

EPIDIDIMITIS TUBERCULOSA

Dr. Milton Paz y Miño

Dr. Enrique Rodríguez

Hospital "Carlos Andrade Marín", Quito.

Entre los pacientes con tuberculosis urogenital hemos encontrado que aquellos catalogados finalmente como de epididimitis tuberculosa podrían ser considerados en 2 grupos:

a) Aquellos en que su problema epididimario era parte del cuadro urinario general; y, b) los que parecían tener la infección epididimaria como un problema exclusivo.

Las referencias bibliográficas al respecto son controversiales, ya que la fisiopatología de la lesión varía con los autores. Mientras unos aseveran que la epididimitis tuberculosa es siempre secundaria a una siembra renal primero (1 - 5; 13), otros manifiestan la posibilidad de una siembra exclusiva de epidídimo por vía hematógena (6, 7), teniendo desde luego en ambos casos una diseminación desde el pulmón, ingreso inicial de la infección tuberculosa (13). Con esta preocupación decidimos investigar en nuestra casuística datos autóctonos que aportaran al esclarecimiento de esta circunstancia y las implicaciones que esto pudiera tener en el diagnóstico y manejo de esta afección epididimaria específicamente y tener un concepto propio en la materia, como se había venido haciendo anteriormente (8, 9).

MATERIALES Y METODOS

Hemos analizado 50 casos de epididimitis tuberculosa con documentación adecuada, extraída de la casuística de pacientes con tuberculosis urogenital que disponemos desde 1972 en nuestro Servicio de Urología del Hospital del IEISS en Quito.

Se elaboró una ficha especial individual donde se registraron los parámetros a estudiarse:

- 1.— Tipo de evolución de la epididimitis.
- 2.— Cuadro clínico total.
- 3.— Síntomas primarios.
- 4.— Signos prostáticos, semino-vesiculares y deferenciales.
- 5.— Fertilidad o esterilidad.
- 6.— Especialmente los hallazgos bacteriológicos en orina.
- 7.— Presencia de fístula cutánea y los encuentros bacteriológicos en ella.
- 8.— Los encuentros radiológicos del tracto urinario y genital.
- 9.— La coincidencia o claros antecedentes de tuberculosis extraurinaria.
- 10.— Asimismo se puso especial interés en el estudio histopatológico

de la pieza quirúrgica con un análisis especial de las áreas histopatológicas de invasión.

11.— El estudio bacteriológico de la pieza quirúrgica con coloración de Ziehl.

En 21 de estos casos se pudo realizar una revisión minuciosa de las placas histológicas de la pieza quirúrgica, poniendo énfasis en la localización del daño granulomatoso o caseoso y el compromiso o no del conducto deferente.

Todos los pacientes habían recibido una terapia triple antituberculosa.

RESULTADOS

De los 50 casos de epididimitis tuberculosa, 44 tenían estudio histopatológico de la pieza quirúrgica que de-

