

## 330/8 - NO TODAS SON E. COLI

E. Calvo Martínez<sup>1</sup>; M. Rodríguez Álvarez<sup>2</sup>; E. Fernández Mas<sup>3</sup>; V. Pacheco Fernández<sup>4</sup>; A. Alonso Torres<sup>5</sup>; J. Pinzón Avendaño<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>CAP Canet de Mar. Barcelona.; <sup>2</sup>Médico de Familia. CAP Canet de Mar. Barcelona.; <sup>3</sup>Médico de Familia. Consultoris Sant Pol de Mar i Sant Cebrià de Vallalta. Barcelona.; <sup>4</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UD Girona.; <sup>5</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UD Girona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 55 años sin antecedentes médico quirúrgicos de interés ni tratamiento crónico habitual. Consulta en urgencias de Atención primaria(AP) en septiembre-2016 por síndrome miccional agudo. Tira de orina: leucos+++, hematíes++++, diagnosticándolo de ITU se trató con fosfomicina, cultivo de control negativo. Re consultó en urgencias a los 9 días por aparición de disuria, tenesmo vesical y dolor lumbar derecho. Tira de orina: leucos++, sangre++, nitritos negativos, se trató como recidiva de ITU con ciprofloxacino. El 28/10/16, acudió a su médico de AP. Paciente asintomático con exploración normal. TA 190/100. Se inició el protocolo diagnóstico de HTA. Analítica con Filtrado glomerular y cultivo de orina normal. Dada la HTA de novo, dolor lumbar, hematuria en tira de orina, se realizó ecografía reno vesical en AP (noviembre-2016), sin hallazgos valorables. En mayo-2017 Re consultó en urgencias por síndrome miccional agudo, valorado nuevamente como ITU. Tira de orina: leucocituria y hematuria. Por empeoramiento de la clínica miccional y aparición de dolor hipogástrico incapacitante se realizó: Rxsimple de abdomen, ecografía hospitalaria, analítica y cultivo de orina sin hallazgos valorables. Tira de orina 20-50 leucos 0-5 hematíes. Se solicitó interconsulta con urología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se completó el estudio con TC abdominal: sospecha diagnóstica de neo urotelial vs Tbc. Citología de orina: inespecífica. El diagnóstico se confirmó con el cultivo de orina, positivo para colonias BAAR y RM renal, que detectó estrechamiento ureteral derecho.

**Juicio clínico:** Tuberculosis renal por mycobacterium tuberculosis complex con estenosis ureteral derecha. No se detectó primoinfección pulmonar previa.

**Diagnóstico diferencial:** De inicio se diagnosticó como ITU o prostatitis. La persistencia de la clínica, la aparición de dolor lumbar y la hematuria obligaban a descartar litiasis renal. La normalidad de las pruebas de imagen podrían hacer pensar en una neoformación a nivel vesical intramural, que puede no ser detectada por ecografía habitual, por lo que se solicitaron citología y TAC abdominal que orientó el caso, haciendo diagnóstico diferencial entre neo urotelial vs tbc que se confirmó con cultivo.

**Comentario final:** A pesar de un seguimiento adecuado, el tratamiento se retrasó casi un año. Aunque la tbc renal tiene una prevalencia muy baja, por tanto cuesta incluirla en un diagnóstico diferencial de síndrome miccional, si consideramos el aumento de tbc en nuestro medio, ante una clínica sugestiva, piuria y hematuria con cultivo negativo, dado que no es ruidoso, no deberíamos olvidar incluir el cultivo específico para mycobacterias. Por otro lado, ante un paciente sano, poco frecuentador que reconsulta por el mismo motivo varias veces: la clínica manda, deberíamos revalorar el diagnóstico, a veces las patologías no son lo que

parecen, podemos haber ovbiado algún diagnóstico diferencial menos frecuente: todas las infecciones de orina no son causadas por E.Coli.

## Bibliografía

Kulchavanya E, Naber K, Truls E; Johansen B. Urogenital Tuberculosis: Classification, Diagnosis, and Treatment. [European Urology Supplements](#) 2016;15(4):112-121