
Presentación de caso

Tuberculosis renal. Presentación de un caso.

Renal tuberculosis. Case report.

Dr. Adolfo Martín Nazco¹, Dr. Jorge Luis Losada Guerra², Dr. Vicente Mas Medina³, Dra.C Elena Hernández Navarro⁴, Dra. Elizabeth García Hernández⁵

1. Especialista de 1er grado en Medicina Interna. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente. Sancti Spíritus. Cuba.
2. Especialista de 2do grado en Urología. Profesor Auxiliar.
3. Especialista de 1er grado en Anatomía Patológica. Profesor Asistente.
4. Especialista de 2do grado en Embriología. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular.
5. Especialista de 1er grado en Medicina General Integral; Higiene y Epidemiología.

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis renal representa la localización más frecuente de la tuberculosis extrapulmonar, pero es a su vez una forma de presentación rara de la enfermedad en Cuba, donde las tasas de incidencia y prevalencia son de las más bajas internacionalmente. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 58 años que aquejaba una obstrucción urinaria baja por lo que le fue practicada una talla vesical por punción. Con posterioridad desarrolló un cuadro séptico de difícil control a pesar de antibioticoterapia enérgica. Al tratamiento antibiótico hubo que agregar insulino terapia al descubrirse una hiperglicemia en los estudios realizados. Debido a la persistencia del cuadro infeccioso se realizaron estudios imagenológicos donde se demostró la presencia de lesión renal que se interpretó como un absceso. Se realizó nefrectomía por vía lumbar. **Conclusiones:** El estudio anatomopatológico informó lesión granulomatosa de origen tuberculoso. No se encontraron otras lesiones tuberculosas extrarrenales ni a otros niveles del aparato genitourinario. El diagnóstico final fue el de un absceso renal de origen tuberculoso en el curso de una diabetes mellitus tipo II de debut.

DeCS: TUBERCULOSIS RENAL / quimioterapia.

Palabras clave: Tuberculosis renal, tuberculosis genitourinaria, tuberculosis extrapulmonar.

ABSTRACT

Introduction: Renal tuberculosis represents the most common site of extrapulmonary tuberculosis, but it is also a rare form of presentation of the disease in Cuba, where the incidence and prevalence rates are the lowest in the world. Case report: A 58 year-old male patient who complained of lower urinary obstruction underwent a vesical puncture. Subsequently he developed a sepsis which was difficult to control despite aggressive antibiotic therapy. As hyperglycaemia was found in the studies, insulin was added to the antibiotic treatment. Due to the persistence of the infection, imaging studies were conducted which showed the presence of a renal injury which was thought to be an abscess. A nephrectomy was performed by a lumbar route. Conclusions: Pathology reported a granulomatous lesion of tubercular origin. There were no other extrarenal tuberculosis lesions at other levels of the genitourinary system. The final diagnosis was a renal abscess of tuberculous origin in the course of a beginning type II diabetes mellitus.

MeSH: TUBERCULOSIS, RENAL / drug therapy.

Keywords: Renal tuberculosis, genitourinary tuberculosis, extrapulmonary tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad común, que involucra de 8 a 10 millones de nuevos casos cada año¹. Su incidencia es creciente a nivel mundial particularmente en las regiones con alta incidencia de infecciones por VIH1-4.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la tuberculosis como emergencia de salud en todo el mundo en abril de 1993⁵. Aunque en Cuba la tuberculosis no ha seguido con exactitud el patrón mundial de asociación con la epidemia VIH/SIDA³ la enfermedad experimentó un incremento que alcanzó su cifra tope de 14,3 x 100 000 habitantes en 1994. En el año 1997 comenzó a disminuir su incidencia y se reportó una tasa de 12,2 por 100 000 habitantes³. La tendencia a la disminución ha continuado, hasta los últimos reportes de la OMS que declaran una incidencia en el país de 9 y una prevalencia de 10 por 100 000 habitantes respectivamente⁶.

La tuberculosis pulmonar es la más frecuente de todas las posibles localizaciones de la enfermedad, seguida por la ganglionar y la genitourinaria^{1,2}. Se estima que la tuberculosis extrapulmonar representa del 15 al 25% del total de pacientes con tuberculosis y de estos la localización renal es la más frecuente^{7,8}.

