

TUBERCULOSIS GENITOURINARIA: REPORTE DE UN CASO



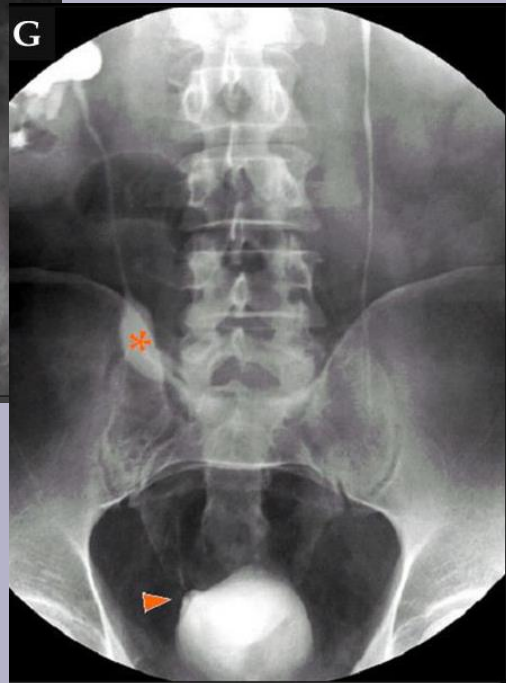
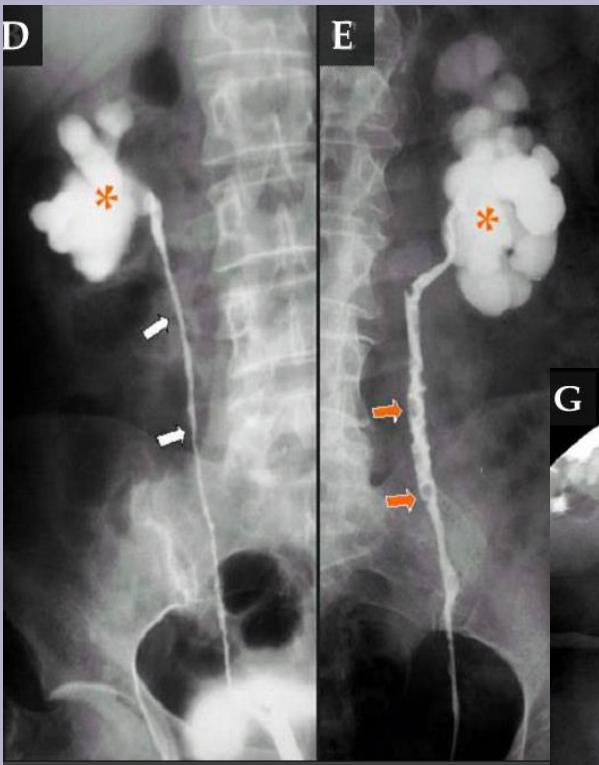
Leydis Maria PALACIO MELO
Antonio DIAZ SEGURA
Yadira Magdalia JIMENEZ GARCIA
Claudia Monica PEREYRA CABALLERO
German Luis KLOBOVS
Ignacio POYO

Tuberculosis Genitourinaria

Definición

La TBC extrapulmonar puede comprometer cualquier órgano. Páncreas y glándula tiroides los que mayor resistencia ofrecen al *M. tuberculosis*

Es una entidad de presentación importante - es el sitio extra pulmonar de afección más común - 15 a 20% de los casos extra pulmonares - varía ecográficamente.



Fisiopatología

Infección por vía hematógica desde los pulmones

Primoinfección → respuesta inmunitaria desencadenada

Los bacilos permanecen en estado latente en pequeños focos

Bacilos ubicados generalmente en la región cortico-medular en forma de granulomas

Progreso lento → necrosis extensa de la papila

Progresan → fibrosis con escaras, cicatrices o atrofas parciales del parénquima renal

Diagnóstico Clínico

De intensidad y duración variables.

