



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR DE LOCALIZACION EN
APARATO GENITAL FEMENINO”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Sisa Sizalema, Verónica Elizabeth

Tutor: Dr. Esp. Gavilanes Sáenz, Víctor Patricio

Ambato – Ecuador

Junio 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor en el Trabajo de Análisis de Caso Clínico sobre el tema:

**“TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR DE LOCALIZACION EN
APARATO GENITAL FEMENINO”**

De: Sisa Sizalema Verónica Elizabeth estudiante de la Carrera de Medicina considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para la ser sometida a evaluación del jurado examinador designado por el H Consejo Directivo de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

Ambato, Abril 2018

EL TUTOR

Dr. Esp. Gavilanes Sáenz, Víctor Patricio

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo sobre Análisis de Caso Clínico con el Tema: **“TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR DE LOCALIZACION EN APARATO GENITAL FEMENINO”** así como el análisis, las conclusiones finales y recomendaciones emitidas son exclusiva responsabilidad de mi persona como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Abril 2018

LA AUTORA

Sisa Sizalema, Verónica Elizabeth

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que realice el análisis de este caso clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimonial de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción del mismo dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga un rédito económico y se respete mis derechos como Autora.

Ambato, Abril2018

LA AUTORA

Sisa Sizalema, Verónica Elizabeth

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el Tema: “TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR DE LOCALIZACION EN APARATO GENITAL FEMENINO” trabajo de: Sisa Sizalema Verónica Elizabeth estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Junio 2018

Para constancia firman

PRESIDENTE

1ER VOCAL

2DO VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado a mis ángeles aquí en la tierra que me enseñaron que con constancia y perseverancia todo es posible, que lucharon conmigo a lo largo de todo este tiempo, que siempre creyeron en mí, que se levantaron conmigo en cada caída a mis padres, hermana, y a cada una de las personas que es su momento me brindaron una palabra de aliento, y que me impulsaron con su ejemplo que los sueños si se hacen realidad, que todo tiene un porqué y un tiempo determinado.

Sisa Sizalema, Verónica Elizabeth

AGRADECIMIENTO

A través de este trabajo quiero agradecer en primer lugar a Dios por haberme regalado la vida y haberme permitido llegar a este maravilloso día ,a mis padres quienes con su amor, esfuerzo, y ejemplo de lucha y dedicación me enseñaron que los sueños hay que perseguirlos hasta alcanzarlos, a mis maestros que compartieron conmigo sus conocimientos con paciencia y dedicación y así también a cada uno de los establecimientos de salud los cuales me abrieron las puertas, para poner en práctica los conocimientos adquiridos en las aulas universitarias y finalmente quiero agradecer a mi tutor quien me supo guiar hacia la culminación de este trabajo.

Sisa Sizalema, Verónica Elizabeth

ÍNDICE GENERAL

Contenido

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS.....	3
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	3
2.2. Objetivos específicos	3
3. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS	4
3.1. RECURSOS	4
4. DESARROLLO	5
4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLOGICA DE CASO	5
4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	7
4.2.1 Factores de riesgo biológicos.....	7
4.2.2 Factor de riesgo social.....	7
4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD	8
4.3.1 Oportunidad en la solicitud de la consulta	8
4.3.2. Acceso a la atención médica.....	9
4.3.3. Características de la atención.....	9
4.3.4. Oportunidades en la remisión	9
4.4. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS	10
Definición	11
Fisiopatología.....	11
Tabla N°1: Fisiopatología de la tuberculosis	11
Tabla N°2: Primoinfeccion de la tuberculosis	12
.....	12
Tabla N°3: Historia de la tuberculosis.....	13

Tabla N°4: tipos de resultados de la prueba de tuberculina	14
ENFERMEDAD ACTIVA	14
Etiología.....	15
Morfología y tinción.....	15
FACTORES DE RIESGO	16
Tabla N°5: Factores de riesgo alto para TBC en relación a personas sin factores de riesgo	16
Tabla N°6: Factores de riesgo moderado para TBC en relación a personas sin factores de riesgo.....	17
Tabla N°7: Factores de riesgo bajo y muy bajo para TBC en relación a personas sin factores de riesgo	17
Tabla N°8: Factores muy bajo para TBC en relación a personas sin factores de riesgo	18
Cuadro clínico	19
Diagnostico	19
Tabla N°9: Directrices de la OMS para la introducción de nuevos métodos diagnósticos.....	20
Tratamiento.....	21
Tabla N°9: Manejo para el Control de la Tuberculosis en el Ecuador 2016	22
TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR	22
Definición	22
TUBERCULOSIS EN APARATO GENITAL FEMENINO	23
Definición	23
Fisiopatología.....	23
Tabla N°10: FISIOPATOLOGIA	23
Factores De Riesgo	24
Manifestaciones clínicas.....	24
Diagnóstico y limitaciones	25
Tratamiento.....	26
4.5. CARACTERÍSTICAS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	27
5. CONCLUSIONES	29
6.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
BIBLIOGRAFÍA.....	30
CITAS BIBLIOGRAFICAS-BASE DE DATOS DE LA UTA.....	32

