

Irene Gonzalo^a
Virginia Díaz-Miguel^a
Ángeles Baños^b
Juan Montero^a
Evaristo Alonso Briz^a

Tuberculosis endometrial

Endometrial tuberculosis

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Yagüe.

Burgos. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Yagüe.

Burgos. España.

Correspondencia:

Dr. I. Gonzalo García.

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Yagüe.

Avda. Cid, 96. 09005 Burgos. España.

Correo electrónico: irenegonzalog@hotmail.com

Fecha de recepción: 8/2/2006.

Aceptado para su publicación: 16/7/2008.

RESUMEN

La tuberculosis (TB) genital es una entidad de curso insidioso que, en el caso de ser sintomática, se manifiesta con infertilidad, sangrado uterino anormal, amenorrea, metrorragia posmenopáusica, dolor y/o masa pélvica. El diagnóstico definitivo se hace con cultivo de flujo menstrual o biopsia endometrial para *Mycobacterium tuberculosis*. Se presenta el caso de una paciente de 78 años, con piometra, cuyo diagnóstico final fue de TB endometrial.

PALABRAS CLAVE

Tuberculosis endometrial. Tuberculosis genital. *Mycobacterium tuberculosis*.

ABSTRACT

Genital tuberculosis follows an insidious course. Symptomatic disease usually presents with infertility, menstrual abnormalities, amenorrhea, postmenopausal bleeding, abdominal pain and/or pelvic mass. The definitive diagnosis should be confirmed by culture of menstrual blood or

endometrial biopsy tissue for *Mycobacterium tuberculosis*. We report the case of a 78-year-old patient with pyometra in whom endometrial tuberculosis was confirmed by culture findings.

KEY WORDS

Endometrial tuberculosis. Genital tuberculosis. *Mycobacterium tuberculosis*.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) endometrial es una enfermedad infrecuente en países industrializados pero todavía común en los países subdesarrollados¹. De las mujeres que presentan TB genital, el 50-90% tendrá TB endometrial.

Esta enfermedad ocurre con mayor frecuencia en mujeres jóvenes de países donde la TB es endémica y entre mujeres mayores expuestas a TB antes de la llegada de la quimioprofilaxis efectiva.

La TB genital normalmente aparece por diseminación hematológica de un foco pulmonar. Las trompas de Falopio y el endometrio son los lugares más frecuentemente afectados del aparato genital femenino, aunque también puede darse en el cérvix y los

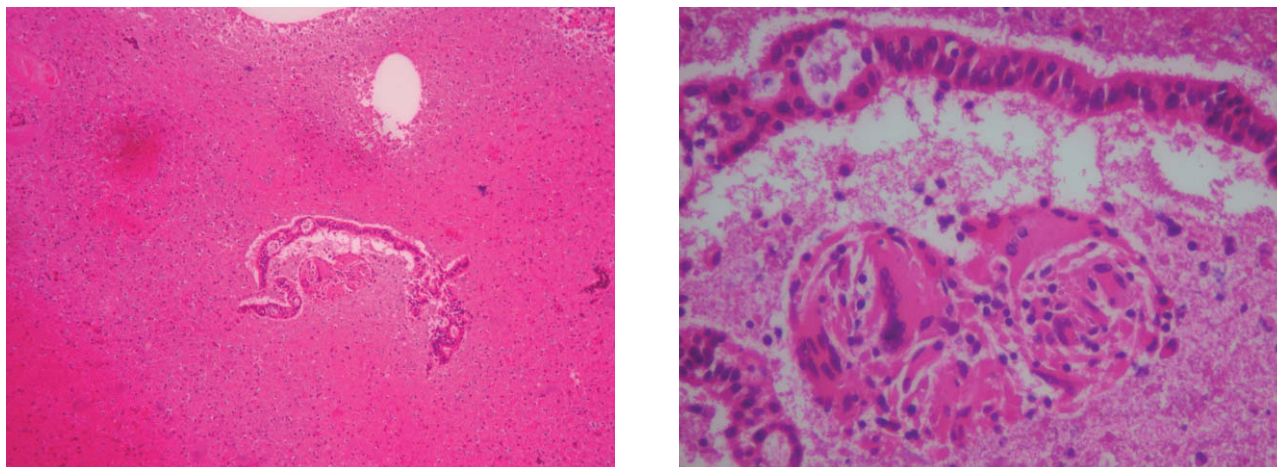


Figura 1. A) Lámina de epitelio endometrial con agregado histiocitario. B) A mayor aumento, se evidencia granuloma con células multinucleadas y en la cercanía una lámina de epitelio endometrial superficial sin atipias.

