

## Microhematuria aislada en la tuberculosis urinaria

J. Lacueva, R. Enríquez, R. Llobregat y J. Cabezuolo  
Sección de Nefrología. Hospital General de Elche.

Señor director:

La incidencia de tuberculosis (TBC) urinaria, como en otras localizaciones, ha descendido drásticamente tras la introducción de los tuberculostáticos<sup>1</sup>. Es una forma de TBC de progresión lenta y que puede permanecer silente durante mucho tiempo; sin embargo, un diagnóstico precoz puede evitar complicaciones serias sobre el parénquima renal.

A continuación describimos un paciente con TBC urinaria asintomática, expresada como microhematuria aislada.

Varón de 62 años diagnosticado hace dos, por biopsia renal, de nefritis intersticial aguda, probablemente inducida por fármacos; tras tratamiento con prednisona persistió una insuficiencia renal crónica ligera con sedimento normal. Desde hace tres meses presenta microhematuria persistente. No refiere fiebre, astenia, anorexia, sudoración, pérdida de peso ni dolor lumbar; no molestias urinarias, nicturia, edemas ni hematurias. La exploración física era anodina (incluyendo tacto rectal). La bioquímica elemental revela una urea de 6,56 mmol/l, creatinina 132 micromol/l (similar a la basal), resto normal. El hemograma y estudio de coagulación fueron normales. En la orina destaca: proteinuria de 700 mg/día, 10-12 hematíes por campo (no dismórficos), ausencia de leucocituria, pH 6,5, cultivo negativo, citología para células malignas negativa, tinción de Zhiel-Nielssen negativa, cultivo específico para *Micobacterium tuberculosis* positivo. Rx de tórax normal. Urografía intravenosa y cistografía normales. Mantoux, con 2 unidades de PPD RT-23, de 8 mm. Se interpretó el cuadro como TBC urinaria e iniciamos tratamiento con isoniacida y rifampicina durante nueve meses, añadiendo pirazinamida los dos primeros.

La TBC urinaria es un proceso que habitualmente tiene una evolución lenta e insidiosa. La presencia

de sintomatología constitucional es inusual, salvo que se asocie infección tuberculosa en otras localizaciones. No obstante, es habitual la aparición de síntomas que sugieren inflamación de la vía urinaria, como disuria, nicturia o tenesmo, o bien anomalías en el urinoanálisis caracterizadas por piuria abacteriana, hematuria y pH ácido<sup>2,3</sup>. Nuestro paciente permaneció completamente asintomático y como única anomalía se detectó microhematuria sin leucocituria.

La nefritis tubulointersticial que se diagnosticó previamente en este enfermo pensamos que no era de etiología tuberculosa, puesto que en ese momento el sedimento urinario era anodino; en la biopsia renal no había granulomas y no existía evidencia clínica de TBC en otros territorios<sup>4</sup>. Los pacientes inmunocomprometidos están predispuestos a padecer TBC; en este sentido, cabe reseñar la condición de insuficiencia renal de nuestro enfermo y el tratamiento inmunosupresor recibido, circunstancias que verosímelmente podrían haber reactivado un foco subyacente<sup>5</sup>.

A pesar de la evolución lenta y paucisintomática de la TBC urinaria, se pueden derivar graves consecuencias, bien por la progresiva necrosis y caseificación del parénquima renal o bien por el desarrollo de uropatía obstructiva<sup>2</sup>. El diagnóstico precoz de la TBC urinaria es complicado, ya que está condicionado por la escasa densidad bacilífera en la orina, precisando en numerosas ocasiones múltiples muestras para aislar el germen<sup>6</sup>.

Actualmente, el tratamiento de la TBC urinaria es casi exclusivamente médico. Se precisan combinaciones de dos o tres drogas mantenidas al menos seis o nueve meses<sup>7,8</sup>. Por la farmacocinética y potenciales efectos adversos de los tuberculostáticos en la insuficiencia renal, un régimen terapéutico aceptable

Correspondencia: Sección de Nefrología.  
Hospital General de Elche.  
Partida Huertos y Molinos, s/n.  
Elche (Alicante).

es isoniácida, rifampicina y pirazinamida no menos de seis meses, retirando esta última cumplido el segundo mes de tratamiento.

Pensamos que la TBC urinaria debería incluirse sistemáticamente en el diagnóstico diferencial de las anomalías urinarias de etiología incierta y que su diagnóstico precoz es esencial para prevenir complicaciones a largo plazo.

### Bibliografía

1. Cos LR y Cockett ATK: Genitourinary tuberculosis revisited. *Urology* 20 (2):111-117, 1982.
2. Copley JB: Isolated asymptomatic hematuria in the adult. *Am J Med Sci* 291 (2):101,111, 1986.
3. Pasternack MS y Rubin RH: Urinary tract tuberculosis. En *Diseases of the kidney*. Schrier RW and Gottschalk CW, editores. Fourth edition. Little Brown and Co., Boston, 993-1014, 1988.
4. Mallinson WJW, Fuller RW, Levinson DA, Baker LRI y Cattell WR: Diffuse interstitial renal tuberculosis. An unusual cause of renal failure. *Quart J Med* 198:137-148, 1981.
5. García-Leóni ME, Martín-Sapa C, Rodeño P, Valderrábano F, Moreno S y Bouza E: High incidence of tuberculosis in renal patients. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 9:283-285, 1990.
6. Cinman AC: Genitourinary tuberculosis. *Urology* 20 (4):353-358, 1982.
7. Gow JG y Barbosa S: Genitourinary tuberculosis. A study of 1117 cases over a period of 34 years. *British Journal of Urology* 56:449-455, 1984.
8. Ellard GA: Chemotherapy of tuberculosis for patients with renal impairment. *Nephrol* 64:169-181, 1993.