



Tuberculosis genital y embarazo a término. Reporte de caso

RESUMEN

La tuberculosis sigue siendo un problema de salud mundial conocida como “la gran simuladora” porque semeja una gran cantidad de padecimientos. Alrededor de 1% de las mujeres infectadas por especies de *Mycobacterium* resultan con tuberculosis genital, que se diagnostica con más frecuencia durante la edad fértil. La tuberculosis genital es la segunda forma más frecuente de tuberculosis extrapulmonar y una causa común de infertilidad, incluso con diagnóstico y tratamiento oportuno. Las tasas de embarazo son bajas y casi todos ectópicos o abortos. El porcentaje de infertilidad por tuberculosis genital femenina en países en vías de desarrollo es de 5-20%. El embarazo es un periodo de alto riesgo para la mujer con tuberculosis; en mujeres con manifestaciones de tuberculosis en la actualidad se propone el legrado terapéutico. Se reporta el caso de una paciente de 21 años de edad, atendida en el Hospital General Dr. Miguel Silva de la ciudad de Morelia, Michoacán, en el puerperio tardío, a quien se realizó LUI por retención de restos placentarios, con síndrome febril y anemia. Por probable perforación uterina se realizó una laparotomía exploradora y se encontraron signos patognomónicos de tuberculosis peritoneal y genital. Por lo anterior se decidió realizar la histerectomía; la pieza quirúrgica se envió al servicio de Patología donde, por tinción de Ziel Neelsen, se confirmó el diagnóstico de tuberculosis genital. Ante un cuadro de tuberculosis peritoneal y genital es necesario el diagnóstico diferencial para descartar un carcinoma de ovario en etapas avanzadas porque los hallazgos quirúrgicos son semejantes.

Palabras clave: tuberculosis genital, embarazo a término

Silvia Juliana García-López¹
Andrés Pérez-Martínez²
Sareni Chávez-Martínez³
José Antonio Sereno-Coló³

¹ Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia.

² Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.

³ Médico adscrito.
Departamento de Ginecología y Obstetricia.
Hospital General Dr. Miguel Silva, Morelia, Michoacán, México.

Genital tuberculosis and pregnancy to term. Case report

ABSTRACT

Tuberculosis continues to be a worldwide public health issue, known as “the great pretender” resembling many diseases. Overall 1% of women infected with *Mycobacterium* species develop genital tuberculosis (GT) which is widespread more commonly during their fertility age, 20 -40 years old. GT is the second most common cause of extra pulmonary tuberculosis. One of the clinical manifestations in these patients is Infertility; with a poor prognosis of a successful pregnancy even with a correct diagnosis, medical and/or surgical treatment. Most pregnancies result in ectopic pregnancies or abortions. In low income countries GT may account for 5- 20% of infertility cases. It was widely believed that pregnancy represented a period of risk to women infected with tuberculosis; and actually abortion is suggested. We report a case of a 21 year old female patient who came to the General Hospital Dr. Miguel Silva

Recibido: noviembre 2013

Aceptado: enero 2014

Este artículo debe citarse como

García-López SJ, Pérez-Martínez A, Chávez-Martínez S, Sereno-Coló JA. Tuberculosis genital y embarazo a término. Reporte de caso. Ginecol Obstet Mex 2014;82:261-267.

in the city of Morelia, Michoacán with the diagnosis of late puerperium postpartum complicated with retained placental tissue to perform a uterine curettage. The patient had fever and anemia for which we had to perform a laparotomy exploration of the doubt of uterin perforation; the surgical findings were pathognomonic of GT for which we continue to realize Hysterectomy. The macro and microscopically pathologic findings consists in GT, confirming the diagnosis with Ziehl-Neelsen acid stain. GT findings must always be differentiated from ovarian cancer.

Key words: Genital tuberculosis, pregnancy to term.

La tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública mundial y la “gran simuladora” porque semeja gran cantidad de padecimientos. Su variante peritoneal puede comportarse, clínicamente, como cualquier otra enfermedad abdominal.¹ La tuberculosis genital cobró importancia en el siglo XVIII, cuando Morgagni describió sus signos en la mujer. Ramymond fue el primero en reportar un caso de tuberculosis cervical y Kiwish, en 1847, el primero en describir un caso de tuberculosis en el útero.² En 1882 Koch describió las características del tubérculo.³ Alrededor de 1% de las mujeres infectadas por especies de *Mycobacterium* padecen tuberculosis genital, que es más frecuente entre los 20 y 40 años; es decir, en mujeres en edad fértil. La tuberculosis genital es la segunda forma de tuberculosis extrapulmonar más frecuente, después de su aparición en los ganglios linfáticos. La tuberculosis genital es una causa común de infertilidad; incluso con diagnóstico y tratamiento oportunos, las tasas de embarazo son muy bajas y los pocos que se logran son ectópicos o abortos.⁴ El porcentaje de infertilidad por tuberculosis genital en mujeres que viven en países en vías de industrialización es de 5-20%. Los casos de tuberculosis genital femenina pocas veces se reportan porque el diagnóstico es difícil por la inespecificidad de los signos y síntomas: infertilidad secundaria (43-74%), dolor pélvico (42%), amenorrea (14%), dispareunia (5-12%)

y leucorrea (26%). En la mayoría de los casos la infección alcanza el conducto genital por vía hematógena, afecta las trompas de Falopio en 95-100%, seguido por el endometrio 50-60% y los ovarios en 20-30%.⁵ Los hallazgos laparoscópicos son: tubérculos en el peritoneo y en órganos pélvicos, ascitis, salpingitis, útero edematoso y congestivo, entre otros. Las personas infectadas con mayor riesgo de tuberculosis genital y abdominal son: las de condición socioeconómica baja, migrantes, desnutridos, drogadictos e infectadas con VIH.⁶

El embarazo es un periodo de alto riesgo para la mujer con tuberculosis. En mujeres con manifestaciones de tuberculosis se propone el legrado terapéutico. En numerosos estudios se afirma que el embarazo no es una condición que predisponga al inicio y evolución de la tuberculosis porque no altera su curso clínico.⁷ En mujeres embarazadas con factores de riesgo de tuberculosis se recomienda la realización de la prueba cutánea de la tuberculina. El Centro de Control y Prevención de Enfermedades y la ACOG recomiendan iniciar el tratamiento antifímico en el postparto.⁸ En una mujer con tuberculosis diseminada la afectación de la placenta implica alto riesgo de tuberculosis congénita en el feto.⁹ Las pacientes con tuberculosis genital en tratamiento pueden volver a experimentar síntomas de reactivación, incluso después de siete



semanas de seguimiento; por eso debe llevarse un buen control del tratamiento, por lo menos durante un año.¹⁰

REPORTE DEL CASO

Paciente femenina de 21 años de edad, atendida en el Hospital General Dr. Miguel Silva de Morelia, Michoacán, institución de segundo nivel. Llegó referida por los médicos del Hospital Regional de Pátzcuaro, Michoacán, con el antecedente de probable retención de restos placentarios, síndrome febril y sepsis puerperal. Durante la exploración física la paciente se encontró: letárgica, no cooperadora, sin respuesta a estímulos verbales, sólo a los dolorosos. Signos vitales: tensión arterial: 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca de 110 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 25 por minuto y temperatura de 38.6 °C. Los campos pulmonares estaban ventilados, ruidos cardíacos rítmicos con abdomen globoso distendido, mate a la percusión, doloroso a la palpación, con hipertonía muscular. No se auscultó peristalsis. Al tacto vaginal bimanual el útero se encontró de 15 x 7 x 5 cm, fijo y doloroso a la movilización. Cuello uterino central. El orificio cervical externo abierto. Loquios serohemáticos fétidos, vagina hipertérmica y la vulva sin alteraciones. Las extremidades con reflejos normales, sin edema.

La paciente es originaria y residente de Pátzcuaro, Michoacán. Estado civil: soltera; empleada doméstica, con antecedentes personales patológicos, traumáticos, alérgicos, sin transfusiones. Alcoholismo y tabaquismo positivos de seis años de evolución, y dos años consumiendo cocaína y heroína. Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 13 años, ritmo 30/3, eumenorreica, inicio de la vida sexual a los 13 años, dos pareja sexuales con riesgo de enfermedades de transmisión sexual; dos embarazos y dos partos, sin método de planificación familiar. El último parto más LUI por probable retención de restos

placentarios 7 y 6 días, respectivamente, previos a su ingreso. Se desconoce la fecha de la última menstruación, no se dispone de los reportes del Papanicolaou.

