



# Revista Clínica Española

[www.elsevier.es/rce](http://www.elsevier.es/rce)



## CORRESPONDENCIA

### Orquiepididimitis tuberculosa: una entidad de difícil diagnóstico



#### Tuberculous epididymo-orchitis: A difficult diagnosis

A lo largo de las últimas décadas la incidencia global de tuberculosis (TBC) está en franca disminución en nuestro medio. Sin embargo, el porcentaje de casos de TBC extrapulmonar han ido aumentando alcanzando, según el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades, en el año 2012, el 23% del total de los casos de TBC notificados. La TBC urogenital es la segunda causa más común de TBC extrapulmonar<sup>1</sup>. En cerca del 28% de los pacientes la localización es únicamente genital<sup>2</sup>, pudiendo afectar tanto a próstata, epidídimo, testículos o vesículas seminales<sup>3</sup>. El objetivo de este artículo es presentar 2 casos de orquiepididimitis TBC, que ilustran las dificultades diagnósticas que se pueden plantear.

#### Caso 1

Varón de 37 años de edad, español, que había padecido numerosos episodios de orquiepididimitis izquierda, sin respuesta a tratamientos analgésicos ni antibióticos (levofloxacino). Las pruebas de laboratorio (hemograma, análisis de orina y marcadores tumorales) fueron normales. La resonancia magnética testicular mostró un proceso inflamatorio de larga evolución. Se investigó la presencia de micobacterias en orina y semen con resultado negativo. Durante los 4 años siguientes continuó experimentando episodios repetidos de dolor testicular izquierdo, por lo que recibió múltiples tratamientos antibióticos sin resolución y una ecografía testicular evidenció la presencia de un absceso epididimario; se realizó orquiepididimectomía izquierda 4 años más tarde. El análisis histopatológico reveló orquiepididimitis granulomatosa necrosante, sin que se demostrase la presencia de microorganismos en las tinciones de PAS, Grocott ni de Ziehl-Neelsen. No se realizó análisis microbiológico.

Diez meses más tarde, el paciente comenzó con episodios repetidos de dolor en testículo derecho, a veces acompañado de síndrome miccional, que no cedía a analgésicos ni antibióticos. En la resonancia testicular se observó

una lesión nodular acorde con epididimitis focal. Se repitieron cultivos de bacterias y micobacterias en orina y semen, así como serologías de sífilis y *Brucella*, todo ello con resultado negativo. Finalmente se realizó epididimectomía derecha. El análisis histopatológico evidenció inflamación crónica granulomatosa necrosante. La reacción en cadena de la polimerasa demostró la presencia de *Mycobacterium tuberculosis complex*. No se pudo realizar estudio de sensibilidad antibiótica. Se instauró tratamiento con etambutol, isoniazida, pirazinamida y rifampicina durante los 2 primeros meses, e isoniazida y rifampicina 4 meses más evolucionando favorablemente.

#### Caso 2

Varón de 71 años, español, con antecedentes de orquiepididimectomía derecha por orquiepididimitis de mala evolución, con supuración sin que se alcanzase un diagnóstico concreto. Años más tarde comenzó con dolor e inflamación de testículo izquierdo de un mes de duración, que no había mejorado tras tratamiento con cefixima y antiinflamatorios. Los resultados de la analítica de sangre y orina fueron normales. Se realizó una ecografía que evidenció la presencia de una colección en la pared escrotal que fue drenada para análisis microbiológico (bacterias y micobacterias). La baciloscoopia directa mediante tinción de auramina fue negativa, pero tras 13 días de incubación en medio líquido se aisló *Mycobacterium tuberculosis complex*. Se realizó estudio de sensibilidad a fármacos tuberculostáticos siendo la cepa sensible a estreptomina, etambutol, isoniazida, pirazinamida y rifampicina. Tras este aislamiento, se completó el estudio de micobacterias en muestras de esputos con resultado negativo. El paciente inició tratamiento con isoniazida, pirazinamida y rifampicina durante 2 meses y, posteriormente, con isoniazida y rifampicina durante 4 meses más, evolucionó favorablemente.

El diagnóstico de TBC urogenital en pacientes con orquiepididimitis sin otros síntomas puede ser complicado y no se debe descartar aun cuando la búsqueda de micobacterias en orina haya resultado negativo<sup>4</sup>, tal y como sucedió en el primer caso presentado. Es necesario efectuar diagnóstico diferencial con otras posibilidades, tales como neoplasias testiculares, torsión testicular u orquiepididimitis bacteriana<sup>5</sup>.

