

María de la Calle^a

María Terán^a

María Serrano^a

María Álvarez^b

Francisco Gómez Pastrana^a

Juan Ordás^a

^aServicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital La Paz. Madrid. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital La Paz. Madrid. España.

Correspondencia:

Dra. M. de la Calle Fernández-Miranda.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital La Paz.

Paseo de la Castellana, 261. 28046 Madrid. España.

Fecha de recepción: 18/1/06.

Aceptado para su publicación: 23/10/06.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente que a los 10 días de un parto eutóxico ingresa por un cuadro febril, anemia y distensión abdominal. En la ecografía se detecta una gran cantidad de líquido libre. La laparotomía exploradora muestra un abundante líquido purulento y la trompa derecha engrosada. La anatomía patológica informa de la presencia de bacilos tuberculosos. Se administra tratamiento antituberculoso. La evolución de la madre y el feto es favorable. Se exponen las dificultades en el diagnóstico de la tuberculosis en estas pacientes.

PALABRAS CLAVE

Tuberculosis tubárica. Posparto. Fiebre puerperal de origen desconocido.

ABSTRACT

We present the case of a woman with fever of unknown origin, anemia and abdominal tenderness 10 days after a eutocic delivery. An ultrasound scan

Diagnóstico de tuberculosis tubárica en el posparto

Diagnosis of tubo-ovarian tuberculosis in the postpartum

showed a large volume of free fluid. Surgery revealed a right tubo-ovarian abscess and abundant ascitic fluid in the abdominal cavity. Pathologic analysis demonstrated the presence of tuberculosis. Treatment was administered and maternal and neonatal outcomes were favorable. The difficulties of diagnosing tuberculosis in these patients are summarized.

KEY WORDS

Tubo-ovarian Tuberculosis. Pospartum. Fever of unknown origin in the puerperium.

INTRODUCCIÓN

La fiebre puerperal se ha estudiado ampliamente, y puede abarcar un gran número de etiologías. La lista del diagnóstico diferencial de fiebre puerperal es extensa; en primer lugar, se deben descartar los focos de origen ginecológico, como la endometritis, la mastitis, la infección de la episiotomía o, más raramente, la tromboflebitis pélvica. La tuberculosis, al ser una infección prácticamente erradicada en nuestro medio, no la incluimos dentro de nuestras pro-

246

bables etiologías y, por ello, resulta tan difícil de diagnosticar. Sin embargo, debido al gran flujo de gestantes emigrantes procedentes de países en vías de desarrollo, donde la tuberculosis tiene una alta prevalencia, estas infecciones están volviendo a aflo-rar en nuestra clínica diaria.

La tuberculosis de origen pulmonar es la más fre-
cuente, y se han descrito en la literatura médica ca-
sos concomitantes con la gestación y el puerperio^{1,2}.
Los focos tuberculosos extrapulmonares descritos en
la gestación o el posparto son más inusuales. El
diagnóstico precoz es primordial, debido a que el
pronóstico, si no se trata correctamente, es fatal tan-
to para la madre como para el feto.

Presentamos un caso de fiebre de origen desco-
nocido debido a una infección tubárica por *Mycobac-
terium tuberculosis*.

CASO CLÍNICO

Primigesta de 20 años de edad, de nacionalidad ecuatoriana, con curso del embarazo sin incidencias. Ingresa en la semana 40 con dinámica de parto; mediante un parto eutóxico se obtuvo un varón de 3.200 g. En el primer día posparto presenta fiebre de hasta 39,7 °C, seguida de picos febriles los 2 días posteriores, que ceden con paracetamol 1 g v.o. Se da de alta a la paciente a las 72 h posparto.

