

# Fiebre de origen desconocido en una gestante de 13 semanas

Verónica Alfaro<sup>a</sup>, Rafael Luque<sup>b</sup>, María Luisa Miranda<sup>a</sup> y Rosario Terrones<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>b</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. <sup>c</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

## Descripción del caso

Mujer de 37 años que ingresa por fiebre de origen desconocido (FOD) en la semana 13 de gestación. Se le había realizado salpingectomía bilateral 2 años antes tras estudio de esterilidad, por el hallazgo en la histerosalpingografía de una obstrucción tubárica bilateral e hidrosalpinx izquierdo (fig. 1). El diagnóstico anatomopatológico fue de salpingitis granulomatosa caseificante con tinción de Ziehl-Neelsen negativa. Su madre refería antecedentes de tuberculosis pulmonar. Siete meses después tuvo una gestación por fecundación *in vitro* (FIV) con aborto a las 8 semanas que requirió legrado uterino.

Dos años mas tarde, en la semana 9 de su segunda gestación, presentó fiebre sin foco de 38 °C de 10 días que no respondió a tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico 500 mg/8 h. La exploración y pruebas complementarias (hemograma, función renal, elemental de orina, hemocultivos y urocultivo, radiografía de tórax y ecografía abdominal) fueron normales. Cuatro semanas después continuaba con fiebre bien tolerada sin otros síntomas ni hallazgos en la exploración. En las pruebas complementarias destacó una alteración del perfil hepático (GOT 157 UI/l, GPT 125 UI/l, GGT 91 UI/l, FA 332 UI/l), elevación de reactantes de fase aguda (VSG 110 mm/h y PCR 144 mg/l) y de la enzima convertidora de angiotensina (129,5 U/l). El resto del estudio fue normal o negativo (hemograma, ANA y ANCA, serología de síndrome febril de duración intermedia<sup>1</sup>, test de Mantoux, hemocultivos, ecocardiografía y ecografía ginecológica).

Ante la sospecha de sarcoidosis se inició tratamiento empírico con prednisona 45 mg/día. Tras mejoría inicial, en el día 16 de corticoterapia la paciente acude al servicio de urgencias por fiebre de 40 °C, tos seca y disnea progresiva. A la exploración destacaba taquicardia (130 lat./min) y taquipnea (SatO<sub>2</sub> 90%; FiO<sub>2</sub> 0,4) y crepitantes basales bilaterales, y la radiografía de tórax presentaba un patrón difuso micronodular bilateral (fig. 2).

## Evolución

Durante su ingreso en la unidad de cuidados intensivos se realizó fibrobroncoscopia, que fue normal, y un lavado broncoalveolar, aislándose en cultivo de Löwenstein *Mycobacterium tuberculosis*. En el fondo de ojo se apreciaron exudados coroideos amarillentos en el polo posterior, y en

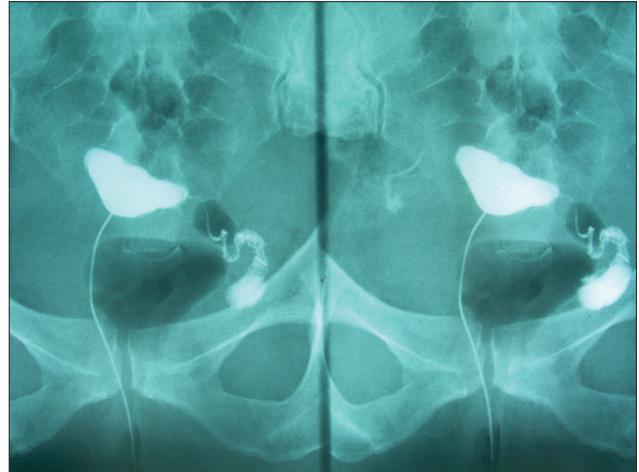


Figura 1. Histerosalpingografía que muestra obstrucción tubárica bilateral e hidrosalpinx izquierdo.



Figura 2. Patrón micronodular bilateral.

la exploración ginecológica se observó ectopia periorificial y restos en vagina adheridos a cérvix de aspecto "miliar". En las muestras de exudado vaginal la baciloscopia fue positiva y en cultivo de Löwenstein se aisló *M. tuberculosis* sensible a antituberculosos mayores. La ecografía ginecológica fue normal.