7. ANEXOS.....	33
----------------	----

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR DE LOCALIZACION EN
APARATO GENITAL FEMENINO**

Autora: Sisa Sizalema ,Verónica Elizabeth

Tutor: Dr. Esp. Gavilanes Sáenz, Víctor Patricio

Fecha: Ambato, Abril 2018

RESUMEN

La tuberculosis se la considera un gran problema de salud en todo el mundo, ya que llega a afectar acerca de 9,4 millones de personas cada año y teniendo alrededor de dos millones de muertes.

La tuberculosis extrapulmonar (TBE) es una patología causada por el agente *Mycobacterium tuberculosis* (MT), que puede afectar a cualquier órgano del cuerpo humano, en su mayoría aparece como una diseminación de un foco pulmonar y la cual se facilita en pacientes con estados de inmunosupresión.

El presente caso trata de una paciente de 60 años de edad sin antecedentes de importancia la cual es referida del centro de salud por presentar sangrado vaginal postmenopáusico abundante, acompañado de dolor abdominal de varios meses de duración, por lo que en consulta externa se realizan exámenes de

laboratorio de imágenes y la tinción de Ziehl-Neelsen en secreción de cérvix que reporta positivo para tuberculosis, por ello se le contrarefiere al centro de salud donde está realizando el esquema de tratamiento.

PALABRAS CLAVES: TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR,
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, SANGRADO VAGINAL
POSTMENOPÁUSICO.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICINE

CLINICAL CASE ANALYSIS ON:

"EXTRAPULMONAR TUBERCULOSIS LOCALIZATION IN FEMALE

GENITAL APPARATUS

Author: Sisa Sizalema Verónica Elizabeth

Tutor: Dr. Esp. Gavilanes Sáenz ,Víctor Patricio

Date: Ambato, April 2018

ABSTRACT

Tuberculosis is considered a major health problem worldwide, since it affects about 9.4 million people each year and has around two million deaths.

Extrapulmonary tuberculosis (TB) is a pathology caused by the agent *Mycobacterium tuberculosis* (MT), which can affect any organ of the human body, mostly appears as a spread of a pulmonary focus and which is facilitated in patients with conditions of immunosuppression.

The present case is about a 60-year-old patient with no relevant medical history, who is referred from the health center due to abundant postmenopausal vaginal bleeding, accompanied by abdominal pain of several months, which is why

external examinations are performed of laboratory of images and the stain of Ziehl-Neelsen in secretion of cervix that reports positive for tuberculosis, for that reason it is contrarefiere to the health center where it is realizing the scheme of treatment.

KEY WORDS: EXTRAPULMONARY TUBERCULOSIS,
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, POSTMENOPAUSAL VAGINAL
BLEEDING

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis extrapulmonar se la define como la persona que presenta TB bacteriológicamente confirmada o clínicamente diagnosticada en otros órganos que no son los pulmones (ej. pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos y meninges) y que tiene que seguir un tratamiento¹

Se ha informado que en el 2016, aproximadamente 10,4 millones de personas alrededor del mundo presentaron tuberculosis y de esta cifra 1,7 millones murieron a causa de esta enfermedad y de esta cifra 0,4 millones de personas que murieron fueron pacientes que tenían VIH. Además reportan que el 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países en vías de desarrollo.^{2,3}

También menciona que el 78% de los casos con TB/VIH se encontrarían en 6 países: Brasil, México, Haití, Colombia, Perú y República Dominicana.⁴

En los últimos 10 años la proporción de pacientes que ha culminado con éxito el tratamiento se ha incrementado, aunque aún se habla de que el éxito es bajo por ello se requiere mayor colaboración para el diagnóstico temprano de TB/VIH y el tratamiento oportuno para evitar muertes.^{2,5}

Aproximadamente del 11 al 25 % de todos los casos de TB, son exclusivamente extrapulmonares. Estas formas son, por lo regular, de peor pronóstico que las formas pulmonares y de más difícil diagnóstico, con clínica inespecífica, lo cual puede retrasar el diagnóstico, incluso por años. Por ello la confirmación bacteriológica se consigue solo en el 60 %. Sin embargo, la ausencia de aislamiento microbiológico no excluye la TB, sobre todo en casos

muy sugestivos y con prueba de tuberculina (PT) positiva (reacción de Mantoux mayor de 15mm).⁶

La TBC genital femenina involucra a las trompas de Falopio en el 94% de los casos y puede diseminarse hacia peritoneo, endometrio, ovarios, cérvix y vagina. Las pacientes se presentan con dolor pelviano, infertilidad y sangrado vaginal. En ocasiones se presenta como un absceso tuboovárico con extensión intra o extra peritoneal es sugestivo de tuberculosis.⁷

El diagnóstico se apoya en la histerosalpingografía y en el cultivo de muestras de flujo menstrual, biopsia endometrial y otros tejidos afectados mediante laparoscopia.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar del caso clínico relacionado con tuberculosis del aparato genital femenino para determinar las manifestaciones clínicas, diagnóstico y manejo adecuado del mismo.

