

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

ANA CAROLINA RIBEIRO DE FIGUEIREDO
LARISSA ERTAL GOMES

TUBERCULOSE UROGENITAL: UM RELATO DE CASO

Duque de Caxias

2021

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

ANA CAROLINA RIBEIRO DE FIGUEIREDO

LARISSA ERTHAL GOMES

TUBERCULOSE UROGENITAL: UM RELATO DE CASO

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II como um dos requisitos para a conclusão do Curso de Medicina.

Orientador: Professora Maria Cristina Dornas



Maria Cristina Dornas
MÉDICA UROLOGISTA
CRM: 52.73534-5

Duque de Caxias

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UNIGRANRIO/AFYA – BIBLIOTECA EUCLIDES DA CUNHA

F475t Figueiredo, Ana Carolina Ribeiro de.
Tuberculose urogenital : um relato de caso / Ana Carolina Ribeiro de Figueiredo, Larissa Erthal Gomes. – Duque de Caxias, 2021.
30 f. : il. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Medicina) –
Universidade do Grande Rio "Prof. José de Souza Herdy", Escola de
Ciências da Saúde, Duque de Caxias, 2021.

"Orientadora: Professora Maria Cristina Dornas".

Referências: f. 27-30.

1. Medicina. 2. Tuberculose. 3. Aparelho geniturinário. I. Gomes,
Larissa Erthal. II. Dornas, Maria Cristina. III. Universidade do Grande Rio
"Prof. José de Souza Herdy". IV. Título.

CDD – 610

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

ANA CAROLINA RIBEIRO DE FIGUEIREDO

LARISSA ERTAL GOMES

TUBERCULOSE UROGENITAL: UM RELATO DE CASO

Aprovado pela banca:

Prof. _____

Prof. _____

Em _____ de _____ 2021

Duque de Caxias

2021

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho aos nossos familiares e amigos que nos auxiliaram durante todo o processo, aos nossos professores, que nos inspiram diariamente, e, em especial, a nossa orientadora Dr. Maria Cristina Dornas por toda dedicação e apoio.

AGRADECIMENTOS

Às nossas famílias, por todo apoio e por serem base da realização de
nossos sonhos.

Aos amigos, por todo amor e amizade incondicionais, responsáveis por tornar
esta jornada mais leve.

Aos professores, por serem fonte de conhecimento e guias de nosso aprendizado.

EPÍGRAFE

A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: A tuberculose urogenital é uma das apresentações mais comuns da tuberculose extrapulmonar. Sua clínica é crônica e geralmente de difícil diagnóstico, o que retarda o tratamento e pode levar a sequelas do trato geniturinário. **Objetivo:** Relatar um caso onde a demora ao diagnóstico de uma tuberculose renal levou a lesões no trato urinário e ressaltar a importância de um diagnóstico precoce. **Métodos:** Este estudo de caso utiliza metodologia descritiva, tendo como amostra uma paciente com sequelas de uma tuberculose urogenital, sendo realizada coleta de dados por meio de anamnese, exame físico e tratamento durante seu acompanhamento na Policlínica e Centro de Estética Duque de Caxias. **Conclusão:** O relato e a revisão bibliográfica evidenciaram a importância do reconhecimento e tratamento precoce da doença afim de evitar sequelas irreversíveis aos sistemas atingidos, reduzindo, assim, a morbidade para o paciente.

Palavras-chave: tuberculose renal, tuberculose geniturinária, tuberculose urogenital, *Mycobacterium tuberculosis*

ABSTRACT

Introduction: Urogenital tuberculosis is one of the most common presentations of extrapulmonary tuberculosis. Its clinic is chronic and generally difficult to diagnose, which delays treatment and can lead to sequelae of the genitourinary tract. **Objective:** To report a case where the delay in diagnosing renal tuberculosis led to lesions in the urinary tract and highlight the importance of an early diagnosis. **Methods:** This case study uses a descriptive methodology, having as a sample a patient with sequelae of urogenital tuberculosis, with data collection through anamnesis, physical examination, and treatment during her follow-up at Policlínica e Centro de Estética Duque de Caxias. **Conclusion:** The report and the literature review highlighted the importance of early recognition and treatment of the disease to avoid irreversible sequelae to the affected systems, thus reducing morbidity.