La laparotomía exploradora permitió el diagnóstico de choque séptico y abdomen agudo secundario a pelviperitonitis y probable perforación uterina, por antecedente de LUI. Entre los hallazgos en el transoperatorio: 3,200 mL de líquido libre sero-purulento (Figura 1), salpinges dilatadas con adherencias al epiplón, útero de 15 x 7 x 6 cm. El ovario se apreció congestivo y engrosado; las tres piezas cubiertas de material fibrinopurulento y nódulos blanquecinos menores de 5 mm que semejan granos de mijo (Figura 2). Se realizó histerectomía total abdominal, salpingectomía bilateral y ooforectomía izquierda. Sangrado aproximado de 2,000 cc, por eso se le transfundieron dos paquetes globulares. La pieza quirúrgica (útero, salpinges y ovario izquierdo) se enviaron para su análisis al departamento de Anatomía Patológica.

En el posoperatorio se estableció el diagnóstico de choque séptico por pelviperitonitis y se ingresó a la paciente a la unidad de cuidados intensivos en donde recibió tratamiento con



Figura 1. Laparotomía exploradora en la que se aprecia abundante líquido libre sero-purulento y nódulos blanquecinos en el asa intestinal.

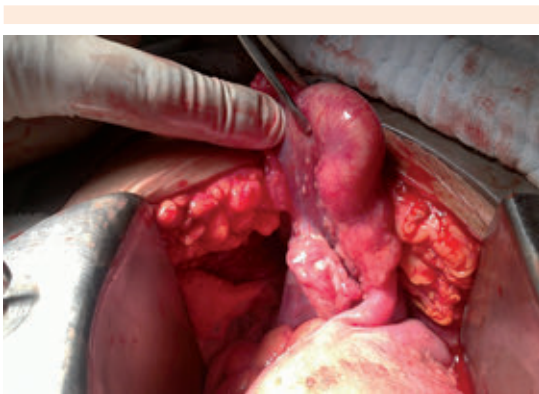


Figura 2. Útero, ovario y salpínx dilatada con nódulos blanquecinos que semejan granos de mijo.

fluconazol, cefepime y amikacina. La paciente evolucionó en forma tórpida, durante su estancia de diez días en la unidad de cuidados intensivos persistió la fiebre de 39 °C, la encefalopatía, el derrame pleural y la neumonía bilateral. Se le realizaron los estudios para búsqueda de virus, el cultivo del líquido cefalorraquídeo resultó negativo, se agregó al esquema de antibióticos meropenem.

La pieza quirúrgica de la histerectomía total, con salpingooforectomía izquierda y salpingectomía derecha, se envió al departamento de Anatomía Patológica. El útero midió 15x10x7 cm, y pesó 395 mg. La superficie externa era de color marrón claro, de aspecto congestivo, el segmento uterino medía 6x4x3 cm, color marrón claro blando, el cuello medía 3.5 x 2.5 cm. Al corte, el canal endocervical se apreció de color marrón claro, con extensas áreas de hemorragia que afectaban todo el espesor. La cavidad uterina midió 8 cm de longitud; se encontró dilatada, ocupada por material hemático y restos de tejido. El espesor del miometrio fue de 2 cm, color blanco, con patrón estoriforme, congestivo, con áreas de hemorragia y múltiples vasos sanguíneos dilatados (Figura 3). En el mismo frasco, por separado, se colocaron las salpinges, de 8x2.5 x 2 cm y 8x3x2 cm, derecho e izquierdo, res-

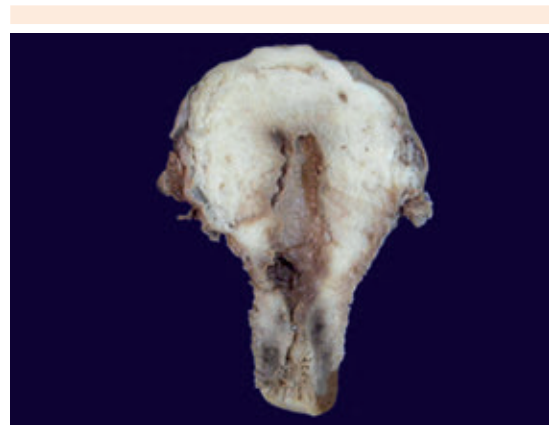


Figura 3. Pieza quirúrgica después del proceso de fijación, al corte se observa el endocervix con extensas áreas de hemorragia. La cavidad uterina está ocupada por material hemático y restos de tejido, el miometrio con patrón estoriforme, congestivo, con áreas de hemorragia y múltiples vasos sanguíneos dilatados.

