

metastásicos en parenquima renal, subcapsulares y en el espesor del parenquima alejados del tumor primitivo. Uréter normal.

Biopsia hepática: Carcinoma epidermoide maduro metastásico en hígado.

Consideraciones

Coincidimos con otros autores en la positividad del diagnóstico en base a elementos clínicos y radiológicos.

En nuestro caso, efectuamos nefroureterectomía, basándonos en el aspecto macroscópico del riñón con numerosas metástasis perenquimatosas y en la siembra nodular hepática.

Resumen

Se presenta un caso de tumor no frecuente. Carcinoma epidermoide de pelvis renal. Se establece las diferencias histopatológicas y evolutivas entre los tumores papilares y los no papilares.

BIBLIOGRAFIA

1. *Hughes:* Urología práctica, 1971.
2. Mesa redonda sobre tumores del riñón. II Jornadas Rioplatenses de Urología. Mar del Plata, 1963.

DISCUSION

Dr. Demarco. — Quisiera preguntarle a los comunicantes si en la sintomatología del enfermo no padeció de dolor, porque lei en una publicación que una de las características era el dolor muy intenso que producía este tipo de carcinoma.

Sr. Presidente (Dr. Mackintosh). — Quisiera preguntarle la causa de muerte que arrojó la necropsia. ¿A qué se atribuye?

Dr. Belossi. — Al Dr. Demarco, le diré que el único síntoma que presentó este enfermo fue hematuria de siete años de evolución, que fue asintomática durante un periodo y cuando entró al servicio hacia dos meses que había tenido hematuria. No manifestó dolor.

En cuanto a la causa de muerte, cuando operamos al enfermo nos llamó la atención la dureza del hígado, encontramos una siembra diseminada, tomamos un nódulo e hicimos la biopsia y posteriormente, entró en un cuadro de insuficiencia circulatoria que no pudimos controlar y esa fue la causa de su deceso.

ENFOQUE ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

CONFERENCIA PRONUNCIADA POR EL Dr. ALDO ORSI JEFE DE LOS CONSULTORIOS DE NEUMONOLOGIA DEL HOSPITAL ALVEAR DE BUENOS AIRES

De las enfermedades contagiosas, después de haber sido vencidas muchas de ellas, otras atenuadas, queda la tuberculosis como la más importante por el número de enfermos que la padecen. La O. M. S. calcula que en el mundo de hoy, hay entre 10 y 20 millones de enfermos y que anualmente mueren entre 1 millón y 2 millones de personas. Esto es hasta cierto punto una incongruencia dado que hoy más que nunca poseemos un armamentario terapéutico que bien usado y prodigado el tiempo necesario, cura la tuberculosis en un 90 a 95 % de los casos, siendo el 5 a 10 % restante, pasible de intervención quirúrgica para acercarnos así al 100 % de curaciones. Pero, para llegar a ese desideratum, no sólo la medicación debe ser la adecuada en ca-

lidad y cantidad de drogas, sino que el enfermo debe ser contemplado desde el punto de vista social: alimentación, habitat, trabajo, familia, etc.

Cuando hablamos de curación en tuberculosis nos referimos a la curación bacteriológica y no a la curación anatómica con *restitutio ad integrum*, como veremos más adelante.

En el panorama mundial de la enfermedad se puede decir que ha desaparecido prácticamente en algunos países, que hay una marcada disminución en otros y que en países poco desarrollados está estacionaria con tendencia a descender. En Holanda, país con la menor letalidad, mueren de tuberculosis, la exigua cifra de 4 casos por 100.000 habitantes. No sabemos las cifras de muerte de los países que la padecen más, pues adolecen de estadísticas adecuadas por su mismo infradesarrollo.

Se calcula que el 85 % de los tuberculosos padecen la enfermedad en el aparato respiratorio. En el 15 % restante se incluyen las tuberculosis extrapulmonares entre las que está la tuberculosis urogenital.

