había sido tratado con un gramo diario de estreptomycinina y tuvo fenómenos tóxicos importantes. Se estudió la eliminación renal. En ese caso, optaron por usar dosis más bajas y llegaron a medio gramo diario, que se consideró suficiente, y una lesión pulmonar que presentaba ese sujeto pudo llegar a la curación.

En las drogas de eliminación renal debe tenerse en cuenta la posibilidad de una insuficiencia renal.

Pregunta al Dr. Borzone. — Si sigue en pie aquello de piuria ácida abacteriana para el fundamento de la tuberculosis, etc., etc.

Dr. Borzone. — En medicina, sabemos todos, las reglas y lo patognomónico realmente no son constantes ni puede afirmarse con seguridad ni en forma absoluta. Es habitual la piuria ácida abacteriana o donde se ve el bacilo de Koch, que, por otra parte, es muy difícil detectarlo en el aparato urinario. Con cierta frecuencia se observan asociaciones bacterianas, incluso, en ciertas ocasiones, el diagnóstico diferencial de una pielonefritis no tuberculosa con una pielonefritis común —no diremos banal— es difícil hacerlo y en sedimentos de orina de sujetos en los que después se ha confirmado la tuberculosis hemos encontrado células titilantes que no puede considerarse como signo patognomónico de pielonefritis crónica.

Tenemos ejemplos de piuria con bacilo de Koch fácilmente demostrable, piurias ácidas e incluso piurias no ácidas, alcalinas y con precipitaciones calcáreas que se tratan, en realidad, de procesos tuberculosos. El aforismo no podemos aplicarlo en esta enfermedad. Lo clásico es la piuria ácida abacteriana o con la presencia de bacilo de Koch, pero hay casos en que hay gérmenes ácidos e incluso la piuria no ácida por asociación microbiana o porque se ha complicado con un trastorno metabólico con precipitaciones calcáreas.

Sr. Presidente (Dr. Santas). — ¿Alguno de los presentes quiere formular alguna pregunta?

Dr. Rodríguez Castels. — Hemos escuchado a través de la presentación resumida pero muy exacta del Dr. Dubra los cánones más o menos rígidos que los fisiólogos mantenemos respecto de la terapéutica de la tuberculosis, duración del tratamiento, combinación de drogas, importancia de la sensibilidad bacteriana, oportunidad quirúrgica, etc.

Sería interesante escuchar la opinión de los urólogos y su experiencia acerca de estos cánones, es decir, si están en la misma tesitura del tratamiento prolongado, de la combinación de las drogas, sensibilidad bacteriana, oportunidad quirúrgica, etc.

Dr. Borzone. — Evidentemente, en lo básico estamos perfectamente de acuerdo. El tratamiento clínico medicamentoso es lo fundamental y el quirúrgico, lo excepcional.

Si se me permite una disquisición, yo diría que nos ha llamado siempre la atención que los pacientes que vemos con lesiones tuberculosas génitourinarias muy rara vez presentan localizaciones pulmonares en actividad, ni han presentado una semiología clínica ostensible y en ocasiones se trata de lesiones destructivas y múltiples.

Recuerdo siempre a un paciente de 22 años de edad, con lesiones de cadera y simultáneamente evolucionaba con lesiones de piodrosis tuberculosas del riñón izquierdo y pseudolesiones caseosas no fistulizadas de los dos epidídimos. Ese sujeto tenía una eritrosedimentación de 3 mm. en la primera hora y de 4 mm. en la segunda y jamás tuvo ninguna manifestación pulmonar.