ovarios². La TB genital puede ser asintomática, o en el caso de ser sintomática, se presenta generalmente con infertilidad, trastornos menstruales y dolor pélvico. El diagnóstico debe confirmarse mediante estudio histológico o por cultivo de tejido de biopsia endometrial o flujo menstrual. El tratamiento es el mismo que el de la TB pulmonar, con combinación de fármacos antituberculosos de 6 a 12 meses.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 79 años, de nacionalidad española, con antecedentes ginecoobstétricos: menarquía a 13 años, frecuencia menstruación 5-6/28-30, menopausia a los 50 años, nulípara, con mastectomía en el 1992 por carcinoma de mama. Con antecedentes personales de psoriasis, ulcus gástrico, paniculitis y linfoma no Hodgking-T cutáneo blástico N/K, hipertensión arterial, hipertensión pulmonar severa e insuficiencia mitral moderada.

Se le realizaron legrados uterinos extraclínicos en abril de 1997, en mayo de 1998 y en marzo de 2003 por hematometra; el resultado de la anatomía patológica fue inflamación crónica granulomatosa y endometritis crónica inespecífica, respectivamente.

Se remitió a la paciente a nuestra consulta en junio del 2005 con una ecografía realizada el 15 de abril de 2005 en la que se objetivaba colección lí-

quida de 4,2 x 2 cm en la cavidad uterina, sugestiva de piometra; los anejos eran normales; la toma de Wied no fue valorable con material necrótico purulento y había ausencia de células endometriales, con cornier informado como inflamación crónica inespecífica compatible con piometra granulomatosa (figs. 1A y B, y 2A y B).

Se realizó en nuestra consulta una nueva toma endometrial para realizar un cultivo de micobacterias, que resultó positivo. Se aislaron bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) a los 29 días de incubación. El microorganismo se identificó como *Mycobacterium tuberculosis* sensible a tratamiento con rifampicina, isoniazida y piracinamida.

Dado el diagnóstico, se realizó una radiografía de tórax, en la que se observó mastectomía derecha y un engrosamiento pleural de origen residual. La resonancia magnética (RM) pélvica demostró un nódulo heterogéneo en el cuello uterino que obstruía la cavidad endometrial y podía estar en relación con la información clínica que refería TB endometrial. El resto de los estudios no presentaba alteraciones.

Se inició el tratamiento con rifampicina, isoniazida y piracinamida, y controles analíticos de enzimas hepáticas, con la siguiente pauta:

– RIFATER (rifampicina, isoniazida, piracinamida): 4 comp./24 h durante los dos primeros meses, con controles analíticos de GOT y GPT, cada 15 días.

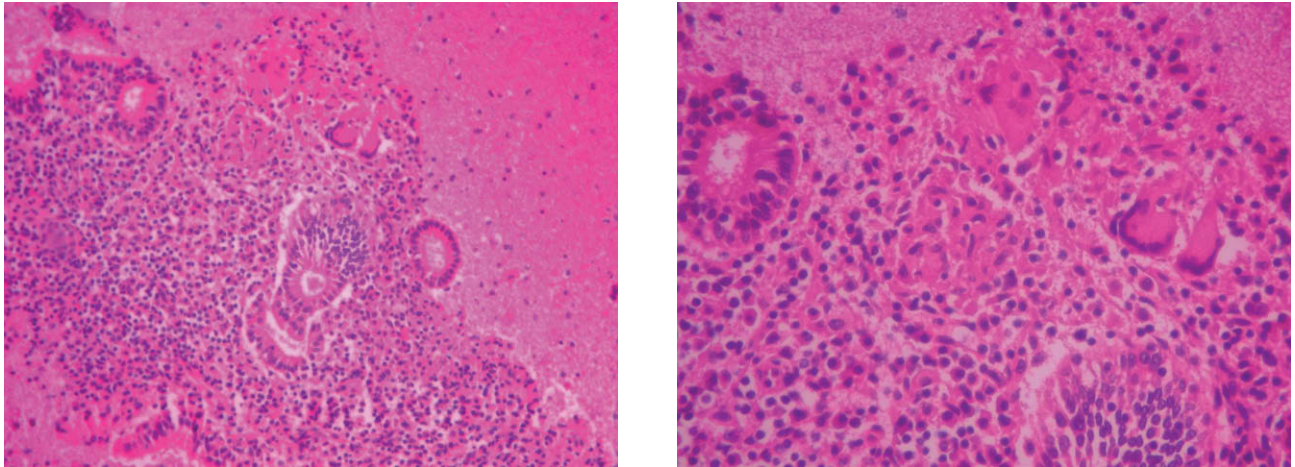


Figura 2. A) Englobado por material mucinoso con restos celulares y neutrófilos, se observa agregado de células histiocitarias en el estroma endometrial. B) A mayor aumento, las células histiocitarias de tipo Langerhans, en la vecindad de las glándulas en el estroma endometrial.

