

13. Tuberculosis genital y fertilidad

La tuberculosis es una enfermedad que había estado prácticamente erradicada en los países desarrollados, cuyo recrudecimiento en los últimos años se debe, principalmente, al aumento de los casos de SIDA y de la población inmigrante, procedente de regiones donde la tuberculosis es endémica.

La mayoría de los casos se presentan en la edad reproductiva, sobre todo entre los 25 y 35 años^(1,2), aunque en su mayor parte la infección se remonta a la edad postpuberal.

Existe un periodo de latencia más o menos largo entre la contaminación genital y las primeras manifestaciones de la enfermedad, que suelen coincidir con la aparición de factores desencadenantes como pueden ser la menarquia, las primeras relaciones sexuales, un aborto, un embarazo o una infección genital inespecífica.

La afectación genital es rara, debido, generalmente, a que el diagnóstico suele realizarse antes de alcanzar esta localización⁽³⁾. Se estima que entre el 5% y el 13% de pacientes con tuberculosis pulmonar desarrollarán una tuberculosis genital⁽⁴⁾.

Como las formas asintomáticas de la tuberculosis genital son las más numerosas, lo más frecuente es que el diagnóstico se establezca durante un estudio por infertilidad⁽⁵⁾. No siempre es posible identificar el foco primario⁽⁶⁾.

Localización

Pueden encontrarse lesiones en distinto grado de evolución. El hallazgo de una lesión inactiva no excluye la posibilidad de actividad en otro punto.

Los órganos usualmente afectados son:

- Endometrio: su aspecto macroscópico puede ser normal. El estudio histológico puede revelar distintos tipos de lesiones. En algunas series⁽⁷⁾ 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 activa⁽⁸⁾
- Trompas: para algunos autores⁽²⁾, su afectación es una constante, aunque en otras series⁽⁷⁾ sólo se encuentran alteradas en el 30% de los casos. Como en el endometrio, el tipo de lesiones es muy variable.

- Peritoneo: la frecuencia de su afectación contrasta con la dificultad de encontrar las lesiones, por lo general englobadas en adherencias.

Con menos frecuencia, las lesiones asientan en: ovario (con imágenes que pueden parecerse a un carcinoma de ovario avanzado⁽⁹⁾), miometrio, cérvix, vagina y vulva.

El estudio histopatológico de las lesiones en estas localizaciones proporciona el diagnóstico sin mayor dificultad.

Clínica

Independientemente de las manifestaciones extragenitales, que raramente llegan al ginecólogo, la tuberculosis genital puede presentar: molestias o dolor abdominal difuso con irradiación lumbar, metrorragias o hipermenorrea, infertilidad, leucorrea ocasional poco abundante con afectación leve del estado general con febrícula persistente, signos de EIP habitualmente sin dolor. También se puede observar una tumoración anexial con ascitis y elevación del CA125 sérico. Los síntomas y signos más frecuentes son las molestias abdominales, las alteraciones menstruales y la infertilidad.

Diagnóstico

La tuberculosis genital es, a menudo, silente. Sólo el 50% de los casos se diagnostican sin cirugía⁽¹⁰⁾.

La ausencia de lesiones tuberculosas antiguas o actuales no permite descartar la presencia de una tuberculosis genital.

Pruebas complementarias

Histerosalpingografía

En la tuberculosis genital sólo tiene un valor orientativo. No se debe realizar si hay signos de infección en actividad. La placa simple puede mostrar ganglios pelvianos calcificados.

Imágenes de la cavidad uterina:

- Normal en el 80% de los casos.
- Dos tipos de imágenes características:
 - Sinequias: falta de relleno. De cualquier extensión y en cualquier localización. No excluyen la posibilidad de lesiones activas.
 - Extravasación: más frecuente en bordes y fondo uterinos. Muy sugestivas de endometritis activa.

Imágenes tubáricas:

- Normales en el 60% de los casos.

- Las alteraciones son siempre bilaterales.
 - No es posible diferenciar las formas evolutivas de las residuales.
 - Tercio proximal: alteraciones del calibre (trompas filiformes, rígidas u onduladas).
 - Tercio distal: obliteración de la unión ístmico-ampular (en palillo de tambor o hipertrofia irregular de los pliegues longitudinales ampulares).
 - Alteraciones de toda la trompa: trompas rígidas; imágenes pseudodiverticulares; en panal de abejas.
 - Imágenes inespecíficas: obstrucción bilateral o hidrosalpinx banal.

Laparoscopia

De mayor valor que la histerosalpingografía, permite comprobar la extensión y la actividad de la enfermedad. Aunque se han descrito varias formas, el diagnóstico se basa en la observación de lesiones caseosas.

Su papel en el diagnóstico de la tuberculosis genital no deja de ser discutido.

Intradermorreacción de Mantoux

Se considera que, con una sensibilidad del 55% y una especificidad del 80%, el test de Mantoux tiene un valor limitado en el estudio de la tuberculosis genital⁽¹⁰⁾. Puede ser negativo en pacientes con enfermedad diseminada, malnutridas o con una infección vírica concomitante. Su positividad no prueba que la paciente sufra la enfermedad, sino que está o ha estado infectada por el microorganismo. Su valor consiste en ayudar a determinar qué pacientes pueden padecer tuberculosis.

La combinación de infertilidad y positividad del test de Mantoux obliga a realizar una laparoscopia lo antes posible, especialmente en zonas donde la tuberculosis no es endémica.

