

Cátedra de Clínica Quirúrgica
del Profesor OSCAR CAMES

Por los Doctores

RICARDO ERCOLE
y ADOLFO FORT

TUBERCULOSIS DEL PENE

HEMOS creído de interés traer al seno de esta Sociedad una observación de tuberculosis del aparato genital del hombre de localización poco común.

La extremada rareza de la afección que nos ocupa, hace que ella sea frecuentemente confundida con otras ulceraciones crónicas del pene, por lo cual su diagnóstico deja de efectuarse en la mayor parte de los casos, al no tenerla presente y desconocerse sus características anatomo-clínicas.

Lazarus y Rosenthal en un trabajo aparecido en *The Journal of Urology* del año 1936, recopilan la totalidad de casos publicados hasta esa fecha, alcanzando a reunir 25 observaciones clínicas en la edad adulta. En el mencionado trabajo aparecen resumidas las historias clínicas de los casos publicados, donde el diagnóstico clínico de tuberculosis sólo ha podido efectuarse en el 32% de las observaciones y en las restantes la afección fué equivocadamente interpretada como lesión inflamatoria crónica de distintas etiologías.

Frontz y McKay sobre 352 casos de tuberculosis del aparato uro-genital ingresados al Brady Urological Institute hasta el año 1929, han encontrado tan sólo dos casos de tuberculosis primaria del pene.

La historia clínica de nuestro enfermo es la siguiente:

S. G., 72 años, casado. Ingresó a nuestra clínica privada en marzo del corriente año.

Antecedentes personales. — Diabetes desde hace 20 años, que ha tratado en forma irregular. Moderado fumador. No es bebedor. Por lo demás ha sido siempre sano, siendo persona de costumbres sobrias.

Enfermedad actual. — Comienza hace alrededor de 2 meses con la aparición de dos placas negruzcas a nivel del glande, una del tamaño de una moneda

de 10 centavos y otra más pequeña. Dichas placas necróticas son indoloras; sus límites bien netos. Al cabo de pocos días la escara se desprende dejando una ulceración de aspecto tórpido, de bordes poco elevados e irregulares. Es sometido a tratamiento por haberse interpretado dichas lesiones como necrosis por alteraciones de origen diabético.

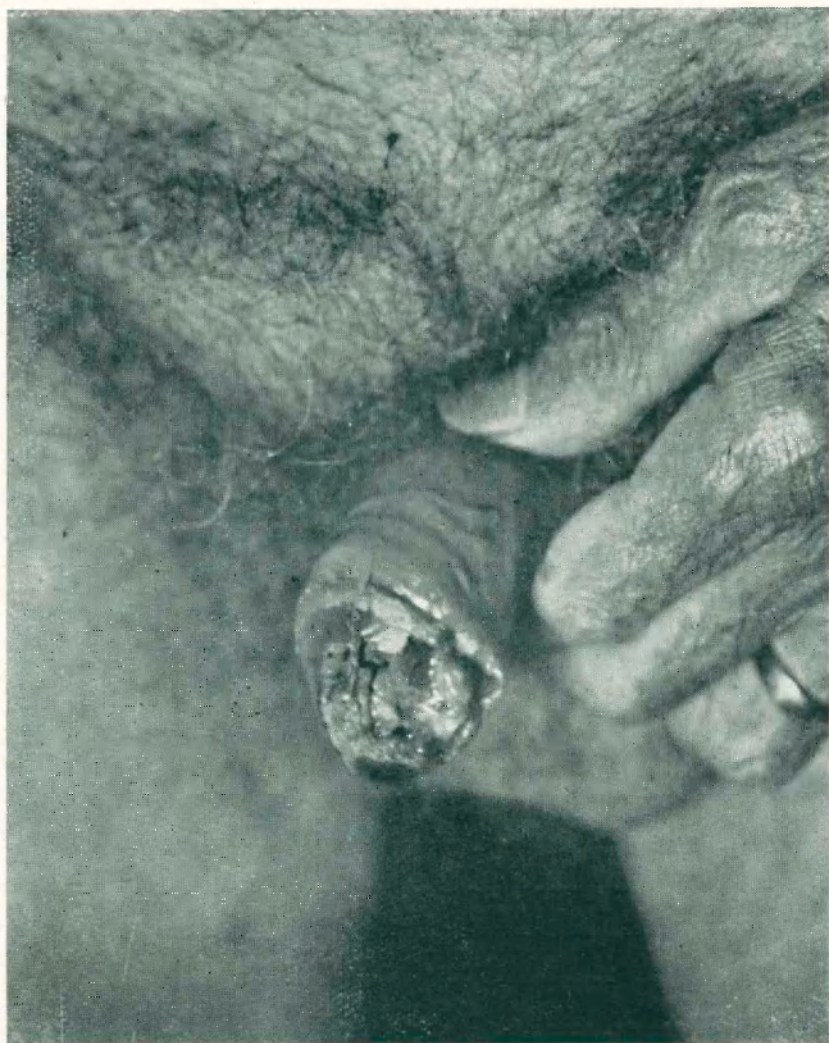


Figura 1.
Fotografía de la lesión.

