

AMENORREA SECUNDARIA POR TUBERCULOSIS GENITAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Manzano Roldán, F. Padilla Lara, C. López Martínez, C. Garre Alcazar, A. Martínez Gomez, T. Sanchez-Bolea Perez. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor.

INTRODUCCION

La causa de la amenorrea tanto primaria como secundaria, puede estar en cualquier lugar del eje hipotálamo-hipófisis-ovario-endometrio. Clasificándose en centrales, gonadales o genitales y secundarias. Dentro de las causas más frecuentes de amenorrea secundaria genital, se encuentran la tuberculosis genital o el síndrome de Asherman.

La tuberculosis genital femenina es la afectación del aparato genital femenino por alguna de las bacterias pertenecientes a Mycobacterium tuberculosis complex. El agente patógeno más frecuente e importante de este complejo es M. tuberculosis, y sólo excepcionalmente la infección se debe a M. bovis, transmitido a través de la leche no tratada. Aproximadamente un tercio de la población mundial está infectada con M. tuberculosis, y se considera la causa más frecuente de esterilidad y de enfermedad pélvica inflamatoria crónica en los países endémicos (ej. África Subsahariana, India). La incidencia global está creciendo aproximadamente 0,4% cada año.

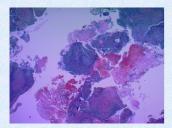
CASO CLINICO

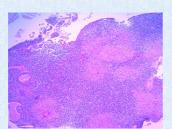
Presentamos un caso de una mujer de 35 años, de origen marroquí, nuligesta, sin otros antecedentes medico-quirúrgicos de interés, que consulta por oligoamenorreas y finalmente amenorreas desde 2013.

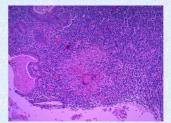
A la exploración inicial no se observan anomalías evidentes, en la ecografía transvaginal se observa un endometrio inespecífico, algo heterogéneo y los anejos son normales. Y en la analítica hormonal, cuyo único hallazgo significativo es una leve elevación de la prolactina, se le administra tratamiento con cabergolina normalizando los niveles, aun así la paciente persiste en amenorrea.

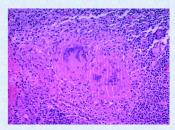
En un segundo tiempo se le realiza test de gestágenos, cuyo resultado es negativo, por lo que posteriormente se realiza test de estrógeno-gestágenos, no consiguiendo tampoco deprivación. Finalmente se realiza una biopsia endometrial con resultado de endometritis granulomatosa, son hallazgos muy sugestivos de endometritis por M. Tuberculosis, se realiza una PCR anidada de la región conservada y específica de M. Tuberculosis que resulta

Tras ello fue derivada a Medicina Interna para iniciar tratamiento antituberculoso con Rifampicina, pirazinamida y myambutol, tratamiento que finalizará en Junio de 2016. Tras ello se realizarán nuevas biopsias endometriales.









En las imágenes se observa la presencia de abundantes granulomas tuberculoideos tipicos constituidos por una parte central con necrosis caseosa rodeada por células epitelioides y células gingantes de Langhans con una empalizada de linfocitos y células plasmáticas. La escasa estroma endometrial acompañante es de tipo secretor compuesta con epitelio cilíndrico pseudoestratificado con abundante

CONCLUSIONES

✓El estudio endometrial, debe ser un pilar importante en el estudio de las amenorreas secundarias si las determinaciones hormonales y los test de gestágenos y estro-progestágenos resultan negativos.

✓ La TBC genital, es extremadamente infrecuente en nuestro medio, sin embargo su incidencia está aumentando, este crecimiento está relacionado con la infección por VIH y el aumento de la inmigración.

Bibliografía

Guía práctica de asistencia ProSEGO: Amenorrea primaria y secundaria. Sangrado infrecuente. (Actualizado en 2013). Tuberculosis genital femenina. Prog Obstet Ginecol 2003;46(11):523-30