

ASOCIACION BACTERIANA EN TUBERCULOSIS URINARIA. ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE VEINTIDÓS PACIENTES

Dr. Prokopic, Jorge - Dr. Kantt, Reynaldo - Dr. Rizzi, Alfredo

Resumen

Se estudió, en forma retrospectiva, la asociación bacteriana en orina de veintidós pacientes con TBC urinaria confirmada por cultivo pertenecientes al Servicio de Urología del Hospital de Clínicas "José de San Martín".

Se comprobó que el "germen asociado de presentación" en cuatro casos (18%) fue el *Proteus*, con un caso (5%) de *Escherichia coli*.

Se jerarquiza la importancia de la asociación *Proteus-Koch* como medio para llegar a una confirmación bacteriológica de este último.

Introducción

En el diagnóstico de la TBC, la radiología y la clínica constituyen elementos que permiten establecer sospecha de enfermedad, mientras que la bacteriología la confirma. Esto último pone de relieve la importancia del cultivo para bacilo de Koch en el diagnóstico y tratamiento de pacientes, en quienes, clínica o radiológicamente, se sospecha TBC.

El diagnóstico bacteriológico de TBC urinaria se enfrenta, con variada frecuencia según los centros, a dos problemas concretos que lo dificultan. El primero de ellos es el difícil aislamiento del bacilo de Koch en orina, aun con los medios de cultivo especiales de que se dispone (Loewenstein, Jensen, Stönenbrick y sus variantes acidificados y enriquecidos). Más difícil todavía —en términos de frecuencia— es su identificación por baciloscofia de orina.

El segundo problema, quizá menos tenido en cuenta, es el del "enmascaramiento" del bacilo de Koch por otros gérmenes comunes existentes en la orina.

Con relativa frecuencia hemos visto pacientes que consultan por síntomas urinarios (polaquiuria, disuria, ardor miccional y micción imperiosa), de varios meses de evolución y cuyo primer cultivo es positivo para gramnegativos, pero negativo para Koch. Al existir sospecha de TBC en dichos pacientes, se insistió en la búsqueda del bacilo de Koch cuyo resultado fue positivo al aumentar el número de cultivos realizados.

Objetivos

Los objetivos del presente trabajo son: 1) ratificar el valor del diagnóstico bacteriológico en TBC urinaria; 2) puntualizar el hecho del "enmascaramiento bacteriológico" del bacilo de Koch por otros patógenos urinarios, y 3) comentar nuestra experiencia al respecto.

Material y métodos

Se tomaron para la muestra veintidós pacientes de ambos sexos tratados en el Servicio de Urología del Hospital de Clínicas "José de San Martín". Todos tenían diagnóstico de TBC urinaria, confirmado por cultivo en medios de Stönenbrick y Loewenstein-Jensen.

Los cultivos y las baciloscopias fueron realizadas en el Instituto de Microbiología "P. Malbrán" y en la sección "Bacteriología" del Laboratorio del Hospital de Clínicas "José de San Martín". Las baciloscopias fueron objetivadas a través de las técnicas habituales de coloración de Ziehl-Neelsen.

Resultados

El motivo de consulta fue, en general, síntomas de cistitis, hematuria y/o síndrome febril.

Todas las orinas presentaban intensa reacción inflamatoria con pociuria, leucocituria, agregándose en algunos micro o macrohematuria. Todos los pacientes de la muestra tenían

urocultivo positivo para Koch y solamente doce (54%) habían presentado bacilos ácido-alcohol resistentes en el directo. Hubo cuatro casos con pH alcalino, tres casos con pH neutro y el resto con pH ácido. De los veintidós que totalizaron la muestra, hubo cinco pacientes (23%) cuyo primer urocultivo resultó positivo para gramnegativos. De los cinco pacientes, uno tuvo *Escherichia coli*, positivizando 5 meses después el cultivo para bacilo de Koch. Los cuatro restantes tuvieron todos urocultivos positivos para *Proteus* (tres *rettgeri* y uno *mirabilis*) positivizando los cultivos para Koch de 4 a 36 meses más tarde. Ninguno de los cinco fue instrumentado previamente.

