

CASO CLÍNICO

1. Hospital María Auxiliadora. Lima, Perú.
2. Centro Médico Somos VitalSalud. Lima, Perú. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.
- a. Médico internista, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1248-2184>
- b. Médico cirujano, residente de neumología, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1358-4781>
- c. Médico cirujano, residente de neumología, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3498-2464>
- d. Médico cirujano, ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3961-0359>
- e. Médico cirujano, ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9041-4548>
- f. Médico cirujano, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8537-0728>

Correspondencia:

Andres A. Horruitiner Mendoza

✉ andreshorruitiner123@gmail.com

Citar como: Bracho-Gonzalez R, Horruitiner-Mendoza A, Ruiz-Dulanto A, Gongora-Moreano A, Portal-Cordova M, Sarmiento-Gomez V. Más allá de los pulmones: La cara ginecológica de la tuberculosis. *Rev peru ginecol obstet.* 2025;71(4). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v71i2824>

Más allá de los pulmones: La cara ginecológica de la tuberculosis

Beyond the lungs: the gynecological aspect of tuberculosis

Richard J. Bracho-Gonzalez^{1,2,a}, Andres A. Horruitiner-Mendoza^{1,b}, Ángel Ruiz-Dulanto^{1,c}, Alexandra D. Gongora-Moreano^{3,d}, Mariel Portal-Cordova^{3,e}, Victor Sarmiento-Gomez^{2,f}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v71i2824>

RESUMEN

La tuberculosis genital femenina es una forma infrecuente de TB extrapulmonar que suele confundirse con otras patologías ginecológicas por su presentación inespecífica. El caso describe a una mujer de 24 años con dolor pélvico, sangrado intermenstrual y ascitis persistente. Los estudios iniciales fueron poco concluyentes, pero la biopsia endometrial mostró granulomas con células gigantes tipo Langhans y PCR positiva para *Mycobacterium tuberculosis*. El diagnóstico tardío es común debido a la baja sensibilidad de las pruebas. Este caso resalta la importancia de considerar TB genital en zonas endémicas y de emplear métodos diagnósticos como PCR para mejorar la detección.

Palabras clave: Tuberculosis endometrial, ginecología, *Mycobacterium tuberculosis*

ABSTRACT

Female genital tuberculosis is a rare form of extrapulmonary TB that is often mistaken for other gynecological conditions due to its nonspecific presentation. This case report describes a 24-year-old woman presenting with pelvic pain, intermenstrual bleeding, and persistent ascites. Initial tests were inconclusive, but an endometrial biopsy revealed granulomas with Langhans-type giant cells and a positive PCR result for *Mycobacterium tuberculosis*. Delayed diagnosis is common due to the low sensitivity of the tests. This case highlights the importance of considering genital TB in endemic areas and of using diagnostic methods such as PCR to improve detection.

Keywords: Endometrial tuberculosis, gynecology, *Mycobacterium tuberculosis*

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por el *mycobacterium tuberculosis*, un bacilo gram positivo y aerobio que puede afectar cualquier tejido en el ser humano. Es uno de los principales problemas de salud pública, con aproximadamente 1,3 millones de muertes y más de 10 millones de casos nuevos anuales⁽¹⁾. El *mycobacterium tuberculosis* más comúnmente afecta al pulmón, pero puede afectar otros órganos. Dentro de sus formas extrapulmonares se encuentra la tuberculosis genital femenina, que representa entre el 9% al 27% de estos casos, afectando principalmente a mujeres en edad reproductiva. Esta forma de TB compromete con mayor frecuencia las trompas de Falopio (90%), seguida del endometrio (70%) y los ovarios (25%)^(2,3,4). Clínicamente, suele presentarse con síntomas inespecíficos como dolor pélvico crónico y alteraciones menstruales; sin embargo, su diagnóstico suele ser tardío, dado que puede simular diversas patologías ginecológicas.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 24 años, natural de Pasco, con antecedente de contacto con familiar con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Refiere tiempo de enfermedad de ocho meses caracterizados por dolor en hipogastrio, de carácter opresivo e intensidad moderada asociado a sangrado intermenstrual, y pérdida ponderal de 5 kg en los últimos 4 meses. Durante la evaluación médica, paciente con marcada palidez cutáneo-mucosa; abdomen levemente distendido, con ruidos hidroaé-



reos presentes, matidez a la percusión en hipogastrio y dolor a la palpación en hemiabdomen inferior sin signos de irritación peritoneal.

