

Tuberculosis pélvica y antecedente de embarazo

Reporte de caso

Sara Elia Hernández Flores^a, María Elisa Vega Memije^b,
Danniela Niebla Cárdenas^c, Jorge Román Audifred Salomón^d,
Elio Germán Recinos Carrera^e, Roberto Carlos Ojendiz Nava^a



Foto: Archivo

Resumen

A lo largo del tiempo, la tuberculosis ha sido un problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud reporta anualmente alrededor de 8 millones de casos nuevos y 3 millones de muertes. En México se estima que anualmente prevalecen cerca de 64,000 casos de esta enfermedad que puede afectar diferentes órganos con presentaciones clínicas que simulan otras patologías. Se presenta el caso de una paciente de 22 años de edad con antecedente de embarazo normoevolutivo y parto vaginal 4 meses antes sin complicaciones, que inició su cuadro clínico en el puerperio con presencia de tos en accesos que remitió un mes posterior acompañado de síndrome de desgaste, pérdida de peso, dolor abdominal difuso, diarrea y fiebre. Recibió

múltiples tratamientos sin mejoría, ingresó a nuestro hospital con cuadro de síndrome abdominal agudo y se le realizó laparotomía exploradora con hallazgos de abdomen congelado, engrosamiento de peritoneo parietal, adherencias fijas, colecciones en hueco pélvico, con material purulento caseoso, blanquecino, poco fétido, tejido friable, presencia de granulomas en asas de intestino; se realizó histerectomía subtotal abdominal con ooforectomía bilateral, la evolución posquirúrgica fue lenta hacia la mejoría tras corroborar por reporte histopatológico y cultivo el diagnóstico de tuberculosis pélvica e iniciar tratamiento específico.

Palabras clave: *Tuberculosis pélvica, embarazo, síndrome abdominal agudo.*

Abstract

Pelvic tuberculosis and pregnancy antecedent

Tuberculosis has been over time a public health problem. The World Health Organization reports annually about 8 million new cases and 3 million deaths. In Mexico, an estimation of around 64,000 prevalent cases of this disease are reported annually. Tuberculosis can affect different organs with clinical presentations that mimic other diseases. A patient presents a history of normal pregnancy and vaginal delivery without complications for 4 months. The clinical picture begins in the postpartum period with the presence of cough accesses

^aMédico adscrito de Ginecología y Obstetricia. Hospital General Gea González. Ciudad de México

^bSubdirectora de Investigación Biomédica. Hospital General Dr. Manuel Gea González. Ciudad de México.

^cJefa de Urgencias del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Ciudad de México.

^dJefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Ciudad de México.

^eMédico Adscrito de Anatomía Patológica del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Ciudad de México.

Correspondencia. Dra. Sara Elia Hernández Flores.

Correo electrónico: saelyh@yahoo.com

Recibido: 25-agosto-2016. Aceptado: 19-octubre-2016.

registered a month later accompanied by fatigue, weight loss, diffuse abdominal pain, diarrhea and fever syndrome. She received multiple treatments without improvement. She was admissioned to our hospital and an acute abdomen laparotomy was performed with findings of abdominal frozen thickened parietal peritoneum, fixed adhesions, collections of pelvic cavity with whitish, slightly fetid pus, friable tissue, presence of granulomas in bowel loop. A subtotal abdominal hysterectomy with bilateral oophorectomy was performed. The postoperative evolution showed a slow improvement after the report and was corroborated by a histopathological diagnosis of pelvic tuberculosis culture and the initiation of a specific treatment.

