

CASOS CLÍNICOS

## **Aborto tardío por endometritis tuberculosa**

### *Late miscarriage due to tuberculous endometritis*

Iglesias Bravo E M<sup>a</sup>, Núñez Muñoz L, Borrero González C, Sainz Bueno J. A, Caballero Fernández V, Garrido Teruel R.

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.

#### **Resumen**

*En la actualidad, parece que al hablar de infección tuberculosa nos referimos exclusivamente a países en vías de desarrollo o a un colectivo de pacientes inmunodeprimidos. Debido al aumento progresivo de inmigrantes que llegan a España cada día, no se debe olvidar que pueden ser portadores sanos o enfermos de infecciones endémicas en su país de origen. Presentamos el caso de una paciente de origen marroquí, con gestación gemelar obtenida mediante T.R.A. (Técnicas de Reproducción Asistida) que acude por expulsión de ambos fetos a la 20 semana de gestación, resultando la causa del aborto una tuberculosis endometrial.*

**Palabras clave:** Tuberculosis endometrial. Fecundación in-vitro. Aborto tardío.

#### **Summary**

*Nowadays, it seems that when we talk about tuberculous disease, we refer to undeveloped countries or immunosuppressed patients. Due to the amount of immigrants that daily arrive to Spain, it must not be forgotten that they may carry endemic diseases from their country of origin. We present the case of a patient from Morocco, twin-pregnant after in-vitro fecundation, that delivers both fetuses at the 20th gestation week, due to an endometrial tuberculosis.*

**Key words:** Endometrial tuberculosis. In-vitro fecundation. Late miscarriage.

---

**Correspondencia:** Dra. Eva M<sup>a</sup> Iglesias Bravo  
Av. Kansas City 44, 4º D  
41007, Sevilla  
e-mail: iglesiasbravo@yahoo.es

## INTRODUCCIÓN

Las mejoras económicas, sociales y sanitarias producidas en España a finales del siglo XX lograron una drástica reducción de la infección tuberculosa, endémica hasta entonces en nuestro país. Sin embargo, algunos grupos sociales como pacientes portadores de VIH y determinados colectivos de inmigrantes, con gran incidencia de esta enfermedad, han roto esta tendencia. Tanto es así, que la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) estima que en el año 2004, la prevalencia de la TBC en España es de más de 10000 casos, y que hasta un 40 % de los mismos son inmigrantes.

Cada día son más los inmigrantes de origen marroquí, integrados en nuestra sociedad, candidatos a Técnicas de Reproducción Asistida por diversos problemas relacionados con la fertilidad, como tantos otros individuos. Se contempla la necesidad de descartar tuberculosis de origen genital en este colectivo, durante el estudio de fertilidad, teniendo en cuenta que se trata de una infección bastante insidiosa que puede manifestarse sólo por alteraciones menstruales, infertilidad o abortos.

Presentamos el caso de una paciente de origen marroquí, en la que se demostró tuberculosis endometrial como causa de un aborto gemelar tardío, tratándose además, de una gestación obtenida mediante F.I.V. (fecundación in vitro)

## CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años, de origen marroquí pero afinada en España durante 8-10 años, que ingresa de urgencia con sintomatología compatible con amenaza de aborto. Aporta informes de gestación gemelar de 20 semanas obtenida mediante técnicas de fecundación in vitro.

Como antecedentes consta un parto y un amplio estudio de esterilidad realizado en diferentes centros hospitalarios. Comenzó su estudio 5 años atrás, siendo diagnosticada de obstrucción tubárica bilateral mediante histerosalpingografía, informada como "Trompas estiradas y visibles únicamente en su primera parte. Intenso dolor a la presión del contraste". Posteriormente inicia su estudio en nuestro centro, donde se diagnostica a su pareja de azoospermia posiblemente secundaria a epididimitis bilateral de larga evolución. Por ello, se aconseja recurrir a Técnicas de Reproducción Asistida (ICSI), informando a la pareja en este sentido y facilitándoles informe para acudir a otro centro donde se dispone de esta técnica.

Tras conseguir gestación y confirmar gemelaridad es remitida a nuestra consulta de Alto Riesgo para seguimiento, siendo la evolución normal hasta la semana 20ª en que ingresa .

Durante su estancia en el Hospital sufre una hemorragia genital masiva; se diagnostica de aborto tardío y es sometida a un legrado tras la expulsión espontánea de ambos fetos y placentas. Al mismo tiempo inicia fiebre persistente, apareciendo posteriormente neumonía bilateral con signos de insuficiencia respiratoria grave, por lo que ingresa en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) donde precisó ventilación mecánica y transfusión sanguínea. Se aísla *E. coli* en cultivo de los restos placentarios, por lo que se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro. El TAC de tórax demostró un infiltrado alveolar difuso bilateral; se realizó fibrobroncoscopia que resultó normal, con cultivos negativos para bacterias, incluida TBC y aspergillus. Los hemocultivos también fueron negativos.

