



Revista Clínica de Medicina de Familia

ISSN: 1699-695X

ISSN: 2386-8201

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Paul Cardiel, Lorena; Notivol Rubio, Pilar; Puerta
Ramón, Pablo; Delgado Marroquín, M.a Teresa
No es banal todo lo que aparenta: la importancia de la longitudinalidad
Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 17, núm. 2, 2024, pp. 148-150
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

DOI: <https://doi.org/10.55783/rcmf.170211>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169678741011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

No es banal todo lo que aparenta: la importancia de la longitudinalidad

Lorena Paul Cardiel^a, Pilar Notivol Rubio^a, Pablo Puerta Ramón^b y M.^a Teresa Delgado Marroquín^c

^a Residente de 4.º año de Medicina Familiar. Centro de Salud Delicias Norte. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza (España)

^b Residente de 2.º año de Medicina Familiar. Centro de Salud Delicias Norte. Hospital Clínico Universitario Blesa. Zaragoza (España)

^c Centro de Salud Delicias Norte. Profesora asociada de la Facultad de Medicina Universidad de Zaragoza. IIS Aragón. Zaragoza (España)

CORRESPONDENCIA:

M.^a Teresa Delgado Marroquín. Centro de Salud Delicias Norte. Calle de Santa Orosia, n.º 46. 50010 Zaragoza (España)

CORREO ELECTRÓNICO:

maitedelgadam@gmail.com

Recibido el 28 de junio de 2022. Aceptado para su publicación el 6 de mayo de 2023

RESUMEN

Las infecciones del tracto urinario (ITU) constituyen la patología urológica más frecuente. Se diagnostican por la clínica sin necesidad de pruebas complementarias (salvo una analítica [tira de orina] confirmatoria). Estos episodios, molestos, pero no graves, son frecuentemente valorados en atención continuada por el médico o la médica de guardia y en consulta de banalidades en urgencias hospitalarias. Si bien no se perciben como problema grave ni por pacientes (por motivos laborales acuden fuera de hora asumiendo que no los verá su médico de familia, aún siendo molestias recidivantes) ni por profesionales (atendido el problema por diferentes facultativos se considera cada episodio como agudo y banal, sin plantear muchas veces etiologías crónicas que se manifiestan con cuadros recurrentes). Entre ellas, está la tuberculosis genitourinaria (TBGU). Presentamos el caso de una mujer joven atendida de urgencia repetidas veces por ITU en la que ante un nuevo episodio se planteó el diagnóstico diferencial entre ITU recidivantes y TBGU.

Palabras clave: infección del tracto urinario, tuberculosis genitourinaria, Atención Primaria.

NOT ALL IS AS TRIVIAL AS IT SEEMS: THE IMPORTANCE OF LONGITUDINALITY

ABSTRACT

Urinary tract infections (UTI) are the most common urological pathology. They are diagnosed clinically without the need for further tests (except for a confirmatory test [urine strip]). These episodes (annoying, not serious) are commonly evaluated in continuous care by the on call doctor and in a trivial consultation in hospital casualty. Although not perceived as a serious problem either by patients (for work reasons they come after hours assuming that their family doctor will not see them, even though they are recurrent complaints) or by professionals (when the problem is seen by different physicians, each episode is deemed acute and trivial, without often considering chronic aetiologies that manifest with recurrent symptoms). Among them is genitourinary tuberculosis (GUTB). We report the case of a young woman who received emergency treatment repeatedly due to UTI in whom the differential diagnosis between recurrent UTI and GUTB was considered before a new episode.

Keywords: Genitourinary Tuberculosis, Primary Care, Urinary Tract Infection.

INTRODUCCIÓN

Las ITUS constituyen la patología urológica más frecuente, afectando mundialmente a 150 millones de pacientes/año. El diagnóstico se basa en los síntomas clínicos y en el análisis de orina. En muchas ocasiones no se hacen pruebas complementarias, sobre todo si son mujeres jóvenes en las cuales se trata de un proceso agudo frecuente. Estos episodios, molestos, pero no graves, son frecuentemente valorados en atención continuada por distintos médicos y médicas y en consulta de banalidades en urgencias hospitalarias. Las pruebas de imagen tampoco son necesarias para el diagnóstico de infecciones no complicadas en personas adultas, si bien juegan un papel importante si no hay respuesta al tratamiento antibiótico en las primeras 72 horas¹.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

La tuberculosis (TB) es la novena causa de muerte en todo el mundo. Los pulmones son el lugar principal para la infección primaria por *Mycobacterium tuberculosis* y la enfermedad tuberculosa². Después de la afectación de los ganglios linfáticos y el derrame pleural tuberculoso, la tuberculosis genitourinaria (TBGU) es la tercera forma más común de TB extrapulmonar. La TBGU se presenta en el 2-20% de las TB pulmonares. Entre las/los pacientes con enfermedad miliar, la siembra hematogena del tracto urogenital ocurre en el 25-62% de los casos³.

