

Probable tuberculosis en lesión ulcerada en pene.

Probable tuberculosis of the penis.

Piedra Valoy Idalia¹, Sanchez Chipana Eloy, Zegarra Montes Luis², Melgarejo Zevallos Weymer², Medina Ninacondor Raúl², Del Castillo Mory Alfonso², Ferrufino Llach Juan³.

RESUMEN

Presentamos el caso de un varón de 52 años de edad que presentaba una lesión ulcerativa en el glande, de 20 años de evolución, habiendo recibido diferentes tipos de tratamiento sin éxito. La lesión presentaba bordes irregulares, consistencia dura y no había dolor. El estudio histopatológico mostró granuloma necrótico, BAAR positivo, sugestivo de TBC. (*Rev Med Hered 2007;18:49-51*).

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis, pene.

SUMMARY

We report a case of 52 year-old male patient who had an ulcerative lesion on the glans penis, of twenty year evolution. He had received different treatments without favorable results. Ulcer had irregular edges, hard consistency and there was no pain. The histopathologic study showed necrotic granuloma suggestive of TB. (*Rev Med Hered 2007;18:49-51*).

KEY WORDS: Tuberculosis, penis.

¹ Médico Residente. Dpto. Medicina Interna y Urología. Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hospital Nacional Cayetano Heredia.

² Médico Urólogo. Servicio de Urología-Hospital Nacional Cayetano Heredia. Profesor del Departamento de Cirugía. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

³ Médico Patólogo. Departamento Patología Hospital Nacional Cayetano Heredia. Profesor del Departamento de Patología. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año aparecen a nivel mundial 10 millones de casos nuevos de tuberculosis (TBC) en todas sus formas, con mayor número de casos en los países en vías de desarrollo (1). Con relación a la infección genitourinaria, su presentación es atípica y representa el 14% de todas las manifestaciones extrapulmonares (2). La variedad de tuberculosis de pene es rara (3). Se aporta un caso más a la escasa casuística existente.

Caso clínico

Paciente varón de 52 años de edad, con historia de lesión ulcerativa en el glande desde hace 20 años. Recibió diferentes tipos de tratamiento sin presentar mejoría.

El paciente fue atendido en el Servicio de Urología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, encontrándosele una úlcera en el glande de 0,5 cm de diámetro, de bordes irregulares, consistencia dura, no dolorosa al tacto, con escasa secreción amarillenta y algunas cicatrices de 4 a 5 mm. alrededor de la úlcera (Figuras N°1 y N°2). Se realizó biopsia de la lesión ulcerativa. El resultado anatomopatológico fue proceso inflamatorio granulomatoso necrotizante, BAAR positivo (Figuras N° 3 y N°4). Prueba de Mantoux (+) 20mm. El examen directo y el cultivo de BK en orina fueron negativos. La radiografía de tórax era normal.

DISCUSIÓN

La forma de tuberculosis más común es la pulmonar, pero el trastorno también causa afecciones



Figura N°2. Cicatriz de úlcera en glande de bordes irregulares.

extrapulmonares. Entre estas últimas, las formas genitourinarias son las más conocidas y dentro de estas la de epidídimo y testículo, incluyendo la afección peneana como la más rara. En 1848 Fournier describió el primer caso de un paciente con múltiples úlceras en el pene y linfadenopatía regional. Hasta el momento se han descrito 161 casos en la literatura mundial (3-9).

La patogénesis puede ser primaria o secundaria, (10). La primaria se adquiere por relación sexual (persona infectada) o por contacto de genitales con ropa contaminada con bacilos *Mycobacterium* y la secundaria por una infección con semen infectado, de paciente con tuberculosis pulmonar activa. En caso de infección miliar, una infección local o diseminación hematogena puede provocar una lesión cutánea. Para determinar si la enfermedad es primaria o secundaria, es importante



Figura N°1. Múltiples cicatrices de las úlceras en el glande.

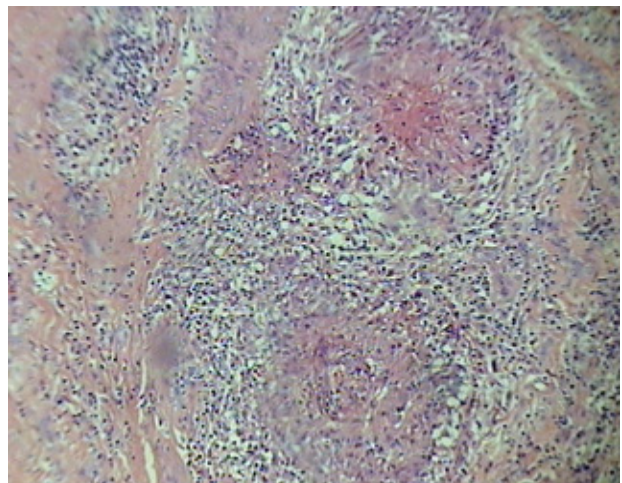


Figura N°3. Granulomas con área central necrótica.

