

EXPERIENCIA EN EL ESTUDIO CLINICO DE LA TUBERCULOSIS UROGENITAL

Por el Dr. JUAN CARLOS IRAZU *

El progreso en los métodos de diagnóstico, en especial la pureza de los medios de contraste para obtener buenas imágenes radiográficas y el perfeccionamiento de las técnicas de laboratorio para demostrar la presencia del bacilo de Koch, han permitido por medio del diagnóstico correcto dar a la tuberculosis urogenital la importancia que tiene en las afecciones clínico-quirúrgicas del aparato urinario.

Se debe considerar a la tuberculosis urogenital como una enfermedad general del organismo y de importante repercusión social.

Pero no basta tener al alcance de la mano métodos efectivos de investigación. Es necesario pensar en esta patología para poder hacer así diagnósticos más precoces que permitirán la restitución ad-integrum de las lesiones con solo el tratamiento médico y reducir el campo de la cirugía a la corrección de las complicaciones, para cambiar en forma definitiva el primitivo concepto mutilante de ésta.

MATERIAL

Se compilaron los datos correspondientes a enfermos vistos en el Consultorio Externo del Servicio de Urología del Hospital J. M. Penna. El período comprende desde el 31 de octubre de 1968 hasta el 31 de octubre de 1970, ya que en el Congreso de Urología realizado en Mendoza en 1968 se presentaron los casos diagnosticados y tratados en los cinco años anteriores:

Período: año 1964 al 31/10/1968

Enfermos de Consultorio Externo de 1ª vez ..	5.748
Casos diagnosticados	31
Sexo masculino	61,5 %
Sexo femenino	38,5 %
Porcentaje	0,53 %
Presuntivos de T.B.C.	186

En los últimos dos años se diagnosticaron 23 enfermos portadores de una tuberculosis urinaria sobre un total de 2.681 de primera vez examinados en Consultorio Externo, lo que indica un porcentaje del 0,85 % de esta patología.

MÉTODO

Se consideraron como datos de importancia la edad, sexo, el motivo de la consulta, los antecedentes personales y familiares, algunos exámenes de laboratorio, los hallazgos radiográficos, la baciloscopía, el cultivo con prueba de sensibilidad a los quimioterápicos e inoculación al cobayo y la anatomía patológica.

La radiografía de tórax se hizo en forma sistemática, aunque no siempre se hallaron alteraciones que justificaran la patología urinaria.

La reacción de Mantoux se ha practicado sólo en algunos casos.

* Sarmiento 114, Avellaneda, Prov. Bs. As.

RESULTADOS

Sobre 23 enfermos portadores de tuberculosis urogenital se obtuvieron los siguientes resultados:

La edad de mayor incidencia fue entre los 40 y 50 años y en cuanto al sexo, correspondió al masculino el 69,5 % y al femenino el 30,5 % (Gráficos 1 y 2).

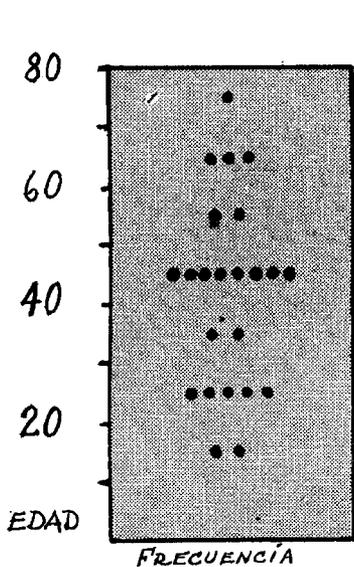


Gráfico 1. — Frecuencia por edad.

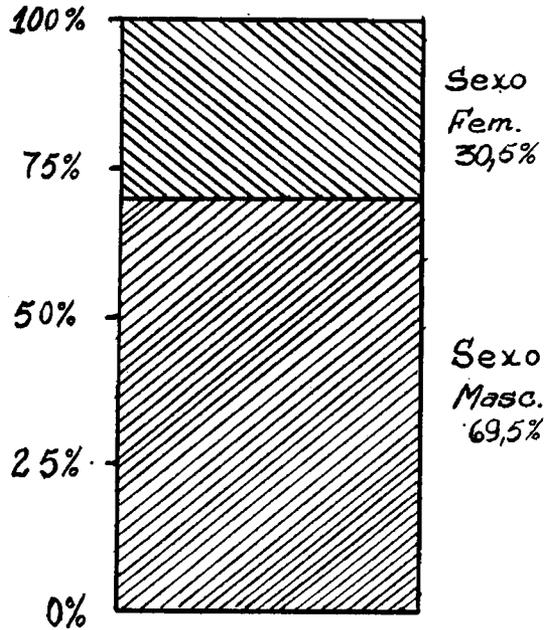


Gráfico 2. — Incidencia por sexo.