2.2. Objetivos específicos

- Describir las manifestaciones clínicas, en paciente con tuberculosis de aparato genital femenino.
- Identificar los factores de riesgo en paciente con tuberculosis de aparato genital.
- Proponer una estrategia de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para pacientes con tuberculosis genital.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

Historia clínica, en la que se destaca la revisión de documentos a través del cual se obtuvieron la mayor parte de datos del caso clínico, desde el inicio de su sintomatología, atendida en las diferentes unidades y servicios hospitalarios, manejos clínicos, características de la atención e identificación de puntos críticos.

Información directa a través de la aplicación de entrevista directa con el paciente, familiares y Hospital, que brindo la información activa y directa la misma que permitió identificar los factores que influyeron de alguna manera en la atención y evolución de este caso clínico.

Guías de práctica clínica y artículos de revisión ya que resumen y evalúan todas las evidencias relevantes con el objeto de ayudar a los médicos a escoger la mejor estrategia en cuanto al diagnóstico y tratamiento de un paciente individual, la guía clínica utilizada en la cual se obtuvo definiciones, protocolos estandarizados, medidas terapéuticas, recomendaciones.

3.1. RECURSOS

Humanos: Autor del caso clínico, Tutor, paciente, familiares y médicos especialistas.

Materiales: Historia clínica, Artículos de revisión, guías de práctica clínica.

Institucionales: Hospital Provincial Docente Ambato

Económicos: Financiamiento para contacto con especialistas y obtención de datos.

4. DESARROLLO

4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLOGICA DE CASO

Paciente femenina de 60 años nacida y residente en Quillan Loma, casada, mestiza, instrucción ninguna, ocupación ama de casa, católica, de lateralidad diestra, grupo sanguíneo ORH+.

Antecedentes patológicos personales: no refiere, antecedentes quirúrgicos: no refiere, antecedentes gineco- obstétricos; G: 10, P: 9, A: 1, C: 0, HV: 7, telarquia : 12 años; pubarquia : 11 años; menarquia: 10 años ciclos regulares cada 28 días que duraban 3-5 días con flujo moderado, inicio de la vida sexual activa: 22 años, número de parejas sexuales: 1, enfermedades de transmisión sexual: no refiere, Pap test: nunca se lo había realizado, colposcopia: no refiere, mamografía: no refiere.

Paciente refiere que hace aproximadamente 3 meses presenta sangrado vaginal postmenopáusico abundante que duraba aproximadamente 5-7 días , acompañado de dolor abdominal tipo cólico localizado en hipogastrio de moderada intensidad, por lo que se le realiza PAP test en mismo que reporta : DOC cervical clase III y displasia leve (lesión intraepitelial de bajo grado LIEBG), por todo el cuadro clínico presentado es referida al segundo nivel de atención al servicio de consulta externa con médico especialista de Gineco-Obstetricia donde se la valora y se encuentra paciente caquética colaboradora, al examen físico consiente , orientada , afebril. Glasgow 15/15, abdomen suave depresible leve dolor a la palpación profunda en hipogastrio, región inguinogenital genitales de múltipara ,

al momento se le evidencia sangrado en poca cantidad, y se la envía a realizar ecografía que reporta :Útero en anteversión mide 5cm *2.1cm*3.8cm, tamaño normal heterogéneo con calcificaciones periféricas, Endometrio de 1mm ,dentro de la cavidad uterina se observa cantidad de líquido, Ovario derecho mide 1,1cm *0.5cm, Ovario izquierdo mide 2,3cm*2,5cm.espacio de Duoglas libre. Conclusiones: Útero fibromatoso, Ovarios normales. Biometría Hemática reporta: Hematocrito: 35,3%, Hemoglobina: 11,8mg/dl, Plaquetas:92x10x3Ul.mn .Química sanguínea: Urea: 33,6mg/dl, Creatinina: 0,73mg/dl, Glucosa: 93 mg/dl, Ácido urico: 4,3mg/dl, TP: 12seg, TTP: 31 seg,VIH: no reactivo, VDRL: no reactivo Na: 137 mEq/l K: 4.1mEq/lCl: 102 mEq/l. electrocardiograma reporta : ritmo sinusal, RX de tórax: sin patología aparente.

