

<b>Caso</b>	(135) Tuberculosis genitourinaria
<b>Autores</b>	Benito Fernández Ruiz, Oxibel Del Valle Palacios Girón, Sara Septién Rivera, María De Las Mercedes Baena Salmerón, Laura María Fernández Calzado, Estefanía García Galdeano.
<b>Centro</b>	H. Universitario Reina Sofía

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 50 años, con antecedentes de tuberculosis urogenital, que acude por dolor abdominal y fiebre de 38.5°C. En la exploración física se objetivó una masa en flanco derecho muy dolorosa que, en un principio, hizo dudar con un posible plastrón apendicular. Las pruebas de laboratorio mostraron leucocitosis, elevación de creatinina sérica y un sistemático de orina compatible con infección.

En la radiografía de abdomen (Imagen 1), aparte del catéter doble J en la teórica vía excretora izquierda, se apreció una masa retroperitoneal en flanco derecho con desplazamiento medial y caudal de las asas intestinales. Se realizó ecografía (Imagen 2) y TC abdominopélvica sin contraste (Imagen 3), evidenciando un riñón derecho aumentado de volumen, con adelgazamiento cortical y cavidades parenquimatosas, asociando marcada estriación de la grasa perirrenal y engrosamiento de las fascias pararenales. Otros hallazgos fueron: ureterohidronefrosis grado III izquierda, vejiga escasamente replecionada, con engrosamiento irregular parietal y adenopatías retroperitoneales, algunas calcificadas.

Estos hallazgos son compatibles con cambios posttuberculosis renales, vesicales y ganglionares, existiendo afectación inflamatorio-infecciosa renal derecha (pielonefritis).

Dos meses más tarde, se sometió a una cistouretrografía miccional seriada (Imagen 4) que mostró una vejiga poco distensible, con capacidad disminuida y reflujo vesicoureteral hasta el tercio inferior del uréter izquierdo, que estaba aumentado de calibre.

## DISCUSIÓN

La tuberculosis urogenital constituye la localización más frecuente de tuberculosis extrapulmonar tras la afectación ganglionar, presentándose en un 5% de los pacientes con tuberculosis activa y siendo más frecuente en varones adultos. Esta afectación renal surge tras un largo periodo de latencia después de la infección pulmonar y cursa típicamente con un cuadro de síndrome miccional de evolución crónica, hematuria y piuria estéril con orina ácida.

Tras la inhalación del bacilo, se produce una diseminación hematogena con siembra del mismo en el parénquima renal, extendiéndose por la vía urinaria hacia uréteres, vejiga y órganos genitales. Inicialmente, ocurre una afectación papilar (papilitis) que se continúa con destrucción de las mismas, formándose cavidades parenquimatosas debido a la necrosis caseosa. Al progresar la infección, puede

