

Caro Lozano Janett*,
Zúñiga Carrasco Iván Renato**,
Reyes Bonifant Gerardo***.

Reporte de un caso de epididimitis tuberculosa del Hospital HGZ35 del IMSS de Cosamaloapan, Veracruz

Tuberculous epididymitis in a General Hospital of Casamaloapan, Veracruz. Case report

Fecha de aceptación: junio 2011

Resumen

La tuberculosis genital es considerada una enfermedad rara en nuestro medio. En la mayoría de casos, se trata de formas postprimarias, generalmente asintomáticas. Antes de la introducción de los tuberculostáticos, la forma más frecuente y grave era la tuberculosis peritoneal. Las perspectivas para la tuberculosis pulmonar y para las formas extrapulmonares en la década de 1980 apuntaban hacia una disminución progresiva e incluso el control de la enfermedad. La realidad en México es muy distinta: las tasas reportadas de tuberculosis pulmonar son muy elevadas, debido al enorme reservorio en la población general (personas infectadas y no tratadas) y en la población marginal (enfermos bacilíferos sin control e imposibilidad de estudios de contactos). El aumento de la incidencia de tuberculosis pulmonar explica el incremento de las formas extrapulmonares, la urogenital entre ellas.

Palabras clave: *Tuberculosis, orchitis, epididymitis.*

Abstract

Genital tuberculosis is considered an unusual disease in our country. Mainly, we are dealing with post-primary forms, usually asymptomatic. Before the appearance of tuberculostatics, the most frequent and serious form of disease was peritoneal tuberculosis. The expectations during the eighties about pulmonary tuberculosis and extra pulmonary forms were mostly concerned with a progressive reduction on the incidences, to reach a disease control. However, the tuberculosis rates in Mexico are currently high, mostly due to the enormous reservoir in the general population (people infected but lacking treatment), and the marginal population (baciliferous patients with no possibility of registration or being part of contact studies). The increasing incidence of pulmonary tuberculosis can explain the increase of extra pulmonary forms, such as urogenital disease.

Keywords: *Tuberculosis, orchitis, epididymitis.*

Introducción

En la actualidad, la tuberculosis se considera una enfermedad reemergente en casi todo el planeta, y su alza ha sido atribuida a factores tales como las crecientes diferencias sociales, el incremento de la población mundial, el impacto de la pandemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), la multidrogorresistencia, y el manejo inapropiado de los programas de control.¹

En 2007, hubo 927 millones de casos incidentes de tuberculosis (TB), la mayoría de cuyos casos se registraron en Asia (55%) y África (31%). En las regiones del Mediterráneo Oriental, Europa y América las cifras correspondientes fueron de 6%, 5%, y 3%, respectivamente.²

La tuberculosis extrapulmonar supone 10-20% del total de TB que padecen los enfermos inmunocompetentes,

*Jefa del Departamento de Epidemiología del HGZ35 IMSS Cosamaloapan, Veracruz.

**Jefe del Departamento de Epidemiología HGZ4 IMSS Ciudad del Carmen, Campeche.

*** Médico Pasante del Servicio Social del HGZ35 IMSS Cosamaloapan, Veracruz.

Correspondencia:

Dra. Janett Caro Lozano

Departamento de Epidemiología del HGZ35 IMSS Cosamaloapan, Veracruz.

Dirección electrónica: xanet78@yahoo.es, janett.caro@imss.gob.mx
Cel.: 044 228 1164381

aunque esta frecuencia de presentación se incrementa notablemente en quienes portan algún grado de inmunodeficiencia.

Los enfermos con TB y SIDA severamente inmuno-deprimidos pueden presentar localizaciones extrapulmonares hasta en 60% de los casos.

Si exceptuamos la afectación pleural, la localización más frecuente es la ganglionar, seguida de la urogenital y la osteoarticular, siendo el resto de las localizaciones muy infrecuentes.³