El motivo de la consulta en 30 % de los casos fue por epididimitis, dos fistulizadas, por lo que se practicó la epididimectomía; en el 31 % los enfermos consultaron por disuria, polaquiuria y ardor miccional y en dos en especial con tenesmo muy intenso, uno con una cavernosis prostática y otro con un riñón excluido; en 17 % hubo hematuria franca, y en 13 % dolor lumbar (Gráfico 3).

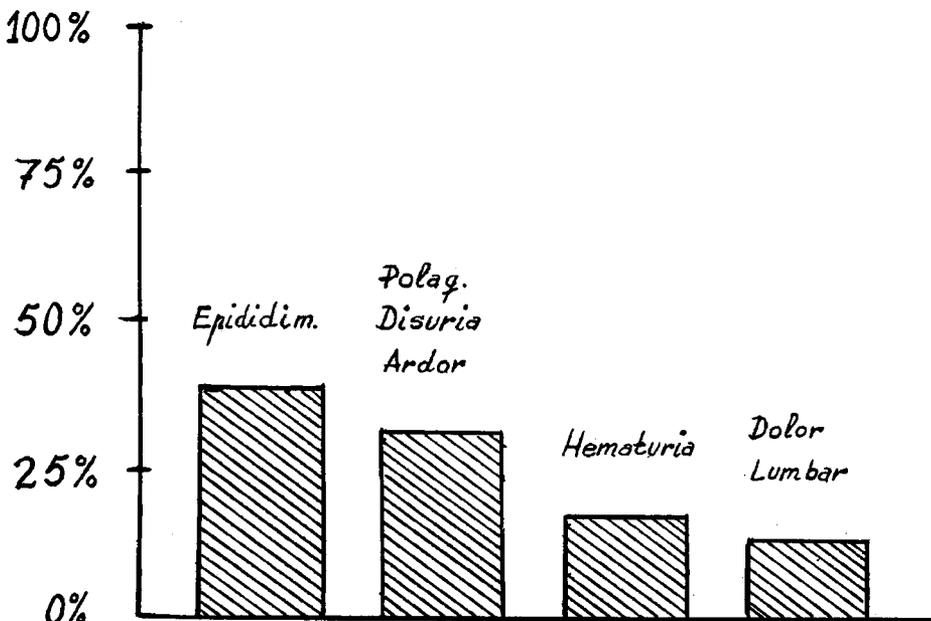


Gráfico 3. — Motivo de consulta.

Entre los antecedentes se encontró que el 35 % había tenido lesiones pleuropulmonares. Dos pacientes presentaban lesiones en actividad, una plauresía con derrame y una tuberculosis pulmonar cavitaria. Sólo en un 4 % se hallaron antecedentes familiares y en el 61 % no se encontraron antecedentes (Gráfico 4).

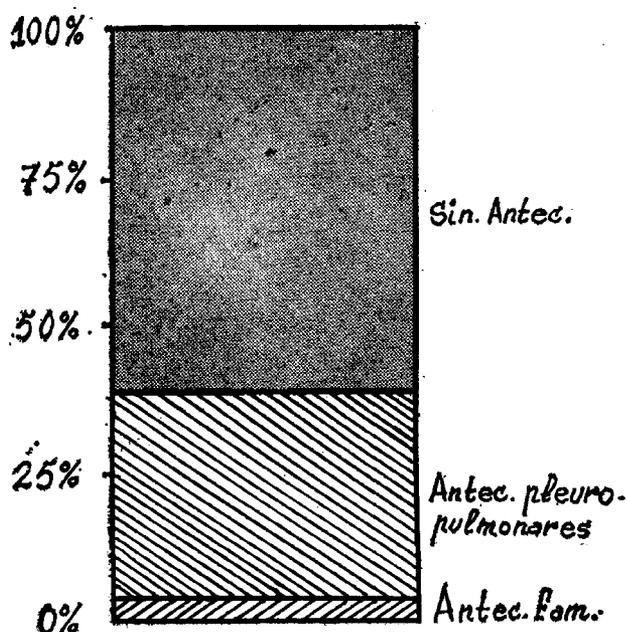


Gráfico 4. — Frecuencia de antecedentes bacilares.

