

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Lesión sanguinolenta en cuello uterino en una mujer infectada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Bleeding lesion in the cervix of a woman infected with human immunodeficiency virus (HIV)

Daniela D'Alessandro ^{a,*}, Verónica Solernou ^b, Angela Avegno ^c y María Teresa Rodríguez ^a

^a Servicio de Infectología, Hospital Donación Francisco Santojanni, Buenos Aires, Argentina

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Donación Francisco Santojanni, Buenos Aires, Argentina

^c Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Donación Francisco Santojanni, Buenos Aires, Argentina

Caso clínico

Mujer de 36 años de edad, sin antecedentes de relevancia, que ingresó en nuestra institución por metrorragia de 3 meses de evolución, sangrado postcoital, fiebre intermitente, sudoración nocturna y pérdida progresiva de peso. Había sido evaluada en otro centro donde, mediante la realización de ecografía y biopsia cervical, se había llegado al diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica y cervicitis y tratado con antibióticos (se desconocen antimicrobianos utilizados, dosis y duración de los mismos), sin mejoría.

En la exploración de ingreso, la paciente se hallaba adelgazada y en regular estado general. Se observaron lesiones vesiculares arracimadas en pubis, compatibles con herpes simple. Al tacto vaginal, se observó cérvix y anexos aumentados de tamaño y parametrio izquierdo empastado. La colposcopia confirmó un cérvix edematoso, friable y sanguinolento (fig. 1). Los resultados de laboratorio revelaron hematocrito 22%, hemoglobina 7,2 g/dl, proteína C reactiva 9 mg/dl y VSG 132 mm 1^ªh. El marcador CA 125 resultó ligeramente elevado. La ecografía ginecológica descartó la presencia de ascitis. La radiografía de tórax fue normal. Una nueva biopsia de cérvix mostró cervicitis microabscesificada con infiltrado inflamatorio, hemorragia y necrosis, sin evidencia de células neoplásicas. Además del estudio anatopatológico, el material de la última biopsia se envió para cultivo de micobacterias y hongos. Concomitantemente, se solicitó serología VIH y TC de tórax, abdomen y pelvis. Mientras la TC torácica resultó normal, la abdominopélvica mostró adenomegalías en las cadenas ilíaca externa, látero-aórtica y mesentérica. La serología VIH resultó positiva (ELISA y Western Blot) y el recuento de células CD4+ fue de 41 cel/ml. Los resultados definitivos del examen anatopatológico confirmaron los cambios inflamatorios descritos más arriba: histuarquitectura cervical distorsionada

con ulceración del epitelio de revestimiento y reemplazo por material fibrino-supurativo. Corion subyacente edematoso y congestivo, con focos de abscesificación e infiltrado inflamatorio (fig. 2). La tinción de Ziehl-Neelsen fue positiva para bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) (fig. 3). El cultivo confirmó el crecimiento de *M. tuberculosis*. La paciente inició tratamiento antituberculoso por vía oral con isoniacida 5 mg/k/d, rifampicina 10 mg/k/d, pirazinamida 25 mg/k/d y etambutol 20 mg/k/d y profilaxis primaria con 80 mgr de trimetropirima y 160 mg de sulfametoazol trisemanal, con buena evolución de las lesiones genitales. Así mismo, tras dos meses de tratamiento antituberculoso, ha iniciado tratamiento antirretroviral con Zidovidina 600 mg/d, Lamivudina 300 mg/d y Efavirenz 600 mg/d, sin deseos de maternidad, con buena tolerancia.

Comentario

La tuberculosis sigue siendo la enfermedad oportunista más frecuente en pacientes VIH. La coinfección VIH-TB ha incrementado la proporción de TB extrapulmonar¹, dentro de las que se encuentra la TB genital (TBG) que es una localización muy poco frecuente².

La TBG femenina representa menos de 2% de las formas extrapulmonares³ y la afectación cervical el 5–24% de la TBG y el 0,1 a 0,65% de todas las TB⁴.

La diseminación es principalmente hematogena¹ (90%), con menor frecuencia linfática o por contigüidad y, en forma excepcional, por vía sexual por el uso de esputos como lubricantes o epidídimo orquitis tuberculosa activa en varones^{4,5}. El 75% de TBG ocurre en mujeres en edad fértil^{1,4} y solo el 8 al 15% tiene manifestaciones del compromiso primario⁵.

Los órganos más frecuentemente comprometidos son las trompas de Falopio (95–100%) generalmente con afectación bilateral, endometrio (50–60%), ovarios (20–30%), cuello (5–15%², o 24%⁴) y vulva-vagina (1%)^{2,5}.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: daledani2000@yahoo.com (D. D'Alessandro).

