

Tuberculosis Genital: Reporte de Caso

Genital tuberculosis: case report

Marcia Elizabeth Morán Vargas

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte,
Pedro Juan Caballero, Amambay, Paraguay

Fecha de recepción: 10 de enero de 2022

Fecha de aceptación: 17 de enero de 2022

Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis* y caracterizada por la formación de granulomas en los tejidos. A pesar de las campañas de erradicación de la OMS, la tuberculosis sigue siendo uno de los problemas sanitarios más importantes en el mundo. Cada día, casi 4.000 personas pierden la vida a causa de la tuberculosis y cerca de 28.000 padecen de esta enfermedad prevenible y curable (1).

Aunque los pulmones son los órganos afectados por excelencia, se reconoce como una enfermedad sistémica. Las formas extrapulmonares representan cerca del 20% del número total de casos de TB. Por orden de frecuencia las formas extrapulmonares más prevalentes son la pleural y ganglionar. La afectación genital es poco frecuente, con incidencia variable, oscilando entre 1-19% (2).

La tuberculosis es conocida como la gran simuladora que mimetiza una variedad de padecimientos. En el contexto de tuberculosis genital las manifestaciones clínicas son variadas, inespecíficas, tardías o inexistentes. No existiendo ningún signo o síntoma clínico exclusivo de la enfermedad, siendo esta una patología de difícil diagnóstico. Como mencionado anteriormente esta es una enfermedad infrecuente y por lo tanto poco sospechada, por lo que no es inusual llegar al diagnóstico durante o después de una laparotomía por otra causa (3).

A continuación, se presenta un caso clínico al inicio diagnosticado de enfermedad pélvica inflamatoria complicada, y a través de la biopsia de pieza quirúrgica se llegó a determinar su etiología tuberculosa.

Informe de caso

Paciente de sexo femenino indígena de 19 años de edad, llega al servicio de urgencias del Hospital Regional de Pedro Juan Caballero, con cuadro de aproximadamente 2 meses de evolución de dolor moderado en hipogastrio de inicio insidioso, que irradia a la fosa iliaca derecha (FID), que horas antes del ingreso se intensifica, al cuadro se agrega leucorrea y sensación febril no graduada intermitente en varias oportunidades. Los antecedentes revelaron: menarquía: 13 años, gesta I, Parto I, Fecha última menstruación (FUM) no precisada.

Al examen físico se constata dolor a la palpación superficial, profunda y signo de rebote en FID, movilización de cuello uterino dolorosa.

El hemograma se encontraba dentro de rango, marcador tumoral CA125: 76,76 u/m (rango normal 1,90 – 16,30 u/ml), Beta HCG negativo. La ecografía transvaginal reveló: útero aumentado de tamaño, ovarios de tamaño y estructura conservada, trompa derecha tortuosa, de calibre aumentado y con contenido grumoso en su interior, sugerente de piosalpinx derecho. Espacio de Douglas con escasa presencia de líquido libre (vol inf



10 cc). Tomografía computarizada (TC) de tórax no se identifican procesos de consolidación ni imágenes nodulares intraparenquimatosas, no se reconocen adenomegalia (sin contraste EV). TC de abdomen y pelvis: no se observan signos de adenopatía retroperitoneal ni líquido libre y útero aumentado de tamaño, mide 135x65 mm asociado con escaso líquido en fondo de saco de Douglas.

En vista de la clínica y con el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico de origen anexial se realizó laparotomía exploradora con incisión media infraumbilical. Se tomó muestra para biopsia de la pieza quirúrgica. Se realiza salpingooforectomía derecha, egresando a las 96 horas sin complicaciones.

Dos meses posquirúrgicos retorna a consultorio con estudio histopatológico que encuentran estroma ovárico y tubárico con extenso infiltrado inflamatorio granulomatoso con células gigantes de Langhans y focos de necrosis central de tipo caseoso. Coloración de Ziehl-Nielsen BAAR 2 +. Además, refiere decaimiento del estado general, tos de semanas de evolución al inicio seca que con el paso de los días se vuelve productiva con expectoración blanquecina y sensación febril intermitente en varias oportunidades con predominio vespertino, pérdida de peso de aproximadamente de 8 kg y leucorrea.

