

Caso Clínico

Case Report

Filipa Viveiros²
David Tente³
Paulo Espiridião⁴
Aurora Carvalho^{1,2}
Raquel Duarte^{1,2,5}

Tuberculose testicular: Caso clínico

Testicular tuberculosis: Case report

Recebido para publicação/received for publication: 09.03.02

Aceite para publicação/accepted for publication: 09.05.15

Resumo

A tuberculose testicular é uma entidade clínica rara que ocorre em aproximadamente 3% dos doentes com tuberculose genital. Clinicamente, a tuberculose do testículo não pode ser distinguida de lesões como o tumor testicular ou enfarte, podendo em alguns casos mimetizar uma torção testicular. Os homens com idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos são os mais frequentemente afectados e queixam-se habitualmente de dor ou aumento de tamanho do testículo. A ecografia é actualmente a melhor técnica para a visualização e a orientação diagnóstica de lesões testiculares. Os autores apresentam o caso de um homem de 58 anos, seguido em consulta de Pneumologia por

Abstract

Testicular tuberculosis is rare, occurring in approximately 3% of patients with genital tuberculosis. It is often clinically indistinguishable from lesions such as testicular tumour and infarction and may even mimic testicular torsion. Men aged 20-50 years old are most commonly affected and often present with painful or painless enlargement of the scrotum. Ultrasound (US) is currently the best technique for imaging the scrotum and its contents and for diagnosing testicular lesions.

We present the case of a 58 year-old male, followed in pneumology for pulmonary tuberculosis, who complained of pain and right scrotum enlargement in the

¹ Centro Diagnóstico Pneumológico de Vila Nova de Gaia

² Serviço de Pneumologia

³ Serviço de Anatomia Patológica

⁴ Serviço de Urologia

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

⁵ Faculdade de Medicina. Universidade do Porto

e-mail: filipaviveiros@gmail.com

tuberculose pulmonar, que inicia quadro de dor e aumento testicular direito ao 2.º mês de tratamento antibacilar e cuja avaliação inicial, secundada por ecografia, foi sugestiva de lesão neoplásica. O diagnóstico final revelou tratar-se de uma tuberculose testicular.

Rev Port Pneumol 2009; XV (6): 1193-1197

Palavras-chave: Tuberculose, testículo.

second month of anti-tuberculosis chemotherapy. First assessment, seconded by US, suggested a neoplastic lesion, and the final diagnosis revealed testicular tuberculosis.

Rev Port Pneumol 2009; XV (6): 1193-1197

Key-words: Tuberculosis, testicle.

Introdução

A incidência da tuberculose extrapulmonar tem vindo a aumentar nas últimas décadas, principalmente devido à epidemia do VIH^{1,2}. O tracto genitourinário é o local mais frequentemente afectado e clinicamente representa 2,34% dos casos; no entanto, o seu envolvimento é observado em 7% dos doentes com tuberculose no momento da autópsia^{1,2,3}.

A tuberculose do testículo pode resultar de uma extensão retrógrada da infecção a partir da próstata e vesículas seminais, assim como de propagação hematogénea^{1,2,3}. Também foram postuladas a disseminação através do sistema linfático pélvico e a transmissão venérea^{3,4}. A infecção habitualmente afecta primeiro o epidídimo, sendo que a orquite ocorre como resultado da extensão contígua e reflecte um estágio tardio no processo da doença^{1,2,3}. A orquite tuberculosa isolada, por disseminação hematogénea e sem envolvimento do epidídimo, é rara^{1,3}. Assim sendo, a tuberculose testicular é uma entidade clínica rara que ocorre em aproximadamente 3% dos doentes com tuberculose genital^{2,3}.

Clinicamente, não pode ser distinguida de lesões como o tumor testicular, infecção aguda (bacteriana ou vírica), infecção granulomatosa (como a sarcoidose) ou enfarte, podendo até, em alguns casos, mimetizar uma torção testicular^{1,2,3}. A sua cuidadosa distinção é importante para um tratamento apropriado¹.

Os homens sexualmente activos, com idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos, são os mais frequentemente afectados e queixam-se habitualmente de dor ou aumento de tamanho do testículo^{1,2,3,4}. A presença de sintomas urinários e piúria estéril sugerem fortemente uma associação ao envolvimento renal³.

A ecografia do testículo é actualmente a melhor técnica para a visualização e orientação diagnóstica das lesões testiculares^{1,2,3}.

