

- Petkovic M. C.*: Contribution a l'étude de la maladie kystique des pyramides renales. *J. Urol. Med. Chir.* 58:425-432 (1952).
- Potter, EIL.* (cit. Coliez R.).
- Thompson Rowling J.*: Cystic disease of the renal pyramids. *Brit. J. Urol.* 33:38 (61).
- Viala J. P. y Nahon A. S.*: Deux cas de rein spongieux. *J. Urol.* LVIII, 27-29. 1952.

Servicio de Urología
Instituto L. Güemes — Haedo

Rev. Arg. Urol. Nefrol.
Tomo 41 — Año 1972

TUBERCULOMA DEL TESTICULO

Dres. CASTRIA M. A., PIEGARI N. S., LOZA C. A., CASAZZA M. J.

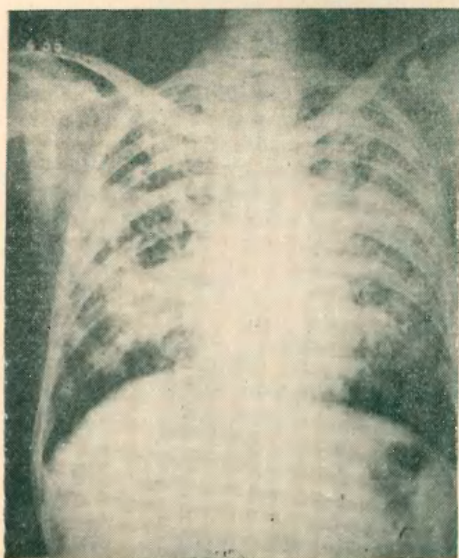
La infección renal por el *Micobacterium Tuberculosis* se origina a expensas de las diseminaciones que caracterizan al período secundario de Ranke.

La siembra se realiza fundamentalmente por vía hemática y por excepción a partir de un foco óseo próximo o de sus adenopatías respectivas por vía linfáticas. El bacilo de Koch llega por vía arterial a comprometer el glomérulo o la red capilar de la arteria post-glomerular. De acuerdo a ello la lesión inicial es predominantemente cortical y con relativa frecuencia medular.

La infección del cáliz se realiza a través de los tubos de Bellini que a nivel del área cribosa establecerán un nuevo foco, pero es sin duda la vía linfática intraparenquimatosa la que permitirá la implantación del agente causal en la red papilocalicilar submucosa con su consiguiente lesión.

Las etapas evolutivas de la misma determinarán que la vía excretora sea su receptáculo natural realizándose la propagación con compromiso de pelvis, uréter, vejiga, próstata y uretra.

Los estudios sobre la tuberculosis de los testículos son escasos y según se acepta la afección resulta de la extensión intracanalicular de la tuberculosis epididimaria y en menor escala resultante de la diseminación hematogena a partir de lesiones de otros órganos.



Siembra miliar en ambos campos pulmonares.



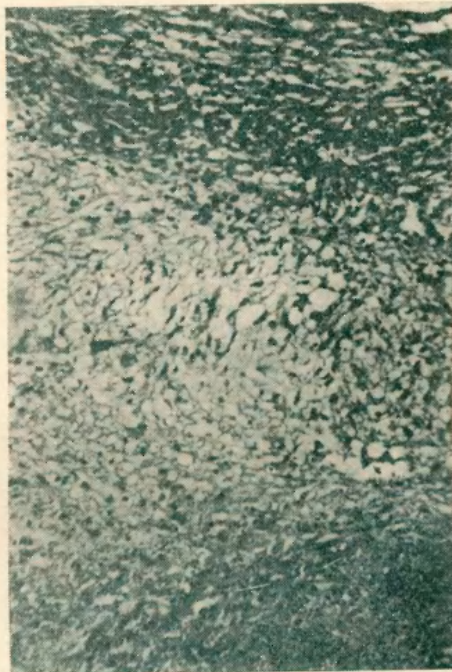
Tuberculoma del testículo.

En conclusión diremos que la tuberculosis en el aparato urogenital es una localización focal secundaria a una lesión pulmonar o de sus ganglios linfáticos que cursan en la segunda etapa evolutiva del proceso, produciéndose la siembra por vía hematógena; entanto las restantes vías desempeñan según Cibert importante función en la diseminación. Dentro del aparato urogenital la localización más frecuente la constituye el riñon, zona glomerular e intersticial, próstata y vesículas seminales.

