UNIVERSIDAD de SAN CARLOS de GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EPIDIDIMITIS TUBERCULOSA SU DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO MEDICO

T E S I S

presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por

ORGE MORALES GARCIA SALAS

Ex-Interno del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt. Segunda Cirugía de Hombres, Primera Medicina de Mujeres del Hospital General. Ex-Interno de la Clínica del Personal del Hospital Roosevelt.

EN EL ACTO DE INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1957.

Plan de Tesis:

I RECUERDO ANATOMICO.

II ETIOLOGIA E INCIDENCIA.

III ANATOMIA PATOLOGICA.

IV CUADRO CLINICO.

V DIAGNOSTICO.

VI PRONOSTICO.

VII TRATAMIENTO.

VIII PRESENTACION DE CASOS.

IX CONCLUSIONES.

X BIBLIOGRAFIA.

I. Recuerdo Anatómico

El Epidídimo es un conducto tortuoso, adosado al borde posterior del testículo, sobre el cual descansa. Además de recorrer el borde posterosuperior del órgano, el epidídimo se dobla hacia afuera y cubre más o menos su cara externa. Mide por término medio, 5 cm. de longitud por 12 mm. de anchura y 5mm. de espesor. Se consideran en él:

a) La cabeza: que es la porción más voluminosa y anterior del epidídimo. Redondeada y lisa descansa sobre el polo anterior del testículo, al cual está unido por la hojilla visceral de la vaginal, por una capa intermedia de tejido conjuntivo, y por los conductos seminíferos, que desde la glándula llegan al epidídimo y desembocan en él.

b) El cuerpo: aplanado, descansa sobre la cara externa del testículo, poniéndose en relación con la arteria y venas espermáticas que forman parte del hilio, al cual es fijado por un pequeño repliegue seroso, el mesoepidídimo, que le da su movilidad característica.

c) La cola: descansa sobre el extremo posterior del testículo, al cual está íntimamente unida por una capa de tejido celular muy denso.

Se continúa sin línea de demarcación bien precisa, con el conducto deferente.

El órgano es ricamente irrigado por las dos arterias epididimarias: anterior y posterior, ramas de la espermática; por la arteria deferencial, que acompaña al conducto deferente hasta su origen, y luego se remonta a lo largo del epidídimo y viene a desembocar abiertamente en la arteria epididimaria posterior, formando así el arco supraepididimario; y por ramos de la arteria funicular, rama de la epigástrica.

Estos vasos son acompañados de linfáticos que van a los ganglios yuxtaaórticos, preaórticos y ganglios medios de la cadena ilíaca externa.

II. Etiología e Incidencia

Después de observar la situación y constitución anatómica del epidídimo, nos es fácil comprender porqué éste órgano, llega a ser infectado por gérmenes capaces de provocarle reacciones inflamatorias, de tipo agudo, subagudo o crónico.

Al analizar las vías de acceso de estos gérmenes y en particular del Bacilo de la Tuberculosis, vemos en primer término, que las principales vías de infección son como en cualquier otro sistema del organismo, la vía sanguínea y linfática, ya que en unión del testículo, el epidídimo es un órgano rico en vasos sanguíneos y linfáticos, y sujeto con mucha frecuencia a estados congestivos, sobre todo después de la adolescencia.

En segundo lugar, debe tenerse en cuenta la infección que se establece por vía canalicular ascendente, que a partir del orificio distal del conducto, que está expuesto al paso contínuo de gérmenes eliminados por el riñón a través de la orina, o llegados a él desde el exterior por la uretra, pueden seguir un curso retrógrado por el conducto deferente, y llegar a anidar en el epidídimo.

Por último, existe la posibilidad de la infección por contigüidad desde los tejidos vecinos, vía que en mi opinión, es poco frecuente.

Como el punto a desarrollar en este trabajo de Tesis, es la Afección Tuberculosa Epididimaria, es necesario que deba considerar su fuente de origen.