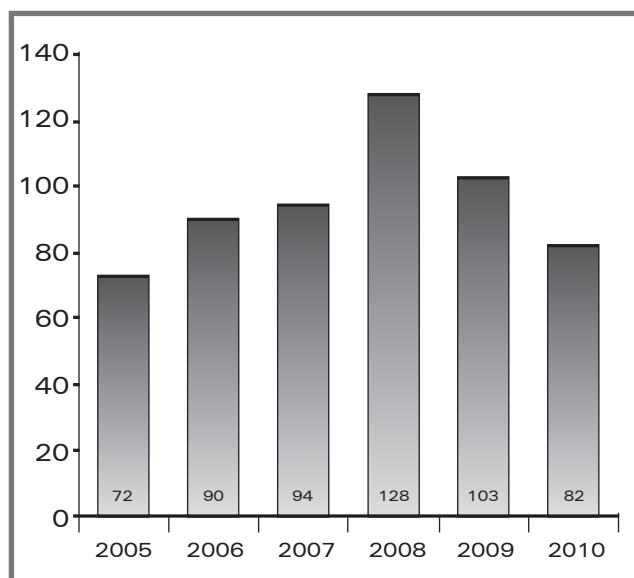
Infección del tracto urinario

La enfermedad renal comienza tras la siembra hematógena de una tuberculosis primaria pulmonar o, más raramente, tras la reactivación de una tuberculosis miliar.

Como consecuencia de esta siembra, se producen granulomas en los glomérulos y en las regiones peritubulares, que en la mayoría de los casos se resuelven sin llegar a producir enfermedad renal. Sin embargo, algunos de estos granulomas se pueden romper dentro de la luz tubular, después de 30 años de la infección. Posteriormente, los bacilos penetran en el intersticio medular, produciendo la formación de granulomas. Lesiones similares se pueden producir en uréteres, vejiga, próstata y epidídimo.⁴

El tracto genitourinario es el segundo sitio más común para la infección tuberculosa, después de los pulmones. La tuberculosis genital suele ser secundaria a la infección tuberculosa renal; puede causar epididimitis y orquiepididimitis crónica. El objetivo de nuestro trabajo es describir e ilustrar este caso, con el propósito de generalizar nuestra experiencia.⁵

Gráfica 1
Casos de Tuberculosis genitourinaria
en México,
en el periodo 2005-2010



La epididimitis tuberculosa se asocia a afectación renal concomitante en 80% de los casos y, cuando ocurre el foco renal, suele ser microscópico, siendo la urografía intravenosa normal. En la actualidad, se acepta que los focos tuberculosos del epidídimo pueden ser resultado de una diseminación metastásica de microorganismos a través de la corriente sanguínea, o bien una afectación por contiguidad por vía descendente desde el riñón hasta la próstata, y de ahí a las vesículas seminales, concluyendo en el epidídimo.⁽⁶⁾

El reporte de epididimitis genitourinaria en México es el siguiente: desde 2005 hasta lo que va del presente 2011, se han reportado un total de 569 casos, con un pico mayor de 128 casos en 2008. Cabe señalar que no contamos con estadísticas específicas de epididimitis tuberculosa, debido a que se engloba en las genitourinarias (gráfica 1).

Caso clínico

Paciente de 59 años de edad, trabajador del ingenio como soldador, que acude a consulta por notarse aumento de volumen del testículo izquierdo de 4 meses de evolución, dolor ligero en el nivel de los genitales, disuria ocasional. Refiere antecedentes de trauma en 2008, caída por su propio peso a una altura de 1.5 m, golpeándose pierna derecha y tobillo izquierdo, con Rx sin lesión. Durante el examen físico se comprueba aumento de volumen de hemiescrotal izquierdo, con masa tumoral palpable.

Exámenes complementarios:

1. Hemograma con diferencial: Hemoglobina 14.9 g/l, Leucocitos 5.9.
2. Hematócrito: 45, Glicemia: 90 mg/dl.
3. Urea: 28 mg/dl, creatinina 1.2mg/dl, nitrógeno ureico: 13 mg/dl.
4. Ultrasonido abdominal: vejiga vacía. Riñones de tamaño normal.
5. Ultrasonido de testículo: testículo derecho tamaño y situación normal, testículo izquierdo discretamente aumentado de tamaño, sin calcificaciones, sin edema de tejidos blandos.
6. ID. Investigación de datos clínicos y de laboratorio: neoplasia de testículo izquierdo.

Se le realizó orquiectomía izquierda. La pieza quirúrgica se envió al departamento de Anatomía Patológica.

