

A.I. Padilla
E. Padrón
I. Clemente
M.I. Reyes
L. Álvarez
C. Mendoza

Tuberculosis genital como causa de metrorragia posmenopáusica

267

Servicio de Obstetricia y Ginecología (Profesor J. Parache).
Hospital Universitario de Canarias. Facultad de Medicina de la
Universidad de La Laguna. Tenerife. España.

Correspondencia:

Dra. A.I. Padilla Pérez.
Avda. República de Venezuela, 1. Urbanización Carmenaty.
La Orotava. 38300 Tenerife. España.

Fecha de recepción: 17/12/02
Aceptado para su publicación: 14/1/03

Genital tuberculosis as a cause of postmenopausal metrorrhagia

A.I. Padilla, E. Padrón, I. Clemente, M.I. Reyes, L. Álvarez,
C. Mendoza. Tuberculosis genital como causa de metrorragia
posmenopáusica.

RESUMEN

La tuberculosis genital representa el 0,002% de las consultas ginecológicas. La forma más común de presentación ocurre durante los años fértiles, y su manifestación es la infertilidad. En las últimas décadas se ha observado como forma inicial la tríada amenorrea, leucorrea y masa anexial, aumentando la frecuencia de la metrorragia posmenopáusica. Presentaremos el caso de una tuberculosis genital que comienza con metrorragia en la posmenopausia; además presentamos la epidemiología, el protocolo diagnóstico seguido para el estudio de la metrorragia en esta etapa de la vida de la mujer y el tratamiento que debe instaurarse tras el diagnóstico definitivo.

PALABRAS CLAVE

Tuberculosis genital. Menopausia. Metrorragia.

SUMMARY

Genital tuberculosis accounts for 0.002% of gynecological consultations. The most common form of presentation occurs while women are fertile and is manifested as infertility. In the last few decades the triad of amenorrhea, leukorrhea, and adnexal mass has decreased while the frequency of postmenopausal metrorrhagia as initial presentation has increased. We present a case of genital tuberculosis that first presented as postmenopausal metrorrhagia. We describe the epidemiology, diagnostic protocol for postmenopausal metrorrhagia, and the treatment that should be initiated after definitive diagnosis.

KEY WORDS

Genital tuberculosis. Menopause. Metrorrhagia.

268 INTRODUCCIÓN

Aunque la tuberculosis genital se había convertido en una entidad infrecuente, la epidemia del sida ha ocasionado el resurgir de esta enfermedad. Asimismo, se han modificado los patrones clínicos de presentación con un aumento de la metrorragia posmenopáusica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 59 años, natural de Cuba, que acude al servicio de urgencias por presentar un cuadro de metrorragia tras 6 años de amenorrea.

Como antecedentes médicoquirúrgicos presentaba hepatitis A, escoliosis, nefrolitiasis de repetición, apendicectomía y alergia al yodo. Sus antecedentes ginecoobstétricos eran: M: 11 años; TM: 9/30; hipermenorrea-dismenorrea. Menopausia a los 52 años, nulípara, con tres abortos (dos legrados), intervenida de fibroadenoma de mama.

En la exploración se constata la presencia de sangre en la vagina, en cantidad menor que una regla, procedente de la cavidad uterina. El tacto bimanual delimita un útero ligeramente engrosado, de consistencia miomatosa, en el que no se palpan los anejos.

Se inicia el protocolo diagnóstico mediante técnicas de imagen, y en la ecografía transvaginal se objetiva un engrosamiento endometrial de 16 mm de sección, un mioma intramural de cara posterior de 2 cm y no se detecta enfermedad anexial. Posteriormente, se solicita el estudio de cavidad mediante la realización de una histeroscopia, en la que se observa una cavidad y un endocérnix libre, ambos ostium visibles y un endometrio de características proliferativas con imágenes petequiales. Finalmente, se llevó a cabo un estudio histológico a través de un microlegrado, cuyo resultado fue: endometritis crónica con granulomas tuberculoides productivos, Ziehl-Neelsen negativo (para la visualización de un bacilo es necesaria una alta concentración por unidad de volumen) (fig. 1).

Ante estos hallazgos se solicitó valoración por parte del servicio de medicina interna. El resultado de las pruebas realizadas fue el siguiente:

- Análítica general: el valor de los parámetros se mantuvo dentro de los límites de la normalidad.

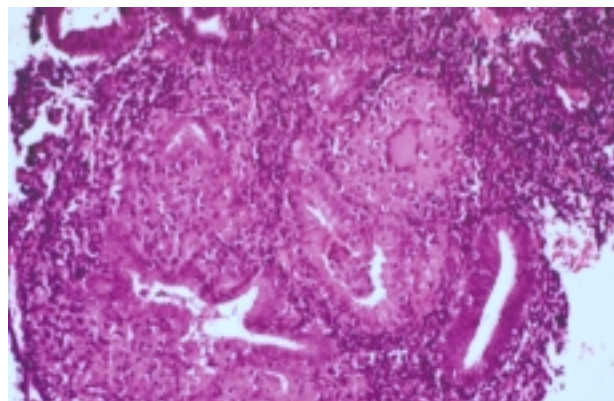


Figura 1. Mucosa endometrial con glándulas tubulosas o irregulares y estroma celular inflamatorio que incluye granulomas de células epitelioides (hematoxilina-eosina, $\times 200$).

- Radiografía de tórax: se pudo objetivar calcificaciones en hilio izquierdo en probable relación con adenitis tuberculosa antigua.

