CASO CLÍNICO

Tuberculosis genital como causa de masa escrotal

Mª T. Campillos Páez, A. García Martín, S. Causín Serrano*, J. M. Sánchez de la Nieta Martín**

*Centro de Salud Guayaba. *Centro San Fernando 1, Móstoles. **Consultorio Virgen Viñas. Madrid.*

INTRODUCCIÓN

La consulta al médico general por la aparición o presencia de una masa escrotal o testicular no es frecuente. La mitad de las masas escrotales se debe a infecciones (orquiepididimitis), la cuarta parte a hidroceles, el 10% a torsión testicular y el resto a entidades menos frecuentes, entre las que destaca el cáncer testicular (1).

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se trata de un varón de 62 años, alérgico a penicilinas, hipercolesterolemia en tratamiento farmacológico, OCFA (obstrucción crónica al flujo aéreo diagnosticado por espirometría); linfadenectomía en el cuello con 5 años de edad (no aporta informes). No hábitos tóxicos. Antecedentes familiares: madre fallecida por adenocarcinoma gástrico y padre fallecido por carcinoma de laringe.

La primera vez que acude a la consulta, en julio de 1998, lo hace por un cuadro inespecífico de fiebre, tos no productiva y dolor en hipocondrio derecho con una elevación de las transaminasas tres veces por encima de su valor normal y calcificaciones en polo renal inferior izquierdo objetivadas en la radiografía de abdomen; este cuadro quedó sin filiar, aunque se pautó quinolonas orales y se normalizaron los parámetros bioquímicos.

El paciente vuelve en septiembre de 1998 con clínica de dolor en fosa ilíaca derecha y teste derecho, nicturia y sintomatología prostática; a la exploración se objetiva bolsa escrotal derecha aumentada de tamaño, con transiluminación (+) y aumento de la consistencia del testículo en el polo superior. Solicitamos valoración por el urólogo de zona. El paciente decide acudir a un urólogo privado quien realiza ecografía prostática y biopsia de la misma. En los análisis de sangre se objetiva una VSG de 65 mm/hora, con sistemático de orina normal y urocultivo (-).

Cuatro meses más tarde, en enero de 1999, el paciente acude a la consulta con el resultado de la biopsia prostática que muestra una prostatitis granulomatosa tuberculoide sin necrosis caseosa y sin presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes; en esta misma visita cuenta aumento del tamaño escrotal derecho y dolor en esta región, por lo que se cursa el volante para el urólogo de zona. En marzo, en espera de ser valorado por el especialista, vuelve porque desde hace unos días presenta exudado purulento en escroto izquierdo; a la exploración se objetivan bolsas escrotales aumentadas de tamaño; se palpa una masa de consistencia pétrea en ambos testículos, sobre todo en el derecho; transiluminación (+) bilateral; en polo inferior del escroto izquierdo se palpa un nódulo de 3x3 centímetros, infectado, con trayecto fistuloso a piel. Dada la sospecha de tumor testicular se deriva a la urgencias del hospital de referencia.

El paciente ingresa ese mismo día. La ecografía testicular que se hace al ingreso no muestra tumor, sino tejido inflamatorio granulomatoso. Ante

este resultado se inicia un proceso de diagnóstico diferencial entre todas las enfermedades granulomatosas, que se centraba finalmente en dos: sarcoidosis y tuberculosis. Las pruebas complementarias mostraron lo siguiente: Ecografía: afectación bilateral de testículos y epidídimos además de cubiertas; fistulación a piel que parece corresponder a un proceso inflamatorio o infeccioso. Estudio de fondo de ojo: lesiones coroideas no activas de aspecto antiguo que impresionan de nódulos coroideos por tuberculosis antigua tras infección diseminada. Radiografía de tórax: signos compatibles con OCFA. Mantoux: positivo. Urografía intravenosa: calcificaciones medulares. Resto normal.

Se realizó drenaje escrotal y cultivo para micobacterias del exudado purulento, que resultó negativo. El diagnóstico final fue tuberculosis genitourinaria y epididimaria, ante lo cual se inicia tratamiento específico. Se estudió a los contactos; resultaron el hijo y la mujer con Mantoux positivos, pero sin evidencia de enfermedad, por lo que también a ellos se realizó quimioprofilaxis. Tras las primeras semanas de tratamiento desapareció la inflamación y la masa escrotal.

