



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Eguíluz Lumbreras, Pablo; Palacios Hernández, Alberto; Heredero Zorzo, Oscar; Sánchez Fernández, Ana; Urrutia Avisrro, Manuel

Tuberculosis genitourinaria y osteoarticular (Mal de Pott)

Archivos Españoles de Urología, vol. 62, núm. 4, mayo, 2009, pp. 314-316

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013958009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol. 2009; 62 (4): 314-316

**TUBERCULOSIS GENITOURINARIA Y OSTEOARTICULAR (MAL DE POTT)**

Pablo Eguíluz Lumbreras, Alberto Palacios Hernández, Oscar Heredero Zorzo, Ana Sánchez Fernández<sup>1</sup> y Manuel Urrutia Avisrror.

Servicio y Cátedra de Urología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.

<sup>1</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario del Río Hortega de Valladolid. Valladolid. España.

**Resumen.-** OBJETIVO: Presentamos el caso de un paciente con Tuberculosis urogenital y osteoarticular.

MÉTODO: Paciente en estudio por síndrome febril sin foco infeccioso aparente en tratamiento con hemodiálisis al que se le realizan múltiples pruebas diagnósticas.

RESULTADOS: Se pauta tratamiento médico antituberculoso remitiendo el cuadro.

CONCLUSIÓN: El estudio urográfico precoz puede ser determinante en el diagnóstico de la tuberculosis urogenital en estadios iniciales, evitando así el deterioro progresivo de la función renal.

**Palabras clave:** Tuberculosis. Tuberculosis urogenital. Mal de Pott.

**Summary.-** OBJECTIVE: We present the case of a patient with urogenital and osteoarticular tuberculosis.

METHODS: Patient with end stage renal disease on hemodialysis in study for fever of unknown origin. Multiple diagnostic tests were performed.

RESULTS: Medical treatment for tuberculosis was given with improvement of the symptoms.

CONCLUSION: The early urogram study can be crucial in the diagnosis of urogenital tuberculosis in initial stages, thus avoiding the progressive deterioration of kidney function.

**Keywords:** Tuberculosis. Urogenital tuberculosis. Mal de Pott.

**INTRODUCCIÓN**

La enfermedad tuberculosa es una entidad que ha aumentado en las sociedades occidentales de una manera notoria debido a múltiples causas como son la pandemia del sida; la tuberculosis de cualquier localización es la enfermedad más frecuente entre los diagnósticos de sida, la inmigración, y las situaciones de inmunodepresión e inmunodeficiencia.

La tuberculosis urinaria es un padecimiento de los adultos jóvenes (60% de los enfermos se halla entre los 20 y los 40 años) y es algo más frecuente en hombres que en mujeres (1).

La tuberculosis urinaria siempre es un foco secundario y se debe considerar como tal a la localizada en riñón, uréter, vejiga y uretra, siendo el riñón el órgano más frecuentemente afectado y el primero en dar manifestaciones clínicas. Las infecciones testicular y prostática son más raras.

La principal vía de infección en todas ellas es la vía hematógena.

**CORRESPONDENCIA**

Pablo Eguíluz Lumbreras  
Henry Collet, 14-22 - portal 5, 2ºC.  
37007. Salamanca. (España).

paeglu@hotmail.com

Trabajo recibido: 26 de mayo 2008.

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 65 años de edad con antecedentes de Hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica tipo IAM, insuficiencia ventricular izquierda (FEVI: 35-40%), e insuficiencia tricuspídea, mitral y aórtica leve. Infecciones urinarias de repetición. Insuficiencia renal crónica de etiología no filiada desde 2003. En estudio en Urología en la actualidad por elevación de PSA (7.36 ng/ml), al que se le realizó recientemente una biopsia prostática pendiente del resultado en el momento del ingreso, (motivo por el cual se encuentra en contraindicación temporal para el trasplante renal), que acudió a urgencias por síndrome febril acompañado de deterioro del estado general sin clínica de infección respiratoria, urinaria ni digestiva.