La facilidad con que se hace el diagnóstico, en período relativamente precoz de Tuberculosis del Epidídimo, y lo silencioso de la evolución de la enfermedad en otras partes del tracto genitourinario, hizo pensar durante mucho tiempo, que el epidídimo era el órgano inicialmente atacado por la tuberculosis y que de ahí se propagaba a otros órganos.

El examen anatomo patológico de ipidídimos, frecuentemente muestra los estados más avanzados de caseificación, lo cual, sin embargo, no es un dato que indique el tiempo de evolución de la lesión.

Pero todos los autores consultados consideran a la epididimitis tuberculosa, según su experiencia clínica, como una fase tardía de tuberculosis urogenital y secundaria a un foco primitivo localizado en cualquier otro órgano del cuerpo, teoría que es confirmada por las estadísticas de autopsias, practicadas en individuos aparentemente sanos, y en hombres afectados de una lesión tuberculosa ya conocida.

Borthwick seleccionó 200 pacientes con lesión tuberculosa no genitourinaria, en los que una investigación muy minuciosa no logró encontrar ningún signo que hiciera sospechar la presencia de enfermedad incipiente u oculta en el epidídimo.

En 30 de estos pacientes (15%) se logró hacer posteriormente, el diagnóstico definitivo de prostatitis tuberculosa, aunque no existía síntoma alguno.

Durante el año siguiente, 12 de los pacientes con prostatitis, desarrollaron epididimitis tuberculosa.

Lowsley y Medlar han encontrado en la autopsia, lesión tuberculosa en alguna parte del tracto genitourinario en el 2.1 a 3.1% de todos los pacientes muertos por diferentes causas, mientras que en hombres muertos de tuberculosis había lesión en el tracto genitourinario, en el 26%. El epidídimo estaba tomado en el 0.8 % de 5,424 autopsias de Medlar.

Chute, reportó que el 0.003% de hombres sanos, pertenecientes al ejército de los Estados Unidos, padecían de alguna forma de tuberculosis genitourinaria, mientras que en 579 autopsias de hombres fallecidos de tuberculosis en el Ejército de los Estados Unidos durante la segunda Guerra Mundial Aronson encontró epididimitis tuberculosa en el 4%, y comprobó que la infección renal era 10 veces, y la prostática 4 veces, más frecuente que la infección epididimaria.

Cuando el tracto genitourinario está afectado de tuberculosis, el epidídimo es invadido en el 63 a 75% de los casos, aproximadamente.

Esta incidencia de epididimitis tuberculosa, aumenta en presencia de lesiones tuberculosas secundarias en cualquier otro sistema del organismo, siendo aún más notable este aumento, cuando existe una tuberculosis renal.

En su serie de 402 casos de epididimitis tuberculosa en un sanatorio, Borthwich encontró lesión tuberculosa en otra parte del organismo, en el 88.3%, mientras que en el 11.7% restantes no logró encontrar el foco primario.

Medlar encontró en sus pacientes de epididimitis tuberculosa, que había lesión pulmonar en el 74.8% de los casos autopsiados, mientras que el diagnóstico clínico solo se había hecho en el 50%.

Como foco primario de la infección, es el aparato urinario quien lleva la primacía; tanto es así, que en 44 casos de epididimitis tuberculosa estudiados en autopsia, Medlar logró demostrar lesión renal en el 100%, mientras que la próstata y vesículas seminales solo estaban tomadas en el 63% de los casos.

En el 60% de todos los casos de tuberculosis genitourinaria, la lesión está limitada exclusivamente al riñón, mientras que del 40% restante el 73% presenta también lesión renal.

En los casos de tuberculosis puramente genital, la próstata y vesículas seminales están afectadas en el 100% de los casos, mientras que el epidídimo es tomado únicamente en el 62%.

La invasión del testículo, u orquitis tuberculosa primaria, es sumamente rara, pero prácticamente todas las epididimitis tuberculosa invadirán el testículo con infiltración caseosa en próxima fecha, si no se instituye el tratamiento correcto.

Se ha estimado que la infección testicular ocurrirá en el 60% de los casos en los siguientes 6 meses, y en el 85% de los casos en los siguientes 12 meses de establecida una epididimitis tuberculosa.

