



Tuberculosis de próstata. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Julio César Salinas Salinas,* José Manuel Otero García,** Eduardo Serrano Brambila***

RESUMEN

La tuberculosis (TB) aún es considerada un problema de salud pública, su forma genitourinaria es poco frecuente, en especial la afección prostática. Presentamos el caso de un paciente masculino de 65 años de edad, sin antecedentes de importancia, inicialmente tratado por hiperplasia prostática obstructiva, detectándose elevación del antígeno prostático específico por lo cual se solicitan biopsias guiadas por USG transrectal, las cuales reportan tuberculosis de próstata, iniciándose tratamiento en base al esquema primario acordado. A un año de seguimiento con mejoría clínica y sin evidencia actual de infección.

Palabras clave: Tuberculosis genitourinaria, tuberculosis prostática.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is still considered an important public health burden, genitourinary tuberculosis has a very low prevalence specially the prostatic involvement. We present a 65 years old man without other antecedents who was initially diagnosed with prostatic hyperplasia, and elevated prostatic specific antigen. Prostatic biopsies were performed and reported as prostatic tuberculosis. Anti-tuberculous chemotherapy based on short primary scheme was administered. After 1 year followup he showed clinical improvement without evidence of active infection.

Key words: Urogenital tuberculosis, prostate tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

En 2008 se diagnosticaron 9.4 millones de nuevos casos de tuberculosis en todo el mundo, la OMS estima que hay 11.1 millones de personas viviendo con TB, con una prevalencia de 170 por 100,000 habitantes a nivel mundial. De éstos, se estima que 687,000(5%) tienen infección por VIH.¹ En México, su incidencia varía de acuerdo con la entidad federativa. En el año 2000, se refiere una tasa de 5 por 100,000 habitantes en Guanajuato, en comparación con Tamaulipas y Baja California con una tasa de 38 por 100,000 habitantes. Durante el año 2007 se registraron en el IMSS 24,036 consultas en mayores de 18 años y 327 defunciones por esta causa en este grupo de edad.²

El objetivo de este artículo es presentar el caso de un paciente con tuberculosis de próstata.

CASO CLÍNICO

Masculino de 65 años de edad, sin antecedentes hereditarios de importancia, niega antecedente de enfermedades crónicas degenerativas, quirúrgicas, alérgicas y

transfusionales. Inicia su padecimiento 12 meses previos al presentar disminución del calibre y fuerza del chorro miccional, pujo y tenesmo vesical, urgencia miccional e intermitencia, puntaje internacional de síntomas prostáticos 24 (IPSS), donde se diagnostica hiperplasia prostática obstructiva y se inicia tratamiento con Tamsulosina y Finasterida, a los seis meses se detecta APE de 17.4 ng/mL, sin mejoría clínica y la exploración física con signos vitales normales, al tacto rectal con próstata de 30 g aumentada de consistencia en toda su extensión, de bordes irregulares, móvil, no dolorosa. Sus exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales, el examen de orina con leucocitos de 8 a 10 x campo, por lo que se solicitan biopsias prostáticas guiadas por USG transrectal (Figura 1), las cuales reportan tuberculosis de próstata (Figura 2), se completa protocolo de estudio sin evidenciar otro sitio de infección por tuberculosis, tanto en radiografía de tórax como en urografía excretora (Figuras 3 y 4). Se inicia tratamiento primario acordado, cumpliéndolo de manera adecuada. A los 12 meses de seguimiento con mejoría importante de la sintomatología, IPSS 12, con APE de 2.52 ng/mL y PCR en orina para tuberculosis negativa.

* Médico Residente de Urología, Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI. ** Urologo, Hospital General de Zona No. 8, IMSS. *** Jefe del Servicio de Urología, Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI.

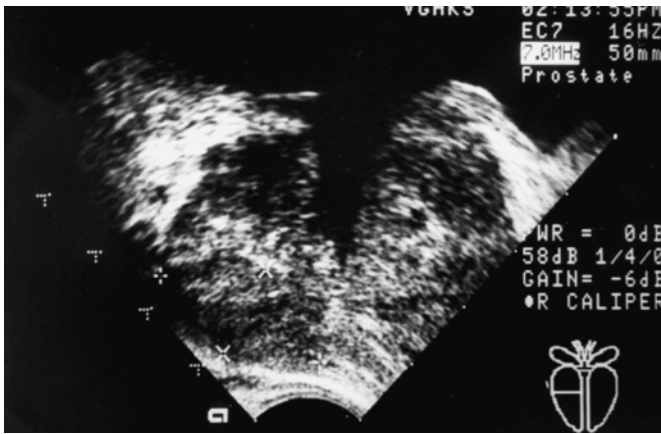


Figura 1. USG transrectal de próstata donde se observan zonas hipoeoicas y algunas calcificaciones en la zona periférica.

