

Nuestra experiencia en tuberculosis urogenital

Dres.: PAUTASO, O. (*); MARENGO, R.; MASCO, A.; RIBERI, A.

RESUMEN: La tuberculosis no ha perdido vigencia en la actualidad (1, 4, 8). En la provincia de Córdoba son diagnosticados anualmente setecientos casos de tuberculosis; de ellos, entre el 1 y 2 por ciento corresponden a la localización urogenital. Si bien en la actualidad nadie discute la eficacia terapéutica de los fármacos utilizados en su tratamiento, existen diversos criterios en lo referido a su duración. Se advierte una tendencia a abreviarlo, con el objeto de minimizar los efectos tóxicos de las drogas y reducir los costos. Como consecuencia de los avances logrados, tanto en el tratamiento médico como quirúrgico, la mortalidad que en la década del '40 era del 70%, se redujo a un 2-3%. Concomitantemente, casi han desaparecido en la actualidad las resistencias bacterianas y las recidivas, en tratamientos bien conducidos. La dilatada tradición que en el manejo de enfermos tuberculosos posee el Hospital "Tránsito Cáceres de Allende", hace que nuestro Servicio recpte un significativo número de estos pacientes. El presente trabajo tiene por objeto mostrar nuestra experiencia en el manejo de esta patología.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 57, Pág. 118, 1992)

Palabras Clave: Tuberculosis urogenital

MATERIAL Y METODO

Esta presentación está basada en 82 pacientes tratados en un período de quince años, entre 1976 y 1990, en el Servicio de Urología del Hospital "Tránsito Cáceres de Allende" (Córdoba, Capital). Durante ese mismo período fueron diagnosticados en dicho nosocomio, 4.422 casos de tuberculosis.

La localización urogenital representó el 1,85%. La edad promedio fue de 43 años (20-72).

Cincuenta y siete casos (70%) correspondían al sexo masculino. En 57 pacientes (70%) existía el antecedente de una lesión pulmonar previa; en los restantes, el paciente ignoraba el antecedente de la localización primaria. Seis enfermos (7%) referían, además, otras localizaciones secundarias extraurinarias previas: tres óseas, una meníngea, una intestinal y una ganglionar.

El período de latencia promedio entre el foco primario y la localización urogenital fue de siete años, oscilando entre un mes y treinta y tres años.

Los síntomas y signos urogenitales hallados en orden de frecuencia fueron: cistitis (49%), dolor lumbar (39%), hematuria (35%), epididimitis (31%), prostatismo (20%),

hipertensión arterial, absceso y fístula escrotal (4%) e insuficiencia suprarrenal (2,5%).

La investigación del bacilo de Koch en orina fue positiva al examen directo en el 35% y en el cultivo en el 98,5% de los casos. El cultivo tisular realizado en tres piezas de nefrectomía fue negativo en pacientes con orinas negativizadas bajo tratamiento. La radiografía de tórax mostró lesiones tuberculosas en el 66% de los casos.

En 41 pacientes evaluados con urograma de excreción fueron encontradas lesiones iniciales en 7 (18%), evolucionadas en 17 (41%) y tardías o muy avanzadas en 17 (41%). La cistoscopia sólo se practicó en 9 enfermos; la ecografía en 2 y la arteriografía en 1.

El tratamiento se inició luego de haber obtenido el diagnóstico de certeza mediante la bacteriología o la biopsia y sólo por excepción, en pacientes ingresados con grave compromiso del estado general, se instauró la medicación sin cumplir con ese requisito.

Se emplearon 3 o 4 fármacos asociados: estreptomina, isoniácida, rifampicina y etambutol o pirazinamida, en sus dosis habituales.

La estreptomina se administró durante treinta o sesenta días; el etambutol por seis meses, la pirazinamida dos y fueron leves: anorexia, náuseas, epigastralgia, etc., que requirieron tratamientos sintomáticos sin interrupción de la medicación. Dos enfermos portadores de insuficiencia suprarrenal concomitante de origen también tuberculoso, recibieron simultáneamente corticoides (Deltisona B, 4 mg por día).

(*) Prof. Titular Cátedra de Urología II. Universidad Nacional de Córdoba. Jefe de Servicio de Urología. Hospital "Tránsito Cáceres de Allende", Córdoba, Argentina.



gobbi novag s.a.

CARCINOMA AVANZADO DE PROSTATA

Unico
tratamiento
con
bloqueo
androgénico
completo

ANDROCUR[®]
50

MEJOR CALIDAD DE VIDA

- **En monoterapia**
- **Asociado a la orquiectomía**
- **En combinación con agonistas de la LHRH**

Androcur[®]

Antiandrógeno oral

Composición

1 tableta contiene 50 mg. de acetato de ciproterona.

Indicación

Tratamiento antiandrógeno en el carcinoma de próstata inoperable

Presentación

50 tabletas de 50 mg c/u.

Para una mayor información, consúltense

nuestros impresos más detallados.