Como la ulceración no experimenta regresión, sino que por el contrario hay un aumento de ella, el médico tratante nos envía el enfermo el cual presenta el siguiente

Estado actual. — Bien constituido, buen estado de nutrición. Piel y mucosas: nada de particular. Aparato circulatorio: tonos normales. Presión arterial: Mx.: 15 cms.; Mn.: 9 cms. Pulso regular, rítmico, 78 al minuto. Aparato respiratorio: el examen físico no revela ninguna particularidad. Una radiografía de pulmón revela lesiones de fibrosis crónica difusa con enfisema. Abdomen: lige-

ramente globuloso, depresible, indoloro. Hígado y bazo no se palpan. Riñones: sin particularidades. Testículo y epidídimo normales. Próstata nada de particular. Hay una adenopatía inguinal bilateral. Ganglios chicos, móviles, indoloros. Pene: el glande está invadido y destruido parcialmente por una lesión ulcerativa cuyo fondo es de aspecto tórpido, amarillento, con escasa secreción sero-purulenta. El contorno de dicha ulceración es irregular, siendo su borde poco saliente y de consistencia blanda. El meato uretral aparece en el fondo de la ulceración invadido por la lesión destructiva.

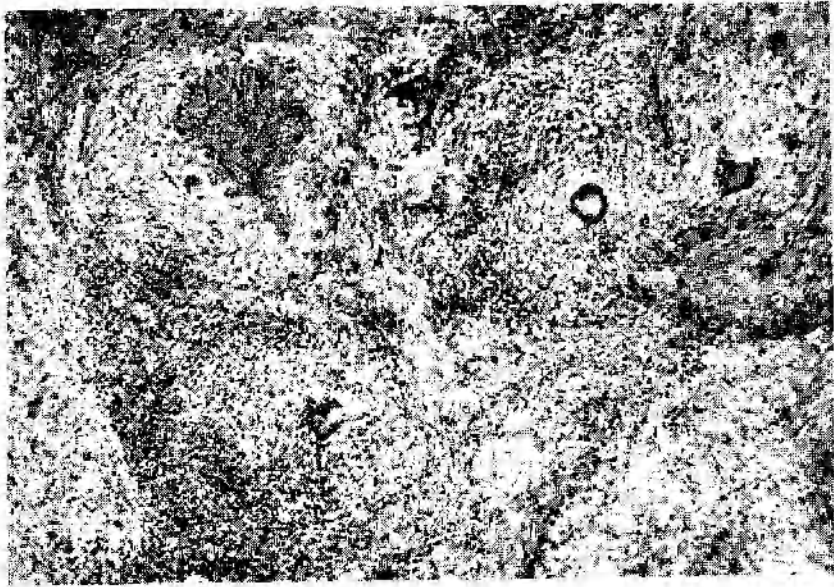


Figura 2.

Conglomerado de folículos: uno de ellos con caseosis en su centro.

Las orinas son claras, límpidas.

Los exámenes de laboratorio que se le practican al enfermo revelan: en la orina una glucosuria de 4.5 por mil. El examen del sedimento no demuestra la existencia de glóbulos de pus.

La glucemia es de 2.20 por mil. Urea en suero: 0.45 por mil. Examen de sangre: glóbulos rojos: 3.600.000. 78 % de hemoglobina. Glóbulos blancos: 7.600.

El enfermo es sometido a un régimen adecuado para su diabetes consiguiéndose normalizar su glucemia y la desaparición de la glucosa en orina.

