

UN CASO DE TUBERCULOSIS DEL PENE

Por los Dres. MARIO F. VICCHI y CARLOS A. LLAMBIAS

Consideramos justificada esta presentación por ser la tuberculosis del pene una localización muy rara: Lowsley en un resumen casuístico de las publicaciones hechas hasta el año 1947 reúne tan solo 110 casos, de los cuales 72 son primarios, siendo la fuente de contagio la circuncisión ritual, 12 se produjeron por inoculación durante el acto sexual y 8 fueron considerados como secundarios a otras localizaciones génitourinarias o pulmonares.

E. L. Lewis enriquece la casuística mundial con 5 casos más, 3 formas primarias y 2 secundarias.

En nuestro país las publicaciones al respecto son escasas, hemos encontrado dos casos citados por el Dr. Schapapietra, otro del Dr. Pagliere y otro caso publicado por los Dres. Ercole y Fort en el año 1939 en la revista de esta Sociedad.

No entraremos en mayores detalles sobre esta enfermedad, sino que recordaremos los hechos más salientes de la misma.

Las vías de infección según Lewis son: I) La siembra hematógena secundaria a una lesión pulmonar. II) Infección directa (por circuncisión ritual o inoculación durante el coito), y III) coincidencias con otras lesiones génitourinarias.

Las características clínicas de la lesión son variables; Brunoti describe tres períodos de la ulceración tuberculosa, que son los siguientes: pústula con poca o ninguna ulceración, úlcera poco o nada indurada, y por último úlcera extensiva infiltrante con bordes indurados.

Lo habitual es que se produzcan dos o tres ulceraciones con tendencia a fusionarse; acompañan a esta lesión ganglios inguinales.

No siempre se presenta la enfermedad con estos caracteres, habiendo numerosas formas atípicas: Frotz y Mac Kay citan un caso con invasión total del

pene y parte inferior del abdomen. Hansteen menciona un enfermo cuya lesión comenzó como una úlcera simple de frenillo, que luego se generalizó invadiendo epidídimo y riñón; en otros enfermos la tuberculosis simula un herpes o un impétigo de evolución tórpida; en niños se ha observado destrucción total del pene y siembra miliar en algunos casos.

DIAGNÓSTICO

Hacer un diagnóstico clínico de esta enfermedad es muy difícil, ya que su extremada rareza no hace que se piense en ella, sino que se oriente la investigación en otro sentido.

Los elementos que tenemos para llegar a un diagnóstico correcto, son los siguientes: La investigación de bacilos ácidos alcohol resistentes, inoculación de macerados y biopsia; hacer el diagnóstico clínico exclusivamente es muy difícil, ya que hay enfermedades cuyas lesiones tienen características muy similares y son mucho más frecuentes, lo que nos hace pensar en ellas antes que en una tuberculosis de pene.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Muchas son las lesiones que pueden inducir a error, pero sin entrar en mayores detalles diremos que es posible establecer el diagnóstico, por la diferente evolución, características clínicas y pruebas de laboratorio de fácil realización, las enfermedades que pueden inducir a confusión son las siguientes: cáncer de pene, balanitis, herpes, chancro sífilítico, enfermedad de Ducrey, goma ulcerado y lepra.

PRONÓSTICO

En general es una localización de la tuberculosis que no tiene un pronóstico muy severo según Lazarius y Rosenthal, la mortalidad es de un 12 %.

TRATAMIENTO

Muchos procedimientos han sido propuestos, siendo muchas veces difícil la elección del mismo, por no ser constantes los resultados obtenidos con ellos. Se han propuesto: escisión quirúrgica, electrocoagulación, rayos infrarrojos, ultravioletas, radioterapia, radioterapia asociada al sulfarsenol y en la actualidad se preconiza para las lesiones tuberculosas de las capas de revestimiento el shock vitamínico.

Detallamos a continuación un resumen del caso por nosotros presentado:

Historia clínica N° 143.901, A. E. de 64 años de edad.

