

TBC peritoneal: Diagnóstico laparoscópico en mujer infértil por causa tubárica

Peritoneal tuberculosis: Diagnosis by laparoscopy in woman with infertility of tubal cause

Salvador Ballada C.¹, Hernández Hernández J.¹, Manzanera Bueno G¹ Sancho Royo J.²

¹ Dpto. de Ginecología

² Dpto. de Anatomía Patológica

Hospital San Millán-San Pedro. Logroño-La Rioja. España.

Resumen

La tuberculosis genital (TBG) es secundaria a una primoinfección pulmonar, que suele ser asintomática. Últimamente asistimos a un aumento de la incidencia de la enfermedad sobretodo en mujeres de status socio-económico bajo, pacientes inmunodeprimidas por drogadicción, VIH, así como la llegada de población inmigrante de países como el Maghreb o India donde es más frecuente la enfermedad.

La afectación tubárica es constante por lo que constituye una causa de esterilidad primaria.

En este caso la obstrucción de las trompas con hidrosálpinx bilateral detectada en la histerosalpingografía nos llevó a realizar una laparoscopia diagnóstica que permitió visualizar la existencia de una tuberculosis genital.

No obstante, el cultivo bacteriológico sigue siendo el método más sensible y específico para su diagnóstico.

Palabras clave: Tuberculosis genital. Infertilidad. Métodos diagnósticos.

Summary

Genital tuberculosis (GTB) is secondary to primary tuberculosis pulmonary, usually asymptomatic. Recently we have assisted to the increase frequency in females of status socio-economics poor, immunosuppression by HIV, drug addicts, and the amount of immigrants of countries of Maghreb or Indian where is most common.

The Fallopian tubes is always affected and is cause of infertility in a young female This report inform the case with bilateral obstruction and distal dilatation detected by hysterosalpigography. The laparoscopy showed pathognomonic signs of rashes on the visceral peritoneum, milliary nodules and the Fallopian tubes were abnormal, tortuous bilaterally blocked and draining caseous contained by fimbriae.

In spite of everything the bacteriological culture is the most sensitive and specific method for the diagnosis of tuberculosis

Key words: Genital tuberculosis. Infertility. Diagnosis methods.

Correspondencia: Dra. C. Salvador Ballada

Duques de Nájera 49-3º D

26005 Logroño (La Rioja)

e-mail: csalvador@eniac.es

INTRODUCCIÓN

La prevalencia estimada de TBC genital en España es de 60-100/100.000 habitantes. Cada año se registran un 0,1-0,2% de casos sobre el total de casos de TBC, lo que supone unas 20-30 pacientes anuales. Suele acontecer en un 10% de mujeres con TBC pulmonar infectadas en la menarquía, pasando inadvertidas y siendo diagnosticadas en época genésica con un promedio de edad de 20-35 años.

La contaminación es hematógena siendo las trompas las primeras en contaminarse. Por ello la TBC tubárica es constante en el curso de una TBC genital y puede estar aislada o asociada a TBC peritoneal.

El diagnóstico de confirmación precisa el estudio anatómico-patológico y bacteriológico con aislamiento del *B. Koch* en medio de Löwenstein-Jensen (positivo en 6 semanas).

CASO CLÍNICO

Paciente de 27 años, natural de Sevilla, de profesión agrícola, que acude a la consulta por esterilidad primaria de tres años de evolución.

En sus antecedentes familiares y personales no hay datos de interés.

El estudio básico de esterilidad registra un estudio hormonal normal en 1ª y 2ª fase.

La biopsia endometrial en el día 22º ciclo detecta un desfase respecto al día del ciclo con endometrio proliferativo.

El seminograma del varón resultó también normal.

La histerosalpingografía mostraba un hidrosalpinx bilateral sin conseguir paso de contraste a peritoneo; el útero estaba en anteversión y de morfología normal (Figura 1).



Figura 1

Al realizar laparoscopia comprobamos una siembra miliar en el peritoneo visceral congestivo (Figura 2), y unas trompas arrosariadas que al perfundir azul de metileno drenaban contenido caseoso.

