

Tuberculosis endometrial en pacientes posmenopáusicas

Sr. Editor: La tuberculosis genital en la mujer es una infección rara en España. Afecta principalmente a mujeres de menos de 40 años. Las localizaciones tubárica, endometrial y ovárica son las que se observan con mayor frecuencia¹. Se presentan 2 casos de tuberculosis endometrial en pacientes posmenopáusicas, ambas nacidas en España, y sin afectación pulmonar ni de otros órganos.

El cultivo para micobacterias del material obtenido mediante aspiración endometrial se realizó en medio de Löwenstein-Jensen (BioMérieux), previa descontaminación con cloruro de benzalconio y tampón fosfato (BioMérieux). La identificación de las cepas se realizó mediante una sonda de *Mycobacterium tuberculosis-complex* AccuProbe (Gen Probe) y la prueba de niacina (TB Niacin test strips, BBL). Se realizó el estudio de la sensibilidad a isoniácida, rifampicina, etambutol, pirazinamida y estreptomycin por el método radiométrico (Bactec, Becton Dickinson).

Caso 1. Mujer de 59 años con antecedente de tres embarazos normales y un cuadro de metrorragias 25 años antes, que coincidió con tuberculosis en un familiar. Acudió asintomática por presentar en una ecografía de control un pólipo y líquido en cavidad endometrial que se confirmaron por histeroscopia. Se practicó citología endometrial y, posteriormente, biopsia endometrial, que indicaron una endometritis granulomatosa. Se practicó aspirado endometrial para tinción de Ziehl-Neelsen (negativa) y cultivo de micobacterias que resultó positivo a *M. tuberculosis*, sensible a todos los antituberculosos estudiados. Se instauró tratamiento triple con isoniazida (6 meses), rifampicina (6 meses) y etambutol (3 meses), finalizado el cual se practicó cultivo de micobacterias de un nuevo aspirado endometrial que resultó negativo.

Caso 2. Mujer de 61 años con antecedente de esterilidad primaria. Acudió por presentar dolor abdominal crónico y una ecografía en la que se observaba líquido en cavidad endometrial, hallazgo que se confirmó por histeroscopia. Se practicó citología endometrial y, posteriormente, biopsia endometrial, que indicaron una endometritis granulomatosa. Se practicó aspirado endometrial para tinción de Ziehl-Neelsen (negativa) y cultivo de micobacterias, que resultó positivo a *M. tuberculosis*, sensible a todos los antituberculosos probados. Se instauró tratamiento triple con isoniazida

(6 meses), rifampicina (6 meses) y pirazinamida (2 meses), finalizado el cual se practicó cultivo de micobacterias de un nuevo aspirado endometrial que resultó negativo.

La tuberculosis endometrial en las pacientes posmenopáusicas se presenta de forma oligosintomática, y en ocasiones constituye un hallazgo asociado a otras enfermedades^{2,3}. En pacientes más jóvenes se asocia a infertilidad y, en menor medida, a metrorragias, oligomenorrea y dolor abdominal o pélvico⁴⁻⁷. Se han descrito también casos de tuberculosis neonatal secundaria a tuberculosis endometrial en la madre⁸.

La citología y la biopsia de endometrio permiten establecer la sospecha de tuberculosis endometrial. En la mayoría de casos el diagnóstico de esta infección es anatomopatológico^{5,6}, siendo infrecuente el aislamiento de *M. tuberculosis*.

En estas 2 pacientes la práctica de un aspirado endometrial, técnica que en nuestro centro se utiliza en el diagnóstico microbiológico de la endometritis puerperal⁹, permitió el aislamiento y la identificación de *M. tuberculosis*, así como la realización de pruebas de sensibilidad. Recientemente se han aplicado con éxito técnicas de amplificación genética para detectar *M. tuberculosis* en muestras endometriales¹⁰.

Esta infección es más propia en la actualidad de países de baja renta con una alta prevalencia de tuberculosis, donde se ha descrito que un 1,32% del total de las pacientes con tuberculosis presentan tuberculosis genital⁶. En nuestro entorno es una infección raramente observada, situación que puede cambiar debido al incremento de población emigrante que se observa en los últimos años.

Jordi Bosch-Mestres^a,
Roser Nonell-Marrugat^b,
Francisco Martínez-Orozco^c
y Julián González-Martín^a

Servicios de ^aMicrobiología, ^bGinecología y ^cMedicina Interna. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. España.

Bibliografía

1. Chowdhury NN. Overview of tuberculosis of the female genital tract. J Indian Med Assoc 1996;94:345-6.
2. Mantovani A, Pelagalli M, Bracalenti C, Pierandrei G. Tuberculosis endometriale post-menopausale. Minerva Ginecol 1998;50:93-6.
3. Castelo-Branco C, Mallofré C, Torné A, Gratacós E, Iglesias Guiu X. Primary adenocarcinoma of the endometrium associated with genital tuberculosis. A case report. J Reprod Med 1995;40:673-5.

4. Liomba NG, Chipangwi JD. Female genital tuberculosis in Malawi – a report of 90 cases. J Obstet Gynaecol East Cent Africa 1982;1: 69-72.
5. Samal S, Gupta U, Agarwal P. Menstrual disorders in genital tuberculosis. J Indian Med Assoc 2000;98:126-7.
6. Namavar Jahromi B, Parsanezhad ME, Ghané-Shirazi R. Female genital tract and infertility. Int J Gynaecol Obstet 2001;75:269-72.
7. Qureshi RN, Samad S, Hamid R, Lakha SF. Female genital tuberculosis revisited. J Pak Med Assoc 2001;51:16-8.
8. Balasubramanian S, Shivram R, Padmasani LN, Nagaraju B. Congenital tuberculosis. Indian J Pediatr 1999;66:148-50.
9. Bosch J, Pericot A, Amorós M, Ros R. Endometritis puerperal: estudio de 52 casos con diagnóstico clínico y microbiológico. Enferm Infecc Microbiol Clin 1995;13:203-8.
10. Vishnevskaya EB, Marttila NJ, Semenovskii AV, Oleinik AN, Vil'ianen MK, Vishnevskii BI. Polymerase chain reaction and ligase chain reaction in the diagnosis of gynecological tuberculosis. Probl Tuberk 2002;1:49-51.