En los exámenes de laboratorio realizados se observa que en un 45 % de los casos el cultivo para gérmenes comunes fue positivo con más de 100.000 colonias por ml.; en un 27 % para el bacilo coli, 9 % para proteus y 9 % para el estafilococo.

La leucocitosis sólo se manifestó en el 11 %, sin relación demostrable con infecciones agregadas, pero sí en dos casos con síndrome toxibacilar.

La eritrosedimentación estaba acelerada en el 57 % de los pacientes estudiados y en tres de ellos coincidió con infecciones a estafilococo epidermidis, proteus mirabilis y bacilo coli.

Se hallaron hematíes en el sedimento en el 64 % de los casos y piuria en el 82 %.

La baciloscopía fue negativa en el 95 % de los enfermos en que se practicó y sólo en uno se observaron bacilos en el extendido de pus de una epididimitis supurada.

El cultivo del bacilo de Koch por el contrario fue positivo en el 84 % de los casos en que se realizó, ya que en otros el diagnóstico se hizo por histopatología. En un solo enfermo se aisló una cepa bovina. Para estos estudios contamos con la colaboración del Laboratorio de Bacteriología del Hospital Muñiz a cargo del Dr. Abel Cetrángolo.

La anatomía patológica permitió comprobar la enfermedad en 7 casos que fueron sometidos a cirugía o biopsia, dos de ellos de próstata, lo que dan un índice del 100 % (Gráfico 5).

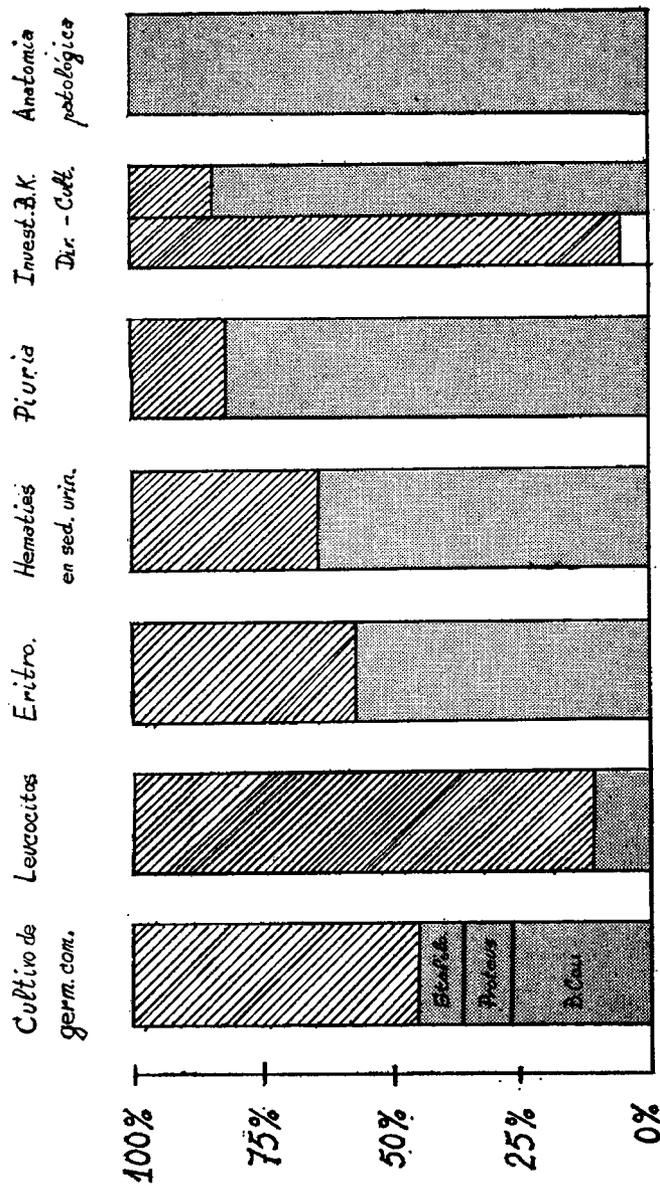


Gráfico 5. — Datos de laboratorio.

El estudio radiográfico, completado en algunos casos por un urograma por goteo, dio alteraciones calicopapilares en el 62 %; lesiones del tercio inferior del uréter con dilatación en huso de su porción pelviana en el 13 %; en el 10 % se halló exclusión renal; correspondiendo un 3 % de lesiones radiológicas para cada una de las siguientes alteraciones: uronefrosis, hidrocáliz, litiasis parenquimatosa y cavernosis prostática (Gráfico 6).