Es indudable que en nuestro país ha disminuido la enfermedad. Lo palpamos porque en la actualidad se consigue fácilmente la internación de un tuberculoso en un hospital de la especialidad y en los consultorios externos de Neumología se atienden menos enfermos. En el Hospital Alvear donde vemos prácticamente todos los enfermos ambulatorios de Neumología, se atiende un nuevo caso de tuberculosis cada 20 ó 30 días. Debemos aclarar que los hospitales que reciben el aflujo de las villas de emergencia, tienen una cantidad mayor de estos enfermos. De ellos es posible que muchos tengan tuberculosis.

Con estos estudios se interna el 13 de diciembre de 1971 en la cama 70 importadas porque es gente procedente de países limítrofes.

Razones de orden económico y geográfico como es la gran extensión de nuestro país, hacen que todavía sea largo el camino para la erradicación de la enfermedad. En lo que está a nuestro alcance, cada vez que tenemos un enfermo nuevo, lo tratamos con el máximo esmero para que su período de contagiosidad sea lo más breve posible. Lo que está lejos de nuestra buena voluntad es mejorar las condiciones de vivienda y economía que tanto inciden en la eclosión, evolución y propagación de la enfermedad.

La tuberculosis urogenital es una de las localizaciones extrapulmonares de la enfermedad, que se origina como otras, en una diseminación posprimaria que puede desarrollarse entre pocos meses y muchos años después de la primoinfección. Puede ir o no acompañada de tuberculosis pulmonar activa; muchas veces los pulmones son sanos o a lo sumo se observan secuelas fibrosas o calcificadas.

Dado que la localización pulmonar de la tuberculosis supera ampliamente a todas las demás localizaciones extrapulmonares, son los tisiopneumólogos los que han dado las pautas del tratamiento de la tuberculosis. Por otra parte, los resultados del tratamiento se siguen mejor por dos parámetros bastante fáciles de manejar: a) la radiología pulmonar que permite ver la resolución o la fibrosis del proceso o ambos a la vez; b) la investigación del bacilo de Koch en el esputo y en el lavado gástrico por examen directo y cultivo y/o inoculación.

En lo posible, tanto en la tuberculosis pulmonar como en la extrapulmonar es conveniente tener la prueba fehaciente de que se está en presencia de la enfermedad; nos referimos a la búsqueda del bacilo de Koch por examen directo o por cultivo del esputo o del lavado gástrico en la localización pulmonar y en la orina, semen, pus de fistulas en la tuberculosis urogenital. De los análisis efectuados con una sola muestra de orina incluyendo cultivo e inoculación son positivos sólo un 30 a 40 %. De aquí que el mejor método es tomar como mínimo tres muestras de orina concentrada en días sucesivos o alter-

nados y hacer examen directo, inoculación y cultivo; este último con antibiograma para el bacilo de Koch. La prueba histopatológica es de mucho valor cuando la biopsia de un ganglio, de un trayecto fistuloso o de un órgano, revela la presencia de folículos tuberculosos.

¿Se debe tratar una supuesta TBC mientras no se encuentra el bacilo o durante la espera del resultado de un cultivo y/o inoculación? Sí, siempre que las características semiológicas y clínicas sean las de una TBC y se hayan descartado otras afecciones.

El antibiograma revela si hay resistencia a determinadas drogas. Esta resistencia puede ser:

a) Primaria. Esta puede originarse en una resistencia natural del bacilo o adquirida porque el enfermo se contaminó con gérmenes resistentes.

b) Secundaria. Es consecuencia del tratamiento con una sola droga o monoterapia, tratamiento discontinuo o insuficiente. Cuando el enfermo es tratado con una sola droga, es muy posible que en poco tiempo la droga no sea más efectiva. El tratamiento hecho con una o más drogas en forma alternada, con periodos de descanso más o menos prolongados, da como resultado aparición de resistencias. Por último un tratamiento que no se ajuste a la cantidad de droga efectiva por kilogramo de peso también puede dar resistencia.