De manera que respecto de esta patología tan particular de la tuberculosis en el aparato génitourinario lo primero que se instituye es el tratamiento combinado, pero ¿hasta cuándo debe seguirse al paciente en su evolución clínica, radiológica y bacteriológica? Muchas veces, el paciente evoluciona bien con el tratamiento sostenido durante 6, 8, 12 meses y alguna vez nos ha ocurrido que observamos que el examen bacteriológico es negativo cuando antes era positivo, pero persiste una discreta piuria persistente y como los estudios radiológicos no se pueden realizar con la presencia del bacteriólogo, observamos con gran frecuencia que, a pesar de la modificación bacteriológica, ese paciente, después de un año de tratamiento, tiene lesiones groseras en el aparato urinario del otro lado. De modo que cuando el paciente no evoluciona simultáneamente en una mejoría clínica, radiológica, bacteriológica y de los aspectos micro y macroscópico de la orina debemos apelar a la cirugía, que a veces es mutilante, porque tememos que el proceso pueda evolucionar en forma solapada del otro lado, dada la dificultad que existe en detectar el bacilo de Koch en el aparato urinario.

Algunas veces hemos debido hacer una nefrectomía ante lesiones papilares mínimas. Se trataba de una paciente que se estuvo tratando un año y medio por su cistitis tuberculosa y las lesiones radiológicas del aparato urinario alto eran pequeñas lesiones papilares en el riñón izquierdo. Mientras estaba en tratamiento, calmaba sus trastornos (disuria, polaquiuria, etc.) y la piuria era lo que más tardaba en desaparecer. El bacilo de Koch, que al principio era evidente, después no se veía; al suspenderse el tratamiento recrudecía su cistitis, que desaparecía al instituirse de nuevo la medicación. Como empezaba el compromiso vesical, que puede ser irreversible, se le practicó la nefrectomía y con la pieza en la mano se comprobaron pequeñas lesiones papilares en actividad.

A los fines de señalar cuándo concluimos el tratamiento médico para pasar a la cirugía, la propia biología del bacilo de Koch en este aparato, que es de cavidades y de conductos, obliga a tener en cuenta la posibilidad de la cicatrización con defecto. Como dijo el doctor Dubra, se cura el paciente de su enfermedad bacteriológica, pero lo que está destruido por la estrechez no podemos corregirlo sino por la cirugía.

Resumiendo, el tratamiento lo hacemos en forma sostenida cuando observamos una buena respuesta. Siempre pensamos que se tuberculizan los dos riñones, no sabemos si por fenómeno de tipo alérgico o de sensibilidad, lo cierto es que muchas veces nos encontramos con la sorpresa de que el riñón opuesto aparece tanto o más enfermo que el órgano cuyo tratamiento iniciamos.

Debe hacerse un verdadero balance de la clínica, la bacteriología, la radiología y el estado general y local del paciente, y de acuerdo a eso decidimos o no la operación.

Sr. Presidente (Dr. Santos). — El doctor Rodríguez Castels plantea una pregunta de orden general.

Vale decir, si hay un término standard durante el cual el tratamiento específico se hace antes de la cirugía. En pulmón, el tratamiento dura de 6 a 8 meses, se practica en forma standard y cuando las lesiones no han regresado suficientemente se recurre a la cirugía. Quisiera saber si en urología hay un período previo de tratamiento en esas condiciones.

En segundo lugar, si después de la cirugía el tratamiento continúa durante un tiempo prolongado.

Dr. Rodríguez Castels. — Exactamente, cuánto tiempo dura el tratamiento médico.

Dr. Borzone. — Si existe un término standard para el tratamiento clínico antes de decidir la cirugía, eso dependerá del estado en que se nos presente el enfermo.

Si hay lesiones destructivas con un urograma en el que el riñón no tiene función practicamos un tratamiento de preparación y generalmente cuando el estado general mejora y la repercusión sobre el estado general basados en la eritrosedimentación, en la piuria más o

menos abundante, en el recuento globular, etc., es decir, todos los déficit que tiene asociados ese enfermo, entonces, sin fijar un plazo, que nunca es menor de seis meses, se practica el tratamiento quirúrgico radical.