La paciente acude a urgencias a los 10 días del parto por presentar fiebre y anemia grave (hemoglo-
bina de 7,1 g/dl y hematocrito del 23%), por lo que se le transfunden 2 concentrados de hematíes. A los 15 días del parto, ingresa por la persistencia del cuadro febril, malestar general y distensión ab-
dominal. En la ecografía se detecta una gran canti-
dad de líquido libre, útero vacío y anejos aumenta-
dos de tamaño (fig. 1). La analítica de urgencias muestra: hemoglobina 9 g/dl, hematocrito 26,1%, leucocitos 9.260 (79% neutrófilos) y plaquetas 645.000. La actividad de protrombina es del 65%, el tiempo de tromboplastina parcial activado del 46,4% y el fibrinógeno de 741. La bioquímica está dentro de la normalidad.

Se realiza una laparotomía exploradora, en la que se constata abundante líquido purulento de color verdoso en toda la cavidad abdominal, un impor-
tante cuadro adherencial de asas intestinales que ocluyen el fondo de saco de Douglas, un absceso



Figura 1. Ecografía donde se pone de manifiesto un abundante líquido libre en el fondo de saco de Douglas, acompañado de imágenes ecorrefringentes compatibles con adherencias.

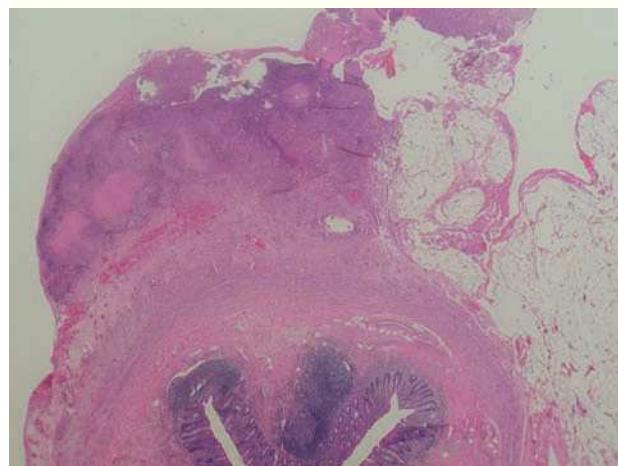


Figura 2. Estudio microscópico del apéndice. Se observan numerosos granulomas con necrosis caseosa central, macrófagos en empalizada y corona linfocitaria en la periferia, patognomónicos de granulomas tuberculosos.

tubo-ovárico derecho, con trompa engrosada, a tra-
vés de la cual emerge una secreción purulenta, y apéndice edematoso (fig. 2). Se realiza una adhesio-
lisis, un lavado de la cavidad y una apendicectomía.

Se pauta antibioterapia con amoxicilina, metroni-
dazol y tobramicina. En reanimación, la paciente pre-
senta una evolución tórpida, sin que ceda la fie-
bre ni la distensión abdominal. Se decide continuar con antibióticos 10 días más y con dopamina para

forzar la diuresis. Se mantiene la sonda nasogástrica. La analítica poscirugía muestra hemoglobina 11,3 g/dl, leucocitos 8.650 y plaquetas 583.000.

El cultivo del líquido peritoneal es informado como estéril. La tinción de Gram del pus de la trompa muestra abundantes leucocitos polimorfonucleares, pero sin bacterias.

Debido al empeoramiento clínico de la paciente, se realiza una tomografía computarizada (TC) toracoabdominal, en la que se observa la presencia de un derrame pleural bilateral con consolidación parenquimatosa bilateral en segmentos posteriores y múltiples colecciones líquidas en el fondo de saco de Douglas. Se practica un drenaje transvaginal donde se aprecia un líquido seroso.

A los 6 días de la intervención se recibe el resultado de la anatomía patológica del apéndice, donde se informa de la presencia de granulomas tuberculosos, aislándose *M. tuberculosis*. Se inicia entonces un tratamiento con pirazinamida, etambutol, isoniazida y rifampicina, acompañado de oxigenoterapia. La paciente evoluciona favorablemente y se traslada a planta.