III. Anatomía Patológica

Una vez establecida la enfermedad, los conductos seminíferos se ocluyen muy precozmente.

Conforme avanza la afección, los epidídimos se convierten en masas de sustancia caseosa, pudiendo ocurrir la licuefacción e invasión al escroto, con formación de fístulas.

El tejido inflamatorio de granulación, puede adquirir el carácter de una masa protoplasmática, con varios núcleos en la que se puede encontrar leucocitos, y fagocitos gigantes polinucleares.

IV. Cuadro Clínico

La epididimitis tuberculosa es una enfermedad principalmente de los adultos jóvenes de la edad media de la vida, aunque no es muy rara en niños. En estos casos, ocurre en los primeros meses de la vida y generalmente va asociada a Hidrocele, el cual puede encubrir la afección tuberculosa subyacente.

La invasión epididimaria es unilateral al principio de la enfermedad, en la gran mayoría de los casos. Los dos lados pueden ser igualmente atacados.

Las estadísticas de invasión bilateral varían de 75 a 20%, diferencia atribuible a la época en que el paciente ha sido visto.

En la serie de Barney, el lado derecho fue atacado en el 39.3%, el izquierdo en el 31.3%, y ambos en el 29.4%.

Sussig, encontró un poco más frecuente en el lado izquierdo y un pequeño porcentaje de casos bilaterales. En los estudiados por Sanford, hubo 60 en el lado derecho, 56 en el izquierdo y 45 bilaterales. En 6 de estos últimos, se logró establecer que la enfermedad se había iniciado en el lado derecho.

Todos los autores están de acuerdo, en que cuando un epidídimo es invadido por la enfermedad, la perspectiva del otro es obscura, ya que su infección ocurrirá en los siguientes 6 a 12 meses en la mitad de los casos, y aún 8 años después.

Keyes, reportó que 46 de 53 infecciones del segundo epidídimo, tuvo lugar durante el primer año de haberse diagnosticado la enfermedad.

Ocho de los casos de Barney, tuvieron infección simultánea de ambos epidídimos, y el autor considera que la infección del segundo lado, puede representar solamente la evolución más lenta de una infección establecida simultáneamente.

El principio de la enfermedad puede ser agudo, con tumefacción rápida del epidídimo, posiblemente acompañada de derrame seroso en el escroto, dando entonces el cuadro de una epididimitis gonocóccica o piógena.

Pero en la mayoría de los casos, el principio es insidioso, y aún puede suceder que la enfermedad se descubra durante un examen médico de rutina.

En la serie de pacientes autopsiados por Medlar, la presencia de tuberculosis en los epidídimos no fue sospechada en el 55% de los casos. Equivocadamente, muchos casos de epididimitis tuberculosa son tomados como epididimitis crónicas no especificadas.

Varios autores, entre ellos Young, Karsner y Kaufman, afirman que la cabeza es la primera porción afectada. Los túbulos son usualmente el punto de ataque, probablemente por ruptura de un tubérculo subepitelial.

El examen del órgano afectado en período temprano de la enfermedad, puede dar un epidídimo moderadamente aumentado de tamaño, con nodulaciones discretas, duras e irregulares, y generalmente algo sensible a la palpación.

En un estado más avanzado de la enfermedad, se encuentra una serie de nódulos en escalón, extendida a todo lo largo del epidídimo y del conducto deferente, que dan a la palpación la impresión de "cuentas de rosario", típicas de la enfermedad.

En períodos mucho más avanzados, el contenido de un lado del escroto puede convertirse en una masa enorme, irregular y dura de tejido tuberculoso, en la que el testículo no puede ser identificado, y a la cual se adhiere la piel del escroto, estableciéndose con el tiempo, una o más fístulas de desagüe.

La exploración rectal descubre a veces, una induración nodular en la próstata y vesiculas seminales. Especialmente en las epididimitis prolongadas, estos signos obtenidos por palpación rectal son indicadores de tuberculosis. Si alguna de estas nodulaciones se ha reblandecido, pueden palparse zonas fluctuantes localizadas.