Al tacto rectal la próstata mostraba una consistencia elástica no sospechosa.

Se realizan análisis de sangre, *Bioquímica*: Urea: 134 mg/dl. Creatinina: 6,98 mg/dl. FA: 126 U/l. PCR > 9 mg/dl, resto de parámetros dentro de rangos normales. Radiografía de tórax en la que se objetiva patrón intersticial bilateral con derrame intercisural, (Figura 1).

Ante la sospecha de una neumonía atípica por la imagen radiográfica, se solicita un antígeno de Legionella en orina de forma urgente, que resulta negativo. Se procede a dializar al paciente y durante la sesión hace un pico febril de 39° C, extrayéndose dos hemocultivos. Se recoge igualmente urocultivo. Se pauta antibioterapia empírica con levofloxacino y claritromicina para cubrir bacterias respiratorias típicas y atípicas.

Posteriormente se objetiva disociación clínico radiológica: Se encontraba asintomático pero persistía en la

radiografía de tórax un patrón intersticial bilateral. Ante la persistencia de la fiebre, pese a la antibioterapia empírica (Levofloxacino, Claritromicina y Meropenem) y al resultado negativo del hemocultivo y urocultivo se solicitó baciloscopia en orina y en esputo, tinción de Ziehl-Neelsen y cultivo en medio de Löwenstein, confirmando la infección tuberculosa genitourinaria, iniciándose tratamiento específico con Rifampicina, Isoniacida y Pirazinamida.

Dada la persistencia de dolor en región lumbosacra lateral derecha se realiza una Resonancia magnética nuclear tóraco-abdominal en la que se observa afectación intersticial pulmonar bilateral con engrosamiento de septos interlobulillares y micronódulos compatible con tuberculosis. Adenopatías perivasculares de 1 cm. y paratraqueal derecha de 1.2 cm. Atrofia severa cortical renal bilateral con hidronefrosis bilateral acentuada. Alteración en la densidad de los cuerpos vertebrales L2-L3 con masa paravertebral localizada a nivel discal de 2.5 cm de espesor compatible con espondilodiscitis, y ante los hallazgos descritos se diagnostica de espondilodiscitis secundaria a tuberculosis (Mal de Pott), (Figura 2) con absceso osifluente hacia muslo. Tras valoración por traumatología se decidió tratamiento sintomático con corsé.

El resultado de la biopsia prostática realizada fue de adenocarcinoma de próstata (Gleason 3+2) afectando al lóbulo derecho.

Löwenstein en orina: Positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

Se diagnostica de tuberculosis genitourinaria y afectación vertebral L2-L3 (mal de Pott), continuando con el tratamiento tuberculostático (Isoniacida mg/Kg/día +



FIGURA 1. Rx tórax posteroanterior: Se observa patrón intersticial bilateral con derrame intercisural.



FIGURA 2. RMN abdominal: Atrofia cortical renal bilateral y mal de Pott.

Pirazinamida 30 mg/Kg/día + Rifampicina 10 mg/Kg/día durante 2 meses. Isoniacida + Rifampicina en las mismas dosis los 4 meses siguientes).

## DISCUSIÓN

A pesar de que el pulmón es el órgano diana por excelencia de la tuberculosis, cualquier otro órgano y sistema puede verse afectado. El reconocimiento del *M. tuberculosis* es poco frecuente por lo que el cuadro clínico, el laboratorio y especialmente las biopsias con un estudio histológico y bacteriológico nos conducen al diagnóstico de certeza.

La tuberculosis extrapulmonar supone el 10% del total de tuberculosis que padecen los enfermos inmunocompetentes, aunque esta frecuencia se incrementa notablemente en las personas portadoras de algún grado de inmunodeficiencia (2).

La clave cardinal para el diagnóstico de la tuberculosis genitourinaria la proporciona el examen adecuado de la orina (piuria esteril, pH ácido y cultivo para bacilo tuberculoso). Recientemente, se han introducido test para la detección de la tuberculosis urinaria mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), más precisos y rápidos (3,4).