La tuberculosis renal es la localización más frecuente de la tuberculosis extrapulmonar⁹. La baja frecuencia de la tuberculosis en Cuba, así como el tratamiento oportuno y eficaz de los nuevos enfermos diagnosticados determina la rareza de la localización renal en el país y en la provincia de Sancti Spíritus en los últimos decenios.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 58 años, perteneciente al sexo masculino, de raza blanca sin antecedentes patológicos personales y familiares de interés. Fue recibido inicialmente en el Servicio de Urgencias de Urología del Hospital General Universitario Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus en el año 2009, con marcada dificultad para la micción acompañada de dolor suprapúbico. Al examen físico se comprobó la presencia de globo vesical, además de fimosis y signos inflamatorios periuretrales. Se realizó cistostomía por punción suprapúbica a través de la cual se evacuó el globo vesical. El aspecto de la orina era compatible con la normalidad. Finalmente se instauró tratamiento antibiótico ambulatorio.

A los siete días acudió de nuevo al servicio de urgencias, esta vez con fiebre de 40 grados, temblores, escalofríos y orinas levemente hematóricas, lo cual se interpretó como una infección

urinaria aguda. Fue hospitalizado con antibioticoterapia enérgica, la cual tuvo que ser evaluada y modificada en múltiples ocasiones por la persistencia de la fiebre hasta la administración de Meropenem, con lo que se logró controlar el cuadro. En el curso del ingreso se constataron cifras de glicemia de 13 mmol/l por lo que recibió tratamiento con insulina lenta U-100. Además presentaba eritrosedimentación de 100 mm/h, hemoglobina de 83 g/l y creatinina de 173 mmol/l. El ultrasonido realizado reportaba imágenes quísticas de 4 y 2 cm en riñón derecho e izquierdo respectivamente, no lesiones parenquimatosas, litiasis calicial sin repercusión en riñón izquierdo, vejiga vacía. Fue egresado a los 15 días de su ingreso mejorado.

Varios días después del egreso se evaluó en consulta y refirió continuar con fiebre vespertina de hasta 39 grados, náuseas, pérdida de peso, decaimiento y fetidez en la orina. Al realizar el examen físico se constataron los siguientes hallazgos: Mucosas hipocoloreadas, peso de 59 kg, talla de 1.75 cm., tejido celular subcutáneo no infiltrado. No alteraciones del sensorio.

AR: MV conservado. No estertores. FR 16 Xmin.

ACV: RC rítmicos. No soplos. FC 70Xmin.

Abdomen globuloso, suave, depresible, no doloroso, no visceromegalia, no tumoración.

Fosas lumbares no dolorosas. Riñones no palpables. Genitales normales.

TR: Próstata aumentada de tamaño grado II, de superficie lisa, consistencia firme y límites bien definidos.

Se decidió de nuevo su hospitalización y se realizaron varios estudios cuyos resultados se exponen a continuación:

Ultrasonido abdominal: Imagen sólida de 38 mm, de límites indefinidos, con áreas heterogéneas en tercio medio del riñón derecho. Quiste de 2 cm en riñón izquierdo sin repercusión. Resto del examen abdominal normal.

Exámenes de laboratorio: Hemoglobina: 103 g/l, hematocrito: 0.32 vol%, conteo global de leucocitos: 9.8×10^6 , conteo diferencial normal, glicemia: 6.7 mmol/l, creatinina: 104 mmol/l, hierro sérico: 5.6 mmol/l, hemocultivo en pico febril: sin crecimiento, microelisa VIH:negativo, antígeno prostático específico: 3.5 ng/ml.

TAC abdominal: Imagen hiperdensa de 52 UH que medía 60X59mm con áreas de menor densidad en su interior. Imagen de menor densidad, hipodensa de contornos bien definidos hacia polo inferior del riñón izquierdo. Hígado de tamaño normal, con aumento difuso de la ecogenicidad. Esplenomegalia grado I con patrón homogéneo.

Se planteó el diagnóstico presuntivo de absceso renal y se decidió aplicar tratamiento quirúrgico.

En el informe operatorio se describió una nefrectomía por vía lumbar, con el riñón marcadamente aumentado de tamaño de forma difusa, adherido a las estructuras vecinas (músculo psoas, peritoneo, diafragma y duodeno) y durante la disección se comprobó salida de pus.

La evolución post operatoria fue satisfactoria.

El informe anatomopatológico reportó una inflamación crónica granulomatosa de etiología tuberculosa, asociada a extensas áreas de necrosis y fibrosis, con infiltrado inflamatorio crónico agudizado severo difuso.

En los estudios posteriores realizados al paciente no se demostraron otras localizaciones de tuberculosis.