Keywords: renal tuberculosis, genitourinary tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINE Anti-inflamatório não esteroide

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

DNA Ácido desoxirribonucleico

EAD Elementos anormais do sedimento

HAS Hipertensão arterial sistêmica

HFSE Hospital Federal dos Servidores do Estado

IRC Insuficiência renal crônica

ITU Infecção do trato urinário

OMS Organização Mundial de Saúde

PCR Reação em cadeia da polimerase

PPD Derivado proteico purificado

TB Tuberculose

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Urografia excretora evidenciando debris calcificados em rim direito. Rim esquerdo sem alterações **19**
- Figura 2** - Corte axial de uma tomografia computadorizada, em fase pós administração de contraste, mostrando abscesso e calcificações renais **26**
- Figura 3** - Corte coronal de uma tomografia computadorizada evidenciando rim esquerdo com diminuição de tamanho, atraso na concentração de contraste e calcificações **27**

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	14
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	17
3 – OBJETIVOS	21
4 – MATEIRAL E MÉTODOS	22
5 – RELATO DE CASO	23
6 – DISCUSSÃO	25
7 – CONCLUSÃO.....	29
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

(NESTA PÁGINA COLOQUEM ALGUMA GRAVURA PARA ILUSTRAR)

SE EXCLUÍREM ESTA PÁGINA A ENUMERAÇÃO FICARÁ ERRADA PORQUE
A QUEBRA DE PÁGINA FOI FEITA AQUI.

OU DEPOIS QUE IMPRIMIREM PODEM ANULAR ESTA PÁGINA

1 – INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infecciosa que apresenta cerca de 10 milhões de novos casos por ano no mundo, sendo registradas 1,2 milhão de mortes em 2019. O Brasil encontra-se entre os 30 países de alta carga para tuberculose, sendo por esse motivo considerado prioritário para o controle da doença no mundo pela OMS (Organização Mundial de Saúde). Em 2020 o Brasil registrou 66.819 novos casos, com um coeficiente de incidência de 31,6 casos por 100.000 habitantes. ⁽¹⁾

Essa patologia é causada principalmente por uma micobactéria conhecida como *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch. Esses patógenos são intracelulares estritos e dependem de oxigênio para seu desenvolvimento e multiplicação. Possuem parede celular lipídica e sua resistência a antimicrobianos e virulência estão associados a composição de seu genoma. ⁽²⁾

A transmissão da doença se dá de pessoa para pessoa através de gotículas de saliva contaminadas, o indivíduo portador de tuberculose pulmonar cavitária é a principal fonte de infecção e responsável pela disseminação da doença na comunidade. ⁽³⁾

Ao entrar em contato com o bacilo podem ocorrer três situações: o sistema imune combater e eliminar completamente o agente, ocorrer tuberculose primária por incapacidade do sistema imunológico em combater a infecção ou a formação de um granuloma que pode, posteriormente, gerar infecção pós primária. ⁽³⁾

A clínica relacionada a doença pulmonar ativa geralmente é clássica, e caracteriza-se por tosse, que pode vir acompanhada de muco ou sangue, dor torácica, fraqueza, cansaço perda de peso, febre e sudorese noturna. A forma latente não há apresentação de sintomatologia. ⁽⁴⁾

A infecção pela tuberculose pode ficar restrita aos pulmões ou disseminar-se por via linfática ou hematogênica, podendo atingir os mais diversos órgãos. Dentre as estruturas mais afetadas estão a pleura, gânglios e sistemas osteoarticular e geniturinário.