Dentro de los estudios realizados, la ecografía transvaginal evidenció endometrio engrosado en 26 mm, heterogéneo, con nódulos menores de 10 mm y longitud cervical de 32mm con ovarios ecográficamente conservados e incidentalmente abundante líquido ascítico en fondo de saco de Douglas. La resonancia magnética de pelvis mostró líquido libre en cavidad pélvica y peritoneal sin lesiones neoplásicas ni inflamatorias aparentes y con un endometrio no engrosado ni distendido y un miometrio homogéneo sin lesiones focales. (Figura 1) La ecografía abdominal confirmó ascitis difusa moderada. La paciente recibió tratamiento analgésico sintomático, pero al persistir sintomatología y aumentar la cantidad de líquido ascítico se realiza paracentesis diagnóstica y biopsia endometrial. El estudio de líquido ascítico resultó no concluyente pero la biopsia endometrial reportó endometritis crónica granulomatosa con células gigantes tipo Langhans, (Figura 2) por tal motivo se amplió el estudio con una reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del complejo *mycobacterium tuberculosis* del tejido endometrial la cual resultó positiva. (Figura 3)

Se completaron estudios con endoscopia digestiva alta encontrándose una pangastropatía nodular y eritematosa y una biopsia donde se

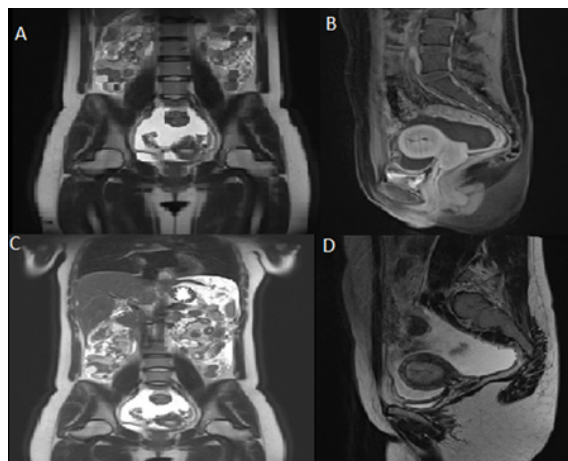


FIGURA 1. RESONANCIA MAGNÉTICA ABDOMINAL, EN LA SECUENCIA T2 (A) SE EVIDENCIA UNA HIPERINTENSIDAD A NIVEL PÉLVICO QUE CONCUERDA CON LAS DEMÁS SECUENCIAS DE DIXON (B), HASTE (C) Y TSE (D) SUGIERIENDO LÍQUIDO LIBRE A DICHO NIVEL SIN EVIDENCIARSE LESIONES CARACTERÍSTICAS DE TB U OTRAS ANORMALIDADES MORFOLÓGICAS PÉLVICAS.

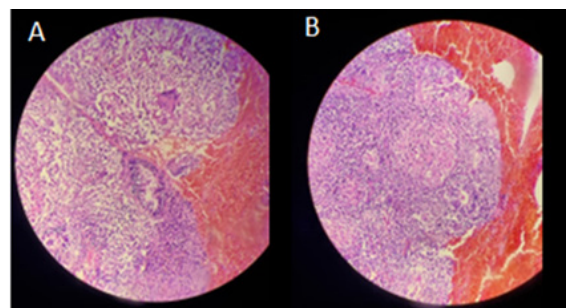


FIGURA 2. BIOPSIA ENDOMETRIAL, SE OBSERVA UNA CÉLULA GIGANTE MULTINUCLEADA (A) Y UN GRANULOMA CON CÉLULAS GIGANTES TIPO LANGHANS CON TENDENCIA GRANULOMATOSA SUGESTIVA DE TUBERCULOSIS (B).

evidencia gastritis crónica moderada con actividad moderada al tener una metaplasia intestinal completa en el 30% de la muestra. (Figura 4)

Con estos hallazgos y el antecedente epidemiológico referido, se estableció el diagnóstico de tuberculosis endometrial y se inició el esquema de tuberculosis según la norma técnica del ministerio de salud de Perú. Se dio seguimiento a la paciente al mes de tratamiento con evolución favorable y disminución de los síntomas que presentaba sin mayores complicaciones, a los 2 meses se reevaluó a paciente quien refería que la sintomatología había mejorado sustancialmente con aumento de apetito y ganancia de peso, disminución de náuseas y disminución de ascitis. Se realizó un seguimiento posterior a la paciente donde menciona que el aumento de volumen en abdomen ha disminuido completamente, con cierta molestia esporádica si se mantiene mucho tiempo en decúbito supino, y niega mayor sintomatología, además, se recomienda a paciente a realizarse controles de perfil hepático y hemograma los cuales se presentan dentro de rangos normales.