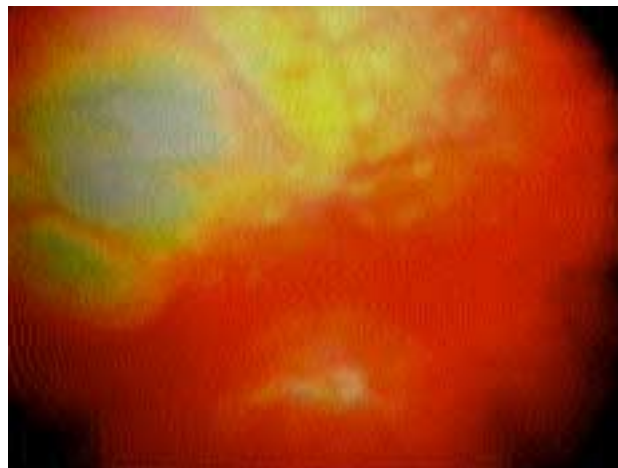


Figura 2

Se le realizó salpinguectomía bilateral ante la sospecha de TBC tubárica enviando el material para estudio histológico y bacteriológico. El primero comprobó un proceso inflamatorio granulomatoso que afectaba a los pliegues de la mucosa, con células gigantes multinucleadas, pero sin hallar bacilos ácido-alcohol-resistentes (BARR) (Figura 3). Se planteó el diagnóstico diferencial con una inflamación granulomatosa a cuerpo extraño al encontrar material fagocitado en las células gigantes multinucleadas en forma cristalóide, filamentosos y corpúsculos microcalcificados.

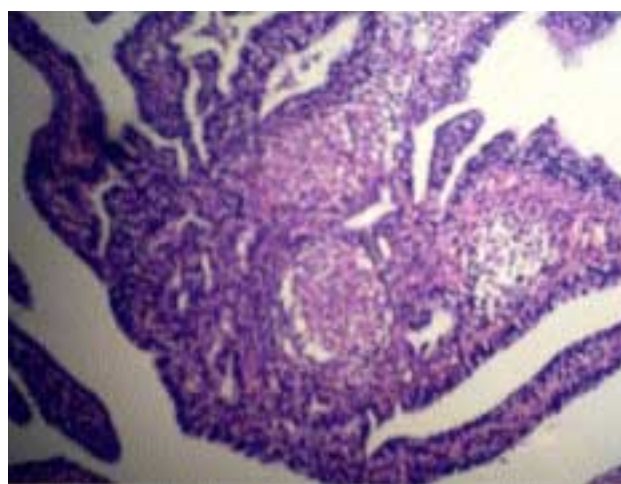


Figura 3

Fue necesario esperar al estudio bacteriológico para confirmar el diagnóstico. El estudio radiológico pulmonar fue normal (Figura 4) y se le sometió a la pauta antituberculostática con Isoniacida, Pirazinamida y Rifampicina durante 6 meses. Posteriormente pasó al programa de FIV-TE consiguiendo una gestación gemelar bicorial-biamniótica en el primer ciclo.



Figura 4

DISCUSIÓN

La tuberculosis genital femenina ha sido implicada en el 5-10% de casos de infertilidad (1). Es siempre secundaria a una primoinfección pulmonar, asintomática, acompañada de una diseminación por vía hematogena a través de los ganglios biliares y del conducto torácico a todos los órganos de la economía especialmente a aquéllos con más PO₂ donde crece más favorablemente (2).

La frecuencia de la tuberculosis ha disminuido considerablemente desde 1950 con la aparición de las drogas antituberculosas, la vacunación general obligatoria y la mejora de la calidad de vida. Sin embargo, actualmente han aparecido nuevos grupos de riesgo en nuestro medio que constituyen focos de diseminación peligrosos: drogadictos, marginales, pacientes VIH, población de bajos ingresos y asistencia médica deficiente, así como población inmigrante de zonas endémicas como India, con una incidencia del 4,2% o países del Maghreb del 2,5% (3). Es durante el período de actividad genital donde se observa la mayoría de los casos, entre los 20 y 35 años. Al ser asintomáticas, el descubrimiento se realiza cuando las mujeres se preocupan por su esterilidad. El porcentaje

de afectación de las distintas partes del tracto genital es del 100% las trompas de Falopio, 79% el endometrio, cuello vulva y vagina 0,07% y ovarios 30% (4). Por ello clínicamente se manifiesta desde irregularidades menstruales en forma de oligomenorrea o amenorrea, dolor pélvico e infertilidad. El embarazo es raro y aunque a veces puede ocurrir se presenta en forma de aborto (30%) o ectópico (entre 15-30%) debido al daño tubárico y endometrial que dificulta la implantación (3).