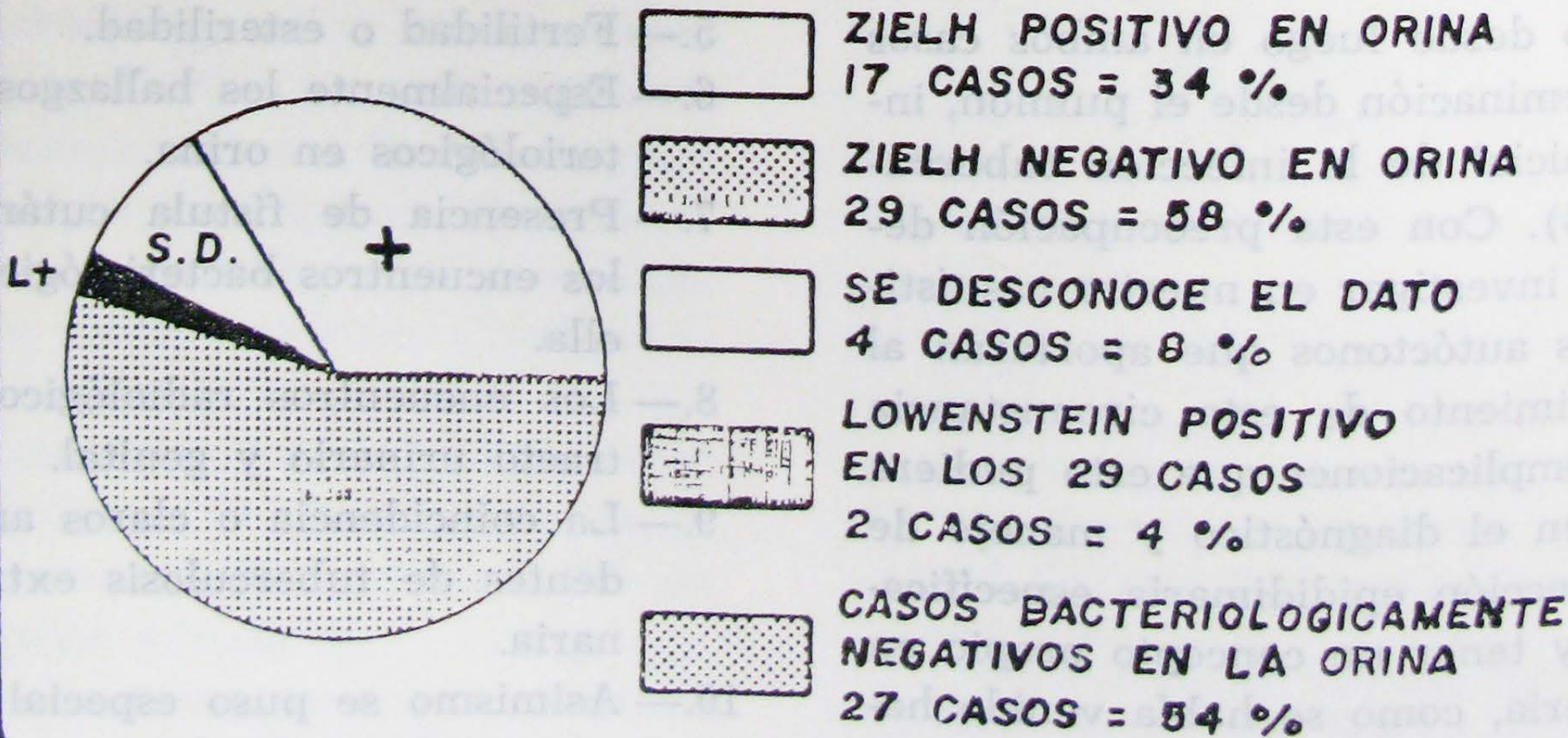
mostraba cambios granulomatosos o caseosos compatibles con tuberculosis y 26 de ellos una coloración de Ziehl positivo en dicha muestra quirúrgica.

En los 6 restantes la naturaleza tuberculosa de la epididimitis fue asegurada por la participación clínica, bacteriológica y radiológica del tracto urinario y que se curaron con el tratamiento específico, no siendo necesaria su exceresis.

Como el punto primordial de este estudio era la participación o no del tracto urinario, se estableció que 29 de estos casos tenían repetidos (6 a 12) baciloscopias de Ziehl negativas en la orina, haciendo notar que 2 de estos 29 casos tenían cultivos de Lowenstein positivos en la orina. Por lo tanto tenemos 27 casos bacteriológicamente negativos en la orina. (Fig. Nº 1).

