

---

## Casos clínicos

---

6 J.A. Díaz Blanco<sup>a</sup>  
M.J. Gasch López<sup>a</sup>  
R. Maroto Páez<sup>a</sup>  
L. Menéndez León<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia.

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica.

Hospital Comarcal Jarrio. Coaña-Asturias.

### Correspondencia:

Dr. J.A. Díaz Blanco.

Avda. Pedro Masaveu, 6, 2.º B. 33007 Oviedo. Asturias.

Fecha de recepción: 30/7/01

Aceptado para su publicación: 11/12/01

## La tuberculosis genital: un reto diagnóstico

### *Genital tuberculosis: a diagnostic challenge*

J.A. Díaz Blanco, M.J. Gasch López, R. Maroto Páez,  
L. Menéndez León. *La tuberculosis genital: un reto diagnóstico.*  
*Prog Obstet Ginecol* 2002;45(2):76-82.

### RESUMEN

Se describe un caso de enfermedad pélvica inflamatoria grado IV en una paciente de 20 años. La falta de respuesta al tratamiento convencional conduce a la práctica de laparotomía con drenaje y resección quirúrgica. El diagnóstico se establece finalmente a través del estudio anatomopatológico. Se discute el papel actual de la tuberculosis anexial y su diagnóstico.

### PALABRAS CLAVE

Tuberculosis genital. Enfermedad pélvica.  
Laparotomía.

### SUMMARY

A case report on a 20 years old female presenting a stage IV pelvic inflammatory disease. Due to the

lack of response to the conventional antibiotic treatment, a laparotomy and surgical drainage and excision is performed. The etiology of the process is disclosed by the pathology report. The present role tuberculosis in the etiology of pelvic inflammatory disease and its diagnosis is discussed.

### KEY WORDS

Genital tuberculosis. Pelvic disease. Laparotomy.

### INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) es un problema de salud muy importante. En España, la tasa de incidencia global es de 38,51 casos por 100.000 habitantes. En Asturias, en los últimos 12 años, la tasa se sitúa en torno a 53 casos por 100.000 habitantes (tabla 1), aunque en los últimos años se observa un claro descenso, equiparándose a la tasa de incidencia nacional<sup>1,2</sup>.

Tabla 1

Año	Número de casos de TBC	Tasa de incidencia	Número de casos de TBC genital
1989	659	58,6	1
1990	606	53,9	2
1991	607	54,0	1
1992	791	70,4	0
1993	638	56,9	0
1994	642	57,1	2
1995	603	55,5	0
1996	601	55,5	0
1997	554	50,9	1
1998	541	49,7	1
1999	410	37,6	1
2000	397	36,5	0

Datos facilitados por el Servicio de Información Sanitaria de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Principado de Asturias.

En este período se han registrado 9 casos confirmados de TBC genital, lo que representa el 0,13% sobre el total de casos de TBC de la población. Teniendo en cuenta, por un lado, que no es una enfermedad de declaración obligatoria (por tanto, no existe ningún registro específico) y, por otro, la circunstancia de que a lo largo de estos años la Sección de Vigilancia Epidemiológica de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias ha ido incorporando diversas fuentes para el registro de casos de TBC, es de suponer que estén infrarrepresentados los casos. No obstante, en un intento de extrapolar los datos al total de la población española, y contando con las limitaciones comentadas, podríamos hablar de un 0,1-0,2% de casos anuales de TBC genital en sus diferentes formas clínicas, sobre el total de casos de TBC, lo que supondría unas 20-30 pacientes anuales en España.

Los motivos que nos han llevado a estudiar con profundidad esta afección han sido tres:

1. Dado que en las próximas décadas va a producirse un importante flujo migratorio hacia Europa desde países no desarrollados, es de esperar que asistamos a un incremento en la incidencia de TBC.
2. La dificultad diagnóstica que entraña, porque:
  - a) la TBC genital es una enfermedad de sintomatología variada en su presentación, y b) porque su escasa frecuencia hace que el ginecólo-



Figura 1. Estas imágenes evidencian en un corte longitudinal el útero y el fondo de saco de Douglas ocupado por una formación sólida de 87 x 35 mm y ecorrefringencia mixta, rodeada de líquido.

go no sea consciente de esta enfermedad a la hora de incluirla en un diagnóstico diferencial.