Caso clínico

AJP, sexo masculino, 58 anos, fumador de 57 UMA, com clínica de bronquite crónica tabágica, reformado de operário em fábrica de fundição e minas de volfrâmio com resultante silicose. Seguido em consulta de

Pneumologia por tuberculose pulmonar (Fig. 1), confirmada em exame directo e cultural de expectoração (> 36 bacilos por campo), e cujo antibiograma apresentava sensibilidade a todos os fármacos de primeira linha.

A serologia para o vírus de imunodeficiência humana era negativa.

Iniciou tratamento antibacilar com boa evolução clinicoradiológica e conversão das baciloscopias ao 1.º mês de tratamento. Ao 2.º mês inicia dor em moedeira e aumento do testículo direito, sendo orientado para a consulta de Urologia. O doente negava história prévia de traumatismo ou orquite. Ao exame físico apresentava uma volumosa massa palpável a nível do saco escrotal direito, ocupando todo o volume do saco e alterando a forma das estruturas intraescrotais. O toque rectal revelou uma próstata com aproximadamente 50g e nódulo palpável a nível do terço médio do lobo direito.

Do estudo efectuado será de salientar um antígeno específico da próstata (PSA) aumentado (10,88), com relação PSA livre/total diminuída (13,5%); os doseamentos da beta-gonadotrofina coriónica humana (β -HCG), alfa-fetoproteína (α -FP) e DHL foram normais.

Realizou posteriormente ecografia testicular e vesicoprostática que demonstrou um testículo direito com múltiplas formações nodulares, pericentimétricas, sugestivas de processo neoplásico (Fig. 2).

Salientava-se a existência de múltiplas adenopatias da cadeia inguinal direita.

Perante a avaliação inicial sugestiva de lesão neoplásica, o doente foi submetido a cirurgia com orquidectomia radical direita (Fig. 3).

O resultado histológico revelou um processo granulomatoso necrosante Ziehl-Neelsen



Fig. 1

positivo, compatível com o diagnóstico de orquite granulomatosa necrosante de etiologia tuberculosa (Fig. 4).

Comentário

As manifestações de tuberculose extrapulmonar podem surgir já no decurso do tratamento da tuberculose pulmonar, mesmo com tratamento correctamente orientado e em indivíduos imunocompetentes. Os doentes com orquite bacilar têm habitualmente uma boa resposta à terapêutica antibacilar. Preconiza-se um tempo de tratamento antibacilar com o esquema habitual (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol – 2HRZE + 4HR) de 6 meses de duração; no entanto, em algumas situações, pode ser necessária intervenção cirúrgica^{2,4}. A cirurgia está indicada em casos graves, ou perante a falta de resposta clínica ao trata-

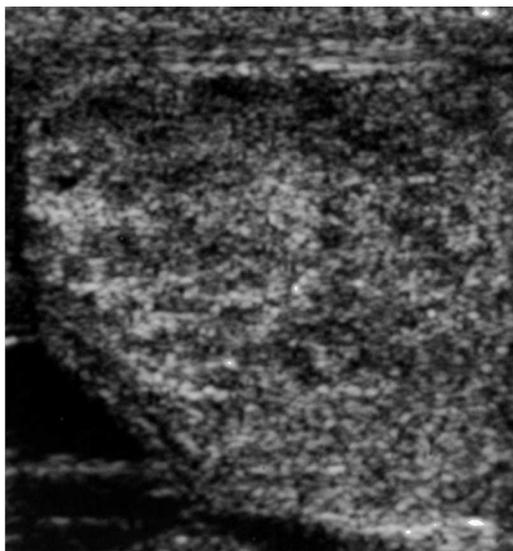


Fig. 2 – Ecografia testicular



Fig. 3 – Testículo com lesão heterogênea branco-amarelada, com necrose que envolve a quase totalidade da polpa testicular. Hidrocelo de pequeno volume