Luego de realizarle y todos los exámenes necesarios se le indica una colposcopia que reporta: insatisfactoria, zona de transformación tipo I, vasos típicos, epitelio plano estratificado atrófico eritematosa, sangrante no lesiones aceto blancas (cervicitis atrófica).

Por el sangrado genital postmenopáusico se le decide el realizar un legrado uterino el mismo que fue enviado a histopatológico donde reportan: pequeños fragmento de endocervix y endometrio que muestra un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario crónica mezclado con algunas células gigantes e histiocitos. (Diagnostico investigar posible tuberculosis). Por lo que se realiza una interconsulta a medicina interna donde le envían prueba de BAAR en esputo el cual sale negativo, tinción de Ziehlen secreción de cérvix negativo la paciente persistía con sangrado genital, dolor abdominal , por lo que se le repite la prueba de secreción de cérvix y reporta (+) positivo una colonia para tuberculosis, por lo

que contrareferida al centro de salud donde está en tratamiento para tuberculosis extrapulmonar , y se le ha estado realizando seguimiento en la casa por parte del personal de salud , al momento paciente estable ha terminado el tratamiento de forma satisfactoria y se negativiso la tuberculosis y ocasionalmente sigue en controle periódicos

4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

4.2.1 Factores de riesgo biológicos

La tuberculosis es en sí un problema de salud pública a nivel mundial, del 11 al 25 % de todos los casos de TB, son exclusivamente extrapulmonares. Estas formas son, por lo regular, de peor pronóstico que las formas pulmonares y de más difícil diagnóstico, con clínica inespecífica, lo cual puede retrasar el diagnóstico, incluso por años. Por ello la confirmación bacteriológica se consigue solo en el 60 %.La TBC genital femenina involucra a las trompas de Falopio en el 94% de los casos y puede diseminarse hacia peritoneo, endometrio, ovarios, cérvix y vagina.

4.2.2 Factor de riesgo social

En nuestro país las estadísticas reportan que en el 2016 reportaron 8200 casos nuevos de tuberculosis en todas sus formas a pesar de que se está tratando de llevar un control más minucioso para abordar los sectores de mayor riesgo, en los cuales pueden aparecer esta patología, el hecho de estar poco informados o dar la

mínima importancia a las campañas que realiza el MSP, al creer que la tuberculosis no existe o que solo son mitos y que no mata, hace que las personas que se encuentran en la áreas rurales o que viven en malas condiciones socio económicas , que no acuden a controles médicos, si no es hasta sentirse totalmente enfermos, hace más difícil el diagnóstico de esta patología.

4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

4.3.1 Oportunidad en la solicitud de la consulta

La conducta adecuada a seguir ante un paciente con una sospecha de tuberculosis extrapulmonar es un poco complicada por el cuadro clínico inespecífico que puede presentar y llevar así a un diagnóstico y tratamiento equivocado por ello es importante que luego del diagnóstico se debe realizar el tratamiento en el primer nivel de salud, y sus complejidades debe ser traslado al hospital de segundo nivel, en donde se realizaran valoraciones y exámenes complementarios que ayuden a encasillar la gravedad del diagnóstico y la oportunidad del manejo adecuado de la forma más precoz posible; tal como lo indican las bibliografías consultadas. La paciente del presente caso acudió al centro de salud, de donde es referida para diagnóstico y tratamiento tomando en cuenta que este proceso lleva su debido tiempo.

4.3.2. Acceso a la atención médica

La atención medica inicial que recibió la paciente fue inmediata al primer nivel de atención donde fue valorada y se decidió su referencia para manejo de especialidad la misma que si tuvo un tiempo de demora, pero si se cumplió con la estructura de niveles de atención de salud en la que se basa nuestro sistema de salud actualmente, y así la paciente tuvo oportunidad de recibir atención para el diagnóstico y manejo terapéutico.

4.3.3. Características de la atención

El manejo en el área de primer nivel se basa en la atención clínica inmediata en cualquier tipo de paciente y además están en la obligación de referir a un hospital de segundo nivel para adquirir el diagnóstico y tratamiento adecuado y tener el acceso a los equipos que disponga en la unidad de salud, nuestra paciente al ser receptado y valorado por el especialista se tomó medidas generales, y se realizó acciones inmediatas para el diagnóstico y tratamiento del cuadro clínico inespecífico de la paciente, por ello se decidió realizarle todos los exámenes pertinentes para llegar a un diagnóstico adecuado, ya que como mencionamos en la bibliografía el cuadro clínico de una TB extrapulmonar es muy inespecífica.

4.3.4. Oportunidades en la remisión

La paciente fue referida de manera oportuna para su diagnóstico y manejo en el HGDA aquí es donde se le realiza todos los exámenes complementarios para

llegar al diagnóstico. Luego de confirmar una tuberculosis genital se decide contra referir al Centro de Salud. Donde se lleva a cabo el tratamiento de tuberculosis, y de igual manera se persiste con valoraciones por médico especialista en consulta externa y de visitas domiciliarias por parte del área de salud, y termino el esquema de tratamiento y se negativizo la tuberculosis.