CUADRO I

50 CASOS EPIDIDIMITIS TUBERCULOSA
BACTERIOLOGIA EN LA ORINA



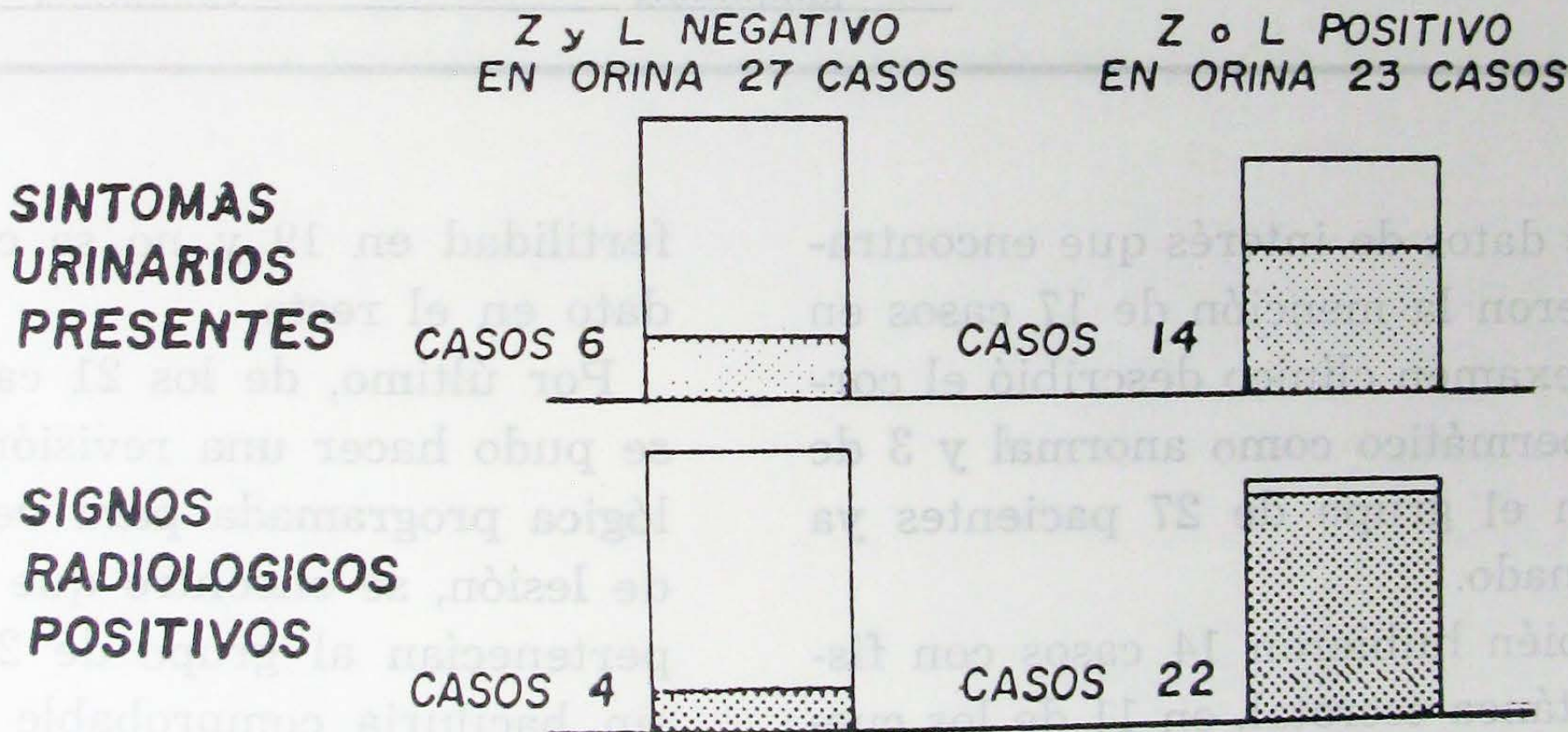
Pero hay que aclarar que de estos 27 casos, 18 tenían también cultivos de Lowenstein negativos en orina y 9 no tenían registrado este dato.

Al cotejar con la sintomatología encontramos que 20 casos tenían síntomas urinarios, de los cuales sólo 6 pertenecían al grupo de 27 casos de bacteriología negativa.

En la comparación de los hallazgos radiológicos con los resultados bacteriológicos vimos que 26 casos tenían signos radiológicos compatibles con tuberculosis del tracto urinario, pero sólo 4 de ellos pertenecían al grupo de los 27 de orina negativos para bacilo tuberculoso. (Cuadro Nº 2).