Al examen físico se constata abdomen blando, depresible, no doloroso, sin defensa muscular ni signos de irritación, signo de Frankel negativo, presencia de leucorrea blanquecina no fétida. En la auscultación respiratoria se encuentra murmullo vesicular disminuido en todo el campo pulmonar, sin ruidos sobreagregados.

Se solicita hemograma que revela anemia microcítica hipocrómica, leucocitos 9.100 mm^3 , neutrófilos segmentados 80%, linfocitos. Tinción con Ziehl-Nielsen demuestra tomada de secreción vaginal revela la presencia de bacilos.

Nueva ecografía informa dos imágenes nodulares, hipoecogénicas, de bordes regulares que miden 29x25 mm y 29x23 mm en región anexial derecha. En radiografía de tórax se observa infiltrado pulmonar con patrón miliar.

Inició terapia anti-TBC, con buena tolerancia y respuesta al tratamiento, actualmente sin evidencia de enfermedad.

Discusión

La afectación del aparato genital femenino por alguna de las bacterias del complejo *Mycobacterium tuberculosis* es conocida como tuberculosis genital o pélvica. Su incidencia en el mundo es variable y no está precisamente determinada; 80-90% son diagnosticadas entre los 20 y 40 años, tan sólo un 10% de los diagnósticos se realiza en la posmenopausia (4) (5).

La tuberculosis es ante todo una infección del aparato respiratorio, la entrada de la bacteria, que también puede ser llamada de bacilo de Koch al aparato genital femenino se da mediante diseminación hematogena y su posterior asentamiento en estos órganos durante la infección primaria. Cada una de las porciones genitales de la mujer son muy distintamente sensibles a la afección tuberculosa. La trompa de Falopio constituye el primer foco de TB genital en 90% de las pacientes, seguido por el útero (50-60%), ovarios (20-30%), cuello uterino (5-15%) y finalmente la vagina (1%) (6).

La tuberculosis genital femenina, incluso en la actualidad, se reconoce muy tardíamente en gran parte de los casos por su curso pobre en síntomas y por la falta de signos específicos. A menudo es silente, cuando presenta manifestación clínica pueden ser agrupadas en tres espectros siendo la más frecuente la esterilidad (47%), seguida de la salpingooforitis (32%) caracterizada por su refractariedad al tratamiento antibiótico, y por último el sangrado uterino anormal (11%) (6).

Es absolutamente improbable poder diferenciar las manifestaciones clínicas de una anexitis tuberculosa de las correspondientes a una salpingitis no específica sin el uso de exámenes complementares. Frecuentemente se llega al diagnóstico a través del estudio histológico donde se observan lesiones granulomatosas características con células epitelioides y células gigantes multinucleadas (7).

El único diagnóstico de certeza de la forma extrapulmonar es el hallazgo de *M. tuberculosis* en muestra de tejido a través de biopsia o cultivo de material endometrial.

La epidemiología y otros exámenes de laboratorio como PPD o tuberculina, radiología, CA-125, análisis de ADA en líquidos ascítico, aunque son orientadores, no son específicos. Cabe mencionar que es una afección poco frecuente en la práctica diaria por lo que en la mayoría de los casos no es llevada en cuenta en el momento de realizar el diagnóstico diferencial, gran parte de los casos son diagnósticos después de una laparotomía, solo el 50% de los casos se diagnostican sin intervención quirúrgica.

Como mencionado anteriormente esta patología aumenta el marcador tumoral del cáncer de ovario CA-125, por lo tanto, se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial el cáncer de ovario (8).

El tratamiento de la TB extrapulmonar (excepto en la meningoencefálica) es semejante a la forma pulmonar. Los regímenes de tratamiento se dividen en dos fases, la inicial o intensiva (Bactericida) y la de continuación o mantenimiento (Esterilizante).

La fase inicial o intensiva consiste en la administración diaria de los antibacilares Rifampicina (R), Isoniacida (H), Pirazinamida (Z) y Etambutol (E), descansando los domingos durante dos meses, tiene como objetivo la rápida conversión bacteriológica (negativización) del esputo en los casos pulmonares frotis positivo, con mejoría de los síntomas clínicos.