(4, 5, 7)

No caso da tuberculose urogenital, ocorre geralmente em adultos, costuma apresentar manifestações urinárias como disúria, polaciúria, hematúria e piúria, ou seja, clínica característica de infecção do trato urinário. Porém, o quadro clínico costuma ser mais prolongado e refratário as medicações instituídas empiricamente para germes típicos. Um dos achados mais comuns é a piúria estéril, também chamada de leucocitúria, que é o achado persistente de glóbulos brancos na urina e ausência de bactérias. Quando se tem piúria estéril e o tratamento com antibiótico não dá a resolução do quadro deve-se suspeitar de tuberculose urogenital. ^(5, 7)

Nesse agravo, a disseminação dos bacilos ocorre por via hematogênica, atingindo o aparelho justaglomerular e geralmente poupando região de medula renal. De acordo com a disseminação pode ocorrer necrose de papila, acometer pelve renal, ureter e bexiga. Os bacilos liberados na urina poderão gerar outros focos tuberculosos ao longo do trato urinário. ^(4, 5, 7)

O diagnóstico da tuberculose do sistema geniturinário se dá por meio da anamnese e história clínica sugestiva. A confirmação diagnóstica se dá por meio da visualização do patógeno na cultura de urina. Preferencialmente realizada em meio de Löwenstein-Jensen. A urina deve ser colhida em três amostras na primeira micção da manhã em dias diferentes. Atualmente tem sido feita também a pesquisa direta da micobactéria na urina através do PCR urinário, que possui sensibilidade e especificidade satisfatórios, que superam os 90%. Esse método envolve a amplificação do DNA do Bacilo de Kock ⁽¹⁰⁾. Os exames de imagem são importantes pois nos auxiliam a delimitar a extensão e simetria das lesões, geralmente são utilizados a tomografia computadorizada com contraste e a uretrografia excretora. ^(5, 6)

A TB pode ser uma doença curável e seu tratamento é feito com uso de drogas antimicrobianas específicas, chamadas de drogas anti-TB, entre elas: rifampicina, isoniazida, etambutol, estreptomicina, etionamida e pirazinamida. Essas drogas podem ser combinadas em esquemas, sendo o tratamento individualizado de acordo com a

necessidade do paciente. É de fundamental importância a realização de cultura e o teste de sensibilidade a antimicrobianos, pois estes irão guiar a escolha das drogas e garantir a eficácia do tratamento. O abandono de tratamento ainda é um dos principais obstáculos para o adequado controle da doença. ⁽⁸⁾

As formas clínicas de tuberculose extrapulmonar não são tão raras na prática clínica, porém, o diagnóstico e, por consequência, seu tratamento, costumam ser demorados. Desse modo, fica evidente a relevância do estudo e domínio acerca desse tema.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

A tuberculose urogenital é uma das principais e mais frequentes formas de TB extrapulmonar, sendo menos comum, apenas, do que a TB pleural e a TB linfática. Costuma acometer adultos em torno dos 40 anos, é muito rara em crianças, e tem maior prevalência em homens do que em mulheres, na proporção de 2:1. A evolução clínica é crônica, insidiosa e raramente é acompanhada de acometimento pulmonar. ^(2;9)

A maior parte das vezes as formas extrapulmonares de tuberculose ocorrem devido a disseminação hematogênica e/ou linfática dos bacilos provenientes de um foco de inoculação inicial do pulmão, mas também podem ocorrer por contiguidade ou por via canalicular. Frequentemente, ocorrem em regiões com alto suprimento sanguíneo, como o córtex renal e cerebral, por exemplo. ⁽³⁾ A tuberculose geniturinária é consequência da disseminação hematogênica que pode acontecer no momento da infecção primária, por reativação ou por doença miliar. ^(2;9)

No caso da TB urogenital, os bacilos migram dos nódulos linfáticos, caem na corrente sanguínea e chegam aos rins através do ducto torácico. A chegada da micobactéria nos rins gera uma resposta inflamatória que induz a formação de um granuloma cortical e formação de tecido cicatricial microscópico. ⁽⁹⁾ Nessa região, os bacilos da primoinfecção podem permanecer latentes por muitos anos, estimando-se que o período de quiescência desses seja por volta de 22 anos. ^(2;5;9)

Fatores diversos associados ao hospedeiro, como: codificação genética, resistência adquirida ou condições imunológicas (tais como doenças ou uso de drogas imunossupressoras) são determinantes para o desenvolvimento do curso da doença. Situações de imunossupressão importante irão predispor a reativação do foco latente, causando a doença por reativação endógena; ⁽³⁾

