

65

Tuberculosis Genitourinaria

MED.
tesis
L 795 P
2008

65-
4 ✓

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA
INVENTARIO: Biblioteca "Julio Rodríguez Rivera"

0730	0270	2324
Código de inventario		
21	es	90 01 P
Valor		Dir. Mes Año



INDICE

PÁGINAS

MARCO TEÓRICO 4

**PREVALENCIA DE LA TUBERCULOSIS
GENITOURINARIA EN EL HOSPITAL
VIEDMA PERIODO COMPRENDIDO
1997 - 2007**

OBJETIVOS 24

DR. RAMIRO LOAYZA
RESIDENTE DE PRIMER AÑO UROLOGIA

TUTOR: DR. ANTONIO LARA
JEFE DE SERVICIO DE UROLOGIA

COCHABAMBA – FEBRERO - 2008

RECOMENDACIONES 26

ANEXOS

Dr. Antonio Lara Torrión
CIRUJANO UROLOGO
M.P. L-168
HOSPITAL CLINICO VIEDMA
COMPLEJO HOSPITALARIO VIEDMA



34 H

TUBERCULOSIS GENITOURINARIA

INDICE

PÁGINAS

INTRODUCCION:

INTRODUCCION 3

MARCO TEÓRICO 4

JUSTIFICACIÓN 23

OBJETIVOS 24

MATERIAL – MÉTODOS 25

CONCLUSIONES 26

RECOMENDACIONES 26

ANEXOS 27

MARCO **TUBERCULOSIS GENITOURINARIA**

HISTORIA:

INTRODUCCION:

La Tuberculosis (TBC) no es aun una afección derrotada. Aunque se trata de una enfermedad infecciosa controlable a nivel comunitario y curable de forma individual, dista mucho de estar erradicada. En la actualidad se considera, solo a titulo orientativo, que al menos un tercio de la población mundial, mas de 1.500 millones de individuos, están infectados por el bacilo de la TBC y que cada año continúan apareciendo cerca de 10 millones de nuevos casos de enfermedad, estimándose en mas de 30 millones el numero de enfermos tuberculosos. Se considera también que mueren cada año por TBC más de 3 millones de personas. La OMS ha calculado que, tanto por el crecimiento de las poblaciones como por la aplicación insuficiente de los medios disponibles para el control de esta enfermedad, a finales del presente siglo habrá mas enfermos tuberculosos que los que había cuando se descubrieron los primeros fármacos antituberculosos.

Por otro lado, la TBC es una de las enfermedades asociadas al SIDA más importantes; las alteraciones inmunológicas que acompañan a este Síndrome facilitan las formas de TBC de Reactivación y la progresión rápida de infección a enfermedad.

En el momento en el que se vislumbraba la posibilidad de erradicar la TBC en algunos países industrializados a lo largo del próximo siglo, la aparición del SIDA amenaza con interferir estas optimistas previsiones que la humanidad tardó siglos en conseguir. Hoy en día se considera que mientras el SIDA no sea controlado, es poco probable que la TBC pueda ser eliminada.

La TBC es una Infección Crónica producida fundamentalmente por *Mycobacterium tuberculosis* y, en muy raras ocasiones en la actualidad por *M. Bovis*

Se contagia casi siempre por inhalación, en pocas ocasiones por ingestión y de forma excepcional por inoculación cutánea. Desde la puerta de entrada habitual que es el pulmón, se extiende de forma directa, por diseminación Broncogena, o es transportado por vía linfática o hematogena por todo el organismo, donde produce lesiones destructivas en el momento de su diseminación o, en virtud de su capacidad de persistencia intracelular, después de largos periodos de latencia.

La Infección Primaria (*Primoinfección Tuberculosa*) suele ser asintomática, aunque en un porcentaje reducido de casos cursa con síntomas clínicos (TBC primaria). Si bien la primoinfección casi siempre cura, quedan focos distantes al inicial con bacilos vivos, capaces de producir, meses o años mas tarde, Enfermedad Tuberculosa (TBC de reactivación del adulto).