Tras el inicio del tratamiento antituberculoso la evolución fue favorable, la fiebre desapareció y la paciente fue dada de alta. Un mes después ingresó por aborto en la semana 21 de gestación.

Correspondencia: Dra. V. Alfaro.  
Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío.  
Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla. España.  
Correo electrónico: valfarolara@hotmail.com

## Diagnóstico

Tuberculosis genital y miliar en semana 17 de una gestación por FIV.

## Comentario final

La infertilidad puede ser la primera y única forma de presentación de la tuberculosis genital<sup>2-6</sup>. Por ello debe incluirse en el diagnóstico diferencial de causas de esterilidad, en especial cuando en el estudio de estas mujeres se evidencian anomalías en las estructuras tubáricas<sup>7</sup>.

Un examen ginecológico orientado y el procesamiento de muestras cervicales para baciloscopia y cultivo de Löwenstein puede permitir el diagnóstico etiológico de tuberculosis genital. Aunque en nuestro caso fue positivo, el exudado vaginal no se considera una muestra adecuada para esta finalidad. No obstante, la evidencia de una salpingitis granulomatosa caseificante, como sucedió en nuestra paciente, justificaría la indicación de tratamiento antituberculoso. De esta manera podría evitarse una reactivación durante una gestación posterior, ya que el embarazo, en estos casos por técnicas de reproducción asistida, es un reconocido factor predisponente para el desarrollo de enfermedad tuberculosa diseminada desde un foco pulmonar o extrapulmonar<sup>8</sup>. En nuestra paciente el tratamiento con corticoides pudo constituir además un factor coadyuvante.

La biopsia hepática tiene una indicación reconocida en el estudio de la FOD<sup>9</sup> y una alta rentabilidad en el diag-

nóstico de tuberculosis miliar<sup>10</sup>. Aunque no está específicamente contraindicada en el embarazo, suele evitarse ante el riesgo de complicaciones que agraven la evolución de la gestación. En nuestro caso podría haber permitido un diagnóstico temprano y evitado un tratamiento empírico que pudo contribuir al deterioro clínico de la paciente.

## Bibliografía

1. Rivero A, Zambrana JL, Pachón J. Fiebre de duración intermedia. *Enf Infecc Microbiol Clin*. 2003;21:147-52.
2. Agarwal J, Gupta JK. Female genital tuberculosis. A retrospective clinic pathologic study of 501 cases. *Indian J Pathol Microbiol*. 1993;36:389-97.
3. Aliyu MH, Aliyu SH, Salihu HM. Female genital tuberculosis: a global review. *Int J Fertil*. 2004;49:123-36.
4. Namavar Jahromi B, Parsanezhad ME, Ghane-Shirazi R. Female genital tuberculosis and infertility. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001;75:269-72.
5. Wai Ping T, Kiong Lim B, Vallipuram S. The masquerades of female pelvic tuberculosis: Case reports and review of literature on clinical presentations and diagnosis. *L Obstet Gynaecol Res*. 2002;28:203-10.
6. Hassoun A, Jacqueline G, Huang A, Anderson A, Smith M. Female genital tuberculosis: Uncommon presentation of tuberculosis in the United States. *Am J Med*. 2005;118:1295-9.
7. Chavhan GB, Hira P, Rathod K, Zacharia TT, Chawla A, Badhe P, et al. Female genital tuberculosis: hysterosalpingographic appearances. *Br J Radiol*. 2004;77:164-9.
8. Sharma SK, Mohan A, Sharma A, Mitra DK. Miliary tuberculosis: new insights into an old disease. *Lancet Infect Dis*. 2005;5:415-30.
9. Mourad O, Palda V, Detsky AS. A comprehensive evidence-based approach to fever of unknown origin. *Arch Intern Med*. 2003;163:545-51.
10. Maartens G, Willcox PA, Benatar SR. Miliary tuberculosis: rapid diagnosis, hematologic abnormalities, and outcome in 109 treated adults. *Am J Med*. 1990;89:291-6.