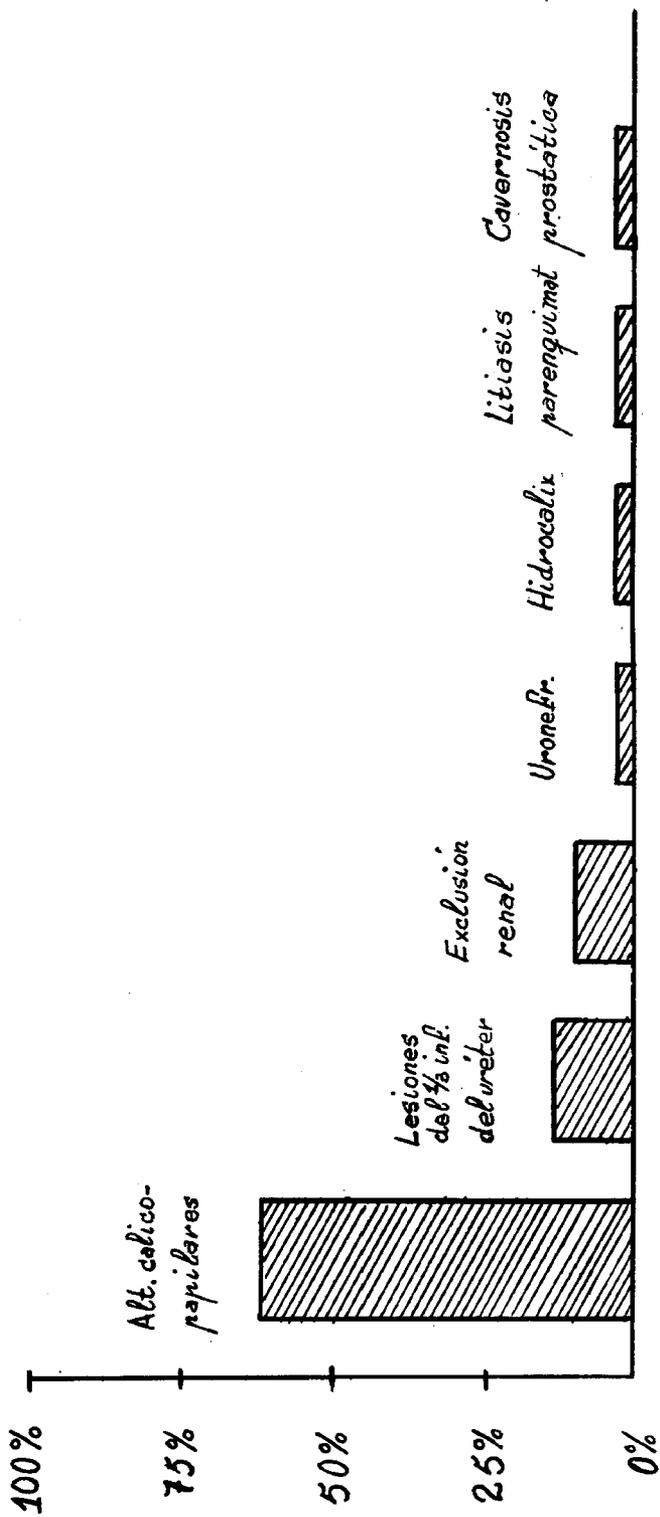
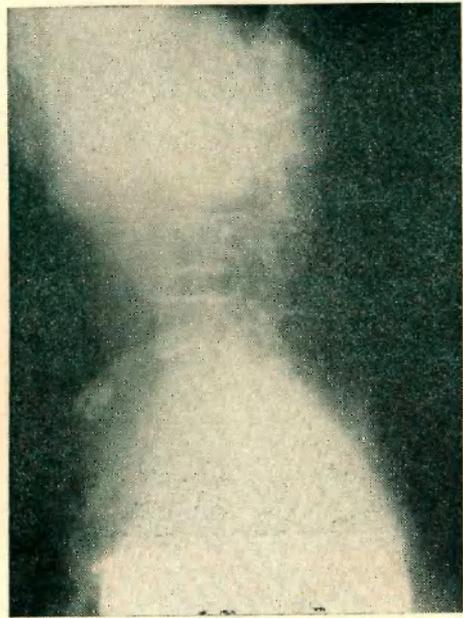
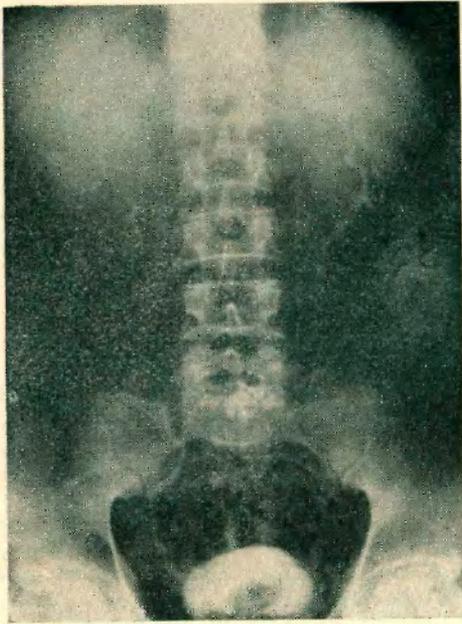
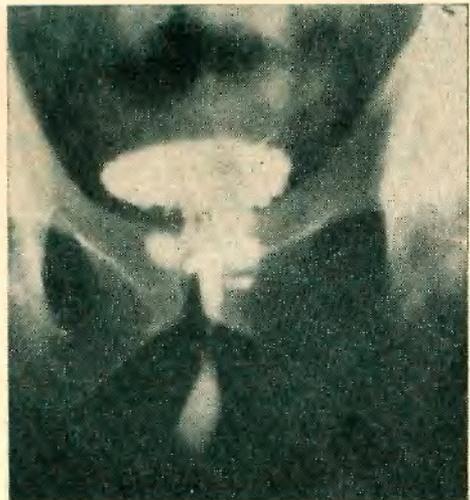
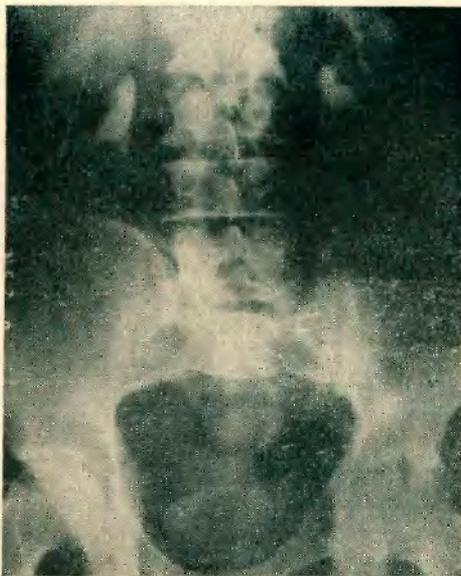