3. La TBC pélvica, al ser una patología muy poco común, no es frecuente encontrar referencias en la bibliografía médica clásica.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 20 años, que acude al servicio de urgencias refiriendo, fiebre y dolor abdominal de 7 días de duración, sin clínica de vías urinarias.

Antecedentes familiares sin interés, y en cuanto a los personales, únicamente destaca un parto eutóci-



Figura 2. Corresponde a ovario derecho, en el que se aprecia formación quística anecoica de 60 x 46 mm.



Figura 3. Imagen de estructura sólida de 47 x 51 mm de contorno irregular y ecorrefringencia mixta, correspondiente a ovario izquierdo.

co hace 10 meses. En la exploración presenta palidez de piel y mucosas; abdomen blando; GE normales; vagina normal; Cx macroscópicamente normal, no doloroso a la movilización; anejos no dolorosos al tacto; saco de Douglas no doloroso, pero con impresión de ocupado. Temperatura de 39,1 °C.

Las pruebas de laboratorio practicadas en urgencias reflejan hemograma completo, sistemático y sedimento de orina normales. El test de embarazo es negativo.

En la ecografía endovaginal encontramos los siguientes hallazgos: imagen compatible con tumoración ovárica mixta bilateral, con fondo de saco ocupado por formación de naturaleza sólida, alargada, rodeada de moderada cantidad de líquido (figs. 1-3).

Se ingresa con la sospecha clínica de EIP de grado IV o rotura de folículo ovárico. Inicialmente se instauro tratamiento empírico con antibioticoterapia (clindamicina + gentamicina), fluidoterapia, dieta absoluta y seguimiento ecográfico. En posteriores controles ecográficos, al persistir las imágenes iniciales así como el cuadro febril, se decide laparotomía con el diagnóstico preoperatorio de anexitis, o tumoración ovárica de otra etiología (tumoral).

Se practica laparotomía media infraumbilical, encontrándose los siguientes hallazgos:

- Gran cantidad de ascitis.
- Ambas trompas muy engrosadas y edematosas, englobadas con los ovarios en el saco de Douglas.

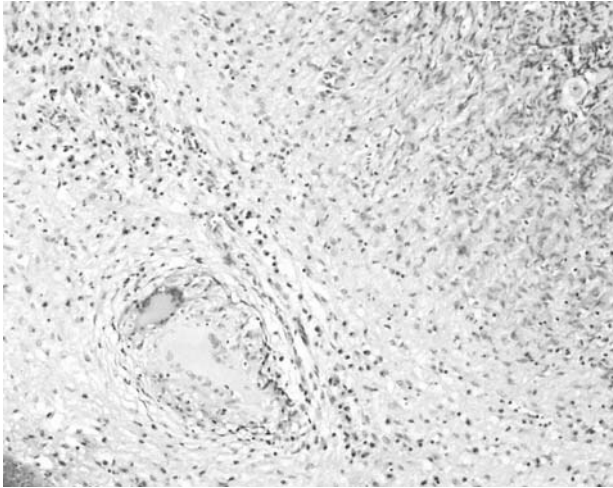
- Ovario derecho quístico de unos 5 cm de diámetro.
- Saco de Douglas ocupado por un absceso.

Se realiza ooforectomía derecha, drenaje y limpieza de absceso, completado con revisión de toda la cavidad. La biopsia intraoperatoria es informada como tumoración de naturaleza benigna.