Si el enfermo mejora, se pospone la oportunidad quirúrgica pero siempre que no aparezcan lesiones evolutivas que antes no estaban en ese riñón en tratamiento o en el opuesto.

Y cuando se practica cirugía, seguimos el tratamiento por lo menos durante dos años y, justamente entre nosotros, el control después de esos dos años se hace radiológica y bacteriológicamente.

Contaba uno de los socios de la Sociedad Argentina de Urología, que había visitado los países escandinavos y que lo que en nuestro país consideramos la terminación del tratamiento allá es recién el comienzo de una rehabilitación que dura dos o tres años más.

En el momento en que el enfermo considera que está dominada su lesión, sea con cirugía o con la combinación de cirugía y medicamentos, ese paciente es puesto en las mejores condiciones posibles para hacerse tratamiento higiénico-dietético en zonas de altura, etc., etc.

A pesar de que seguimos el tratamiento durante dos años, nos quedamos cortos.

Dr. Luis Brea. — Quiero reseñar cuál es mi conducta como urólogo.

El tratamiento quimioterápico de la tuberculosis ha ampliado las posibilidades quirúrgicas de la tuberculosis génitourinaria. No todo paciente que presente lesiones parenquimatosas es patrimonio de la cirugía fatalmente. Se practicará cirugía radical o conservadora según sea la evolución que haya seguido el enfermo al tratamiento médico. Siempre efectúo tratamiento médico previo. Nunca lo opero si no suministro de 60 a 70 gramos de estreptomina, a veces combinada con nicotibina o PAS. Siempre lo llevo a la operación con un alto grado de impregnación.

El momento operatorio oportuno es cuando se ha normalizado la eritrosedimentación, no hay bacteria, pero no conseguimos que desaparezca la piuria y hay lesión parenquimatosas. En esas condiciones se realiza la operación y el tratamiento continúa durante dos años, como mínimo. Y se sigue, después de los dos años, con nicotibina.

La cirugía está indicada no sólo por la lesión parenquimatosas de los conductos o de las cavidades, especialmente de la vejiga. Esas lesiones mejoran notablemente mediante tratamiento médico, sobre todo las lesiones vesicales, pero cuando una lesión vesical no se reduce y no mejora con el tratamiento médico es porque fatalmente existe un foco a nivel del riñón, que debe ser extirpado.

En términos generales, entiendo que el tratamiento de la tuberculosis consiste, primero, en tratamiento médico para llevarlo al paciente a la intervención quirúrgica. He visto evolucionar favorablemente algunos casos, pero son lesiones localizadas en las papilas que no han llegado a ser lesiones parenquimatosas. Esos enfermos pueden andar muy bien con tratamiento médico pero se han formado cavernas y cavidades, y fatalmente deben ir a la mesa de operaciones.

Dr. Casanegra. — Les preguntaría a los urólogos si es que han visto algún caso de tuberculosis renal curada exclusivamente con tratamiento médico.

A mi juicio, la tuberculosis renal tiene tres aspectos: el que ve el tisiólogo, que es nada más que la manifestación renal de un cuadro tuberculoso; el urólogo observa las manifestaciones generalmente destructivas o cicatriciales de la tuberculosis, y los clínicos vemos la tuberculosis renal solapada que llega con un cuadro distinto, generalmente de tipo pielonefrítico.

Personalmente, no he visto ninguno de esos casos en ese tercer grupo que con el solo tratamiento tuberculoso ha llegado a la esterilización total de su lesión renal; no me refiero a las genitales, en las que no tengo experiencia.

Les pregunto a los urólogos si tuberculosis definidas, renales, han sido factibles de ser exclusivamente tratadas y curadas con tratamiento médico.

Dr. Borzone. — Estoy de acuerdo con el doctor Casanegra. Los casos que llegan a la sala de urología, a la larga, generalmente, terminan en el tratamiento quirúrgico.

Dr. Casanegra. — Es lo mismo que sucede en la sala de clínica médica.

