

Tuberculosis genital en paciente postmenopaúsica

María Moreno-Cid
Ana I. Pascual
M^a José Rodríguez
Suárez
Mazhar Cherekí

Servicio
de Obstetricia
y Ginecología
Hospital "La Mancha
Centro"

Resumen

Se estima que la tuberculosis genital representa el 2% de la tuberculosis de localización extrapulmonar. A su vez, la endometritis tuberculosa se presenta en un 50-60% de todas las tuberculosis genitales.

En la etapa postmenopaúsica se manifiesta con metrorragia, masas tubo-ováricas, prolapso genital, piometra o dolor abdominal.

Presentamos un caso de tuberculosis genital en una paciente postmenopaúsica que cursó de manera asintomática, así como la descripción histeroscópica de la endometritis tuberculosa que presentó y el tratamiento instaurado que consistió en terapia antimicobacteriana complementada con cirugía.

Palabras clave: Tuberculosis genital. Menopausia. Endometritis tuberculosa.

Summary

Genital tuberculosis represents a 2% of all extrapulmonary forms of this disease. Tuberculous endometritis is developed in the 50-60% of genital tuberculosis.

Metrorrhagia, adnexal masses, genital prolapse, pyometra and abdominal pain are common clinical manifestations of this process in postmenopausal woman.

We present a case of genital tuberculosis in an asymptomatic postmenopausal patient. Hysteroscopic findings and treatment are described. The later consists on antituberculous chemotherapy and a surgical approach that includes abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy.

Key words: Genital tuberculosis. Menopause. Tuberculous endometritis.

Introducción

La tuberculosis es causada por el *Mycobacterium tuberculosis* y el foco genitourinario es en general la segunda localización extrapulmonar más frecuente.

Antes de la introducción de los actuales tratamientos antituberculosos, estas pacientes presentaban una

sintomatología variada producida por masas pelvianas palpables. Posteriormente, se ha demostrado que la tuberculosis genital es asintomática en la mayoría de los casos y que, por tanto, cursa de forma latente.

La curación de esta infección a nivel genital puede resultar dificultosa, requiriendo habitualmente tratamiento antimicobacteriano prolongado, complementado en algunos casos con tratamiento quirúrgico.

Caso clínico

Paciente de 78 años que acude a revisión ginecológica. Como antecedentes personales presenta hipertensión arterial e hipercolesterolemia en tratamiento.

Sus antecedentes obstétricos son cinco gestaciones, cuatro partos eutócicos y un aborto espontáneo de ocho semanas de gestación. Menopausia a los 50 años. No presenta sintomatología ginecológica.

A la exploración se observan genitales externos, vagina y cérvix atrofico sin prolapso genital.

Se practica una ecografía transvaginal, evidenciándose la cavidad uterina distendida por una formación sonoluscente compatible con hidro o piometra así como una formación dependiente de ovario izquierdo de 50 por 44 mm con un índice de malignidad de 7 según el score morfológico del Hospital Universitario de Getafe¹ (límites imprecisos, contorno irregular, estructura interna mixta y pared irregular). En el estudio doppler color de la masa se aprecia vascularización de localización central, alta densidad vascular y un índice de resistencia inferior a 0,4. La realización de una tomografía axial computerizada confirma los hallazgos de la ecografía transvaginal. Dentro de la analítica, destaca la presencia de niveles elevados de CA 125.

Correspondencia:
María Moreno-Cid
García-Suelto
Avda. de los Institutos 6,
P3 3^ºB
13600 Alcázar de San Juan
Ciudad Real
E-mail:
mamocigas@terra.es

Se procede al drenaje del piometra y a la realización posterior de una histeroscopia por sospecha de patología endometrial. Se visualiza la cavidad repleta de lesiones puntiformes, blanquecinas, de pequeño tamaño distribuidas de forma homogénea que se biopsiaron (Figura 1).