Antecedentes. — Hace 34 años hemorragia que curó sin incidentes, trastornos intestinales crónicos. Operado de catarata hace 10 años, ojo derecho, de etiología dudosa. Niega otros

antecedentes de interés. Esposa sana, ha sido intervenida por un mioma y un examen ginecológico reciente muestra la ausencia de lesiones genitales. Desde hace dos años presenta polaquíuria y nicturia. No ha tenido el enfermo relaciones sexuales extramatrimoniales durante los años que preceden a la aparición de su enfermedad.

Siete meses antes de concurrir a nuestro servicio, aparece en glande una ulceración que se extiende lentamente, concurre a un hospital de los alrededores donde hacen investigación directa de espiroquetas y reacción de Wasserman y Kahn con resultado negativo; se lo somete a un tratamiento con antibióticos, desinfectantes locales no obteniendo ningún beneficio, por el contrario, la lesión se extendió.

Se dirige el enfermo a un servicio de Piel y Sífilis de nuestra capital, donde después de ser estudiado se lo somete a un tratamiento de prueba con sales de Bismuto durante 45 días, con fracaso total, siendo entonces enviado al Instituto de Cancerología con un diagnóstico de neoplasia de pene.

El paciente ingresa a nuestro servicio el día 6 de Junio de 1947.

Examen clínico. — Buen estado de nutrición, sin presentar particularidades en sus paratos circulatorio y respiratorio. Faringitis tabáquica. Edentición total en mandíbula superior 6 piezas dentarias en mandíbula inferior, con lesiones de piorrea. Examen neurológico no muestra signos de interés patológico.

Examen urogenital. — Lesión ulcerada de glande con discreta infiltración, destruyendo parcialmente el órgano con trayectos fistulosos que dan salida a orina, recubiertas por mocopus, no determina obstáculo mecánico uretral, orinas límpidas, uretra libre, no hay residuo de orina. Muy discreta adenopatía inguinal.

Tacto rectal. — Próstata aumentada de tamaño, elástica, movable con caracteres de un adenoma.

Cistoscopia. — Capacidad vesical 250 cm³, meato de aspecto normal, vejiga en columnas, lóbulos laterales de próstata salientes, signos endoscópicos típicos de tumor prostático.

El examen del contenido escrotal y del resto del aparato urinario, sin particularidades destacables.

Exámenes de laboratorio. — Urea en sangre: 0.63%. Glucemia: 0.80%. Wasserman, Kahn y Kahn presuntiva, negativas. Recuento globular y fórmula: Glóbulos Rojos 3.820 000 y Glóbulos Blancos 8.000

Examen completo de orina: No hay elementos anormales.

Citobacteriológico de orina: No se encuentra pus ni gérmenes. Se repitió en tres oportunidades.

Inoculación al cobayo: Negativa.

Reacción de Frey: Negativa.

Rd. de Mantoux, con tuberculina al 1%: Positiva.

Examen radiológico. — R. de tórax: No se observan lesiones patológicas.

Urografía excretora. — R. directa no se ven sombras calculosas, a los cinco minutos buena eliminación del medio contraste por ambos riñones. Imagen ureterepielocalicial, sin alteraciones.

Examen anatomopatológico. — II) 18. Junio. 1948. Examen anatomopatológico de control. Diereto proceso inflamatorio sub epitelial.

I) Biopsia 65694, Junio de 1947. Hecha por el Dr. A. Di Pietro. En unos de los cortes se observa un espesamiento de la mucosa del glande con hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis. En una zona la mucosa está ulcerada y recubierta por un granuloma crónico inespecífico y con necrosis fibrinoidea de algunos capilares.

En el tejido subepitelial se encuentra un granuloma del tipo linfoplasmocitario y en

pleno centro del corte aparecen focos necróticos rodeados por un granuloma tuberculoso con células de Langhans y epitelioides.

En el otro corte las lesiones están más evolucionadas y se encuentran algunos tubérculos productivos.