A nosotros llegó un paciente, supuesto pielonefrítico o renal médico, y le descubrimos una tuberculosis renal. Fatalmente ese paciente debió ser operado porque no lo pudimos esterilizar.

Dr. Casal. — Tengo la experiencia de un caso tratado médicamente, que curé. Se trata de un empleado del Centro de Cirugía Torácica; un día tuvo una hematuria bilateral y piuria. Me llamó la atención la persistente piuria y una investigación bacteriológica descubrió bacilo de Koch en abundancia sin lesiones radiológicas demostrables. Lo vengo siguiendo desde hace 10 años; se le practicó intenso tratamiento antibiótico durante 3 años y, desde

entonces, no se halló bacilo de Koch ni mostró lesiones tuberculosas a la radiología. Es el único caso en que encontré una tuberculosis urinaria que interpreto como una forma de diseminación hematogena.

Dr. Casanegra.— No hay lesión ostensible ni renal. Nada más que la baciloscopia positiva.

Dr. Casal.— El problema de la bacteria tuberculosa sin lesión renal es discutido, pero creo que no hay una bacteria tuberculosa sin lesión renal, por pequeña que sea ésta.

Dr. García.— No comprendo del todo el alcance de la pregunta del doctor Casanegra, sobre el tipo de tuberculosis.

La pielonefritis tuberculosa es una etapa de transición. Mi experiencia en los casos en que existe piuria y bacteriuria es que se trata de una lesión renal y he visto que con tratamiento médico desaparece la sintomatología en pacientes seguidos largos años.

El problema de la evolución de la tuberculosis es de receptividad, de sensibilidad, de acción orgánica. Hay un sentido general de orientación de la terapéutica controlable dentro del aparato urinario y de nuestros medios de evolución.

Las lesiones destructivas, objetivamente papilares —que sabemos no son tales— es la exteriorización de un proceso que está más arriba de la papila. El signo radiológico de la involución de las lesiones papilares es siempre acorde con el proceso general. La tuberculosis en el riñón, generalmente, evoluciona acompasadamente y es evidente que cuantos más fenómenos obstructivos existen, es curioso observar que la tuberculosis cura por completo cuando se estenosa el uréter, pudiendo desaparecer toda sintomatología y el paciente ser microbiano asintomático, ya sea en forma evolutiva pseudoquistica tuberculosa o en un riñón mástic, y ser el enfermo, desde el punto de vista clínico, un sujeto sano.

Las lesiones, ulceraciones papilares, etc., entiendo que en el lapso de seis meses de tratamiento se pueden valorar si evolucionan hacia la esclerosis o exclusión segmentaria. No puede hablarse de curación cuando hay anulación funcional.

Mi impresión personal es que un tuberculoso nunca se cura. Clínicamente curan muchos. En mi experiencia conozco sujetos que desde hace muchos años no tienen sintomatología alguna, aunque es difícil seguirlos cuando se encuentran clínicamente sanos. Lo cierto es que algunos responden a las indicaciones y pasan años sin sintomatología, con lesiones segmentarias excluidas del riñón.

Es cierto que después de 5, 6, 8 años, he visto la reaparición de la infección. De ahí que mi pregunta al doctor Monserrat tenía un sentido, porque tengo la sensación de que en el aparato urinario las lesiones en el órgano dañado tienen una menor receptividad en el tratamiento quimioterápico.

A todo tuberculoso urinario que es consecuente, le pido que durante el resto de su vida me siga consultando, porque a través de muchos años he tenido decepciones en pacientes que creía que estaban anatómicamente curados.

Dr. Pilheu.— Quisiera saber si cuando se aísla el bacilo de Koch en las lesiones renales se estudia sistemáticamente la sensibilidad de esos gérmenes frente a las drogas antituberculosas. Este concepto es fundamental para los tisiólogos y a medida que pasa el tiempo más nos afirmamos en la importancia de este dato.

