

TUBERCULOSIS DEL PENE

Por los Dres. MAURICIO FIRSTATER, A. L. FERNANDEZ
y J. ALERCIA

La localización única, al menos evidenciable, de la tuberculosis en el pene constituye una rareza. Esa sola circunstancia justifica el relato de toda nueva observación. Más aún, cuando, como en el caso que referiremos, se añaden dificultades diagnósticas que condicionan demoras en la indicación de una terapéutica efectiva.

En 1936, Lazarus y Rosenthal, con motivo de la presentación de un caso similar al nuestro, hacen una reseña completa de la literatura sobre el tema. Existían hasta entonces 25 casos publicados, incluido el de los autores y en la mayoría hubieron dificultades en el diagnóstico, el que se alcanzaba, en último término, por la histopatología. El pronóstico era entonces relativamente bueno en los adultos y malo en los niños.

En 1946, Lewis y Evans, del John Hopkins Hospital, refieren 5 observaciones y pasan revista a 110 casos publicados. En estos encuentran 89 formas primarias, 11 secundarias y 10 de origen no determinado; 72 casos debían atribuirse a la circuncisión ritual, unos pocos a la diseminación hematogena y los restantes al contagio por el coito.

En 1954, Kaufman y Silver, relatan el caso de una úlcera tuberculosa del pene que trataron con la extirpación quirúrgica, estreptomycinina y PAS.

En 1956, Shih-Hsi-En y colaboradores publican en China Medical Journal dos casos de tuberculosis del pene, adquiridos por el coito, tratados exitosamente con antibio-quimioterapia.

En 1957, Savage y Ferguson, comunican un caso de tumor quístico del pene, en un enfermo con tuberculosis renal, y que resultó ser un absceso frío.

En nuestro país:

En 1923, O. Buzzi, publica en la Revista de la A. M. A. un caso de "Cavernitis tuberculosa".

En 1939, R. Ercole y A. Fort presentan a la Sociedad Argentina de Urología un caso de tuberculosis del pene en un hombre de 72 años, cuyo diagnóstico se hizo por biopsia, y que curó con electrocoagulación. Con motivo de esa comunicación Schapapietra y Pagliere refieren los casos de su experiencia.

En 1948, M. F. Vicchi y C. Llambías, traen a la Soc. Arg. de Urología una observación de tuberculosis del pene que se confundió con una neoplasia; el diagnóstico exacto se hizo por biopsia y el paciente fué curado con radioterapia.

Nuestra observación: Se trata de un paciente de 45 años de edad que en diciembre de 1958 nos consulta por una fistula a nivel del surco bálceno-prepucial por donde salía abundante pus maloliente. Su afección había comenzado 3 años antes con tumefacción inflamatoria de todo el pene, que evolucionó hacia la fistulización, después de pasar por un período de induración, complicada con una intensa periuretritis abscedada y consecutiva impotencia progresiva e irreductible.

En sus antecedentes no había infecciones venéreas, brucelosis ni tuberculosis pulmonar.

A su esposa se le había practicado, 10 años antes, una histerectomía por fibroma, con ausencia de lesiones histopatológicas específicas.

Al examen, el pene se encontraba francamente deformado, retraído, con una incurvación a concavidad izquierda. El prepucio engrosado, con edema crónico, al ser rebatido permitía ver, en el lado izquierdo, por detrás del surco bámano-prepucial, un orificio fistuloso por el que rezumaba pus. A la palpación había acartonamiento del prepucio e induración franca de casi todo el miembro, especialmente de su mitad izquierda. La exploración de la uretra, con el explorador N° 18, mostró a la porción anterior estrechada e irregular.

La próstata se presentaba, al tacto rectal, de tamaño normal, indolora, ligeramente aumentada de consistencia y de superficie lisa. Las vesículas seminales no se palpaban. Había micropoliadenopatía inguinal bilateral.

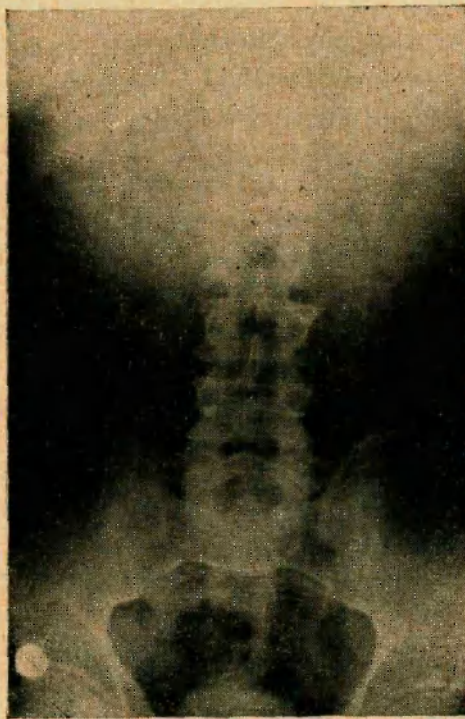


Fig. 1: Urograma de excreción normal.