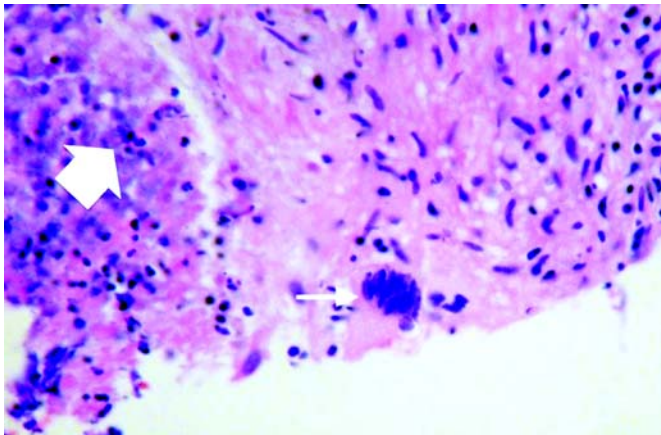


Figura 2. Microfotografía donde se observan células de Langhans (flecha grande) y necrosis caseosa (flecha pequeña).

DISCUSIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa producida por el complejo *Mycobacterium* que comprende a *M. tuberculosis*, *M. africanum*, *M. canetti* y *M. bovis*. Puede afectar a cualquier órgano, a nivel genitourinario es poco frecuente, en la mayoría de los casos secundaria a tuberculosis pulmonar y más raramente producto de la transmisión sexual como causa primaria. La tuberculosis genitourinaria se ha documentado entre 8.7 y 15.5% de los casos extrapulmonares, aunque algunos reportes refieren hasta 30%, y la afección a la próstata de manera primaria alrededor de 2.6% de las formas genitourinarias, y de estos pacientes 8% presenta TB renal.³⁻⁵⁵ El primer caso descrito en la literatura fue en el año de 1915 por Irvin S Koll, y hasta la fecha se han documentado 42 casos.³

El compromiso secundario ocurre a través de infección descendente del tracto urinario, diseminación linfática y

hematógena. La presentación primaria se produce a través de la uretra, se han reportado casos de infección por tratamiento con el bacilo de Calmette Guerin (BCG) para el cáncer de vejiga y otros casos menos frecuentes por transmisión sexual.³

Es una forma de prostatitis granulomatosa, la cual se debe distinguir de las formas no infecciosas para un tratamiento adecuado.³

Los datos clínicos de la TB prostática son poco específicos y generalmente demuestran la afección local, los síntomas más comunes son disminución del calibre y fuerza del chorro miccional, pujo y tenesmo vesical, urgencia miccional, hematuria indolora, nocturia y polaquiuria, acompañándose de pérdida de peso, fiebre, anorexia, astenia y adinamia y en formas más avanzadas absceso periprostático. Al tacto rectal igualmente hay datos inespecíficos como una masa indurada, firme y nodular de bordes irregulares.³ La disminución en el volumen del líquido seminal indica enfermedad prostática extensa o la obstrucción de los conductos eyaculadores.⁴ Los niveles séricos del APE presentan una eleva-



Figura 3. Radiografía de tórax sin evidencia de TB pulmonar.



Figura 4. Urografía excretora sin evidencia de TB en vía urinaria superior.

ción transitoria y decrece con la resolución de la inflamación. En el EGO se observa piuria estéril y urocultivo convencional negativo. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en la orina tiene una especificidad de 98% y sensibilidad de 95%.^{3,6} aunque el realizar la prueba en líquido seminal tiene la misma sensibilidad.⁷ El curso clínico va a depender del estado del paciente y los mecanismos de defensa de éste, ya que se puede desarrollar fibrosis o la formación de un absceso tanto en forma aguda como crónica.⁴

Los estudios de imagen como el USG transrectal muestra un aumento de la próstata con bordes irregulares y lesiones hipoecoicas difusas dentro de la zona periférica de la próstata y en ocasiones calcificaciones y aumento de la vascularidad, que lo hacen indistinguible del carcinoma de próstata.³ Para algunos autores es un estudio no invasivo, barato y en tiempo real bastante efectivo para diagnosticar esta enfermedad.⁸