Con motivo de la aparición cada vez más frecuente de resistencias bacterianas se han descubierto nuevas drogas antituberculosas.

Quisiera saber si durante la conducción del tratamiento y mientras persiste la bacteriología positiva se sigue estudiando esa sensibilidad, porque el hecho de continuar un tratamiento con esas drogas clásicas, si no se conoce la sensibilidad, puede llevar a conceptos erróneos y a creer que se está tratando un tuberculoso, es decir, se están dando drogas que no son eficaces.

A los tisiólogos nos interesaría saber qué experiencia tienen los urólogos en el tratamiento de la tuberculosis renal con las drogas subsidiarias. Es llamativo, a través de lo que se comenta esta noche, que la tuberculosis, enfermedad infecciosa única que precisamente en estos dos aparatos, respiratorio y renal, tienen algunas características similares, en los dos forman cavernas y hay conductos que se estenosan cuando se curan. Sorprende que haya tanta discrepancia entre la curación de la tuberculosis en el aparato respiratorio que se consigue cuando se hace un tratamiento correcto, que oscila en el 90 % de los casos, y la tuberculosis renal que, por lo que se dice, obtiene poco éxito con el tratamiento antibiótico.

Para nosotros, la bacteriología y la sensibilidad es fundamental, y la conducción del tratamiento la hacemos siempre con el bacteriólogo al lado porque nos debe decir cuándo una droga es eficaz y en qué momento deja de serlo, para reemplazarla por otra.

Dr. Borzone.— En lo que a mi experiencia personal y a mi servicio se refiere, no tenemos

a disposición el control de la sensibilidad bacteriana. Por eso, apelamos al tratamiento combinado para prever la posibilidad de esas resistencias.

En reunión privada, realizada antes de iniciarse esta sesión, confesé el "mea culpa" en el sentido de que de esta reunión iba a surgir este concepto, que no está muy arraigado en el medio urológico. De manera que de hoy en más debemos poner mayor énfasis en esa posibilidad que nosotros hasta ahora no habíamos explotado. Es decir, la realización del anti-biograma, el que, si es posible, debe ser repetido como control del tratamiento.

Dr. Pujol. — Posiblemente sea muy semejante la evolución de la tuberculosis desde el punto de vista anatómico, pero quizá se diferencie en la facilidad de investigar el bacilo causal.

Es clásico aceptar en urología lo difícil que resulta la investigación del bacilo de Koch y si los urólogos tuvieran que abstenerse de tratar la tuberculosis solamente por la presencia del bacilo de Koch sería muy relativo el número de tuberculosis que se podrían curar médicamente.

No hace mucho, al hijo de un conocido urólogo europeo se le entabló un proceso por haber extirpado un riñón que él consideró tuberculoso, por no haberse fijado si existía bacilo de Koch con anterioridad.

El camino que siguen los tisiólogos es verdaderamente científico y entiendo que deberíamos imitarlos.

Personalmente siempre solícito, para descargo de mi conciencia, el examen bacteriológico y la inyección al cobayo.

Uno de los frutos de esta reunión será insistir no solamente en la investigación del bacilo de Koch sino también en la sensibilidad.

Quisiera destacar asimismo la terapéutica de las lesiones cicatriciales que produce el tratamiento quimioterápico y las lesiones residuales de la vejiga. A veces se practica una nefrectomía cuando el paciente tiene una vejiga irritable, una cistitis intensa. Al tiempo se produce reflujo, infectándose el riñón del lado opuesto. La quimioterapia provoca, en ocasiones, uno de los problemas más serios de la tuberculosis.

Dr. Presidente (Dr. Santos). — Doctor Pujol, dos preguntas. Primero: ¿son más frecuentes las lesiones cicatriciales del árbol urinario con motivo de la quimioterapia? Segunda: ¿tiene igual incidencia actualmente la tuberculosis renal que antes del tratamiento antibiótico la tuberculosis general?

