

## *TUBERCULOSIS PROSTATICA*

Dr. Elías José ROCHMAN

La tuberculosis urogenital nunca es primitiva; se manifiesta en el período post-primario de la enfermedad con una frecuencia que oscila entre el 3% y el 5%. Luego de la primoinfección, pulmonar, intestinal o cutánea, inaparente o manifiesta, atenuada o intensa, transcurre un lapso de latencia clínica que puede durar meses o años y reaparecer en la edad adulta como una reactivación de un foco endógeno o por sobreinfecciones exógenas.

La desaparición de la resistencia adquirida, en la que intervienen diversos factores, actuaría ante una nueva infección como primoinfección. En pacientes con tuberculosis urinaria los órganos genitales se encuentran afectados de un 10% a un 15%.

La tuberculosis prostática, como único sitio de localización, clínicamente demostrable es poco frecuente. VEENEMA y LATTIMER, en un trabajo sobre tuberculosis genital en el hombre, refieren que en un 85% de los casos eran secundarios a tuberculosis renal y sólo en un 15% no existían evidencias clínicas ni radiológicas de esta afección.

PUIGVERT y colaboradores, sobre 1100 casos de tuberculosis urogenital en el período comprendido entre 1929 y 1956, no encuentran ningún caso de tuberculosis prostática como único sitio de localización.

En la bibliografía de la Sociedad Argentina de Urología se encuentran publicados:

- 1949; DE LA PEÑA y ANSELEM; un caso de infección tuberculosa de un adenoma de próstata con antecedentes de epididimitis.
- 1951; BERNARDI; un caso de tuberculosis prostática en un nefrectomizado por la misma afección.
- 1968; GARCIA J.C.; un caso de adenomitis tuberculosa en un paciente con antecedentes de epididimitis bilateral.

El caso que vamos a considerar en esta comunicación es el siguiente:

B.C., 53 años, casado, H.Cl. 107.161, que se interna el 21/8/1972 en el Hospital Ramos Mejía, Unidad Urología.

**Motivo de internación:** prostatitis aguda evolutiva con signos de obstrucción urinaria baja.

**Enfermedad actual:** comienza su enfermedad hace un mes con síndrome febril, en picos, astenia y anorexia, disuria y poliaquiuria con tenesmo vesical, nicturia 6-7 veces, dolor perineal que se exacerba con la defecación. Efectúa tratamiento médico con antibióticos y antiinflamatorios obteniéndose muy poca mejoría, por lo que se decide su internación.

**Antecedentes heredo-familiares:** sin particularidades.

**Antecedentes personales:** en 1951 operado del oído derecho por otitis supurada. Varios episodios de proctorragia en los últimos meses. Fumador de 20 cigarrillos diarios y bebedor de un litro de vino diario.

**Estado actual:** en el examen clínico general no se consignan datos de interés.

Al examen clínico-uroológico: orinas turbias con filamenturia. No se palpan riñones ni vejiga; puño percusión negativa bilateral. Pene; s/p.. Contenido escrotal; se palpan testículos, epididimos y deferentes de características normales. Tacto rectal; esfínter tónico; hemorroides externas. Próstata aumentada globalmente de tamaño y consistencia; el lóbulo derecho presenta la superficie irregular y dolorosa y sus límites son difusos.

**Exámenes complementarios:** eritrosedimentación; 55 mm 1a. hora; glóbulos rojos 4.200.000; glóbulos blancos 18.600, con neutrofilia franca; glucemia 1,10; uremia 0,28; fosfatasa alcalina 3,2 U.B.; fosfatasa ácida 2,25 U.G. (normal hasta 5). Abundantes piocitos en el sedimento urinario; urocultivo: bacilos coliformes más de 100.000 colonias.

**Radiología:** tórax; silueta cardiovascular normal, trama aumentada a nivel de los hilos, senos costodiafragmáticos libres

**Urografía excretora:** simple de árbol urinario s/p.; 5, 15, 30 minutos eliminación de la sustancia de contraste observándose morfología pielocalicial dentro de los límites normales; cistograma, falta de relleno en 1/3 inferior por impresión prostática.

**Interconsulta a proctología:** hemorroides externas; rectosigmoidoscopia hasta 30 cm normal; colon por enema normal.

**Uretrocistoscopia:** uretra anterior s/p. Uretra posterior: se observan dos lóbulos prostáticos que llegan a la línea media y sus conductos se encuentran ampliamente dilatados con pequeñas incrustaciones calcáreas en su interior y otras con fibrina; cuello elevado, buena capacidad vesical, mucosa algo congestiva y con trabéculas.

**Biopsia prostática:** inclusión N° 81.797. Informe del Dr. Mosto. Fragmento de tejido prostático formado por glándulas de caracteres típicos y signos inflamatorios, caracterizado por un infiltrado linfoplasmocitario.

Con el diagnóstico presuntivo de **prostatitis crónica obstructiva** se interviene quirúrgicamente el 27/9/72.

**Cirujano:** Dr. Rochman. Anestesia peridural.

Se realiza adenomectomía transvesical siendo el clivaje muy difícil. La superficie capsular remanente es irregular por lo que se efectúa toma para su examen. Vasectomía bilateral. El enfermo evoluciona favorablemente: alta el 16/10/72.

