

Visión histórica de la tuberculosis uro-genital

Doctor A. PUIGVERT

BARCELONA.

EN el pasado siglo, la infección tuberculosa urinaria no fué correctamente localizada; durante la segunda mitad pareció privativa de la vejiga; después, la atención se polarizó en el riñón, hasta el punto que las lesiones en los restantes órganos del sistema uro-genital no merecieron gran atención del clínico, y para el patólogo, estas localizaciones constituían mera curiosidad.

El curso cronológico más importante de nuestros conocimientos acerca de esta infección sigue a la localización renal, tanto en la clínica como en la terapéutica, al punto de ser esta última crucial en el tratamiento del riñón.

Ultimamente se abandona el acantonamiento renal, y el estudio clínico con sus consecuencias terapéuticas se generaliza a los restantes órganos del sistema uro-genital bajo el prisma de la unidad etiológica de la infección.

RAYER, CRUVELHIER, JOHN HOWSHIP, BAYLE y CHOPART, entre los más destacados investigadores del pasado siglo, en sus observaciones necrópsicas constataron en el aparato urinario ciertas lesiones que, por similitud con otras observadas en otros órganos, calificaron de escrófula; el primero de los citados, RAYER, describió con especial detalle los distintos aspectos que presentaba la escrófula en el riñón, diferenciando la forma miliar de la caseosa, destacando la localización renal de las lesiones que en distinta intensidad afectaban al resto del sistema uro-genital.

CHOPART, en su *Traité des maladies des voies urinaires*, publicado en París a finales del siglo XVIII, describió las úlceras del riñón y de la vejiga y relató el curso clínico de un paciente de cuarenta años, cuya autopsia reveló la tuberculosis reno-vesical, y que diferenció de lesiones semejantes; más tarde, BAYLE, en un artículo que publicó en *Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacie*, hizo una completa descripción de las lesiones tuberculosas urogenitales a tenor de los conceptos interpretativos de aquella época.

En el último tercio del siglo XIX, en que fué descubierto por ROBERTO KOCH el germen causal de la infección tuberculosa, se realizaron las primeras investigaciones para el conocimiento de la patogenia de la tuberculosis en el riñón, marcándose dos tendencias: por una parte, CORNILL, BRAULT, COHNHEIM, LECORCHE, CAYLA y DURAND-FARDEL, es decir, médicos internistas y patólogos, consideraron la posibilidad de la infección tuberculosa renal por vía hematogena, en contra de la opinión de los cirujanos como LE DENTU, VOILLEMIER, ISRAEL, VERNEUIL y GUYON, para quienes la infección era inicialmente vesical y se propagaba ascendiendo por el uréter hasta llegar

al riñón. En las observaciones necrópsicas, patólogos como REYER, CORNILL y ROKITANSKY, pudieron constatar la existencia de lesiones renales sin lesión vesical o solamente tubérculos de muy reciente desarrollo, en lo cual apoyaron su creencia que la infección vesical era secundaria y procedente del foco inicial del riñón.

En 1886, DURAND-FARDEL intentó experimentalmente la infección hematogena del riñón, y al año siguiente CAYLA, que anteriormente en las necropsias había observado la preeminencia de las lesiones renales sobre las vesicales, consideró que en condiciones normales la infección del riñón debía producirse por la vía circulatoria, y que desde el riñón, el germen, siguiendo la corriente de la orina, extendía la infección al resto de las vías urinarias.

Tras larga polémica acerca de la patogenia y marcha cronológica de la infección tuberculosa urinaria, se confirmó la prioridad de la localización renal en el sistema y la hipótesis de la infección renal ascendente secundaria a la vesical, inicialmente aceptada, fué desechada por todos los autores.

La nueva interpretación patogénica de la tuberculosis y su preeminencia renal tuberculosa, justificó las primeras nefrectomías por esta infección practicadas por TUFFIER, KUMMEL, ISRAEL y ALBARRÁN, entre otros pocos, por considerar la infección renal primera y la principal localización en el sistema urinario; la frecuencia en que tal operación comportó la regresión de las lesiones vesicales y la mejoría del paciente, se consideró como prueba concluyente de la infección renal hematogena y descendente que desde el foco renal invadía secundariamente la vejiga.

En realidad, sin mayor fundamento científico, la primera extirpación de un riñón tuberculoso fué realizada sin éxito en el Hospital de San Lucas, de Nueva York, en el año 1872, por PETERS, transcurriendo ocho años hasta que CLEMENT LUCAS repitió la nefrectomía por esta enfermedad con feliz resultado, gracias a lo cual la operación comenzó a ser practicada, al punto que BRONDEUR, en 1885, pudo recopilar 16 nefrectomías por tuberculosis.