A forma ativa da tuberculose renal que pode ser uni ou bilateral irá gerar necrose caseosa e destruição da papila renal podendo levar a formação de abscessos, e, os bacilos

liberados na urina poderão disseminar a infecção ao longo de todo o aparelho urinário, atingindo pelve renal, ureter e bexiga e gerar, por consequência, estenose, obstrução ureteral e hidronefrose. ^(2;9) O processo de calcificação distrófica no rim gera perda da função desse órgão e não é um indicativo de cura e sim de doença ativa, uma vez que as micobactérias estão presentes no tecido calcificado. ⁽²⁾

A maior parte das formas extrapulmonares de TB são paucibacilares, devido aos órgãos e tecidos serem sítios menos favoráveis para os bacilos quando comparados ao pulmão. A clínica costuma ser insidiosa e, geralmente, não são acompanhadas de sintomas constitucionais como febre e mal-estar. ⁽³⁾

De modo geral, as manifestações da TB geniturinária irão depender diretamente da extensão e de tempo de doença. Costumam estar presentes disúria, polaciúria, urgência e noctúria, principalmente quando há acometimento vesical. Além disso, os pacientes podem apresentar dor lombar, hematúria macroscópica e proteinúria. As manifestações de doença avançada são insuficiência renal e hipertensão refratária. ^(2;3;9)

O diagnóstico se dá por meio da suspeita clínica, usualmente pacientes com queixas urinárias recorrentes, refratárias aos tratamentos empiricamente instituídos para ITU e fatores epidemiológicos relevantes, tais como: morar em área endêmica, TB prévia ou contactante de diagnosticados com TB pulmonar. A confirmação dessa hipótese diagnóstica se dá por meio da visualização do bacilo da tuberculose na urina. A coleta desse material deve ser feita com 3 a 6 amostras matinais e enviadas preferencialmente para cultura em meio Lowenstein Jensen. Porém, outros métodos disponíveis para visualização do patógeno são: BAAR e reação em cadeia da polimerase. ^(9;10)

Além disso, exames de imagem devem ser utilizados para pacientes com essa suspeição clínica. A urografia excretora pode ser útil para evidenciar lesões no sistema calicial, ureter e bexiga. A TC contrastada de abdome e pelve é ainda melhor para evidenciar essas alterações e, quando disponível, é o método de escolha. ^(7;9) Em 84% dos

casos são encontradas estrias em todo o sistema coletor. Outros possíveis achados nos exames de imagem são a hidronefrose, calcificações difusas e retração de bexiga ⁽⁹⁾.

Figura 1: Urografia excretora evidenciando debris calcificados em rim direito. Rim esquerdo sem alterações.



Daffner RH. Clinical Radiology: The Essentials, 3rd Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. Copyright © 2007 Lippincott Williams & Wilkins

O tratamento da TB urogenital é semelhante ao da doença pulmonar. O esquema terapêutico consiste em duas etapas: a primeira é a fase de ataque, que tem como propósito diminuir rapidamente a população de micobactérias, reduzindo transmissibilidade e risco de resistência. A segunda fase é a de manutenção, que consiste em eliminação de germes persistentes, prevenindo, assim, recaídas e recidivas. ^(8;9)

Com relação a escolha das drogas, a decisão se baseia em: forma clínica, se já houve tratamento prévio com esses fármacos ou falha terapêutica apesar da adesão adequada. De modo geral, de acordo com os protocolos adotados no Brasil, a terapêutica inicial para TB não meningoencefálica em doentes sem tratamento prévio baseia-se na fase de ataque com 2 meses de Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol e fase de manutenção com 4 meses de Rifampicina e Isoniazida. ⁽⁹⁾

As drogas antituberculosas atingem altas concentrações urinárias, fornecendo alta parcela de cura em pacientes sensíveis. Porém, é importante salientar que pode haver recidivas e, por isso, é importante que haja seguimento adequado em pacientes que não nefrectomizados. Esse acompanhamento consiste em realização de cultura para micobactérias na urina ou reação em cadeia da polimerase e USG de vias urinárias a cada 6 a 12 meses durante um período de 10 anos após a conclusão do tratamento para TB. ⁽⁹⁾

Além do tratamento medicamentoso eventualmente há necessidade de abordagem cirúrgica. Nefrectomia, dilatação ou reconstrução de estenose ureteral e desvio de bexiga possuem indicações precisas e específicas que podem aliviar sintomas e reduzir sequelas, melhorando a morbimortalidade do paciente. ⁽⁹⁾

3 – OBJETIVOS

3.1 GERAL

Descrever um relato de caso de tuberculose urogenital.