- Ecografía abdominal: sin alteraciones significativas.

- Mantoux: positivo.

- Cultivo en medio de Löwenstein-Jensen y baciloscopia para esputo y orina: negativos.

Ante la posibilidad de diagnóstico de tuberculosis genital establecida a través del microlegrado, la positividad del Mantoux y la imagen radiológica, se decide iniciar tratamiento con tuberculostáticos durante 9 meses (asociación de isoniacida, rifampicina y piracinamida durante los primeros 2 meses, e isoniacida y rifampicina los siete restantes).

En un control analítico rutinario tras un mes de tratamiento apareció una hipertransaminasemia, lo que obligó al cambio de isoniacida por etambutol. Esta nueva asociación se programó para 18 meses, aunque se interrumpió 3 meses antes por disminución de la agudeza visual, posiblemente ocasionada por el etambutol, que cedió tras el cese de la administración de este fármaco.

Al finalizar la terapia se realizó una ecografía de control, en la que se objetivaba un endometrio lineal, así como un microlegrado, en el que no se pudo obtener material de la cavidad. Ante la mejoría clínica y los resultados de las pruebas complementarias la enfermedad se consideró resuelta.

DISCUSIÓN

La tuberculosis genital representa el 0,002% de las consultas ginecológicas¹. La incidencia de la tuberculosis asociada a la infección por el VIH está aumentando en todo el mundo, especialmente en países en vías de desarrollo. Se adquiere por diseminación hematógena y afecta con más frecuencia a la trompa. Sólo un tercio de las pacientes presentan el antecedente de tuberculosis pulmonar previa. Aunque se suele manifestar en los años fértiles, últimamente la edad de aparición ha cambiado, siendo cada vez más frecuente después de los 40 años y en edad posmenopáusica².

La forma de presentación más común de esta enfermedad es la infertilidad (42,5-73,7%^{3,4}), y a menudo se diagnostica de forma incidental en el estudio de la paciente infértil. De hecho, el cultivo sistemático en líquido menstrual de *M. tuberculosis* en medio de Löwenstein-Jensen, entre mujeres estériles, arroja una positividad que oscila entre un 7,98⁵ y un 14,68%⁶. Otro síntoma es el dolor pélvico con dismenorrea (29,8%) y dispareunia (12,3%)⁴. El 87%

de los casos presenta menstruación normal⁴, existiendo alteraciones del patrón menstrual en el resto de las pacientes en las que se observa amenorrea (14,3%), oligohipomenorrea (54%), menorragias (19%) y metrorragia posmenopáusica (1,6%)⁷. En las últimas décadas, la manifestación de la enfermedad, con la tríada amenorrea, leucorrea y masa anexial, ha disminuido, aumentando la frecuencia de metrorragia posmenopáusica como forma inicial⁸.

Para un correcto diagnóstico se necesita el examen bacteriológico del fluido endometrial o el estudio anatomopatológico⁹, y se ha comprobado que el test de Mantoux tiene una utilidad limitada en el diagnóstico de la tuberculosis genital activa, con una sensibilidad de sólo el 55% y una especificidad del 80% en mujeres con diagnóstico laparoscópico de tuberculosis genital^{10,11}.

En el tratamiento se utilizan las pautas habituales de la TBC pulmonar, y se requiere cirugía (histerectomía con doble anexectomía) en caso de persistencia de dolor, masa pélvica, recurrencia de la tuberculosis endometrial, o sospecha de neoplasia endometrial¹¹.

269

BIBLIOGRAFÍA

1. Falk V, Ludviksson K, Agren G. Genital Tuberculosis in women. Analysis of 187 newly diagnosed cases from 47 Swedish hospitals during the ten-year period 1968 to 1977. *Am J Obstet Gynecol* 1980;138:974-7.
2. Sutherland AM. Postmenopausal tuberculosis of the female genital tract. *Obstet Gynecol* 1982;59(6 Suppl):S54-7.
3. Qureshi RN, Samad S, Hamid R, Lakha SF. Female genital tuberculosis revisited. *J Pak Med Assoc* 2001;51:16-8.
4. Margolis K, Wranz PA, Druger TF, Joubert JJ, Odendaal HJ. Genital tuberculosis at Tygerberg Hospital- prevalence, clinical presentation and diagnosis. *S Afr Med J* 1992;81:12-5.
5. De Vynck WE, Kruger TF, Joubert JJ, Scott F, van de Merwe JP, Hulme VA, et al. Genital tuberculosis associated with female infertility in the western Cape. *S Afr Med J* 1990;77:630-1.
6. Oosthuizen AP, Wessels PH, Hefer JN. Tuberculosis of the female genital tract in patients attending an infertility clinic. *S Afr Med J* 1990;77:562-4.
7. Samal S, Gupta U, Agarwal P. Menstrual disorders in genital tuberculosis. *J Indian Med Assoc* 2000;98:126-7, 129.
8. Sutherland AM. The changing pattern of tuberculosis of the female genital tract. A thirty year survey. *Arch Gynecol* 1983;234:95-101.
9. Mizuno K. Tuberculosis in the field of gynecology. *Nippon Rinsho* 1998;56:3153-6.
10. Raut VS, Mahashur AA, Sheth SS. The Mantoux test in the diagnosis of genital tuberculosis in women. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;72:165-9.
11. Sutherland AM. Surgical treatment of tuberculosis of the female genital tract. *Br J Obstet Gynecol* 1980;87:610-2.