CUADRO 2

50 CASOS DE EPIDIDIMITIS TUBERCULOSA
INCIDENCIA DE SINTOMAS URINARIOS Y
SIGNOS RADIOLOGICOS POSITIVOS

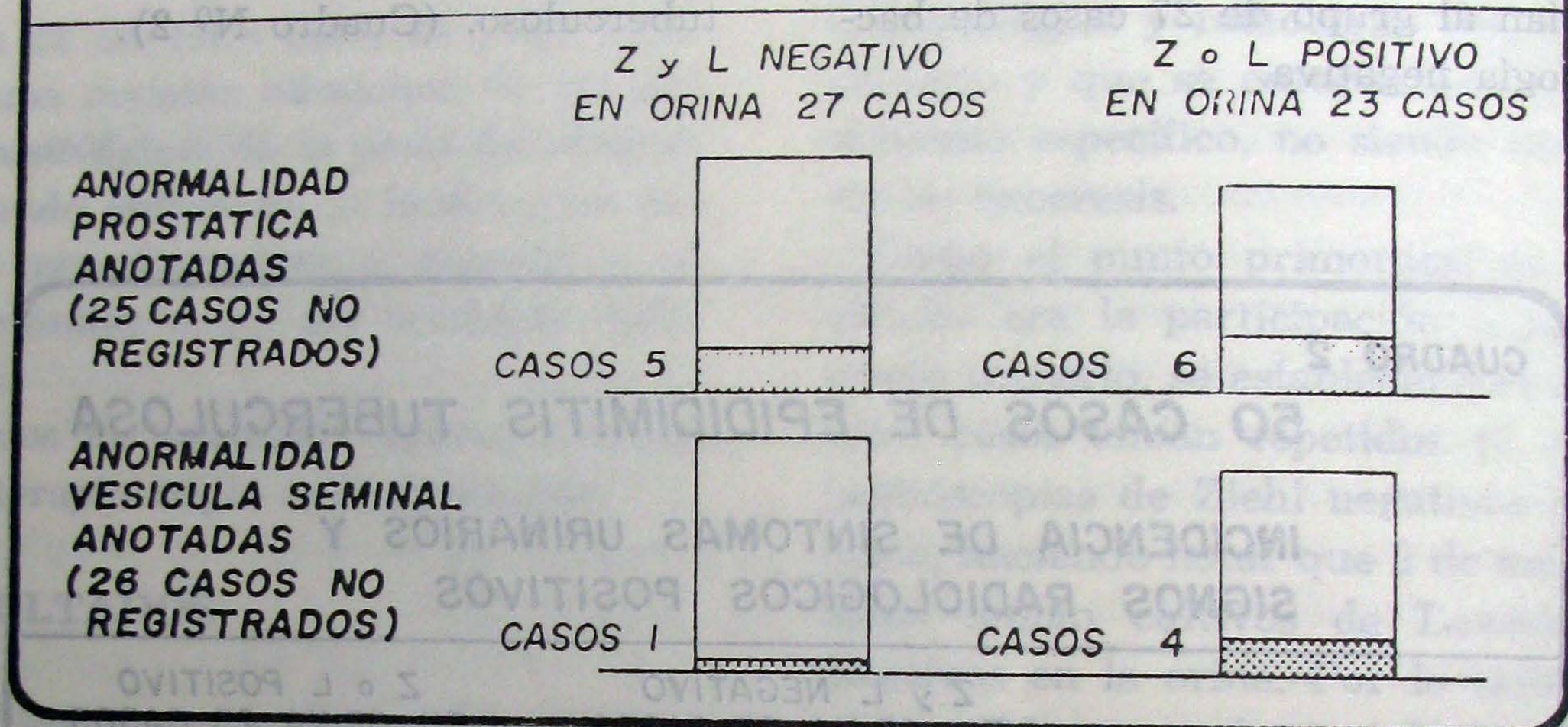


En la revisión de los signos clínicos de la próstata tenemos que aclarar que en 25 casos no había registro de este dato y de los restantes, 11 casos demostraban alteraciones de consistencia o volumen, correspondiendo 5 de ellos al antedicho grupo de 27.

