

## Tuberculosis epididimaria en varón de 67 años de edad

E. Antolín-Sáez<sup>a</sup>, J.M. Pinar-Manzanet<sup>a</sup>, A. Miguel-Gordillo<sup>b</sup> y M.B. Martínez-Urroz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Miguel Servet. Alcorcón. Madrid. España.

<sup>b</sup>Centro de Salud La Rivota. Alcorcón. Madrid. España.

El tracto urogenital es una de las localizaciones más frecuentes de tuberculosis extrapulmonar, pero no es un hallazgo muy común en nuestra práctica clínica. En este tracto, la tuberculosis epididimaria, aunque rara, puede ser la primera y única localización clínica evidente de infección tuberculosa. Presentamos el caso de un varón de 67 años de edad con una masa paratesticular, cuyo estudio histopatológico reveló una epididimitis de origen tuberculoso. El paciente no refería antecedentes de tuberculosis y ninguna de las pruebas complementarias realizadas mostró evidencia de infección tuberculosa, pasada o actual.

*Palabras clave:* tuberculosis epididimaria, tracto urogenital.

The urogenital tract is one of the most common sites of extrapulmonary tuberculosis, however, it is not a very common finding in our clinical practice. In this tract, epididymal tuberculosis, although rare, may be the initial and only clinically manifest location of tuberculous infection. We present the case of a 67-year-old male with paratesticular tumor, whose histopathology analysis showed tuberculous epididymitis. The patient reported no background of tuberculosis and none of the other complementary tests performed showed any evidence of past or current tuberculosis infection.

*Key words:* epididymal tuberculosis, urogenital tract.

### INTRODUCCIÓN

Desde la década de los años ochenta, el número de casos declarados de tuberculosis, hasta entonces en descenso, ha experimentado un ascenso en los países desarrollados. Los fenómenos migratorios, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la aparición de cepas resistentes a algunos fármacos son algunas de las causas de este fenómeno. Las manifestaciones extrapulmonares han aumentado en igual o incluso en mayor medida que las formas pulmonares debido, entre otras causas, a la diseminación hematogena en los individuos infectados por el VIH, pudiendo afectarse la práctica totalidad de órganos y aparatos.

El caso que aquí exponemos pretende hacernos reflexionar sobre la necesidad de incluir la infección tuberculosa en nuestros diagnósticos diferenciales sobre algunas patologías, pese a la todavía escasa presencia, en muchos lugares, de estos pacientes en nuestras consultas de Atención Primaria. Este hecho, junto a la insidiosa e

inespecífica sintomatología que presentan muchos enfermos con esta patología, urogenital en nuestro caso, provoca diagnósticos tardíos que en ocasiones pueden hacer ya inútil su tratamiento para evitar ciertas secuelas.

### CASO CLÍNICO

Nuestro paciente es un varón de 67 años de edad, ya conocido en consulta, con antecedentes de litiasis renal izquierda e hipertrofia benigna de próstata desde varios años atrás. Desde hace aproximadamente un mes refiere hinchazón de la bolsa escrotal en su lado izquierdo. En principio no le resultaba apenas molesto, pero, según ha ido aumentando el tamaño escrotal, refiere incluso dolor que recorre epidídimo y que aumenta en determinadas posturas. No refiere síndrome miccional, ni fiebre; sólo sus molestias prostáticas (nicturia, especialmente) habituales, cuya intensidad y frecuencia no parecen haber aumentado. La exploración nos muestra una masa de consistencia casi pétreo junto al testículo izquierdo, en la zona del epidídimo, levemente dolorosa a la presión. No se encontraron adenopatías regionales. El sedimento de orina y el urocultivo solicitados no presentaron hallazgos significativos, ni tampoco la analítica de sangre. Así, con la sospecha diagnóstica de quiste de cordón espermático y para descartar la existencia de formación tumoral, se solicitó ecografía testicular, cuya imagen puede observar-

Correspondencia: E. Antolín Saez.  
C/ Fuente Cisneros, 36, 1º B.  
28922 Alcorcón. Madrid. España.  
Correo electrónico: eduas48@hotmail.com

Recibido el 14-04-08; aceptado para su publicación el 30-10-08.



Figura 1. Ecografía escrotal y testicular.

se en la figura 1 y que muestra unos testículos simétricos, de tamaño y morfología normales, con parénquima homogéneo y sin lesiones focales intratesticulares. Se observa una “masa” paratesticular adyacente al polo inferior y lateral al teste izquierdo, sobre el que impronta levemente.

te. Aparentemente asienta sobre el cordón espermático, es de estructura heterogénea, de unos 3 cm de diámetro máximo, y sugiere una naturaleza quística o multiloculada.