Dr. Pujol. — Cuando comenzamos a hacer tratamiento quimioterápico, nos llamó la atención la frecuencia con que observábamos la rapidez con que se producían las lesiones cicatriciales bajas, especialmente del uréter. Hoy en día no son tan observables. Quizá sea porque han surgido otros medicamentos que al usarse en combinación quizá no produzcan tanta esclerosis, como al comienzo cuando se usaba la estreptomina.

Con respecto a la segunda pregunta, personalmente, entiendo que hay mucha menor cantidad, quizá debido al tratamiento médico de la tuberculosis pulmonar.

Dr. García. — Estoy en un servicio grande, numeroso, y he de dar cifras aproximadas. Hace 20 años, en nuestro servicio se ejecutaban de 20 a 30 nefrectomías por tuberculosis renales. El año pasado se hicieron 2.

La evolución es más rápida bajo la acción de los quimioterápicos; lo que costaba años de tratamientos, los que en su mayoría fracasaban, hoy se los ve evolucionar con una rapidez sorprendente y me complace escuchar de labios de los tisiólogos el valor que le asignan a la sensibilidad bacteriana.

En el momento actual, en que se conoce mejor la biología de los gérmenes, que es el fundamento en que se apoya la citología, se admite que los gérmenes pueden cambiar de un instante a otro y que esa sensibilidad, que puede ser negativa en cierto momento para una droga determinada, con gran sorpresa, se torna positiva, sin haberse suprimido la administración de la droga.

No poseo una experiencia muy grande porque generalmente los cultivos y el estudio de la sensibilidad puede hacerse en la clientela privada en que puede acudir a bacteriólogos de gran confianza.

La sensibilidad de todos los bacteriostáticos está un tanto en descrédito, no sé si específicamente para el bacilo de Koch, pero sí para el resto de los gérmenes.

El problema de la neutralización de los quimioterápicos depende fundamentalmente de las ectasias y, como son cambiantes, no le quiero restar ningún valor a los que tienen experiencia, pero planteo este problema teórico que es de gran actualidad.

Dr. Dubra. — Un germen que no responde a una droga es un germen que no responde. En ese caso, debe acudir a otro medicamento. Los estudios no se realizan en los enfermos tratados y los porcentajes son diferentes.

SESION CONJUNTA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA Y LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TISIOLOGIA

La resistencia bacteriana oscila alrededor del 7% con relación a 1962. En los sujetos que ingresan al servicio ya atacados por la enfermedad, el porcentaje de resistencia bacteriana es muy alto, de un 80%.

Cuando los sujetos tienen resistencia a la isoniacida y estreptomina, solamente la intervención de nuevas drogas permite rescatar a esos enfermos, siempre que se practique la intervención quirúrgica oportuna. Dudamos que las drogas subsidiarias por sí solas puedan determinar la curación de esos pacientes.

Para el bacilo de Koch, el concepto de sensibilidad bacteriana se mantiene a través de todas las escuelas internacionales.

Dr. García. — Le preguntaría al doctor Dubra si no han observado un hecho que ha sido descripto y que es la utilización de dosis altas no provoca dificultades. Hay un fenómeno conocido en bacteriología que es la vuelta a la sensibilización de los gérmenes después de haberse aplicado medicamentos.

Pregunto si el bacilo de Koch es posible que no responda a la acción bacteriostática de un agente quimioterápico y que después de usarse una cantidad elevada de drogas vuelva a una sensibilidad mayor con proporciones menores que los bacteriostáticos.

Dr. Dubra. — La resistencia bacteriana que aparece en los gérmenes existe en numerosos grados.

Esa resistencia bacteriana puede ser vencida siempre que el nivel en sangre sea adecuado. La resistencia que se observa para el bacilo de Koch aparece en un solo estado. Los datos de reversibilidad bacteriana y la utilización de las drogas no tuvieron ningún efecto terapéutico. Una cosa es el bacilo de Koch y otra los demás gérmenes.