Key words: Pelvic tuberculosis, pregnancy, acute abdominal syndrome.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad frecuente en países subdesarrollados, y en especial en sus áreas más densamente pobladas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo alguien se infecta nuevamente con tuberculosis cada segundo y aproximadamente cada año el 1% de la población mundial se reinfeta con dicha entidad patológica. Sólo del 5 al 10% de las personas infectadas desarrollan la enfermedad activa. Exis-

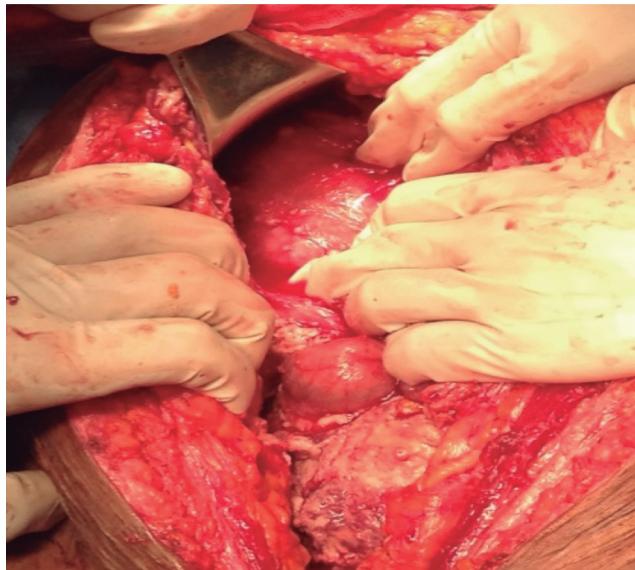


Figura 2. Durante el evento quirúrgico se apreciaron sobre el peritoneo y asas intestinales elevaciones de tejido que tenían aspecto de "granos de mijo".

Foto: Autores

ten 2 tipos de tuberculosis: primaria y secundaria. Ocurre fundamentalmente en adultos como una reinfección, particularmente cuando el estado de salud decae¹.

Según los antecedentes epidemiológicos de la tuberculosis se han reconocido grupos de población en riesgo que, por sus características, han presentado desde siempre tasas de morbilidad más elevadas que las reportadas en otros grupos; entre ellos se ubican los adultos jóvenes mayores de 20 años. El rápido crecimiento de la población mexicana ha sido gradual a expensas del grupo de la población joven. Tan solo el grupo etario de 15 a 59 años corresponde al 60% de la población; otros grupos son el indígena y el migrante. La incidencia de otras formas de tuberculosis (no pulmonar, ni meníngea) por grupo etario y sexo presenta una tendencia más homogénea, ya que se registró una media nacional de 2.8 casos por cada 100 mil habitantes².

Es un padecimiento poco común con menos del 1% de las infecciones pélvicas, la forma de manifestación más frecuente es la esterilidad, seguida de dolor abdominal pélvico, el sangrado uterino anormal (SUA) representa del 11-13% de los casos, la forma de presentación con la triada de amenorrea, leucorrea y masa anexial ha disminuido y se ha ma-

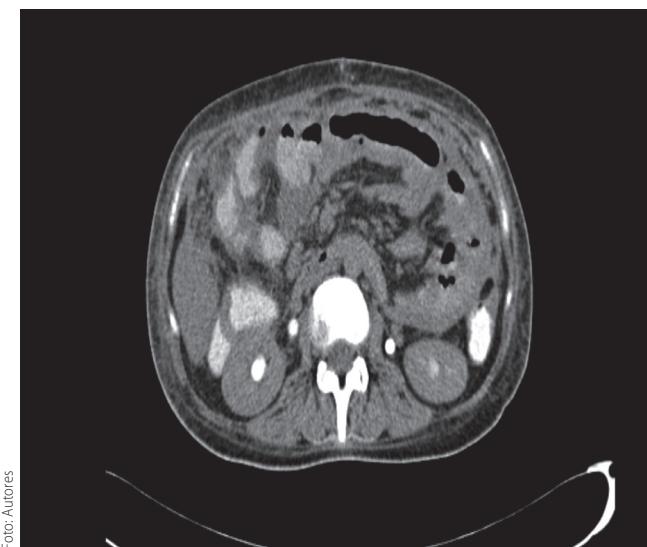


Figura 1. Tomografía axial computarizada abdominopélvica con múltiples colecciones en el hueco pélvico.

Foto: Autores

nifestado con SUA como manifestación inicial. Las estructuras usualmente afectadas son el endometrio, las salpinges, los ovarios y el peritoneo^{3,4}.