**Anatomía patológica:** inclusión 82.027. Dra. Taratuto. Tuberculosis folicular caseosa. (diapositivas 1-9 donde se observan: conductos glandulares prostáticos dilatados y tortuosos con zonas de necrosis caseosas rodeadas en algunas zonas por células gigantes epiteloideas y linfocitos y en otras con proliferación fibrosa periférica).

**Evolución posterior:** comienza tratamiento con isoniazida, estreptomina y ácido paraaminosalicílico, pasando luego a un plan con isoniazida, rifampicina y ethambutol completa 18 meses. Se realizan controles bacteriológicos trimestralmente cuyos resultados son negativos.

## CONSIDERACIONES

En el paciente que acabo de presentar, la histopatología de la pieza quirúrgica fue la que dio el diagnóstico etiológico. Se consideró los diagnósticos diferenciales con una prostatitis crónica inespecífica, una litiasis o un carcinoma. Si bien la biopsia previa negativa no descartaba la neoplasia, frente a la presencia de una uropatía obstructiva baja se decidió la intervención quirúrgica. Es de destacar que si bien los conductos dilatados ampliamente con o sin calcificaciones en su interior, cuando van asociados a lesiones renales o epididimarias

en un 85 % de los casos debe sospecharse que existe una localización prostática, este signo por sí solo no es patognomónico. Probablemente se hubiera podido realizar el diagnóstico preoperatorio, si se investigaba mediante cultivos seriados la presencia del bacilo de Koch; la falta de antecedentes, el examen clínico y bacteriológico directo negativo nos llevaron por otro camino.

## RESUMEN

**Se presenta un caso de tuberculosis prostática cuyo diagnóstico fue realizado mediante la histopatología de la pieza quirúrgica. Se destacan las dificultades diagnósticas cuando no se pueden localizar otras lesiones en el aparato urogenital ni existen antecedentes de esta patología.**

\*\*\*\*\*

## BIBLIOGRAFIA

- Genital tuberculosis in the male. Clinical pathology an effect on the fertility. R. Veenema and J. Lattimer. *J. Of. Urology*: vol. 78; No. 1; 1957.
- Tuberculosis prostatic and urethritis. J. Lattimer. *J. Ur.*: vol. 59; pag. 326; 1948.
- Tuberculosis of prostate and seminal vesicles (2 cases). A. Sporeer and G. Oppenheimer. *J. Ur.*: vol 78; No. 3; 1957.
- Common errors in the diagnosis and magnament of genitourinary tuberculosis. J. Lattimer. *Med. Clin. North America*: vol. 43; pag. 1623/8; 1959.
- Infección tuberculosa de un adenoma de próstata. De la Peña, A. y Anselem, A. (Madrid) *R.A.U.*: vol 18; pag. 8; 1949.
- Sobre un caso de prostatectomía por T.B.C. prostática en un nefrectomizado por la misma afección. Bernardi, R.. *R.A.U.*: vol. 20; pag. 49; 1951.
- Adenomitis tuberculosa. García, J.C.. *X Congreso Argentino de Urología (Mendoza)*: pag. 184; 1968.

\*\*\*\*\*

## SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

SESION DEL 27 DE JUNIO DE 1974

Dr. Castría:

Quería hacer un aporte. En el año 1972 presenté a la Sociedad de Urología y Nefrología de la Provincia de Buenos Aires, un caso de adenomitis tuberculosa; se trataba de un paciente con una semiología prostática -sin antecedentes de ninguna naturaleza- de carácter bacilar. Sólo el estudio histopatológico reveló a través de cortes seriados la presencia de la lesión tuberculosa.

Dr. Segoñi:

Quería hacer un aporte a la comunicación del doctor; un paciente que examiné hace aproximadamente un año con un síndrome prostático y que al tacto rectal demostraba una próstata con las características semiológicas de una neoplasia. La realización de la biopsia por perineal demostró, en un estudio efectuado por el Dr. Gil Rivas, que correspondía a una tuberculosis prostática. Con el tratamiento médico efectuado, al mes el control demostraba que la próstata había prácticamente involucionado un 60-70 %. El enfermo abandonó el tratamiento y tuve oportunidad de verlo al año o diez meses, internado en el servicio de Neurología del Policlínico Cas tex, con una meningitis tuberculosa de la cual salió favorablemente.

Dr. Rolando C. Hereñú:

Yo quisiera preguntarle al Dr. Rochman por qué su criterio de una intervención a cielo abierto y por qué la denomina adenomectomía, puesto que entre los diagnósticos diferenciales que tuvo a mano, habría una prostatitis, litiasis prostática, etc.. En la radiología no se demuestra un adenoma y por otra parte, si no cree que era más indicado una resección endoscópica, incluso con fines biópsicos y de desobstrucción.

Dr. Elías J. Rochman

Se decidió el abordaje por vía alta, en principio porque el paciente tenía una patología bastante intensa, con un cuadro obstructivo que no cedía al tratamiento médico. Desde el punto de vista endoscópico revelaba la presencia de dos glóbulos que eran obstructivos y simplemente se abordó por vía alta porque prácticamente yo no tengo mayor experiencia en las resecciones endoscópicas y prefiero la cirugía alta.

\*\*\*\*\*