

UROLOGIA

**PROSTATITIS TUBERCULOSA
(Reporte de un caso)**

Claudio Orlich Castelán *

Jaime Gutiérrez Góngora **

S U M M A R Y

We herein report a rare case of tuberculosis of the prostate gland, diagnosed in the pathology report of a transurethral resection of the prostate done in a patient with acute urinary retention, with no systemic disease and with negative urine cultures for tuberculosis.

I N T R O D U C C I O N

La prostatitis tuberculosa es una entidad muy rara, y en muchos casos como el nuestro el diagnóstico es hecho por el patólogo al interpretar una biopsia. Se ha reportado de nuevo una incidencia alta de tuberculosis en nuestro medio y la Organización Mundial de la Salud

estima que se presentan diez millones de casos nuevos de todas las formas de tuberculosis cada año y en el globo terrestre. La forma genitourinaria representa sólo el 14% de las manifestaciones no pulmonares. Estos pacientes se presentan con disuria y frecuencia similares a los de una infección urinaria común y corriente y típicamente tienen piuria estéril con el hallazgo de más de 20 leucocitos por campo en el examen del sedimento de orina. Muy rara vez en los casos agudos fulminantes, la enfermedad se disemina rápidamente y la cavitación puede llevar a la formación de trayectos fistulosos en el periné. La ruta de la infección es por vía hematogena de la misma manera que la tuber-

culosis renal. No existe evidencia clara de que la infección sea causada por el contacto continuo de la orina de un riñón con enfermedad tuberculosa activa. Las lesiones avanzadas que destruyen el tejido pueden causar una disminución en el volumen del semen y este es un signo que puede ayudar a hacer el diagnóstico. (1) A la palpación la glándula es modular, casi nunca dolorosa y solo rara vez aumentada de tamaño. La palpación de áreas suaves es muy rara. Una vez hecho el diagnóstico, el paciente debe de recibir un curso completo de quimioterapia. Se describe como una buena alternativa de tratamiento el uso de terapia triple a base de pirazinamida 25 mg-Kg de peso por día con un máximo de

* Servicio de Urología. Hospital San Juan de Dios.

** Servicio de Urología. Hospital San Juan de Dios.

2 gramos diarios, combinada con isoniazida 300 mg al día y rifampicina 450 mg por día, todo esto por un período de dos meses y luego seguido de refuerzo por otros dos meses de 600mg de isoniacida tres veces por semana combinado con 900 mg de rifampicina tres veces por semana. (2) La prostatitis granulomatosa también puede ocurrir como complicación del tratamiento de tumores transicionales de vejiga tratados con inmunoterapia de BCG.

REPORTE DEL CASO.

En febrero de 1975 se presentó al Servicio de Urología del Hospital San Juan de Dios un paciente de 56 años, agricultor vecino de Ciudad Cortés con un cuadro clínico de 10 días de evolución de hematuria y retención aguda de orina. El pielograma y la placa de tórax en el preoperatorio fueron normales. Se encontró una próstata descrita como firme y en ese entonces

no se realizaba la prueba del antígeno prostático específico. Al enfermo se le practicó una resección transuretral de la próstata en julio de ese año y para nuestra sorpresa el patólogo reportó en la biopsia múltiples granulomas con una zona central de necrosis y con células gigantes tipo Langhans y con un infiltrado crónico abundante. Interesantemente los cultivos de orina fueron negativos por tuberculosis, de manera que el diagnóstico se hizo con la interpretación de la biopsia por el patólogo. El paciente fue tratado con pyrazinamida, isoniacida y rifampicina. En 1985 este señor tuvo otro ingreso al Servicio de Dermatología del mismo Hospital por una leishmaniasis cutánea. Recientemente tuvimos la oportunidad de ver otro caso similar con síntomas irritativos urinarios, con piuria estéril, con cultivos de orina negativos por tuberculosis y con una respuesta clínica asombrosa al trata-

miento antifímico, lo que nos ha hecho revisar este caso de prostatitis tuberculosa visto previamente.

RESUMEN

Se reporta un caso de prostatitis tuberculosa, diagnosticado en la biopsia de una resección transuretral, con cultivos de orina negativos por TB y sin evidencia sistémica de tuberculosis, el cual recibió tratamiento antifímico con buen resultado. Se revisa el tema de esta entidad rara.

BIBLIOGRAFIA

1. Genitourinary tuberculosis. James Gow. In Campbell's Urology. P. Walsh, A. Retik, T. Stamey and D. Vaughan Jr. Sexta Edición. W.B. Saunders Co. Vol 1 1999, 951-981.
2. Prostatitis. Curtis Nickel. In Adult and Pediatric Urology, J. Gillenwater et al. Fourth Edition. Lippincott Williams and Wilkins Co. 2002. 1674.