Los análisis de laboratorio eran en general normales. Las reacciones de Wassermann y Kahn, Huddleson y melitina, negativas. El cultivo del exudado y del sedimento de la orina fueron negativos para el bacilo de Koch.

El urograma de excreción demostró una buena eliminación del medio de contraste sin anomalías de la vía excretora (Fig. 1). La vejiga tenía, en la cistografía de eliminación, tamaño normal, límites netos y forma conservada.

Radiografía de tórax normal.

Uretrografía y fistulografía combinadas: revelan la mitad de la uretra anterior francamente alterada, de contornos irregulares, de diámetro reducido, rechazada hacia la derecha y describiendo un arco que rodea la zona fistulosa por donde se derrama, de manera difusa, el medio de contraste. La uretra bulbar y prostática aparecen sensiblemente normales (Fig. 2).

Ante la presencia de esta afección tórpida, supurada y fistulizada del pene con participación predominante del cuerpo cavernoso izquierdo y rechazo de la uretra que aparecía irregular pero relativamente conservada pensamos en una cavernositis crónica de etiología imprecisa. Pero desde el comienzo deseábamos asegurarnos de que el paciente no era portador de una neoplasia maligna. El material obtenido por el legrado de la uretra y de la fístula sólo mostró lesiones inflamatorias inespecíficas.

La conducta terapéutica fué inicialmente conservadora; radioterapia anti-inflamatoria, cloromicetina y cortisona. Ello no obstante, la afección no mejora. Por el contrario los dolores

aumentan, la disuria se intensifica y se desarrolla una peri-uretritis que invade la bolsa izquierda.

Esto obliga a efectuar una cistostomía de derivación para poner en reposo la zona enferma y en la esperanza de contribuir a su curación. En el mismo acto quirúrgico (22-V-59) se efectúa una nueva biopsia peneana; se hacen 2 tomas profundas, en cuña, de las paredes

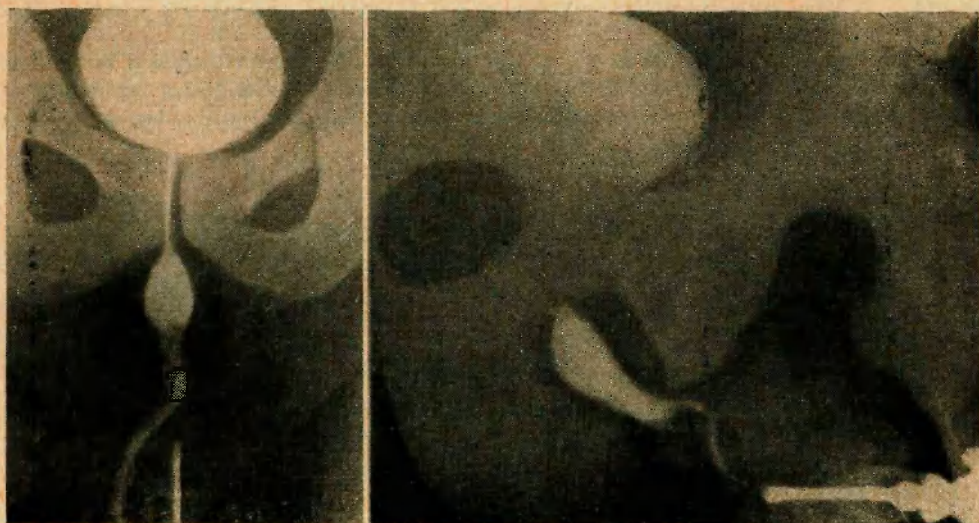


Fig. 2: Uretrografía y fistulografía combinadas, frente y oblicua, mostrando las profundas alteraciones de la uretra anterior.

del trayecto fistuloso, donde el tejido es lardáceo y poco sangrante. El informe histopatológico fué, por segunda vez, el de un proceso inflamatorio inespecífico sin transformación maligna.

A pesar de la derivación urinaria la sintomatología clínica no mejoró, con intensificación de la periuretritis que le ocasionaba permanentes molestias. Fué entonces que se indicó,



Fig. 3: Pieza operatoria.