Una vez estable, pasa a la Unidad de Infecciosos donde permanece con febrícula y mejoría del cuadro respiratorio siendo finalmente dada de alta un mes después de su ingreso, con el diagnóstico de neumonía bilateral de etiología no filiada en el contexto de cuadro séptico por endometritis.

El estudio histopatológico de placentas y decidua informa de placentas con inflamación granulomatosa necrotizante intervellositaria y supracorial de posible etiología fímica, y restos deciduocoriales y endometritis granulomatosa necrotizante sugestivo de tuberculosis endometrial.

La paciente reingresa dos semanas tras el alta por una meningitis de origen tuberculoso, recibiendo tratamiento y evolucionando favorablemente. Actualmente se encuentra asintomática, en seguimiento en las consultas de la Unidad de Infecciosos.

## DISCUSIÓN

La tuberculosis genitourinaria es la segunda localización más frecuente de la infección después de la pulmonar. Generalmente se produce afectación renal durante la primoinfección, y desde ahí, la bacteria emigra hacia los órganos genitales, vía hematogena, linfática o desde estructuras adyacentes, de forma que hasta un 10-15 % de mujeres con TBC pulmonar presentan también afectación genital. La enfermedad renal puede pasar desapercibida durante un periodo de más de 20 años, y la genital, puede cursar con infertilidad, irregularidad menstrual y dolor. En estas mujeres, el embarazo es raro, siendo frecuentes el aborto

espontáneo y el embarazo ectópico. Por tanto, la enfermedad se manifiesta de forma subclínica e inespecífica, por lo que el diagnóstico es difícil. La confirmación definitiva se obtiene mediante la biopsia endometrial, que puede no ser fácil de obtener debido a obliteración de la cavidad uterina por sinequias. En la histerosalpingografía puede observarse una obstrucción tubárica y signos característicos (tabla 1) (1-3). En estadios finales las trompas se vuelven rígidas y pierden todo peristaltismo debido a la fibrosis. También puede producirse una peritonitis, aunque no con demasiada frecuencia.

**Tabla 1**  
*Patrones HSG*

<b>Imágenes uterinas</b>	Cavidad pequeña y retraída Sinequias Bordes "dentellados" de cavidad Inyección vascular de útero
<b>Imágenes tubáricas</b>	Obstrucción bilateral "Hilo de alambre" (porción ístmica) "Palo de golf" o "maza" (porción ampular) Trompa arrosariada o "en collar de perlas" Hidrosálpinx Imagen en "nido de abeja" Calcificaciones en trompas, ovarios o ganglios pélvicos

En los años 50 en nuestro país, la TBC era responsable de un 16 % de casos de esterilidad (4), disminuyendo hasta un 6,17 % en los 70 (5) y hasta un 2 % en la actualidad. Esta incidencia es mucho más alta en países donde la infección tuberculosa es endémica, como es el caso de la India, donde es una de las principales causas de esterilidad de origen tubárico (6) y aborto espontáneo (7). Existe un estudio publicado (8) en el que investigan la afectación de los distintos órganos. Así, parece que afecta a las trompas en el 95-100 % de casos, al endometrio en un 50-60 % y a los ovarios en un 20-30 %.

Al no ser una etiología habitual de esterilidad en nuestro medio, no se piensa en ella de forma rutinaria, aunque según algunos autores, se debería realizar screening a las pacientes que consultan por esterilidad en zonas donde la prevalencia es alta (9-11), o pertenecientes a determinados colectivos de riesgo (tabla 2). Para su diagnóstico, en primer lugar se realiza una toma endometrial en la que se debe observar

**Tabla 2**  
*Grupos de riesgo*

Antecedentes fímicos
Pacientes con VIH
Convivientes con personas afectas
Inmigrantes de países endémicos
Población con bajos ingresos y asistencia médica deficiente
Alcohólicos y consumidores de drogas
Residentes en instituciones de asistencia prolongada
Profesionales de la salud que trabajan en centros de asistencia de alto riesgo

la presencia de granulomas. El diagnóstico es definitivo si el cultivo de este material es positivo para el *M. tuberculosis* (12), con el inconveniente de que tarda alrededor de 6 semanas en crecer en medio de Lowenstein-Jensen.

Con respecto a la gestación, parece ser que la única posibilidad para estas pacientes es la fecundación *in vitro*, con buenos resultados dependiendo del grado de afectación endometrial de las pacientes en un estudio (13). Así, si el endometrio es atrófico y no responde a estrógenos exógenos o en caso de endometrio destruido, el índice de embarazo es nulo. Por otro lado, existe otro estudio realizado en una clínica de fertilidad en Turquía (14) en el que se concluye que estas pacientes tienen de entrada unos niveles basales de FSH más elevados, necesitan más gonadotropinas para la estimulación, alcanzan un valor de E2 más bajo, y el número de ovocitos y embriones obtenidos es menor, por lo que la tasa de gestación al final también es menor y la tasa de abortos mayor.