4.4. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS

- En el Nivel Primario de Salud según el modelo de atención sanitario que se aplica en nuestro país, es el lugar en donde se debería y debe identificarse todos y cada uno de aquellos factores que constituyen un riesgos más signos y síntomas de una patología ginecológica, aunque en este caso el cuadro clínico que íbamos a encontrar era inespecífica.
- La paciente no acudió a control ginecológico inmediatamente al presentar la sintomatología, espero tres meses del inicio del cuadro y la sintomatología inespecífica que presento la paciente, retraso un poco el diagnóstico , y además en su vida sexual activa nunca se realizó un Pap tes.
- Debido a la gran demanda de pacientes, existe hay demoras en la realización de los exámenes complementarios tanto de imagen como de laboratorio, que también aumenta el tiempo de espera para un tratamiento precoz de la patología.

4.4.1 REVISION BIBLIOGRÁFICA TUBERCULOSIS

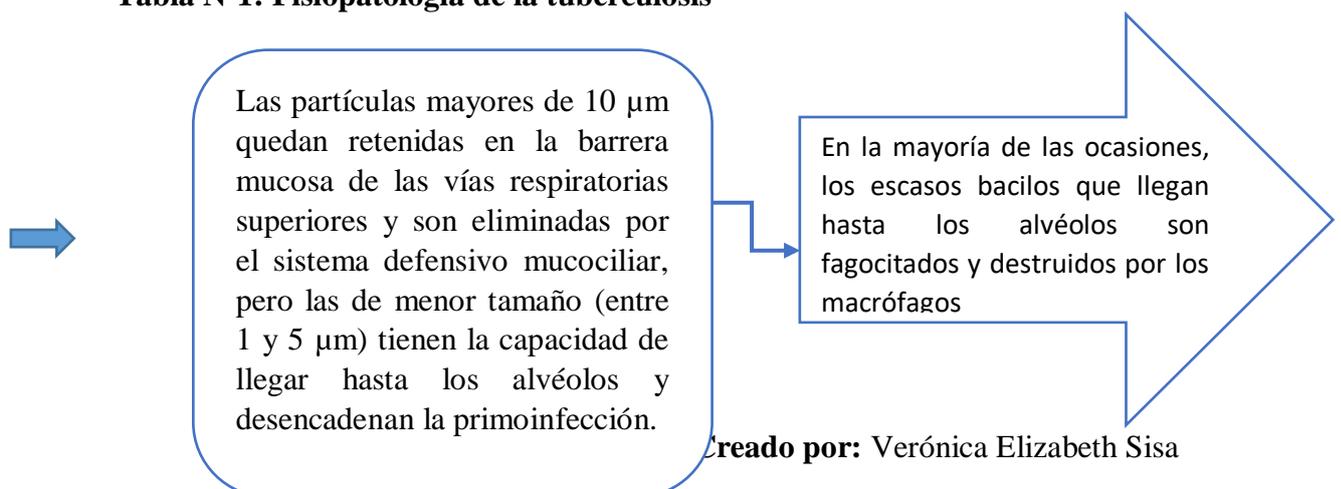
Definición

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Esta se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa.⁵

Fisiopatología

En la mayoría de las ocasiones, los escasos bacilos que llegan hasta los alvéolos son fagocitados y destruidos por los macrófagos. El contagio se produce habitualmente por vía aerógena a partir de pacientes bacilíferos con lesiones pulmonares «abiertas», es decir, conectadas con el exterior por un bronquio de drenaje. Al toser se generan aerosoles de pequeñas partículas líquidas (gotas de Flügge), en cuyo interior se encierran uno o dos bacilos. Al evaporarse queda tan sólo el núcleo de bacilos que permanece flotando en el medio ambiente y se desplaza con las corrientes de aire pudiendo ser aspirado por otras personas.⁸

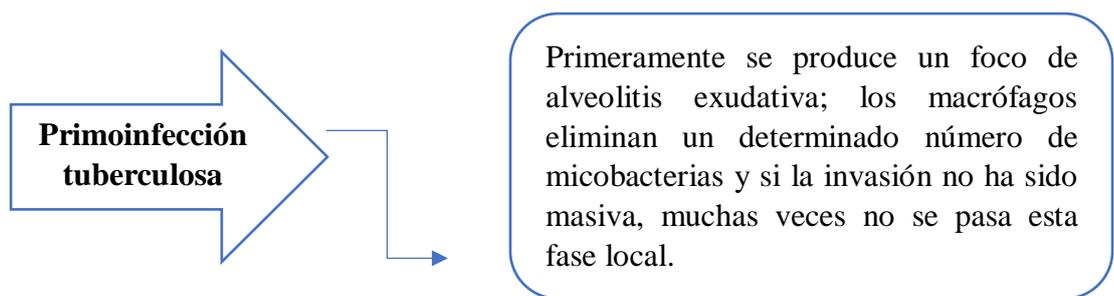
Tabla N°1: Fisiopatología de la tuberculosis



