



Tuberculosis genital: manifestación atípica durante el embarazo.

Reporte de un caso

Franco-Sansaloni A¹, Vizcaíno-Torres J¹, Gaona-Morales J², Estellés-Morant D³, Antonio-Serrano J⁴

Resumen

ANTECEDENTES: en los últimos años se ha registrado un incremento de los casos de tuberculosis, lo que representa un problema de salud mundial, también reflejado en un aumento de casos en las mujeres embarazadas. En los países desarrollados se ha observado una relación directa con los pacientes con VIH y en grupos étnicos minoritarios y colectivos de inmigrantes procedentes de países donde la infección es endémica. La enfermedad tuberculosa durante el embarazo puede curarse si se diagnostica y trata adecuadamente.

CASO CLÍNICO: mujer de 30 años de edad, de origen rumano, con embarazo de 23 semanas, no controlada, que ingresó al servicio médico por sospecha de corioamnionitis y después de un aborto séptico y criterios clínicos de septicemia se fugó del centro hospitalario. Reingresó de forma tardía con afectación neurológica y pelviperitonitis, que resultó en tuberculosis genital. A la paciente se le diagnosticó meningitis tuberculosa diseminada. Que evolucionó tórpidamente hasta el exitus/su muerte.

PALABRAS CLAVE: tuberculosis genital femenina, embarazo, aborto séptico tardío.

Ginecol Obstet Mex 2016 May;84(5):314-318.

Genital tuberculosis: atypical manifestation in the pregnancy. Case report.

Franco-Sansaloni A¹, Vizcaíno-Torres J¹, Gaona-Morales J², Estellés-Morant D³, Antonio-Serrano J⁴

Abstract

BACKGROUND: In the last years has been an increase in cases of tuberculosis, representing a global health problem that is also reflected in an increased of cases in pregnant population. Especially in developed countries has been observed a direct relation with VIH patients, and groups of immigrants from countries where the infection is endemic. Tuberculous disease during pregnancy presents good outcome if it is diagnosed and treated properly.

¹ Adjunto a la sección de Obstetricia.

² Adjunto del servicio de Anatomía Patológica.

³ Residente de tercer año de Obstetricia y Ginecología.

⁴ Jefe clínico de la sección de Obstetricia.

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Unidad de Obstetricia y Diagnóstico Prenatal.

Hospital General y Universitario de Castellón, España.

Recibido: diciembre 2015

Aceptado: febrero 2016

Correspondencia

Dra. Ángela Franco Sansaloni
anfransa@hotmail.es

Este artículo debe citarse como

Franco-Sansaloni A, Vizcaíno-Torres J, Gaona-Morales J, Estellés-Morant D, Antonio-Serrano J. Tuberculosis genital: manifestación atípica durante el embarazo. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex. 2016 mayo;84(5):314-318.



CASE REPORT: We present the case of a romanian patient with uncontrolled 23 weeks gestation that enters with the suspicion of chorioamnionitis and after late septic miscarriage and clinical sepsis criteria, leaks out of the hospital reentering with signs of neurologic involvement and pelviperitonitis as a result of genital tuberculosis. Diagnosed with tuberculous meningitis and disseminated with a grim evolution until death.

KEY WORDS: Female genital tuberculosis; pregnancy; late septic miscarriage

Correspondence

Dra. Ángela Franco Sansaloni
anfransa@hotmail.es

ANTECEDENTES

De acuerdo con la OMS, la tuberculosis es la segunda causa de mortalidad en todo el mundo, provocada por un agente infeccioso. Según el reporte de 2013, se registraron 1.5 millones de muertes.¹

Por su parte, el *European Centre for Disease, Prevention and Control* señala que en 2013 se diagnosticaron 68,423 casos de tuberculosis, que equivale a una tasa de 13.5 por cada 100,000 habitantes. Los países con incidencia más alta fueron Lituania y Rumania, con 50 y 99 casos por cada 100,000 habitantes, respectivamente.

En España se ha observado, en los últimos años, un aumento de nuevos casos de tuberculosis relacionados con pacientes con VIH y en determinados colectivos de inmigrantes procedentes de países donde la infección es endémica.²

Según la SENCT (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica), en los últimos datos oficiales disponibles de la Red de Vigilancia Epidemiológica del 2013, se notificaron en España 5,177 casos de tuberculosis, lo que implica una tasa preocupante de 10 a 19 casos por cada 100,000 habitantes.³

La edad de mayor incidencia de tuberculosis es entre los 25 y 34 años, que coincide con la etapa reproductiva de la mujer.