Diagnóstico. — Tuberculosis ulcerada a predominio productivo.

III) Junio de 1948. Con el objeto de completar el estudio histopatológico, se han realizado nuevos cortes, para efectuar las investigaciones de Bacilos de Koch con los métodos de coloración específica y nuevas preparaciones microscópicas; estudio antamopatológico que efectúa el Director del Instituto de Cancerología, Prof. Domingo Brachetto Brian.



Figura 1
Aspecto de la lesión al ingresar el enfermo a nuestro servicio, en el mes de Junio de 1947.

Por razones circunstanciales no ha sido terminado el estudio antes mencionado.

El nuevo estudio realizado por el Prof. Brachetto Brian, confirma el diagnóstico histopatológico anterior.

La investigación de bacilos de Koch: Negativa.

Tratamiento. — Nos decidimos por el tratamiento radioterápico y administración de sulfarsenol. En la lesión del glande se dieron 3.600 r., fraccionadas en dosis diarias de 240 r. 200 K. V. de tensión y 10 M. A. de intensidad, filtro 2 mm. de cobre, más 1 mm. de aluminio, distancia foco piel 50 cm., campo 3 x 3.

Dosis en región inguinal. — 200 r. diarias, dosis total 2.400 r., por campo inguinal.

Se ha hecho una dosis superior a la habitual en otras localizaciones ganglionares, siguiendo el criterio del doctor Lienhard, Jefe de la Sección de Radioterapia del Instituto de Cancerología, considerando que los peligros de diseminación por la acción de la radioterapia se descartaba, por ser ganglios alejados de los pulmones, las aplicaciones en las regiones inguinales se hicieron en forma alternada.

Sabemos que los granulomas tuberculosos son sensibles a la radioterapia, lo mismo que las adenopatías de esta etiología, las dosis en piel y mucosas son más intensas que en los ganglios porque en aquellas no existe el peligro de la diseminación, parecería que el Sulfarsenol por un mecanismo no explicado, refuerza la acción de la radioterapia.



Figura 2
Fotografía obtenida en el mes de Junio de 1948, al año del tratamiento.



Figura 3
Fotografía obtenida al año del tratamiento, Junio 1948. Vista de perfil.

Sulfarsenol. — Se hizo una dosis total de 0,70 grs.

Evolución. — Con el tratamiento realizado la lesión local después de presentar reacción inflamatoria por la acción de la radioterapia, fué cicatrizándose progresivamente.

Como persistían los trastornos intestinales crónicos, el enfermo es enviado a la Sección Gastroenterología, transcribimos a continuación el informe del doctor Canónico, Jefe de la Sección.

"La persistencia de trastornos intestinales, dolor tipo cólico, diarreas periódicas, la ausencia de parásitos intestinales, las imágenes radiológicas de colon derecho, que demuestran una dilatación moderada del cecoascendente y un defecto de relleno en la porción vecina al ángulo hepático y el antecedente de la lesión bacilar de glánde, todo ello justificaba la exploración quirúrgica del colon, con la sospecha diagnóstica de una concomitante, lesión tuberculosa de

intestino o de la existencia de una neoplasia". 30 de Enero de 1948. Laparatomía derecha mediana transmuscular. Anestesia novocaina al 2%. La exploración del colon derecho no revela



Figura 4

Vista panorámica del a que se observan las lesiones del epitelio (hiperqueratosis, acantosis y papilomatosis) y el granuloma tuberculoso crónico.