Las drogas que poseemos actualmente, como decíamos antes, han cambiado francamente el panorama y salvo casos extremadamente graves y avanzados, estamos en condiciones de prometer al paciente una cura segura de la enfermedad, mientras cumpla con el tratamiento. Los tuberculosos ambulatorios deben ser muy controlados, porque a veces, por abandono, negligencia o falta de recursos, hacen un tratamiento a medias y entonces la recuperación es precaria o pasajera, tienen recaídas y hacen resistencias secundarias a las drogas. No se debe olvidar que el reposo, aunque no tan estricto como antes, es necesario, por lo menos hasta negativizar el esputo en la tuberculosis pulmonar y la orina en la localización urológica. Obtenida la negativización y no habiendo contraindicaciones de otra naturaleza, el enfermo puede tener alguna actividad y de continuar la mejoría, incluso puede reanudar sus ocupaciones habituales, pero continuando el tratamiento que según la gravedad inicial de la enfermedad puede ser de dos o más años.

Dejamos en claro que si una vez curada bacteriológicamente una tuberculosis quedan secuelas sintomáticas como por ejemplo una uro o pionefrosis, una litiasis, una estrechez uretral u ureteral, etc. se tendrá que hacer el tratamiento urológico que corresponda, lo mismo que cuando una TBC pulmonar ha dejado una secuela bronquiectásica sintomática, puede ser necesaria la resección quirúrgica.

La terapéutica actual de la TBC es de tipo antibiótico y principalmente quimioterápico. Los resultados son rápidos y excelentes en las TBC recientes, infiltraciones y diseminaciones miliares. Las formas caseosas y fibrocaseosas ya sean pulmonares o de otros órganos tardan más tiempo en curarse.

El tratamiento debe reunir las siguientes condiciones:

a) Inmediato, intenso con tres drogas como mínimo, por lo menos los dos primeros meses; b) prolongado y sin solución de continuidad; c) de acuerdo a cada enfermo en particular (edad, estado renal, hepático, gastrointestinal, taras neuro psíquicas, si es tratamiento inicial o retratamiento); d) actualizado de acuerdo a la evolución y a la aparición o no de inconvenientes medicamentosos, evolución clínico-bacteriológica y en lo que a pulmón se refiere la evolución radiológica.

Las llamadas drogas mayores, principales o de primera línea son las que por su potencia de acción deben ser usadas en primer término. De tres que eran hasta hace pocos años, se han elevado a cinco. Ellas son: la isoniácida

o hidrazida del ácido isonicotínico, la estreptomina, el ácido paraaminosalicílico o PAS, la rifampicina y el ethambutol.

Las drogas menores, subsidiarias o de segunda línea que son usadas en caso de resistencia primaria o adquirida a las drogas de primera línea y en algunos retratamientos, antes de saber el resultado del antibiograma, son las que siguen: la pirazinamida, la etionamida, la protionamida, la cicloserina, la kanamicina, la morfozinamida, la 4-4 diisoamilocarbanilida, la tiocarlicida, el sulfato de capreomicina, el sulfato de viomicina, la thiosemicarbazona o TBI.

DROGAS MAYORES

Isoniácida o hidrazida del ácido isonicotínico (INH)

Nombres comerciales

Nicotibina Lepetit	Comp. de 100 mg.
Isodrazida Gramón	Comp. de 100 mg.
Nicizina Farmitalia	Comp. de 100 mg.
Tebecín Osiris	Comp. de 100 mg. y Tebecín gotas.

Acido paraaminosalicílico (PAS)

Nombres comerciales

B. paracipan Sandoz	Comp. de 1 gr.
Benzo parasalicil Gramón	Comp. de 1 gr.
Paracipan cálcico Sandoz	Comp. de 0,30 gr.
Parasalicil Gramón	Comp. de 0,40 gr.
Paracipan endovenoso Sandos,	50 ml. igual a 15 gr. de PAS.

Sulfato de estreptomina

Nombres comerciales

Lepetit, Squibb, Darck, Richet, Glaxo, en frascos de 1 gr.