La TBGU es considerada como la gran imitadora de otras enfermedades con un espectro clínico sutil y variado, que causa retraso diagnóstico y la aparición de complicaciones como infertilidad, fallo renal y la diseminación de la enfermedad. Se necesita un alto índice de sospecha para un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno⁴.

CASO CLÍNICO

Mujer de 23 años nicaragüense, sin antecedentes personales conocidos. Llegó a España hace 1 año. Por motivos laborales solo acude al centro de salud en horario de atención continuada.

Primera entrevista (telefónica) con su médico de familia (MF) por clínica miccional, fiebre (38 °C) intermitente de 1 semana de evolución y dolor cólico lumbar derecho. No presenta náuseas ni vómitos, y su ritmo intestinal es normal. No hay clínica respiratoria. Atendida días antes en urgencias hospitalarias. En exploración: paciente sudorosa, febril, con palidez cutáneo-mucosa, normotensa. Auscultación cardiopulmonar normal; abdomen blando y depresible sin masas ni megalias, peristaltismo conservado, no hay soplos audibles, dolor a la palpación de flanco derecho. Puño-percusión renal negativa bilateral. Extremidades normales. Al sospechar ITU complicada, se indicó cefuroxima (tanda larga), sin mejoría clínica.

Se cita presencialmente y se revisa su historia clínica: en este último año ha consultado de urgencia en varias ocasiones por clínica miccional y ha recibido tratamiento con pautas cortas y, en dos ocasiones, con pautas largas de fosfomicina; consta la realización de pruebas complementarias pretratamiento: piuria y hematuria en sedimento de orina, pero urocultivo negativo.

Desde Atención Primaria (AP) se deriva a atención hospitalaria para que se haga ingreso por sospecha de TBCGU.

En urgencias, la analítica muestra: glucosa: 100 mg/dL, urea: 0,28g/L, creatinina: 1,29 mg/dL, proteína C reactiva (PCR): 57,7 mg/L, Iones normales, hemoglobina: 12,1 g/dL, hematocrito: 37,1%, leucocitos: 9.800 mil/mm³, neutrófilos: 61,7%, linfocitos: 26,7%, plaquetas: 449.000/mm³. Actividad de protrombina: 78%, fibrinógeno derivado: 835 mg/dL.

Sedimento de orina: pH: 7, hematíes > 100/campo, leucocitos: piuria. Flora bacteriana: aisladas. Células escamosas: aisladas, baciloscopia con tinción de Ziehl-Neelsen negativa.

Ecografía abdominal: ectasia pielocalicial derecha grado II, sin dilatación ureteral ni causa obstructiva a nivel distal. Tomografía computarizada (TC) abdomino pélvica con contraste: riñón derecho

aumentado de tamaño con alteración de la densidad, globalmente hipodenso con áreas focales hiperdensas, compatible con pielonefritis aguda (PNA). Dilatación pielocalicial y ureteral hasta cruce de vasos ilíacos, presentando el resto de trayecto ureteral calibre normal, sin litiasis en vía excretora.

Ingresa en urología por PNA versus cólico renal complicado. Tras hacer cateterismo urgente con mejoría clínica de la paciente, aunque persistía febrícula intermitente, se le da el alta y se indica que siga siendo controlada por su MF.

Desde urgencias se solicitaron hemocultivos, urocultivos (negativos) y cultivo en medio sólido y líquido de micobacterias y se obtuvo su resultado posteriormente: positivo para *Mycobacterium tuberculosis complex*, valorado conjuntamente con el servicio de enfermedades infecciosas.

Ante la confirmación diagnóstica de la enfermedad sospechada inicialmente, TBGU, descartada afectación pulmonar, baciloscopias negativas, se aconsejó estudio de familiares convivientes (en país de origen), iniciándose tratamiento específico: tetraterapia (rifampicina, isoniazida, etambutol y pirazinamida), seguida de biterapia (rifampicina e isoniazida) con una duración total de 6 meses, con buena adherencia terapéutica y evolución clínica.