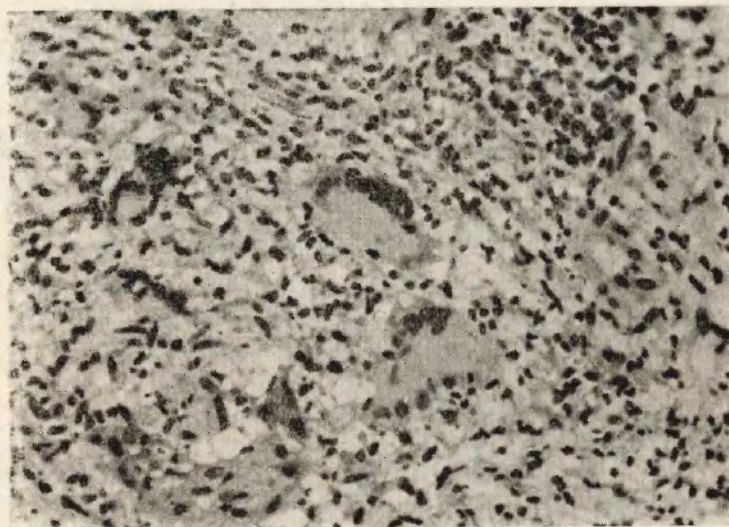


Figura 5

Tubérculo constituido por células gigantes de Langhans en la periferia, algunas capilares o células linfocitarias y plasmáticas.

tumoración alguna, pero a la vecindad del ángulo hepático existen numerosas bridas que vinculan al colon ascendente con la cara inferior del hígado en particular con la zona vesicular.

El epiplon mayor también ha contraído francas adherencias a ese nivel. Es muy posible que esto sea la causa de la imagen radiológica deformante del colon ascendente". De la exploración efectuada se descarta la posibilidad de lesión tuberculosa demostrable en colon".

18 de Junio de 1948.

Estado actual. — El enfermo lleva un año de evolución desde que iniciamos su tratamiento —persiste un buen estado general, presenta sus síntomas vesicales de disuria, poliururia, etc., determinadas por su adenoma de próstata. El examen clínico general realizado en forma metódica por el doctor Llambías no demuestra ninguna alteración general de interés. Salvo la eventración a través de la cicatriz de la laparotomía exploradora a que fué sometido el enfermo.

El glande presenta un aspecto blanquecino, habiéndose obtenido la total cicatrización de la lesión, superior de los trayectos fistulosos y desaparición de la denopatía inguinal.

Examen de laboratorio. — Urea en sangre: 0.62%; Glucemia: 0.90 $\frac{1}{100}$; Recuento globular: Glóbulos Rojos: 4.250.000; Glóbulos Blancos: 13.000; normocitosis y normocitómia. Eritrosedimentación: 1 hora 11 mm. 2ª hora 35 mm.

Índice de Katz: 16 mm. ligeramente acelerada. Sin significación patológica.

Wasserman, Kahn y Kahn presuntiva: Negativas.

Examen de Orina. — *Citobacteriológico:* No hay pus ni gérmenes.

Examen de esputos. — Negativa para el Bacilo de Koch.

R. de Tórax. — No se observan lesiones de significación patológica.

CONCLUSIONES

1º) Hemos basado nuestro diagnóstico principalmente en el estudio histopatológico y además excluyendo clínicamente y por pruebas de laboratorio las enfermedades que podrían inducirnos a error.

2º) Creemos estar en presencia de una tuberculosis localizada en glande, secundaria a una lesión que no hemos podido demostrar.

3º) La excelente respuesta que ha tenido este enfermo al tratamiento efectuado: Radioterapia y Sulfarsenol.

4º) Deseamos destacar que las probabilidades de error hay que tenerlas en cuenta antes de instituir tratamientos. Es por esta razón que en el Instituto de Cancerología condenamos la práctica de tratamientos activos en posibles neoplasias sin la biopsia, cuando ella es posible. El caso presente nos muestra los beneficios de este temperamento.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Lowsley, O. S. — Tuberculosis of the Penis. Year Book of Urology (1947), Pág. 339.
 Ercole, R., y Fort, A. — Tuberculosis de Pene. Revista Argentina de Urología (1930), Nos. 9 y 10. Vol. VIII. Pág. 531.
 Brunati, M. I. — A propos des aspects Anatomico-Cliniques de la Tuberculose primitive du gland (Chancres Tuberculeux). Annales D'Anatomie Pathologique (1938). Tomo 15. Pág. 409.