El estudio histológico puede revelar distintos tipos de lesiones. En algunas series se ha encontrado afectación endometrial en más del 70% de los casos. Las sinequias, generalmente consideradas como una forma antigua y cicatricial pueden corresponder a una tuberculosis activa⁵. Las trompas solo se encuentran alteradas en el 30% de los casos. En el peritoneo la asiduidad de su afectación contrasta con la dificultad de encontrar las lesiones, por lo general enmascaradas por las adherencias. Con menos frecuencia, las lesiones se asientan en el ovario con imágenes que pueden parecerse a un carcinoma de ovario avanzado, miometrio, cervix, vagina y vulva⁶.

El estudio histopatológico de las lesiones en estas localizaciones proporciona el diagnóstico sin mayor dificultad. Así como la demostración, habitualmente mediante cultivo, de la presencia del *Mycobacterium*. Su negatividad no excluye el diagnóstico. Si la anamnesis, la clínica, el curso, la radiología y la laparotomía apuntan hacia el diagnóstico de tuberculosis, debe insistirse, tantas veces como sea necesario en el cultivo⁷.

Debido a que se trata de una patología extremadamente rara, se hace extraordinaria la presentación de tuberculosis y embarazo con síntomas de un síndrome abdominal en el puerperio. Es de llamar la atención ya que se trata de una infección pélvica tan grave que su manifestación más frecuente es la esterilidad. El objetivo del presente trabajo es dar a conocer el caso clínico y la relación poco usual de esta entidad.

CASO CLÍNICO

Mujer de 22 años con antecedentes de hermana finada por problemas respiratorios 2 años previos y desconoce la etiología. Alcoholismo y toxicomanía a sustancias inhalantes. Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 12 años; ritmo, 30 x 7; dismenorreica no incapacitante; inicio de vida sexual activa (IVSA) a los 15 años; parejas sexuales, 3; método de planificación familiar (MPF), preservativo; Gestas, 3; partos, 3; último parto, 4 meses pre-

Existen 2 tipos de tuberculosis: primaria y secundaria. Ocurre fundamentalmente en adultos como una reinfeción, particularmente cuando el estado de salud decae. Debido a que se trata de una patología extremadamente rara, se hace extraordinaria la presentación de tuberculosis y embarazo con síntomas de un síndrome abdominal en el puerperio. Es de llamar la atención ya que se trata de una infección pélvica tan grave que su manifestación más frecuente es la esterilidad.

vios; lactancia durante un mes; Fecha de la última menstruación (FUM), la desconoce; dispareunia, sinusorragia y enfermedades de transmisión sexual negadas; citología vaginal hace 2 meses negativa a malignidad.

Inicia su padecimiento hace 4 meses durante su puerperio con tos productiva en accesos, astenia, adinamia, seguida de pérdida de 40 kg aproximadamente, diarrea alternada con episodios de estreñimiento, tos productiva persistente con esputo blanquecino que remite espontáneamente, recibió múltiples tratamientos sin mostrar mejoría, acude a nuestro hospital por cuadro clínico de síndrome abdominal agudo, con fiebre vespertina de una semana de evolución, náuseas, vómito e intolerancia a los alimentos.

Exploración física: tensión arterial (TA) de 90/60 mmHg, frecuencia cardiaca (FC) de 80 lpm, frecuencia respiratoria (FR) de 22 rpm, temperatura de 36.2 °C.

Paciente caquética, pálida, deshidratada, neurológicamente integra, tórax simétrico, mamas sin alteraciones, sin datos de síndrome pleuropulmonar, abdomen con peristalsis disminuida, hiperestesia e hiperbaralgesia; se palpa tumoración abdominopélvica indurada, fija; genitales de acuerdo con su edad y sexo. Al tacto vaginal con cervix posterior, cerrado, formado, regular, poco móvil, con dolor a la movilización, útero y anexos no delimitados, por tumoración fija que ocupa hueco pélvico, no

