ramr
Revista Americana de Medicina Respiratoria

RAMR 2014;3:315-317
ISSN 1852 - 236X

Tuberculosis vulvar: Una rara localización

Autores: Jorge P. Castagnino, Lorena Ciallella, Gastón De Stéfano, Santiago Abad, Edmundo Ricapito, Rosa M. Musella, Domingo Palmero

División Neumotisiología, Hospital de Infecciosas Dr. F. J. Muñiz, Buenos Aires, Argentina

Correspondencia:
Domingo Palmero.
E-mail: djpalmero@intramed.net

Recibido: 12.04.2014
Aceptado: 16.06.2014

Resumen

La tuberculosis vulvar es una rara localización de la enfermedad, que debe incluirse en los diagnósticos diferenciales de lesiones ulcerosas o exofíticas dolorosas a ese nivel. Se presenta el caso de una mujer joven, VIH negativa, con grave compromiso del estado general debido a una tuberculosis diseminada con múltiples localizaciones: pulmonar, renal, genital, intestinal y peritoneal. La cepa de *Mycobacterium tuberculosis* aislada del esputo, orina y tracto genital fue pansensible y la paciente respondió al tratamiento con drogas de primera línea.

Palabras clave: tuberculosis diseminada, tuberculosis vulvar, úlceras genitales

Abstract

Vulvar Tuberculosis: A Rare Localization

The vulvar tuberculosis is an uncommon localization of tuberculosis, which has to be included in the differential diagnosis of painful vulvar ulcerative or exophytic lesions. This report presents a case of an HIV negative young woman with severe compromise of her health status, due to disseminated tuberculosis with multiple localizations: pulmonary, renal, genital, intestinal and peritoneal manifestations. The strain of *Mycobacterium tuberculosis* isolated from sputum, urine and the genital tract was susceptible to all the antituberculosis medicaments and the patient responded to treatment with first-line drugs.

Key words: disseminated tuberculosis, vulvar tuberculosis, genital ulcers

Introducción

La tuberculosis (TB) genital femenina es una localización poco frecuente de la enfermedad. La incidencia es difícil de establecer porque varía en diferentes países. Estudios de autopsias demostraron que 4 al 12% de mujeres que murieron por TB pulmonar, tenían localización genital[1]. El órgano más frecuentemente afectado es la trompa de Falopio (95%), produciendo salpingitis y esterilidad. Otras veces, los síntomas iniciales son dolor abdominal o pélvico y trastornos del ciclo menstrual. En los casos más avanzados están comprometidos, además de las trompas, el endometrio y los ovarios. La TB de vulva y vagina es muy poco frecuente ya que constituyen 1 a 2% de las infecciones del aparato genital[2-4].

Presentamos una paciente con TB diseminada y compromiso demostrado bacteriológicamente a nivel pulmonar, renal, vulvo-vaginal y del cuello uterino.

Caso clínico

Una mujer caucásica de 37 años de edad, domiciliada en el conurbano bonaerense, fue internada en la División Neumotisiología del Hospital Dr. F. J. Muñiz por presentar tos, expectoración mucopurulenta, hiporexia, fiebre, dolor en hipogastrio, diarrea crónica y pérdida de más de 20 kg de peso corporal en 6 meses. No refirió antecedentes patológicos destacables.

La paciente realizaba tareas domésticas. El examen físico demostró que se hallaba en mal estado general, marcadamente adelgazada (BMI=14,5), con edemas en miembros inferiores, leve hepatomegalia y dolor a la palpación en hipogastrio. La frecuencia cardíaca fue de 100 latidos por minuto, la frecuen-

cia respiratoria 25 por minuto, la presión arterial 100/60, temperatura axilar 38º C y la saturación de oxígeno era del 96% respirando aire ambiente.

El examen cardiovascular fue normal y la auscultación pulmonar reveló estertores gruesos bilaterales, no se palpaban adenomegalias ni otras anormalidades. La paciente presentaba una úlcera en región vulvar muy dolorosa. La radiografía de tórax frente mostró un patrón retículonodulillar bilateral con opacificación del seno costodiafragmático derecho (Fig. 1). La TAC de tórax mostró micronódulos de distribución aleatoria de vértices a bases, consolidación en vértices con cavidades, imágenes en árbol en brote y derrame pleural derecho.

