



160/430 - DOCTOR, ¿Y YO POR QUÉ SIEMPRE TENGO CISTITIS?

A.B. Martorell Pro^a, D.P. Piñar Cabezas^b, C. Aguayo Jiménez^b, Y. Romero Castro^a, M.Á. Gomariz Martínez^c, M.G. Cortez Ledo^d, A. Carrasco Angulo^e, L. Úbeda Cuenca^f, M. Martínez Pujalte^g y A.C. Frazao dos Santos^h

^aMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. ^bMédico Internista. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. ^cMédico de Familia. Gerencia 061. Murcia. ^dCirujana Maxilofacial. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ^eMédico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^gMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^hMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Los Alcázares. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años, sin antecedentes de interés, que ha acudido en varias ocasiones a la consulta en el último año con síntomas como polaquiuria y disuria así como ligera urgencia miccional. Sin otra sintomatología acompañante. Se le realizan analíticas de orina sin hallazgos significativos, instaurándole tratamiento con diversos antibióticos con los que refiere escasa mejoría. Ante la no resolución de los síntomas se deriva a la paciente a Urología donde se le realiza uroTAC con y sin contraste iv y biopsia de vejiga objetivándose inflamación granulomatosa con Lowestein positivo para Mycobacterium tuberculosis. Ante el hallazgo se deriva la paciente a Medicina Interna donde se completa estudio, con rx tórax normal y se instauro tratamiento tuberculostático durante 6 meses, normalizándose los urocultivos y quedando prácticamente asintomática, persistiendo únicamente una ligera urgencia miccional.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada. BEG. Eupneica. Normohidratada y normocoloreada. No adenopatías. ACP: rítmica y sin soplos. MVC. Abd: B y D. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. No doloroso a la palpación. Peristaltismo conservado. MMII: No edemas. Pulsos presentes y simétricos. Exploración vaginal sin hallazgos. Pruebas complementarias: uroTAC abdominal sin y con contraste iv: riñones de tamaño normal. Pequeñas depresiones focales en la cortical del riñón derecho compatibles con cicatrices pospielonefritis. Lesión redondeada de 2 cm localizada en polo inferior de riñón derecho, de densidad líquido, sugestiva de quiste simple. Litiasis milimétricas agrupadas a nivel del grupo calicial inferior de riñón derecho que en conjunto ocupan una extensión de aproximadamente 1 cm. Pelvis extrarrenal derecha discretamente ectásica, con realce de su pared sugestivo de cambios inflamatorios. Uréteres de calibre normal. Riñón izquierdo sin alteraciones. Vejiga urinaria de paredes lisas. Biopsia de vejiga: inflamación granulomatosa con Lowestein positivo para Mycobacterium tuberculosis. Analítica: leucos 7.680 (N59%), Hb 14,4, plaquetas 377.000, Glu 80, Cr 0,8, Na 138, K 4,5. PCR 0,2. Serología ETS negativa. Urocultivo: Mycobacterium tuberculosis sensible a isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y estreptomycin. Frotis vaginal sin hallazgos. Rx tórax: sin hallazgos.

Juicio clínico: 1. Tuberculosis genitourinaria. 2.cistitis crónica secundaria.

Diagnóstico diferencial: Infección del tracto urinario. Vaginitis. Infección genital. Déficit estrogénico. Cistitis intersticial (úlceras Hunner). Irritantes químicos. Resistencia al flujo urinario (divertículos uretrales, estenosis del meato, edema uretral transitorio, fibrosis crónica secundaria a traumatismo, alteración del sinergismo, contracción vesical y relajación esfinteriana). Enfermedad regional (enfermedad de Crohn, diverticulitis, etc.). Tumor vesical.

Comentario final: De los casos de tuberculosis notificados por año, el 10% es extrapulmonar, siendo la tuberculosis urogenital una de las principales por su mayor frecuencia. Es una enfermedad grave, de evolución crónica, que puede llegar a ser fatal si no se diagnostica y se trata precoz y adecuadamente. La tuberculosis urogenital es siempre secundaria a una tuberculosis pulmonar, pero en este caso la paciente no presento signos ni síntomas respiratorios. El tratamiento actual de la tuberculosis urogenital es estrictamente antimicrobiano, es decir cura bacteriológica de la enfermedad y cura anatómica de las lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arce Aldo J, et al. Tuberculosis genitourinaria, revisión de patología. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. 2007;169.
2. Eastwood JB, Corbishley CM, Grange JM. Tuberculosis and the kidney. J Am Soc Nephrol. 2001;12:1307-14.