

UROLOGIA

EPIDIDIMITIS TUBERCULOSA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON BCG INTRAVESICAL POR CARCINOMA TRANSICIONAL DE VEJIGA

Carlos A Rodríguez Anchía.*
Jairo Villarreal Jaramillo.**
Claudio Orlich Castelán.***
Jaime Gutiérrez Góngora.****

SUMMARY

We herein report a rare case of tuberculous epididymitis after BCG treatment for recurrent superficial bladder tumor.

INTRODUCCIÓN

A continuación describe un caso poco frecuente de epididimitis tuberculosa secundaria al tratamiento con BCG intravesical, en un paciente que presentaba un carcinoma transicional superficial recurrente de vejiga.

REPORTE DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 60 años, vecino de Desamparados, tabaquista importante desde los

13 años hasta los 40 años, 15 cigarrillos por día (20 paquetes año). Conocido del servicio de urología HSJD desde enero del 2003 por del antecedente de hematurias microscópicas intermitentes de dos meses de evolución. El ultrasonido de vías urinarias reportó una masa vegetante en el lado izquierdo de la vejiga. Ocho días después se le realiza una resección transuretral de la lesión y coagulación. El análisis histológico reportó como carcinoma urotelial papilar de bajo grado sin invasión de la lámina propia. El paciente

continúa asintomático y con controles cistoscópicos negativos por tumor, hasta que en mayo del 2005 el estudio cistoscópico reveló una nueva tumoración vesical, cuyo análisis histológico reportó carcinoma transicional papilar exofítico sin invasión de la submucosa. Al presentarse esta recidiva tumoral superficial se decide dar terapia intravesical con BCG según protocolo, iniciándose en agosto del 2005. Veintidós días después el paciente presenta engrosamiento de epidídimo derecho, induración escrotal y fiebre, clínicamente impresionaba

Residente de Urología, Servicio de Urología. Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. *

Asistente de Urología, Servicio de Urología. Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. **

Asistente de Urología, Servicio de Urología. Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. ***

Jefe del Servicio de Urología, Servicio de Urología. Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. ****

Abreviaturas

BCG: Bacilo de Calmette-Guérin.

RTU – V: resección transuretral de vejiga.

HSJD: Hospital San Juan de Dios.

como una epididimitis tuberculosa secundaria al tratamiento con BCG intravesical, por tal motivo se suspendió la terapia con BCG luego de su cuarta aplicación y se inició el tratamiento antifímico con isoniacida, rifampicina, piracinamina y etambutol por

dos meses, seguido de isoniazida y rifampicina por cuatro meses en colaboración con el servicio de infectología HSJD. Luego de veinte días de terapia antifímica el paciente refiere importante mejoría clínica, pero persiste con engrosamiento del epidídimo, por

tal motivo el 25 de octubre del 2005 se le realiza epididimectomía derecha, cuyo análisis histológico reportó epididimitis granulomatosa crónica abscedada severa (fig. 1 y 2). Posteriormente el paciente presentó buena evolución clínica.

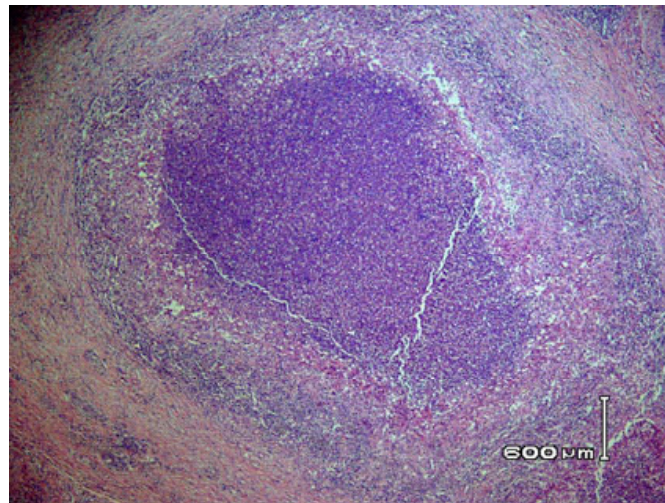


Fig. 1 Epididimitis crónica granulomatosa. Microfotografía de granuloma formado por un centro necrótico, rodeado de histiocitos epitelioides y un anillo periférico de linfocitos. (Dra Yetty Vargas S. Servicio de Patología HSJD).