– RIFINAH (rifampicina, isoniazida): 2 comp./24 h durante 4 meses, con controles mensuales de GOT y GPT.

DISCUSIÓN

La TB genital es la infección del aparato genital interno originada por el *Mycobacterium tuberculosis* humano, aunque se han descrito casos originados por el *M. tuberculosis* de origen bovino en mujeres que trabajan en la industria agropecuaria y en las que consumen leche no pasteurizada.

Aproximadamente un tercio de la población mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis*. La incidencia global de TB está creciendo aproximadamente un 0,4% al año y mucho más rápidamente en África subsahariana y en países de la antigua Unión Soviética³. Aunque es infrecuente su presentación en países desarrollados^{4,5}, continúa siendo un importante problema médico en países no desarrollados⁶. Por ello, y dada la nueva realidad sociodemográfica de nuestro país, deberá sospecharse su existencia en inmigrantes, especialmente del norte de África, Oriente Medio y Latinoamérica, aunque en el caso que presentamos la paciente es de nacionalidad española. Además, últimamente hay un incremento de esta patología en mujeres con estatus socioeconómico bajo, drogadictas y con serología

frente al virus de la inmunodeficiencia adquirida positiva⁷. Por todo ello, la TB continúa siendo una enfermedad vigente.

Si bien es más frecuente que la TB genital se diagnostique en mujeres jóvenes con edades comprendidas entre los 20 y los 40 años⁸, ésta se ha encontrado en pacientes de todas las edades⁹, como en el caso que presentamos de endometritis tuberculosa en una mujer posmenopáusica.

La TB genital normalmente aparece por diseminación hematógica secundaria a un proceso infeccioso extragenital, principalmente de origen pulmonar; aunque las manifestaciones clínicas pueden no aparecer hasta 10 años después de la siembra inicial del tracto genital.

En nuestro caso, no existían antecedentes personales de TB ni de afección pulmonar. Aunque en la mayoría de estudios se habla de una afectación del 90-100% de las trompas de Falopio en los casos de TB genital¹⁰, en otros trabajos se ha descrito el endometrio como el área más afectada¹¹. También se ha informado sobre casos de TB genital en cervix, ovarios², vagina y vulva¹².

La presentación clínica de la TB genital es muy variable y abarca desde formas asintomáticas a metrorragia posmenopáusica, trastornos menstruales y dolor pélvico o abdominal, amenorrea e infertilidad¹³, como presentación más frecuente entre mujeres jóvenes.

En nuestro caso, la paciente de 79 años refería haberse encontrado asintomática, con ciclos menstruales regulares y nulípara, sin haber consultado por motivos de infertilidad; la ecografía de control demostró hematometra.

El abordaje diagnóstico debe realizarse con la historia clínica, exploración, citología, prueba de Mantoux, radiografía de tórax, ecografía, histeroscopia, laparoscopia, examen bacteriológico e histológico. Una prueba de Mantoux negativa no excluye el diagnóstico. El diagnóstico debe confirmarse con el cultivo de flujo menstrual y con la biopsia de endometrio, que es positiva en casi el 80% de los casos. Sin embargo, algunos estudios sugieren que el cultivo de flujo menstrual es el procedimiento diagnóstico más fiable, ya que fue positivo en pacientes con cultivo y examen histológico de biopsia de endometrio premenstrual negativos^{14,15}. En el estudio histopatológico, el hallazgo de lesiones granulomatosas no confirman el diagnóstico, ya que otras enfermedades pueden afectar al aparato genital femenino produciendo una apariencia similar, que incluyen sarcoidosis, brucelosis, tularemia y reacción a cuerpo extraño, lo que destaca la importancia y la necesidad de realizar cultivos. Los hallazgos laparoscópicos varían según la incidencia y prevalencia de TB. En la TB pélvica o peritoneal aumenta el CA125, por lo que se debe hacer diagnóstico diferencial con cáncer de ovario. La histerosalpingografía, como parte de pruebas de evaluación en casos de infertilidad, puede mostrar imágenes típicas de infección

tuberculosa, como imagen en hilo de alambre en la porción ístmica, o en palo de golf o masa en la región ampular, trompa arrosariada o en collar de perlas, además de imágenes de obstrucción o hidrosálpinx.