Se notificó al área de salud donde se decidió imponer el tratamiento específico recomendado para los pacientes clasificados como categoría I según el Programa Nacional de Tuberculosis en Cuba. En el control de foco realizado se analizaron 14 pacientes, ninguno de los cuales era sintomático respiratorio ni mostró prueba de tuberculina positiva.

DISCUSIÓN

La tuberculosis renal es el resultado de la siembra por vía hematógica en el parénquima renal de bacilos tuberculosos provenientes de una tuberculosis primaria pulmonar o más raramente tras reactivación de una tuberculosis miliar ^{2,9,10}. En la práctica, en la totalidad de los casos de tuberculosis extrapulmonar existe un foco primario en el pulmón, que puede ser visible o no en la radiografía de tórax ². En el caso que se presenta no se demostró la presencia del foco tuberculoso primario, ni otra lesión concomitante genitourinaria en los estudios realizados con posterioridad al reporte anatomopatológico. La diseminación de la tuberculosis en el aparato urinario ocurre por vía canalicular descendente y los síntomas disúricos son los predominantes, con o sin hematopíuria ^{1,7,10}. Contrario a lo descrito, el cuadro predominante en el paciente fue el de la obstrucción urinaria baja como consecuencia de una hiperplasia prostática benigna. No se pusieron en evidencia manifestaciones clínicas de prostatitis ni epididimitis tuberculosa. Se desconoce la existencia de síntomas disúricos con anterioridad a la agudización de la afección; tampoco existen datos endoscópicos que permitan desechar totalmente la posibilidad de afectación vesical.

La tuberculosis renal no tiene un cuadro clínico clásico de presentación ⁴. Las manifestaciones disúricas suelen ser las predominantes habitualmente acompañadas o no de hematopíuria estéril con orinas ácidas ^{9,10}. La abcedación suele ser de tipo caseosa, de pequeñas dimensiones y múltiples focos ^{1,4}, lo cual no se corresponde con lo reportado en el caso que se presenta.

CONCLUSIONES

Los aspectos más relevantes a considerar en el caso analizado son los siguientes: la rareza de la localización renal de la tuberculosis en un paciente donde no se demostró el foco primario; las dimensiones y la rápida evolución del absceso; y por último, la ausencia de un cuadro disúrico de larga evolución como suele ocurrir en la tuberculosis genitourinaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eastwood JB, Corbishley CM, Grange, JM. Tuberculosis and the Kidney. *J Am Soc Nephrol* 2001;12:1307-1314.
2. Fanlo P, Tiberio, G. Tuberculosis extrapulmonar. *An Sist Sanit Navar* 2007; 30 (Supl. 2): 143-162.
3. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Epidemiología. Tuberculosis: una reflexión necesaria RESUMED 1998; 11(4):163.
4. Jiménez MG, Herranz FLM, Araellano RG, Rabadán RM, Pereira, IS. Forma de presentación seudotumoral de tuberculosis urogenital: Caso clínico. *Actas Urol Esp*2004; 28(9).
5. Toledo VHJ, Padilla PO, Vidal GI, Rodríguez, AI. Mortalidad por tuberculosis en Cuba. 1987-1993 *Rev Cub Med Trop* 1996; 48(3): 209-213.
6. World Health Organization. Core Health Indicators. Consultado 15 de mayo 2010
Disponible en: <http://www.who.int/whosis/>
7. Renán J, Otta-Gadea, Torres-Alvarado EF, Párraga-Rosado YY, Sánchez-González CL. Tendencia secular de la tuberculosis genitourinaria. Revisión de 50 años en el Servicio de Urología del Hospital Nacional Dos de Mayo. *Rev Per Urol* 2005; 15:23-26.
8. Sampathkumar K, S Sooraj Y, Mahaldar AR, Ramakrishnan M, Ajeshkumar Rajappannair A, et al Granulomatous interstitial nephritis due to tuberculosis-a rare presentation. *Saudi J of Kidney diseases and trasplantation* 2009; 20(5): 842-5.
9. Fernández TEJ, de Gracia NR, Sánchez VRJ, Riñón, AC and Selgas GRProcinéticos como causantes de nefritis intersticial granulomatosa. *Gastroenterología y Hepatología* 2007; 30(10: 583-584.
10. Soliman MS, Lessnau K-D, Hashmat, A. Tuberculosis of the Genitourinary. System. *Emedicine*, 2007 dic; 27-9.