

Verónica Remache ¹
María Cristina Estrada ²
Carlos Xavier Rivera ³



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International

1 Médico Patólogo. Unidad de Anatomía Patológica, Hospital Carlos Andrade Marín.
2 Médico, Residente asistencial. Unidad de Anatomía Patológica, Hospital Carlos Andrade Marín.
3 Médico, Postgradista de Medicina Crítica y Terapia Intensiva; Universidad Católica del Ecuador.

Correspondencia: Dra. María Cristina Estrada
E-mail: crispis_ej@hotmail.com

Recibido: 07 Junio 2017

Aceptado: 25 Julio 2017

Palabras clave: Tuberculosis Genital, Masa testicular, Granuloma, Reporte de Caso.

Forma de citar este artículo:

Remache V, Estrada MC, Rivera CX.
Tuberculosis genital en un paciente con masa testicular. Rev Med Vozandes 2017; 28: 53 – 55.

Tuberculosis genital en un paciente con masa testicular

Introducción

El tracto genitourinario es el segundo sitio más común para la infección tuberculosa después de los pulmones. La tuberculosis genital masculina es rara y la infección testicular suele ser secundaria a la del epidídimo. Si se diagnostica a tiempo la tuberculosis testicular puede ser tratada con medicación y/o resección quirúrgica. Esta localización puede significar un reto diagnóstico ya que puede confundirse como una neoplasia testicular por el cuadro clínico que presenta^[1]. Presentamos el caso de un paciente con dolor en testículo de varios años de evolución, destacando los hallazgos anátomo-patológicos para el diagnóstico definitivo.

Presentación del caso

Paciente masculino de 59 años de edad, con antecedentes de hemospermia, epididimitis e hidrocele bilateral; fumador e hipertenso. Acudió por presentar dolor en testículo izquierdo, con sensación de masa desde hace 4 años. Al examen físico del testículo izquierdo se palpó masa dura de 3 cm de diámetro, poco dolorosa, que comprometía polo superior de testículo y epidídimo. En la revisión de su historial, una radiografía de tórax de hace 5 años reportó presencia de un nódulo de densidad cálcica de aproximadamente 5 mm de diámetro mayor, con cambios arquitecturales de tejido circundante, así como discreto patrón de vidrio deslustrado a este nivel, localizada en el segmento 2 del campo pulmonar derecho; además, múltiples ganglios calcificados en los niveles torácicos 7, 8 y 10 bilaterales.

En los exámenes actuales la biometría y química sanguínea estuvieron dentro de parámetros normales. Examen elemental y microscópico de orina no infeccioso. Electrocardiograma normal. Radiografía de tórax sin lesiones pleuropulmonares. Ecografía reportó una masa heterogénea en testículo izquierdo con presencia de vascularidad. Bajo un diagnóstico de tumor testicular izquierdo se realizó una orquiectomía radical izquierda más escrotoectomía, encontrándose testículo izquierdo con masa dura en polo superior que comprometía epidídimo, de aproximadamente 3 cm de diámetro y muy adherida a escroto.

El estudio anátomo-patológico determinó un peso conjunto de 55 gramos para testículo y epidídimo; el testículo midió 3.5 x 3 x 2 cm; el epidídimo midió 3 x 1.5 cm y el cordón espermático 9 x 1 cm. Externamente el testículo estuvo cubierto por túnica vaginal rosada y vascularizada. Al corte se apreció un parénquima testicular rosado con áreas amarillentas y la superficie interna de epidídimo presentó una lesión rosada amarillenta de 3 x 1.6 cm del cual fluyó líquido purulento. Además, el fragmento irregular de piel escrotal midió 1.5 x 0.8 x 0.7 cm, con epidermis grisácea y dermis blanquecina. Microscópicamente los cortes de hematoxilina eosina mostraron infección crónica granulomatosa con necrosis caseosa en testículo, epidídimo y piel, acompañado de la presencia de células gigantes de Langhans (**fotos 1, 2 y 3**). Los bordes quirúrgicos fueron viables. El conducto deferente presentó necrosis focal. Los cortes se sometieron a tinción de histoquímica, optando por la tinción de Ziehl Neelsen y se observaron

bacilos ácido alcohol resistentes (**foto 4**). El diagnóstico final fue tuberculosis testicular y de epidídimo. El paciente tuvo una evolución postoperatoria favorable y sin complicaciones. Se indicó tratamiento farmacológico mediante la modalidad DOTS (sistema de tratamiento por observación directa) para manejo de la patología y seguimiento.