V. Diagnóstico

Es necesario hacer énfasis, en que el diagnóstico de epididimitis tuberculosa es puramente clínico, y se basa en los signos físicos ya descritos, asociados a una buena anamnesis con la que se descartará cualquier otra causa de epididimitis. El diagnóstico definitivo solo sería posible de hacer por medio de una biopsia, lo cual destruye el valor del tratamiento médico y con él, la esperanza, aunque sea remota, de conservar un epidídimo que mantenga la función reproductora de ese testículo, ya que, como se verá en los casos que se presentan en este trabajo, en el curso del tratamiento médico, todos los síntomas regresan paulatinamente hasta desaparecer, aún en casos de enfermedad muy avanzada en los que ya había fijación del epidídimo al escroto, y aún fístulas establecidas, que por otra parte, facilitan el diagnóstico, ya que en el pus que de ellas emana es posible encontrar el bacilo de Koch.

Ayuda al diagnóstico, la investigación de la velocidad de sedimentación eritrocítica, que siempre se encuentra elevada, y que por otra parte, nos informa del resultado del tratamiento, si la practicamos periódicamente.

Deben hacerse exámenes radiológicos de pulmones y aparato urinario, para descartar cualquier foco de infección primaria.

VI. Pronóstico

El pronóstico de la epididimitis tuberculosa, ha mejorado notablemente en los últimos tiempos con el establecimiento del tratamiento médico, ya que como dijimos, en la gran mayoría de los casos se evita el tratamiento quirúrgico radical, que anulaba por completo y definitivamente, la función reproductora del testículo del lado afectado.

VII. Tratamiento

Hasta hace poco tiempo, el tratamiento de la epididimitis tuberculosa fue quirúrgico, extirpando el órgano enfermo.

Este tratamiento, tenía la desventaja de que destruía toda posibilidad de recuperación de la función reproductora del testículo del lado enfermo, y por otra parte, no curaba la enfermedad, que como ya dijimos es considerada como sistémica, siendo la epididimitis sólo una de sus manifestaciones más objetivas; ventaja que sí reúne el tratamiento médico, aunque como se verá, en la mayoría de los casos analizados no se logró encontrar otro foco de tuberculosis, urogenital, o en otro sistema del organismo.

El tratamiento médico comprende:

a) Reposo: absoluto al principio, y luego relativo evitando en lo posible todos los excesos (ejercicios, bebidas, tabaco).

b) Dieta bien equilibrada.

c) Hiegiene, prestando especial interés a los órganos genitales.

d) Es recomendable el uso de un suspensorio.

e) Abstinencia de relaciones sexuales hasta desaparecidos los síntomas, para protección del propio paciente, ya que nunca se ha reportado el contagio venéreo de una afección tuberculosa genital.

f) Medicamentoso: se ha establecido que la asociación de los tres medicamentos antituberculosos clásicos, como son, la Dihidroestreptomicina, las Hidracidas del Acido Isonicotínico, y el Acido Paraaminosalicílico, da los mejores resultados.

1o. Dihidroestreptomicina: a dosis promedio de 0.5 gr. intramusculares, dos veces por semana.
2o. Hidracidas del Acido Isonicotínico: 100 mgr. diarios, por vía oral como dosis media, y

3o. Acido Paraaminosalicilico (PAS, Wander), a dosis media de 6 gr. diarios, divididos en dosis de 4 comprimidos de 0.5 gr., 3 veces al día.

En la mayoría de los casos este tratamiento, sostenido durante un tiempo no menor de 3 meses, logró la completa involución de todos los síntomas.

En caso de demostrarse la presencia de tuberculosis en otro órgano de la economía, o de persistir acelerada la velocidad de eritrosedimentación sanguínea, el tratamiento debe mantenerse hasta lograr la curación definitiva.

VIII. Presentación de Casos

Caso No. 1. *R. G. 24 años. Soltero. Estudiante.*

Examen: Tumefacción del epidídimo derecho con pequeñas nodulaciones a lo largo del conducto deferente.

Laboratorio: Eritrosedimentación elevada.

Rayos X: Pulmones negativos. Aparato urinario negativo.

Tratamiento: Médico, durante 3 meses.

