

ORQUIEPIDIDIMITIS TUBERCULOSA COMO INICIO CLÍNICO DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

F.J. ANGLADA CURADO, J. GOMEZ BERMUDO, E. CARMONA CAMPOS,
A. BLANCO ESPINOSA, R. PRIETO CASTRO, J.C. REGUERIO LOPEZ,
M^a.J. REQUENA TAPIA

Servicio de Urología. Hospital Regional Universitario "Reina Sofía". Córdoba.

PALABRAS CLAVE:

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Orquiepididimitis. Tuberculosis.

KEY WORDS:

Acquired immunodeficiency syndrome. Orchiepididymitis. Tuberculosis.

Actas Urol Esp. 23 (10): 898-899, 1999

RESUMEN

La aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida ha modificado la historia natural de la tuberculosis, que se ha convertido en la segunda infección más frecuentemente relacionada con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Normalmente la localización urogenital de la infección tuberculosa es rara y la localización extrapulmonar, en general, está en relación con inmunodepresión severa. Presentamos un caso de inicio clínico de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, manifestado por medio de una orquitis tuberculosa. Se comenta la evolución clínica y la actitud terapéutica consistente en orquiectomía asociada a tratamiento tuberculostático.

ABSTRACT

The emergence of acquired immunodeficiency syndrome has changed the natural history of tuberculosis which has now become the second most common infection associated to human immunodeficiency virus infection. It is only rarely that a tuberculous infection has an urogenital location, and extrapulmonary locations are generally related to severe immunosuppression. This paper presents one case of tuberculous orchitis that presented as the clinical onset of acquired immunodeficiency syndrome. Discussion of the clinical evolution and the therapeutic approach that consisted in orchectomy associated to treatment with tuberculostatics.

Desde 1987, la tuberculosis (TBC) extrapulmonar se incluye en la definición de caso de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La TBC genitourinaria, no obstante, es una ubicación rara de la enfermedad. En su localización pulmonar puede ser la primera manifestación clínica de la infección, sin embargo, las localizaciones extrapulmonares son propias de un estadio evolutivo más avanzado. Presentamos un caso en el que la primera manifestación clínica de SIDA ha consistido en una orquiepididimitis tuberculosa.

CASO CLÍNICO

Varón de 66 años. Sin antecedentes de hábitos tóxicos. Sin antecedentes urológicos ni de otra

índole remarcables. Refiere relaciones sexuales habituales con pareja estable y ocasionales relaciones heterosexuales con otras parejas. Acude al servicio de urgencias de nuestro Hospital por un cuadro de seis meses de duración consistente en febrícula intermitente, de predominio vespertino, y dolor con progresivo aumento del testículo izquierdo. En la exploración inicial se constata aumento de tamaño de testículo izquierdo, doloroso al tacto, y drenaje escaso por orificio fistuloso en pared lateral del escroto. El paciente rechaza exploración quirúrgica. Se inicia tratamiento antibiótico empírico durante dos semanas, consiguiendo el cese del drenaje por la fistula y la desaparición de los síntomas.

Dos meses después acude de nuevo con igual cuadro clínico. En estudio serológico destaca test ELISA de detección de anticuerpos anti-HIV positivo. Se practica ecografía testicular (Fig. 1), el paciente acepta cirugía.

Se lleva a cabo orquitectomía izquierda que muestra teste nodular con zonas de necrosis al corte. El estudio patológico pone en evidencia inflamación crónica con células gigantes de Langhans y amplias áreas de necrosis caseosa. Se identifican bacilos ácido-alcohol resistentes en tinción de Ziehl-Neelsen. El paciente inicia tratamiento tuberculoestático con rifampicina (600 mg), isoniacida (250 mg), y pirazinamida (1,5 gr) diariamente durante dos meses; y rifampicina (600 mg) asociada a isoniacida (300 mg) diariamente en los siguientes siete meses. Actualmente se encuentra asintomático desde el punto de vista urológico. La determinación de bacilos ácido-alcohol resistentes en esputo ha sido repetidamente negativa. Posteriormente el paciente ha desarrollado el síndrome relacionado con el VIH, y se encuentra en el nivel clínico C-2 del SIDA.

DISCUSIÓN

La proliferación de pacientes infectados por el VIH ha cambiado la historia natural de la TBC¹. Aunque en España los enfermos de SIDA pertenecen en mayoría al grupo de adictos a drogas por vía parenteral (ADVP), aumenta el porcentaje de casos de enfermos heterosexuales y no ADVP debido a la transmisión a través de grupos de riesgo como prostitutas. La sobreinfección por *Mycobacterium Tuberculosis* constituye la segunda infección más frecuente en relación con el

SIDA. La clínica varía según el estado inmunitario del enfermo. En estadios iniciales de la enfermedad la TBC se desarrolla de forma típica, con afectación predominantemente pulmonar. En estadios más avanzados, con mayor deterioro inmunológico, las manifestaciones son predominantemente extrapulmonares, sobre todo en médula ósea y ganglios linfáticos². La TBC extrapulmonar como primera evidencia clínica de infección por VIH es rara, más aún en su localización urogenital.

El diagnóstico de TBC testicular a menudo se torna evasivo debido a su comportamiento insidioso e inespecífico³, frecuentemente es proporcionado por el patólogo a partir de la pieza de orquitectomía. Si el paciente está diagnosticado de infección por VIH, el desarrollo de una orquiepididimitis insidiosa y rebelde al tratamiento, debe hacer pensar en una infección oportunista como toxoplasmosis, citomegalovirus o TBC, o en una neoplasia de cualquier tipo. Si el diagnóstico no está previamente establecido, éste puede volverse difícil.

El tratamiento de estos enfermos con agentes tuberculoestáticos durante un periodo de nueve meses, como se ha descrito, conduce a un alto porcentaje de éxitos, acompañado de orquitectomía en caso de enfermedad evolucionada. El ciclo corto de tratamiento de cuatro meses no se recomienda en estos casos⁴.

REFERENCIAS

- SUNDERAM G, McDONALD RJ, MANIATIS T, OLESKE J: Tuberculosis as a manifestation of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *JAMA* 1986; **256**: 362-366.
- CHAISON RE, SLUTKIN G: Tuberculosis and human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis* 1989; **159**: 96-100.
- KOYAMA Y, LIGAYA T, SAITO S: Tuberculosis epididimo-orchitis. *Urology* 1988; **31**: 419.
- GNANA SUNDERAM, BONITA T, MANGURA, JOSEPH M, LOMBARDO, LEE B, REICHMAN: Failure of optimal four-drug short-course tuberculosis chemotherapy in a compliant patient with human immunodeficiency virus. *Am Rev Respir Dis* 1987; **136**: 1.475-1.478.

Dr. F.J. Anglada Curado
Servicio de Urología. Hospital Univer. Reina Sofía
Avd. Menéndez Pidal, s/n - 14005 Córdoba

(Trabajo recibido el 3 Septiembre de 1998)

FIGURA 1. La imagen ecográfica muestra el testículo izquierdo aumentado de tamaño con zonas hipoecoicas en su interior compatibles con lesiones necróticas o abscesificadas.