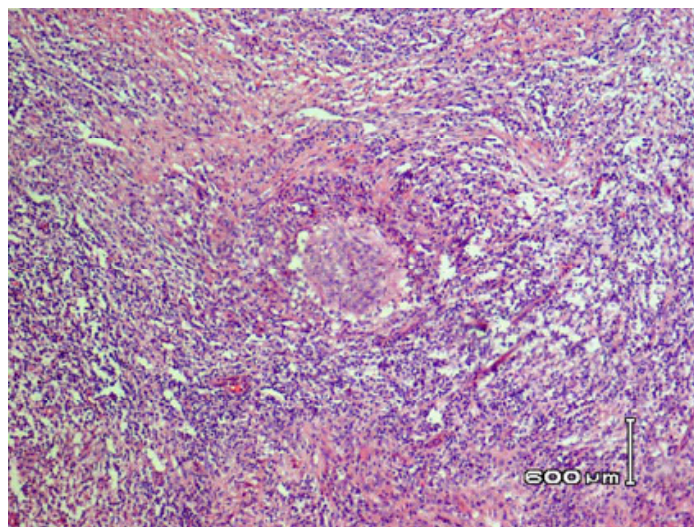


Fig.2 Epididimitis granulomatosa crónica. Microfotografía de granuloma formado por un acúmulo de histiocitos epitelioides, rodeado por un anillo periférico de linfocitos. (Dra Yetty Vargas S. Servicio de Patología HSJD).

DISCUSIÓN

BCG intravesical

Es una cepa atenuada de *Mycobacterium bovis* que ha demostrado actividad antitumoral en diferentes tipos de cáncer. El mecanismo exacto por el cual el BCG ejerce su efecto antitumoral se desconoce pero al parecer esta mediado inmunológicamente por dos mecanismos: (1) macrófagos y linfocitos T aparecen después de instilación intravesical de BCG y las células de cáncer cambian su expresión antigénica en su superficie. Esto puede estar relacionado con la producción de Interferón gama por los linfocitos T. (2) Las células tumorales mismas pueden producir citoquinas en respuesta al BCG, que resulta en la inhibición del crecimiento o la proliferación celular y aún puede resultar en citotoxicidad de las células mismas. (Ambos mecanismos se consideran importantes). Este tipo de terapia esta indicada luego de una RTU-V completa o incompleta en pacientes con carcinomas en estadio Ta de alto grado, Tis, T1 y para el cáncer superficial recurrente o multifocal. El esquema de tratamiento con BCG intravesical es de 80 mg por semana por seis semanas con refuerzos de una semana a los tres, seis, nueve y doce meses. Esta terapia reduce las recidivas tumorales en aproximadamente un 60% de los casos. La terapia con BCG esta contraindicada en pacientes inmunosuprimidos e inmunocomprometidos. La edad avanzada e historia de tuberculosis

tratada son contraindicaciones relativas. Los efectos colaterales de la administración intravesical de BCG son comunes, aunque las complicaciones graves son raras.

La mayoría de los pacientes experimenta síntomas locales y sistémicos leves como disuria, frecuencia, urgencia, fiebre baja, leve malestar general y hematurias (30%), que resuelven con tratamiento sintomático como antipiréticos y analgésicos sin ser necesario suspender la terapia con BCG. Entre un 5 y 10% presentan infección tuberculosa sistémica con síntomas sistémicos graves como fiebre de 38.5 C por más de 24 horas, que no resuelve con tratamiento antipirético o fiebre mayor a 39.5 C, escalofríos e hipotensión. En estos pacientes se debe suspender la terapia con BCG e iniciar el tratamiento antifímico tetrasociado de inmediato.