Aunque en la mayoría de los individuos la infección primaria no progresa, produce modificaciones inmunológicas en el huésped que modifican la respuesta a infecciones

Tuberculosis Genitourinaria

posteriores o la reactivación de la infección primaria y permiten identificar al infectado (prueba de la tuberculina).

MARCO TEÓRICO:

HISTORIA:

La Patología denominada “**consunción**”, se ha observado en humanos hace 7.000 años.

Restos de esqueletos de 4.000 a.C. muestran los cambios típicos de la Tuberculosis y se sabe que era una enfermedad común en Egipto hacia 1.000 a.C. Hipócrates describió la Tisis, una patología persistente que empeoraba en invierno, producía emaciación y causaba diarrea en la fase Terminal. En 180 d.C. Galeno presentó gran interés en la consunción, y sus métodos de tratamiento se usaron durante los siguientes 1.500 años.

En 1696. Wiseman escribió que “la escrófula o mal del Rey representaba un difícil problema que confrontaban los médicos y cirujanos a diario.

Durante el siglo XVIII, en Europa, las infecciones por TBC alcanzaron proporciones de epidemia, y casi la cuarta parte de las muertes de esa época en Inglaterra eran causadas por la consunción. La naturaleza infecciosa de la enfermedad fue establecida por Vellimen (1949), quien demostró en experimentos llevados a cabo entre 1865 - 1868, que la TBC se podía transferir de humanos a ganado a conejos. En 1879, Conhheim, presentó su teoría de la eliminación. De acuerdo con su hipótesis, los bacilos tuberculosos se eliminaban de la sangre por la orina, por lo que se alojaban en un foco, en algún sitio del tracto urinario. En marzo de 1882, Koch anunció que había descubierto la causa de TBC. Había observado el microorganismo en casos de la enfermedad, cultivado el microorganismo fuera del cuerpo y había reproducido la enfermedad en un huésped susceptible.

En 1885, Nocard asiló la forma aviaria del bacilo tuberculoso; y en 1889 T. Smith describió la variedad Bovina. En 1882 Ehrlich descubrió la naturaleza Acida -alcohol resistente del bacilo. Treinta años después de la hipótesis de Conhheim, Ekehorn (1908), propuso su teoría hematogena directa, que sugería que el bacilo era transportado bajo la forma de émbolos hasta los capilares renales, donde se localizaban y formaban un foco tuberculoso. De acuerdo con su teoría, en el resto del riñón y del tracto urinario se producía una infección secundaria a través de la orina. Esta teoría fue aceptada y conformo la base del convencimiento de que se podía tratar la TBC mediante nefrectomía.

La patogenia de la TBC Renal, permaneció oscura hasta que Medlar (1926), publicó sus clásicos estudios sobre 30 pacientes que habían fallecido por TBC pulmonar, de los cuales ninguno presentaba evidencias clínicas de enfermedad genitourinaria. Este Autor revisó 100.000 cortes seriados de los riñones de aquellos pacientes. Se hallaron lesiones renales microscópicas, casi todas en la corteza, y en la mayoría de los casos bilaterales.

Medlar y col.(1949) sugirieron que estos cambios patológicos se debían denominar metastáticos en lugar de “Secundarios”, pues era obvio que los riñones se habían infectado a través del torrente sanguíneo.

El próximo Hito se alcanza en 1935, cuando Couland logró inducir lesiones tuberculosas primarias en la corteza renal de conejos; dos años después, Wildbolz (1937), usó la denominación de Tuberculosis Genitourinaria para destacar que la TBC renal y epididimaria no constituían enfermedades distintas, sino manifestaciones locales de la misma infección de diseminación hematogena.

El episodio histórico más importante fue el descubrimiento de los fármacos antituberculosos, Rifampicina en 1967, y la Acid Proquinolonas en 1946, de