Foto: Autores

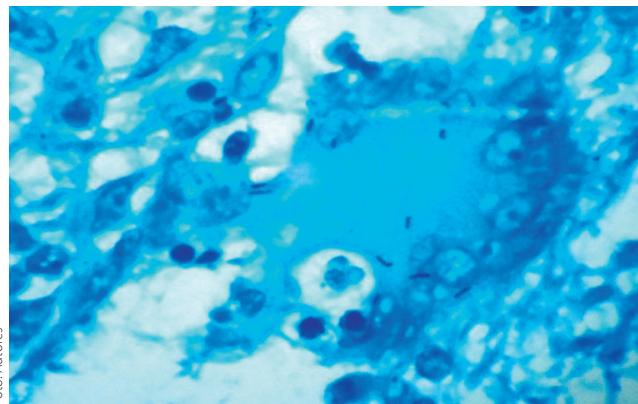


Figura 3. Estudio histopatológico donde se observa una célula gigante tipo Langhans. Tinción de Ziehl Neelsen (100x) en la que se aprecia el bacilo ácido alcohol resistente (BAAR).

Foto: Autores

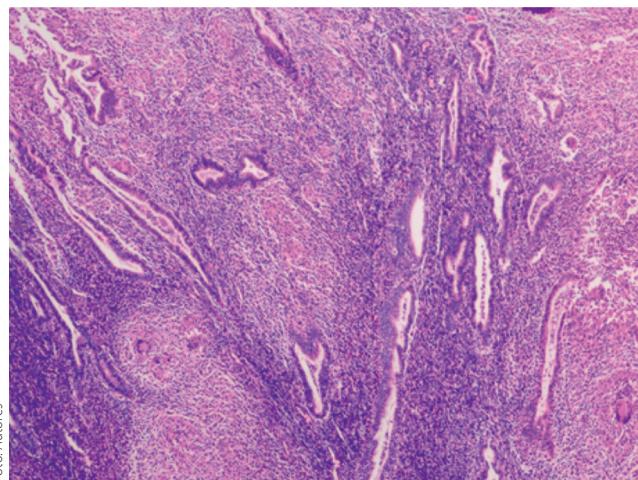


Figura 4. Fotomicrografía panorámica del endometrio a bajos aumentos en la que se muestran 2 granulomas con células gigantes de tipo Langhans 4x (hematoxilina y eosina).

hay sangrado vaginal, leucorrea escasa no fétida, tacto rectal paramétrios sin alteraciones. Miembros inferiores sin alteraciones.

Exámenes de laboratorio y gabinete: leucocitos, 10.6; Hb, 9.3; plaquetas, 385 mil; glucosa, 102; creatinina, 0.82; BUN, 5.9; Urea, 13; BT, 0.92; BD, 0.50; BI, 0.42; ALT, 17; AST, 51; amilasa, 20; lipasa, 14; Antígeno CA-125 200.7; Ca 19-9 1.10; DHL 280; EGO: densidad de 1.019, nitritos positivo, escasos leucocitos, urocultivo con *E. coli*.

Los estudios de imagen reportaron: radiografía de tórax sin alteraciones; TAC Abdominopélvica con múltiples colecciones en hueco pélvico (**figura 1**).

En la laparotomía exploradora, los hallazgos transquirúrgicos fueron: abdomen congelado con engrosamiento de peritoneo parietal de 1.5 cm aprox.; adherencias fijas: asa-asa-epiplón-útero-anexos-vejiga, 4 colecciones en hueco pélvico, con material purulento, caseoso, blanquecino, poco fétido, tejido friable, ambas salpinges y ovarios sepultados y necróticos. Presencia de granulomas en epiplón y asas intestinales (**figura 2**). Se realizó drenaje de abscesos e histerectomía subtotal con salpingooforectomía bilateral, ingresó a terapia intensiva con necesidad de apoyo aminérgico, hemotransfusión, triple esquema de antibióticos, cuidados posquirúrgicos y ayuno por 72 h. Mediante cultivo se corroboró el diagnóstico de tuberculosis pélvica y se inició terapia antituberculosa con respuesta favorable. La evolución lenta hacia la mejoría, egresó después de 20 días de hospitalización con posterior manejo por consulta externa.