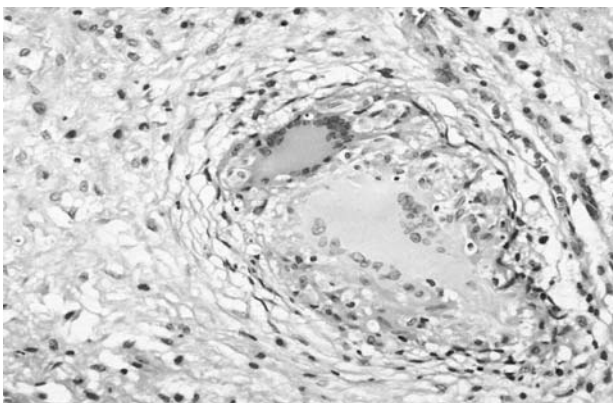
En el diagnóstico postoperatorio se etiquetó el caso como EIP de grado IV. La evolución del postoperatorio inmediato fue satisfactoria, reapareciendo el cuadro febril a las 48 h. Se decide cambiar la asociación clindamicina-gentamicina por cefoxitina-doxiciclina, observando durante los 4 días siguientes la persistencia de la fiebre, momento en el que el informe de anatomía patológica nos establece el diagnóstico de certeza de anexitis de origen tuberculoso, instaurando por parte del servicio de neumología tratamiento específico con rifampicina + isoniazida + pirazinamida (Rfp-Isz-Piz), remitiendo la fiebre en 24 h.

Al realizar una anamnesis más específica, encontramos el antecedente de TBC en su pareja hace 4 años, tratada correctamente. También refiere la paciente contactos y lesión tuberculosa en la infancia no tratada. Respecto a la enfermedad actual, la paciente presentó tos, febrícula, malestar general de 2 meses de evolución.

El resultado de las pruebas practicadas durante la intervención fue el siguiente:



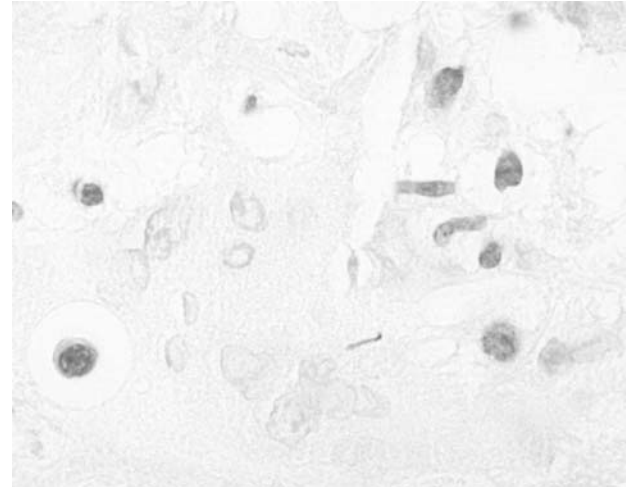
**Figura 4.** Se observa tejido ovárico en la esquina superior derecha. En la parte inferior, se observa formación granulomatosa con células gigantes multinucleadas.



**Figura 5.** Ampliación de la figura 4 cogiendo solamente la estructura granulomatosa.

- Líquido peritoneal: citología negativa para malignidad. Líquido inflamatorio con presencia de abundantes linfocitos junto con histiocitos neutrófilos y mesoteliales reactivos.
- Cultivo de exudado de absceso: estéril.
- Ovario: ooforitis granulomatosa, sugestiva de origen tuberculoso. Múltiples lesiones de tipo granulomatoso. Con la técnica de Ziehl-Neelsen se evidencian 2 bacilos ácido-alcohol resistentes (figs. 4-6).

