

O R I G I N A L E S

Real Academia de Medicina de Barcelona

CONCEPTO DE LA TERAPÉUTICA DE LA TUBERCULOSIS RENAL Y MODIFICACIONES DE LA TESIS DE ALBARRÁN (*)

Dr. V. COMPAÑ ARNAU

Jefe del Servicio de Urología del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo

Académico C. de la Real de Medicina

PARECÍA que el acuerdo era definitivo, desde los primeros años de la presente centuria, en cuanto a la actitud terapéutica a adoptar ante lo tuberculosis urinaria o, mejor, renal, sobre todo bajo la influencia de la gran autoridad de ALBARRÁN y de ISRAEL y WILDBOLZ, cuando a partir del I Congreso Internacional de Urología (1908) quedó sancionada como regla diagnóstica y terapéutica «la obligación de luchar por el diagnóstico precoz y la igualmente precoz extirpación del riñón tuberculoso unilateral» (conclusiones del Congreso.)

Este resultado, cuyo principal artífice fué Albarrán, estaba fundamentado en verdades de aquel momento histórico y que eran de orden clínico, evolutivo y de concepción patogénica, algunas de ellas modificadas y aclaradas después, y otras, en nuestro concepto completamente subsistentes a los 40 años de sus categóricas afirmaciones.

En su trabajo aparecido en la *Presse Médicale* en 1908, y en su Conferencia de la Sociedad del Internado de París, afirmaba el gran urólogo y cirujano: «que la nefrectomía era el único tratamiento lógico de una enfermedad que se evidenciaba como *primitiva, unilateral, incurable* tanto por evolución espontánea como por los medios y recursos médicos.»

Un movimiento «revisionista» se ha iniciado desde unos cuantos años acá, como dicen GONVERNEUR y PERARD en reciente publicación, en virtud del cual algunos urólogos pretenden probar que la tuberculosis renal no justifica la nefrectomía precoz como principio, porque en contra de las ideas clásicas, además de no ser primitiva, sino secundaria, debe considerarse bilateral en su comienzo y curable medicamente.

Esta contraposición precisa aclararla y detenerse en meditar el por qué de unas y otras afirmaciones, porque además de afectar a conceptos fundamentales de la patología y de la clínica, entraña una responsabilidad ante la actitud que tomemos en la solución de tan graves problemas clínicos.

Yo diría que, en realidad, todos tenemos razón; los que creemos que el «dogma» de ALBARRÁN debe seguirse y los que se manifiestan *condicionales*, es decir, que no lo creen a pie-juntillas y tratan de instituir una terapéutica activa, sí, pero no quirúrgica de buenas a primeras, basados en lo anteriormente expuesto.

Primitivismo de la tuberculosis renal

Es tal vez la única afirmación de ALBARRÁN admitida por los más eminentes urólogos de su tiempo que debe revisarse y que de hecho ya hace tiempo que se ha reconocido como modificable, aunque bajo el punto de vista clínico, práctico, ALBARRÁN tenía razón en el sentido de que en algunos tuberculosos renales no es posible descubrir ninguna huella tuberculosa en el resto del organismo y la localización tuberculosa aparece como primitiva, al menos en cuanto a *exigencia terapéutica*

(*) Sesión científica del 13 de enero de 1947. Presidencia: Prof. Peyri.

De todos modos, este punto hoy día ya está bien dilucidado, pues como dicen GIBERT, BRUN y FERVEL, de la Clínica Urológica del Prof. Doufur, de Lión, «a pesar de su frecuente apariencia de afección local, la tuberculosis renal no es más que una localización de una enfermedad general, la infección tuberculosa, cuyas diversas manifestaciones no se esparcen en el organismo al azar»: ellas se producen según el conocido *ciclo de Ranke*. «En este ciclo de la infección tuberculosa que comprende desde la invasión del organismo por el bacilo de Koch (primo-infección) hasta la «tisis crónica» está incluida la localización renal y la de los otros órganos del aparato y también del genital. No existe, pues, la tuberculosis primitiva, con rigor científico no puede existir, pues el bacilo penetra y produce la *primo-infección*, de ordinario, por inhalación de bacilos proyectados por los tísicos. Según el azar de los contactos infectantes, como dicen los autores citados, la contaminación tiene lugar en la infancia o en la adolescencia y determina en el pulmón el «complejo ganglio-pulmonar» (chancro pulmonar con adenopatía satélite) que habitualmente se cicatriza espontáneamente, enquistándose o calcificándose.