Una vez que se diagnostica, la conducta a seguir es tratamiento antibiótico, con Rifampicina (600 mg) e Isoniacida (300 mg) diarios durante nueve meses. Tras este tratamiento, la biopsia endometrial se negativiza y la posibilidad de gestación aumenta (15). Además, estos fármacos pueden utilizarse durante la gestación, y así existen casos publicados en los que la gestación evolucionó con normalidad sin encontrarse granulomas en la placenta tras el parto (16). En la actualidad, debido a la mayor incidencia de la infección en grupos como los portadores de VIH, y el desarrollo de resistencias, la recomendación de los CDC es el uso de un régimen con cuatro fármacos, entre los que suelen estar presentes la rifampicina y la isoniacida por su alto poder bactericida y su baja toxicidad (17)

Por tanto, en pacientes con infertilidad, oligomenorrea, historia familiar de tuberculosis, tuberculosis previa o procedencia de zona endémica, se debe sospechar la presencia de la infección, realizar una toma

endometrial y enviar material para cultivo. En el caso de nuestra paciente, diagnosticada de una esterilidad de origen tubárico descubrimos la causa tras el aborto por no sospecharla previamente. En la actualidad, permanece en seguimiento en las consultas de Infeccioso del Hospital, realizando tratamiento específico para la infección tuberculosa.

### BIBLIOGRAFÍA

1. **Figueroa-Damián R, Martínez I, Villagrana R, Arredondo-García JL.**: Tuberculosis of the female reproductive tract. Effect on function. *Int J Fertil* 1996; 41: 430-6
2. **Cabero L.**: Tratado de Ginecología y Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Editorial Panamericana 2003; Pg 1203
3. **Berek JS.**: Ginecología de Novak. (12ª Ed). Editorial Interamericana 1996; Pg 187
4. **Botella Llusía J y cols.**: Curso de esterilidad conyugal. Acta Ginecol. Madrid 1951
5. **Vanrell JA, Márquez M, Riva C.**: Dificultad diagnóstica de la tuberculosis genital en la consulta de esterilidad. Proceeding of the IV European Sterility Congress. Madrid 1975
6. **Parikh FR, Nadkarni SG, Kamat SA, Naik N, Soonawala SB, Parick RM.**: Genital tuberculosis-a major pelvic factor causing infertility in Indian women. *Fertil Steril* 1997 Mar; 67(3): 497-500
7. **Chakravorty BN, Gun KM.**: Infertility and amenorrhea following abortions. *J Obstet Gynaecol India* 1976; 26 (4): 520-4
8. **Chowdhury NN.**: Overview of tuberculosis of the female genital tract. *J Indian Med Assoc* 1996; 94 (9): 345-6, 361
9. **Oosthuizen AP, Wessels PH, Hefer JN.**: Tuberculosis of the female genital tract in patients attending an infertility clinic. *S Afr Med J* 1990 Jun 2; 77 (11): 562-4
10. **Gini PC, Ikerionwu SE.**: Incidental Tuberculous endometritis in premenstrual curettings from infertile women in eastern Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet* 1990; 31 (2): 141-4
11. **Padubidri V, Baijal L, Prakash P, Chandra K.**: The detection of endometrial tuberculosis in cases of infertility by uterine aspiration cytology. *Acta Cytol* 1980; 24 (3): 319-24
12. **Namavar Jahromi B, Parsanezhad ME, Ghane-Shirazi R.**: Female genital tuberculosis and infertility. *Int J Gynaecol Obstet* 2001 Dec; 75 (3): 269-72
13. **Marcus SF, Rizk B, Fountain S, Brinsden P.**: Tuberculous infertility and in vitro fertilization. *Am J Obstet Gynecol* 1994 Dec; 171 (6): 1593-6
14. **Gurgan T, Urman B, Yarali H.**: Results of in vitro fertilization and embryo transfer in women with infertility due to genital tuberculosis. *Fertil Steril* 1996 Feb; 65 (2): 367-70
15. **Jindal UN, Jindal SK, Dhall GI.**: Short course chemotherapy for endometrial tuberculosis in infertile women. *Int J Gynaecol Obstet* 1990 May; 32 (1): 75-76
16. **Yip SK, Wong SP, Fung TY, Haines CJ.**: Unassisted conception with a normal pregnancy outcome in a woman with active Mycobacterium tuberculosis infection of the endometrium. A case report. *J Reprod Med* 1999 Nov; 44 (11): 974-6
17. **Robinson C.**: Tuberculosis: Current implications and management in obstetrics. *Obstet Gynecol Surv* 1996; 37: 539-48