Presentamos el caso de una paciente de origen rumano, con embarazo no controlado, de 23 semanas, con hallazgos compatibles con corioamnionitis y quien después de tener un aborto séptico tardío, se complicó con pelviperitonitis que resultó en tuberculosis genital. Se estableció el diagnóstico de tuberculosis diseminada, con afectación meníngea, que evolucionó de forma tórpida hasta su muerte/exitus.

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años de edad, de origen rumano, con antecedentes personales: exadicta a las drogas por vía parenteral, VHC positiva, fumadora, sin alergias ni transfusiones previas. Sus antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 14 años de edad (3/28), eumenorréica; 1 parto eutócico a término y 3 interrupciones voluntarias del embarazo. Embarazo actual de 23 semanas, no controlada, con fecha de última menstruación 27/06/2012. Ingresó al servicio de Urgencias con síntomas y hallazgos analíticos de corioamnionitis, con resultado a las 24 h de aborto séptico tardío, expulsión espontánea del feto y placenta, con tratamiento antibiótico.

En la ecografía efectuada después del aborto se evidenció ascitis moderada de origen no filiado y restos placentarios, por lo que se procedió a practicar paracentesis diagnóstica (líquido informado como ligeramente turbio, negativo para el cultivo bacteriológico), serología ampliada y legrado que transcurrieron sin incidencias. Durante su evolución inmediata tuvo episodios febriles, por lo que se decidió efectuar hemocultivos que resultaron sin focos infecciosos, más allá del obstétrico; no se identificaron síntomas respiratorios ni neurológicos. Se prescribió tratamiento por vía endovenosa de mantenimiento, porque no podía recibirlos por vía oral. Después de 48 horas de hospitalización, pese al mal estado general y advertencias médicas, la paciente se fugó del centro hospitalario.

Cinco días después reingresó de urgencia al servicio de Ginecología y Obstetricia por fiebre persistente de 40°C, estupor, somnolencia y empeoramiento clínico. En la ecografía se observó línea endometrial homogénea de 9.4 mm, imagen paranaxial izquierda de 57 x 14 mm y derecha de 46 x 28 mm, con moderada cantidad de líquido libre en el saco de Douglas. Con la exploración y el diagnóstico altamente sugerente de absceso pélvico y sospecha de pelviperitonitis complicada con choque séptico, se efectuó una laparotomía exploradora que confirmó el absceso tubo-ovárico bilateral, sin otros hallazgos macroscópicos significativos. Se realizaron histerectomía y salpingectomía bilateral y se envió la pieza quirúrgica al servicio de Anatomía Patológica (Figura 1). La cirugía transcurrió sin incidencias, se realizaron hemocultivos y se transfundieron 2 concentrados de hemáties. La paciente fue trasladada a la unidad de reanimación para control postoperatorio.

La evolución inicial fue favorable, con la paciente hemodinámicamente estable, eupneica, saturación de oxígeno de 97%, auscultación con murmullo vesicular conservado, sin ruidos

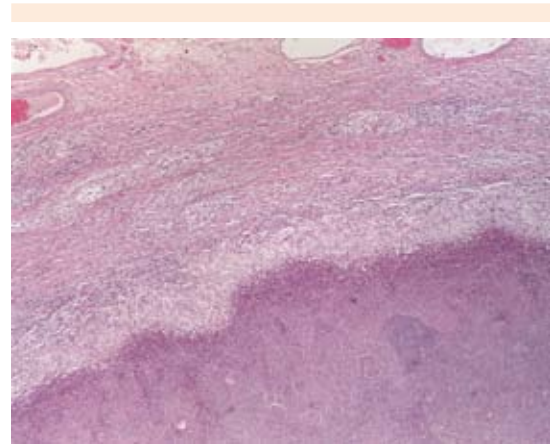


Figura 1. Tinción con hematoxilina-eosina. Corte transversal de la trompa de Falopio, donde se observan granulomas necrosantes de gran tamaño, alrededor de toda su luz.

sobreagregados. La radiografía de tórax mostró cambios leves e inespecíficos, compatibles con síndrome de estrés respiratorio agudo. La función renal estaba conservada; no se identificaron signos de pirosis durante las primeras 18 horas de ingreso y la leucocitosis fue disminuyendo. El estudio de PCR fue estable y la detección de procalcitonina negativa. Se le prescribió ampicilina, metronidazol y gentamicina por vía endovenosa, hasta que el servicio de Microbiología reportó crecimiento en hemocultivo de bacilo gramnegativo no fermentador pendiente de tipificar, por lo que se modificó el tratamiento a meropenem, también por vía endovenosa.