Otras manifestaciones clínicas son:



- **Hematuria total, intermitente (10%).**
- **Microhematuria (50%).**
- **Cólico nefrítico.**
- **Hemospermia.**
- **HTA.**
- **Astenia, anorexia y pérdida de peso.**
- **Pionefrosis febril y tóxica (raras).**

Tener en cuenta que:

- Por lo común refieren polaquiuria creciente e indolora que no responde a tratamiento antibiótico habitual.
- El diagnóstico se hace al aislar un bacilo en orina, por biopsia o por crecimiento en medios sólidos automatizados por radiometría.

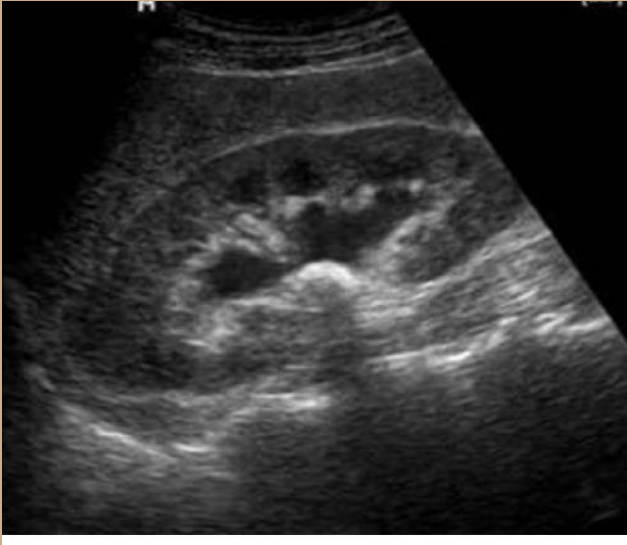
Diagnóstico Radiológico

Métodos disponibles:

Ecografía.

Revela dilatación del sistema calicial y otros datos de obstrucción. S 58.9%. Poco útil en el dx precoz.

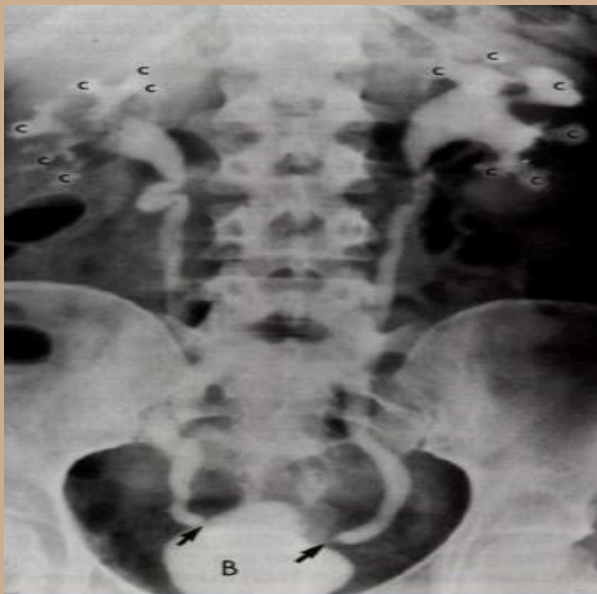
Los hallazgos pueden ser: ectasia, hidronefrosis, empiema, atrofia/inflamación, calcificación.



Urografía Excretora.

De gran apoyo diagnóstico.

Detecta varios signos: distorsión de los cálices, hasta calcificaciones, estenosis de uréter y fibrosis vesical





TC y RM abdomino pelviana.

- Descarta otras etiologías como tumores, lesiones quísticas o inflamatorias.
- El hallazgo más frecuente por TC es la calcificación renal (50 %).

Diagnósticos Diferenciales

- **Renal:** pielonefritis crónica y xantogranulomatosa, necrosis papilar, riñón en esponja, divertículo calicial, carcinoma de células renales y urotelial.
- **Ureteral:** litiasis, ureteritis quística, calcificaciones por esquistosomiasis, uroteliomas múltiples
- **Vejiga:** esquistosomiasis, secuelas tras tratamiento con ciclofosfamida u otros fármacos, efectos de la radioterapia y carcinoma vesical con calcificaciones.
- **Genital:** abscesos piógenos, no tuberculosos.