Ejemplos de infección sistémica son la bacteremia tuberculosa, la prostatitis granulomatosa, la epididimitis tuberculosa, el compromiso testicular y síntomas de enfermedad sistémica pulmonar o hepática. El efecto secundario más serio que puede amenazar la vida el paciente es la bacteremia por BCG (0 - 4%) que ocurre más a menudo como resultado de cateterizaciones traumáticas o presencia de sangrado activo en vejiga al momento de la instilación de BCG. Por lo tanto el enfoque debe ir dirigido a prevenir la

enfermedad más que a tratarla.

La **epididimitis tuberculosa** es el resultado de la diseminación metastásica de microorganismos a través de la corriente sanguínea. La enfermedad comienza por lo general en la cola del epidídimo a causa de su mayor irrigación sanguínea en comparación con otras regiones del epidídimo.

La epididimitis tuberculosa puede ser el primero y el único signo de tuberculosis genitourinaria. El diagnóstico se realiza mediante el cultivo de *M. tuberculosis* a partir de un seno de descarga o después de una epididimectomía. La presentación habitual es un escroto inflamado, doloroso y tumefacto. En enfermedad extensa puede haber induración epididimaria generalizada, con conducto deferente palpable y compromiso incluso de testículo. En la fase aguda de la inflamación la reacción compromete al testículo de modo que es difícil diferenciar a esta lesión de una epididimitis aguda, además el seno de descarga puede aparecer posteriormente. Ante esta duda se puede administrar un antibiótico apropiado por dos semanas y si no hay mejoría se debe iniciar el tratamiento antifímico tetrasociado.

RESUMEN

Este artículo reporta el raro caso de un paciente de 60 años, tabaquista

importante, con historia de dos meses de evolución de hematuria microscópica al que se diagnosticó un carcinoma transicional papilar superficial de vejiga recidivante que se trató con BCG intravesical según protocolo, luego de su cuarta dosis se le diagnosticó clínicamente una epididimitis tuberculosa, por tal motivo se suspende la terapia con BCG y se inicia tratamiento antifímico con adecuada respuesta clínica del paciente y se le hizo una epididimectomía que confirmó la sospecha clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donal L. Lamm y col. La inmunoterapia con BCG de mantenimiento para el carcinoma recurrente de la vejiga Ta, T1 y carcinoma insito. *J. Urology*, 163: 1124, 2000.
2. Emil A. Tanagho, Jack W. McAninch. *Urología general de Smith*. 13a edición. México. Editorial El Manual Moderno, S.A 2005; 317-332.
3. G. Jakse y col. El BCG intravesical en pacientes con un carcinoma in situ de la vejiga: resultado a largo plazo. *Eur. Urology*, 40: 144, 2002.
4. Harry W. Herr y col. La terapia intravesical con BCG evita la progresión tumoral y la muerte de cáncer superficial de vejiga. *J. Clin. Oncol.*, 13: 1404, 1995.
5. John W. Davis y col. El carcinoma superficial de vejiga tratado con BCG: la sobrevida libre de progresión y enfermedad específica con seguimiento mínimo de 10 años. *J. Urology*, 167: 494, 2002.
6. Michael J. Droller. Recomendaciones para el manejo de los efectos secundarios producidos por las instilaciones del BCG intravesical. *Eur. Urology*, 37: 33, 2000.
7. M'Liss, A. Hudson y Harry W. Herr. El carcinoma in situ de vejiga. *J. Urology*, 153: 564, 1995.
8. Richard J. Silvestre y col. El BCG intravesical reduce el riesgo de progresión en pacientes con un cáncer superficial de la vejiga: un análisis meta de los resultados publicados de estudios clínicos al azar. *J. Urology*, 168: 1964, 2002.
9. S. Prescott y col. Mecanismos de acción del BCG: mecanismos inmunológicos y locales. *Clinics Infect Dis*, 31: S91, 2000.
10. T.R.L. Griffiths y col. El tratamiento del carcinoma in situ con BCG intravesical sin mantenimiento. *J. Urology*, 167: 2408, 2002.
11. Walsh, Retik, Vaughan, Wein. *Cambell's Urology*. Octava edición. 2004; 750, 2789-2792.