**Asociación bacteriana en tuberculosis urinaria
Estudio retrospectivo sobre veintidós casos**

| Nombre | Directo | Cultivo | Germen asociado de presentación |
|----------------|---------|---------|---------------------------------|
| S. E. D. M. | + | + | <i>Proteus rettgeri</i> |
| L. M. | | + | |
| L. M. A. | | + | <i>Escherichia coli</i> |
| L. A. | | + | |
| R. E. | | + | |
| H. V. | + | + | |
| A. O. | | + | <i>Proteus rettgeri</i> |
| E. M. O. de A. | | + | |
| H. N. | | + | |
| B. de S. | + | + | <i>Proteus mirabilis</i> |
| B. G. | + | + | |
| M. A. | | + | |
| O. C. de D. | | + | |
| C. E. | + | + | |
| M. A. C. | + | + | |
| J. C. B. | + | + | |
| B. A. | + | + | |
| A. L. A. | + | + | |
| L. E. A. | + | + | |
| O. G. | + | + | <i>Proteus rettgeri</i> |
| F. S. | | + | |
| A. A. | + | + | |

Discusión y conclusiones

De lo expuesto surge que, en nuestra serie, hemos tenido cinco casos con urocultivos positivos para gérmenes comunes gramnegativos (uno *Escherichia coli* y cuatro *Proteus*)

que en el término de 4 a 36 meses positivizaron sus cultivos para bacilo de Koch. El hecho de que —en estos cinco pacientes— los síntomas tuvieron varios meses de evolución y de que no remitieran con el tratamiento establecido para los gérmenes comunes permite asumir que el bacilo de Koch ya estaba presente en el momento del primer cultivo.

De alguna manera, entonces, el bacilo de Koch en orina fue "enmascarado" por el *Proteus* (18 %) y por la *Escherichia coli* (5 %) resultando en 23 % la asociación bacteriana para nuestra serie. El tipo de gramnegativo asociado a bacilo de Koch, encontrado en nuestra serie, coincide con el que han reportado otros autores.^(6, 7, 5, 3)

Desde un punto de vista meramente bacteriológico un uro-

cultivo positivo para *Proteus* llevaría "a descartar" la existencia de un bacilo de Koch "detrás".

En primer lugar porque se le atribuiría al *Proteus* toda la responsabilidad de la sintomatología. En segundo lugar porque el pH en el que desarrolla el *Proteus* no es el mismo en el que desarrolla el bacilo de Koch. Si en cambio se tiene en cuenta la cifra de asociación bacteriana (23 %), y en especial la asociación *Proteus*-Koch (18 %), debieran agotarse todos los esfuerzos para obtener cultivos positivos del segundo en presencia del primero. Esto es especialmente válido en pacientes en quienes se hace necesario una confirmación bacteriológica de TBC urinaria.

Bibliografía

1. Minecan, N., y col.: "Diagnosis of bacteriologically unconfirmed tuberculosis". Rev. Méd. Chir. Soc. Méd. Franç., abril 19, 1976.
2. Herting, K. H., y col.: "Beware of sterile pyuria". Am. J. Urol., enero 14, 1979.
3. Cátedra de UBA: "Tisiología". Eudeba, 1976.
4. Editorial: "The management of genitourinary tuberculosis" (gow, 16). J. Antimic. Chem., (6), 590:1, junio 7, 1981.
5. Loebb, C.: "Text Book of Medicine", 15ª edición.
6. Gow, J. G.: "Genitourinary tuberculosis": The Practitioner, 609, 207, noviembre, 1971.
7. Christensen, W. I.: "Genitourinary tuberculosis: Review of 102 cases". Medicine of Baltimore, 53:5, 377-390, 1974.
8. Latimer, J. K.: "Current concepts - renal tuberculosis". N. Engl. J. Med., 273:208, 1965.
9. Latimer, J. K.; Reilly, R. J., y Segawa, A.: "The significance of the isolated positive urine culture in genitourinary tuberculosis". J. Urol., 102:610, 1969.
10. Kenney, M.; Loebel, A. B., y Lovelock, F. J.: "Urine cultures in tuberculosis". Am. Rev. Resp. Dis., 82:564, 1960.