Sr. Presidente (Dr. Santas). — Es evidente que en el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar los resultados son muy inferiores cuando el paciente es portador de gérmenes resistentes.

Dr. Guzmán. — Quisiera preguntarle al doctor Dubra si en el esquema terapéutico médico tienen entrada los corticoides y la hormona córticotropa. Y si se modifica la sensibilidad de los gérmenes a la droga.

Dr. Dubra. — En mi comunicación hice referencia al uso de la córticoterapia, sobre todo ante la posibilidad de una Roger Motdell.

Un autor americano publicó algunos casos de tuberculosis tubular y considera que la destrucción de los gérmenes es capaz de provocar un edema ureteral y plantea la posibilidad de los corticoides. Se necesita un requisito esencial: tener la seguridad de que los gérmenes son sensibles a los corticoides, porque si llegamos a realizar córticoterapia con gérmenes resistentes vamos a tener una exacerbación.

El no hallazgo del bacilo de Koch en muchas circunstancias quizá sea un problema bacteriológico de laboratorio. Nosotros hemos vivido ese problema. Quizá los urólogos no cuenten con un bacteriólogo de confianza para esa cuestión.

Dr. Alvarinhas. — La mayoría de los pacientes que tratamos en el hospital Fernández provienen del servicio del doctor Pilheu. Son pacientes tratados largamente y que nos llegan por dos circunstancias especiales, por lesiones irreversibles de riñón en el que la cirugía urológica hará la exéresis de un órgano inútil, o bien, enfermos ya tratados, durante mucho tiempo y que llegan con lesiones obstructivas bajas para proceder a su reparación plástica.

Casi todos los enfermos que hemos atendido en estos tres últimos años se dividen en dos grandes grupos: los pasibles de cirugía de exéresis y en los que se ha podido proceder a la cirugía conservadora. En los del primer grupo, las lesiones coincidían con un pasado tuberculoso pulmonar de gran envergadura curada.

Los del otro grupo, pasibles de cirugía conservadora o reparadora, si bien tenían antecedentes de lesiones pulmonares, ellas estaban curadas.

En este segundo grupo no se podía determinar la resistencia bacteriana porque eran abacilíferos, pero la característica de la lesión y la anatomía patológica de las piezas de exéresis confirmaba la etiología tuberculosa.

Dr. Grimaldi. — El año pasado se realizó una mesa redonda en el hospital Santojanni sobre el mismo tema y surgió el asunto de la sensibilidad del germen, y tuve que responder, como el doctor Borzone, que nosotros prácticamente no la investigamos.

Si bien no lo investigamos desde el punto de vista bacteriológico, si lo hacemos clínicamente porque cuando vemos una manifestación objetiva en la orina de un tuberculoso y hacemos su tratamiento, seguimos la evolución objetiva y vemos cómo unas drogas (estreptomina o isoniacida) no mejora, cambiamos la isoniacida y asociamos el PAS: estamos haciendo así la prueba clínica de sensibilidad.

Le contesto al doctor Casanegra que se curan algunas tuberculosis objetivamente radio-

SESION CONJUNTA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA Y LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TISILOGIA

lógicas y bacteriológicas con tratamiento médico. Serán muy pocas, pero se curan. Tenemos el caso de una chica de 11 años, que llegó por una pihematuria, y otra, en que nos costó encontrar el origen, con una lesión papilar pielocalicial típica, con investigación positiva de bacilo de Koch, a la que no le hicimos la prueba de la sensibilidad, y el tratamiento que se inició con otros antibióticos fue negativo y el tratamiento inicial lo fue con estreptomina e isoniacida. Asociamos, entonces, la aplicación del PAS. Por error se dio en una dosis pobre, pero a los 30 días se aclaró la orina, que era persistentemente piúrica y hemática. El control bacteriológico fue negativo. Esa enferma lleva dos años de tratamiento, la vi hace un mes y se mantiene bacteriológica y clínicamente curada.