Rifampicina

Nombres comerciales

Rifadín Lepetit	Cápsulas de 150 y 300 mg.
Rimactan Cibe	Cápsulas de 150 y 30 mg.

Ethambutol

Myambutol Lederle	Comp de 200 y 400 mg.
Ethambutol Beta	Cohp. de 250 mg.

Preparados que comprenden dos drogas

Nombres comerciales

Iso B paracipan Sandoz	Comp. de 1 gr. de PAS más 25 mg. de INH.
Iso B paracipan fuerte con Piridoxina	Comp. de 1 gr. de PAS, 50 mg. de de INH y 2,5 mg. de Piridoxina
Iso B parasalicil Gramón con Pas	Comp. de 1 gr. e INH 25 mg.
Myambutol iisoniacida Lerderle	Comp. de 300 mg. de ETH y 100 m ^g . de INH.

DROGAS MENORES

		Nombre comercial	
Pirazinamida		Pirazinamida Darck	Comp. de 25 mg.
Etionamida (1314 Th)		Trecator Rodhia	Comp. de 250 mg.
Protionamida (1321 Th)		Trevintix Rhodia	Cáps. de 250 mg.
Cicloserina		Farmiserina Farmitalia	Comp. de 500 mg.
Morfozinamida		Piazolina Montpelier	Comp. de 500 mg.
4-4 diisoamiloxitia			
carbanilida		Isoxil Bardin	
Kanamicina		Cristalomicina Roemmers y Kanfar Darck	Amp. de 0,50 y gr.
Sulfato de Capreomicina		Capostat Lily	Frasco amp. de 1 gr.
Sulfato de Viomicina		Viozina Pfizer	Amp. de 1 gr.
Thiosemicarbazona Tbl		No hay en plaza.	

*Dosis y duración del tratamiento con las drogas
de primera líneas y algunas subsidiarias*

- Isoniácida. 10 mg./kg./día hasta 12 y 24 meses después de la desaparición del bacilo.
- Estreptomycin. 10 a 15 mg./kg./día. Habitualmente en el adulto 1 gr. diario.
- PAS. 200 mg./kg./día hasta 2 años después de la negativización.
- Ethambutol. 25 mg./kg./día al comienzo y 15 mg. después de la negativización. Habiendo buena evolución se puede pasar después a tratamiento intermitente.
- Rifampicina. 10 mg./kg./día durante 1 año o más, pero haciendo tratamiento intermitente después de la negativización de la baciloscopia.
- Kanamicina. 20 mg./kg./día, no más de 1 gr. diario, hasta 6 meses.
- Etionamida. 20 mg./kg./día. Tratamiento de duración variable.
- Protionamida. Igual que la etionamida.
- Pirazinamida. 30 mg./kg./día, duración variable.
- Cicloserina. 20 mg./kg./día, duración variable.

Reacciones tóxicas de las principales drogas anti TBC

- Isoniácida. Neuritis periféricas cuya profilaxis y tratamiento se hace con piridoxina. Hipersensibilidad (fiebre, ictericia, erupciones cutáneas). Convulsiones en individuos predispuestos.
- Estreptomycin. Toxicidad coclear con sordera y toxicidad vestibular con trastornos del equilibrio. Predisposición de niños y ancianos.
- PAS. Trastornos gastrointestinales.
- Ethambutol. Pérdida de la agudeza visual y de la visión de los colores, reversible.
- Rifampicina. Gastralgias, fenómenos alérgicos y raramente diarreas.
- Kanamicina. Toxicidad coclear y vestibular. Nefrotoxicidad.
- Etionamida. Trastornos gastrointestinales, ictericia con lesión hepática. Hay que controlar mensualmente las transaminasas.
- Protionamida. Los mismos trastornos que la etionamida pero menos intensos.
- Pirazinamida. Toxicidad hepática. Controlar transaminasas.
- Cicloserina. Cefáleas, ansiedad. Convulsiones epileptiformes.