Resultados

Al examen macroscópico, el testículo y epidídimo medían, en su conjunto, 6x4x2 cm de diámetro; forma ovoidea, túnica vaginal lisa. Al corte, con presencia de vasos y arterias, parénquima testicular café claro; en su polo inferior se observa una zona indurada de 2.5 cm x 2 cm café claro con

aspecto purulento que comprime parte del parénquima testicular. Al examen microscópico se observó, en epidídimos y testículo, destrucción tisular por granulomas con necrosis caseosa central y presencia de células gigantes tipo Langhans histológicamente compatibles con tuberculosis. Se realizó coloración de Ziehl Nielsen en busca de bacilos, que resultó positiva, mostrando abundantes bacilos en las lesiones tuberculosas.

Estudio epidemiológico

Masculino, 59 años, tabaquismo negado, alcoholismo ocasional, enfermedades crónicas degenerativas negadas, antecedente de traumatismo. No refería antecedentes de tuberculosis pulmonar. Contacto con hermano con tuberculosis pulmonar. Desde cuatro meses antes del ingreso aquejaba dolor en escroto con hidrocele y orquitis izquierda, sin otra sintomatología. No mejoró tras tratamiento ambulatorio con analgésicos. Posteriormente, realizaron cirugía y el reporte histopatológico. Exploración física normal, la auscultación cardiopulmonar normal, y no se palpaban masas ni megalías abdominales, cicatriz BCG presente. Radiografía de tórax, normal. Sedimento urinario: hematuria microscópica. Baciloscopías seriadas de esputo y orina para bacterias y micobacterias: negativos. Serologías y *test* de Coombs para brúcela: negativas. VIH negativo, VDRL negativo. Intradermorreacción de Mantoux (2 unidades de PPD-RT23): 16 mm de induración a las 48 y 72 horas. Baciloscopía en esputo inducido: negativo para bacilos ácido-alcohol resistentes. Ecografía abdominal: riñones, vía urinaria y vejiga sin alteraciones; BAAR en orina, normal.

Tratamiento

Se realizó cirugía, debido a que en un principio no se sospechó de tuberculosis. Además, se agregó terapia antituberculosa con Rifampicina 600mg, Isoniazida 300mg, Pirazi-

namida 1500mg, y Etambutol 1200mg, de lunes a sábado, cumpliendo 60 dosis. Posteriormente, fase de sostén: Isoniacida 800mg y Rifampicina 600mg Intermitente, 3 veces por semana, lunes, miércoles y viernes, hasta completar 45 dosis.

Discusión

La infección casi siempre afecta los riñones durante la exposición primaria a la infección, pero no presenta síntomas clínicamente. La tuberculosis genital suele ser secundaria a la infección tuberculosa renal. La afectación testicular se debe, principalmente, a extensión local desde el epidídimos, a la siembra retrógrada desde el epidídimos, y raramente por diseminación hematogena. La diseminación hematogena es más común en epidídimos y próstata debido a su abundante irrigación sanguínea. El médico de primer contacto debe hacer una anamnesis integral, interrogar al paciente sobre datos que puedan sugerir una tuberculosis extrapulmonar, ya que en ocasiones pueden pasar desapercibidos y generar complicaciones del paciente, pues la mayoría de los casos son silentes.

Conclusiones

La epididimitis tuberculosa es una enfermedad urológica rara y difícil de diagnosticar. Los métodos convencionales para el diagnóstico suelen desperdiciar tiempo y ser invasores. Aunque poco frecuente, la tuberculosis genital puede ocurrir en testículo y epidídimos, y el diagnóstico histopatológico debe realizarse correctamente para diferenciarlo de otras enfermedades granulomatosas, especialmente de neoplasias malignas. También se debe tomar como diagnóstico diferencial y no pasarlo por alto. La presencia de inflamación escrotal tuberculosa con hidrocele es la regla en la epidídimos-orquitis tuberculosa y puede ser tanto aguda como crónica.

Referencias

1. Valdés G L, Carbonell G I, Delgado B J, Santín P M. *Enfermedades Emergentes y emergente*, 2008, La Habana, Ciencias Médicas.
2. http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/key_points/es/index.html
3. Fanlo P, Tiberio G. "Tuberculosis extrapulmonar". *An Sist Sanit Navar* 2007, vol. 30, Supl. 2.
4. Eastwood JB, Corbishley CM, Grange JM. "Tuberculosis and the Kidney". *J Am Soc Nephrol* 2001; 12: 1307.
5. <http://conganat.cs.urjc.es>
6. Christensen WE. "Genito-urinary tuberculosis: Review of 102 cases". *Medicine* 1974; 53: 377-390.