

330/7 - DOCTORA, VUELVO A TENER UNA CISTITIS

A. Ocaña Padilla¹; E. Bartolozzi²; D. de la Rosa Carrillo³; M. Sánchez Ufarte⁴; J. Gardeñes Morón⁵; A. Carpio Carrera⁶.

¹Médico de Familia. CAP Ocata-Teià. Barcelona.; ²Médico de Familia. CAP Ramón Turró. Barcelona.; ³Neumólogo. Hospital Plató. Barcelona.; ⁴Pediatra. CAP Bagés. Barcelona.; ⁵Médico de Familia. CAP Sant Martí. Barcelona.; ⁶Médico de Familia. CAP Maragall-Congrés. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 35 años, sin hábitos tóxicos. Como único antecedente de interés una Tuberculosis (TBC) pulmonar hace 9 años, correctamente tratada. El motivo de consulta es la presencia de infecciones urinarias de repetición en el último año, que no ceden con diferentes tratamientos antibióticos.

Exploración y pruebas complementarias: Peso 56 kg, Talla 162 cm, TA 120/72. Abdomen blando, depresible, sin masas ni visceromegalias, puñopercusión lumbar negativa. Urocultivos positivos a E. Coli (en dos ocasiones), siendo los posteriores negativos. Analítica: Hemoglobina, función renal y bioquímica normales. Sedimento urinario: hemoglobina +++, proteínas +++. Radiografía tórax: Normal. Radiografía abdomen: Borramiento de las siluetas renales y psoas. Ecografía abdominal: Riñón izquierdo aumentado de tamaño. Calcificaciones en riñón derecho.

Juicio clínico: La paciente fue derivada al servicio de urología, por clínica persistente. En los siguientes análisis se evidenció piuria con cultivos negativos, por lo que se realizó cultivo de Löwenstein-Hensen, que fue positivo para Mycobacterium Tuberculosis. Urografía intravenosa: Distorsión de los cálices y múltiples calcificaciones. Ligera estenosis ureteral derecha.

Diagnóstico diferencial: Infecciones del aparato urinario: Enterobacteriáceas, Organismos gram positivos, Chamydia trachomatis, Mycobacterium tuberculosis. Vaginitis: Hongos (Candida Albicans); Bacterias (Gardnerella vaginalis, Nesisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum, Chlamydia trachomatis); Protozoos (Trichomonas vaginalis), Virus (Herpes simple, Condiloma acuminado). Irritantes químicos: desodorantes, cremas anticonceptivas, espuma de baño. Resistencia al flujo urinario: Divertículos uretrales, estenosis del meato, edema uretral transitorio, fibrosis crónica por traumatismos, alteración del sinergismo contracción vesical-relajación esfinteriana. Enfermedad regional: Enfermedad de Crohn, diverticulitis. Tumor vesical. Déficit estrogénico, cistitis intersticial

Comentario final: La TBC renal es la segunda forma extrapulmonar más frecuente. El Mycobacterium tuberculosis alcanza al riñón vía hematogena, después de unos años de latencia. En países occidentales un 8-10% de los pacientes con TBC pulmonar desarrollan una TBC renal, fundamentalmente varones jóvenes. Los enfermos con TBC y SIDA pueden presentar localizaciones extrapulmonares hasta en un 60% de los casos. El comienzo suele ser insidioso con disuria y hematuria macroscópica como síntomas más frecuentes. Puede ocurrir cólico renal hasta en el 10% de los casos. En ocasiones hay síntomas generales (fiebre, pérdida de peso). Las manifestaciones extrarrenales incluyen estenosis ureteral (únicas o múltiples), vejiga hipertónica y calcificaciones de vasos deferentes, vesículas seminales y próstata. La estenosis ureteral puede llegar a

producir uropatía obstructiva con la consiguiente pérdida renal. Algunos pacientes se encuentran totalmente asintomáticos, objetivando piura y/o hematuria microscópica de forma incidental. La confirmación diagnóstica se realiza con la demostración del bacilo en la orina, bien sea con la baciloscopy de orina (tiene escasa sensibilidad), como con el cultivo de orina para micobacterias. Para maximizar el rendimiento del cultivo se recomienda cursar 3-6 muestras de orina de primera hora de la mañana. La baciliuria ocurre de forma intermitente por lo que se pueden encontrar cultivos positivos solamente entre el 30 y el 40% de los casos si las muestras son aisladas.

Bibliografía

Daher Ede F, da Silva GB Jr, Barros EJ. Renal tuberculosis in the modern era. *Am J Trop Med Hyg*. 2013;88(1):54-64.

Mesquita M, Libertalis M, Bakoto ES, Vandenhoute K, Damry N, Guillaume MP. Late diagnosis of extra-pulmonary tuberculosis leads to irreversible kidney failure in a non-immunocompromised patient. *Int Urol Nephrol*. 2010;42(1):227-32.