A las 36 horas tuvo un episodio febril, concomitante con desaturación progresiva, sin repercusión hemodinámica, con buena respuesta a la ventilación mecánica no invasiva. Se practicó una nueva radiografía de tórax, en la que se observó patrón miliar, con afectación difusa de ambos pulmones, sin signos de derrame pleural. Ante la elevada sospecha diagnóstica de tuberculosis miliar ingresó a la unidad de cuidados intensivos, después de informar el caso a medi-



cina preventiva. Se solicitó un estudio urgente de tinción de auramina, que resultó positivo; cultivo de esputo para micobacterias (sin obtención del mismo de forma exitosa), broncoscopia que se informó como muestra de aspirado bronquial positiva para la tinción de Zhiel-Neelsen (Figura 2), por lo que se inició tratamiento tuberculostático con isoniacida, pirazinamida, rifampicina, estreptomycin y esteroides.

Pocas horas después sufrió un nuevo episodio de desaturación y rápida disminución del nivel de consciencia, por lo que se procedió a intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. La TAC craneal evidenció hidrocefalia tetraventricular, edema cerebral y múltiples áreas de isquemia en los ganglios de la base, por lo que requirió colocación de drenaje ventricular, con salida de líquido cefalorraquídeo, con resultados bioquímicos y microbiológicos compatibles con meningitis tuberculosa. Se evidenció progresiva mejoría analítica del líquido cefalorraquídeo y se optó por retirar el drenaje ventricular al sexto día, postinstauración, pero sin mejoría de la situación neurológica, que persistió con puntuación de 7 (O:3, V:1, M:3) en la escala de Glasgow (estado

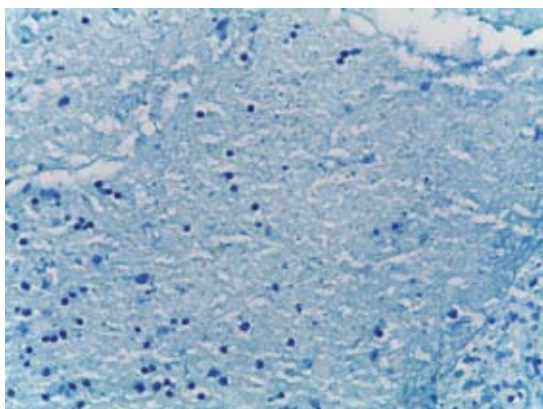


Figura 2. Tinción de Ziehl-Neelsen que muestra estructuras correspondientes al bacilo ácido alcohol resistente, rojo fucsia y morfología alargada.

vegetativo). Debido a la buena tolerancia a la ventilación mecánica se decidió la extubación, además de las bajas necesidades de oxígeno; sin embargo, cursó con broncoespasmo severo, con mala respuesta al tratamiento broncodilatador, por lo que se realizó traqueostomía percutánea. Recibió nutrición enteral por sonda nasogástrica, con mantenimiento de la función renal y hepática, sin alteraciones durante todo el proceso.

Se identificó bacteriemia por *Stenotrophomona*, que se trató con cotrimoxazol. El estudio histopatológico de las piezas ginecológicas reportó endometritis y salpingitis granulomatosa, sugere de tuberculosis genital. Se le prescribió tratamiento tuberculostático con RIMSTAR (rifampicina, isoniacida, pirazinamida, etambutol).

La paciente en estado vegetativo y con tuberculosis diseminada mostró empeoramiento clínico gradual y a los trece días de ingreso a la unidad de cuidados intensivos cursó con fiebre de 40°C, insuficiencia respiratoria, insuficiencia multiorgánica, con evolución a paro cardiorrespiratorio y muerte/*exitus*.

DISCUSIÓN

La relación entre embarazo y tuberculosis ha originado diferentes opiniones, incluso contrarias, a lo largo de la historia.

Los datos actuales confirman el incremento de casos de tuberculosis en todo el mundo, incluidas, por supuesto, las mujeres embarazadas. Esta enfermedad se vincula con el grado de industrialización de los países debido a su relación con: áreas urbanas, pacientes con VIH, situación de pobreza y resistencia a fármacos antituberculosos.

