

Hosp. Argerich. Serv. de Clínica Urológica
del Prof. Dr. R. de Surra Canard

TUBERCULOSIS GENITAL Y ESTREPTOMICINA

Por los Dres. JUAN IRAZU y ALFONSO PUJOL

La localización del B. de Koch, en los órganos genitales del hombre se hace precoz y preferentemente en el epidídimo. Esas lesiones de tipo embólico en su mayor parte son favorecidas por la gran vascularización de dicho órgano y acentuadas por los coitos y traumatismos.

La naturaleza destructiva de las lesiones, su rápida difusión a todo el sistema, en proporción indirecta a las defensas del sujeto, han impregnado al urólogo de un espíritu ecléctico en lo que a su terapéutica atañe.

El concepto de que todo foco tuberculoso debe ser extirpado, no es altamente satisfactorio, cuando la tuberculosis ataca la próstata y las vesículas seminales.

Si observamos el panorama de esta afección a través de los pacientes tratados durante años, podemos observar, que interrumpida la vía canalicular del deferente con la epididimectomía, asistimos a un cambio fundamental regresivo de las lesiones. Por otra parte la misma naturaleza obstructiva y destructiva de la tuberculosis puede producir una situación semejante, sin que ocurra un acto quirúrgico.

Este problema latente y candente de la tuberculosis genital, no ha variado hasta el presente en forma radical, subsistiendo aún el dualismo terapéutico médico, quirúrgico.

El descubrimiento de la estreptomicina como agente terapéutico de la tuberculosis, si bien no se le reconoce una acción curativa ha permitido transformar en lesiones regresivas, las formas progresivas de la tuberculosis genital.

Nos remitiremos por lo tanto a tres interesantes observaciones que a nuestro juicio dan la pauta de la importancia de esta terapéutica.

1ª Observación. — Se trata de un paciente de 54 años, atendido por el Prof. Surra Canard a solicitud del Dr. R. Pons el 21 de agosto de 1946, quien ingresa al consultorio exter-

no por una epididimitis postcoito sin caracteres de especificidad. La evolución ulterior demostró tratarse de tuberculosa por la presencia de B. de Koch, terminando su primer episodio con la extirpación del testículo y epidídimo derecho por la invasión grosera de la glándula. Su segunda internación se produce el 20 de julio de 1948 por recidiva en el epidídimo izquierdo, seguida de epididimectomía. Su tercera internación, el 8 de setiembre de 1948 por dolor del testículo residual, con absceso en su parte anterior. Ante la eventualidad de una futura evolución semejante a la del testículo derecho y teniendo a nuestro alcance actualmente la estreptomycinina, se inicia el tratamiento, abriendo el absceso, instilando estreptomycinina dentro del mismo y por inyecciones a razón de 3 gramos diarios durante 30 días. En pocos días, asistimos a una regresión de las lesiones inflamatorias, cierre del absceso y el testículo reducido casi al tamaño normal, presentando en su superficie micronódulos, para la cura de los cuales hemos instituido la radioterapia a dosis no esterilizante, según la técnica empleada en el Hospital de Clínicas.

2ª Observación. — Perteneció a un joven de 28 años, enviado por el Dr. A. Parada. Su enfermedad se inicia hace 6 años con epididimitis indolente. Se casa hace 1 año y hace 2 meses notó un recrudecimiento de la lesión que llega a formar un absceso en la cola del epidídimo. Decidimos intervenirlo y como tiempo previo punzamos el mismo, analizamos el contenido positivo al B. de Koch, inyectando solución de estreptomycinina 1 gramo en 20 c.c. de agua destilada y esperamos su evolución durante 72 horas. Como el estado local es espléndido decidimos efectuar la epididimectomía por incisión inguinal alta alejada del foco. A la vista efectuamos la exéresis del epidídimo que encierra un pequeño absceso de la cola y cuerpo y antes de colocar el testículo en el escroto, espolvoreamos un gramo de sal de estreptomycinina, completando en el postoperatorio el tratamiento, a razón de 1 gramo diario por inyecciones cada 6 horas. El resultado seguido de cicatrización por primera intención fué sorprendente.

3ª Observación. — Ocurrió en un niño de 10 años que concurre al consultorio externo por un absceso tuberculoso del epidídimo según el análisis del pus extraído, habiendo inyectado en la cavidad del absceso solución de estreptomycinina en la dosificación del caso anterior y en inyecciones a la dosis de 100.000 u. cada 6 horas. Es visto ocho días más tarde con su absceso cicatrizado y su epidídimo reducido, casi de tamaño normal. Propuesta la epididimectomía, es rechazada por los padres del niño dado el buen estado local del paciente, que desaparece de la consulta.

Consideraciones: Sintetizando diremos que la estreptomycinina es una droga eficaz en la tuberculosis genital en todas sus formas por su alto poder bacteriostático aún a las dosis por nosotros empleadas.

La faz evolutiva de nuestros tres casos, varió fundamentalmente con este antibiótico, que si bien no tiene una acción curativa es un excelente complemento del tratamiento quirúrgico de la tuberculosis genital.

Es de presumir que sin él, la evolución de nuestros casos hubiesen sido seguidos de nuevos exéresis y de fístulas persistentes de larga evolución.