Babler, E. A. — Primary Tuberculosis of the Glans Penis. *Annals of Surgery* (1913). Vol. I.VII, Pág. 894.

OTRA BIBLIOGRAFÍA

- Christeller, E.* — Uber Tuberkulose des Penis. *Medizinische Klinik Wochenschrift für Praktische Ärzte* (Berlin). 1927. Tomo XXIII. Pág. 1539.
- Gougerot, H., et Fernet, P.* — Tuberculose vésiculeuse exulcéreuse impétigini. forme du gland. *Annales des Maladies Vénériennes*. Paris. año 1934. Tomo XXIX. Pág. 899.
- Hansteen, E. H.* — Tuberkulos lymfangit i penis. *Finska Läkaresällskapets Handlingar*. Helsingfors. Año 1933. Tomo LXXV. Pág. 435.
- Yokohata, T.* — Uber hämatogene Tuberkulose des Penis und über die Arteritis tulerulosa. *Zeitschrift für Urologie*. Leipzig. Año 1927. Tomo XXI. Pág. 409.
- Lazarus, J. A., and Rosenthal, A. A.* — Primary tuberculosis of the penis. *The Journal of Urology*. Baltimore. Año 1936. Tomo XXXV. Pág. 361.
- Minitch, D. N.* — Contribution a l'étude de la tuberculose de la verge. Thèse. Paris. Año 1925. Vol.
- Naggiar.* — Abscés froid tuberculeux du pénis (Rapport de M. Bouchard). *Bulletin de la Société Française d'Urologie*. Paris. Año 1936. Pág. 326.
- Pagliere, L. E.* — Afecciones raras del glande, tuberculosis y actinomicosis. *Revista de la Asociación Médica Argentina*. Sociedad Argentina de Urología. Año 1924. XXXVII. Pág. 143.
- Peters, W.* — Die Tuberkulose des Penis. *Bruns. Beiträge zur Klinischen Chirurgie*. Tübingen. Año 1921. CXII. Pág. 647.
- Serafino, Giuseppe.* — Tubercolosi nodulare del pene. *Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*. Año 1911. XVII. Pág. 19.
- Uteau, Bassal, et Azema.* — Sur une forme oedémateuse de pérítutérite Chronique d'origine tuberculeuse. *Journal d'Urologie Médicale et Chirurgie*. Paris. Año 1912. II. Pág. 413.
- Wilson, G. H., and Scott Warthin, A.* — Primary tuberculosis of the penis. I. A report of two cases of primary tuberculosis of the penis following nonritual circumcision. II Note on Primary tuberculosis of the foreskin. *Annals of Surgery*. Philadelphia. Año 1912. I.V. Pág. 305.
- Zurubin, V.* — Beitrag zur Kenntnis der rituellen Zirkumzisions-tuberkulose. *Dermatologische Wochenschrift*. Año 1929. LXXXIX. Pág. 995.
- Buzzi, O.* — Cavernitis tuberculosa. *Revista de la Asociación Médica Argentina*. Año 1923. Tomo XXVI. Pág. 902.

DISCUSIÓN

Dr. Ercole. — *Estoy de acuerdo con los Dres. Vicchi y Llambias, de que las lesiones de tipo sospechoso deben ser investigadas por medio de la biopsia. En un caso, por el examen clínico del pene, tuvimos la impresión de que se trataba de un cáncer de pene. En esa observación, constituyó para nosotros una sorpresa, descubrir que estábamos en presencia de una tuberculosis. Era*

una observación en la que pudimos haber prescindido de la biopsia y haber realizado una operación radical, la que se pudo evitar gracias a la biopsia.

Dr. García. — *¿Qué edad tenía su enfermo?*

Dr. Ercole. — *Sesenta y tantos años.*

Dr. García. — *¿Y el suyo, doctor Vicchi?*

Dr. Vicchi. — *También pasaba los sesenta.*