3.2 ESPECÍFICOS

3.2.1. Descrever as dificuldades para o diagnóstico precoce da doença.

3.2.2. Mencionar as opções diagnósticas disponíveis atualmente no nosso meio.

3.2.3. Identificar as complicações relacionadas a patologia.

3.2.4. Evidenciar a importância do diagnóstico precoce dessa doença.

3.2.5. Correlacionar o relato de caso com uma revisão não sistemática da literatura sobre o assunto.

4 – MATERIAIS E METÓDOS

Com base em um relato de caso de tuberculose urogenital será realizada uma revisão não sistemática da literatura acerca do tema, através de pesquisas nos seguintes sites: Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine (PubMed), UpToDate, Portal de Periódicos CAPES/MEC e Google Acadêmico. Foram utilizados os descritores “tuberculose renal”, “tuberculose geniturinária” “*Mycobacterium tuberculosis*”, “tuberculose urogenital”. Foram considerados artigos com o tempo de publicação igual ou inferior a 21 anos e flexibilidade de textos integrais publicados nos idiomas inglês e português (último acesso em 20 de novembro de 2021).

As informações do caso relato foram obtidas de um caso clínico acompanhado pelo setor de urologia da Policlínica e Centro de Estética Duque de Caxias. Por meio de consultas, com descrição do processo patológico e exames laboratoriais, com posterior acompanhamento do quadro e revisão literária sobre o tema. Os dados para este trabalho foram coletados com autorização do paciente.

5 – RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 49 anos, previamente hipertensa, atualmente desempregada e moradora de Vila São Luiz, Duque de Caxias. Comparece à Policlínica Duque de Caxias ao serviço de urologia com a queixa dor importante em região suprapúbica que piora conforme aumento da necessidade miccional. Refere que sofre de quadros refratários de infecção do trato urinário desde os 16 anos de idade. Relata que em 2007, dez anos após início desse quadro, foi diagnosticada com tuberculose renal após realizar um teste PPD reativo e exame de imagem sugestivo (SIC). Nega ter apresentado quadro pulmonar de tuberculose, mas refere que alguns familiares o tiveram. Ainda em 2007 iniciou tratamento com esquema RIPE, não sabe informar por quanto tempo, foi acompanhada no HFSE.

Atualmente cursa disúria e oligúria, além de dor refratária em baixo ventre. Faz uso diário de gabapentina 400mg com alívio parcial da dor e em casos de crise procura serviço de emergência, onde normalmente administram morfina para o quadro. Paciente informa que essas crises estão ficando mais frequentes, ocorrem cerca de duas vezes por semana, e que vêm associadas a picos hipertensivos.

Apresenta como comorbidades Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica sem necessidade de hemodiálise, porém não se lembra a quanto tempo apresenta essas patologias.

Ao exame físico paciente em bom estado geral, hidratada, anictérica, acianótica, sem postura antálgica porém refere dor em baixo ventre frequente que aumenta progressivamente conforme necessidade miccional.

Ausculata pulmonar e cardíaca sem alterações.

Abdome: Atípico, peristáltico, refere dor leve a palpação superficial e profunda, sem sinais de peritonite, região supra umbilical também dolorosa a palpação e com piora à inspiração profunda.

Restante do exame físico sem alterações dignas de nota.

Seus exames laboratoriais evidenciam insuficiência renal moderada (uréia 80/creatinina 1.4). Hemograma e leucograma dentro dos parâmetros de normalidade.

Apesar do relato de ter realizado exames de imagem prévios e de haver descrição em seu prontuário de uma tomografia computadorizada de abdome e pelve, que evidenciaria as alterações e sequelas causadas pela doença na paciente, as imagens não estão mais disponíveis.