Para el diagnóstico de confirmación se practicó una biopsia de endometrio en fase premenstrual,



**Figura 6.** Tinción de Ziehl-Neelsen. Demuestra bacilos ácido-alcohol resistentes en el seno de los granulomas.

siendo informada como endometritis granulomatosa compatible con tuberculosis endometrial (una lesión de tipo granulomatosa; con la tinción de Ziehl-Neelsen, se evidencia bacilos ácido-alcohol resistentes). El cultivo en medio de Lowenstein fue positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

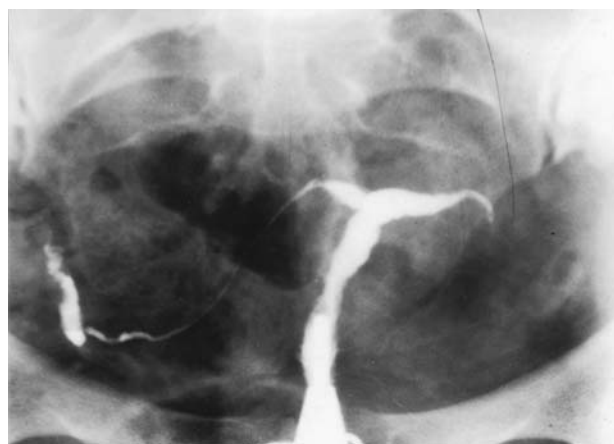
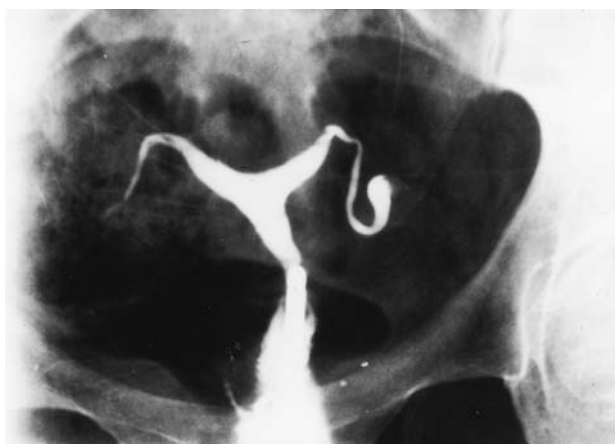
Los estudios complementarios: HBs Ag, HBc Ac, hepatitis C, VIH (1+2), lúes RPR y lúes TPHA fueron negativos. El test de Mantoux fue dudoso. En la radiografía de tórax se objetivó imagen de engrosamiento pleural localizado, asociado a algunas áreas de hipoventilación en el mismo pulmón a nivel basal.

El cuadro fue etiquetado como tuberculosis pélvica más probable tuberculosis pleural. La evolución clínica fue favorable, completando la paciente correctamente los 6 meses de tratamiento (Rfp-Isz 2 meses + Rfp-Isz 4 meses).

## DISCUSIÓN

Salvo raras excepciones, la TBC genital en la mujer es secundaria a una infección tuberculosa en otra parte del organismo, por lo general el pulmón. No es una localización frecuente, hoy día probablemente suponga menos del 1% de todas las infecciones pélvicas. En algunos sitios de diseminación miliar, las lesiones pueden permanecer latentes durante períodos prolongados antes de que tenga lugar la re-

0



Figuras 7 y 8. Histerosalpingografías típicas de TBC genital. (Cedidas por cortesía de la Dra. MJ. Lázaro, del Hospital Central de Asturias.)

Tabla 2 Hallazgos ecográficos en la TBC pélvica

Ascitis/fluido loculado	100%
Masas anexiales	93%
Engrosamiento de endometrio	83%
Engrosamiento peritoneal	69%
Engrosamiento de epiplón	6%

Tomada de Yapar EG, et al. Sonographic features of tuberculosis peritonitis with female genital tract tuberculosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995.

activación y la diseminación de la enfermedad<sup>3</sup>. En nuestro caso, la paciente presentó un foco pleural, que probablemente fuera el foco primario reactivado tras un período de latencia.

Desde un punto de vista anatomopatológico, una característica constante de la TBC genital es la bilateralidad de las lesiones<sup>3,5</sup>. Macroscópicamente, en la intervención nos encontramos con la afección de ambas trompas y ovarios, como recoge la bibliografía.