## Bibliografía

1. Jacob JT, Nguyen TM, Ray SM. Male genital tuberculosis. *Lancet Infect Dis.* 2008;8:335-42.
2. Shenoy VP, Viswanath S, D'Souza A, Bairy I, Thomas J. Isolated tuberculous epididymo-orchitis: An unusual presentation of tuberculosis. *J Infect Dev Ctries.* 2012;6:92-4.
3. González-Martín J, García-García JM, Anibarro L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R, et al. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28:297e1-20.
4. Ludwig M, Velcovsky HG, Weidner W. Tuberculous epididymo-orchitis and prostatitis: A case report. *Andrologia.* 2008;40:81-3.
5. Dell'Atti L. Unusual isolated tuberculous epididymitis. Case report. *G Chir.* 2014;35:134-6.

P. Soria Lozano<sup>a,\*</sup>, M.L. Monforte Cirac<sup>a</sup>,  
M.I. Marquina Ibáñez<sup>b</sup> y M.J. Revillo Pinilla<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [psorial@salud.aragon.es](mailto:psorial@salud.aragon.es)  
(P. Soria Lozano).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.12.006>

## La dificultad del diagnóstico de mareos y síncope



### The difficulty of diagnosis of dizziness and syncope

El diagnóstico de los pacientes con mareos y síncope puede resultar muy complejo. Con frecuencia requiere de la realización de múltiples exploraciones complementarias. Sin embargo, en ocasiones exploraciones tan sencillas como la toma de presión arterial en decúbito y bipedestación puede orientarnos hacia el diagnóstico correcto. La hipotensión ortostática (HO) es con frecuencia idiopática<sup>1</sup>, pero en otras ocasiones nos lleva a diagnósticos muy infrecuentes, como es el caso que presentamos.

Mujer de 54 años, sin antecedentes personales de interés, que refería desde hacía meses cefalea de decúbito y episodios de inestabilidad y presíncope, que en ocasiones conducían a caídas al suelo, en frecuente relación con los cambios de posición. En la exploración física se detectó hipertensión arterial en decúbito supino, 160/100 mmHg, que descendía marcadamente en bipedestación a los 2 y 3 min, con cifras inferiores a 90/40 mmHg. El resto de la exploración era anodina. Los estudios de laboratorio, que incluyeron hemograma y bioquímica básica, hormonas tiroideas, uroanálisis de 24 h, catecolaminas, renina/aldosterona basal y tras estimulación, cortisol libre urinario, ACTH y bioquímica de líquido cefalorraquídeo, fueron normales. El electrocardiograma y la ecocardiografía transtorácica fueron normales, así como también la radiografía de tórax, la angiotomografía computarizada de tórax, la ecografía Doppler de arterias renales, el electromiograma, la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear craneal. La medición ambulatoria de presión arterial mostró hipotensión diurna e hipertensión nocturna. Se estudió el sistema nervioso autónomo, demostrando un fallo a nivel del sistema nervioso colinérgico, con reducción de la secreción de las glándulas sudoríparas funcionales, así como a nivel del sistema nervioso simpático, con un *tilt-test* y una pletismografía con resultados positivos, y concentraciones de catecolaminas plasmáticas normales en decúbito, con escaso ascenso tras

la bipedestación (tabla 1). La gammagrafía de inervación miocárdica con 123 yodobencilguanidina (fig. 1) demostró una escasa inervación adrenérgica cardíaca, con un índice de corazón/mediastino precoz y tardío disminuido, así como un aclaramiento cardíaco patológico. La paciente fue diagnosticada de un fallo autonómico con afectación predominantemente simpática pura (síndrome de Bradbury-Eggleston).

La HO es definida<sup>1</sup> como una caída en la presión arterial sistólica de al menos 20 mmHg o de 10 mmHg en la presión arterial diastólica, en ortostatismo 3 min después de la toma de presión arterial en decúbito. Es un signo derivado del fallo autonómico<sup>2,3</sup> que consiste en un trastorno en la neurotransmisión noradrenérgica en la cual las neuronas simpáticas posganglionares no secretan noradrenalina de forma adecuada<sup>4,5</sup>.

Entre las enfermedades que más frecuentemente producen fallo autonómico aislado, figuran las enfermedades neurodegenerativas<sup>6</sup>, destacando, por su frecuencia e importancia clínica, la enfermedad de Parkinson, la demencia por cuerpos de Lewy<sup>7</sup>, la atrofia multisistémica y el fallo autonómico puro periférico<sup>8</sup>.

**Tabla 1** Resultados de la prueba del sistema autonómico simpático hormonal, que demostró concentraciones plasmáticas de catecolaminas normales en decúbito, y con ascensos casi nulos tras la bipedestación, indicando la presencia de un defecto autonómico puro

| Posición del paciente        | Concentraciones plasmáticas |
|------------------------------|-----------------------------|
| <b>Adrenalina (pg/ml)</b>    |                             |
| Decúbito                     | 54,2                        |
| Bipedestación                | 56,9                        |
| <b>Noradrenalina (pg/ml)</b> |                             |
| Decúbito                     | 102                         |
| Bipedestación                | 87,2                        |
| <b>Dopamina (pg/ml)</b>      |                             |
| Decúbito                     | 59,8                        |
| Bipedestación                | 46,9                        |