pectivamente. Se advertían áreas de hemorragia focal, las fimbrias de características congestivas. Al corte la mucosa se observó blanca, de aspecto esponjoso, de paredes engrosadas. El ovario izquierdo medía 4x2x1.5 cm. Al corte también se apreció rodeado por tejido fibroconectivo, con múltiples lesiones quísticas pequeñas (Figura 4).

Al microscopio, el miometrio, el estroma cervical y endocervical se observaron con hemorragia y necrosis extensa (Figura 5). En los diferentes cortes se identifican múltiples granulomas que disecan las fibras miometriales (Figura 6) conformados por macrófagos epitelioides que rodean un área de necrosis (Figura 7) acompañados de células gigantes multinucleadas (Figura 8). La tinción de Ziehl-Neelsen resultó positiva y permitió observar bacilos ácido alcohol resistentes dentro de una célula gigante; se tiñeron de color rosa intenso en un fondo azul (Figura 9). Con base en los hallazgos se emitió el diagnóstico de salpingooforitis e inflamación crónica granulomatosa en el miometrio y cuello uterino compatible con tuberculosis y deciduitis aguda.

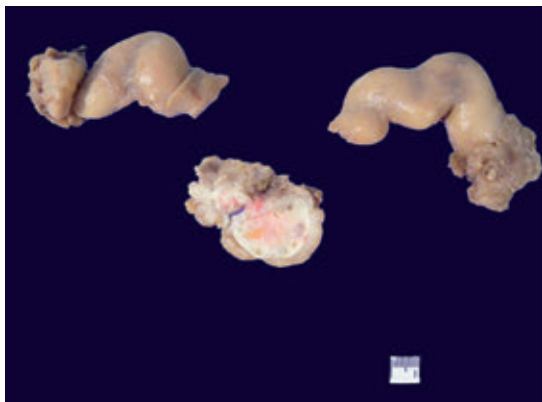


Figura 4. Piezas quirúrgicas correspondientes a las salpinges derecha e izquierda y ovario izquierdo, en las que se observan las fimbrias congestivas. El ovario izquierdo, al corte, se observa rodeado por tejido fibroconectivo, con múltiples lesiones quísticas pequeñas.

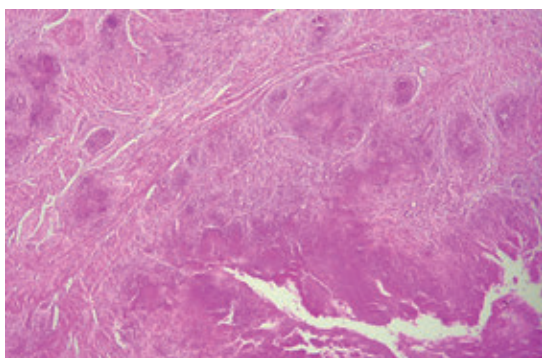


Figura 5. En la porción superior se observa al miometrio formado por fascículos de células musculares, de aspecto arremolinado, con vasos sanguíneos, múltiples granulomas, algunos con organización de histiocitos que forman palizadas periféricas y abundantes células gigantes multinucleadas. Hacia la porción inferior derecha se observa la cavidad uterina, en donde no se reconoce al endometrio o restos placentarios, únicamente necrosis extensa, de color rosa intenso. (Tinción con hematoxilina y eosina X10).

