

TABLA 1. Descripción de los casos de orquiepididimitis tuberculosa en pacientes con infección por el VIH

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Síntomas	Dolor testicular, disuria y tenesmo	Fiebre, cuadro tóxico, disuria y dolor testicular	Fiebre, caquexia, dolor testicular e incontinencia urinaria
CD ₄	284/ μ l	356/ μ l	167/ μ l
Tinción de Ziehl-Neelsen y cultivo de Lowestein/esputo	–	+	–
Tinción de Ziehl-Neelsen y cultivo de Lowestein/orina	+	+	+
Ecografía	Aumento de tamaño y lesiones multifocales hipoecoicas (figs. 1a y 1b)	Aumento de tamaño y lesiones multifocales hipoecoicas	Varias lesiones focales hipoecoicas
Tratamiento	Isoniacida (300 mg/día), rifampicina (600 mg/día) y piracinamida (1.200 mg/día)	Isoniacida (300 mg/día), rifampicina (600 mg/día), piracinamida (1.200 mg/día) y etambutol (1.200 mg/día)	Isoniacida (300 mg/día), Rifampicina (600 mg/día), Piracinamida (1.200 mg/día) y Etambutol (1.200 mg/día)
Evolución	Favorable*	Favorable*	Favorable*

*Desaparición de los síntomas y negativización de la Tinción de Ziehl-Neelsen y del cultivo de Lowenstein de orina a las 3 semanas de iniciar el tratamiento.

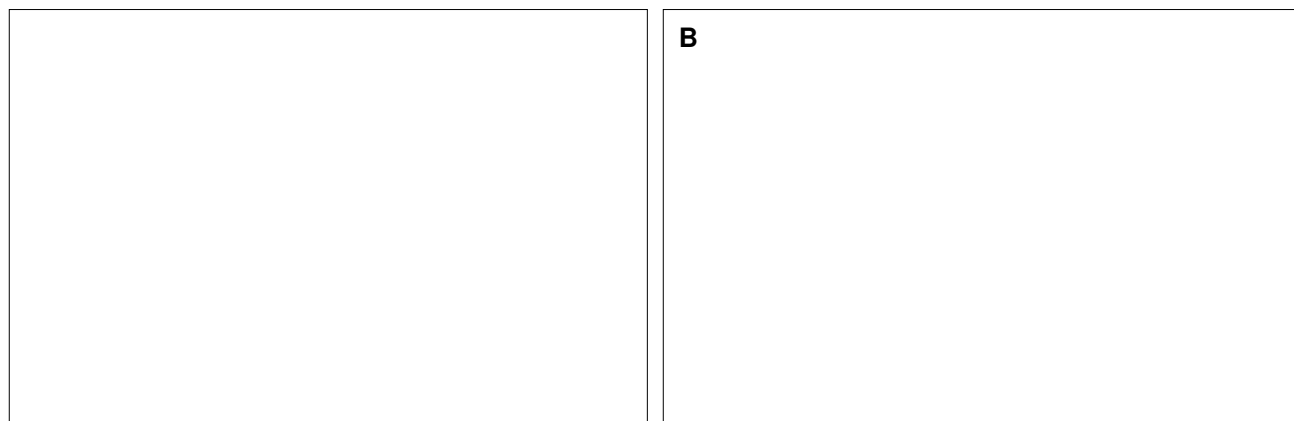


Figura 1. A) Testículo derecho aumentado de tamaño y con la ecoestructura alterada (múltiples lesiones focales hipoecoicas). B) Testículo contralateral normal correspondiente al mismo paciente (caso 1).

Orquiepididimitis tuberculosa en pacientes con infección por el VIH. Presentación de tres casos

Sr. Editor: La tuberculosis abdominal en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se presenta afectando predominantemente a estructuras ganglionares y con menos frecuencia se manifiesta mediante la aparición de abscesos viscerales¹. La orquiepididimitis tuberculosa es poco frecuente en el paciente con infección por el VIH².

En la tabla 1 describimos 3 casos de pacientes con infección por el VIH con tuberculosis testicular que han sido atendidos en nuestro hospital.

La afectación testicular por tuberculosis en pacientes con infección por el VIH es rara, al igual que lo es en la población general. En

nuestro hospital de 150 casos de tuberculosis en pacientes con infección por el VIH desde 1991 sólo se han presentado 3 casos de orquiepididimitis tuberculosa. El virus de la inmunodeficiencia humana es el mayor factor de riesgo aislado para contraer la enfermedad tuberculosa¹. En los últimos años, debido al incremento de tuberculosis extrapulmonar en pacientes con infección por el VIH^{2,3}, se han comenzado a describir casos crecientes de afectación tuberculosa en diferentes localizaciones: pancreática, hepática, renal, esplénica, genitourinaria, etc.^{2,4}. Las formas extrapulmonares más frecuentes en pacientes con infección por el VIH son las ganglionares y diseminadas, no siendo infrecuentes la afectación de la médula ósea, tracto genitourinario y sistema nervioso central (SNC)¹. Dentro del tracto genitourinario las formas más

frecuentes son la afectación de próstata y epidídimo, siendo menos frecuente la afectación testicular^{5,6}.

Infecciones virales, bacterianas, fúngicas y parasitarias, deben ser incluidas en el diagnóstico diferencial de una orquiepididimitis en un paciente con infección por el VIH⁶.