Se resuelve practicar una biopsia cuyo examen histo-patológico es efectuado por el Prof. Cid, quien nos informa:

"En los distintos fragmentos extirpados se descubre un proceso inflamatorio intenso con gran esclerosis. El epitelio de revestimiento se presenta también alterado con ulceraciones en algunos puntos. El proceso inflamatorio es de tipo banal con infiltración abundante de polinucleares que llega hasta la forma-

ción de pequeños abscesos. Pero además se reconoce formando la parte principal del proceso inflamatorio un granuloma de naturaleza tuberculosa. Este está constituido por infinidad de formaciones foliculares aisladas o confluentes. La estructura de estos folículos es característica, estando constituidos por una o más células gigantes en el centro, rodeadas de una zona de elementos epitelioides y por fuera una corona no muy abundante de linfocitos. En algunos folículos se observa la caseosis central. En los puntos en que confluyen varios folículos la zona caseosa es continua dentro de los mismos. Por fuera de los folículos se en-

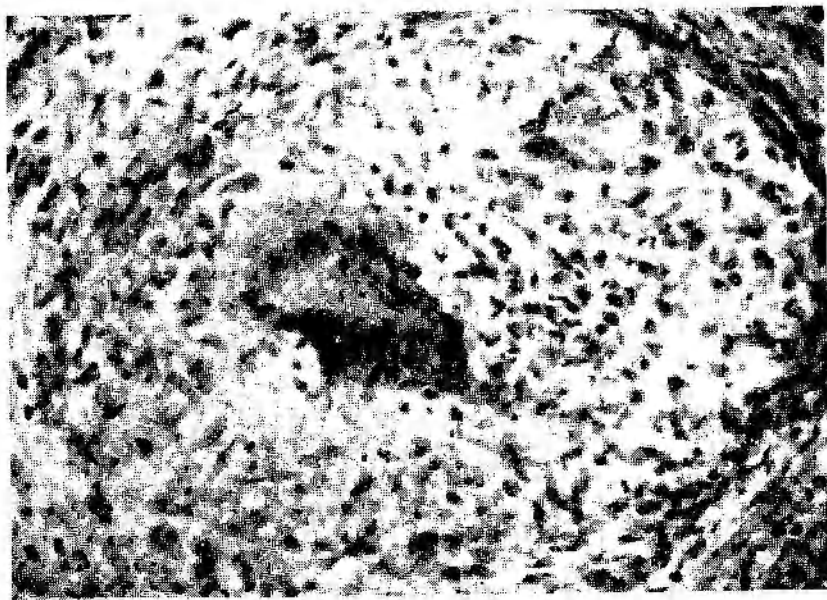


Figura 3.

Folículo tuberculoso a gran aumento (400 D). Se observa una célula gigante en el centro y una corona de células epitelioides por fuera. La zona linfocitaria tiene muy escaso desarrollo en este folículo.

cuentran polinucleares en cantidad variable, pero hay también una intensa reacción histioide con proliferación de los elementos fijos y móviles”.

“Diagnóstico: Tuberculosis folicular. Infección secundaria sobreaguda”.

Ante este diagnóstico nos resolvemos a practicar una electrocoagulación de la lesión, colocando secundariamente una sonda uretral a permanencia.

Post-operatorio: Sin particularidades. Se retira la sonda uretral al 6º día. Desaparece el aspecto tórpido que presentaba la lesión antes de la electrocoagulación, apareciendo tejido de granulación en la totalidad del área ocupada por la lesión. El enfermo es dado de alta a los 15 días con el compromiso de volver al consultorio externo para su observación. Por razones de índole particular el enfermo no puede viajar a ésta, informándonos de la marcha satisfactoria de su lesión. Hace pocos días nos hemos puesto en contacto con el médico de cabecera quien nos informa la total curación de su lesión ulcerativa.

La tuberculosis del pene puede adquirirse por distintas vías de contagio: en la vieja práctica de la circuncisión ritual efectuada por los israelitas, era frecuente esta localización de la tuberculosis, puesto que el procedimiento empleado hacía factible una fácil contaminación de la herida por esputos tuberculosos. Actualmente los métodos han variado y por lógica consecuencia ha dejado de verse este tipo de infección en los niños.

Se admite que la infección en el adulto se produce por contagio directo durante el coito con una mujer afecta de tuberculosis a nivel de sus órganos genitales o también en aquellos casos en que el pene ha estado en contacto con esputos bacilíferos. La otra vía de infección a considerarse es la hematógena, siendo necesario para que ella se realice, que se cumplan las conocidas etapas en la evolución de las localizaciones bacilares. Queda finalmente como probable causa de infección la inoculación del glande en la tuberculosis urinaria.

Síntomas. — Habitualmente la lesión inicial aparece a nivel del glande como una pequeña pápula dolorosa localizada generalmente en las inmediaciones del meato uretral, asumiendo seguidamente, por su crecimiento, aspecto de lesión chancroide.

La ulceración es al comienzo superficial y su crecimiento es muy lento, con franca tendencia a quedar localizada durante algún tiempo. Los caracteres de esta ulceración son los de presentar contornos irregulares, bordes desprendidos, de consistencia blanda y poco sangrantes. El fondo de la ulceración es de aspecto tórpido, de color amarillento, pudiéndose en casos más avanzados observar áreas de necrosis gaseosa.