Schering AG, Alemania

(1) Pavone-Macaluso, M. et al., J. Urol., 136, 3:624-631 (1986)

(2) Neumann, F. et al., en *Konservative Therapie des Prostatakarzinoms*, ed. R. Nagel, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg, 1987, p. 61

(3) Radlmeier, A., Bohrmacher, K. y Neumann, F., *Akt. Urol.*, 20:143-147 (1989)

(4) Eaton, A. C. y McGuire, M., *Lancet* 8363:1336 (1983)

(5) Al-Abadi, H., Vahherpe, H. y Nagel, R., *Therapiewoche* 39:2306-2308 (1989)



APOYE LA INVESTIGACION
UTILICE
MEDICAMENTOS ORIGINALES

U111 88.50005/ARG.

MITOMYCIN - C

mitomicina C

EFFECTIVIDAD
SEGURIDAD Y CALIDAD
EN EL TRATAMIENTO
DEL CANCER
SUPERFICIAL DE
VEJIGA



BRISTOL
MYERS



CIBA-GEIGY
FARMACIA S.p.A.

Tabla 1

Incidencia de la TBC urogenital 1976 - 1990		
	Pacientes	%
Total pacientes TBC	4.422	100
TBC Urogenital	82	1.85

Tabla 2

Síntomas y Signos	
	%
Cistitis	49
Dolor Lumbar	39
Hematuria	35
Epididimitis	31
Prostatismo	20
Hipert. Arterial	4
Absceso Escrotal	4
Fistula Escrotal	4

Tabla 3

Estudio Bacteriológico (Resultados Positivos)	
	%
Examen Directo	36
Cultivo	98.5

Diecinueve enfermos (23%) fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas según el siguiente detalle:

— Nefroureterectomía	11	pacientes
— Drenaje escrotal	2	pacientes
— Epididimectomía	2	pacientes
— Nefrectomía simple	1	pacientes
— Orquidectomía	1	paciente
— Resección vaginal test.	1	paciente
— Resección prostática	1	paciente

Todas las intervenciones quirúrgicas fueron precedidas por tratamiento médico durante dos a tres meses. La nefroureterectomía estuvo indicada en los casos de anulación funcional del riñón previa al inicio del tratamiento o posterior al mismo.

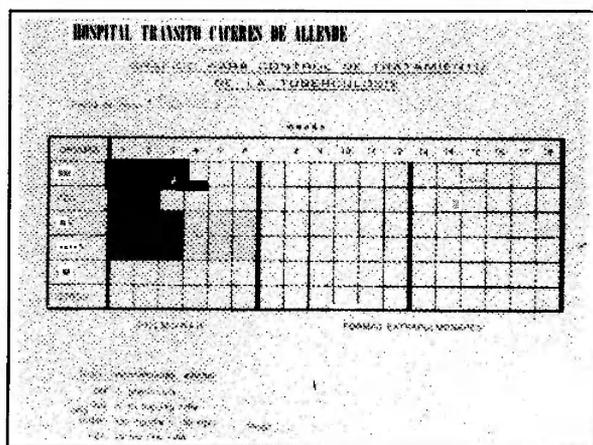
Un caso de riñón mastic se resolvió con nefrectomía simple. En nuestra serie no se observaron complicaciones intra o post operatorias, ni muertes relacionadas con la cirugía.

El seguimiento promedio de todos los pacientes fue de catorce meses, alcanzando el máximo de diez años.

De 54 pacientes controlados, 44 (85,5%) tuvieron remisión clínica completa. La curación bacteriológica se obtuvo en todos los enfermos (100%). Se observó una recidiva a los quince meses, que curó definitivamente con el nuevo tratamiento.

DISCUSION

El examen clínico, la detección del bacilo de Koch en orina, pus o material de biopsia y el urograma de excreción fueron elementos suficientes en la mayoría de los casos para establecer un diagnóstico etiológico de certeza y cuantificar la magnitud y topografía de las lesiones. (5)



En los últimos veinticinco años se produjeron sustanciales progresos en la terapéutica de esta enfermedad, reduciendo la mortalidad de un 70% (1940) a un 2-3% que tiene actualmente. El empleo de la rifampicina a partir del año 1965, significó un cambio en el pronóstico de la enfermedad ya que su asociación a la isoniacida sólo carece de acción sobre los bacilos de lenta reproducción extracelular (4). Combinádaslas con otras drogas de primer líneas, bactericidas como la estreptomocina y el etambutol o la pirazinamida, se completa un esquema terapéutico donde las recurrencias y resistencias son prácticamente nulas. (4)

Poseen además, penetración en el tejido caseoso, lo que facilita la esterilización de focos aislados. (9)

Basados en esta propiedad terapéutica, algunos autores encuentran esta asociación como un sustituto de la nefrectomía en los riñones excluidos. Nosotros continuamos siendo partícipes de la cirugía, ya que esos focos infecciosos pueden albergar bacilos que no se reproducen, resultando por lo tanto indestructibles por los antibióticos y facilitando, por ende, las reinfecciones (9). También, la dificultad para el seguimiento de algunos pacientes nos mantiene fieles a practicar la exéresis de los riñones no funcionantes. Asimismo, basados en idéntica razón, mantenemos el tratamiento médico durante dieciocho meses; conducta similar se adopta en todos los casos de tuberculosis extrapulmonar