En la fase de continuación se administran a diario la Rifampicina e Isoniacida, excepto los domingos durante 4 meses, donde el efecto esterilizador del tratamiento elimina los bacilos restantes y evita las recaídas.

El principal determinante del resultado terapéutico es la adhesión al tratamiento prescrito (1).

La intervención quirúrgica se considera en los casos de recidiva de las lesiones tras el tratamiento, resistencia o aumento de las masas anexiales y persistencia del dolor. Se tiende a realizar histerectomía total con doble anexectomía, en mujeres premenopáusicas en las cuales no existe afectación de los ovarios, estos deben ser conservados. Las plastias tubáricas para restablecer la permeabilidad están contraindicadas por el alto porcentaje de fracasos y la posibilidad de embarazos ectópicos (9).

La afección tiene muy buen pronóstico en cuanto a curación de lesiones, sin embargo, puede generar distorsión anatómica del aparato reproductor, teniendo repercusión en la fertilidad de pacientes jóvenes. Según estudios 5% de las pacientes logran desarrollar un embarazo, y sólo en un 2% de las pacientes llega a término (7).

Conclusión

La tuberculosis pulmonar constituye un verdadero problema de salud pública en los países en vías de desarrollo, a pesar de esto la infección del aparato genital femenino por el bacilo de Koch es poco frecuente.

Es fundamental ejecutar acciones que permitan llegar al diagnóstico etiológico de manera a encaminar un tratamiento adecuado. Lo más importante para llevar a cabo estas acciones es la sospecha diagnóstica y siendo esta una patología no habitual, de manifestaciones tardías e inespecíficas, esto se ve dificultado.

En el caso presentado anteriormente la clínica estaba orientada a un cuadro

inflamatorio agudo, su estado de gravedad imponía la intervención quirúrgica de urgencia, no dando tiempo de verificar todos los exámenes para precisar el diagnóstico.

Haciendo un análisis retrospectivo este reporte de caso plantea la importancia de pensar en la tuberculosis genital, una vez descartadas otras posibilidades diagnósticas. Dejar de considerar la posibilidad de TB genital puede llevar a intervenciones desnecesarias, ineficaces y no rectificables.

Referencias

- (1) Guía Nacional para el manejo de la tuberculosis. 15th ed. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2018.
- (2) Tuberculosis genital femenina. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2003;46(11): [pág. 523 – 530].
- (3) Solari Lely. Tuberculosis: diversas manifestaciones de una misma enfermedad Tuberculosis: different manifestations of one disease. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2009 Jul [Citado en 18 de diciembre de 2021]; 26(3): [pág. 405 - 407]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000300022&lng=es.
- (4) Valencia-Piedrahita G. Tuberculosis genital en la mujer. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 1955 [Citado en 18 de diciembre de 2021];7(2): [pág. 69 – 84]. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/1386>
- (5) González-Martín J, García-García J, Anibarro L. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* [Internet]. 2010 [Citado en 17 de diciembre de 2021];28(5):297.e1-297.e20. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-documento-consenso-sobre-diagnostico-tratamiento-S0213005X10001126>
- (6) Caminero JA, Farga, V. *Tuberculosis*. 3ª ed. Santiago de Chile: Mediterraneo; 2011.
- (7) Kumar V, Abbas A, Fausto N, Robbins S, Cotran R. *Patología estructural y funcional*. 9th ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
- (8) Scheer I, Lira J, Legatti J, Chaves G, Sousa I, Silva C et al. Abordagem da doença inflamatória pélvica: uma revisão de literatura/ Pelvic inflammatory disease approach: a literature review. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2021 [Citado 17 de diciembre de 2021];4(1): [pág. 169 – 187]. Available from: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/22655>
- (9) Ocón Hernández O, Garrido Sánchez M, García-García M, Martínez-Lopera E. Tuberculosis genital. Diagnóstico diferencial con cáncer de ovario. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2012 [Citado 18 DIC 2021];39(3):[pág.121 – 124]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210573X10001334>

- ⊙ El trabajo no recibió financiamiento.
- ⊙ Los autores declaran no tener conflictos de interés.
- ⊙ Correspondencias pueden encaminarse al correo electrónico del autor o del equipo editorial.