Merece recordarse la dualidad sostenida por CHAUFARD distinguiendo dos tipos de enfermedad tuberculosa en el riñón: la nefritis bacilar, que corresponde al concepto clínico actual de tuberculosis renal, y la nefritis tuberculínica, que comprendía las alteraciones renales observadas en enfermos de tuberculosis extra-urinaria, principalmente pulmonares, sin lesiones productivas específicas en el riñón; posteriores trabajos de A. JANSSET, confirmados por L. BERNARD y SALOMON, demostraron que el bacilo de Koch puede ser causante de lesiones degenerativas en el ri-

ñón, con independencia de las características histobacteriológicas (CASTAIGNE).

En las postrimerías del pasado siglo, la creación del cistoscopo por NITZE y el subsiguiente aditamiento de la «uña» por ALBARRÁN, que facilitó el cateterismo uretral endoscópico y el examen por separado de la función renal, inició la «gran época» de la tuberculosis renal, que durante más de cuarenta años ha sostenido inmutable el concepto de tuberculosis renal primitiva unilateral conducente a la nefrectomía precoz unánimemente aceptada como medio definitivo para la curación de la tuberculosis renal, que fué seguido como práctica rutinaria en todo el mundo.

Años más tarde, BRONGERSMA, apoyándose en los estudios de TENDELOO, atribuyó a la vía linfática el camino para la infección del riñón, hipótesis que no ha sido confirmada, a pesar de recientes investigaciones de KAUSSMAN, TEPOSO y DANICICO.

Con la aportación de la pielografía ascendente por VÖELCKER y VON LICHTENBERG, en 1905, y después la pielografía descendente por este último y SWICH, en 1928, se consolidó la práctica de la nefrectomía precoz, hasta que, en 1935, tal norma terapéutica, fielmente seguida durante casi media centuria, sufrió la crítica de REYNALDO DOS SANTOS al proponer la postergación de la nefrectomía al curso de la enfermedad en espera de la mejor oportunidad para extirpar el riñón. A partir de entonces se inició la revisión del problema terapéutico de la tuberculosis renal, cuyos trabajos más importantes han sido, entre otros, el de FEY, en 1941, y el de KÜSS, en 1944; este último, en su monografía *La place de la néphrectomie dans la tuberculose rénale*, si bien considera la nefrectomía como medio fundamental para el tratamiento de la infección renal, ya la condicionaba a la evolución de la enfermedad; finalmente, F. H. DE BEAUFOND, con motivo del cincuentenario de la nefrectomía por tuberculosis, revisó la estadística de la clínica de Urología que dirige el profesor FEY, y después de estudiar la evolución de los casos operados, llegó a la conclusión que la nefrectomía no debe ser precoz, pero tampoco debe ser retrasada sistemáticamente su práctica, estableciendo el concepto de «nefrectomía oportuna», pero confirmando la operación como tratamiento de elección de la tuberculosis renal.

En los últimos diez años, todo cuanto se refiere al estudio etiopatogénico y clínico de la infección tuberculosa genito-urinaria, se encuentra influenciado por múltiples factores, tanto interpretativos en la valoración de signos y síntomas, como en la orientación terapéutica. Estamos, pues, asistiendo a una gran evolución doctrinal con respecto a esta enfermedad; persisten grandes lagunas referentes a la etiopatogenia de la infección en el riñón y restantes órganos urinarios, continúa el desconocimiento preciso de las condiciones y momento en que la infección bacilar se inicia en el riñón y los mecanismos íntimos que favorecen el acantonamiento bacilar; existe un período preclínico de la infección tuberculosa renal, acerca del cual se vislumbran algunos detalles, pero insuficientes para poder sentar bases diagnósticas concretas, y al no poder prever la infección hasta que la enfermedad se manifiesta clínicamente, el diagnóstico precoz no se establece con exactitud y ni sabemos cuáles serán las directrices evolutivas, con lo cual difícilmente podremos pronosticar la forma anatomo-clínica ni la gravedad y curso de la misma.

Si bien los elementos terapéuticos de que hoy disponemos son muchos y muy superiores a los de antaño, la encrucijada terapéutica es importante, pues tanto la indicación como la oportunidad de la ne-

frectomía, que hasta hace poco constituyó la terapéutica definitiva de la enfermedad, se encuentran en plena revisión crítica.