En cuanto a las vesículas seminales en 26 casos no había datos de ellas y en 5 se registraba anormalidad palpable, correspondiendo 1 de ellos al grupo de 27 sin bacilos en la orina. (Fig. Nº 3).

CUADRO 3

50 CASOS EPIDIDIMITIS TUBERCULOSA

INCIDENCIA DE SIGNOS ANORMALES
EN PROSTATA Y VESICULAS SEMINALES

Otros datos de interés que encontramos fueron la mención de 17 casos en que el examen clínico describió el cordón espermático como anormal y 3 de ellos en el grupo de 27 pacientes ya mencionado.

También hubieron 14 casos con fístula cutánea escrotal, en 11 de los cuales el estudio bacteriológico del pus fistuloso demostró BAAR en el Ziehl.

La evolución del cuadro de epididimitis fue siempre lenta y no aguda y flogótica, siendo primaria en su presentación en 22 casos, recidivante en 8 casos y con un carácter crónico de varios meses aun tratado repetidamente en 20 casos.

Se registró esterilidad en 13 casos,

fertilidad en 19 y no se conocía este dato en el resto.

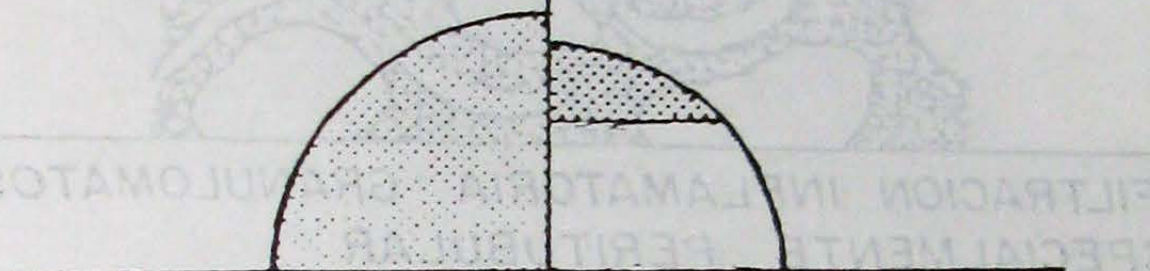
Por último, de los 21 casos en que se pudo hacer una revisión histopatológica programada para ver las áreas de lesión, se encontró que 11 de ellos pertenecían al grupo de 27 pacientes sin baciluria comprobable y 10 a los que tenían clara participación del tracto urinario.

En los 11 primeros se encontró en todos que la alteración granulomatosa o caseosa predominaba o se iniciaba o era exclusiva al área intersticial peritubular epididimaria y en 2 de ellos en que el conducto deferente fue claramente analizable se le encontró indemne en su epitelio y luz. (Fig. Nº 4).

CUADRO 4
21 casos EPIDIDIMITIS TUBERCULOSA
REVISION HISTOPATOLOGICA ESPECIFICA

AREA HISTOLOGICA DE CAMBIO TUBERCULOSO

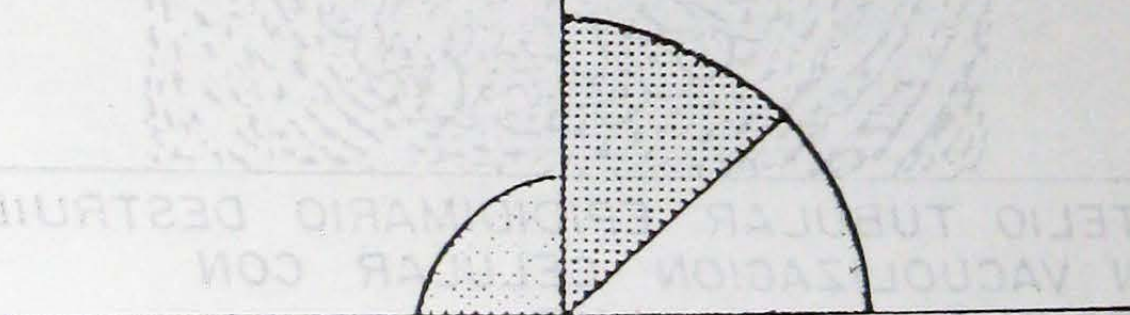
11 CASOS SIN TU Z y L negativo	10 CASOS CON TU COMPROMETIDO
-----------------------------------	---------------------------------