La histerosalpingografía revela alteraciones tanto en la cavidad uterina como en las trompas mostrando lesiones de oclusión tubárica, trompas arrosariadas, hidrosálpinx calcificaciones en los ganglios pélvicos, cavidad uterina irregular hipoplásica y con sinequias. La histeroscopia pone de manifiesto la afectación endometrial como un síndrome adherencial intracavitario o un endometrio irregular descrito en inglés como "cloudy" (5). Pacientes con endometrio intacto son candidatas a fertilización in vitro con transferencia de embriones reportando un índice de embarazos de 16,6%-40% (6). El diagnóstico concluyente requiere un cultivo positivo y para ello se realiza la biopsia endometrial en fase premenstrual que ofrece una seguridad diagnóstica del 50% (5). Las lesiones granulomatosas se encuentran localizadas con mayor frecuencia en el endometrio vecino a los orificios de las trompas de Falopio (7).

La laparoscopia permite detectar signos patognomónicos de TBC en la visualización del peritoneo visceral y trompas. Imágenes clásicas de siembra miliar peritoneal, como el caso que nos ocupa, y la presencia de trompas dilatadas y obstruidas que a la hiperpresión drenaban contenido caseoso como es característico de las salpingitis foliculares (3) orientaron el diagnóstico. A su vez permite obtener muestras para cultivo de líquido peritoneal de los cuales sólo son positivos el 7% (8) y biopsias dirigidas para estudio histológico y cultivo bacteriológico.

El estudio histopatológico evidencia tubérculos con células gigantes multinucleadas o de Langhans así como ocasionalmente la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes (BARR). Sin embargo el hallazgo de lesiones granulomatosas ocurren también en otras enfermedades como la sarcoidosis, brucelosis, tularemia y reacción a cuerpo extraño (como una partícula grasa o de talco) (3). La probabilidad de encontrar BARR depende de la concentración de bacilos por mililitro. En nuestro caso no se encontraron y dificultó el diagnóstico junto con la presencia de material extraño fagocitado en las células multinucleadas gigantes que hizo pensar en la posible reacción del contraste post-histerosalpingografía.

Ahora bien, el cultivo es el método más sensible y específico para el diagnóstico a pesar de los largos períodos de incubación. En medio de Lowenstein-Jensen el promedio de incubación es de seis semanas. Un método más rápido y moderno es la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) que es una técnica de biología molecular para la detección del Bacilo de Koch mediante amplificación del ADN por polimerización en cadena (3).

El tratamiento antituberculoso con Isoniacida, Pirazinamida y Rifampicina, durante seis meses a un año es eficaz para la curación de la tuberculosis genital en casi el 100% (2). Sin embargo las secuelas funcionales de las trompas ocasiona alteraciones irreversibles que obliga a realizar FIV en las pacientes con deseo de descendencia. El éxito de la misma dependerá a su vez de la indemnidad del endometrio para que pueda haber implantación embrionaria.

Gracias a los avances terapéuticos la tuberculosis genital tiene un pronóstico favorable en cuanto a curación de enfermedad. Sin embargo, compromete seriamente el porvenir genésico de la mujer, y debido al recrudescimiento que estamos sufriendo en los países occidentales, se debe hacer hincapié en campañas de prevención en los grupos específicos de riesgo con la detección precoz, la quimioterapia y la prevención eficaz con la vacuna BCG así como hacer controles

posteriores y revacunar a las niñas antes de la pubertad en caso de negativizarse los test tuberculínicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Chowdhury NN.:** Overview of tuberculosis of the female genital tract. *J Indian Med Assoc* 1996; 94(9): 345-6, 361.
2. **Escudero Fernández M, Herráiz Martínez MA.:** Protocolos SEGO. Tuberculosis genital femenina.
3. **Taleb Ahmed L, Bouchetara K, Bouttevikke C.:** La tuberculose génitale de la femme. *Encycl. Méd-Chir.(París-France)* 490^a-10 1989 16 p.
4. **Nogales-Ortiz F, Tarancon I, Nogales FF Jr.:** The pathology of female genital tuberculosis. A 31 years study of 1436 cases.
5. **Cancelo MJ et al.:** Tuberculosis genital complicada. *Clin. Invest. Gin Obstet.* 2001. Vol 28, núm 5, 205-208.
6. **Marcus SF, Rizk B.:** Tuberculous infertility and in vitro fertilization. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171: 1593-1596.
7. **Díaz Blanco JA et al.:** La tuberculosis genital: un reto diagnóstico. *Prog Obstet Ginecol* 2002; 45(2): 76-82.
8. **John M, Algiers-Kukkady Z.:** Genital tuberculosis and infertility. *Int J Gynecol Obstet* 1999; 64: 193-194.
9. **Wolinsky E.:** Conventional Diagnostic Methods for Tuberculosis. *Clin Infect Dis* 1994; 19: 396-401.