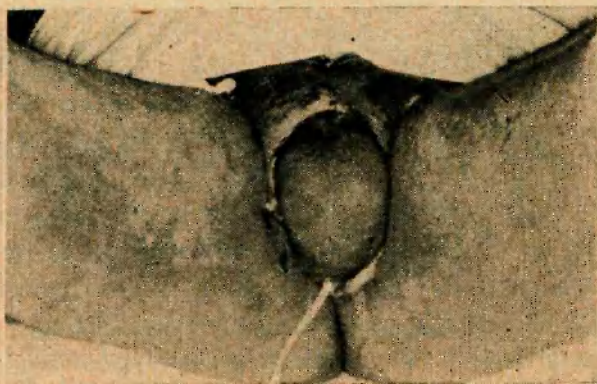


Fig. 4: Post-operatorio, 12º día.

durante dos meses y medio, tratamiento médico antituberculoso (estreptomina, nicotibina y pas), que fué totalmente inoperante. Se veía periódicamente al enfermo, cuyos sufrimientos le hacían la vida intolerable, con sus lesiones en progresiva evolución: intensa peri-uretritis abscedada con participación del escroto y franca adenopatía inguinal bilateral.

El paciente, cansado y desmejorado por el sufrimiento y la infección, reclama una solución quirúrgica radical. Se llega así al 9-IX-59, en que se le practica una penectomía total con abocamiento de la uretra al periné.

La pieza extirpada (Fig. 3), muestra la magnitud de las alteraciones que había sufrido el pene y los tejidos vecinos.

El post-operatorio inmediato transcurre normalmente sin particularidades dignas de mención. La Fig. 4 es una fotografía que muestra el estado de la herida operatoria al 12º día de la intervención, y en la que todavía puede apreciarse claramente la repercusión sobre los tejidos y zonas vecinas de la infección peneana.

Se retira la sonda al 15º día y el enfermo orina normalmente sin experimentar ninguna molestia. Hoy se encuentra totalmente recuperado y feliz de haberse librado de su largo padecimiento.

El estudio histopatológico de la pieza operatoria aclaró definitivamente la etiología del proceso en consideración. El informe correspondiente dice: "En las zonas inmediatas al trayecto fistuloso peneano se comprueba la existencia de tejido de granulación inespecífico, con

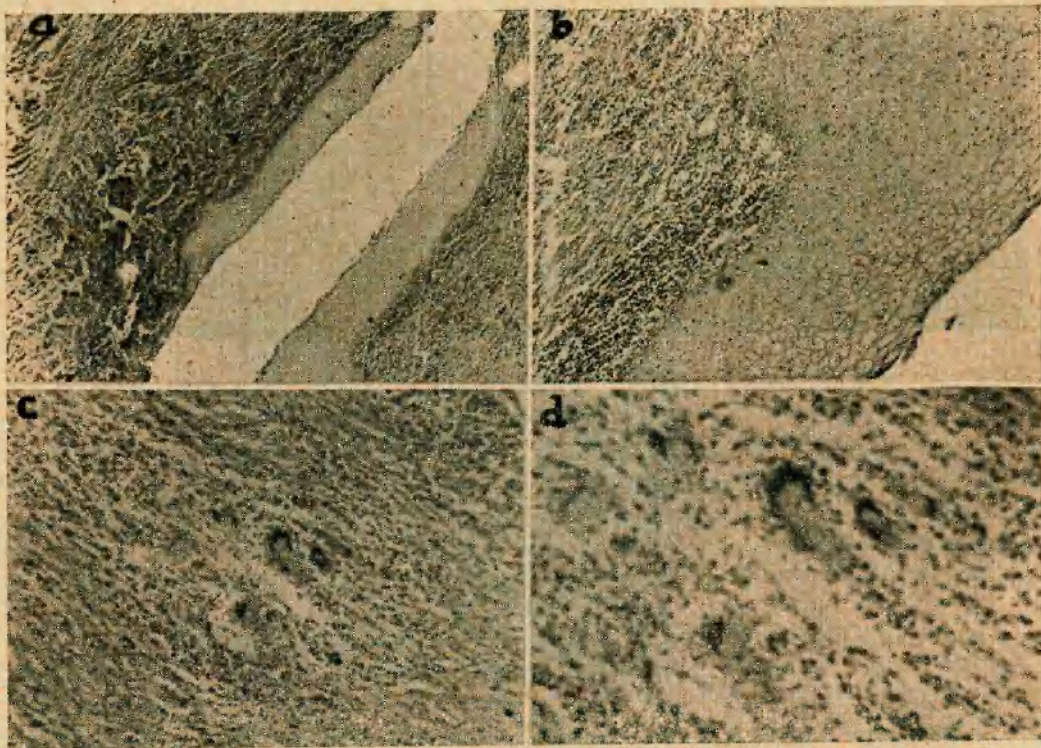


Fig. 5: a, Trayecto fistuloso revestido de epitelio plano estratificado. b, Sector del mismo. a mayor aumento: por debajo del epitelio se observa la infiltración inflamatoria inespecífica. c, Zona con folículo tuberculoso. d, Folículo tuberculoso, a mayor aumento.

numerosos vasos sanguíneos dilatados y rodeados de intensa infiltración inflamatoria crónica. El mencionado trayecto se halla, por zonas, revestido de epitelio plano estratificado (Fig. 5, a y b). Por fuera y más alejado del mismo, el estudio de numerosos cortes seriados permitió descubrir zonas con tubérculos constituidos por células gigantes de Langhans rodeadas por elementos epitelioideos y linfocitarios (Fig. 5, c y d).