Fuente: (RevChilEnfermRespir 2016)

Sólo un pequeño porcentaje de las personas infectadas (aproximadamente, el 10%) llegará a desarrollar la enfermedad; la mitad de ellos tempranamente, a los pocos meses de la infección, mientras que el otro 5% necesitará de un largo intervalo (a veces, de varias décadas) para que se produzca la reactivación endógena de lesiones aparentemente curadas que albergan en su interior micobacterias en condiciones metabólicas adversas pero potencialmente viables.⁹

Tabla N°2: Primoinfección de la tuberculosis

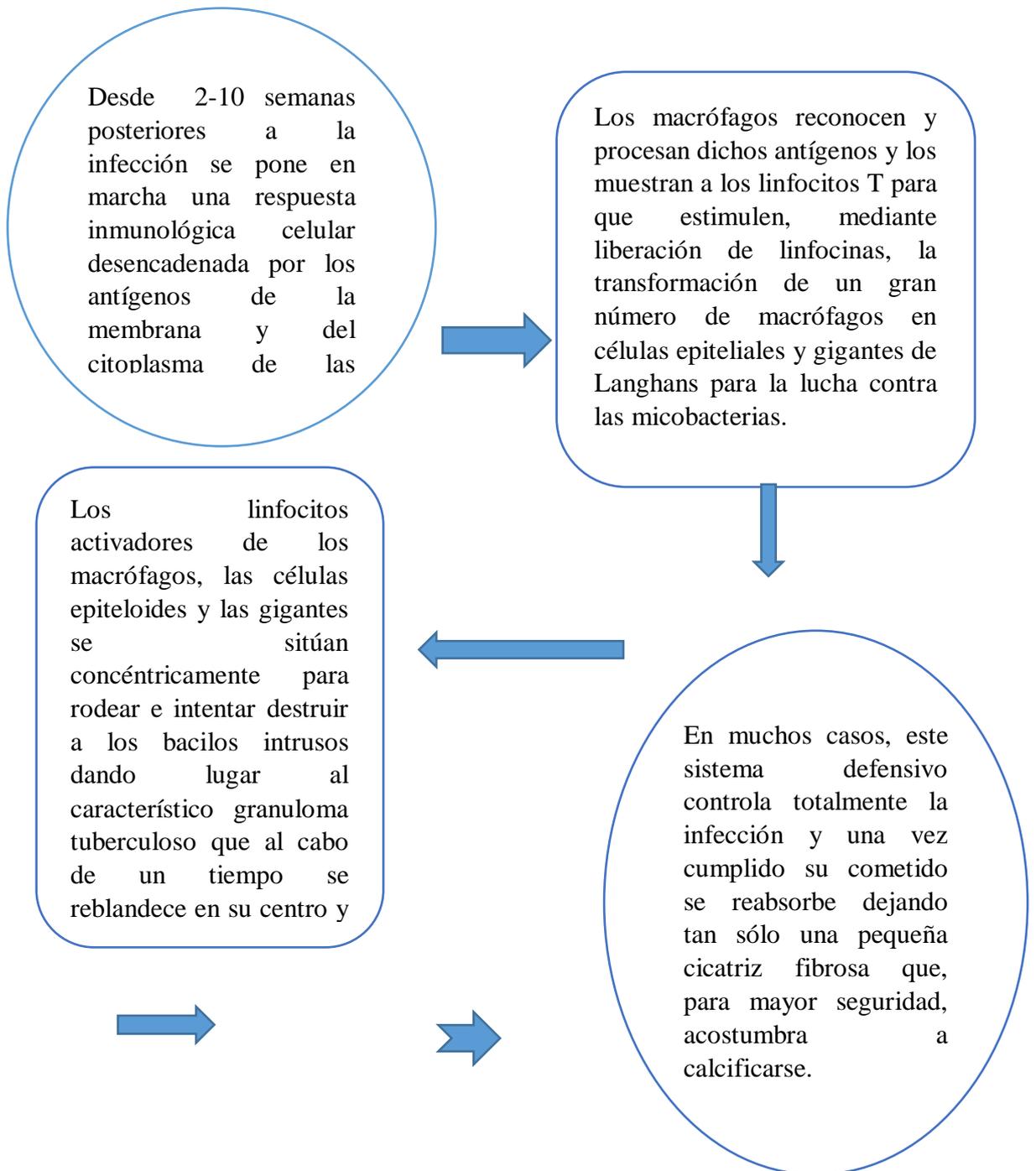


Creado por: Verónica Elizabeth Sisa

Fuente: (Revista Científica da Ordem dos Médicos 2016)