En la TAC se observan múltiples lesiones al interior de la próstata con bordes irregulares e hipodensas. La RMN muestra grandes masas quísticas hacia la periferia con áreas radiadas de baja intensidad conocidas como el signo de «piel de sandía», el cual podría ser el único signo específico de TB prostática, aunque en la actualidad se está usando la espectroscopia con RMN que puede distinguir entre tuberculosis prostática y adenocarcinoma.^{3,9} El diagnóstico generalmente se realiza de manera incidental ya sea con biopsias o bien al realizar una resección transuretral.³ La comprobación microbiológica de esta infección debe ser por un método invasivo, por lo cual es una patología subdiagnosticada y subtratada.³ Realizar una urografía excretora está recomendada en todos los pacientes, ya que un alto porcentaje presenta asociación con TB renal.¹⁰

El estudio histopatológico revela prostatitis con granulomas epitelioides, células gigantes tipo Langhans y necrosis caseosa.³ La tinción de Ziehl Neelsen revela bacterias ácido resistentes.¹¹

El tratamiento se basa en el mismo esquema que para TB pulmonar, el primario acortado con Rifampicina 600 mg, Isoniacida 300 mg, Pirazinamida 1500 mg y Etambutol 1200 mg c/24 h, un total de 60 dosis cada uno y posteriormente 45 dosis de Isoniacida 800 mg y Rifampicina 600 mg. El tratamiento por seis meses es adecuado por la perfusión vascular de estos tejidos, escasez de microorganismos en el sitio de la infección, la alta concentración de los medicamentos en la orina y su buena penetración en las cavidades formadas durante la infección.^{3,12}

CONCLUSIÓN

La frecuencia tan baja de la tuberculosis de próstata hace que pase desapercibida, lo que podría suponer una

patología subdiagnosticada; sin embargo, se debe tener en cuenta en aquellos pacientes con sintomatología urinaria obstructiva baja, piuria estéril y hematuria no explicables por laboratorio y gabinete. Aunque se requiere de confirmación histopatológica. El tratamiento primario acortado es efectivo en estos pacientes.

El punto en debate es definir el método más eficaz para el seguimiento ya sea para determinar la curación o bien la persistencia de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Global Health Observatory. MDG 6: Combat tuberculosis. World Health Organization; 2010.
2. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Casos Nuevos de Tuberculosis Pulmonar. México: Secretaría de Salud; 2008.
3. López E, Gómez D, Díaz A. Tuberculosis prostática primaria presentación de un caso y revisión de literatura. *Arch Esp Urol* 2009; 62(4): 309-13.
4. Mittal R, Veeraghavan M, Murugan S, Adikrishn S, et al. Disseminated tuberculosis with involvement of prostate – a case report. *Indian J Tuberc* 2010; 57: 48-52.
5. Rosas JE, Franco A, Almanza MS, Jaspersen J, et al. Tuberculosis genitourinaria: presentación de tres casos atípicos. *Rev Mex Urol* 2009; 69(6): 303-6.
6. Figueiredo A, Lucon AM, Gomes CM, Strougi M. Urogenital tuberculosis: patient classification in seven different groups according to clinical and radiological presentation. *International Braz J Urol* 2008; 34(4): 422-32.
7. Bahnasawy E, Elsayy E, Moussa O. Superiority of semen PCR over urine PCR for detection of genito-urinary tuberculosis. *Eur Urol Suppl* 2007; 6(2): 70.
8. Mehta V, Bagga P, Singla M. Two case report of ultrasonography features in male genital tuberculosis. *Indian J Tuberc* 2009; 56: 95-9.
9. Chen Y, Liu M, Guo Y. Proton magnetic resonance spectroscopy in prostate tuberculosis. *Urology* 2010; 75: 1065-6.
10. Sáenz D, Letona S, Arévalo JLB, Sanioaquin I, et al. Prostatic tuberculosis: case report. *Sao Paulo Med J* 2008; 126(4): 227-8.
11. Tamsel S, Killi R, Ertan Y, Dermirpola G. A rare cause of granulomatous prostatitis caused by Mycobacterium tuberculosis. *J Clin Ultrasound* 2006; 35: 58-61.
12. Ying L, Wann H, Jer H, Jyh W, et al. Efficacy of chemotherapy for prostatic tuberculosis, a clinical and histologic follow up study. *Urology* 2001; 57: 872-7.

Recibido: Febrero 13, 2011.

Aceptado: Marzo 4, 2011.