A la vista de estos hallazgos, consideramos la exéresis quirúrgica de la lesión la opción de elección tanto a nivel terapéutico como a nivel diagnóstico para determinar la naturaleza de la masa descrita, por lo que nos ponemos en contacto con Urología, donde remitimos al paciente. Tras epididectomía parcial izquierda e hidrocelectomía, la pieza quirúrgica obtenida es descrita como una cabeza de epidídimo indurada y aumentada de tamaño, con material purulento, que se describe como *caseum*, ya que el estudio microbiológico es positivo para bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR). Se pauta tratamiento con isoniazida, rifampicina y pirazinamida durante dos meses, para continuar después durante otros cuatro con isoniazida y rifampicina, con buena tolerancia y evolución hasta la fecha. La radiografía de tórax no mostró hallazgos significativos y el cultivo de esputos fue negativo para BAAR. Con anterioridad, el paciente había sido sometido a otras pruebas de imagen, incluyendo urografía intravenosa, con el único hallazgo de litiasis no obstructiva en grupo

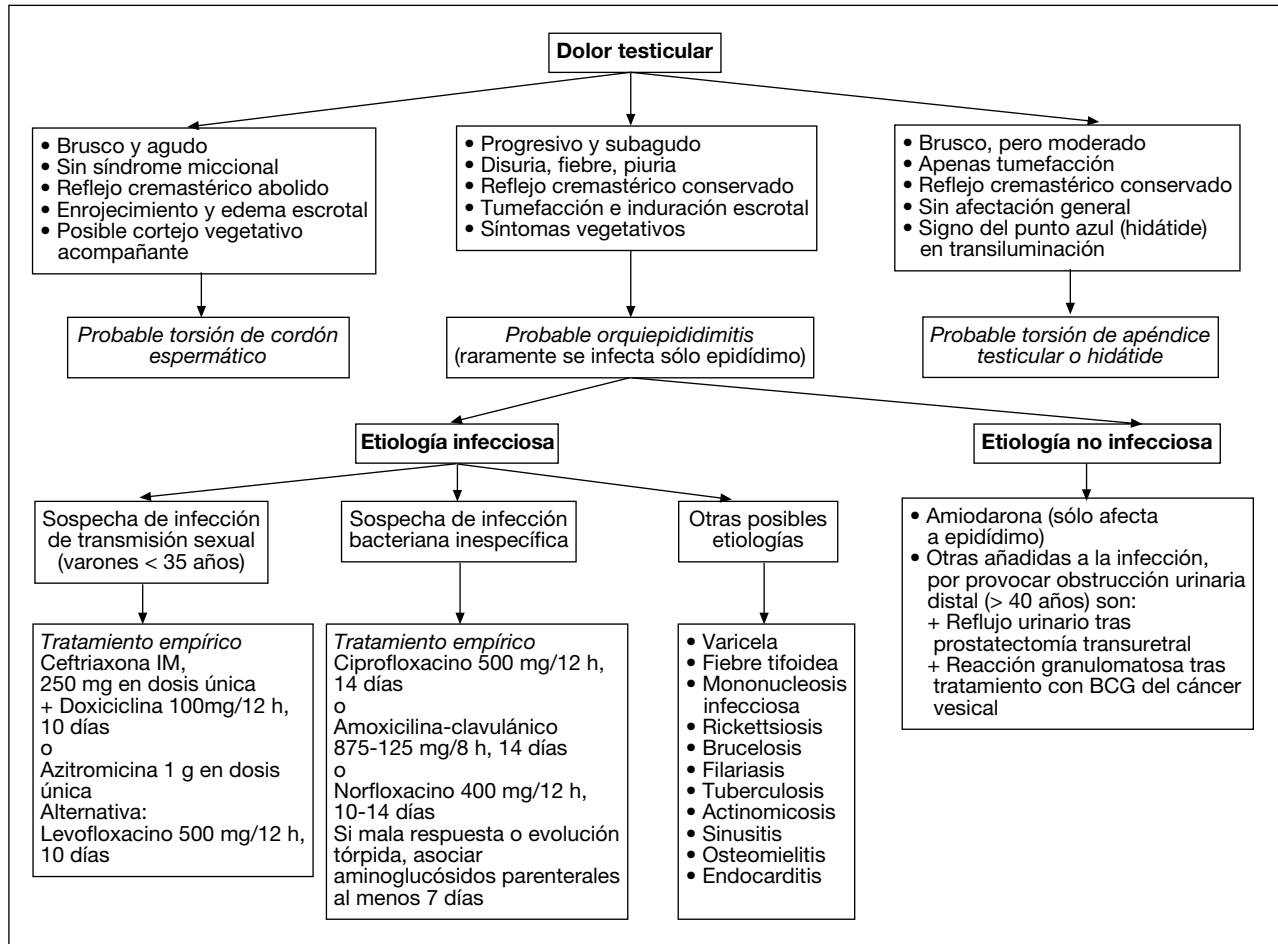


Figura 2. Orquiepididimitis: diagnóstico diferencial, etiología y tratamiento. BCG: bacilo de Calmette-Guérin; IM: por vía intramuscular.

calicial inferior de riñón izquierdo, sin otras lesiones sugerentes de infección tuberculosa.