Gráfico 6. — Lesiones radiográficas.



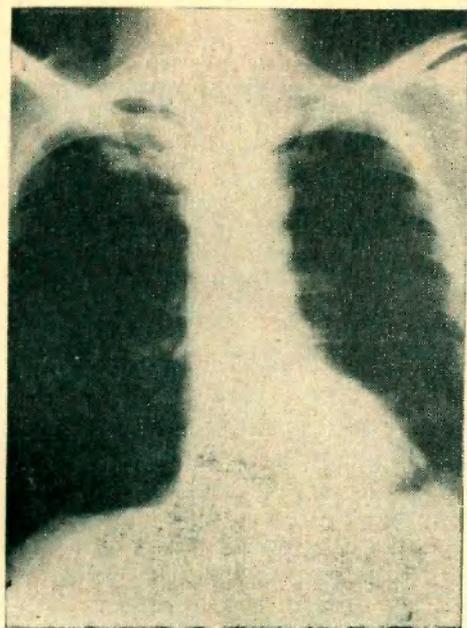
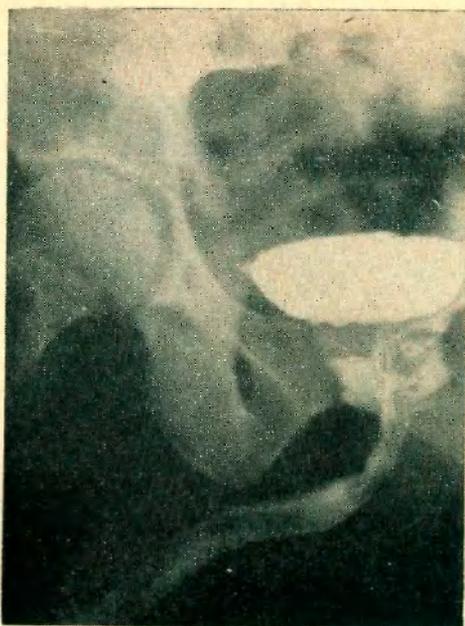
Rad. 1. — Urograma con discretas lesiones papilares y dilatación en huso del tercio inferior de ambos uréteres. Calcificación ganglionar.