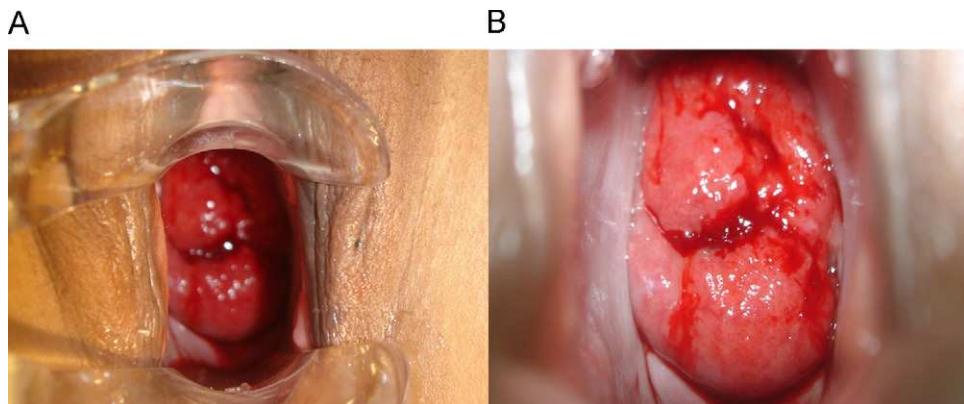


Figura 1. Visión macroscópica del cuello uterino. A) Se aprecia el aumento de tamaño, la deformación y congestión. B) Edema de la mucosa y exulceraciones que comprometen labios anterior y posterior, de bordes irregulares y anfractuosos con sangrado espontáneo.

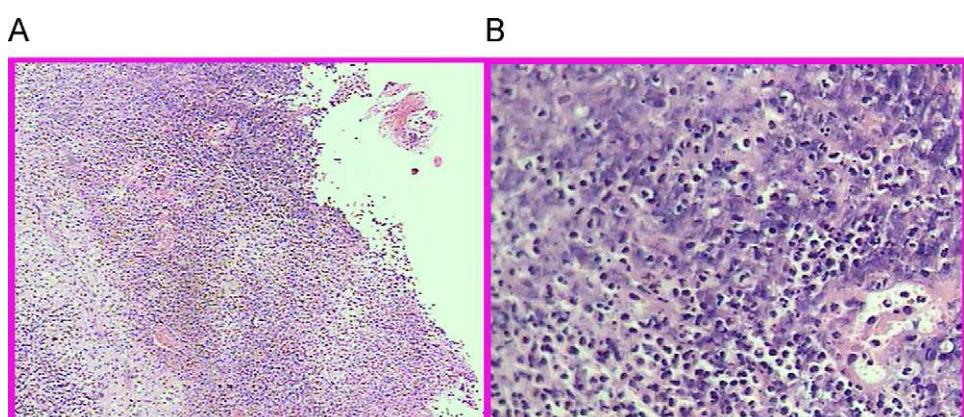


Figura 2. Microfotografía de biopsia de cuello uterino, teñida con técnica de Hematoxilina Eosina. A) Histoarquitectura distorsionada con ulceración del epitelio de revestimiento y reemplazo por material fibrino supurativo. Corion subyacente edematoso y congestivo, con focos de abscedación e intenso infiltrado inflamatorio (100 \times). B) Intenso infiltrado inflamatorio mixto a predominio polimorfonuclear, rico en detritus celulares con compromiso de las paredes vasculares (vasculitis) (200 \times).

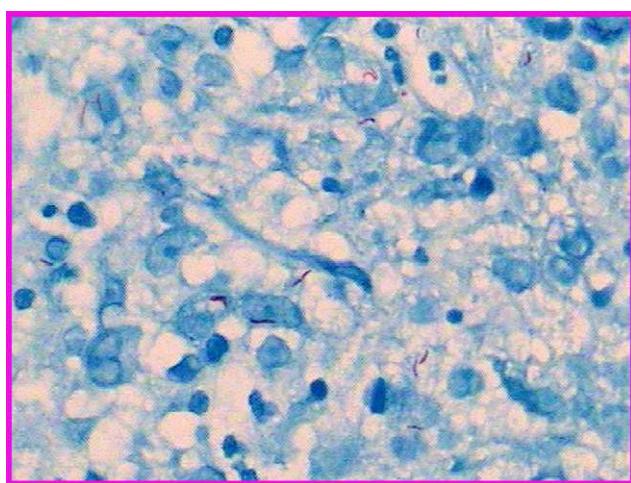


Figura 3. Microfotografía de biopsia de cuello uterino, teñida con técnica de Ziehl Neelsen. Estructuras bacilares dispersas, delgadas, rectas o ligeramente curvas y de extremos redondeados, de 1 a 4 μm de longitud. Los bacilos se destacan como bastones de color rojo brillante a magenta sobre el fondo tisular azul (600 \times).