Cuando la infección se propaga por las vías linfáticas intrapulmonares hasta los ganglios regionales paratraqueales o mediastínicos da lugar al llamado complejo bipolar (foco pulmonar y adenopatías). En esta fase es habitual que se produzcan pequeñas diseminaciones bacilares por vía hematógena a los segmentos apicales pulmonares, riñones, hígado y huesos, que por lo general suelen controlarse localmente y que no tienen trascendencia clínica alguna.^{8,10}}

Tabla N°3: Historia de la tuberculosis



Creado por: Verónica Elizabeth Sisa

Fuente:(RevChilEnfermRespir 2016)

En estas circunstancias es posible que la primoinfección haya sido asintomática y que incluso no deje secuelas detectables en la radiografía de tórax; lo que sí queda es la memoria inmunológica que se pondrá de manifiesto con la prueba de la tuberculina y permitirá diferenciar los individuos infectados (tuberculinapositivos) de los no infectados (tuberculinanegativos).⁹ Así se distinguen tres situaciones diferentes: ¹¹

Tabla N°4: tipos de resultados de la prueba de tuberculina

Exposición sin infección.	Infección sin enfermedad.	Enfermedad activa
<ul style="list-style-type: none"> • No se objetiva respuesta inmunitaria (reacción de la tuberculina negativa), no evidencia de enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reacción positiva a la tuberculina sin evidencia de enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas y signos clinicorradiográficos y confirmación bacteriológica

Creado por: Verónica Elizabeth Sisa

Fuente: (RevChilEnfermRespir 2016)

ENFERMEDAD ACTIVA

La tuberculosis posprimaria, también denominada secundaria o tuberculosis de tipo adulto, es la forma clínico radiográfica más frecuente, aunque en general el individuo no tiene constancia de la primoinfección previa por haber sido ésta asintomática o poco aparente. En algunos casos, sobre todo en los países con alta prevalencia de tuberculosis, la tuberculosis posprimaria se debe a una reinfección exógena pese al relativo grado de inmunidad del sujeto infectado. No obstante, lo

más común es la reinfección endógena por micobacterias latentes capaces de resistir ocultas en el interior de algunas células, o en pequeños focos caseosos en condiciones metabólicas adversas en un continuo equilibrio con las defensas orgánicas, que se rompe tras muchos años por alteraciones, transitorias o persistentes, de la inmunidad. De cualquier forma, la respuesta será distinta en el individuo reinfestado que en el previamente sano.^{9,11}

Etiología

En 1882, Robert Koch describió el agente etiológico de la tuberculosis (TB) y lo denominó *Bacterium tuberculosis*. El nombre inicial fue sustituido por el de *Mycobacterium tuberculosis* en 1896 por Lehmann y Neumann.^{12,13}

El término *Mycobacterium* significa hongo-bacteria, y esta denominación se debe al aspecto de los cultivos, que en ciertos aspectos recuerdan a los de los hongos.¹³

Morfología y tinción.

Se trata de bacilos delgados, rectos o ligeramente curvos, inmóviles, que no presentan cápsula ni forman esporas. Aunque tienen la estructura de un Gram (+), las micobacterias casi no toman los colorantes de Gram a temperatura ambiente. Sin embargo, pueden teñirse con fucsina fenicada alcalina en caliente (coloración de Ziehl-Neelsen) y resisten la decoloración con ácido en medio alcohólico. Esta particularidad las define como ácido-alcohol resistente. La resistencia a la decoloración se debe al elevado contenido lipídico de su pared celular y sólo se pone de manifiesto si las envolturas bacterianas permanecen intactas. Y en tres a

cinco semanas se observa el desarrollo de colonias para las mycobacterias de crecimiento lento.¹³

FACTORES DE RIESGO

Tabla N°5: Factores de riesgo alto para TBC en relación a personas sin factores de riesgo

<u>FACTOR DE RIESGO</u>	RIESGO ESTIMADO DE TBC EN RELACIÓN A PERSONAS SIN FACTORES DE RIESGO
<u>Riesgo alto</u>	
VIH sin terapia	110-70
VIH en terapia	50-110
Trasplante	20-74
Silicosis	30
IRC requiriendo hemodiálisis	10-25 16
Carcinoma de cabeza y cuello	16
Infección TBC reciente	15
Secuelas radiológicas de tbc	6-19
Inhibidores del TNF α	2-9

Creado por: Verónica Elizabeth Sisa

Fuente: (RevChilEnfermRespir 2016)

Tabla N°6: Factores de riesgo moderado para TBC en relación a personas sin factores de riesgo