Rad. 2. — El mismo paciente en una incidencia oblicua.



Rad. 3. — Urograma de un enfermo portador de una cavernosis prostática.

Rad. 4. — Uretrocistografía de frente del mismo paciente.



Rad. 5. — Cavernosis prostática. Uretrocistografía en posición oblicua.

Rad. 6. — Tórax perteneciente al mismo paciente con retracción cicatrizal del hemitórax izquierdo.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La investigación sistemática del bacilo de Koch en la orina de todos aquellos enfermos portadores de una sintomatología clínica sospechosa nos permitió demostrar que el 0,85 % de 2.681 pacientes que consultaron por primera vez, padecían de una tuberculosis urogenital.

La mayor incidencia en el sexo masculino estaría dada por la mayor cantidad de pacientes de este sexo que concurren al Consultorio Externo.

Toda epididimitis subaguda o cistitis prolongadas, son pasibles de una investigación bacilar.

La elevada frecuencia de lesiones genitales a veces consideradas como único foco tuberculosos de otras épocas, ha cambiado gracias al perfeccionamiento de los métodos complementarios de diagnóstico como lo señalara mi padre el Prof. Dr. Juan Irazu en su Tesis de Doctorado (acta nº 4950).

La presencia de piuria abacteriana o no, que no responde a los tratamientos habituales, debe hacer sospechar una lesión específica.

Los hematíes en el sedimento urinario o una hematuria franca sin causa justificada, llevarán a una investigación exhaustiva.

La anatomía patológica demostró lesiones tuberculosas en todas las piezas obtenidas. La biopsia prostática por punción sirvió para hacer el diagnóstico diferencial con el carcinoma prostático y en el caso de la prostatitis cavitaria la histopatología demostró su etiología.

Sólo en un caso se halló el bacilo de Koch en un extendido coloreado de pus de una epididimitis supurada.

En un paciente se aisló una cepa de *Micobacterium Bovis*.

RESUMEN

Se presentan 23 casos de tuberculosis urogenital diagnosticados por cultivo positivo o anatomía patológica. Se estudian la edad, sexo, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, datos de laboratorio y radiología en forma comparativa.

DISCUSION

Dr. Facio. — Quería preguntar al doctor Irazu si en los casos de lesiones de obstrucción ureteral a más de 10, 15 cms. del meato ureteral, como a veces se ven las ligaduras del pedículo ovárico, tiene experiencia en la liberación del uréter; si han hecho anastomosis término-terminal del uréter. El doctor Irazu presenta un caso en que han liberado la ligadura y con eso se corrigió. Pero si hubiese sido una acodadura más importante, podían haber realizado una anastomosis término-terminal del uréter, o tal vez haber preferido hacer un Boari alargado.

Dr. Pagliere. — Deseo preguntar al doctor Irazu si alguna de esas lesiones clasificadas como ligaduras parciales de uréter no sean más bien de ligadura de vecindad del mismo, ya que la ligadura parcial aun cuando es difícil, lleva indefectiblemente a la fistula en el término de 24, 48 horas.

Dr. Irazu. — Al doctor Facio le contesto que no tengo experiencia en haber hecho una unión término-terminal del uréter a esa altura. Pero sí el doctor Sáenz tuvo oportunidad de practicar un Boari, en que la lesión del uréter estaba a más de 12 cms., aproximadamente, del uréter; fue una vejiga complaciente que permitió sacar un buen colgajo y hacer un tubo que reparó la lesión.

Al doctor Pagliere le respondo que en realidad en las ligaduras del uréter, cuando son totales, y por eso hablamos de parcial, la lógica consecuencia es la aparición de la fistula. Estas eran ligaduras que como hemos expresado en uno de los casos, traccionaban de otros tejidos, o sea que la tensión ofrecida al uréter no era suficiente como para obliterar su luz totalmente. Un urograma por goteo del uréter nos permitió comprobar que era permeable, es decir que permitía el pasaje de la sustancia opaca por debajo de la zona donde se seccionó ese hilo. Estimo que por esa razón no apareció una fistula.