DISCUSIÓN

La tuberculosis endometrial es una forma poco frecuente de TB extrapulmonar y suele pasar desapercibida debido a su presentación clínica insidiosa. A menudo imita otras enfermedades ginecológicas benignas o incluso cuadros neoplásicos abdominopélvicos, lo cual dificulta el diagnóstico precoz. Las manifestaciones clínicas de la TB genital femenina varían considerablemente. Clásicamente, puede cursar con infertilidad, dolor pélvico crónico, dispareunia o alteraciones menstruales, sin signos específicos^(5,6,7). En el estudio de Sarkar et al. describieron un

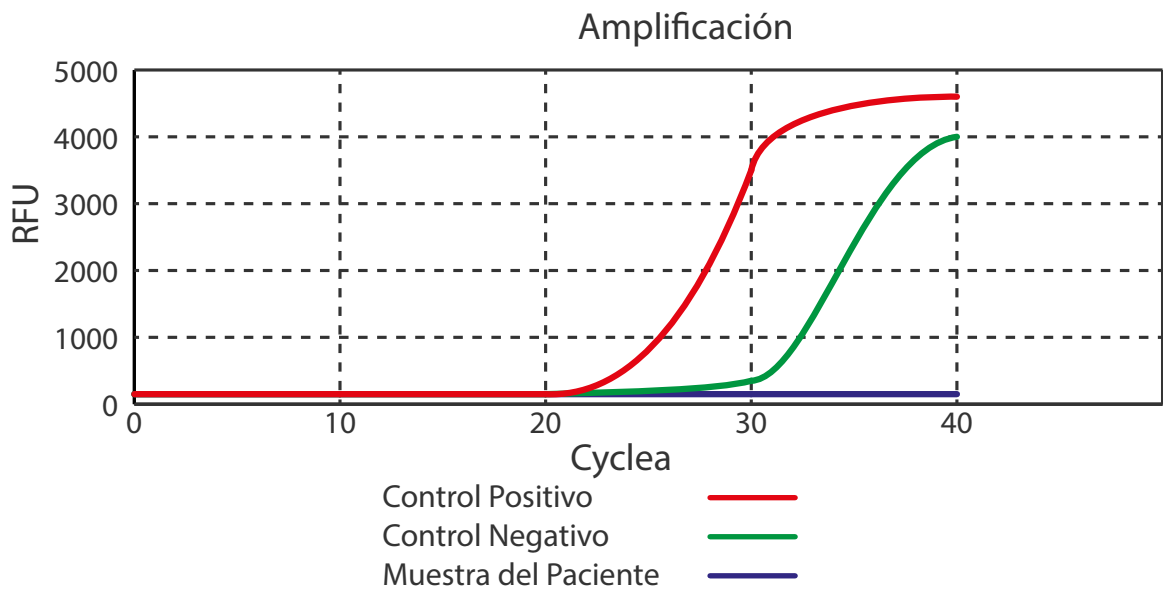


FIGURA 3. LA GRÁFICA MUESTRA LA FLUORESCENCIA EMITIDA POR LOS PRODUCTOS AMPLIFICADOS A PARTIR DE LA MUESTRA PROCESADA. EL CONTROL POSITIVO ES ÁCIDO RIBONUCLEICO DEL COMPLEJO *M. TUBERCULOSIS*. EL CONTROL NEGATIVO NO CONTIENE ÁCIDO RIBONUCLEICO Y NO GENERA FLUORESCENCIA.



FIGURA 4. BIOPSIA DE ANTRIO GÁSTRICO CON INFLAMACIÓN CRÓNICA SUPERFICIAL PROFUNDA Y MODERADA SIN AGREGADOS LINFÁTICOS Y METAPLASIA INTESTINAL PRESENTE, COMPLETA EN EL 30% DE LA MUESTRA.

caso en el que la infertilidad refractaria fue la única manifestación, atribuida a daño tubárico y endometrial por TB que persistió tras múltiples intentos fallidos de fertilización *in vitro*⁽⁸⁾. Por otra parte, en el estudio de Agbodande AK, informaron de una paciente posmenopáusica de 72 años cuyo síntoma predominante fue una leucorrea crónica; la ecografía pélvica evidenció un endometrio engrosado con una imagen hiperecogénica sugerente de tumor endometrial,

pero el subsecuente curetaje con biopsia evidenció una endometritis granulomatosa caseificante típica de tuberculosis⁽⁹⁾.