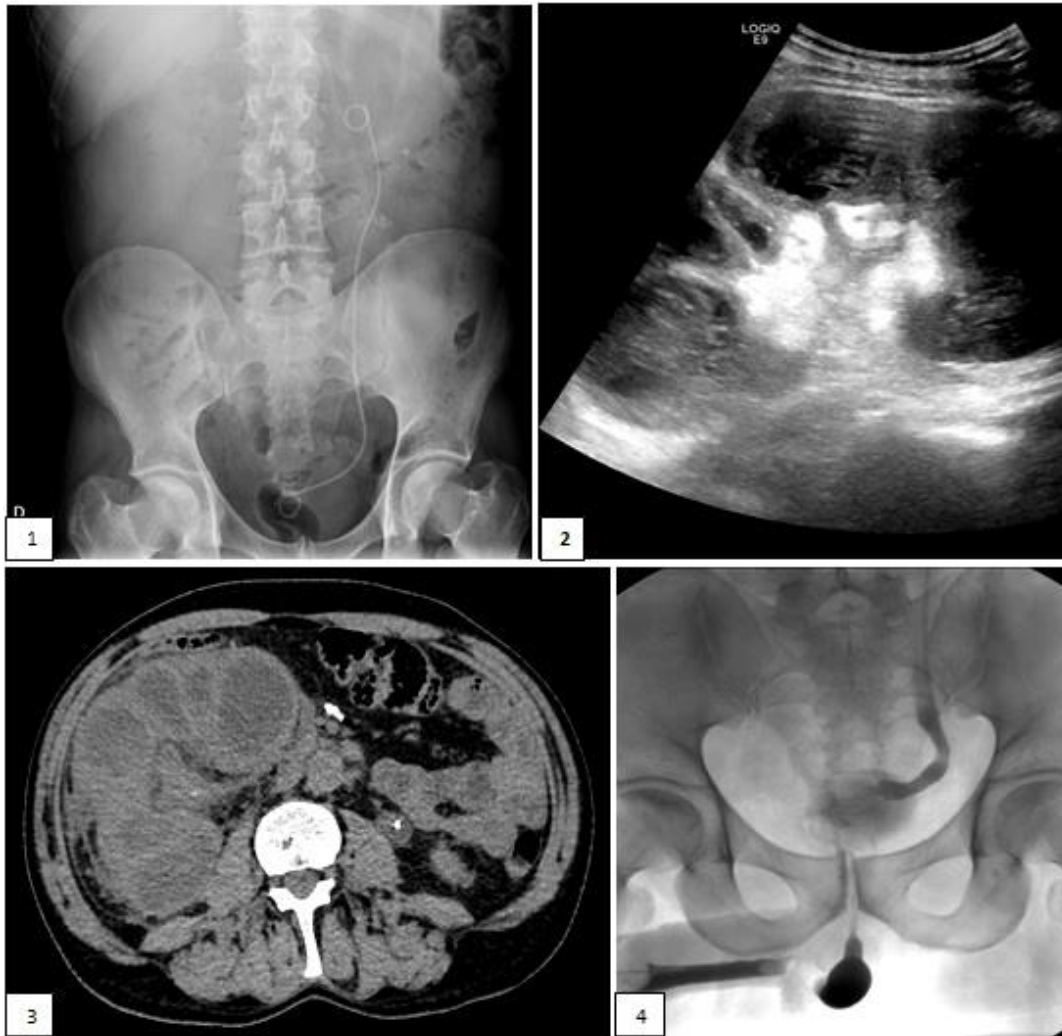
diseminarse al sistema colector, objetivándose estenosis infundibulares y caliectasias focales o hidronefrosis generalizada. En sus fases más avanzadas, da lugar a un proceso de atrofia renal con cicatrices corticales, fibrosis y calcificaciones, con anulación funcional (riñón mastic).

La afectación ureteral consiste en ulceraciones y engrosamientos murales, evolucionando a fibrosis produciéndose estenosis que pueden desencadenar ureterohidronefrosis. A nivel vesical, suele objetivarse disminución de su capacidad, con engrosamiento parietal irregular, escasa distensibilidad y, ocasionalmente, reflujo vesicoureteral.

La tuberculosis genital masculina suele manifestarse como orquiepididimitis crónica y calcificaciones prostáticas y la femenina suele afectar a las trompas de Falopio, en forma de salpingitis bilateral, condicionando estenosis tubáricas y esterilidad.

## **CONCLUSIÓN**

La tuberculosis urogenital es segunda localización más frecuente de afectación extrapulmonar, por lo que los radiólogos debemos conocer sus diversas formas de presentación y manifestaciones en las diferentes pruebas de imagen.



*La imagen 1 muestra la radiografía de abdomen del paciente, en la que se intuye una masa retroperitoneal en flanco derecho con desplazamiento de las asas intestinales adyacentes y se observa el catéter doble J en vía excretora izquierda. Las imágenes 2 y 3 corresponden a la ecografía y TC abdominopélvica sin contraste intravenoso que muestran un riñón derecho aumentado de volumen, con adelgazamiento cortical y cavidades parenquimatosas. La imagen 4 corresponde a la cistouretrografía miccional seriada del paciente, que refleja una vejiga poco distensible, con capacidad disminuida y reflujo vesicoureteral izquierdo.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Burrill J, Williams CJ, Bain G, Conder G, Hine AL, Misra RR. Tuberculosis: a radiologic review. *Radiographics*. 2007; 27:5, 1255-73. <https://doi.org/10.1148/rg.275065176>
- Engin G, Acunas B, Acunas G, Tunaci M. Imaging of Extrapulmonary Tuberculosis. *Radiographics*. 2000; 20:2, 471-88. <https://doi.org/10.1148/radiographics.20.2.g00mc07471>