

## TUBERCULOSE GENTAL

## Uma Causa Rara de Hemorragia Pós-Menopausa

Catarina JÚLIO, Njila AMARAL, Isabel BISCAIA, Isabel TORREZÃO, Ana FATELA

## RESUMO

**Introdução:** A tuberculose continua um problema de saúde pública emergente. A incidência da tuberculose genito-urinária tem vindo a aumentar sendo o segundo local mais comum de infecção a seguir aos pulmões.

**Caso clínico:** Os autores apresentam dois casos de mulheres com hemorragia vaginal pós-menopausa. O exame clínico não revelou alterações. A ecografia pélvica endocavitária detectou a presença de uma lâmina líquida na cavidade endometrial em ambos os casos. A histeroscopia identificou espessamentos focais do endométrio que foram biopsados. O exame anatomopatológico revelou granulomas de células epitelióides sem atipia celular. O exame cultural do endométrio foi positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Não foi detectado envolvimento de outros órgãos tendo as doentes iniciado terapêutica antibacilar.

**Conclusão:** A tuberculose genital é rara na mulher pós-menopausa sendo responsável por cerca de 1% da hemorragia vaginal pós-menopausa. No entanto, é uma doença curável cujo diagnóstico precoce é importante, prevenindo a utilização de procedimentos invasivos desnecessários.

## SUMMARY

## GENITAL TUBERCULOSIS

## A Rare Cause of Postmenopausal Bleeding

**Background:** Tuberculosis remains a global health problem, being the genitourinary tract the second most common site for tuberculosis infection after the lungs. Genital tuberculosis is now undergoing a worrying recrudescence.

**Case report:** We report two cases of postmenopausal women who presented with vaginal bleeding. General physical and gynecological examination detected no abnormality. Transvaginal pelvic ultrasound showed fluid in the endometrial cavity in both cases. The office hysteroscopy was suggestive of focal endometrial thickness and an endometrial biopsy was performed. The histopathologic examination of biopsies found epithelioid cell granulomas without malignant cells. Culture of the endometrium was positive for *Mycobacterium tuberculosis*. Involvement of other systems was not detected. The patients started receiving antituberculosis treatment.

**Conclusion:** Genital tuberculosis is rare in postmenopausal women and responsible for only approximately 1% of postmenopausal bleeding. However it is a curable disease and an early diagnosis is important and may prevent unnecessary invasive procedures for the patient.

C.J., N.A., A.F.: Serviço de Ginecologia. Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Lisboa  
I.B., I.T.: Serviço de Anatomia-Patológica. Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Lisboa

© 2010 CELOM

## INTRODUÇÃO

A tuberculose é a principal causa de morte de etiologia infecciosa no mundo<sup>1</sup>. Na década de 90 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a tuberculose como uma emergência em Saúde pública estimando que 32% da população mundial estaria afectada. Apesar de a luta contra a tuberculose ser, há vários anos, um objectivo da OMS, ela continua a ser um problema de saúde global tendo aumentado a sua incidência nos últimos anos, a par do aumento dos casos de infecção a VIH<sup>2</sup>. O agente mais frequente é o *Mycobacterium tuberculosis*.

A localização extra-pulmonar mais frequente é o sistema genito-urinário correspondendo a 15 a 20% dos casos. Embora seja mais frequente nas idades férteis, a incidência de tuberculose genito-urinária tem vindo a aumentar nas mulheres com mais de 45 anos, sendo este aumento mais notório nos países desenvolvidos<sup>3</sup>. Sendo uma doença rara, é uma causa frequente de doença inflamatória pélvica (5% de todas as infecções pélvicas) e de infertilidade<sup>4</sup>. Após a menopausa a tuberculose do endométrio é rara provavelmente devido a hipovascularização dos tecidos podendo apresentar-se como hemorragia vaginal, leucorreia e dor pélvica. Os autores apresentam dois casos clínicos de tuberculose do endométrio após menopausa.

## CASO CLINICO 1

Mulher de 64 anos, raça caucasiana que é referenciada à consulta de ginecologia por hemorragia vaginal pós-menopausa com três meses de evolução sem outra sintomatologia acompanhante.