Tratamiento

- Cirugía. → Es poco requerida.
- **El tratamiento médico es el pilar del tratamiento.**
- Cirugía ablativa →
En casos de sepsis o abscesos
- Cirugía reconstructiva →
En casos de reparación de la porción baja y terminal del uréter o para aumentar de la capacidad vesical.

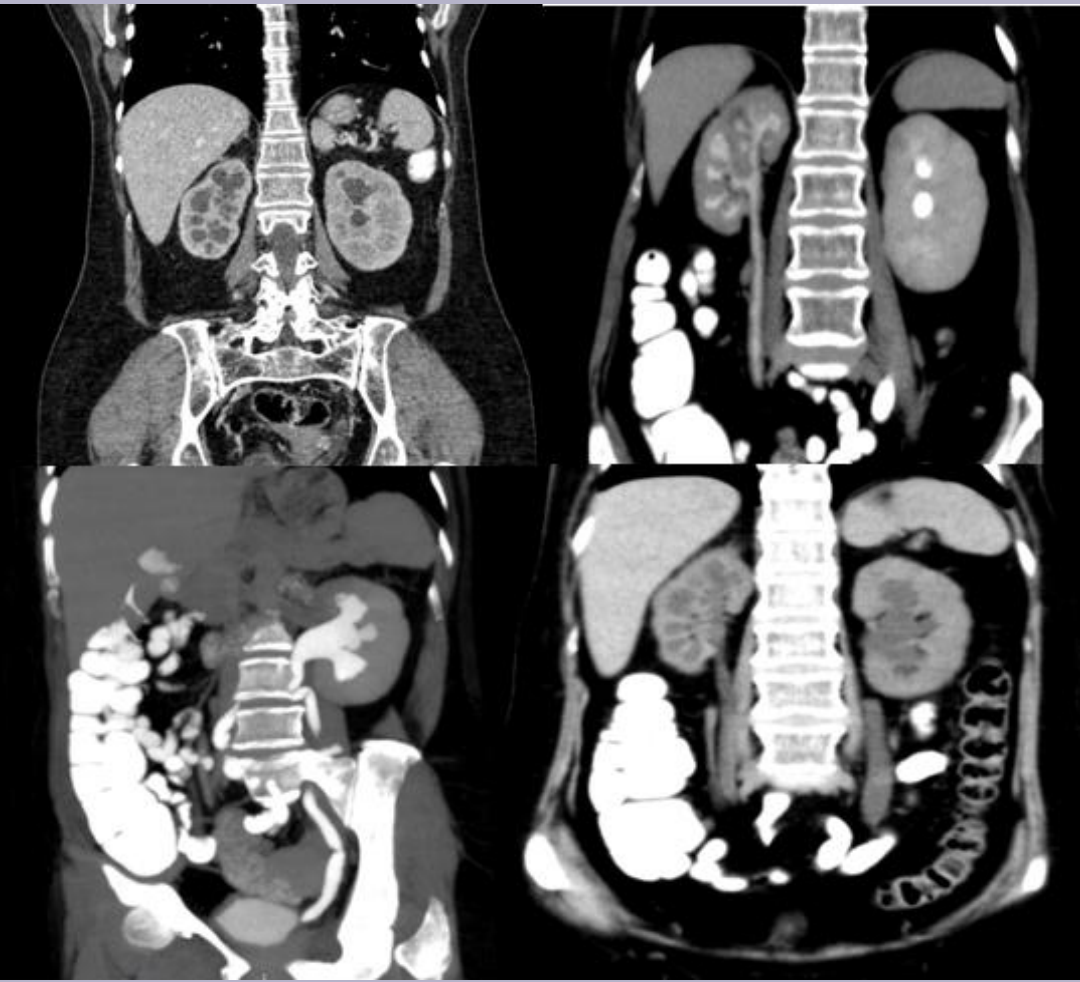


Caso Clínico

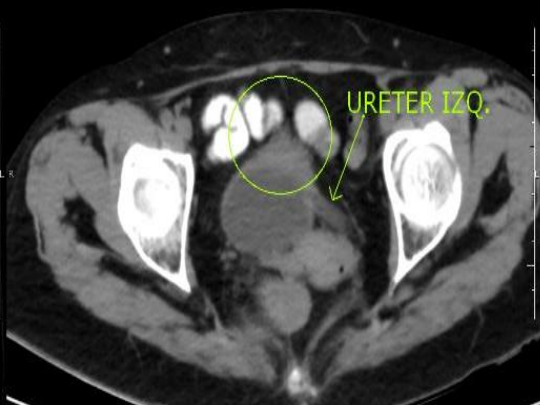
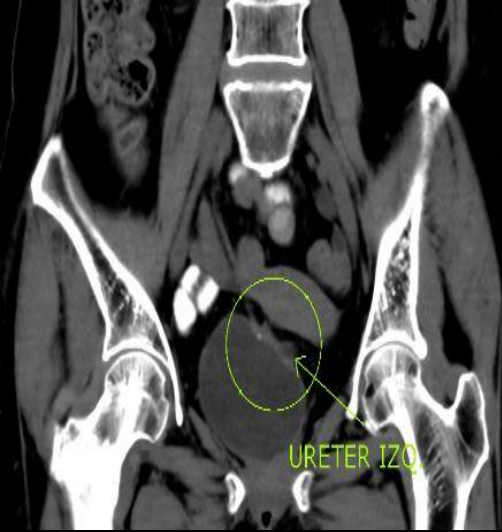
Paciente femenina de 56 años, nacionalidad Boliviana. Acude por antecedente de insuficiencia renal crónica inespecífica y PPD alterado, con sospecha de afección severa por tuberculosis a nivel renal y vesical. Aparente antecedente de tuberculosis pulmonar en la infancia no tratada.

Hallazgos Imagenológicos:

Se realiza TC de Abdomen y pelvis con contraste ev en la que se observa:



- ❖ RD con cálices hidronefróticos, uréter homolateral dilatado con realce en sus paredes, presenta leve retardo de la excreción del contraste.
- ❖ RI con dilatación del uréter en todo su trayecto, con estenosis próxima a su desembocadura en la vejiga



Tc realizada 1 año después del estudio previo inicial.

- ❖ RD muestra disminución de volumen respecto al contralateral y calcificaciones parenquimatosas.