Control de un año después: Sedimentación normal. Examen negativo.

Caso No. 2. *A. H. 22 años. Soltero. Estudiante.*

Examen: Tumefacción del epidídimo derecho, con adherencia a la piel del escroto.

Laboratorio: Eritrosedimentación elevada. Ligera anemia.

Rayos X: Pulmones y aparato urinario negativos.

Tratamiento: Médico, durante 4 meses.

Control año v medio después: Sedimentación normal. Epidídimos normales.

Caso No. 3. *M. M.* 30 *años. Soltero. Ayudante de Farmacia.*

Examen: Epididimitis bilateral, insidiosa, crónica. Epidídimo izquierdo adherido al escroto.

Laboratorio: Eritrosedimentación alta.

Rayos X: Torax y aparato urinario, negativos.

Tratamiento: Médico (1955).

Control a la fecha: Epidídimos aparentemente normales.

Caso No. 4. *J. P.* 26 *años. Soltero. Soldado.*

Examen: Epididimitis izquierda, con fístula en el escroto.

Se pidió su retiro del Ejército, el cual fue concedido.

Laboratorio: Eritrosedimentación alta. Anemia.

Rayos X: Pulmones negativos. Aparato urinario negativo.

Tratamiento: Médico.

Al año de tratado pidió volver al ejército. El Médico que lo vió no pudo diferenciar un epidídimo del otro, considerándolos normales. Fue aceptado nuevamente y está en servicio activo.

Caso No. 5. R. B. 28 años. Recién casado. Dentista.

Examen: Epidídimo derecho aumentado de tamaño y adherido al escroto, con rosario de granulaciones en el cordón.

Laboratorio: Eritrosedimentación elevada.

Rayos X: Aparato urinario y pumones, normales.

Tratamiento: Médico, en 1954.

Actualmente es padre de familia.

Epidídimo clínicamente normal. Eritrosedimentación normal.

Caso No. 6. J. A. 38 años. Casado. Zapatero.

Historia reciente de Pleuresía.

Examen: Epidídimo izquierdo supurado. Epidídimo derecho adherido al escroto.

Laboratorio: Eritrosedimentación elevada.

Rayos X: Torax negativo. Aparato urinario negativo.

Tratamiento: Médico. Cerró la fístula. Los epidídimos disminuyeron de tamaño, aunque quedaron de consistencia fibrosa. No volvió a control.

IX. Conclusiones

1o. Como lo demuestran los datos estadísticos, la epididimitis tuberculosa es una complicación bastante frecuente de la tuberculosis del aparato génito-urinario, o de un foco tuberculoso primario en otro órgano de la economía.

2o. Por la frecuencia con que el epidídimo se encuentra afectado en pacientes que adolecen de una lesión tuberculosa, su examen no debe ser olvidado o relegado a segundo término.

3o. El diagnóstico de la epididimitis tuberculosa, es esencialmente clínico, basado en la anamnesis y el examen físico.

4o. Por los resultados observados en el tratamiento de la epididimitis tuberculosa con Antibióticos y Quimioterapia, se concluye que debe ser tratada exclusivamente por procedimientos médicos, quedando el tratamiento quirúrgico indicado únicamente para aquellos casos avanzados, en los que la curación por medios conservadores es imposible.

5o. El pronóstico, en cuanto a curación y recuperación de la capacidad funcional del epidídimo, ha mejorado en una forma halagadora con el Tratamiento Médico.

6o. Los casos presentados en este trabajo nos hacen creer en la posibilidad de la epididimitis tuberculosa primaria.

JORGE MORALES GARCIA SALAS.

Vo. Bo.
Dr. ALEJANDRO PALOMO M.

Imprímase,
Dr. JOSE FAJARDO,
Decano.

X. Bibliografía

L. Testut. A. Latarget. Tratado de Anatomía Humana.

Campbel. Urology. 1954.

Cecil. Tratado de Medicina Interna. 1953.

Pullen. Diagnóstico Clínico. 1948.

Lewis' Practice of Surgery. Vol. IX 31: 1, 3, 4, 6 11. 1955.