En muchos casos, como decimos, constituye un foco activo que, aunque sea secundario a la localización pulmonar que puede estar inactiva, pero muchas veces está expuesta a reactivarse, conviene suprimir, porque sin ello no se puede pasar a la segunda fase de la terapéutica, que es la del tratamiento médico de la enfermedad tuberculosa, reforzando las defensas orgánicas y haciendo posible la salvación de vidas seguramente perdidas por la toxemia fímica.

Vamos a tener en cuenta, sin embargo, unas consideraciones de interés en cuanto a la relación entre el estado del foco primario o de algunas manifestaciones de la metástasis bacilémica extra pulmonar.

En porcentaje bastante elevado, muchas manifestaciones renales de la tuberculosis se presentan como si fuesen primitivas, porque el proceso de primo-infección está alejado cronológicamente y su actividad nula o muy amortiguada. Son éstos los casos de mayor interés terapéutico y podemos calcularlos en más del 55 por ciento. El organismo no espera más que el auxilio de la exéresis quirúrgica para defenderse contra la actividad bacilar, pues la acción médica con todos sus recursos farmacológicos, antígenicos, físicos, climatológicos, etc., no puede ser eficaz sino una vez suprimido el foco principal representado por el riñón extirpado.

¿No lo habéis visto, no lo veis todos los días? Son un buen grupo de enfermos que vemos curados al cabo de mucho tiempo, con orinas limpias, con vejigas funcionando normalmente o, todo lo más, con ligeras polaquurias residuales. Algunos, del sexo femenino, les vemos soportando embarazos y con hijos sanos de 19 o 20 años, como una enferma a quien operé a los tres meses de casada, con cistitis intensa y un riñón úlcero-caseoso muy invadido que, a los años citados, me vino a presentar a su hijo mayor que pronto iba a ser soldado. Operadas solteras que se han casado y han sido madres, con embarazos y partos bien soportados, hemos visto bastantes, y vosotros también, seguramente.

Pero las condiciones de actividad bacilar del foco originario y de la fase bacilémica a que pertenece la localización renal, pueden variar y «a pesar de su rareza», como dicen los autores de la escuela de Lión, merecen ser tomadas en consideración y pueden pesar en la línea de conducta a seguir.

Por la exploración radiográfica torácica, los antecedentes de iniciación de las primeras manifestaciones pulmonares, los caracteres de la reacción a la tuberculina, si ésta se practica, etc., es a veces posible determinar que la primo-infección es de fecha reciente y que el enfermo se encuentra aún al principio del período de diseminaciones hematógenas. Si en estas condiciones nos fijásemos sólo en el aspecto urológico, tal vez cometeríamos un error, pues el elemento médico del problema debe pesar en nuestras consideraciones e inclinarnos a nuestra abstención temporal hasta mejorar y alejarnos de la fase inicial antes citada. Y aun insisten los autores en otro aspecto de la cuestión: En el del examen de la radio torácica sistemática en que, a pesar de una latencia completa se revela una infiltración o una siembra granúlica: «esta comprobación, aseguran, debe detener toda discusión operatoria» y con mayor motivo si la sintomatología urinaria es reducida o débilmente evolutiva.» Desde luego, estas consideraciones son las que solemos seguir, y se deben seguir cuando un sano criterio clínico preside nuestra actuación,

porque de lo contrario nos exponemos a esos desastres de granulias y rápidas defunciones que todos sabéis y tal vez habéis tenido ocasión de presenciar.

La relación clínica para estos fines, entre el tisiólogo y el urólogo debe ser estrecha, pues sin esta íntima colaboración nuestra obra no puede ser lo completo que la importancia del problema exige. Pero en este sentido yo quiero volver la oración por pasiva y reclamar del tisiólogo una mayor atención a la vigilancia urológica de los tuberculosos pulmonares para no desconocer en su iniciación una tuberculosis renal cuya evolución podemos atajar a tiempo. Esto ya lo hemos señalado antes de ahora en una extensa comunicación a «Jornadas Médicas», de Zaragoza, en 1943. Y abundan en nuestro criterio los tisiólogos del gran Sanatorio de Glen-Lake, Minnesota, cuando dicen: «Los urólogos deben ser miembros destacados y activos del cuerpo de toda institución antituberculosa (sanatorios).»