El reporte histopatológico (**figuras 3, 4 y 5**) reportó endomiometritis, salpinges, peritoneo, ovarios y epiplón con lesiones granulomatosas caseificantes con células epiteloides y células gigantes multinucleadas tipo Langhans sugerente de tuberculosis con peritonitis fibrinopurulenta. Tinción de Ziehl Neelsen positiva (**figura 6**).

DISCUSIÓN

La tuberculosis a menudo es silente, sin embargo se puede presentar dolor abdominal difuso con irradiación lumbar, sangrado uterino anormal de tipo hipermenorrea, infertilidad, colporrea ocasional con afectación leve del estado general con febrícula persistente, signos de enfermedad pélvica inflamatoria habitualmente sin dolor. También se puede observar una tumoración anexial con ascitis y elevación del CA125 sérico. Recalcando que los síntomas y signos más frecuentes son las molestias abdominales, las alteraciones menstruales y la infertilidad, se expone el caso de la paciente con antecedente de embarazo normoevolutivo que debuta con síntomas de síndrome abdominal agudo con hallazgos de pelvis congelada y antecedente de embarazo. Solo el 50% de los casos se diagnostica sin cirugía^{4,8,9}. Hipócrates creía que el embarazo tenía un efecto benéfico sobre la tuberculosis, noción que se sostuvo hasta mediados del siglo XIX, en