Clínicamente, la TBC genital se puede agrupar en 3 tipos de cuadros clínicos<sup>7,8</sup>:

1. Esterilidad: representa el 47% de casos.
2. Dolor abdominal o pélvico: supone el 32% de los casos, y se manifiesta como una salpingo-ooritis no específica. Una característica clásica de la TBC pélvica, que se dio en el caso clínico presentado, consiste en la falta de respuesta de la fiebre a la administración de altas do-

sis de antibióticos de amplio espectro. En esos casos, una EIP refractaria a la antibioticoterapia habitual siempre debe de alertar al médico acerca de la posibilidad de una TBC pélvica.

3. Sangrado uterino anormal: el 11%.

El diagnóstico de sospecha se establece con la anamnesis al encontrar antecedentes fímicos (64%), antecedentes de convivencia con personas afectadas de esta enfermedad (20%) y algún factor de riesgo (infección por el VIH, alcoholismo, diabetes) (35,5%)<sup>3,4</sup>. Nuestra paciente no presentaba factores de riesgo, pero sí antecedentes fímicos y de convivencia con persona afectada. La exploración ginecológica es anormal sólo en la mitad de los casos, correspondiéndose con un proceso inflamatorio pélvico, que fue el diagnóstico que motivó el ingreso de la paciente.

Es importante conocer los principales cambios ecográficos asociados a la infección tuberculosa pélvica (tabla 2). Su conocimiento puede mejorar la precisión diagnóstica y ayudar al manejo clínico y quirúrgico de la TBC<sup>9</sup>. El hallazgo de ascitis y masas anexiales bilaterales fue el diagnóstico ecográfico que establecimos.

El diagnóstico concluyente de la TBC pélvica requiere un cultivo positivo. Para ello, se hace una biopsia endometrial en fase premenstrual, prueba que le fue practicada a la paciente una vez que el estudio anatomopatológico nos sugirió el diagnóstico de TBC. Las lesiones granulomatosas se encuen-

Tabla 3 Criterios radiológicos de TBC genital

Ganglios linfáticos calcificados o calcificaciones más pequeñas e irregulares en el área de los anejos
Trompas delgadas, filiformes, rígidas, terminadas en una dilatación de la porción istmoampular por obstrucción en dicha zona de transición
Adherencias o deformaciones de la cavidad endometrial
Extravasación vascular y linfática del material de contraste
Tomada de Vanrell, et al. Fertilidad y esterilidad humanas 1992, y Klein et al. Pelvis tuberculosis. Obstet Gynecol 1976.

tran localizadas con mayor frecuencia en el endometrio, vecino a los orificios de las trompas de Falopio<sup>4</sup>. Hay cierta reserva a aceptar como diagnóstico de certeza el granuloma endometrial, ya que la sarcoidosis y la enfermedad de Crohn también lo pueden producir. Sin embargo, por ser muy raros en nuestro medio, puede aceptarse el informe anatómopatológico como diagnóstico de seguridad. Los cultivos de sangre menstrual en medio de Lowenstein son menos eficaces<sup>3,4,6</sup>.

Ante una tuberculosis genital hay que descartar otro foco extragenital antes de iniciar el tratamiento médico. El test de Mantoux tiene limitada utilidad en el diagnóstico de TBC genital activa durante la edad fértil<sup>11</sup>. El test practicado a la paciente resultó dudoso.

La TBC extrapulmonar debe ser tratada según los principios y los regímenes farmacológicos establecidos para la TBC pulmonar. El principal determinante del resultado terapéutico es la aceptación del régimen prescrito. Para ello hemos seguido las recomendaciones actuales de la American Thoracic Society y los Centers for Disease Control para el tratamiento de la TBC (tabla 4)<sup>12</sup>.

Es necesario hacer pruebas de sensibilidad en las cepas de *Mycobacterium tuberculosis* de todos los pacientes. Probablemente se encuentre indicado un seguimiento prolongado en todos los casos, dado que se ha observado recurrencias de la TBC pélvica 5 años o más después de finalizado el tratamiento farmacológico<sup>12</sup>.