Figura 1 - Urograma de Excreción.
Lesiones renourales bilaterales

en nuestro Hospital, a pesar de existir una creciente tendencia a abreviar la duración del tratamiento a seis meses o aún períodos más cortos. (2, 6, 9)

El empleo de corticoides como terapéutica sustitutiva en los dos pacientes que presentaban insuficiencia suprarrenal crónica de origen tuberculoso, no modificó ni perturbó el proceso curativo de estos enfermos. Creemos que, en la actualidad, la principal dificultad para el manejo de estos paciente es contar con un laboratorio bacteriológico confiable para establecer el diagnóstico de certeza. Realizado el mismo, la puesta en marcha de un esquema terapéutico multidroga logra en la mayoría de los casos su curación definitiva. La cirugía queda reservada para resolver por vía de la exéresis o la reconstrucción, las complicaciones sufridas en el aparato urogenital.

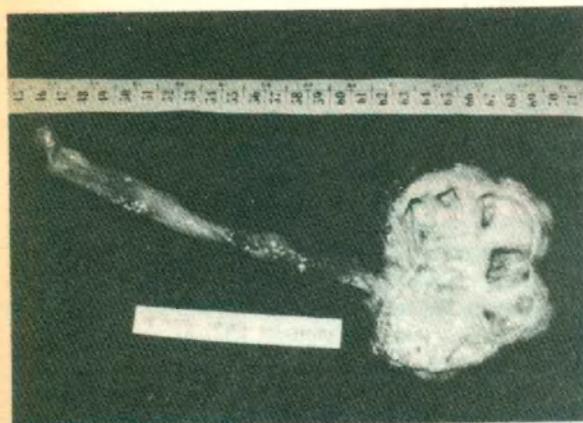


Fig. 2. Pieza de nefroureterectomía

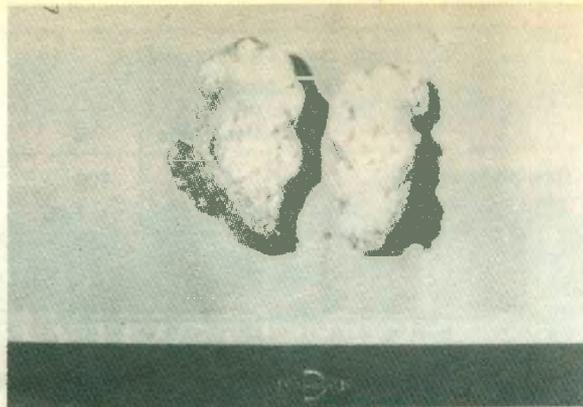


Fig. 3. Riñón mastic

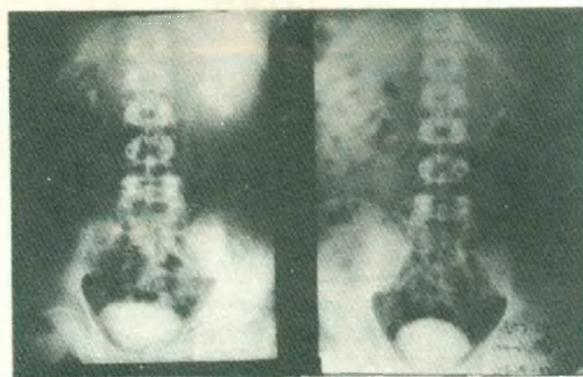


Fig. 4. Urograma de excreción.
Dilatación calicial al tercer mes de tratamiento

CONCLUSIONES

Son analizados 82 pacientes afectados por tuberculosis urogenital tratados entre 1976 y 1990. Se comentan los aspectos clínicos y los exámenes complementarios empleados para su diagnóstico, destacándose el valor de la bacteriología específica y el urograma de excreción. Se establecen pautas terapéuticas, remarcándose la preferencia por la asociación de cuatro drogas. Se rescata el valor del tratamiento médico prolongado, otorgándose al mismo una duración total de dieciocho meses. Se fijan pautas para el tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

1. Brulh, P.: Off. Gesundheitswes. 51:749-55. 1989.
2. Campbell: Urología. Editorial Panamericana, 5a. Edición, 1988.
3. Coulange, C.: Ann. Urol. 23:418-19. 1982
4. Debre, B.: Sem. Hop. Paris. 58:298-305. 1982.
5. Hardy, J. C.: J. d'Urologie. 10:815-22. 1975.
6. Marszalek, W. W.: S. A. Med. Jour. 62:158-59. 1982.
7. Psihramis, K. E.: J. Urol. 135:1033-36. 1986.
8. Shvakova, N. N.: Probl. Tuberk. 1:16-18. 1990.
9. Wong, S. H.: J. Urol. 131:297-301. 1984.