6 – DISCUSSÃO

A tuberculose extrapulmonar não é incomum pois o Brasil é uma área endêmica desta patologia e, portanto, deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais. O paciente apresentará clínica de acordo com os órgãos acometidos e, muitas vezes, apresenta-se com sinais e sintomas pouco específicos que podem ser clinicamente semelhantes a outras doenças, o que pode tornar o diagnóstico difícil e tardio.

Nesse agravo é de suma importância o diagnóstico precoce para início do tratamento eficiente afim de evitar sequelas irreversíveis ao sistema geniturinário, porém, na maior parte das vezes, o exame urológico acaba sendo tardio e a doença é descoberta em fase avançada. ⁽¹¹⁾

A paciente em questão é residente de área endêmica para tuberculose, encontra-se na faixa etária mais acometida (20-40 anos) e, foi sabidamente contactante de pessoas com TB pulmonar bacilífera e, além disso, não se recordava de ter realizado o tratamento adequado para contactantes. Nesse contexto, é de suma importância que TB extrapulmonar seja uma das suspeições diagnósticas para a sintomatologia apresentada.

Diante de um paciente adulto com sintomas urinários crônicos de disúria, polaciúria e hematúria macroscópica o clínico deve suspeitar de TB renal. Com o avanço das lesões no tecido renal, ureter e bexiga podem surgir sintomas como lombalgia, cistite, urgência urinária. ^(2;3;10;11)

Além da história epidemiológica positiva, a paciente apresentava quadro clínico crônico com sintomas urinários importantes, refratária a terapias empíricas realizadas. Diante desse quadro clínico, é de suma importância que o médico inicie a busca por diagnósticos alternativos. Como diagnósticos diferenciais podem ser incluídos ureterolitíase e pielonefrite por germes atípicos. ⁽¹¹⁾

Os exames de imagem são importantes ferramentas que auxiliam o diagnóstico. A urografia excretora e a TC de abdome podem evidenciar o grau de extensão das lesões, sendo a TC o método que evidencia alterações do trato renal com as vias urinárias inferiores de maneira mais nítida. ⁽⁷⁾

Como as imagens da paciente não estão disponíveis, trouxemos as seguintes imagens, cedidas pela Dra. Maria Cristina Dornas, que apresentam algumas lesões causadas em outro paciente portador de tuberculosa renal.

Figura 2: Corte axial de uma tomografia computadorizada, em fase pós administração de contraste, mostrando abscesso e calcificações renais.



Figura 3: Corte coronal de uma tomografia computadorizada evidenciando rim esquerdo com diminuição de tamanho, atraso na concentração de contraste e calcificações.



Dentre os exames que devem ser solicitados para confirmação da suspeição diagnóstica de TB renal estão o EAS e urinocultura que poderão evidenciar piúria com urinocultura negativa para germes comuns e urina com Ph ácido, além da presença de hematúria, que pode estar presente em 10-15% dos casos, e a confirmação diagnóstica ocorre por meio da visualização do bacilo em cultura de urina ou no exame direto do tecido afetado. ^(2;10)

No caso clínico em questão, a paciente apresentou quadro de TB urogenital que teve seu diagnóstico tardio, cerca de 10 anos após o início dos sintomas, e, mesmo após o tratamento com esquema RIPE, as lesões dos tecidos do sistema geniturinário acarretaram importante morbidade para a doente e sequelas que a incomodam até os dias de hoje e causaram dependência a medicamentos analgésicos devido as sequelas de bexiga.

Apesar do tratamento padronizado e eficiente para TB, pode ocorrer, na bexiga, retração por infiltração das paredes por fibrose, resultando, assim, em redução da sua capacidade funcional e menor complacência gerando, aumento da frequência miccional e disúria. ⁽¹¹⁾

Atualmente há opção de tratamento cirúrgico para pacientes com lesões irreversíveis e que geram muita morbidade. Dentre essas opções de tratamento existe a cirurgia de aumento de bexiga ou a criação de uma neobexiga ortotópica para criar um reservatório de baixa pressão e alta capacidade ⁽¹⁰⁾. A paciente em questão, por apresentar muita sintomatologia devido ao acometimento vesical, deve receber tratamento com analgesia otimizada e merece avaliação minuciosa do médico especialista para determinar se realmente há indicação cirúrgica, de modo a melhorar sua qualidade de vida.