DISCUSIÓN

La principal pista para un diagnóstico temprano es la ineficiencia de la terapia antibiótica estándar para las infecciones urinarias. La prevalencia de tuberculosis en pacientes que presentan una falta de respuesta al tratamiento antibiótico para las ITU es del 25,8%.

El hallazgo clásico en el sedimento urinario es la piuria estéril (leucocituria sin crecimiento bacteriano en el urocultivo). Otros hallazgos pueden ser hematuria y orina ácida. El cultivo es el test de referencia para el diagnóstico de la TBGU. La baciluria es esporádica y leve, se requiere tomar entre tres y seis muestras a primera hora de la mañana. La sensibilidad varía ampliamente (10,7- 90%) y los resultados pueden tardar 6-8 semanas en obtenerse. El Mantoux también puede contribuir al diagnóstico, siendo positivo en el 85-95% de pacientes con TBGU.

La PCR de *Mycobacterium tuberculosis* identificado en la orina es una técnica de alta sensibilidad, dando el resultado en 24-48 horas. Además, permite hacer el diagnóstico incluso cuando hay pocos bacilos, características que lo convierten en un método potencialmente ideal para el diagnóstico de TBGU. Comparado con el cultivo, es un 95,6% sensible y un 98,1% específico.

La cistoscopia con biopsia es un método que podría ser utilizado cuando hay una sospecha clínica de tuberculosis con cultivo negativo. Otras técnicas de imagen como la TC también pueden ser útiles para el diagnóstico¹. Los hallazgos de imagen más comunes de la TBGU son debidos a la necrosis papilar seguida de la destrucción del parénquima renal. Las lesiones parenquimatosas dan lugar a cicatrices corticomedulares. La calcificación es muy común y puede remplazar segmentos o la totalidad del parénquima, llamándose en esta última fase riñón «en mastic»⁴.

Aunque la afectación renal unilateral es lo predominante, también puede presentarse una afectación bilateral con riesgo de fallo renal. El mecanismo más frecuente por el que esto ocurre es cuando, tras una afectación renal unilateral, se produce una diseminación de forma descendente al uréter ipsilateral y vejiga con posterior diseminación retrograda al riñón contralateral a través de reflujo vesicouretral².

Nuestra paciente fue remitida al hospital por su MF por sospecha de TBGU. Tras ser valorada considerando todos los antecedentes y pruebas anteriores realizadas, ingresó para tratamiento de la complicación (frecuente en esta patología) y fue dada de alta sin diagnóstico, el cual, finalmente, confirmó que se trataba en efecto de TBGU. La integración de la información permitió el alto grado de sospecha diagnóstica. El seguimiento longitudinal necesario para el diagnóstico de esta y otras patologías se ve amenazado por circunstancias dependientes de las/los pacientes (acudir «sistemáticamente» en horario de atención continuada o a servicios de urgencia, por motivos laborales muchas veces), pero también por la actitud de descartar lo indemorable por poner en riesgo la vida de la persona que caracteriza las urgencias, dejando el estudio de otras patologías para la atención en consulta reglada por su médico responsable, sin abrir el razonamiento a patologías crónicas que pueden estar silentes entre reagudizaciones, lo que retrasa su diagnóstico.

AGRADECIMIENTOS

Se obtuvo el consentimiento escrito de la paciente (o sus familiares) para la publicación del manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. AAVV. Tuberculosis [Internet]. Uptodate. Disponible en: https://www.uptodate.com.ar-bvsalud.a17.csinet.es/contents/search?search=tuberculosis&sp=0&searchType=PLAIN.TEXT&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOffset=11&autoComplete=false&language=&matx=0&index=&autoCompeteTerm=&raySentence=
2. Ponnayvan NK, Ganapath AS, Ganapathy V. Spectrum of tuberculosis in urology: Case series and review of the literatura. Urol Ann [Internet]. 2020; 12:107-11. Disponible en: DOI: 10.4103/UA.UA_121_19
3. Hodler J, Kubik-Huch RA, Von Schulthess. Diseases of the abdomen and pelvis 2018-2021. Diagnostic Imaging. [Internet]. Gewerbestrasse (Switzerland): IDKD Springer Series; 2018. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-75019-4>
4. Figueiredo AA, Lucon AM, Srougi M. UrMicrobiology Spectrum [Internet]. 2016; 5(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1128/microbiolspec.TNM/7-0015-2016>