En el presente caso la paciente era joven y presentaba no solo síntomas ginecológicos inespecíficos sino también ascitis persistente, un cuadro que simulaba patología abdominal maligna o inflamatoria. Una revisión del tema realizada por Tjahyadi et al, analizó los síntomas y signos más comunes en varios estudios incluyendo dolor abdominal inferior, masa pélvica, leucorrea e infertilidad⁽¹⁰⁾. Un caso reportado en Brasil por Garci et al, menciona una presentación similar a la paciente presentada que acude por dolor abdominal bajo de 6 meses de evolución, ascitis y baja de peso⁽¹¹⁾. Esta sintomatología sumada a una elevación de la CA-125 e imagenología compatible con carcinomatosis peritoneal los llevo a realizar una biopsia laparoscópica donde se confirmó el diagnóstico de tuberculosis ante la evidencia de nódulos blanquecinos que asemejan a los gránulos de miyo altamente sugerente de tuberculosis y la confirmación histopatológica de la misma.

En el mismo reporte mencionado, se realizó seguimiento a la paciente a los 3 meses de iniciado el tratamiento de tuberculosis con cese de sangrado vaginal y marcada mejoría clínica y permaneció asintomática al año. Nuestra paciente recibió el tratamiento establecido por las normas



actuales en Perú siendo Isoniacida 300mg, Rifampicina 600mg, Pirazinamida 1500mg y etambutol 1200mg por 2 meses seguido de Isoniacida 300mg y Rifampicina 600mg por 4 meses más. La paciente menciona que luego de 2 meses de tratamiento la sintomatología disminuyó marcadamente desapareciendo el dolor esporádico y las náuseas, habiendo una ganancia ponderal de 3kg y una mejora en el aspecto general de la paciente.

Ante la sospecha de tuberculosis peritoneal en la paciente, se realizó una prueba de PCR de líquido ascítico el cual fue negativo. Por lo anterior mencionado, el diagnóstico definitivo de la tuberculosis genital tiende a ser realizado tardíamente debido a la clínica insidiosa y a la baja sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas de TB y la baja tasa de positividad en pruebas de bacilo de Koch (BK) de biopsia y líquidos pélvicos ⁽¹²⁾.

Las pruebas más ampliamente realizadas son la observación del BK de muestras obtenidas de secreciones vaginales o de biopsias de lesiones o pólipos endometriales y el análisis de ADN del complejo *Mycobacterium tuberculosis* mediante reacción en cadena de polimerasa (PCR). En estudios realizados en India se encontró una positividad de BK en sólo 8.3% de los casos analizados y una sensibilidad y especificidad de PCR de 57.1% y 90.5% respectivamente en un estudio y una positividad de BK en aspirado endometrial de 2.09% en otro estudio ^(13,14,15).

Cuando el diagnóstico de tuberculosis no se logra poder hacer clínicamente o mediante BK o PCR se puede realizar de manera invasiva una laparoscopia o histeroscopia diagnóstica para realizar biopsia de posibles lesiones que se encuentren. La laparoscopia diagnóstica es una buena herramienta diagnóstica en casos de duda en pacientes con sospecha de tuberculosis genital que puede identificar tubérculos en trompas o peritoneo, granulomas y puede identificar signos como congestión, edema y adhesiones, sin embargo, es un procedimiento invasivo que debe ser valorado en conjunto con la paciente. Estudios han demostrado que la laparoscopia es una herramienta útil para determinar visual e histopatológicamente la causa de la sintomatología en mujeres con síntomas inespecíficos con muestras negativas tanto en BK como en pruebas moleculares ^(16,17).

CONCLUSIÓN

Este caso resalta que la TB genital puede manifestarse de forma engañosa, simulando patologías ginecológicas benignas, infecciones inespecíficas o incluso enfermedades malignas diseminadas, dificultando el diagnóstico precoz y por tal motivo debe de incluirse en el diagnóstico diferencial en países de alta prevalencia de TB como Perú. Además, se debe utilizar pruebas diagnósticas con mayor rentabilidad diagnóstica como la PCR para disminuir la cantidad de falsos negativos.

INFORMACIÓN SOBRE EL ARTÍCULO

Recibido: 16 de noviembre 2025

Aprobado: 22 de febrero 2026

Publicación en línea: 16 de marzo 2026

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

Declaración de uso de inteligencia artificial (IA): Los autores declaran no haber utilizado herramientas de IA para la elaboración del artículo.