La madre de la paciente había sido diagnosticada de tuberculosis pulmonar 2 meses antes del parto de su hija, sin completar el tratamiento antituberculoso. No había comunicado nada al equipo médico de nuestro servicio hasta el momento de ser interrogada tras confirmarse el diagnóstico de su hija.

DISCUSIÓN

Como se demuestra en el caso descrito, la tuberculosis continúa siendo una infección vigente que, debido al aumento de la población migrante en nuestro país, cada vez va a ser más frecuente encontrarnos con situaciones similares a la expuesta. En el año 1997, se describieron 2 millones de muertes por tuberculosis en países en vías de desarrollo³. Según Laibl et al³, el incremento de la tuberculosis en los países desarrollados en la última década viene

ne determinado por un aumento de la inmigración procedente de países endémicos para la tuberculosis, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el abuso de drogas.

El principal problema que tiene la tuberculosis es la dificultad diagnóstica, porque no se piensa en ella o por su sintomatología inespecífica de fiebre, cansancio y anorexia. Todo esto acompañado, además, de las dificultades técnicas en la lentitud de incubación microbiológica⁴.

La tuberculosis durante el embarazo, fundamentalmente de origen pulmonar, se ha descrito en múltiples publicaciones^{1,2}. La tuberculosis extrapulmonar, aunque menos frecuente, también se ha descrito en localizaciones como la piel⁵, el cuello⁶ o el endometrio⁷. En todos los casos, independientemente de la localización de la tuberculosis, la gestación suele ir acompañada de complicaciones, como abortos, rotura prematura de membranas, parto prematuro, asfixia neonatal y hasta muerte fetal intraútero^{1,2,5-8}. Aunque la gestación no cambia el curso de la tuberculosis, ésta sí altera el curso del embarazo con riesgos importantes para la madre y el feto³.

La fiebre posparto es una entidad relativamente frecuente, que suele estar relacionada con la subida de la leche —que en ocasiones se complica con una mastitis— o con infecciones relacionadas con el propio parto, como la endometritis o la infección de la herida de la episiotomía. Más inusual es la tuberculosis como causa de fiebre puerperal. Munt et al⁸, en su revisión de 69 casos de tuberculosis miliar, encontraron 2 en que los síntomas se presentaron en forma de fiebre puerperal. Por ello, creemos que la tuberculosis, aun siendo una entidad poco frecuente, se debe tener en cuenta como posible causa de fiebre posparto acompañado de un deterioro generalizado que no remite con los tratamientos habituales. Un diagnóstico precoz de la tuberculosis, tanto en el embarazo como en el puerperio, es crucial para una evolución satisfactoria tanto de la madre como del feto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toure NO, Dia Y, Diatta A, Ndiaye CM, Sah BA, Niang A, et al. Preliminary study of the association of tuberculosis and pregnancy: about 9 cases. *Dakar Med.* 2004;49:192-5.
2. Nakanishi N, Moritaka T, Ueda N. Case of pulmonary tuberculosis in late stage of pregnancy. *Kekkaku.* 2004;79:569-71.
3. Laibl VR, Sheffield JS. Tuberculosis and pregnancy. *Clin Perinatol.* 2005;32:739-47.
4. Myers JP, Perlstein PH, Light IJ, Towbin RB, Dincsoy HP, Dincsoy MY. Tuberculosis in pregnancy with fatal congenital infection. *Pediatrics.* 1981;67:89-94.
5. Datta S, Spencer J. Cutaneous tuberculosis in pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2004;24:455.
6. Clark PC, Yencha MW, Hart AK. Management of isolated extrapulmonary tuberculosis in a pregnant patient. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2004;113:648-51.
7. Yip SK, Wong SP, Fung TY, Haines CJ. Unsassisted conception with a normal pregnancy outcome in a woman with active *Mycobacterium tuberculosis* infection of the endometrium. A case report. *J Reprod Med.* 1999;44:974-6.
8. Munt PW. Milliary tuberculosis in the chemotherapy era: with a clinical review in 69 American adults. *Medicine.* 1971;51:139.