Se inició tratamiento antifímico con clorhidrato de etambutol, isoniácida, rifampicina y pirazinamida en fase intensiva. Experimentó mejoría

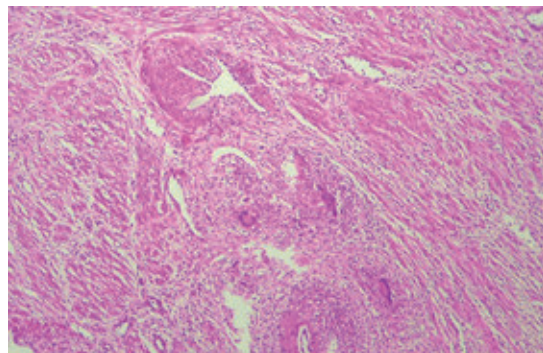


Figura 6. En el miometrio se observan fibras de células musculares lisas, separadas por edema, células inflamatorias y la formación de granulomas, con células gigantes multinucleadas y vasos sanguíneos congestivos (tinción con hematoxilina y eosina X40).

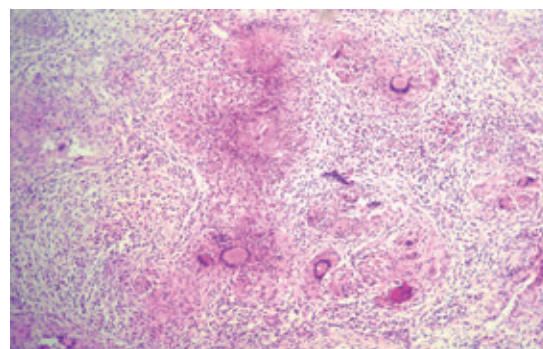


Figura 7. Granulomas formados por respuesta inflamatoria de reparación a la lesión inducida por micobacterias. El tejido se organiza y rodea de macrófagos que forman una empalizada. El área central corresponde a necrosis caseosa, de color rosa brillante (superior-medio) con células gigantes multinucleadas (tinción con hematoxilina y eosina X40).

clínica, cursó afebril, con estabilización de signos vitales y buen control hemodinámico. Egresó de terapia intensiva a los 24 días y continuó hospitalizada, con tratamiento antifímico durante 13 días más. Salió del hospital por mejoría, con el mismo esquema de tratamiento, que se

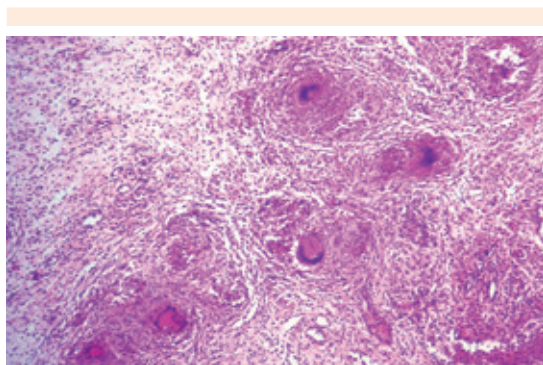


Figura 8. Múltiples granulomas conformados por macrófagos epitelioides y abundantes células gigantes multinucleadas (tinción con hematoxilina y eosina X40).

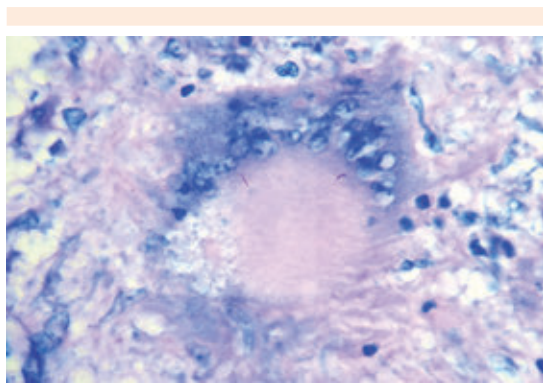


Figura 9. Célula gigante formada por la fusión de múltiples macrófagos, con un anillo de núcleos dispuestos periféricamente con una forma de herradura (tipo Langhans), y BAAR en su citoplasma (tinción de Ziehl-Neelsen X100).

postergó durante cuatro meses. Se agregó la dosis de sostén con rifampicina, isoniacida, etambutol y pirazinamida durante seis meses. Evolucionó satisfactoriamente, y luego de 26 meses del diagnóstico permanece en vigilancia por parte de los médicos del servicio de Ginecología e Infectología, sin recidiva de la enfermedad.

Posterior al diagnóstico materno éste se notificó al servicio de Epidemiología del Hospital Regional de Pátzcuaro, Michoacán. Al recién

nacido se le realizaron pruebas microbiológicas de jugo gástrico, hemocultivo y líquido cefalorraquídeo, hemograma, bioquímica y reactantes de fase aguda, todas con reportes normales, cultivos negativos para bacilos ácido alcohol resistentes. Permaneció en vigilancia sin tratamiento antifímico y a 26 meses de nacimiento no ha manifestado datos clínicos de tuberculosis congénita.