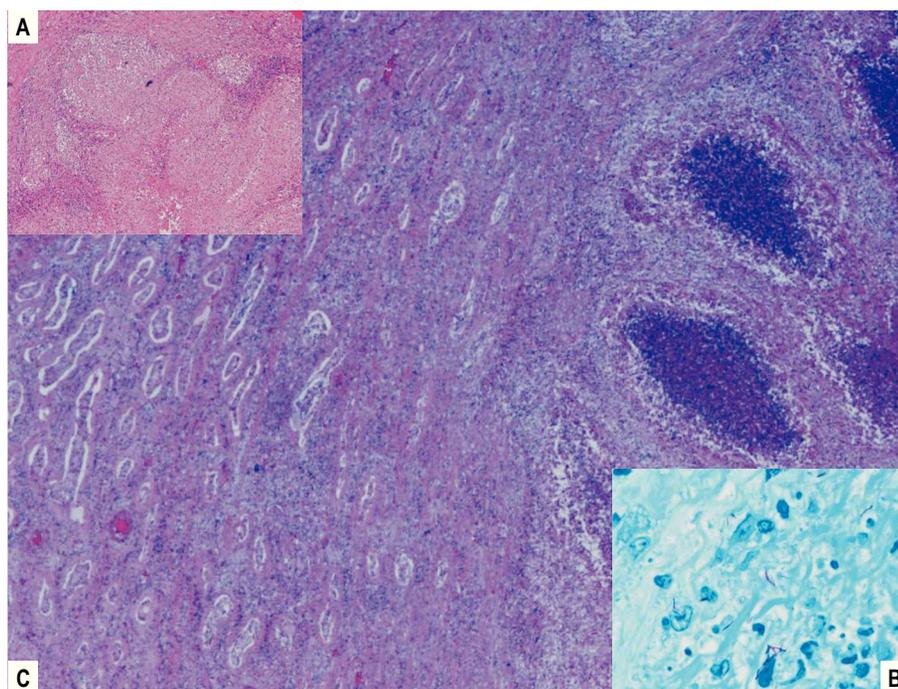


Fig. 4 – C – Parênquima testicular (à esquerda) e processo inflamatório granulomatoso necrosante (à direita). A – Granulomas epitelióides com necrose. B – Bacilos álcool ácido-resistentes, observados após coloração pelo método de Ziehl-Neelsen

mento, com aumento no tamanho e edema do testículo ou formação de abscesso^{2,4}.

É importante o diagnóstico diferencial com outras entidades clínicas; nomeadamente quando os achados clínicos mimetizam os de um tumor testicular. O diagnóstico de infecção tuberculosa é facilmente perdido, pelo facto de os tumores serem a causa mais comum de massa testicular¹.

A nível ecográfico, a presença de um aumento do epidídimo em conjunto com lesão testicular é mais sugestivo de infecção do que de etiologia neoplásica^{2,3}. Os padrões ecográficos associados com a orquite tuberculosa são vários e incluem: um aumento difuso, heterogéneo e hipocóico do testículo; um aumento difuso e homogéneo do testículo; um aumento nodular e heterogéneo e a presença de múltiplos e pequenos nódulos hipocóicos num testículo aumentado^{1,2,3}. Este último, também conhecido como padrão miliar, é característico da tuberculose do testículo^{1,2}. Outros achados ecográficos associados são o espessamento da pele escrotal, o hidrocelo, as calcificações intraescrotais extratesticulares, o abscesso escrotal e o tracto sinuoso escrotal^{1,2,3}. A adição do ecodoppler, para avaliação do fluxo

sanguíneo, pode ajudar a diferenciar entre a presença de enfarte, tumor ou inflamação do testículo^{1,2}.

A epididimorquite tuberculosa deve ser considerada no diagnóstico diferencial de edema escrotal por tumor, infecção aguda ou orquite inflamatória. A evidência de tuberculose fora do tracto genitourinário, a falência da terapêutica antibiótica convencional, a presença de calcificações no escroto, o abscesso, os tractos sinuosos do testículo e a imunodepressão ajudam no diagnóstico de tuberculose do testículo^{1,2,3}.

Bibliografia

1. Muttarak M, Wilfred PGC, Lojanapiwat B, Chaiwun B. Tuberculous epididymitis and epididymo-orchitis. *Am J Roentg* 2001; 176:1459-1466.
2. Muttarak M, Wilfred PGC, MBBS, FRCP, FRCR. Case 91: Tuberculous epididymo-orchitis. *Radiology* 2006; 238:748-751.
3. Shahl H, Shah K, Dixit R, Shah KV. Isolated tuberculosis epididymo-orchitis. *Indian J Tuberc* 2004; 51:159-162.
4. Rajpall S, Dhingra VK, Malik MM, Kumar R. Tuberculous epididymo-orchitis treated with intermittent therapy: a case report. *Indian J Allergy Asthma Immunol* 2002; 16(1):51-54.