Un alto porcentaje de pacientes con tuberculosis genital tiene antecedentes de tuberculosis pulmonar activa o latente en el momento del diagnóstico⁵, como ocurre en 2 de nuestros 3 casos.

La clínica de la orquiepididimitis tuberculosa se caracteriza por ser insidiosa y progresiva⁵, con un grado variable de síntomas locales como dolor escrotal, tumefacción y eritema^{2,6}. El diagnóstico se basa en los hallazgos microbiológicos (tinción de Ziehl-Neelsen y cultivo de Lowestein) de orina o semen, o bien del estudio histológico o cultivo de material de biopsia en los casos

dudosos⁵. La ecografía testicular es útil para evaluar los hallazgos testiculares esperados y poder descartar otros posibles diagnósticos⁶. Los hallazgos ecográficos más comúnmente encontrados en la orquiepididimitis tuberculosa son la presencia de lesiones locales o difusas hipoecoicas⁷.

La tuberculosis genitourinaria tiene una alta morbimortalidad si no se establece un diagnóstico rápido y un tratamiento adecuado⁸, es importante, por lo tanto el tener un alto índice de sospecha que permita su diagnóstico precoz y se eviten estadios avanzados de la enfermedad⁹.

El tratamiento de elección es la poliquimioterapia con varias drogas antituberculosas⁵. La pauta más recomendada es isoniácida 300 mg/día, rifampicina 600 mg/día y piracinamida 20-30 mg/kg/día. La piracinamida se suspende a los 2 meses de iniciado el tratamiento e isoniácida y rifampicina se mantienen hasta los 9 meses¹. La utilización de un cuarto fármaco, 25 mg/kg/día de etambutol (durante los primeros 2 meses), se introduce en las zonas donde existen tasas elevadas de resistencia a la isoniácida¹. Otros autores recomiendan de rutina este cuarto fármaco en todos los casos de tuberculosis en pacientes con infección por el VIH¹⁰, o bien en determinadas formas de tuberculosis de presumible mayor gravedad (como las formas diseminadas)¹¹, aunque no hay datos concluyentes que permitan generalizar estas recomendaciones. Nuestros casos 2 y 3 presentaban al inicio un importante cuadro tóxico, motivo por el que se decidió asociar un cuarto fármaco en la pauta terapéutica. La cirugía puede ser útil para los casos que no respondan a la terapia médica inicial o para solucionar posibles complicaciones como uropatía obstructiva o abscesos de gran tamaño⁵.

En conclusión, hay que sospechar un origen tuberculoso en pacientes con infección por el VIH con fiebre prolongada y orquiepididimitis con cultivo negativo a los medios habituales, pues el inicio de un tratamiento precoz es fundamental para el buen pronóstico de estos casos.

Gerardo Falcó^a, Pablo Roig^b,
José-María Cuadrado^b
y Lourdes Pérez^c

Servicios de ^aUrgencias, ^bMedicina Interna
y ^cRadiodiagnóstico. Hospital
Universitario San Juan de Alicante.
España.

Bibliografía

1. Pitchenik AE, Fertel D. Medical management of AIDS patients. Tuberculosis and nontuberculosis mycobacterial disease. *Med Clin North Am* 1992;76:121-71.
2. Lupatkin H, Brau N, Flomenberg P, Simberkoff MS. Tuberculous abscesses in patients with AIDS. *CID* 1992;14:1040-44.
3. Ramos JM, Esteban J, Jiménez-Arriero M, Soriano F. Tuberculosis extrapulmonar, experiencia de un hospital general (1980-1993). *Rev Clin Esp* 1995;195:546-9.
4. Álvarez S, McCabe WR. Extrapulmonary tuberculosis revisited: A review of experience at Boston City and the other hospitals. *Medicine (Baltimore)* 1984;63:25-55.
5. Gorse GF, Belshe RB. Male genital tuberculosis: A review of the literature with instructive case reports. *Rev Infect Dis* 1985;7:511-24.
6. Goodman P, Maklad NF, Verani RR, Gottlieb HE. Tuberculous abscess of the testicle in AIDS: sonographic demonstration. *Urol-Radiol* 1990;12:53-5.
7. Chung JJ, Kim MJ, Lee T, Yoo HS, Lee JT. Sonographic findings in tuberculous epididymitis and epididymo-orchitis. *J Clin Ultrasound* 1997;25:390-4.
8. Tikkakoski T, Karstrup S, Lohela P, Hulkko A, Apaja-Sarkkinen M. Tuberculosis of the lower genitourinary tract: Ultrasonography as an aid to diagnosis and treatment. *J Clin Ultrasound* 1993;21:269-71.
9. Pereira JG, Gallego JA, Larrinaga J, Prieto N, Ibarluzea JG, Bernuy C. Enfermedad tuberculosa avanzada del tracto urogenital. *Arch Esp Urol* 1997;50:396-9.
10. Haas DW. *Mycobacterium tuberculosis*. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases*. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000; p. 2576-607.
11. Moreno S, Guerrero C, Ramírez C. Tuberculosis. En: Soriano V, González-Lahoz J, editors. *Manual del SIDA*. 3^a ed. Madrid: Idepsa, 1999; p. 321-34.