Comentemos algunos puntos importantes de los *partidarios* de la nueva tendencia, que estoy convencido de que en realidad tienen el mismo criterio, en el fondo, que sustentaban los maestros que nos lo imbuyeron.

Resultados incompletos o defectuosos de la nefrectomía (son puntos del artículo de DOSSOR que comenta GOUVERNEUR, ambos franceses.)

¿Por qué suelen darse estos resultados defectuosos? Simplemente, y vamos a parar siempre a lo mismo, porque olvidamos o queremos desconocer el precioso concepto de la *precocidad*.

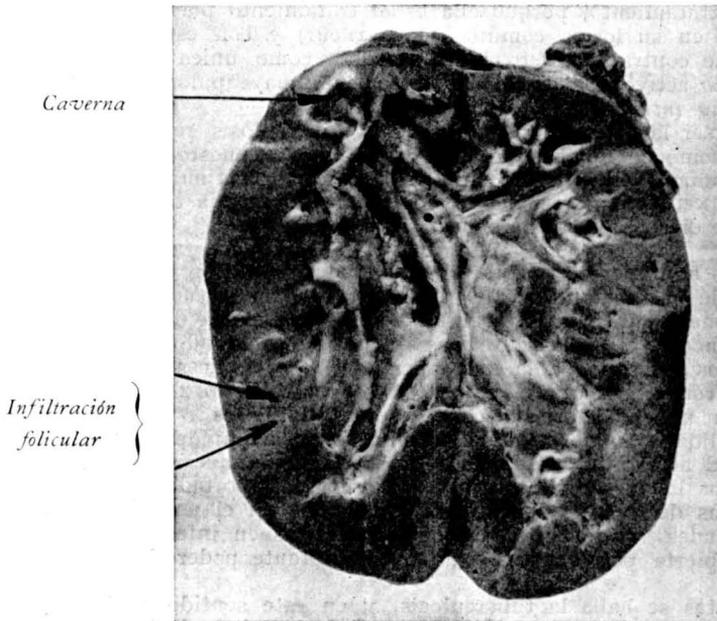
No queremos decir que nos lancemos a intervenir a todo el mundo de buenas a primeras, que con algún trastorno subjetivo urinario tenga bacilos de Koch, en la orina, escasos, pero que conserve una buena concentración ureica y sobre todo *no tenga piuria* o sea ésta transitoria. Se dan casos curiosos, sin embargo, en que después de la exploración completa y habiendo presentado piuria y bacilos, pero con una concentración casi igual en ambos riñones la orina se ha limpiado por completo y continúa de este modo durante muchos meses, con buena conservación de estado general y aun notable mejoría y sin ningún síntoma subjetivo vesicorenal, como el caso que veis aquí (antiguo coxálgico, por más señas), en el que un tratamiento expectante es de rigor. Y obramos así porque tenemos razones para ello y lo *vigilamos* con el tratamiento médico habitual. Algunos pacientes que han tenido lesiones tuberculosas genitales operadas y siguen con orina piúrica ligera y en un momento dado tuvieron bacilos de Koch en la orina, que han desaparecido y que reiterados análisis, cultivos e inoculaciones no vuelven a descubrir y mejoran su estado general, tampoco nos atreveremos a intervenirlos, pero no los dejaremos de observar de cerca, es decir, nos mantendremos en expectación armada dispuestos a operarles en el momento en que se defina una unilateralidad predominante y manifiesta de las lesiones y de los bacilos, o si son bilaterales, cuando el lado mejor, si existe diferencia de evolución de intensidad lesional, exija suprimir el lado más afecto para poderlo tratar en mejores condiciones (que siempre suelen ser precarias por razón de esa bilateralidad.)