La analítica al ingreso mostró anemia (GR: 3.420.000/ml, Hb: 7,2 g/dl, Hto: 23%), VSG acelerada (80 mm en la 1ª. hora), leucopenia (3.600 céls/ml), creatinina y enzimas hepáticas normales; hipoalbuminemia (1,5 g/dl), hipocolesterolemia (52 mg/dl), VDRL y serología para VIH 1-2 negativas y vestigios de proteínas en orina. La baciloscopía del esputo fue positiva 6 BAAR/campo (++) y el cultivo, también positivo, reveló *Mycobacterium tuberculosis*. El antibiograma por el método de las proporciones fue sensible a los fármacos de primera línea.

El examen ginecológico reveló úlcera en cérvix, extensa lesión ulcerada en vulva con fondo eritematoso, cubierta en algunas zonas por pseudomembranas blanquecinas adheridas que compromete tercio inferior de la vagina, periné y región perianal (Fig. 2). Se realizó una biopsia del cérvix, del tercio inferior de la vagina y de la vulva.

El hisopado de la úlcera vulvar fue BAAR positivo con cultivo positivo para *M. tuberculosis,* mientras que el examen micológico y el citodiagnóstico de Tzank fueron negativos. Se solicitó examen bacteriológico específico de orina por la proteinuria mínima y resultado del cultivo fue positivo para *M. tuberculosis*.

El examen anatomopatológico de las biopsias de cuello uterino, tercio inferior de la vagina y vulva permitió observar en las tres muestras un proceso inflamatorio crónico con numerosos elementos morfológicamente compatibles con BAAR (Ziehl Neelsen positivos) vinculable a tuberculosis.

Se efectuó ultrasonografía abdominal cuyo informe señaló como datos positivos la existencia de hepatomegalia con aumento de la ecogenicidad compatible con esteatosis, vesícula biliar con litiasis múltiple, a nivel renal izquierdo mínima ectasia, ascitis de moderada magnitud y colon derecho de paredes levemente engrosadas (7 mm) e irregulares con engrosamiento de la grasa pericolónica. Se sugirió descartar compromiso intestinal por la enfermedad de base.

A su vez, la ecografía ginecológica fue relativamente normal a nivel útero-ovárico: útero en AVF, de forma y tamaño conservado, ecoestructura levemente heterogénea, endometrio de 9 mm, ecogénico. Ovario derecho: 28 mm por 15 mm en contacto con el útero. Ovario izquierdo: 27 mm por 13 mm. Micropolifolicular.

En la TAC de abdomen se observó discreto derrame pleural bilateral, líquido ascítico y litiasis vesicular. No se descarta la existencia de adenomegalias retroperitoneales. Presencia de líquido libre a nivel pelviano.

La paciente comenzó tratamiento inmediatamente a su internación con isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida en dosis adecuadas a su

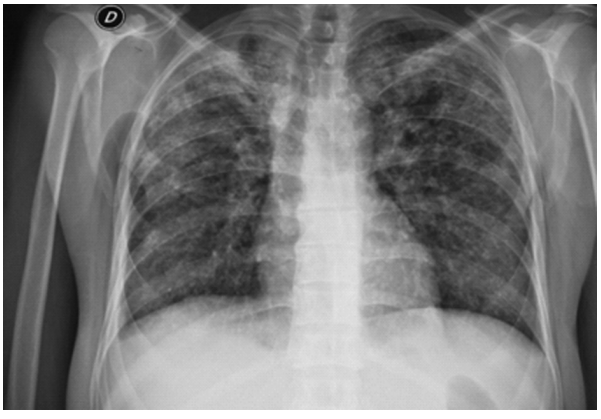

Figura 1. Opacidades micronodulillares bilaterales. Borramiento del seno costodiafragmático derecho.

Figura 2. Extensa úlcera en vulva con fondo eritematoso, cubierto en algunas zonas por pseudomembranas blanquecinas que comprometen tercio inferior de vagina, periné y región perianal.

peso. Tuvo buena evolución clínica ya que, a los 30 días, la baciloscopía de esputo fue negativa y a los 60 días, se observó franca mejoría de la úlcera de vulva. La radiografía de tórax también presentó mejorías por lo que pudo ser externada a los 94 días de internación, con recuperación de su estado general y asintomática, tanto desde el punto de vista respiratorio como ginecológico, con la úlcera vulvar cicatrizada.

Discusión

Presentamos una mujer joven VIH seronegativa con TB diseminada y una localización vulvo vaginal, muy poco frecuente, que se manifestó como una úlcera genital crónica y evolucionó favorablemente con el tratamiento.

La paciente tenía TB de cuello uterino, vagina y vulva, confirmado por la baciloscopía positiva de las biopsias y el hisopado de la úlcera de vulva. El cultivo de dichas muestras demostró *M tuberculosis* pansensible.