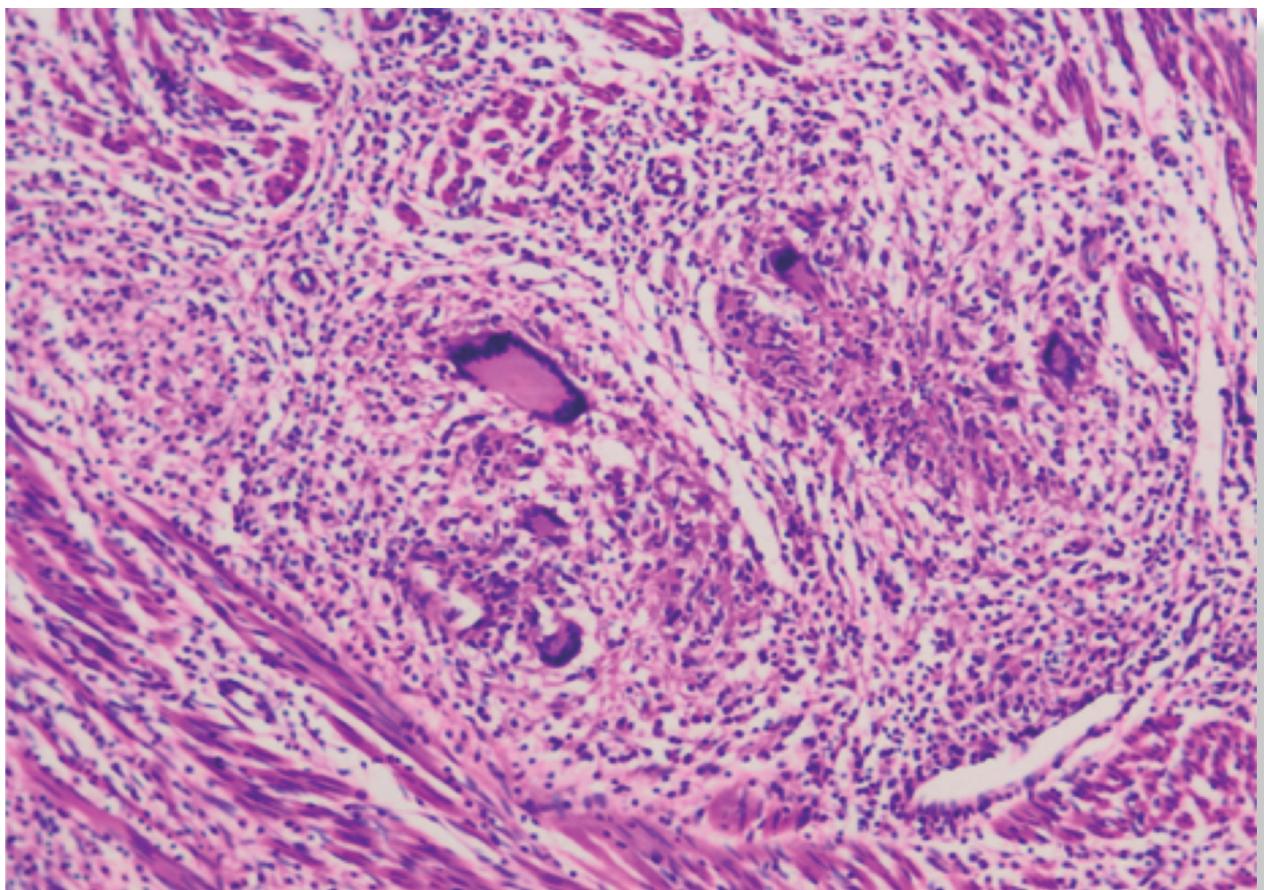


Figura 5. A 10x se observan 2 granulomas con células epitelioides y células gigantes de tipo Langhans entre las fibras de músculo liso del miometrio (hematoxilina y eosina).

Foto: Autores

que Grissole mostró que la tuberculosis empeoraba durante el curso del embarazo, lo que fue sostenido posteriormente. Carter y Mates¹⁵ aseveran que en la época preantibiótica era aceptado que el embarazo perjudicaba la evolución de la tuberculosis, hecho que desde la adquisición de la terapéutica antituberculosa específica no se observa.

Los síntomas de la tuberculosis en la mujer embarazada suelen ser inespecíficos, como el letargo, trastornos intestinales o fallas para el aumento de peso corporal, que pueden ser confundidos con síntomas propios del embarazo. Si la tuberculosis es extrapulmonar los síntomas pueden ser poco orientadores. Otra razón que dificulta el diagnóstico es la reticencia a efectuar estudios radiológicos en la mujer embarazada. Margono y cols.¹⁴ señalan la incidencia de tuberculosis en los Estados Unidos de

Norte América en mujeres embarazadas de más de 20 años de edad a las que se les asocia la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (casi un 40% de las pacientes), lo que dificulta e interfiere los resultados de los estudios, especialmente los resultados de las pruebas tuberculínicas¹⁰⁻¹². El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) destaca esa alta incidencia, principalmente en áreas de alta prevalencia de ambas enfermedades (tuberculosis y sida).

El tratamiento antituberculoso es bien conocido, ha sido estudiado exhaustivamente, y sigue siendo altamente efectivo, aunque está en aumento la resistencia a esta terapia, por lo que se requiere un monitoreo riguroso de los pacientes. El régimen terapéutico en el tratamiento de la tuberculosis debe ser como mínimo de 6 meses, sin interrupción^{1,13}.

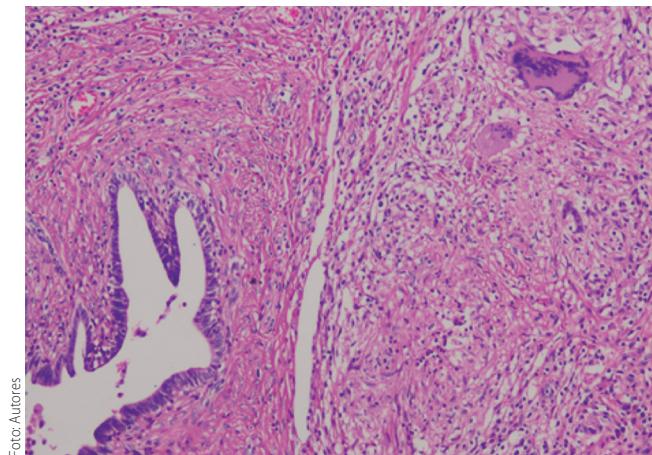


Foto: Autores

Figura 6. Fotomicrografía a 10x de granulomas con células epitelioideas en la capa muscular de la salpinge (hematoxilina y eosina).