COMENTARIO

El caso que presentamos constituyó, sin duda alguna, un verdadero problema médico-urológico, no solamente por las dificultades diagnósticas sino también por la necesidad de adoptar una decisión quirúrgica radical, inevitable

aquí, ante la desfavorable evolución del proceso, rebelde a toda terapéutica conservadora.

La información de que se trataba de una lesión tuberculosa vino a justificar la mutilación terapéutica y explicó la desesperante torpidez del proceso. Nos faltaba ahora aclarar la vía que había seguido el bacilo de Koch para alcanzar las estructuras profundas del pene. Desde este punto de vista debe hacerse una prolija pesquisa de otros focos tuberculosos, especialmente urogenitales, origen de una posterior diseminación hemática o linfática. En nuestro paciente no encontramos rastros de ninguna infección fímica anterior.

El coito con una mujer enferma de tuberculosis urogenital es el mecanismo de contagio más frecuentemente encontrado en los casos registrados de la literatura médica. Por ello nos empeñamos en conocer el tipo de operación efectuada a la esposa del enfermo y el estado ginecológico actual. Por uno y otro se descartó en ella la existencia de tuberculosis.

Tampoco podía atribuirse aquí a la circuncisión ritual la infección tuberculosa del pene, etiología que, por otra parte, pertenece ya a la historia.

Cualquiera que sea el origen de la infección, indeterminado en nuestro caso, las lesiones tuberculosas del pene suelen presentar caracteres comunes: ulceraciones del glande, generalmente próximas al meato, irregulares, de fondo sucio, grisáceo, y de comienzo y de marcha insidiosa. Suele plantearse la duda con una neoplasia incipiente y un sífiloma primario. La aclaración suele alcanzarse con el recurso de la biopsia, y la investigación del treponema. El laboratorio permitirá descartar también la posible existencia de una micosis.

La cavernositis tuberculosa, forma que según toda evidencia es la que presentó nuestro enfermo, se caracteriza porque las lesiones asientan preferentemente en los cuerpos eréctiles. Se trata de una infiltración inflamatoria, de crecimiento lento, que afecta el espesor mismo de uno o de ambos cuerpos cavernosos, lo que determina la modificación del tamaño, deformación y retracción del pene. Ello trae aparejado alteraciones en la erección que suelen ser parcialmente dolorosas o totalmente suprimidas. Al cabo de cierto tiempo los infiltrados duros se reblandecen y abscedan formándose fístulas de duración interminable. Se suelen asociar grandes destrucciones de tejidos que dan razón a las profundas alteraciones que sufre el pene.

El tratamiento en las lesiones incipientes es de orden médico; la antibió y quimioterapia ofrecen recursos de primer orden para el control de la infección tuberculosa. Pero cuando el tejido eréctil ha sido profundamente vulnerado, con alteraciones tan intensas de los tejidos que hacen imposible toda esperanza de restitución, no queda otro camino que la terapéutica quirúrgica mutilante, como sucedió en nuestro caso.

R E S U M E N

Se presenta una observación de tuberculosis del pene, presumiblemente primitiva, ya que las investigaciones efectuadas no permitieron evidenciar otra localización y que debió ser tratada por la cirugía radical.

SUMMARY

The authors present hereby a case of presumible primitive tuberculosis of the penis.

Careful research did not show evidence of any other localization.

Radical surgery was the treatment applied to the case.

BIBLIOGRAFIA

- Buzzi, O. — Cavernitis Tuberculosa. Revista de la A. M. A., II: 902, 1923.
- Ercole, R. y Fort. A. — Tuberculosis del Pene. Revista de la Sociedad Argentina de Urología, 8: 531, 1939.
- Lazarus, J. A. and Rosenthal, A. A. — Primary Tuberculosis of the Penis. Journal of Urology, 35: 361, 1936.
- Lewis, E. L. — Tuberculosis of the Penis: A report of 5 new cases and a complete review of the literature. Journal of Urology, 56: 737, 1946.
- Savage, C. R. and Ferguson, A. F. — Cold abscess of the Penis secondary to Tuberculosis. Journal of Urology, 77: 267, 1957.
- Shih-Hsi-En, Ch'i An-Scheng, Ouyang Ch'ien and Lei-Ai-Teh. — Tuberculosis of the Penis. Chin. M. J., 74: 465, 1956.
- Vicchi, M. F. y Lambias, C. A. — Tuberculosis del Pene. Revista de la Sociedad Argentina de Urología, 17: 207, 1948.
-