DISCUSIÓN

La tuberculosis es una enfermedad que se conoce desde la Antigüedad y fue hasta el siglo XX cuando se introdujo la quimioterapia anti-tuberculosa, que marcó el inicio de su declive epidemiológico; sin embargo, en los últimos años su incidencia se ha incrementado y se espera que continúe en aumento, por la expansión del VIH. La coexistencia de esta infección hará que se incremente el diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar, como la peritoneal y genital. Deberá sospecharse en las pacientes con infertilidad y factores de riesgo para su inicio, porque su diagnóstico y tratamiento oportunos ayudan a preservar la fertilidad y reducir las complicaciones.

El diagnóstico de la tuberculosis genital rara vez se establece antes del procedimiento quirúrgico, que es difícil por la inespecificidad de los síntomas, incluso se han reportado casos en los que se sospecha carcinoma de ovario en etapas avanzadas. En los estudios de gabinete se encontraron ascitis e imágenes quísticas con septos delgados asociados a la masa anexial que simulan una neoplasia maligna avanzada además de elevación del Ca 125. Al final, los resultados histológicos reportan un diagnóstico compatible con tuberculosis, por lo que el diagnóstico definitivo es mediante PCR, cultivo positivo para *M. tuberculosis*. La observación de cambios histológicos compatibles con tuberculosis con identificación del bacilo por tinción



de Ziehl Neelsen. Los granulomas forman parte de los cambios histológicos característicos de la tuberculosis y de una respuesta inflamatoria de reparación a la lesión celular inducida por micobacterias. El área central corresponde a necrosis caseosa blanca, como queso, alrededor de las zonas de necrosis. El tejido se organiza y está rodeado por histiocitos que forman empalizada periférica. Estos granulomas se acompañan de células gigantes multinucleadas, formadas por la fusión de múltiples macrófagos de núcleos dispuestos a la periferia en forma de herradura (célula gigante tipo Langhans).

La histerectomía total abdominal y la salpingooforectomía bilateral es el tratamiento quirúrgico de elección en casos de tuberculosis genital aunado siempre a la terapia antituberculosa.

REFERENCIAS

1. Flores-Álvarez E, Tello-Brand SE, López-López F, Rivera-Barragán V. *Tuberculosis peritoneal. Informe de siete casos*. Cir Ciruj 2010;78:67-71.
2. S.N. Tripathy and S.N. Tripathy. *Gynaecological tuberculosis . An update*. Ind J Tub 1998;45:193.
3. Wen-Jai Guo, Guahn-Ren Shieh, Shih-Lung Chen. Female extrapulmonary genital tuberculosis: full-term deliveries after 4 years of follow-up. Taiwan J Obstet Gynecol 2010;49:105-108.
4. Sindhu N. Tripathy, Satchida N. Tripathy. Infertility and pregnancy outcome in female genital tuberculosis. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2002;76:159-163.
5. AbdelAzim A. Ali, Tajeldin M. Abdallah. Clinical presentation and epidemiology of female genital tuberculosis in eastern Sudan. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2012;118:236-238.
6. Figueroa-Damián R, Arredondo-García JL. Neonatal outcome of children born to women with tuberculosis. Arch Med Res 2001;32:66-9.
7. Hamadeh MA, Glassroth J. Tuberculosis and pregnancy. Chest 1992;101:1114-20.
8. Kim A. Boggess, MD, Evan R. Myers, MD, MPH, and Carol Dukes Hamilton, MD Antepartum or Postpartum Isoniazid Treatment of Latent Tuberculosis Infection. Obstet Gynecol 2000;96:757-762.
9. González Martínez ML, Navarro Gómez MM, Santos Sebastián J, Saavedra Lozano T. Tuberculosis en gestante y tuberculosis congénita. An Pediatr (Barc) 2009;70:512-4.
10. Martin Llewelyn, Ian Cropley, Robert J Wilkinson, Robert N Davidson. Tuberculosis diagnosed during pregnancy: a prospective study from London. Thorax 2000;55:129-132.