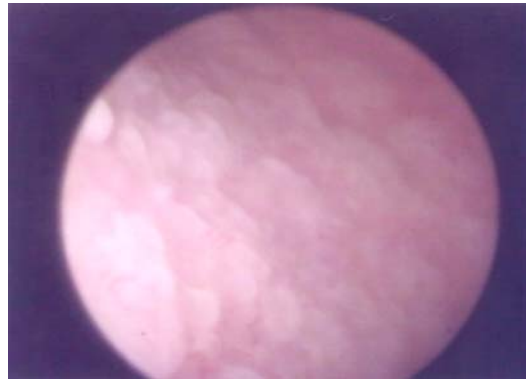


Figura 1.
Histeroscopia diagnóstica. Aspecto macroscópico de la cavidad endometrial afectada de endometritis tuberculosa

El informe anatomopatológico posterior informa de la existencia de fragmentos de endometrio atrófico con presencia de numerosos granulomas epiteloideos no necrotizantes con células gigantes multinucleadas tipo Langhans. Con la tinción de Ziehl-Neelsen se identifica un bacilo ácido-alcohol resistente (Figura 2) y el cultivo para micobacterias resultó positivo. El diagnóstico fue de endometritis tuberculosa.

Se realizó una radiografía simple de tórax, que mostró un granuloma calcificado en lóbulo superior izquierdo y un cultivo en medio de Löwenstein-Jensen así como baciloscopia para esputo y orina que fueron negativos.

Se instaura tratamiento con rifampicina, isoniazida y pirazinamida durante dos meses. Tras una nueva valoración de la paciente se objetiva la disminución de la masa dependiente de anejo izquierdo, pero la persistencia de un índice alto de malignidad, por lo que se decide la realización de una histerectomía total abdominal con doble anexectomía seguida de tratamiento con rifampicina e isoniazida durante otros seis meses.

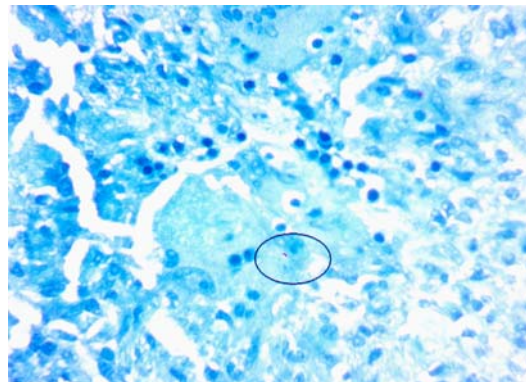


Figura 2.
Tinción de Ziehl-Nielsen. Bacilo ácido-alcohol resistente (teñido en rojo dentro de la elipse)

El estudio anatómo-patológico definitivo informa de endometritis y vasculitis granulomatosa, salpingitis ístmica nodosa (se interpreta como cambios reactivos postinflamatorios) con cervix y ovarios sin alteraciones histológicas significativas. El cultivo de tejidos fue negativo.

El seguimiento posterior de la paciente confirmó la resolución de su enfermedad.

Discusión

El desarrollo de la tuberculosis genital es raro e invariablemente secundario a un foco pulmonar, aunque sólo un tercio de las pacientes presentan el antecedente de tuberculosis pulmonar previa². Se adquiere por diseminación hematogena y afecta con más frecuencia a la trompa, infectándose secundariamente el endometrio.

Se estima que la tuberculosis genitourinaria comprende el 30% de la tuberculosis no pulmonar³. Esta proporción se reduce al 2% cuando nos referimos a la población femenina con localización exclusiva en

aparato genital interno⁴. La endometritis tuberculosa a su vez, se encuentra entre un 50-60% de todas la tuberculosis genitales, con una prevalencia máxima en la tercera década (62%) y sólo entre un 4,7 y 2,6% de este tipo de endometritis, según los diferentes estudios, se presenta en mujeres postmenopáusicas^{4,5}. Esta menor probabilidad viene determinada porque el endometrio postmenopáusico supone un peor soporte para el bacilo tuberculoso al ser atrófico y presentar un menor flujo sanguíneo.

Habitualmente, la tuberculosis genital cursa clínicamente con infertilidad (42-73,7%)^{4,6}, amenorrea (14,3-26%)^{4,7}, alteraciones menstruales (13-24%)^{4,7}, metrorragia postmenopáusica (1,6%)^{4,7}, dolor pélvico (3-29%)⁴, masas tubo-ováricas (5,8%)⁴, prolapso genital (2,8%)⁴ o piometra (0,4%)⁴.

En nuestro caso, la paciente inicialmente asintomática, debuta con piometra y masa ovárica sospechosa de malignidad.