El diagnóstico se basa en:

- 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 laparoscopia apuntan hacia el diagnóstico de tuberculosis genital, debe insistirse, tantas veces como sea necesario en el cultivo, en medio de Lowenstein, de sangre menstrual, exudado cervical, de exudado peritoneal, de contenido de un hidrosalpinx o del material obtenido por punción de un nódulo sospechoso.
- Examen histopatológico de las lesiones sospechosas, generalmente mediante punción o biopsia de pequeños nódulos.

Tratamiento

Es indispensable la asociación de varios agentes antituberculosos, preferiblemente tras la realización de un antibiograma.

Existen múltiples esquemas terapéuticos. Entre los más utilizados, por su eficacia y falta de toxicidad, se encuentra la triple terapia con administración simultánea de:

- Isoniazida: 300 mg/día, durante 6 meses.
- Rifampicina: 600 mg/día, durante 6 meses.
- Etambutol: 1200 mg/día, durante 3 meses.

Se puede convertir en cuádruple terapia mediante la adición de pirazinamida: 1500 mg/día durante 3 meses.

Resultados

Es difícil confirmar la curación de la tuberculosis. Se considera que, en la actualidad, se consigue en el 90-95% de los casos⁽¹¹⁾.

Se recomienda la realización de una laparoscopia de control entre los 6-12 meses después de haber comenzado el tratamiento. Aunque se compruebe permeabilidad tubárica hay que informar a la paciente del riesgo de embarazo tubárico si se consigue gestación.

La tasa de embarazos tras la curación de un proceso tuberculoso genital era, antes del desarrollo de las técnicas de reproducción asistida, muy baja⁽¹²⁾.

En la actualidad, se considera que, en ausencia de afectación endometrial y de sinequias uterinas, en que a la baja tasa de implantación se une la mayor frecuencia de abortos y de gestaciones ectópicas^(13,14), la tasa de embarazo es similar a la que se obtiene en otras formas de factor tuboperitoneal de etiología no tuberculosa⁽¹⁵⁾.

En el estudio de fertilidad de una mujer debe considerarse como posibilidad etiológica la tuberculosis, en especial en aquellas pacientes con antecedentes de tuberculosis en cualquier localización o que padecen infección vírica intercurrente o que proceden de regiones donde la tuberculosis es endémica.	RSAA
La tuberculosis genital debe confirmarse microbiológicamente.	RSAA
El tratamiento de la tuberculosis genital ha de incluir la poliquimioterapia tuberculostática.	RSAA
La combinación farmacológica de elección es la rifampicina, la isoniacida y el etambutol.	C
Si existen sinequias uterinas ha de intentarse su eliminación quirúrgica.	RSAA

En las pacientes con tuberculosis genital y afectación tubárica debe considerarse la posibilidad de ligadura de trompas ante el riesgo de embarazo ectópico si se consigue gestación.	RSAA
En ausencia de afectación endometrial los resultados con FIV son semejantes a los obtenidos tras FIV por otras indicaciones tubo-peritoneales.	C
La tasa de éxito con FIV disminuye si hay afectación endometrial.	C

BIBLIOGRAFÍA

- Hutchins C. Tuberculosis of the female genital tract. A changing picture. *Br J Obstet Gynaecol* 1977; 84: 534-8.
- Schaefer G. Female genital tuberculosis. *Clin Obstet Gynecol* 1976; 19: 223-39.
- Giannacopoulos K. Genital tuberculosis in a HIV infected woman: a case report, 1998. *Eur J Obstet Gynecol Rep Biol* 1998; 80: 227-9.
- Pablos-Mendes A, Raviglione MC, Lazlo A, Binkin N, Reider HL, Bastreo F, et al. Global surveillance for antituberculosis-drug resistance. *N Engl J Med* 1998; 338: 1641-9.
- Varma TR. Genital tuberculosis and subsequent fertility. *Int J Gynecol Obstet* 1991; 35: 1-11.
- Trachnuk V, Volovich L, Sklyarchik A. Combined tuberculous infection of the reproductive and urinary tracts in women. *J Obstet Gynaec Br Cwlth* 1967; 74: 635.
- Navamar B, Jahromi ME, Parsanezhad R, Ghane-Shirazi R. Female genital tuberculosis and infertility. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 75: 269-2.
- Dubois J, Szabert C. Endométrites tuberculeuses. Signes, évolution et mode de guérison. *Rev Fr Gynécol Obstet* 1970; 65: 345-9.
- Piura B, Rabinovich A, Leron E, Yaanai-Inbar I, Moshe Mazor M. Peritoneal tuberculosis - an uncommon disease that may deceive the gynaecologist. *European J Obstet Gynecol Rep Biol* 2003; 110: 230-4.
- Raut VS, Mahashur AA, Sheth SS. The Mantoux test in the diagnosis of genital tuberculosis in women. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 72: 165-9.
- Shutherland A. Twenty-five years experience of the drug treatment of tuberculosis of the female genital tract. *Br J Obstet Gynecol* 1977; 84: 881-6.
- Punnonen R, Kiilholma P, Meurman L. Female genital tuberculosis and consequent infertility. *Int J Fertil* 1983; 28: 235-8.
- Snaith LM, Barns T. Fertility in pelvic tuberculosis: A report on the present position. *Lancet* 1962; 1: 712-6.
- Ylinen O. Genital tuberculosis in women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1961; 40 (Suppl 2): 1-213.
- Kim JY, Song JH, Jun JH, Yang KM, Koong MK. Outcome of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer (IVF-TE) in patients with genital tuberculosis. *Fertil Steril* 2000; suppl 168.