- ❖ RI muestra dilatación de la pelvis y del uréter, éste último muestra un trayecto mtortuoso con acotaduras en su tercio proximal. Se asocia a engrosamiento de la pared vesical

Conclusiones

- ❖ La tuberculosis urogenital es una entidad poco frecuente, es de gran importancia sospecharla, pues al no ser tratada en etapas iniciales como el caso presentado podría progresar al deterioro severo del aparato genitourinario.
- ❖ Su diagnóstico constituye un verdadero desafío, ya que puede afectar cualquier órgano y de diferentes formas, tiene un bajo índice de sospecha, que no permite un diagnóstico oportuno, ni la instalación de un tratamiento adecuado para prevenir daños severos urogenitales irreversibles.

Bibliografía

1. Hallazgos radiológicos en la tuberculosis abdominal. M. Cigüenza Sancho, M. Medina Díaz, D. M. Castaño Palacio, I. Zabala, D. Tejedor Segura, L. Del Campo del Val. SERAM 2012.
2. Tuberculosis genitourinaria. Castro, J. López, A. Villegas, J. Vilchis, M. Revista Mexicana de Urología 2011;71:18-21.
3. Tuberculosis urogenital Plazas, X. De la Cruz, M. Rodríguez, D. Fernandez, L. De Oleza, J. Ozonas, M. Arch. Esp. Urol. vol.62 no.5 jun. 2009.
4. Tuberculosis Uogenital. Fernández, C. Barrera M. Graña, J. Nieto, B. Vañó, E. Martínez, Y. SERAM 2008.