Dos antecedentes ginecológicos/obstétricos salienta-se menarca aos 13 anos, ciclos regulares, virgem, nulípara, menopausa aos 49 anos não tendo efectuado terapêutica hormonal. Na história progressiva há referência a hipertensão arterial medicada com inibidores da enzima conversor de angiotensina, excluindo-se a presença de diabetes mellitus e obesidade. Nega cirurgias anteriores ou alergias. História familiar sem relevância.

O exame objectivo geral e pélvico não revelou alterações. Exames complementares de diagnóstico:

- Colpocitologia: satisfatória, negativa para células neoplásicas.
- Ecografia pélvica endocavitária: Útero normodimensionado para o grupo etário, regular e homogéneo. Endométrio heterogéneo com superfície irregular com lâmina líquida endocavitária com 29 mm de diâmetro. Ovários atrofícos, sem massas anexiais anómalas. Fundo de saco de Douglas livre (Figura 1).



Fig. 1 – Imagem de ecografia pélvica endocavitária, corte longitudinal

– Histeroscopia ambulatória: canal cervical e istmo sem alterações, cavidade endometrial pequena com endométrio atrofíco e espessamentos focais vegetantes exuberantes, nacarados, suspeitos de hiperplasia. Foi feita biopsia endometrial.

– Diagnóstico histológico: processo de endocervicite e endometrite crónica com esboços de granulomas com necrose central rodeado de infiltrado linfoplasmocitário compatível com granulomas tuberculosos. Sem células malignas (Figura 2).

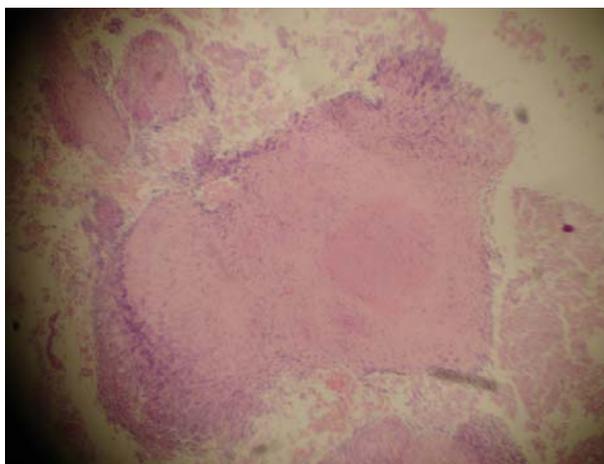


Fig. 2 – Exame histológico em meio de Hematoxilina Eosina (HE) x50

– Foi feita aspiração do conteúdo endometrial para exame microbiológico: exame cultural em meio Lowenstein-Jensen (LJ) e com sondas *Accuprobe* positivos para *Mycobacterium tuberculosis complex*. O teste de susceptibilidade aos antibióticos revelou sensibilidade à isoniazida, estreptomicina, etambutol, rifampicina e pirazinamida.

- Serologias para VIH, HBV, HCV e VDRL negativas.
- Radiografia torácica sem alterações.

A doente foi referenciada ao Centro de Diagnóstico Pneumológico, tendo sido medicada com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol durante dois meses seguido de isoniazida, rifampicina e pirazinamida por 3 meses, estando actualmente medicada com isoniazida e rifampicina.

## CASO CLÍNICO 2

Mulher de 72 anos, raça caucasiana que é referenciada à consulta de ginecologia por hemorragia vaginal pós-menopausa (episódio único) sem outra sintomatologia acompanhante.

Dos antecedentes ginecológicos/obstétricos salienta-se menarca aos 13 anos, ciclos regulares, nulípara, menopausa aos 47 anos não tendo efectuado terapêutica hormonal. Na história progressa há referência a hipertensão arterial, litíase vesicular e dislipidémia excluindo-se diabetes mellitus e obesidade. Nega cirurgias anteriores ou alergias. História familiar sem relevância.

O exame objectivo geral e pélvico não revelou alterações.