Hay tres localizaciones que se pueden rotular de graves: la meningoencefálica, la osteoarticular y la renal. El tratamiento adyuvante con corticoides para evitar la uropatía obstructiva en caso de afectación ureteral, es un tema de debate en la literatura urológica con evidencia científica escasa (5).

Los huesos y articulaciones más afectadas son la columna vertebral, cadera, rodilla, siendo el resto de las localizaciones menos comprometidas. Fue Sir Percival Pott en 1779, el primero en relacionar las desviaciones de la columna dorsal con la tuberculosis, y de ahí que lleve su nombre, mal de Pott. La localización en la columna ocurre en el 1% del total de casos, y de ellos los más frecuentes son las vértebras dorsales y lumbares. En nuestro caso, la clínica de dolor lumbar fue clave para la sospecha del diagnóstico de tuberculosis (Figura 2).

La tuberculosis del aparato urinario debe considerarse a la localizada en riñón, uréter, vejiga y uretra, siendo el riñón la pieza más frecuentemente afectada y el primero que da manifestaciones clínicas. La principal vía de infección es la vía hematógena, siendo excepcional la infección por vía linfática.

La lesión al comienzo se delimita a la zona cortical del riñón; a través de los túbulos renales o de los linfáticos llega a la médula y produce una papilitis ulcerosa tuberculosa, siendo esta zona la que ofrece menos resistencia a la infección y la que da las primeras manifestaciones

clínicas o puede dar una cavidad que tomará contacto con la vía excretora.

La vía excretora sufre un proceso congestivo y edema o ulceraciones que curan con una cicatriz que puede producir una obstrucción, dificultando la evacuación de la vía excretora, provocando una hipertensión endocavitaria que de continuar su evolución puede transformarse en una cavidad tipo pseudoquística o en una caverna. La vejiga puede llegar a ser fibrosa y se retrae, lo único que no está afectado es el trigono vesical.

La tuberculosis vesical tiende a curarse pronto cuando se instituye el tratamiento definitivo para la infección primaria genitourinaria. Si las úlceras vesicales no responden a este tratamiento, puede ser necesario electrocoagularlas por vía transuretral (1).

## CONCLUSIÓN

Ante la persistencia de infecciones urinarias de repetición con mala respuesta al tratamiento habitual debemos tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial la tuberculosis urogenital.

El estudio urográfico precoz puede ser determinante en el diagnóstico de la tuberculosis urogenital en estadios iniciales, evitando así el deterioro progresivo de la función renal, y la progresión hacia insuficiencia renal terminal.

## BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (\*lectura de interés y \*\*lectura fundamental)

- \*\*1. Jiménez Gálvez M, Herranz Fernández LM, Arellano Gañán R, et al. Forma de presentación seudotumoral de tuberculosis urogenital: caso clínico.
2. Fanlo P, Tiberio G. Tuberculosis extrapulmonar. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007 Vol. 30, Suplemento 2.
- \*3. Hemal AK, Gupta NP, Rajeen TP et al. Polymerase chain reaction in clinically suspected genitourinary tuberculosis: comparison with intravenous urography, bladder biopsy, and urine acid fast bacilli culture. *En Urology* 2000; 56(4):570-574.
- \*4. Moussa OM, Eraky I, El-Far MA et al. Rapid diagnostic of genitourinary tuberculosis by polymerase chain reaction and non-radioactive DNA hybridization. *En Journal Urology* 2000; 164(2):584-588.
5. Domínguez-Castellano A et al. Guía de práctica clínica de la sociedad andaluza de enfermedades infecciosas (SAEI) sobre el tratamiento de la tuberculosis. 2007.
6. Canovas Ivorra J A, Tramoyeres Galván A, Sánchez Ballester F, et al. La tuberculosis genitourinaria en la obra urológica del profesor Rafael Mollá Rodrigo (1862-1930). Análisis documental histórico de su obra. *Arch. Esp. Urol.*, 2005; 58(3): 195-198.