Otros métodos diagnósticos han aparecido recientemente, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR)¹⁶, la cual es una técnica sensible y rápida que se puede realizar en cualquier muestra, pero es poco específica para complejos de micobacterias. Como ventajas, la PCR requiere mínimas cantidades de ADN y puede informarse en menor tiempo, y puede además funcionar como un monitor de respuesta terapéutica. Los procedimientos derivados de la biología molecular van ganando un lugar en el diagnóstico de la enfermedad.

El tratamiento de la TB genital es médico y consiste en la combinación de fármacos antituberculosos del tipo rifampicina, piracinamida, isoniazida y etambutol, de 6 a 12 meses. La cirugía está indicada si los síntomas o la exploración física sugieren persistencia o recrudescencia de la enfermedad, a pesar del tratamiento médico adecuado, o si los análisis demuestran organismos resistentes. El tratamiento quirúrgico definitivo es la histerectomía con doble anexectomía.

Debido al aumento de esta entidad¹⁷, se plantea la necesidad de tenerla más en cuenta y en mente para llegar a un diagnóstico cierto, dada la dificultad de éste, por su sintomatología inespecífica, incluso ausente.

BIBLIOGRAFÍA

- Namaver Jahromi B, Parsanezhad ME, Ghane-Shirazi R. Female genital tuberculosis and infertility. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;75:269-72.
- Agarwal J, Gupta JK. Female genital tuberculosis —a retrospective clinico-pathologic study of 501 cases. *Indian J Pathol Microbiol.* 1994;37:238.
- Disponibile en: <http://www.who.int/gtb/publications/global/index.html>
- Hunter B. Infertility. En: Macarthy A, Hunter B, editors. *Churchills Mastery of Medicine: Obstetric and Gynecology.* Edinburgh: Churchill-Livingstone; 1998. p. 307-17.
- John M, Kukkady Z. Genital tuberculosis and infertility. *Int J Gyneco Obstet.* 1999;64:193-4.
- Chowdhary NN. Overview of tuberculosis of the female genital tract. *J Indian Med Assoc.* 1996;361:345-6;361.
- Opravil M. Epidemiological and clinical aspects of mycobacterial infections. *Infection.* 1997;25:56-9.

8. Nawaz K. Frequency of endometrial tuberculosis: a histopathological study of endometrial specimens. *J Postgrad Med Inst Mar.* 2005;19:97-100.
9. Sabadell J, Castellví J, Baró F. Tuberculous endometritis presenting as postmenopausal bleeding. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;96:203-4.
10. Arora VK, Gupta R, Arora R. Female genital tuberculosis-need for more research. *Ind J Tub.* 2003;50:9.
11. Hatami M. Tuberculosis of the female genital tract in Iran. *Arch Iran Med.* 2005;8:32-5.
12. Tripathi R, Prakash A, Rathore A, Saram S. Vulval tuberculosis: an unusual case. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:769.
13. Gupta N, Sharma JB, Mittal S, Singh N, Misra R, Kukreja M. Genital tuberculosis in Indian infertility patients. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;97:135-8.
14. Margolis K, Wranz PA, Kruger TF, Joubert JJ, Odendaal HJ. Genital tuberculosis at tygerberg hospital-prevalence, clinical presentation and diagnosis. *S Afr Med J.* 1992;81:12-5.
15. Oosthuizen AP, Wessels PH, Hefer JN. Tuberculosis of the female genital tract in patients attending an infertility clinic. *S Afr Med J.* 1990;77:562.
16. Bhanu NV, Singh UB, Chakraborty M, Suresh N, Arora J, Rana T, et al. Improved diagnostic value of PCR in the diagnosis of female genital tuberculosis leading to infertility. *J Med Microbiol.* 2005;54:927-31.
17. Suárez E, Sala E, Gil-Moreno A, Assumpcio M, Pérez-Benavente, Xercavins J. Tuberculosis genital: una enfermedad que reaparece. *Ginecol Obst Clin.* 2004;5:227-34.