Discusión

La tuberculosis genitourinaria es una presentación poco común de la tuberculosis y comprende del 8 al 15% de las tuberculosis extrapulmonares. Es más frecuente en hombres y el sitio más común de presentación es el epidídimo principalmente la cola, seguido de las vesículas seminales, próstata, testículo y las vías deferentes. El mecanismo por el cual se produce la tuberculosis testicular es controversial. Se plantea que en la mayoría de casos se desarrolla a partir de la propagación retrógrada de los bacilos tuberculosos desde el tracto urinario afectado dentro de la próstata por reflujo, seguido de una propagación canalicular a las vesículas seminales, conductos deferentes y epidídimo. Sin embargo, los bacilos tuberculosos pueden ingresar a través de vía hematógena y linfática. La transmisión sexual del bacilo es extremadamente rara [2, 3].

Los síntomas y signos son de intensidad y duración variables. Los pacientes pueden referir una polaquiuria creciente e indolora; puede haber edema escrotal, dolor testicular, hematuria intermitente, microhematuria, cólico nefrítico, hemospermia, astenia, hiporexia y adelgazamiento [3]. En casos donde no hay una clara historia de enfermedad primaria o diseminada u otras enfermedades secundarias, la tuberculosis testicular presenta un dilema diagnóstico y se requiere del estudio histológico en muestras postoperatorias [4,5]. Es importante, por lo tanto, incluir la infección tuberculosa dentro de los diagnósticos diferenciales en casos de masas testiculares [6, 7].

Dentro de los estudios complementarios el examen más importante es el cultivo de orina. Los tests para la detección de la tuberculosis urinaria mediante reacción en cadena de polimerasa son más precisos y más rápidos. La ecografía puede ser útil en el control evolutivo. La biopsia sirve para descartar una neoplasia [3]. Dentro de los hallazgos anátomo-patológicos macroscópicos se describen a las lesiones más tempranas como focos necróticos amarillentos y áreas nodulares blanquecinas amarillentas que pueden confluir para formar lesiones de aspecto caseoso. Microscópicamente predominan los granulomas confluentes formados por células epitelioides rodeadas por una zona de fibroblastos y linfocitos donde suelen existir células gigantes de Langhans [3,7]. Estos hallazgos son compatibles con los del caso presentado y el diagnóstico fue reforzado por la tinción positiva de Ziehl Neelsen, que mostró los bacilos ácido alcohol resistentes de color rojizo.

La conducta luego del diagnóstico fue el sistema de tratamiento directamente observado para la administración de medicamentos antituberculosos (DOTS). Según las guías de la Organización Panamericana de la Salud para el manejo de la tuberculosis, la localización de la enfermedad pulmonar o extrapulmonar no es decisoria del esquema de tratamiento, sino el antecedente de tratamientos previos.

Para los casos nuevos de tuberculosis extrapulmonar sensibles

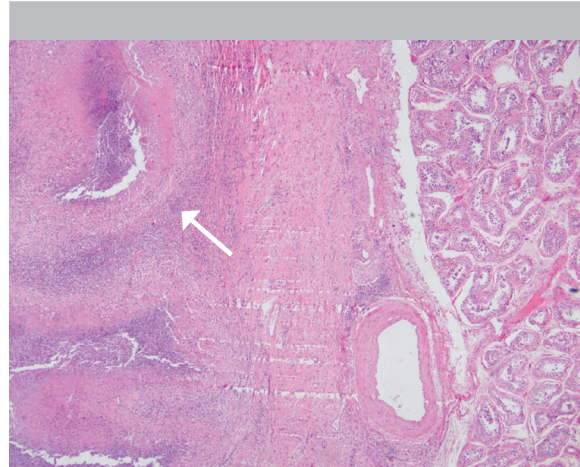


Foto 1. Parénquima testicular parcialmente ocupado por granuloma con necrosis caseosa central (izquierda). Tinción H/E aumento 4X