Exames complementares de diagnóstico:

- Colpocitologia: satisfatória, negativa para células neoplásicas;
- Ecografia pélvica endocavitária: Útero normodimensionado para o grupo etário, regular e homogéneo. Cavidade uterina distendida por conteúdo líquido com 26x25 mm. Endométrio fino. Endocolo com ecogenicidade central de 15x12mm, fluxometria doppler normal. Ovários atróficos, sem massas anexiais anómalas. Fundo de saco de Douglas livre (Figura 3).



Fig. 3 – Imagem de ecografia pélvica endocavitária, corte longitudinal

– Histeroscopia ambulatória: canal cervical com lesão polipoide. Istmo sem alterações, cavidade endometrial regular com áreas de espessamento, sem vascularização. Procedeu-se a polipectomia do endocolo e biopsia endometrial.

– Diagnóstico histológico: processo de endocervicite e endometrite crónica com esboços de granulomas com necrose central rodeado de infiltrado linfoplasmocitário compatível com granulomas tuberculosos. Sem células malignas (Figura 4).

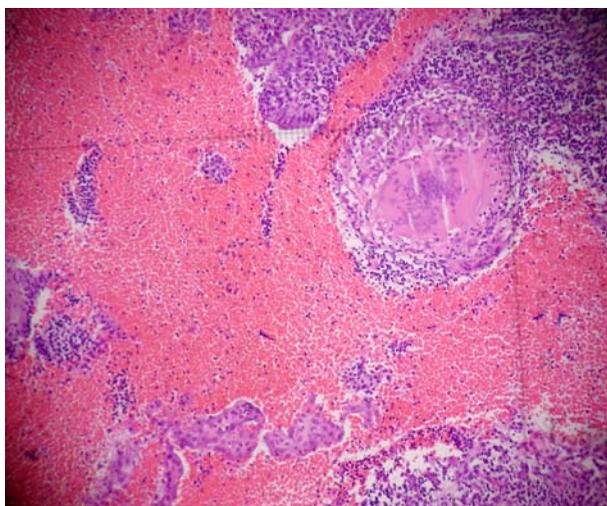


Fig. 4 – Exame histológico em meio de Hematoxilina Eosina (HE) x50

– Exame microbiológico de biópsia de endométrio e endocolo: exame cultural em meio LJ e com sondas *Accuprobe* positivos para *Mycobacterium tuberculosis complex*. O teste de susceptibilidade aos antibióticos revelou sensibilidade à isoniazida, estreptomicina, etambutol, rifampicina e pirazinamida.

- Serologias para VIH, HBV, HCV e VDRL negativas
- Radiografia torácica sem alterações.

A doente foi referenciada ao Centro de Diagnóstico Pneumológico, tendo sido medicada com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol durante quatro meses, estando actualmente medicada com isoniazida e rifampicina desde há três meses.

## DISCUSSÃO

A tuberculose genito-urinária resulta da disseminação hematogénea de um foco pulmonar ou extra-pulmonar. As trompas de Falópio e o endométrio são os locais preferenciais de infecção (100% e 50% respectivamente) no entanto o colo e os ovários podem também ser afectados. A vagina e a vulva são raras locais de infecção<sup>5-7</sup>. A endo-

metrite tuberculosa está habitualmente associada a salpingite à excepção dos casos que surgem na menopausa<sup>6</sup>.

Os sintomas clínicos desenvolvem-se habitualmente cerca de 10 a 15 anos após a infecção primária. Apenas 25% dos doentes com tuberculose genito-urinária têm história conhecida de tuberculose e cerca de metade têm radiografias torácicas normais<sup>3</sup>. As apresentações clínicas mais frequentes são infertilidade (44%), dor pélvica (25%), hemorragia vaginal (18%), amenorreia (5%), leucorreia (4%) e hemorragia pós-menopausa (2%). Mais raramente pode apresentar-se como massa abdominal, ascite, abscesso tubo-ovárico e distensão abdominal<sup>8</sup>.

No estudo imagiológico da cavidade pélvica, nomeadamente na histerossalpingografia, 70% dos exames revelam imagens de subtração uterina ou alterações da estrutura tubária<sup>9</sup>. Na ecografia pélvica pode identificar-se massa anexial, líquido intra-cavitário (hematometra, piometra) e espessamento endometrial.