Las nuevas drogas antituberculosas han permitido concebir grandes esperanzas, muchas de ellas fundamentadas en los resultados obtenidos; el empleo de estos nuevos elementos farmacológicos ha conducido a demorar las intervenciones quirúrgicas sobre el riñón, lo cual ha facilitado el mejor conocimiento evolutivo de la enfermedad al observar la marcha de sus lesiones, y a la vez ha dado lugar a una nueva patología residual de la infección tuberculosa por curación de las lesiones locales que debe ser valorada y muy tenida en cuenta para el futuro próximo y lejano de los pacientes.

Todo cuanto se acaba de señalar justifica la necesidad de revisar los conceptos clínicos y terapéuticos que parecían totalmente consagrados en la tuberculosis urogenital.

También en el estudio diagnóstico de estos enfermos tanto en lo que se refiere a la valoración de los síntomas como a la búsqueda de los signos clínicos, se ha producido un profundo cambio de orientación; el examen cistoscópico, la exploración funcional del riñón mediante el cateterismo cistoscópico de los uréteres y el aprovechamiento de esta maniobra para la práctica de la pielografía ascendente se encuentran en franca declinación, pues actualmente se acude a estas técnicas como métodos de excepción. Por otra parte, el interrogatorio clínico de estos pacientes y el examen clínico postergado por los exámenes endoscópicos instrumentales, se revalorizan con el fin de establecer en lo posible la cronología de la enfermedad renal con relación a la infección tuberculosa general y conocer el período evolutivo de la infección renal, para lo cual pueden darnos luz los exámenes roentgenológicos de tórax y urográficos repetidos y algunas pruebas biológicas.

Las grandes modificaciones que en el orden clínico se han producido, así como la justipreciación de las lesiones evolutivas, especialmente en la fase regresiva del riñón y el estudio de las lesiones de los distintos tramos del árbol urinario, han conducido a nuevas y muy distintas orientaciones terapéuticas, a las cuales se han añadido la aportación farmacológica de drogas antituberculosas y tuberculostáticas, iniciada con la estreptomina y la grata sorpresa terapéutica de sus resultados; al principio, la escasa experiencia de la droga y su irregular dosificación dió lugar a reacciones y resultados que crearon confusión que, esclarecido más tarde, permitió establecer normas terapéuticas para esta medicación con resultados extraordinariamente útiles; a continuación otras drogas, como TB-1, PAS, hidracidas del ácido isonicotínico y del ácido cianacético, y últimamente la síntesis conjunta del paramido-acetilsalicílico con las hidracidas y el reciente empleo de la cortisona y del ACTH para coadyuvar a la acción de las drogas antes citadas, han conducido la terapéutica de esta enfermedad por caminos que todavía se encuentran en período de exacta discriminación, pero con resultados muy beneficiosos.

La acción farmacológica de las citadas drogas en la limitación de las lesiones, el empleo más razonado de los métodos cruentos y la aparición de las secuelas curativas, ha justificado la sustitución de la cirugía precoz y mutilante por los métodos quirúrgicos reparadores limitados a la extirpación de la lesión en actividad irreversible o de lesiones residuales que por sus características topográficas constituyen un riesgo para la continuidad funcional del órgano o impiden su completa curación.

Para los fines citados es curioso señalar que con frecuencia se acude incluso a técnicas operatorias postergadas, algunas casi olvidadas, que incluso habían merecido calificaciones peyorativas, como la de PAPIN (1926), que consideró el agrandamiento de la vejiga mediante el injerto de un asa del intestino como «una operación acrobática destinada al fracaso»; citemos también el comentario de CIBERT (1946), para el cual «la nefrectomía parcial no es una operación a tener en cuenta, y que sólo puede ser considerada en circunstancias muy excepcionales, y, además, sin grandes ilusiones en sus resultados»; este mismo autor pocos años después se muestra partidario de esta técnica.

De todo lo señalado se alcanza la conclusión de que nos hallamos en un momento crucial, tanto para el diagnóstico precoz de la infección renal tuberculo-

sa, como en la terapéutica de la enfermedad tuberculosa uro-genital; se abandonan viejos derroteros por los cuales la marcha parecía incuestionable para tomar nuevos caminos, cuya meta todavía sólo se vislumbra.

También debemos tener presente que, a pesar de que la tuberculosis como infección general aguda, tiende a regresar, como evidencia el decrecimiento ostensible de su morbilidad entre la juventud, la tisis de los órganos urinarios seguirá en actividad largos años todavía, y ello justifica nuestra atención para la adaptación de las normas que nuevos estudios e investigaciones impongan; por tanto, todo y cuanto hasta ahora ha sido aceptado en el orden diagnóstico y terapéutico durante los recientes años, constituye una aportación fecunda, pero sometida a futuras revisiones.