*Tres planes de comienzo de tratamiento mientras se espera
el resultado del antibiograma*

Primer plan para 60/70 kg. de peso

Isoniácida, 600 mg. diarios.
Ethambutol, 1500 mg. diarios.
Rifampicina, 600 mg. diarios.

Se seguirá este tratamiento por 2 meses, al cabo de los cuales se tendrá el resultado del antibiograma. Si éste revela que las drogas eran las adecuadas, se continúa el tratamiento reduciendo el Ethambutol a 15 mg. por kg. de peso o sea 900 a 1000 mg. diarios y se hace nuevo examen directo y por cultivo para bacilos ácido-alcohol resistentes. Si el resultado es negativo y el enfermo ha tenido una gran recuperación, se puede pasar a la terapia intermitente en esta forma: Isoniácida 600 mg. diarios y dos veces por semana se dan el Ethambutol y la Rifampicina a las dosis iniciales. Este tratamiento, sin solución de continuidad se prolonga hasta cumplir 10 a 12 meses de tratamiento, para pasar a continuación a dos drogas, una de ellas intermitente por algunos meses y finalmente se continuará con Isoniácida solamente siempre que clínica y bacteriológicamente la evolución haya sido la deseable.

Segundo plan para 60/70kg. de peso

Isoniácida, 600 mg. diarios.
Etreptomicina, 1 gr. diario.
PAS, 12 gr. diarios.

En este plan, tener muy en cuenta que no haya insuficiencia renal, puesto que de existir, se correría el riesgo de importante agresión al octavo par por exceso de acumulación. Las recomendaciones para continuar el tratamiento son iguales que para el primer plan, haciendo tratamiento intermitente dos veces por semana con SM y PAS.

Tercer plan para 60/70 kg. de peso

Isoniácida, 600 mg. diarios.
Ethambutol, 1500 mg. diarios.
Estreptomicina, 1 gr. diario.

La INH se incluye en todos los planes. Conocida hace poco más de 20 años, ha demostrado ser muy activa desde el doble punto de vista bacteriostático y bacteriolítico y además es una de las drogas más baratas y mejor toleradas. Hemos seleccionado tres esquemas que difieren bastante en sus precios y colocados en la posición de que los gérmenes de tal paciente son sensibles a todas las drogas de primera línea, el esquema a elegir es indiferente porque cualquiera de ellos es eficaz en tanto sea aplicado correctamente y el tiempo necesario. Si la INH por resistencia bacteriana o por intolerancia hubiera que dejarla de lado, se hace otro esquema sin ella, siempre con tres drogas, que sería igualmente eficaz. Lo que decimos para la INH, vale para las otras drogas.

De los planes expuestos, el inconveniente del primero es su precio; del segundo, la gran cantidad de comprimidos de PAS diarios (12) y la inyección diaria de SM y en el tercero, además de la inyección de SM es más caro que el segundo.

Cuando un enfermo después de haber hecho un tratamiento insuficiente por abandono del mismo, por haberlo hecho discontinuo o por haber sido tratado con una sola droga, se presenta a la consulta con los síntomas de reacti-

vación de la enfermedad y con baciloscopia positiva, debe retratarse y hacerlo con drogas de primera línea pongamos por caso, hubiera resistencia para tres de ellas, se utilizan las dos restantes más una droga de segunda línea y si hubiera resistencia a las cinco drogas, habría que tomar tres drogas de segunda línea, prolongando el tratamiento hasta dos años, disminuyendo la cantidad de droga después de la negativización de la baciloscopia a dos veces por semana.

No dejaremos de mencionar que en la actualidad hay tisiólogos que en lesiones poco avanzadas utilizan solamente dos drogas a las que el bacilo es sensible. Se necesita una experiencia sobre muchos enfermos para evaluar si esta es la posición correcta. Mientras tanto nosotros seguimos dando tres drogas por lo menos en los primeros meses para tener la mayor seguridad.

