

TUBERCULOSE DO APARELHO URINÁRIO

FERNANDO DA ROCHA CAMARA/prof.dr./MÉDICO UROLOGISTA

A tuberculose é uma doença causada pelo *Micobacterium tuberculosis*, também chamado bacilo de Koch (BK). Do ponto de vista laboratorial é um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR). O local preferencial de acometimento é pulmonar. Existem outros locais que podem ser acometidos, como o sistema urinário, intestinos, sistema nervoso e esqueleto.

No primeiro contato pode surgir, a primo-infecção, em nível pulmonar, que pode sofrer uma cura clínica, mantendo-se o bacilo latente e isolado. Com queda da resistência, a doença pode surgir; essa é uma ocorrência pouco freqüente.

Cerca de 1/3 da população mundial está infectado. Ocorrem cerca de 10 milhões de casos novos por ano, em todo o globo. Chegou-se a pensar, há cerca de 30 anos que a doença estivesse sob controle. Contudo há hoje a grande incidência dessa doença entre os portadores de HIV. Outro problema muito grave são os germes multi-resistentes. O tratamento da tuberculose, usualmente é feito com 3 drogas, por pelo menos 6 meses.

Quando se abandona a terapêutica, ou quando é feita de modo inadequado, surgem os bacilos com resistência a múltiplas drogas. Outras substâncias podem ter maior toxidez, e maior custo.

Por estas razões a tuberculose se constitui em grave problema de saúde pública. Outro problema é quando os pacientes apresentam gravidez, hepatopatias, transplantes de órgãos sólidos e de medula óssea.

Há inclusive mais dificuldade para o diagnóstico das formas não pulmonares por produzirem poucos micróbios, com dificuldade adicional para sua identificação.

A tuberculose urinária, inicialmente renal, se instala por via sanguínea, sendo a principal origem a pulmonar. É a 3ª causa mais comum de tuberculose extra-pulmonar; acomete muito pessoa acima de 45 anos.

O desenvolvimento da doença renal causa uma inflamação específica, que pode causar pequenas cavidades, que muitas vezes se abrem nos cálices (onde a urina filtrada chega aos rins). É então que começa a haver sangramento urinário (visível ou microscópico). A doença pode então progredir ao longo do trato urinário. Quando o ureter que leva a urina à

bexiga, é comprometido, pode haver uma fibrose (cicatriz) que pode fechar totalmente a luz, com perda do rim. A doença pode chegar à bexiga, com dor miccional, micções freqüentes, e diminuição vesical. Pode chegar à próstata e testículos.

No quadro clínico da tuberculose gênito-urinária pode haver, além do sangramento, febre, polaciúria, disúria.

O diagnóstico se fará pela pesquisa, cultura e antibiograma de BAAR na urina matinal. Importante investigar repetidas vezes, pois pode ser muito difícil encontrar o BK. Em minha Clínica houve paciente na qual o germe só foi encontrado após 15 exames.

A cistoscopia pode permitir a visualização da bexiga, co biópsia. O estudo radiológico pode identificar cavidades renais, estreitamento ureteral, bexiga de pequena capacidade. São válidos a urografia excretora, pielografia e CT.

A investigação inicial pode ser feito com o teste de PPD, nas UBSs em que após injeção intra-dérmica de tuberculina, surgirá uma pápula, com picada de pulga, que maior do que 0,5 cm, pode sugerir contato prévio com o BK.

Em conclusão, este é um diagnóstico difícil, e que só é encontrado após suspeita clínica e pesquisa repetitiva.