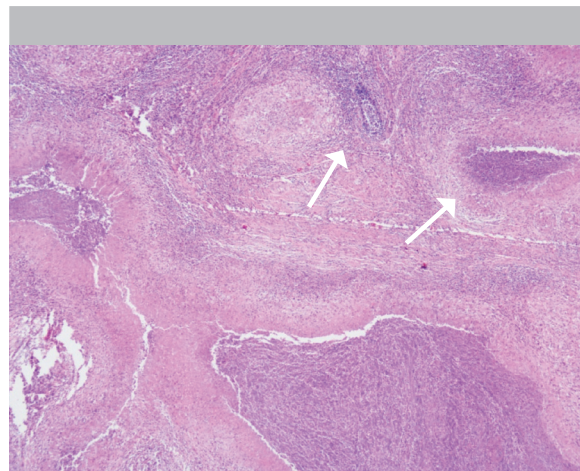


Foto 2. Múltiples granulomas caseificantes (superior). Tinción H/E aumento 4X

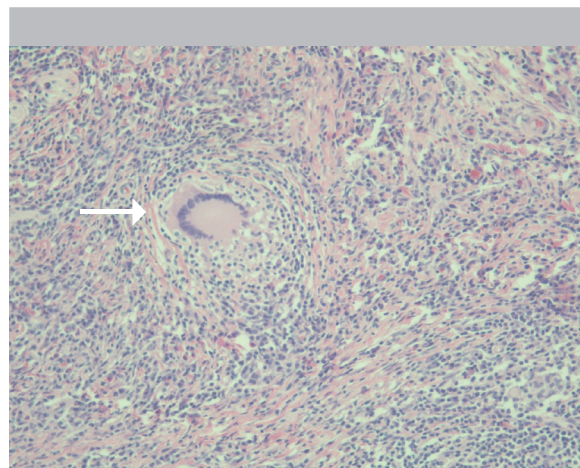


Foto 3. Célula gigante tipo Langhans, rodeada por linfocitos e histiocitos epitelioides. Tinción H/E aumento 40X

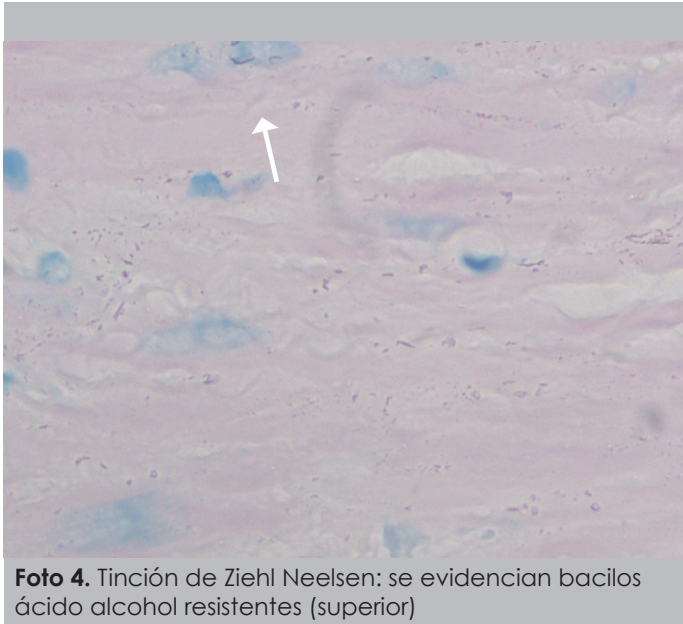


Foto 4. Tinción de Ziehl Neelsen: se evidencian bacilos ácido alcohol resistentes (superior)

se recomienda el uso de isoniácida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E) bajo el esquema 2HRZE/4HR con supervisión estricta. Se recomienda una primera fase inicial de 50 dosis (2 meses), donde los medicamentos se administran en forma diaria (5 días por semana en casos ambulatorios y 7 días a la semana en hospitalización), seguida de una segunda fase de consolidación de 100 dosis (4 meses) en forma diaria^[8].

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Financiamiento

Reporte financiado con fondos propios de los autores

Contribuciones de los autores

Los autores declaran haber contribuido de forma similar en la realización del manuscrito.

Referencias

- Papadopoulos A, Bartziokas K, Morhopoulos G, Anastasiadis A, Makris D. A rare case of isolated tuberculous epididymitis in a young man presenting with a swollen testicle. *OA Case Reports* 2013; 2 (1): 3.
- Das A, Batabyal S, Bhattacharjee S, Sengupta A. A rare case of isolated testicular tuberculosis and review of literature. *J Family Med Prim Care* 2016; 5: 468-70.
- Arce AJ, Robales CA, Meca RJ, Coombes AJ. Tuberculosis génitourinaria - Revisión de la patología. *Revista Posgrado de la VI Cátedra de Medicina* 2007; (169):15-18.
- Ogbole GI, Bassey OS, Okolo CA, Ukperi SO, Ogunseyinde AO. Testicular tuberculosis presenting with metastatic intracranial tuberculomas only: a case report. *J Med Case Rep* 2011; 5: 100.
- Cabrera MM, González K, Martínez M, Pérez JC, Meneses R. Tuberculosis testicular. Presentación de un caso. *Actas Hispanoamericanas de Patología* 2006. Disponible en: <http://conganat.cs.urjc.es/ojs/index.php/conganat/article/viewFile/55/55-2191-1-PB.pdf>
- Antolín S, Pinar JM, Miguel A, Martínez MB. Tuberculosis epididimaria en varón de 67 años. *Semergen* 2009; 35 (6): 298-300.
- Mantilla JC, Cárdenas N, Castellanos DA. Tuberculosis genitourinaria: Reporte de 9 casos en el Hospital Universitario de Santander, Colombia, 2003-2008. *Salud UIS* 2009; 41: 181-196.
- Ministerio de Salud Pública. Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis: Guía de Práctica Clínica (GPC). Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Normalización; 2015 [citado 5 May 2017]. Disponible en: <http://salud.gob.ec>