DISCUSION

Dr. Orsi. — Sería realmente interesante saber si la tuberculosis urogenital ha disminuido como la pulmonar. Los urólogos estarán en condiciones de asesorarnos si la tuberculosis urológica también ha disminuido como la pulmonar.

En las tuberculosis renales que pasan desapercibidas y se han corregido solas sólo se descubren en las autopsias porque se ven señales fibrosas que deja esta enfermedad en el riñón.

Administrando la Isoniácida durante dos meses el organismo ya adquiere resistencia pero si se asocia con una o más drogas puede ser efectiva la resistencia hasta por dos años. Hasta 1948 no poseíamos armamento medicinal en este sentido, pero después de esta fecha se cuenta con la estreptomícina. Los urólogos se tenían que arreglar con tratamientos locales, igualmente se curaban algunos enfermos, pero muchos desgraciadamente morían.

Estreptomícina. Todavía hay algunos médicos que hacen 0,5 g a la mañana y 0,5 g por la tarde, esto hace tiempo que no debe hacerse más. Se da una inyección de 1 g por vez.

Se debe olvidar también el uso del dihidro-estreptomícina porque ha traído fallas muy grandes desde el punto de vista de la audición, mientras que el sulfato de estreptomícina trae toxicidad vestibular en niños y ancianos y dura un tiempo prolongado pero cede, mientras que la toxicidad coclear no cede, y el individuo se queda sordo definitivamente.

Por lo tanto debe usarse el sulfato de estreptomícina y si aparecen trastornos vertiginosos entonces se deja la medicación para sustituirla por otra droga de primera línea.

Dr. Márquez. — Quisiera preguntar al conferenciante ¿cuándo se considera curado un tuberculoso?

Dr. Orsi. — Tenemos que considerar dos tipos de curaciones: Bacteriológica es cuando en dos o tres análisis consecutivos no se encuentra el bacilo de Koch, pero además hay que tener en cuenta que aunque haya una recuperación clínica, después de un año de comenzado el tratamiento, haya negativización del bacilo. Desde el punto de vista clínico es necesario mantener el tratamiento por un tiempo más, hasta dos años. Salvo en los casos mínimos, que con un año de tratamiento basta.

Dr. Márquez Bustos. — Después de felicitar al conferenciante formula siguiente pregunta: Si esa disminución a la cual alude, la ha tomado en un tiempo determinado o ha visto una curva descendente en algún momento de estos 5 años.

Dr. Orsi. — Nosotros nos guiamos por la experiencia personal de todos los días. Aquí las estadísticas nos ilustran muy poco por ej. en zonas del Chaco o de la Patagonia es muy difícil de obtener estadísticas, de manera que yo me guío por mi experiencia personal. Yo antes atendiendo a enfermos del pulmón veía más casos que ahora, en la actualidad veo más cánceres de pulmón que tuberculosis pulmonar; mientras que hace 20 años veía raramente cánceres de pulmón y veía en cambio, asiduamente tuberculosis pulmonar.

Dr. Márquez Bustos. — Sin embargo en la Oficina Nac. de Estadísticas, no registran el mismo optimismo que Ud.

Dr. Orsi. — En los hospitales que se encuentran cerca de las villas de emergencia, atienden mayor número de enfermos que yo en el Hospital Alvear donde no hay ninguna villa, pero en general la tuberculosis ha disminuido, porque ya no hay necesidad de camas, antes había que esperar 10 días, ahora cuando queremos internar un enfermo en el Santoianni, lo podemos hacer. Por otro lado los sanatorios de Córdoba trabajan muy poco, y en el Hospital Vicente López y Planes de General Rodríguez que atendía solamente a tuberculosos, atiende actualmente toda clase de enfermos.

Dr. Metz. — ¿Quería saber si existe un horario para la administración de las drogas, o sea si hay un esquema horario?

Dr. Orsi. — Para la única droga que tiene importancia el horario es la Rifampicina. Tiene importancia y debe suministrarse con estómago vacío porque si no los jugos digestivos degradan la droga disminuyendo su efectividad. Debe darse 1/2 hora antes del desayuno.