

Caso	(505) Calificaciones vesicales y ureterales
Autores	Guiomar Pique Rey, Guiomar Pique, Joselin González, Fabián Andrés, Maribel Cugat, Marta Herrero, José Antonio Izuel.
Centro	Hospital Verge De La Cinta De Tortosa

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 38 años originario de Gambia que consulta por un cuadro clínico de tres días de hematuria macroscópica con coágulos. Como antecedentes destaca una tuberculosis renal hace 9 años, sin afectación pulmonar, tratada durante dos meses mediante cuádruple terapia seguido de cuatro meses con isoniacida y rifampicina.

La citología de orina fue negativa para malignidad, tampoco se detectan bacterias en urocultivo y el sedimento de orina fue anodino (ausencia de piúria o de pH ácido). El estudio para micobacterias fue negativo (Tinció Ziehl-Neelsen negativa y el cultivo de micobacterias después de 49 días de incubación es negativo).

DISCUSIÓN

La tuberculosis urogenital es la manifestación clínica más frecuente de tuberculosis extrapulmonar. La infección se disemina tanto por vía hematogena como por extensión directa. M.tuberculosis se extiende por los sistemas colectores en el 50% de los pacientes con TB renal, causando la infección de los uréteres y progresando hasta la vejiga y uretra.

El hallazgo más precoz consiste en edema, poco visible mediante técnicas de imagen, aunque en la TC correspondería a engrosamiento de la pared ureteral / vesical.

Más adelante, aparecen ulceraciones que pueden detectarse únicamente en UIV o pielografía como múltiples irregularidades de la pared del uréter y de la vejiga visibles en la fase excretora como defectos focales de repleción.

En estadios más avanzados, se produce la fibrosis, manifestándose en el uréter como múltiples estenosis ureterales que afectan con mayor frecuencia al tercio distal del uréter, como es en nuestro caso. Cuando la fibrosis progresa en la vejiga, ésta se presentará espástica e hiperactiva, evolucionando en estadios más avanzados hacia una vejiga de poca capacidad (microcistitis) y obliterada.

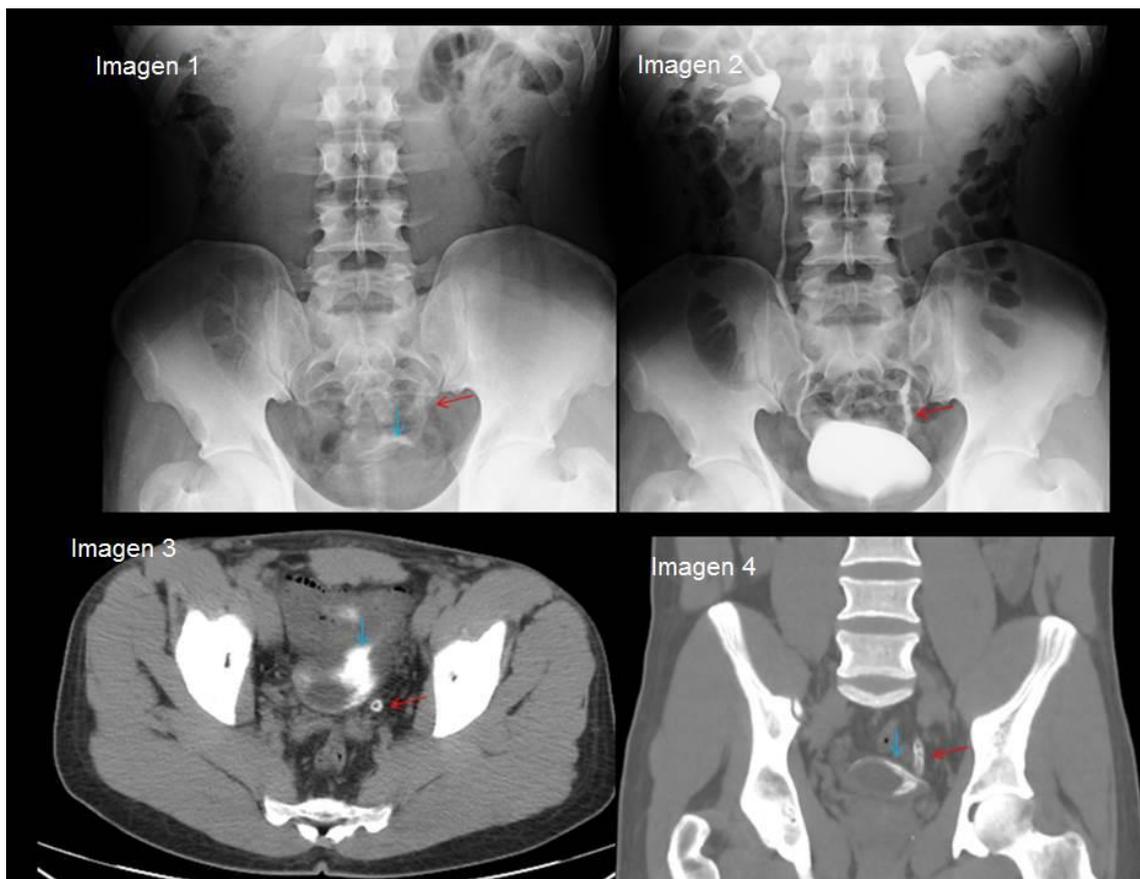
En nuestro caso, el paciente no presentaba alteraciones típicas en el sedimento de orina (pH ácido o piúria).

CONCLUSIÓN

La urografía y la TC son de gran utilidad cuando se sospecha un foco extrapulmonar, ya que existen características radiológicas típicas, permiten determinar el área de extensión y identificar si se trata de un estadio agudo o crónico.

Las calcificaciones vesicales son poco frecuentes y obligan a plantear el diagnóstico diferencial entre esquistosomiasis (probable dado el origen de nuestro paciente), cambios por quimio o radioterapia, tumores con calcificaciones y cuerpos extraños.

En algunos casos, las calcificaciones ureterales murales pueden confundirse con litiasis en el estudio urográfico. En estos casos, la TC es de utilidad ya que permite diferenciar con mayor resolución espacial si se trata de una litiasis enclavada en el uréter o si la mucosa ureteral esta calcificada.



Se realiza estudio urográfico (figura 1 y 2) y TC abdominal (figura 3 y 4). En la radiografía simple de abdomen (figura 1) y en TC de abdomen (figura 3 y 4), se observan calcificaciones murales en cúpula vesical (flechas azules) y en uréter distal izquierdo (flechas rojas). En la fase excretora del estudio urográfico, el uréter distal izquierdo presenta un aspecto irregular y arrosariado (figura 2). A pesar de los antecedentes de tuberculosis renal tratada, el nefrograma es normal y simétrico, sin observar dilatación de la vía excretora.

BIBLIOGRAFÍA

Merchant S, Bharati A, Merchant N. Tuberculosis of the genitourinary system- Urinary tract tuberculosis: Renal tuberculosis-Part I. Indian J Radiol Imaging. 2013;23(1):46-63. doi:10.4103/0971-3026.113615

Kulchavenya E. Urogenital tuberculosis: definition and classification. Ther Adv Infect Dis. 2014;2(5-6):117-122. doi:10.1177/2049936115572064

Ciudad Fernández, María José; Barrera Ortega, Jerónimo; Graña López, Lucía; Nieto Baltar, Beatriz; Vañó Galván, Eliseo; Martínez Álvarez, Yago. Tuberculosis urogenital. SERAM 2008. 660.