La presentación clínica es variada. Hasta el 56% de los casos pueden ser asintomáticos y evidenciarse en estudios de infertilidad, puesto que, en determinadas áreas geográficas, la TBG es

una de las principales causas de infertilidad femenina y de embarazos ectópicos⁵.

Las formas sintomáticas se pueden presentar con dolor pelviano crónico, anomalías menstruales, secreción vaginal, síntomas constitucionales, úlceras genitales, masas abdominales o pelvianas, fiebre prolongada y ascitis^{1,5}.

La especuloscopía aporta datos inespecíficos que, dada la semejanza de la lesión con el carcinoma cervical y que puede ir acompañada de elevación de marcadores tumorales¹ en algunos casos, obliga a la toma biopsia para su diferenciación⁵.

Para el diagnóstico, es esencial un alto índice de sospecha, basado en el cuadro clínico y los aspectos epidemiológicos, aunque el antecedente de contacto tuberculoso sólo se encuentra en el 10–20% de las veces⁵.

El aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* de las secreciones genitales permite llegar al diagnóstico de certeza^{1,5}, pero solo es positivo el 50% de las veces⁶.

También puede cultivarse *M. tuberculosis* del fluido menstrual del primer día, y de la biopsia o aspirado endometrial⁵. Como se trata de lesiones paucibacilares⁷ el volumen y el número de muestras mejoran el rendimiento del método⁶.

El medio de cultivo de elección es el Löwenstein Jensen pero los métodos automatizados, demostraron igual eficacia y menor tiempo de detección^{1,5}.

La demostración histológica de granulomas, visibles hasta en un 50% de las veces, también ayuda al diagnóstico, en un contexto clínico adecuado⁸.

Los estudios de imágenes (ecografía y TAC) solo sirven para identificar la extensión de la lesión y la presencia de masas o ascitis^{1,5}.

La PCR, a la que algunos autores adjudican una sensibilidad superior al 85%^{1,8}, es capaz de detectar bacilos no viables y de esa manera no reflejar realmente la actividad de la enfermedad^{1,5}, por lo que no debe ser considerada aislada, sino valorada con otros datos disponibles.

El tratamiento se realiza con drogas antituberculosas por un lapso de 6 a 9 meses^{1,5,9}. La respuesta adecuada contribuye a la certeza diagnóstica.

Dado que la respuesta al tratamiento farmacológico es habitualmente buena, la cirugía se reserva para los casos donde han quedado grandes abscesos tuboováricos residuales¹⁰.

El objetivo de la presentación de este caso es mostrar una infrecuente forma de de TB. En aquellas pacientes en que el estudio histopatológico no demuestre lesión neoplásica, se deberían solicitar las tinciones y cultivos específicos para micobacterias.

Creemos que debe considerarse esta entidad ante la presencia de síntomas ginecológicos y constitucionales, aún en personas a quienes, inicialmente, no se les reconozcan factores de riesgo para TB.

Bibliografía

1. Gatongi DK, Gitau G, Kay V, Ngwenya S, Lafong C, Hasan A. Female genital tuberculosis. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2005;7(2):75–9.
2. De Vega T, Méndez MA, Olavarria V, Amasuno MA, Napal J. Tuberculosis genital e infección por VIH. *An Med Interna*. 2001;18:339.
3. Micha JP, Brown 3rd JV, Birk C, Van Horn D, Rettenmaier MA, Goldstein BH. Tuberculosis mimicking cervical carcinoma-case report. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2007;28:316–8.
4. Lamba H, Byrne M, Goldin R, Jenkins C. Tuberculosis of the cervix: case presentation and a review of the literature. *Sex Transm Infect*. 2002;78:62–3.
5. Aliyu MH, Aliyu SH, Salihu HM. Female genital tuberculosis: a global review. *Int J Fertil Womens Med*. 2004;49:123–36.
6. Rodríguez Romero G, Arias ZA, González Martínez M, Enríquez Rodríguez R. Tuberculosis genital: A propósito de un caso. *Arch Med [Revista electrónica]* 2007; 3: [7 screens]. [consultado 28/6/2009]. Disponible en: www.archivosdemedicina.com.
7. Jindal UN. An algorithmic approach to female genital tuberculosis causing infertility. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2006;10:1045–50.
8. Baum SE, Dooley DP, Wright J, Kost ER, Storey DF. Diagnosis of Culture-Negative Female Genital Tract Tuberculosis with Peritoneal Involvement by Polymerase Chain Reaction. *J Reprod Med*. 2001;46:929–32.
9. Recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Guidelines for and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents. *MMWR*. 2009;58:1–216.
10. American Thoracic Society Documents: American Thoracic Society/Center for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: treatment of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003;167:603–62.