7 – CONCLUSÃO

Torna-se evidente, portanto, a importância de conhecer muito bem as formas extrapulmonares de tuberculose, principalmente no Brasil. Sendo a TB urogenital uma das formas mais frequentes, é fundamental que seja uma suspeição diagnóstica diante de um paciente com queixas urinárias repetidas e refratárias aos antibióticos usados empiricamente. Desse modo, é possível realizar o tratamento adequado de maneira precoce, diminuindo, assim, a ocorrência de sequelas e consequentemente, a morbidade para o paciente.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Tuberculose. Número especial. Março de 2021. ISSN 9352-7864. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/24/boletim-tuberculose-2021_24.03#:~:text=Em%202020%2C%20o%20Brasil%20registrou,%C3%B3bitos%20por%20100%20mil%20habitantes
- 2) Lopes AJ, Capone D, Mogame R et al. Tuberculose extrapulmonar: aspectos clínicos e de imagem. Pulmão RJ 2006;15(4):253-261. Disponível em http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2006/n_04/08.pdf
- 3) Campos HS. Etiopatogenia da tuberculose e formas clínicas. Pulmão RJ 2006;15(1):29-35. Disponível em http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2006/n_01/01.pdf
- 4) Rodriguez-Takeuchi SY, Renjifo ME, Medina FJ. Extrapulmonary Tuberculosis: pathophysiology and Imaging Findings. Publicado online em 7 de novembro de 2019. Disponível em <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rg.2019190109>
- 5) SANCHES, Inês et al. Urinary Tuberculosis: Serious Complications May Occur when Diagnosis is Delayed. Acta Médica Portuguesa, [S.l.], v. 28, n. 3, p. 382-385, june 2015. ISSN 1646-0758. Available at: <<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/5521>>. Date accessed: 05 june 2021. doi:<http://dx.doi.org/10.20344/amp.5521>.
- 6) Mendonça, J.L.; Hannusch, D.C.; Woytovetch, C.A.; Rossi, F.S.; Lopes, L.M.; Zanatta, P.; "Tuberculose Urinária: um importante diagnóstico diferencial. Relato de caso", p. 93. In: São Paulo: Blucher, 2014. ISSN 2357-7282, DOI 10.5151/medpro-II-cbmh-092
- 7) Bethlen EP. Manifestações Clínicas da Tuberculose Pleural, Ganglionar, Geniturinária e do Sistema Nervoso Central. Pulmão RJ 2012;21(1):19-22. Disponível em http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2012/n_01/05.pdf
- 8) Campos HS. Tratamento da tuberculose. Pulmão RJ 2007;16(1):21-31. Disponível em http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_educacao_continuada/curso_tuberculose_6.pdf
- 9) Visweswaran, R., Vernos M., & Dionne-Odom J. Urogenital tuberculosis. In Bernardo, J. & Curhan, G. (Ed.), UpToDate. Topic last updated: May 07, 2021. Acessado em 16 de novembro de 2021 em <https://www.uptodate.com/contents/urogenital->

[tuberculosis?search=tuberculose%20urogenital&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.sciencedirect.com/search?search=tuberculose%20urogenital&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

10) Campos HS. Diagnóstico da tuberculose. Pulmão RJ 2006; 15(2):92-99. Disponível em http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/sopterj_redesign_2017/educacao_continuada/curso_tuberculose_3.pdf

11) Gouvêa, Jorge de e Lacorte, J. Guilherme Tuberculose renal: considerações gerais referentes à étio-patogenia, anatomia patológica, bacteriologia, diagnóstico e tratamento. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz [online]. 1951, v. 49 [Acessado 20 de novembro, 2021], pp. 457-477. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0074-02761951000100006>>. Epub 07 Out 2009. ISSN 1678-8060. <https://doi.org/10.1590/S0074-02761951000100006>.