

SESIONES CIENTIFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

NUEVO TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS RENAL

Dres. J. M. GIL-VERNET VILA, y R. GOSALBEZ
(Miembro corresponsal)

9 de Octubre de 1956

Dice el Dr. GIL-VERNET que cree interesante esta nueva aportación al tratamiento de la tuberculosis renal porque abre un nuevo campo de posibilidades en un asunto de tanta importancia.

Se ha de reconocer que la aplicación de los distintos antibióticos tal como se lleva a cabo en la actualidad, no siempre da los resultados que de ella se esperaban. Para que éstos sean mejores creen que a la terapéutica general se ha de asociar un *tratamiento local de las lesiones* a través de sondas de cateterismo, por cuyo procedimiento han conseguido la completa curación de un caso (cicatrización de la caverna) y, en otro, la estabilización de una tuberculosis ulcerocaseosa renal bilateral que amenazaba la vida del enfermo, a pesar de seguir un buen tratamiento médico.

El fracaso de los antibióticos tal como se administran corrientemente puede explicarse por el hecho

de que estas lesiones, de tipo cavernoso, son difícilmente alcanzables por los antibióticos que circulan por la sangre. En cambio, administrados localmente a través de una sonda ureteral, llegan fácilmente a ponerse en contacto con la parte enferma y logran un doble efecto: acción bacteriostática directa intracavitaria y fácil drenaje de las vías excretoras, que se hallan siempre comprometidas por el edema de la mucosa ureteral.

En resumen, con este método de tratamiento local se puede conseguir:

- 1.º El drenaje perfecto hacia el exterior de los focos tuberculosos, con lo cual se evita la producción de secundarismo.

- 2.º La puesta en reposo, o sea la desfuncionalización de las vías excretoras del riñón.

- 3.º Una acción bacteriostática directa.

Creemos que éstos son los puntos básicos por los cuales se resuelve fácilmente el tratamiento de la tuberculosis renal.

Los conferenciantes muestran varias radiografías explicativas de cada uno de los dos casos en las cuales se ve claramente el estado de los respectivos riñones antes y después del tratamiento y que, realmente, demuestran lo bien fundado de sus conclusiones.

Interviene en la discusión el Dr. ESCARDÓ, quien, después de felicitar a los conferenciantes por su magnífica disertación, dice que esta aportación interesa sobremanera a los médicos internistas, que son los que tienen la responsabilidad de aconsejar al enfermo lo que deba hacer y que lo expuesto por ellos demuestra la importancia de este nuevo método, sencillo e inocuo, que permitirá resolver muchos casos de tuberculosis renal sin necesidad de extirpar el riñón o, cuando menos, de someter al enfermo a intervenciones de una mayor importancia.

Pero no debe olvidarse por ello el tratamiento general y pensar que, quizás ahora se es demasiado optimista en cuanto al concepto de la facilidad de curación de la tuberculosis. Sin negar la importancia que para el tratamiento de esta afección tienen los modernos bacteriostáticos y antibióticos, no deben descuidarse los tratamientos clásicos de esta dolencia,

que no desaparece con la facilidad que algunos creen.

El Dr. COMPANY se felicita de la nueva terapéutica empleada por los conferenciantes, que facilita la curación de una dolencia que hasta hace poco parecía que no podía combatirse más que con la nefrectomía y ocurría demasiado a menudo que, una vez extirpado el riñón, el cirujano se encontraba con que sólo existía una pequeña lesión en papila. Con este nuevo procedimiento se podrá evitar aquella intervención, que siempre dejaba al enfermo en un estado de menor resistencia.

El Dr. PRATS agradece a los comunicantes su notable aportación que viene a aumentar el concepto del tratamiento conservador de la tuberculosis renal, que en estos últimos años ha evolucionado muy favorablemente; pero se ha de confesar que, si bien los antibióticos y bacteriostáticos han mejorado mucho a estos enfermos, no siempre se logra su curación, porque es bien sabido que la falta de vascularización del riñón enfermo impide que aquéllos se disfundan por los focos microbianos.

Se ha de tener en cuenta que, en algunas ocasiones, la lesión es irreversible y no queda más remedio que practicar una intervención radical. Se ha de tener presente la posibilidad de que se produzca, por efecto de esta curación local apa-

rente, lo que se llama pelvis retraída, que no es más que el producto de un proceso de curación que deja retraída la pelvis renal en forma que hace imposible la aplicación de un drenaje, y opina que en estos casos, aunque difíciles, es donde los urólogos deben procurar de llevar la acción directa para evitar que se produzca aquella retracción, que provoca crisis dolorosas terribles.

El Dr. GIL-VERNET VILA insiste en que este procedimiento es totalmente inocuo, que no causa más molestia que la que ocasionaría una simple cistoscopia y que en manera alguna no puede agravar las lesiones existentes. Por este tratamiento cree que podría evitarse la producción de la llamada pelvis retraída, contra la cual no hay más tratamiento que la exéresis total. Cree que cuando encuentra el Koch en la orina y no hay imagen renográfica, debe asociarse al tratamiento general esa acción tuberculoestática, con lo cual quizá no se llegarían a producir aquellas lesiones infiltrantes, porque el tuberculoestático mantendría limpia las cavidades que se hubiesen formado. Insiste en la total inocuidad de este tratamiento que, asociado siempre al tratamiento general, puede dar excelentes resultados.

El Presidente, Dr. COROMINAS,

agradece la notable conferencia expuesta por los doctores GIL-VERNET VILA y GOSALBEZ, que han presentado un tema interesantísimo, que puede, indudablemente, contribuir a lograr la curación de enfermos que, hasta ahora, estaban irremisiblemente destinados a sufrir la pérdida de un riñón. Si es verdad que la tuberculosis renal es casi siempre, por no decir siempre, consecutiva a una infección que ha empezado en el aparato respiratorio y, en este sentido, debería ser considerada como una localización de una enfermedad general, lo cierto es que se ven enfermos a los cuales se les ha extirpado un riñón por sufrir de cavernas tuberculosas y después de 30 y hasta 40 años han logrado una magnífica supervivencia sin presentar síntoma alguno de tuberculosis ni local ni generalizada. Si con este nuevo método se logra el mismo resultado sin necesidad de recurrir a la extirpación del riñón, con lo cual, además de evitar al enfermo una grave intervención, se le evita el peligro de que, al enfermar de otra dolencia cualquiera, le falte un riñón para su buena depuración, no hay duda de que se habrá ganado muchísimo. Por todo ello, felicita efusivamente a los conferenciantes, cuya aportación, por ser la primera vez que se hace pública, marcará un hito en los anales de nuestra Real Academia.