DISCUSIÓN

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad pandémica, transmisible, prevenible y curable conocida desde la antigüedad. Se estima en más de 1.700 millones el número de personas infectadas en todo el mundo. España se considera un país de endemicidad media con una RAI (riesgo anual de infección) de 0,1-0,2%, superior a los países de su entorno (2).

Está producida sobre todo por el *Mycobacterium tuberculosis*, un bacilo de multiplicación lenta, que puede permanecer en estado latente durante años, ya que la inmunidad celular que genera no impide su multiplicación y diseminación. Las formas pulmonares de la enfermedad representan actualmente el 90% (3).

En orden de frecuencia, las localizaciones extrapulmonares más frecuentes son los ganglios linfáticos, la pleura, el sistema genitourinario, los huesos, las articulaciones, las meninges y el peritoneo. Puede afectar a cualquier órgano o sistema.

La TBC genitourinaria representa aproximadamente el 15% de todos los casos extrapulmonares; puede afectar a cualquier parte del sistema geniturinario y habitualmente se debe a diseminación hematógena a partir de la infección primaria. En esta forma de TBC predomina la sintomatología local. Las formas de presentación más habituales son frecuencia urinaria, disuria, hematuria y dolor en el flanco. El análisis de orina muestra alteraciones en el 90% de los casos, con piuria y hematuria. Piuria con cultivo negativo en una orina ácida debe hacer descartar TBC. En los hombres la TBC afecta especialmente al epidídimo; también pueden aparecer orquitis y prostatitis. En casi la mitad de los casos de TBC genitourinaria también existe afectación del sistema urinario. La TBC genitourinaria responde bien a la quimioterapia antimicrobiana (4).

TBC prostática: La inoculación del bacilo TBC en el aparato genital se hace por vía canalicular y linfática, sobre todo por esta última. La afectación prostática puede ser difusa o localizada en un lóbulo, y se acompaña de lesiones epididimodeferenciales.

TBC epididimaria: Lo más frecuente es que se manifieste por la aparición de una masa ligeramente dolorosa; se debe a un absceso frío a nivel de la cola, que puede drenar al exterior a través de un trayecto fistuloso. Habitualmente aparece como una lesión secundaria otra de la próstata o vesículas seminales. La afectación epididimodeferencial bilateral dará lugar en su evolución a una azoospermia obstructiva. Es característica la latencia de las lesiones.

El diagnóstico se hace por los síntomas y los signos, por las pruebas de laboratorio (baciluria, urocultivo, cultivo de semen y Mantoux), por el estudio radiológico (radiografía de tórax, buscando el foco primario, radiografía abdominal en la que es frecuente ver depósitos cálcicos sobre el área renal, sobre el trayecto ureteral y vesical y también en el área prostática, urografía intravenosa, cistogramas) y por tacto rectal. El curso de la enfermedad da lugar a la calcificación de las lesiones.

Tratamiento: estos pacientes serán considerados como infecciosos para otras personas, por lo que deberán ser tratados y tomar las precauciones específicas. Tratamiento quimioterápico de la TBC urogenital: los 2 primeros meses: rifampicina+isoniazida+pirazinamida, durante los 4 meses siguientes: rifampicina + isoniazida (5).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ripoll Lozano MA, Urraca Díez C. Masas escrotales y testiculares. Seminomas. En Manual Práctico de Medicina General. Madrid: Sociedad Española de Medicina General, 1998: 747-750.

2. Álvarez Pasquín MJ, Gómez Marco JJ, Piñeiro Guerrero R. Tuberculosis. En Curso a distancia de Prevención en Atención Primaria (módulo 2). Barcelona: semFYC, 1999: 73-82.

3. Pallarés Robles J, Mata Cases M. Infecciones frecuentes en Atención Primaria. En: Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica (4 ª ed). Barcelona: Harcourt Brace, 1998: 1282-1320.

4. Raviglione M, O´Brien R. Tuberculosis. En: Harrison. Principios de Medicina Interna (14ª ed). Madrid: Mc Graw - Hill Interamericana, 1998: 1149-1161.

5. Leiva Galvis O. Tuberculosis urogenital. En: Patología quirúrgica, Tomo 5. Madrid: Luzán 5, S.A de ediciones, 1986: 147-156.