La tuberculosis es un importante problema de salud pública y representa un reto diagnóstico para el médico, debido al cuadro clínico tan variable que puede ocasionar de acuerdo con su localización, y signos y síntomas compatibles con otras enfermedades que fácilmente pueden confundir al clínico y orientarlo hacia otras patologías. Más dirigido a la paciente ginecológica, la infertilidad es una de las manifestaciones más frecuentes en pacientes con tuberculosis. El tratamiento es el mismo, sin importar la localización o forma de presentación.

CONCLUSIÓN

La tuberculosis continúa siendo un importante problema de salud pública y representa un reto diagnóstico para el médico, debido al cuadro clínico tan variable que puede ocasionar de acuerdo con su localización, y signos y síntomas compatibles con otras enfermedades que fácilmente pueden confundir al clínico y orientarlo hacia otras patologías. Más dirigido a la paciente ginecológica, la infertilidad es una de las manifestaciones más frecuentes en pacientes con tuberculosis, alteración que no ocurrió en este caso, lo que lo hace más interesante aún. Finalmente, el tratamiento es el mismo, sin importar la localización o forma de presentación, con opciones terapéuticas en caso de resistencias. La evolución con diagnósticos certeros es generalmente hacia la mejoría. ●

REFERENCIAS

1. Rodríguez R, Vega R. Tuberculosis un problema de salud en expansión. Reporte técnico de vigilancia de tuberculosis. 2000;7(2).
2. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Perfil epidemiológico en México. Julio 2012.
3. Roya R, Screenivasagari R, Cheruve N. Evaluation of women with infertility and genital tuberculosis. *J Obstet Gynecology of India.* 2006;56(5):423-6.
4. Padilla A, Padron M, Reyes M. Tuberculosis genital como causa de metrorragia posmenopáusica. *Prog Obstet Gynecol.* 2003;46:267-9.
5. Manboobeh S, Fateneh S. Tuberculosis endometritis pre-
- senting as a leiomyoma. *International Journal of fertility and sterility.* 2014;8:481-4.
6. García G, García A, Goez E, Saldarriaga C. Tuberculosis peritoneal en una paciente con ascitis y masa anexial. Reporte de un caso. *Revista colombiana de obstetricia y Ginecología.* 2006;57:62-5.
7. Navamar B, Jhromi ME, Parsanezhad R, Ghone-Shirazi R. Female genital Tuberculosis and fertility. *Int J Gynecol Obstet.* 2001;75:269-2.
8. Roya R, Screenivasagari R. Evaluation of women with infertility and genital tuberculosis. *J obstet Gynecol India.* 2006;56:423-6.
9. Rijiv J, Ravi D. Diagnosis of abdominal tuberculosis in chronic abdominal pain. Laparoscopy as an effective diagnostic tool. *Journal of evolution of medical and dental sciences.* 2013;12:2556-62.
10. Olabisi M, Ibrahem A. Tuberculosis in pregnancy a review. *Journal of pregnancy volume 2012.* Article ID. 379271. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/379271>
11. Ilmer M, Bergaver F. Genital tuberculosis as the cause of tuboovarian abscess in an immunosuppressed patient. *Infectious diseases in obstetrics and Gynecology Volume 2009.* Article ID 745040. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2009/745060>
12. John R, Crochet MD, Hawkins KC, Holland DP, Copland SD. Diagnosis of pelvic tuberculosis in a patient with tubal infertility. *Fertility and Sterility.* 2011; 95:289e17-289.e20.
13. Faccini M, Alvaro A. The molecular diagnostic of pelvic tuberculosis:a case report. *Revista de Salud Pública.* 2012;14:350-5.
14. Margono F, Mroueh J, Garely A, White D, Duerr A, Minkoff H. Resurgence of active tuberculosis among pregnant women. *Obstet Gynecol.* 1994;83:911-4.
15. Carter EJ and Mates S. Tuberculosis during pregnancy. The Rohde Island experience, 1987 to 1991. *Chest.* 1994; 106:1466-70.