Las razones que se dan por los que no intervienen sistemáticamente, o más bien dicho, por los que analizan, o analizamos, bien las particularidades de cada caso y se abstienen hasta ver cómo se *define*, si se hace *quirúrgico* o ha de continuar *siendo médico*, las suscribimos, siempre que no se confie demasiado en esas posibilidades de curación médica o espontánea. ¿No es más prudente, dice nuestro amigo DOS SANTOS, de Lisboa, vigilar la evolución de las lesiones a la luz de la exploración histo-bacteriológica, radiológica y funcional, decidiendo sólo la nefrectomía cuando su progresiva agravación o la de las lesiones vesicales haga perder la esperanza de la cura médica y el estudio comparado del riñón adelfo dé más confianza en su integridad y resistencia? Claro que sí, pero con las restricciones apuntadas y sin perder de vista que si bien las clásicas concepciones de ALBARRÁN deben ser revisadas porque ellas eran demasiado absolutas (aunque han prestado un gran servicio a la Ciencia), pues «aunque la tuberculosis renal es menos netamente primitiva, menos netamente unilateral, menos netamente quirúrgica que hace 40 años se pensaba (Gouverneur) no hay que perder de vista que es en el terreno práctico en el que debemos mantenernos (id.)»

En la práctica, pues, toda la cuestión se plantea en la interrogación de si debemos continuar nefrectomizando sistemáticamente desde el momento en que

un diagnóstico de tuberculosis unilateral queda sentado. GOUVERNEUR cita el caso de KÜSS en su tesis inspirada por FEY, y yo cito en mi comunicación a «Jornadas Médicas», de Zaragoza, otro casi igualmente instructivo. En el mío se inicia una cistitis de apariencia banal, que mejora con el tratamiento habitual, y llega prácticamente a curarse, pero como se descubren bacilos de Koch en la orina, se hace un cateterismo ureteral y se localiza en uno de los riñones la afección. Estado general, bueno, persona joven, se decide tratamiento médico y un ilustre fisiólogo lo inicia, y perdemos de vista al enfermo. Pasan años (12 o 14), y un día se presenta en nuestro consultorio para pedirnos que le operemos. Su estado es ya lamentable (la cistitis principalmente) y probablemente es bilateral. Sólo le aconsejamos un tratamiento médico.

En el caso de KÜSS existe piuria *sin cistitis*, con bacilos de Koch en la orina del riñón izquierdo y ligera deficiencia ureica. La lumbotomía muestra riñón y ureter de apariencia normal. La nefrotomía no descubre ninguna lesión aparente. Se aplaza o desiste de la nefrectomía.



Pieza de nefrectomía por tuberculosis renal. — El tratamiento médico no impidió la evolución de las lesiones y exigió la intervención.

Dos años más tarde, la pielografía demuestra numerosas y gruesas cavernas y la extirpación renal pone de manifiesto un riñón pnonefrótico destruido casi enteramente.

Y yo me pregunte con el urólogo parisién, ¿dónde está el beneficio del aplazamiento o abandono de la intervención quirúrgica?

Nosotros creemos que existen tuberculosis renales quirúrgicas y tuberculosis renales médicas y la mayor parte de las que nos llegan a los urólogos porque tienen francos síntomas subjetivos del aparato urinario, sobre todo cistitis, de mayor o menor intensidad, son quirúrgica (no quiere decir que sean operables todas) y las médicas suelen manifestarse con síntomas ambiguos (muchas veces una hematuria insólita) y que no llegamos a diagnosticar como tales tuberculosis

siempre. (Recomendamos a este respecto la lectura del artículo del urólogo sueco Dr. LIJUNGRÉN, en el último número de «Archivos especiales de Urología»).

Y éstas es posible que sean las que se curen o evolucionen tan lentamente que equivalgan a una curación. Son las que los americanos denominan *tuberculosis patológicas*, desde los trabajos de MEDLAR, en oposición a la *tuberculosis clínica* que es diagnosticable y que creemos quirúrgica en una gran proporción. Hallé, de la Escuela de Necker, colaborador del profesor ALBARRÁN, llamaba a la primera *parenquimatosa cerrada* y a la segunda *renopielítica*.

En definitiva: creo que nos colocaremos en un plano de realidad y de prudencia, si afirmamos que cuando en un riñón hallemos *piuria bacilar* y buena concentración en el adelfo, debemos extirparlo y no contraer deliberadamente la responsabilidad de dejar evolucionar el mal hasta que no haya remedio, si adoptásemos el criterio «revisionista» antes citado.