La vagina y la vulva son raramente afectadas (menos del 2% de los casos)[3-6] y la presencia de bacilos en estas lesiones es aún más inusual.

La vía de llegada del bacilo, en este caso, puede ser hematógena a partir de las graves lesiones pulmonares que tenía, por extensión directa de una TB peritoneal, o bien, por auto inoculación en zonas traumatizadas, secundaria a la TB del cuello uterino.

Otra vía de infección, menos probable, es a través del contacto sexual con personas que padecen TB genital o urinaria, que no pudo ser demostrada en este caso. La localización más frecuente de la TB genital femenina es la trompa de Falopio (95%) que produce salpingitis y esterilidad. La ecografía ginecológica no mostró compromiso anexial, por lo tanto, en principio se consideró que la paciente no tuvo esta localización[7]. De todos modos, considerando su edad, al externarla continuó con el seguimiento por consultorio externo de ginecología.

La TB de vulva se manifiesta como una úlcera única o múltiple intensamente dolorosa y más raramente como una lesión exofítica[8]. Es muy importante diferenciarla de la úlcera vulvar de Lipschütz (*ulcus vulvae acutum*), herpes simple, neoplasias, pioderma gangrenoso, sarcoidosis, chancroide, sífilis, linfogranulomatosis venérea, leishmaniasis y micosis profundas[9]. Estos diagnósticos fueron descartados. También se describe como TB periorificial, junto con la oral y perianal. Ésta última es la más frecuente.

La magnitud de la lesión en esta paciente gravemente enferma fue exuberante. Posiblemente asociada a su desnutrición, además de TB pulmonar, renal y genital, probablemente presentó localización peritoneal e intestinal dado que la TAC de abdomen y la ecografía demostraron ascitis y engrosamiento de las paredes del colon derecho. Además, la paciente tuvo diarrea crónica que desapareció con el tratamiento anti-TB.

La TB diseminada presenta, como hallazgo más común, las imágenes radiológicas miliares a nivel pulmonar y una alta mortalidad (31,1%). Son factores de mal pronóstico (fuera del síndrome de inmunodeficiencia adquirida) la hipoalbuminemia, la hiperbilirrubinemia, la insuficiencia renal y el retardo en la iniciación del tratamiento específico[10].

En resumen, aunque la TB vulvar y vaginal es una patología muy poco frecuente, debe tenerse en cuenta como diagnóstico posible en casos de TB diseminada, así como cuando se encuentran lesiones ulcerativas en una mujer joven, sobre todo en áreas con una alta endemicidad tuberculosa, como lo es el área metropolitana de Buenos Aires.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Schaefer G. Tuberculosis of the female genital tract (review). Clin Obstet Gynecol 1970; 13: 965-998.
2. Qureshi RN, Samad S, Hamid R, Lakha SF. Female Genital Tuberculosis Revisited. Journal of the Pakistan Medical Association, 2001; 84: 2491-2495. En: http://www.jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=2491
3. Maiti K, Mishra S, Bera M, Pal D, Maiti M, Mondal PP. Primary Vulval Tuberculosis Presenting As Multiple Vulval Ulcers: A Rare Case Report. Uro Today Int J 2013; 6(3): art 39. En: http://dx.doi.org/10.3834/uij.1944-5784.2013.06.13
4. Schaefer G. Female genital tuberculosis. Clin Obstet Gynecol 1976; 19: 223-239.
5. Nogales Ortiz F, Tarancón I, Nogales FF Jr. The pathology of female genital tuberculosis: a 31-year study of 1436 cases. Obstet Gynecol 1979; 53: 422-428.
6. Guruvare S, Kushtagi P. Genital tuberculosis manifesting as sinus tracts. The Internet Journal of Gynaecology and Obstetrics 2007; 7 (2). En: http://ispub.com/IJGO/7/2/6462.
7. Neonakis IK, Spandidos DA, Petinaki E. female genital tuberculosis: a review. Scand J Infect Dis 2011; 43: 564-72
8. Tiwari P, Pal DK, Moulik D, Choudhury MK. Hypertrophic tuberculosis of vulva-a rare presentation of tuberculosis. Indian J Tuberc. 2010; 57: 95-97.
9. Sardana K, Koranne RV, Sharma RC, Mahajan S. Tuberculosis of the vulva masquerading as sexually transmitted disease. J Dermatol 2001; 28: 505-507.
10. Wang J, Hsueh P, Wang S et al. Disseminated Tuberculosis A 10-Year Experience in a Medical Center. Medicine 2007; 86 (1): 39-46.