100 % ALTERACION INTERSTICIAL	30 % ALTERACION EPITELIAL TUBULAR
----------------------------------	--------------------------------------

CONDUCTO DEFERENTE ANALIZABLE

2 CASOS SIN TU. Z y L negativo	4 CASOS CON TU. COMPROMETIDO
-----------------------------------	---------------------------------



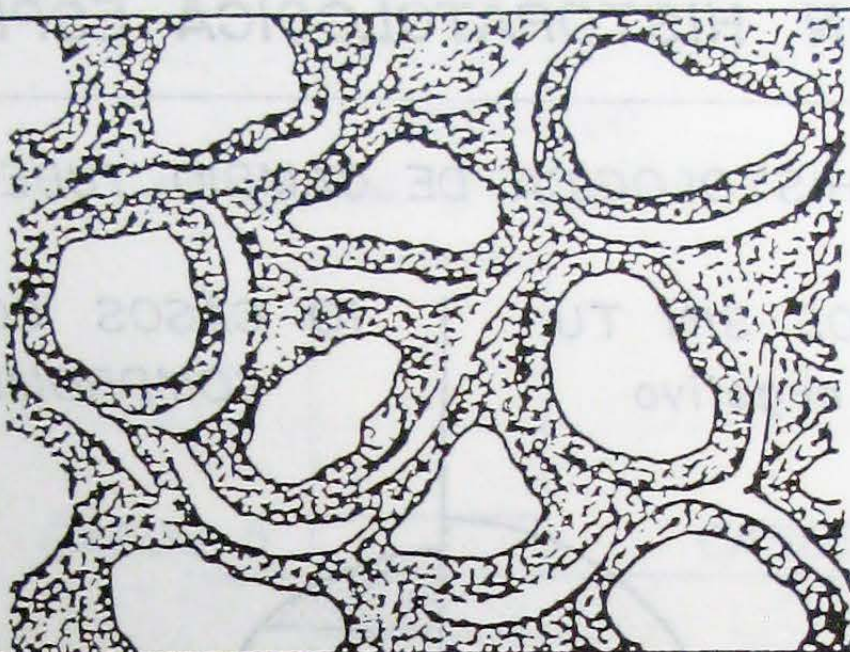
100 % CORDON NO INVOLUCRADO	100% CORDON INVOLUC. 50% INTRALUMINAL 50% EXTRATUBULAR
--------------------------------	--

En cambio en los 10 casos en que conocíamos de una participación del tracto urinario, encontramos que en 3 casos el área principalmente afectada por el cambio granulomatoso era la luz y estructura tubular y en los otros 7 el daño era intersticial peritubular,