En otras circunstancias la lesión adquiere una tendencia más destructiva, pudiendo invadir secundariamente la uretra, el cuerpo esponjoso y los cuerpos cavernosos.

Los ganglios inguinales pueden invadirse secundariamente y esta adenopatía es indolora mientras la lesión inicial no sufra una infección secundaria que provoque una inflamación aguda de los mismos.

En aquellos casos en que el proceso ha invadido la uretra, aparecen síntomas urinarios tales como disuria y polaquiuria.

Diagnóstico. — Como decíamos anteriormente, el diagnóstico clínico de esta afección pocas veces puede hacerse en la práctica, por

lo cual debe recurrirse a la prueba biópsica. Este elemento de examen es decisivo en el sentido de la seguridad diagnóstica.

Otro medio de evidenciar la etiología bacilar, preconizado por algunos autores, es la búsqueda del bacilo tuberculoso en la lesión o, mejor aún, la inoculación al cobayo con material obtenido de la ulceración.

El diagnóstico diferencial de la tuberculosis de pene debe plantearse con las distintas lesiones inflamatorias o neoplásicas que puedan afectar a este órgano: balanitis, herpe, chancro de Ducrey, chancro sífilítico, epitelioma y granuloma inguinal.

Clínicamente pueden descartarse muchas de ellas, ya sea por los caracteres macroscópicos de la lesión o mediante la ayuda de los exámenes de laboratorio, llegándose al diagnóstico de tuberculosis por el examen histo-patológico de un fragmento de la ulceración como en nuestro caso, o por la demostración del bacilo de Koch en el material obtenido del curetaje de la úlcera sospechosa.

Pronóstico. — En los niños el pronóstico es fatal en la mayor parte de los casos; tal es el hecho que se ha comprobado estadísticamente. En el adulto el pronóstico es relativamente benigno y sólo existe un 12% de mortalidad según Lazarus y Rosenthal.

Tratamiento. — Los autores están divididos en cuanto al tratamiento a emplear. Hay quienes aconsejan el curetaje y escisión con buenos resultados, otros han empleado la electrocoagulación, procedimiento que nosotros hemos adoptado con resultado satisfactorio. La amputación del pene estaría reservada para aquellos casos avanzados en que el proceso ha invadido la uretra y destruido parcialmente los cuerpos cavernosos.

DISCUSION:

Dr. Schiapapietra. —

Como contribución a la comunicación sobre "Tuberculosis del pene", deseo recordar que en los Boletines de la Asociación Médica Argentina del año 1925 bajo el título de afecciones raras del glande, tuberculosis y actinomicosis está documentada la presentación que el doctor Pagliere hiciera con anterioridad a esta Sociedad:

Agregar otras dos observaciones documentadas también en el Archivo clínico del Hospital Italiano. La primera se trata de un adulto que, bajo el número de matrícula 180.610 ingresó en agosto de 1931, quien me había consultado días antes por una pequeña

ulceración en el dorso del glande y que se trataba desde hacía tiempo por una estrechez irreductible de la uretra, presentando en ese momento fenómenos de periuretritis. Le indiqué su internación para poder confirmar el diagnóstico clínico de presunción. Se trataba de una úlcera tórpida del glande como las clásicamente descriptas, cuyo



tamaño y posición ilustra la fotografía, practiqué una biopsia cuyo material destiné para estudio histológico e inoculación del macerado, cada uno de estos exámenes fué confirmándose a su debido tiempo con resultado positivo. Durante su permanencia en el servicio tuvimos que drenarle un absceso periuretral y otro del cordón espermático cuyo pus resultó también tuberculizante. Supe que el enfermo falleció once meses después en estado de tisis.

La segunda observación se trata de un niño de 7 años, internado en el servicio de ortopedia por mal de Pott en junio de 1929

bajo el número de matrícula 169.047. Presentaba muy mal estado general, una cifosis angular de la novena dorsal y un absceso frío osifluente lumbar a izquierda. El motivo de consulta era una fimosis segregante. Al descubrirle el glande se observaba una ulceración muy próxima al meato uretral. Las orinas homogéneamente piúricas. El material que pude extraer de los bordes de dicha ulceración fué tan pequeño que sólo destiné a una inoculación de su macerado que resultó tuberculizante, así como en las orinas de micción.

Los tres casos a que me he referido corresponden a localizaciones ulcerosas secundarias a tuberculosis urogenital.

Determinar si la lesión corresponde a una localización primaria en el aparato urogenital o secundaria a otras localizaciones del sistema es de suma importancia, no sólo para su nomenclatura, sino también en relación al tratamiento de elección.