Tabla 4 Recomendaciones actuales de la American Thoracic Society y los Centers for Disease Control para el tratamiento de la TBC

Rfp-Isz-Piz (2 meses) + Rfp-Isz (4 meses): es un tratamiento efectivo en pacientes con organismos totalmente sensibles
Rfp-Isz (9 meses): también da excelentes resultados
En ambos casos puede asociarse inicialmente Etambutol (etb) ante la sospecha de una posible resistencia a la isoniazida, hasta obtener pruebas de sensibilidad
Rfp-Etb-Piz (2 meses) + Rfp-Etb (10 meses): en resistencias a la isoniazida

Tomada de American Review of Respiratory Disease 134 (2):335.

En general, la cirugía se reserva para los pacientes que no han respondido a un ensayo terapéutico adecuado con fármacos antituberculosos. El tratamiento quirúrgico preferido consiste en la histerectomía abdominal total y la salpingooforectomía bilateral<sup>3,10,12</sup>. Nosotros opinamos que el tratamiento quirúrgico debe ser seleccionado de acuerdo a unos criterios que tengan en cuenta la edad de la paciente, los deseos gestacionales y los hallazgos intraoperatorios, evitando en principio una cirugía más radical. En nuestro caso, al aplicar estos criterios, optamos por una cirugía conservadora (ooforectomía derecha). El control ecográfico practicado a los 3 meses evidencia útero y ovario izquierdo compatibles con la normalidad.

En cuanto a las repercusiones gestacionales, y dado que es una paciente joven, se le informa que sólo el 5% de las pacientes con TBC pélvica logra desarrollar un embarazo, y sólo en un 2% de las pacientes el embarazo llegará a término<sup>13</sup>.

Haciendo un análisis retrospectivo del caso clínico presentado, podemos comprobar cómo se refleja en la práctica las características y peculiaridades de la TBC pélvica. Esto ratifica que la TBC genital, al ser una enfermedad poco frecuente y de sintomatología variada, hace que sea importante para el diagnóstico un alto grado de sospecha e investigación eficiente.

### BIBLIOGRAFÍA

1. La tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis (PMIT). Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 1999.
2. La tuberculosis en Asturias. Aspectos epidemiológicos 1989-92. Dirección Regional de Salud Pública, 1993.
3. Te Linde T. Thompson/Rock. Ginecología quirúrgica. Panamericana, 1993.
4. Vanrell JA, Calaf J, Balasch J, Viscasillas P. Fertilidad y esterilidad humanas. Masson-Salvat Medicina, 1992.
5. Agarwal J, Gupta JK. Female genital tuberculosis—a retrospective clinico-pathologic study of 501 cases. *Indian J Pathol Microbiol* 1993;36:389-97.
6. Fernández-Cid A, López Marín L. Citopatología Ginecológica y Mamaria. Masson-Salvat Medicina, 1993.
7. Saracoglu OF, Mungan T, Tanzer F. Pelvic tuberculosis. *Int J Gynaecol Obstet* 1992;37:115-20.
8. Kochorova MN, Semenovskii AV, Oleinik AN, Popova SS. Clinical aspects of genital tuberculosis in young women. *Probl Tuberk* 1995;42-3.
9. Yapar EG, Ekici E, Karasahin E, Gokmen O. Sonographic features of tuberculosis peritonitis with female genital tract tuberculosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995;6:121-5.
10. Klein TA, Richmond JA, Mishel DR Jr. Pelvic tuberculosis. *Obstet Gynecol* 1976;48:89.
11. 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.
12. Sutherland AM. Surgical treatment of tuberculosis of the female genital tract. *Br J Obstet Gynaecol* 1980;87:610.
13. Schaefer G. Female genital tuberculosis. *Clin Obstet Gynecol* 1976;19:223.