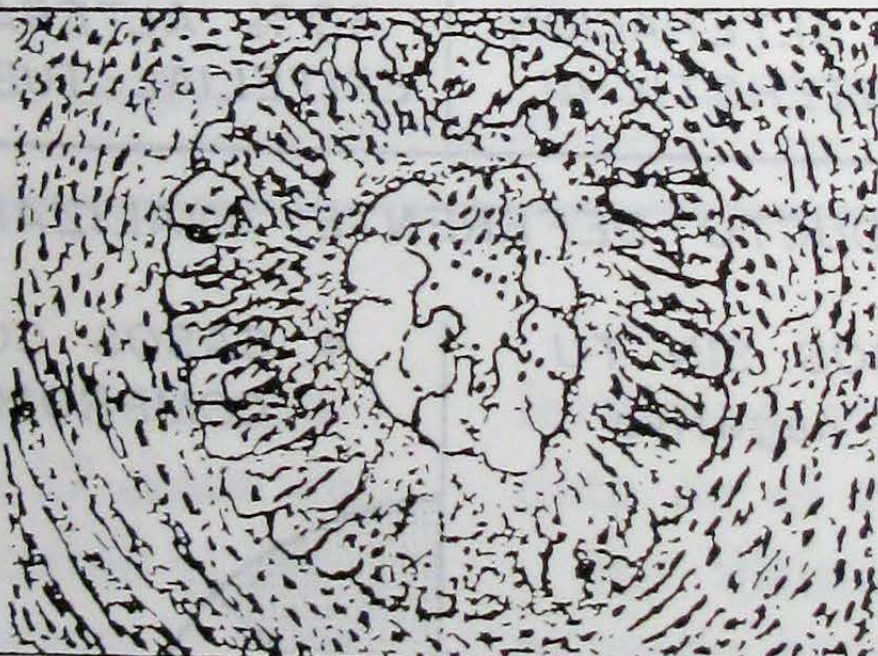
como en las previamente descritas. Además en este grupo de 10 también hubieron 4 casos en que se pudo analizar el conducto deferente por separado y en ellos se vio que 2 de ellos tenían involucrado el epitelio tubular principalmente. (Fig. Nº 5).

CUADRO 5

EPIDIDIMITIS TUBERCULOSA
REPRESENTACION DE LAS AREAS
PREDOMINANTEMENTE AFECTADAS POR
LA LESION TUBERCULOSA.



INFILTRACION INFLAMATORIA GRANULOMATOSA
 ESPECIALMENTE PERITUBULAR



EPITELIO TUBULAR EPIDIDIMARIO DESTRUIDO
 CON VACUOLIZACION CELULAR CON
 DETRITUS EN SU LUZ.

DISCUSION

Si 27 casos de epididimitis tuberculosa, de un total de 50 no presentan bacilos tuberculosos en la orina, tendríamos que un 54% de aquellos no tendrían una participación del tracto urinario.

Pero hay que anotar que alrededor de un 80% de la tuberculosis urinaria se diagnostica por bacteriología positiva en la orina, y esto es en nuestro

medio (8, 9), así como en las series internacionales (2, 5, 7, 10, 11), restando por lo tanto un 20% de falsos negativos. Pero es justamente en este grupo donde las epididimitis representan un buen rubro que en nuestro previo trabajo (9), representaba el 80% de los casos con baciluria negativa.

Además, en el grupo de 27 epididimitis tuberculosa con baciluria negati-

va había 21 sin ningún síntoma urinario y 23 sin ningún signo radiológico de tuberculosis urinaria.

Así pues en el más exigente de los criterios, por lo menos un 38 a 42% de las epididimitis tuberculosas observadas no presentan o no participan de una tuberculosis urinaria comprobable.

Esto nos haría pensar que la posibilidad de una siembra hematógena directa al epidídimo, sin participación del tracto urinario, como lo preconizan algunos autores (6, 7), por lo menos en un 40% de los casos.

Considerando los 21 casos en que se analizó específicamente las áreas de infiltración granulomatosa epididimaria, parecería aceptable decir que, cuando hay una clara participación del tracto urinario el daño histológico demostró una mayor participación del conducto deferente epitelio y estructura tubular epididimaria, mientras que estos estuvieron indemnes y la mayor o principal o inicial afectación granulomatosa ocurría en el tejido peritubular, respaldando la hipótesis de un ingreso hematógeno.

Ahora bien, la importancia o implicación clínica que esto podría tener es que el diagnóstico y tratamiento de estas epididimitis tendrían que ser consideradas en forma especial.

Si vemos que un 40% no estaría relacionado con una tuberculosis urinaria, no podría ser diagnosticada por esta asociación.