Para un diagnóstico correcto es necesario un examen bacteriológico del endometrio o el estudio

anatomopatológico de éste⁸. Los cultivos de tejidos ayudan a discriminar las diferentes granulomatosis⁹.

La valoración anatómo-patológica del endometrio inicial de nuestra paciente, muestra la presencia de granulomas con tinción positiva Ziehl-Neelsen, lo que indica, en principio, una alta concentración de bacilos por unidad de volumen.

Es importante reseñar la utilidad diagnóstica, en nuestro caso, de la histeroscopia, que permitió tanto la descripción macroscópica de un endometrio afecto de endometritis tuberculosa como la obtención de biopsias, suficientes para el diagnóstico histológico de la enfermedad.

En el estudio de extensión es importante descartar tanto una tuberculosis pulmonar activa como la coexistencia de infección en el tracto urinario. La presencia de niveles elevados de CA 125 ha sido descrita en algunos pacientes con tuberculosis multivisceral¹⁰.

En nuestra paciente el estudio de extensión fue negativo y los niveles de CA 125 se normalizaron tras el tratamiento.

En los años previos a la aplicación de los agentes antimicobacterianos de última generación, existió un importante debate en la literatura sobre la necesidad de tratamiento quirúrgico en estas pacientes, sobre todo por los altos índices de recurrencia de la enfermedad (12-42%)¹¹.

Con la llegada de éstos, sólo es necesaria la cirugía cuando existen otras indicaciones para la intervención quirúrgica (prolapso genital, incontinencia urinaria o masas pélvicas sospechosas que persisten tras tratamiento médico) o en pacientes con abscesos tuberculosos, recaídas tras tratamiento médico o toxicidad medicamentosa^{9,11,12}.

Las pautas de tratamiento médico son variadas. La última tendencia es la utilización de terapias combinadas que no excedan los 12 meses de duración total⁹.

Nuestro caso requirió tratamiento médico complementado con cirugía, confirmándose la efectividad

de los antimicobacterianos en nuestra paciente, que consiguieron la resolución de la enfermedad a nivel anexial.

Bibliografía

1. Huertas A, Uguet C, Romo A, Bajo J. Estudio ultrasonográfico de las formaciones orgánicas del ovario. Cáncer de ovario. Score ecográfico. Valoración doppler. En: Bajo Arenas J. *Ultrasonografía ginecológica. Guía práctica*. Ed. Italfármaco SA: 1999;7:155.
2. Falk V, Ludviksson K, Agren G. Genital Tuberculosis in women. Analysis of 187 newly diagnosed cases from 47 Swedish hospitals during the ten-year period 1968 to 1977. *Am J Obstet Gynecol* 1980;138:974-7.
3. Wise GJ, Marella VK. Genitourinary manifestations of tuberculosis. *Urol Clin North Am* 2003;30(1):111-21.
4. Bazaz-Malik G, Maheshwari B, Lal N. Tuberculous endometritis: a clinicopathological study of 1000 cases. *Br J Obstet Gynaecol* 1983;90(1):84-6.
5. Sutherland AM. Postmenopausal tuberculosis of the female genital tract. *Obstet Gynecol* 1982;59:54-7.
6. Qureshi RN, Samad S, Hamid R, Lakha SF. Female genital tuberculosis revisited. *J Pak Med Assoc* 2001; 51:16-8.
7. Samal S, Gupta U, Agarwal P. Menstrual disorders in genital tuberculosis. *J Indian Med Assoc* 2000;98: 126-9.
8. Mizuno K. Tuberculosis in the field of gynecology. *Nippon Rinsho* 1998;56:3153-6.
9. Toub D, Goff B, Muntz H. Tuberculous endometritis presenting as postmenopausal bleeding. A case report. *J Reprod Med* 1991;36(8):616-8.
10. Mansour M, Linden E, Colby S, Posner G. Elevation of carcinoembryonic antigen and CA-125 in a patient with multivisceral tuberculosis. *J Natl Med Assoc* 1997;89(2):142-3.
11. Schaefer G, Marcus R, Kramer E. Postmenopausal endometrial tuberculosis. *Am J Obstet Gynecol* 1972; 112:681-4.
12. Sutherland A. Surgical treatment of tuberculosis of the female genital tract. *Br J Obstet Gynecol* 1980;87:610-2.