«Mientras no dispongamos de un suero, vacuna o cuerpo químico que sea como el arsénico o el bismuto para la sífilis o la anatoxina específica para la difteria» (COMPAN) (1) «no podremos renunciar a sacrificar riñones que, aun estando afectos en una proporción reducida de su parenquima no tienen más que la nefrectomía como tratamiento, porque ella es el tratamiento por excelencia de la tuberculosis renal en su forma común» (Gouverneur) y con este autor «nos rebelamos vigorosamente contra la «nefrectomía tardía» como única clave de seguridad de atajar un foco activo del organismo con la máxima rapidez y eficacia, cosa que la terapéutica *no intervencionista* no puede hacer.

Esta debe ser la orientación actual de la tuberculosis renal en su forma común y nosotros, como en muchas ocasiones lo hemos expuesto en nuestras publicaciones y comentarios clínicos, en nuestro Servicio, repetimos que nos «rebelamos», como GOUVERNEUR, «vigorosamente» contra la nefrectomía tardía, porque es lo peor que se puede hacer a un tuberculoso renal.

Daríamos aquí por terminada nuestra modesta opinión sobre el grave problema terapéutico de la tuberculosis del aparato urinario, si no nos creyéramos en el deber de «ponernos al día» con algún comentario acerca de la posible utilidad de una de las modernas armas curativas que el vasto mundo de los hongos nos proporciona: nos referimos a la substancia del «actinomicos griseus» derivada, que vosotros ya conocéis y que S. A. WASKMAN y A. SCHOLZ denominan *Streptomycina*, de gran poder bacteriostático y de escasa toxicidad.

Imposibilidades materiales de adquisición nos impiden expresar nuestra opinión personal acerca de la eficacia terapéutica de la nueva hermana de la penicilina, pero por lo que la literatura médica nos ha aportado en este sentido y por las referencias de quienes han podido recogerlas en el país de origen, parece ser que son grandes sus posibilidades bacteriostáticas en infecciones en que la substancia descubierta por FLEMMING no tiene bastante poder de oposición o éste es nulo.

Entre éstas se halla la tuberculosis, y en este sentido se han hecho y están en curso, trabajos orientados al tratamiento de la tuberculosis experimental y también en la clínica humana.

El Instituto Rockefeller, con el profesor FELDMAN, jefe del Servicio de experimentación de dicha famosa institución, en unión de los clínicos de todas las especialidades, trabajan activamente persiguiendo la posible trascendental verdad.

Existen ya importantes comprobaciones en cuanto al bacilo tuberculoso, de que es capaz de inhibir su crecimiento «in vitro» y de que con su administración se logra detener la tuberculosis experimental del conejillo de Indias.

En lo que respecta a la tuberculosis renal, dice HEINSHAW en una nota previa publicada en «Publicaciones de la Mayo Clinic» (vol. 20, pág. 313, 1945), que ha tratado cinco enfermos. Los bacilos, dice el autor, desaparecieron de la orina en cuatro casos a las dos o las cuatro semanas, y exámenes repetidos en el transcurso de cuatro meses confirmaron la negatividad y las inoculaciones resultaron negativas igualmente.

(1) Jornadas Médicas. Zaragoza 1943.

En la actualidad no se ha llegado aún a resultados definitivos como pueda serlo la penicilina para el gonococo, por ejemplo, pero ya es mucho que vislumbremos una esperanza que nos permita luchar con eficacia y seguridad con medios conservadores directos en vez de los indirectos o inseguros actuales, contra uno de los azotes de la Humanidad. Y entonces sí que holgará toda discusión acerca del pro y el contra de la terapéutica cruenta de una dolencia tan extendida que muchas veces no consigue dominarse ni con los radicales procedimientos de la Cirugía ni con los más suaves de las medicaciones antigénicas, analépticas y climoterápicas. Y la tesis de ALBARRÁN tendrá de este modo plena razón para ser modificada porque otra fórmula más eficaz habrá venido a sustituirla.

Me perdonaréis que antes de cesar en el abuso de vuestra benevolencia dedique un recuerdo al eximio profesor ALBARRÁN, que descansó en la paz del Señor lleno de gloria por su ciencia, por su gran espíritu creador, por haber sido una de las piedras angulares de la Urología y cuyas primeras nociones en la excelsa y noble rama de la Ciencia que tenemos la suerte de cultivar, la Medicina, las adquirió en este templo del Saber, en este antiguo Colegio de Medicina, en estas mismas aulas, que nunca olvidó y de las que levantó el vuelo para subir a la más eminentes alturas de la Fama. ¡Que Dios le haya acogido en su Gloria!