El diagnóstico por el hallazgo del BAAR en el semen es muy difícil y

en el mejor de los casos llega a un 10% (6, 7).

Otro 10% de estos pacientes podrían ser diagnosticados etiológicamente por el hallazgo del BAAR en la pus de una fístula escrotal si la tienen.

Pero hay que considerar que estos grupos estarían involucrados en el porcentaje ya diagnosticable, pues en ambos casos han invadido la estructura tubular epididimaria y de ella se pueden manifestar el tracto urinario secundariamente.

Así pues un 40% de las epididimitis tuberculosas tendrían que ser extirpadas quirúrgicamente como único medio para obtener un diagnóstico etiológico y aplicar un tratamiento adecuado general antituberculoso que es indispensable. (4).

Por otro lado el instituir un tratamiento tan largo y costoso y a veces con consecuencias desventajosas sólo por la sospecha clínica sin comprobación etiológica, es discutible, así como también sería el no tratar en forma general una epididimitis probablemente tuberculosa.

Así pues, creemos que es muy aceptable el realizar la excéresis quirúrgica de un epidídimo posiblemente tuberculoso con fines diagnósticos y terapéuticos, puesto que un 40% de ellos sólo dispondrían de esta opción.

Agradecemos al Dr. Enrique Hermida, por la revisión del material Histológico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Lattimer, J. D.; Uson, A. C.; Melicow, M. N.: Campbell's Urology, Chapter 18, 2nd. ed. Philadelphia and London W. B. Saunders Co. Pág. 417, 1963.
- 2.—Smith, J.: Especific Infection of the Urinary Tract. General Urology, 8th ed. Pág. 162. Lange, 1975.
- 3.—Chen - Yang - Chane: Tuberculosis del génito urinario. Urología de Jack Lapides. 1ra. ed. Pág. 192. Nueva Edit. Interamericana, México, 1979.
- 4.—Lattimer, J.; Wechsler, H.; Ehrlich, R. N. y Fukushima, K.: Current treatment for Renal Tuberculosis. J. Urol. 102:2, 1969.
- 5.—Bloom, S.; Wechsler, H.; Lattimer, J.: Results of a long-term study non functioning tuberculous kidneys. J. of Urol. 104: 654, 1970.
- 6.—Puigvert, A.: La Tuberculosis Urinaria y Genital Masculina. 1ra. ed. Pág. 56. Salvat Edit. S.A. Barcelona, 1958.
- 7.—Robbins, S.: Tratado de Patología. 3ra. ed. Pág. 985. Nueva Editorial Interamericana, México. 1968.
- 8.—Paz y Miño, M.: Experiencia con 50 caso sde tuberculosis génito urinaria. Rev. Méd. del IESS. Vol. I - Nº 2: 27, 1975.
- 9.—Paz y Miño, M.; Carrera, I.; Guerrero G.; Calvachi, E.: Tuberculosis Urogenital: Cinco años de experiencia. Rev. Méd. del IESS. Vol. III - Nº 2: 21, 1978.
- 10.—García Irigoyen, C. y Col: Tuberculosis génito urinaria en el niño. Rev. Méd. Hops. General de México. Vol. 25 - Nº 5: 375, 1969.
- 11.—Sandoval, R.; De la Peña, E.: Tuberculosis renal. Revista Médica de México, I.M.S.S. 13: 10, 1974.
- 12.—Maldonado, J.: Tuberculosis Urogenital. Urología e Introducción a la Sexología de Jaime Woolrich. 1ra. ed. Pág. 200. Ediciones Culturales Mexicanas S.A., México, 1977.
- 13.—Feilbogen, M. y Col: Relación entre tuberculosis pulmonar y el árbol urinario. Bol. Méd. Hospital Infantil Salta, Argentina. Vol. XXXVI. Nº 6, 1979.
- 14.—Gow, J. G.: Genito Uronary Tuberculosis. A 7 year review. Britigh J. of Urol. 1979, Nº 51, 239.