A hemorragia pós-menopausa representa cerca de 5% das causas de referenciação à consulta de ginecologia<sup>10</sup>. Qualquer mulher nesta circunstância deve ser avaliada para carcinoma endometrial, por ser uma doença potencialmente letal, e representar cerca de 10% dos casos<sup>7</sup>. No entanto, as causas mais frequentes de hemorragia pós-menopausa são a atrofia (59%) e os pólipos (12%). Outras causas incluem hiperplasia endometrial, efeito hormonal, cancro do colo e infecções<sup>7</sup>.

A endometrite tuberculosa é rara na pós-menopausa e manifesta-se raramente como hemorragia vaginal pós-menopausa. A baixa incidência nesta faixa etária parece justificar-se pela atrofia endometrial e pela diminuição da vascularização típica desta fase hipoestrogénica o que oferece um meio desfavorável ao crescimento do *Mycobacterium*<sup>11</sup>.

O diagnóstico na menopausa é difícil. Deve ser confirmado por exame histológico do endométrio (granulomas células epitelióides com ou sem células de Langherans) ou por exame cultural. Estes exames são mais sensíveis que o exame directo.

O tratamento recomendado deve ser primariamente médico com associação de anti-bacilares por 9 a 12 meses. O tratamento cirúrgico está indicado quando há persistência ou agravamento dos sintomas apesar da terapêutica ou resistência aos anti-bacilares. A histerectomia com

anexectomia bilateral é a terapêutica definitiva para a tuberculose pélvica<sup>5</sup>.

Embora o despiste de doença neoplásica do endométrio deva ser prioritário na investigação etiológica de hemorragia pós-menopausa, causas raras como a tuberculose genital constituem doenças curáveis sendo o seu diagnóstico precoce importante, obviando o recurso a técnicas invasivas.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

## BIBLIOGRAFIA

1. BATRA V, ANG Y: Tuberculosis. Publicada em [www.emedicine.medscape.com/article/969401-overview](http://www.emedicine.medscape.com/article/969401-overview) [Acesso a 10 de Janeiro de 2009]
2. PANOSKALTSIS TA, MOORE DA, HAIDOPOULOS DA, MCINDOE AG: Tuberculous peritonitis: part of the differential diagnosis in ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(3):740–2
3. SOLIMAN MS, LESSNAU K: Tuberculosis of the genitourinary system. [www.emedicine.medscape.com/article/450651-overview](http://www.emedicine.medscape.com/article/450651-overview) [Acedido em 10 de Janeiro de 2009]
4. MARTENS, MG: Pelvic inflammatory disease. In: Rock JA, Jones HW, eds. *Te Linde's Operative Gynecology*. Nova York. Lippincott Williams & Wilkins 2003;675-704
5. CHEN K: Endometritis unrelated to pregnancy. Publicado em [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) [Acedido em 10 de Janeiro de 2009]
6. ANTONUCCI G, GIRARDI E, RAVIGLIONE MC, IPPOLITO G: Risk factors for tuberculosis in HIV-infected persons: a prospective cohort study. *JAMA* 1995;274(2):143-8
7. KARLSSON B, GRANBERG S, WIKLAND M et al: Transvaginal ultrasonography of the endometrium in women with postmenopausal bleeding – a Nordic multicentric study. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172(5):1488-94
8. CARTER JR: Unusual presentation of genital tract tuberculosis. *Int J Gynaecol Obstet* 1990;33(2):171-6
9. CHAVHAN G, HIRA P, RATHOOD KA et al: Female genital tuberculosis: hysterosalpingographic appearances. *Br J Radiol* 2004;77(914):164-9
10. MOODLEY M, ROBERTS C: Clinical pathway for the evaluation of postmenopausal bleeding with an emphasis on endometrial cancer detection. *J Obstet Gynaecol* 2004;24(7):736-741
11. MAESTRE MAM, MANZANO CD, LÓPEZ RM: Postmenopausal endometrial tuberculosis. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 86(3):405-406.