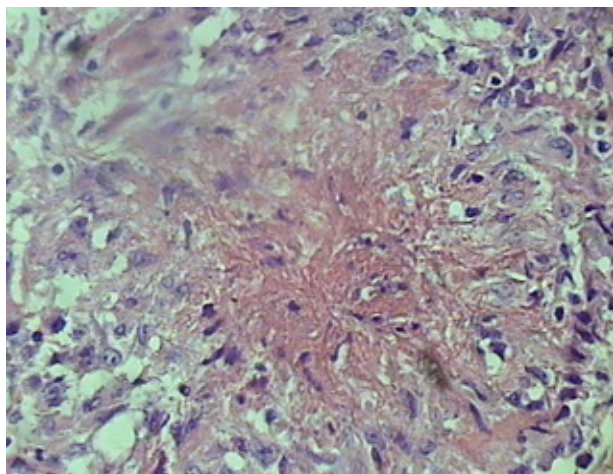


Figura N°4. Inflamación granulomatosa con una célula gigante áreas necrotica con eritrocitos y neutrofilos y macrófagos.

hacer énfasis en los hábitos sexuales y los posibles focos de tuberculosis en la familia (1,7).

El germen causal es el *Mycobacterium tuberculosis*, cepa más virulenta y con mayor actividad infecciosa (11). En estudios recientes, se han descrito casos nuevos de tuberculosis peneana causada por otras mycobacterias, como *Mycobacterium avium* intracelulares específicamente del tipo *Mycobacterium celatum* en pacientes con SIDA (8,12). Las pruebas diagnósticas a considerar son cultivo de secreciones y tinción de Ziehl-Neelsen, aunque esta última solo resulta específica en el 48% de casos (13). El cultivo para *Mycobacterium tuberculosis* en estas lesiones casi siempre dan resultados negativos, siendo las técnicas moleculares las más apropiadas (14-16).

Correspondencia:

Idalia Piedra

Correo electrónico: chirrypv@yahoo.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gow JG. Genitourinary tuberculosis. 6th edition. Campbell's Urology; 1992:947-78.
2. Lane DJ. Extrapulmonary tuberculosis. Med Int 1982; 1:983.
3. Martínez FG. Primary tuberculosis of the penis. Actas Urol Esp 1994; 18(3):245.
4. Sehgal VN, Wahg SA. Cutaneous tuberculosis: current concepts. Int J Dermatol 1990;29:237-52.
5. Penneys NS, Leonardi CL, Cook S, et al. Identification of mycobacterium tuberculosis DNA in five different types of cutaneous lesions by the polymerase chain reaction. Arch Dermatol 1993;129:1594-8.
6. Wilson SM, Goss S, Drobniowski F. Evaluation of strategies for molecular fingerprinting for use in the routine work of a Mycobacterium reference unit. J Clin Microbiol 1998; 36: 3385-8.
7. Lewis EL. Tuberculosis of the penis: a report of 5 new cases, and a complete review of the literature. J Urol 1946;56:737-45.
8. Lal MM, Sekhon GS, Dhall JC. Tuberculosis of the penis. J Indian Med Assoc 1971;56: 316-8.
9. Narayana AS, Kelly DG, Duff FA. Tuberculosis of the penis. Br J Urol 1976;48:274.
10. Kashima M, Mon K, Kadono T, Nakabayashi Y, Shibayama E, Mizoguchi M. Tuberculide of the penis without ulceration. Br J Dermatol 1999;140:757-9.
11. Konohana A, Noda J, Shoji K, Hanyaky H. Primary tuberculosis of the glans penis. J Am Acad Dermatol 1992;26:1002-3.
12. Baskin LS, Mee S. Tuberculosis of the penis presenting as a subcutaneous nodule. J Urol 1989;141:1430-1.
13. Guy M. Primary tuberculosis of the glans penis. Harefuah 1993; 125 (9): 260.
14. De Caprariis PJ, Giron JA, Goldstein JA, La Bombardi VJ, Guarneri JJ, Laufer H. Mycobacterium avium-intracellulare infection and possibly venereal transmission. Ann Intern Med 1984; 101:721.
15. Jaisanker TJ, Garg BR, Reddy BS, Riba B, Ramarao AP. Penile lupus vulgaris. Int J Dermatol 1994; 33: 272-4.
16. Garcia RJA. Genitourinary tuberculosis in Spain. Clin Infect Dis 1994;18(4):557.

Recibido: 30/05/06

Aceptado para publicación: 08/01/07