Contribuciones de autoría: Richard J. Bracho-Gonzalez, Andres A. Horruitiner-Mendoza, Ángel Ruiz-Dulanto, Alexandra D. Góngora-Moreano, Mariel Portal-Córdova: Conceptualización, curación de data, investigación, metodología, administración del proyecto, escritura (borrador original y edición). Richard J. Bracho-Gonzalez, Andres A. Horruitiner-Mendoza: Supervisión.

Responsabilidades éticas: El presente caso clínico no vulnera los derechos del paciente mencionado y cuenta con el consentimiento informado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2023. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373828/9789240083851-eng.pdf?sequence=1>
2. Di Giovanni S, Cunha T, Duarte A, Alves I. Endometrial Tuberculosis Simulating an Ovarian Cancer: a case report. Acta Med Port. 2016 Jun;29(6):412-415. doi: 10.20344/amp.7706.
3. Sharma JB, Sharma E, Sharma S, Dharmendra S. Female genital tuberculosis: Revisited. Indian J Med Res. 2018 Dec;148(Suppl): S71-S83. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_648_18.
4. Varma TR. Genital tuberculosis and subsequent fertility. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 1991;35(1):1-11.



5. Grace G, Devaleenal D, Natrajan M. Genital tuberculosis in females. *Indian J Med Res.* 2017;145(4):425–436. doi:10.4103/ijmr.IJMR_1550_15.
6. Melkamu K, Alemayehu T, Alemu M, et al. Histopathologic patterns of female genital tuberculosis in gynecological specimens: a 10-year retrospective study. *BMC Womens Health.* 2024; 24:322. doi:10.1186/s12905-024-03207-8.
7. Nahid P, Dorman SE, Alipanah N, et al. Official American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/ Infectious Diseases Society of America clinical practice guidelines: treatment of drug-susceptible tuberculosis. *Clin Infect Dis.* 2016;63:e147–95. doi:10.1093/cid/ciw376.
8. Sarkar A. A case of endometrial tuberculosis leading to infertility. *Himalayan Journal of Health Sciences.* doi:10.22270/hjhs.v4i3.40.
9. Agbodande AK, Leoubou Dodo R, Issa A, et al. Une localisation rare de la tuberculose: la tuberculose endométriale. *Pan African Medical Journal.* 2019;33:45. doi:10.11604/pamj.2019.33.45.17520.
10. Tjahyadi D, Ropii, B, Tjandraprawira K, Domini-que P, Ida D, Tono P, et al. Female Genital Tuberculosis: Clinical Presentation, Current Diagnosis, and Treatment. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology.* 2022; 6:3548190. doi: 10.1155/2022/3548190
11. Garci M, Makni M, Abdelmoula G, et al. Unveiling the hidden: a rare case of endometrial tuberculosis presenting as peritoneal carcinomatosis. *Frontiers in Oncology.* 2025; 15:1607025. doi:10.3389/fonc.2025.1607025.
12. Kesharwani H, Mohammad S, Pathak P (September 02, 2022) Tuberculosis in the Female Genital Tract. *Cureus* 14(9): e28708. doi: 10.7759/cureus.28708
13. Sharma JB. Current diagnosis and management of female genital tuberculosis. *J Obstet Gynaecol India.*2015;65:362–371. doi:10.1007/s13224-015-0780-z.
14. Thangappah RBP, Paramasivan CN, Narayanan S. Evaluating PCR, culture & histopathology in the diagnosis of female genital tuberculosis. *Indian J Med Res* 2011; 134:40-6. doi:10.1037//0022-3514.55.3.454.
15. Rana T, Singh UB, Kulshrestha V, Kaushik A, Porwal C, Agarwal N, et al. Utility of reverse transcriptase PCR and DNA-PCR in the diagnosis of female genital tuberculosis. *J Med Microbiol* 2011; 60 (Pt 4): 486-91. doi: 10.1099/jmm.0.025080-0.
16. Malhotra N, Singh UB, Iyer V, Gupta P, Chandhiok N. Role of laparoscopy in the diagnosis of genital TB in infertile females in the era of molecular tests. *J Minim Invasive Gynecol* 2020; 27:1538–44. doi: 10.1016/j.jmig.2020.01.005
17. Jain V, Jain N, Srivastav S, Agarwal K. Endoscopic findings of female genital tract tuberculosis: a 3-year analysis at a referral center. *Int J Gynecol Endosc* 2018; 2:1–3. doi: 10.5005/jp-journals-10058-0024