Nos encontramos, pues, ante un caso en que la epididimitis se presenta como primera y única manifestación clínica de infección tuberculosa ya que, aunque es fácil suponer, dada la edad del paciente, que existió una exposición pulmonar previa hace más o menos años, no se ha conseguido evidenciar pruebas de la misma.

En la figura 2 se recoge un resumen de los principales diagnósticos diferenciales a realizar ante la sospecha de orquiepididimitis, así como de las etiologías más frecuentes y su tratamiento<sup>1,2</sup>.

## DISCUSIÓN

La tuberculosis genitourinaria representa en torno a un 15% de los casos de tuberculosis extrapulmonar, pudiendo afectar a cualquier órgano del tracto urogenital, generalmente por la siembra hematogena subsiguiente a la infección primaria. Más frecuente en mujeres que en varones, en éstos es propia de hombres jóvenes, con un 60% de ellos entre los 20 y 50 años, presentando afectación preferente de epidídimo, donde induce la formación de una masa ligeramente dolorosa, que puede abrirse y drenar mediante una fistula. Pueden existir también orquitis, prostatitis y, en casi la mitad de los casos, lesiones de las vías urinarias o renales, pudiendo explicarse las lesiones en epidídimo, además de por diseminación hematogena, por contigüidad de la vía descendente desde el riñón a la próstata, de ahí a las vesículas seminales y por último al epidídimo. Hasta en un 70% de los casos existe historia de tuberculosis pulmonar activa o quiescente o exposición previa, pudiendo en estos casos existir un periodo muy largo de latencia hasta la aparición de las manifestaciones urogenitales<sup>2,3</sup>.

Aunque inespecíficos, los datos ecográficos sugerentes de epididimitis tuberculosa son la presencia de hidrocele y el aumento de tamaño difuso con hipo o hiperecogenicidad del epidídimo, especialmente a nivel de la cola. La afectación epididimaria orienta a un proceso no tumoral. Si existe afectación testicular, éste aparece agrandado de modo irregular, con focos hiper o hipocogénicos en su interior, sugerentes de abscesos testiculares<sup>3,4</sup>.

Existen muchos casos sin evidencias de afectación renal ni pulmonar como el que hemos descrito, en que los síntomas clínicos son mínimos (tumorción, únicamente) y es muy complicado sospechar un origen tuberculoso, por lo que el diagnóstico se produjo tras estudio de pieza quirúrgica. Sin embargo, pese a que puedan existir otros síntomas más claros de sospecha como la hematuria (macro o microscópica), las cistitis rebeldes de repetición (con piuria estéril, en orina ácida) o incluso, en casos muy evolucionados, una infertilidad no explicada por otras causas, la confirmación microbiológica del proceso no es sencilla, ya que la carga bacteriana en orina es baja y su eliminación fluctuante<sup>5</sup>. El examen microscópico con técnica de Ziehl-Nielsen tiene una baja sensibilidad, siendo la del cultivo mayor, aunque sólo en torno al 50% en nuestro medio. El empleo de técnicas de microbiología molecular, como la reacción en cadena de la polimerasa, puede conseguir en un corto periodo de tiempo (24-48 horas) la detección de ADN específico de *Mycobacterium tuberculosis complex* en muestras biológicas. También las técnicas de imagen, como la pielografía intravenosa, ayudan al diagnóstico, ya que alrededor del 90% de los pacientes presenta alteraciones como calcificaciones o estrecheces ureterales sugerentes, aunque de baja especificidad para el diagnóstico<sup>6</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bembibre L, Suárez G. Patología escrotal aguda. [en línea] [consultado el 23 de septiembre de 2008]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guías2/escrotal.asp>
2. Raviglione MC, O'Brien RJ. Tuberculosis. En: Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Fauci AS, Longo DL, Jameson JL, editores. Principios de Medicina Interna. 16ª ed. España: McGraw-Hill Interamericana; 2005. p. 1062-76.
3. Díaz M, Vidal A, Iglesias E, Zabala S, Lerín FJ, Gascón A. Epidídimo-orquitis como primera manifestación de reactivación tuberculosa. *An Med Interna*. 2004;21:54-5.
4. Madeb R, Marshall J, Nativ O, Ertuk E. Epididymal tuberculosis: case report and review of the literatura. *Urology*. 2005;65:798.
5. Vela Navarrete R. Tuberculosis genitourinaria. En: Leyva O, Resel L, editores. *Urología*. Madrid: ENE Ediciones; 1992. p. 279-93.
6. Colomina J, Arnao M, Pallardó Y, Guerrero A. Diagnóstico de tuberculosis genitourinaria y reacción en cadena de la polimerasa. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:277.