La tuberculosis genitourinaria es la segunda localización más frecuente de la infección, después de la pulmonar, que afecta incluso a 15% de las mujeres.⁴ La infección suele originarse por la reactivación de focos tuberculosos latentes, esta-

blecidos a partir de la diseminación hematógena desde un foco primario en el pulmón. También puede ocurrir por propagación hematógena de algún tipo de tuberculosis activa pulmonar o miliar; o la menos frecuente, la vía transmural. Inicialmente se localiza en el endosalpinx y se extiende al peritoneo, endometrio, ovarios, cérvix y vagina; constituye una causa importante de infertilidad y elevado riesgo de embarazo ectópico.⁵

Uno de los principales problemas asociados con la tuberculosis durante el embarazo es el retraso en el diagnóstico, con una media de 7 días a 6 meses. La tuberculosis no identificada durante el embarazo puede tener consecuencias mortales para la madre y el feto. La forma de manifestación de tuberculosis en la mujer embarazada es similar a la del resto de los pacientes; sin embargo, la clínica es inespecífica y los cambios fisiológicos del embarazo pueden minimizar los síntomas tempranos de tuberculosis.⁶

La importancia del caso radica en la manifestación atípica de la tuberculosis durante el embarazo y el reto diagnóstico que supone. La paciente inició con signos y síntomas parecidos a una enfermedad puramente obstétrica, como complicación de un embarazo intrauterino. La ausencia de síntomas respiratorios y el resultado negativo del cultivo del líquido ascítico enmascararon el diagnóstico oportuno; además, la fuga del centro hospitalario de la paciente durante el primer ingreso complicó aún más su situación. El diagnóstico de tuberculosis genital suele establecerse como hallazgo del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica. El tratamiento indicado para masas pélvicas grandes de origen tuberculoso, como el caso expuesto en este estudio, es la histerectomía con doble anexectomía y quimioterapia⁷, que se le prescribió al momento del diagnóstico altamente presuntivo de tuberculosis por radiografía de tórax, además de iniciar las medidas oportunas de aislamiento, indicadas por personal de medicina preventiva.

La letalidad ligada a nuestro caso se relacionó con la tuberculosis meníngea, que es la forma más grave de tuberculosis extrapulmonar. Esta variante se ha descrito en 1% de los pacientes con tuberculosis, pero su mortalidad estimada es de 40%, incluso con el tratamiento adecuado⁸

El actual repunte en la prevalencia de la enfermedad, las complicaciones asociadas con la esterilidad que conlleva, además de su difícil diagnóstico por la inespecificidad de sus síntomas obligan al ginecólogo a estar alerta y tener un alto grado de sospecha de la de la enfermedad, con el objetivo de establecer el diagnóstico y tratamiento oportunos.⁹

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Control. WHO Report 2013. Ginebra: World Health Organization; 2013.
2. Rodríguez E, Villarubia S, Díaz O. Tuberculosis en España en el año 2013. Situación epidemiológica. Área de vigilancia de salud pública. Centro nacional de epidemiología. Bol Epidemiol Sem 2014;22:201-218.
3. González Martín J, García García JM, Anibarro L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R, Moreno S, Ruiz Manzano J. Documento de consenso SEPAR sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. Arch Bronconeumol 2010;46(5):255-274.
4. Sanai FM, Bzeizi KI. Systematic review: tuberculous peritonitis presenting features, diagnostic strategies and treatment. Aliment Pharmacol Ther 2005;22:685-700.
5. Iglesias Bravo EM, Nuñez Muñoz L, Borrero González C, Sainz Bueno JA, Caballero Fernández V, Garrido Teruel R. Aborto Tardío por endometritis Tuberculosa. Rev Iberoam Fert Rep Hum 2004;24:287-290.
6. Llewelyn M, Cropley I, Wilkinson RJ, Davidson RN. Tuberculosis diagnosed during pregnancy: a prospective study from London. Thorax 2000;55:129-32.
7. García López SJ, Pérez Martínez A, Chávez Martínez S, Sereno Coló JA. Tuberculosis genital y embarazo a término. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2014;82:261-267.
8. Mora Escudero I, Mateos-Rodríguez F, Blanch Sancho J.J, Martínez Alfaro E. Cerebral Infarctions in tuberculous meningitis. Rev Clin Esp 2010;210:e55-7.
9. Protocolos SEGO. Tuberculosis genital femenina. Prog Obstet Ginecol 2003;46(11):523-30.