El compromiso de los testículos representa por consiguiente, una localización más del tránsito de bacilo ácido alcohol resistente a través de la esfera genital, y su signología clínica variará de acuerdo a la fase evolutiva de la enfermedad.

La lesión testicular puede ser uni o bilateral encontrándose asociada a tuberculosis del epidídimo en la generalidad de los casos.

Historia Clínica: N° 243.064. Inst. Cgía. "Prof. Dr. Luis Güemes". J.A.F. argentino de 29 años de edad, empleado.



Células de Langhans, epitelioides, infiltración linfocitaria.

Antecedentes: (30-10-71). Según refiere el paciente, sin importancia.

Enfermedad actual: Consulta por aumento de tamaño de testículo derecho desde hace seis meses, que evoluciona progresivamente sin dolor.

Estado actual: Enfermo en regular estado general.

Riñones: no se palpan. Genitales externos: testículo izquierdo de caracteres normales. Testículo derecho: al examen semiológico se constata aumento de volumen, peso, consistencia, de superficie irregular en partes, indoloro. Deferente sin compromiso. Tacto rectal: próstata de caracteres normales. No se palpan vesículas seminales.

Se solicitan análisis de sangre y orina, baciloscopia de esputo, reacción de Galli Mainini, radiografía de tórax y urograma excretor.

Por razones de orden técnico no se obtienen en el tiempo previsto los exámenes solicitados, excepto la radiografía de tórax.

Radiología: Se observa en la radiografía de tórax, en ambos campos pulmonares diseminados de vértice a base imágenes micronodulares aisladas y confluentes.

Las mismas plantean el diagnóstico diferencial entre: 1) Micosis, 2) Sarcoidosis, 3) Tuberculosis, 4) Lesiones metastásicas.

Atento a lo asintomático de la enfermedad, según refiere el paciente, a la patología tumoral del testículo derecho y a la radiografía de tórax, se indica la intervención quirúrgica con diagnóstico presuntivo de neoplasia de testículo la que se realiza el 5-11-71 es decir nueve días después de su internación.

En el post-operatorio inmediato se constata desmejoramiento general del paciente falleciendo el día 9-11-71, con cuadro de insuficiencia respiratoria.

Los exámenes solicitados oportunamente se obtienen el día 11-11-71, certificando a través del resultado positivo de su baciloscopia que el paciente era portador de una tuberculosis pulmonar.

El estudio histopatológico del testículo revela: *Macroscopía:* Testículo aumentado de tamaño difusamente, mide 12 x 7 x 6 cm. La túnica albugínea es lisa y pálida. En los cortes el parénquima testicular está reemplazado en casi su totalidad por zonas firmes pardas y prominentes rodeando amplias áreas de necrosis coalescentes de color amarillento.

El epidídimo está afectado también por el mismo proceso. *Microscopía:* histológicamente predomina las lesiones de tipo exudativo, en la periferia de las mismas se observan células epiteliales, linfocitos, células plasmáticas y células Langhans esparcidas. La coloración de Ziehl Nielsen para bacilos ácido alcohol resistentes es positivo.

Necropsia: Hoja Nº 47.038: Se encontraron lesiones de bronconeumonía tuberculosa, tuberculosis miliar en riñones, hígado, bazo, testículo izquierdo y pericardio parietal. Adenitis tuberculosa en ganglios de mediastino y mesenterio.

CONSIDERACIONES Y CONCLUSION

El fallecimiento de un paciente afectado de tuberculosis pulmonar severa se debió a reagudización de siembra miliar, neumopatía aguda, provocada probablemente por la intervención quirúrgica realizada, orquiectomía, a la que llegara por error diagnóstico.

Demás está decir que la signología clínica marcará la pauta de estos procederes a favor de lumbalgias persistentes, cólicos nefríticos, hematuria, etc., rebeldes al tratamiento médico.

El hecho de haber intitulado a este trabajo Tuberculoma del testículo tiene por objeto señalar la infrecuencia de la localización bacilar e incorporarlo a la galería de las iatrogenias.