Dr. Dubra. — Desde el punto de vista clínico, cuando se dice que hay resistencia bacteriana se puede cometer un error. Clínicamente puede afirmarse que existe ineficacia del tratamiento y no que hay resistencia. Cuando tratamos un tuberculoso pulmonar y sigue eliminando bacilos, no decimos que existe resistencia bacteriana sino que ese tratamiento es ineficaz. Puede ocurrir que el laboratorio nos diga que los gérmenes son sensibles, pero las dosis no llegar a ser convenientes, o bien que los medicamentos no sean absorbidos, por lo que debe hacerse una revisión de ese esquema terapéutico.

Sr. Presidente (Dr. Santos). — Como conclusión de esta Mesa diremos que desde el punto de vista anatomopatológico es evidente que no hay mecanismos nuevos en la tuberculosis pulmonar, como no los hay en la renal. Los bacteriostáticos contribuyen a hacer más frecuente la curación de la tuberculosis.

Desde el punto de vista quirúrgico es evidente la posibilidad de una terapéutica quirúrgica conservadora, circunstancia que no era posible antes de la era de los quimioterápicos o bacteriostáticos.

Con relación al tratamiento, se ha destacado la importancia de la sensibilidad bacteriana y la necesidad de investigar el bacilo en forma reiterada y, cuando se lo encuentra, efectuar los estudios de la sensibilidad.

Yo agregaría el estudio bacteriológico de las piezas de resección. Cuando el bacilo de Koch no puede ser obtenido en otra forma, es posible que en esas piezas de resección se pueda estudiar el bacilo de Koch y su resistencia. Eso lo hicimos en pulmón en un servicio en el que el cirujano debe empezar por recordar que a la pieza no debe agregarle formol. Es un camino para obtener mejores resultados en las tuberculosis.

Agradezco a todos la concurrencia a esta reunión y, en especial, a los componentes de la mesa redonda que en forma tan brillante han expuesto el tema.

C I C A S

==== S. R. L. ====

Distribución y Venta de Instrumental, Accesorios y todo lo relativo a Urología

* * * *

TALLER PROPIO PARA SERVICE
Y ATENCION DE INSTRUMENTAL
DE LA ESPECIALIDAD

MONTEVIDEO 462

46 - 7508

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual Nº 149.617

Correo Argentino Central (B)	FRANQUEO PAGADO Concesión 726
	TARIFA REDUCIDA Concesión Nº. 1707



3

drogas
específicas
para el
tratamiento de
las infecciones
y molestias del

**TRACTO
URINARIO**



UROLUCOSIL

Única sulfa uro-específica para la infección aguda

Mandelamine

Bactericida para la infección crónica

PYRIDIDIUM

Único analgésico oral uro-específico

DOSES:

UROLUCOSIL:

Adultos: 1 a 2 tabletas 4 a 6 veces al día.

Niños: 1/2 a 1 tableta 4 a 6 veces al día.

MANDELAMINE:

Adultos: 2 grageas de 0,5 g. cuatro veces al día.

Niños de más de 5 años: 1 gragea de 0,25 g. cuatro veces al día. Menores de 5 años, en proporción a la edad.

PYRIDIDIUM:

Adultos: 2 grageas 3 veces al día, antes de las comidas.

Niños mayores de 9 años: 1 gragea 3 veces al día antes de las comidas; menores de 9 años: según prescripción médica.

WARNER-CHILCOTT

Laboratories

DIV. WARNER-LAMBERT PHARMACEUTICAL COMPANY
MORRIS PLAINS, N. J., E. U. A.

AL SERVICIO DE LA PROFESION MEDICA DESDE EL AÑO 1856



Talleres Gráficos Gral. San Martín S. R. L.
Pedro Echague 2569 - Tel. 91-1693