<u>FACTOR DE RIESGO</u>	RIESGO ESTIMADO DE TBC EN RELACIÓN A PERSONAS SIN FACTORES DE RIESGO
<i>Riesgo moderado</i>	
Terapia esteroidal	5
Diabetes	2-4
Infección en la infancia 0-4 años	2-5

Creado por: Verónica Elizabeth Sisa

Fuente: (RevChilEnfermRespir 2016)

Tabla N°7: Factores de riesgo bajo y muy bajo para TBC en relación a personas sin factores de riesgo

<u>FACTOR DE RIESGO</u>	RIESGO ESTIMADO DE TBC EN RELACIÓN A PERSONAS SIN FACTORES DE RIESGO
<i>Riesgo Ligeramente Aumentado</i>	
IMC < 20	2-3
Fumador de un paquete	2-3

Granuloma en la radiografía	2
------------------------------------	---

Creado por: Verónica Elizabeth Sisa

Fuente: (RevChilEnfermRespir 2016)

<u>FACTOR DE RIESGO</u>	RIESGO ESTIMADO DE TBC EN RELACIÓN A PERSONAS SIN FACTORES DE RIESGO
<u>BAJO RIESGO</u>	
➤ Persona infectada sin factores de riesgo	1

Creado por: Verónica Elizabeth Sisa

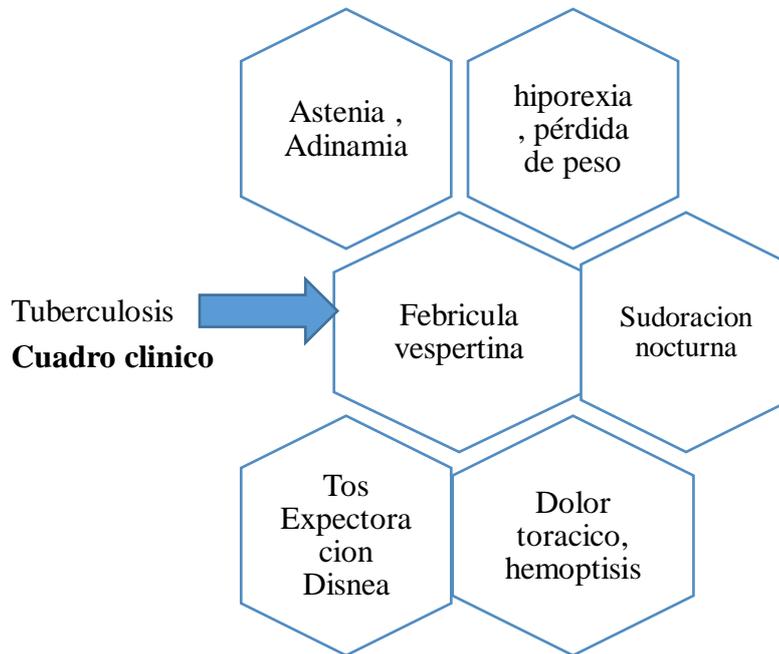
Tabla N°8: Factores muy bajo para TBC en relación a personas sin factores de riesgo

<u>FACTOR DE RIESGO</u>	RIESGO ESTIMADO DE TBC EN RELACIÓN A PERSONAS SIN FACTORES DE RIESGO
<u>MUY BAJO RIESGO</u>	
Persona con PPD (+) en el segundo examen. Booster	0.5

Creado por: Verónica Elizabeth Sisa

Fuente: (RevChilEnfermRespir 2016)

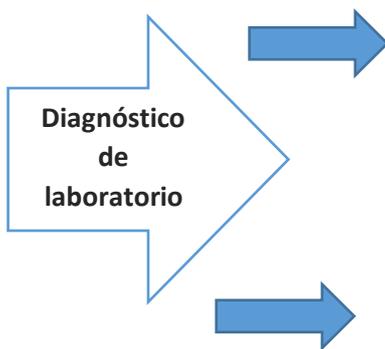
Cuadro clínico



Creado por: Verónica Elizabeth Sisa

Fuente: (RevChilEnfermRespir 2016)

Diagnostico



Hay que identificar el agente causal :el Complejo Mycobacterium tuberculosis (M. tuberculosis, M. bovis, M. bovis var BCG, M. canetti, M. africanum, M. pinnipeda, M. microti, M. mungi). Las muestras a analizar pueden ser de **origen respiratorio** (esputo normal o inducido, contenido gástrico, lavado bronquial y broncoalveolar, biopsias endoscópicas o quirúrgicas,) o **no respiratorias** (orina, LCR, sangre y médula ósea en inmunodeprimidos, punciones aspirativas y biopsias).

Creado por: Verónica Elizabeth Sisa

Fuente: (Rev ChilEnfermRespir 2016)

Tabla N°9: Directrices de la OMS para la introducción de nuevos métodos diagnósticos

AÑO DE RECOMENDACIÓN	TÉCNICA RECOMENDADA	TIEMPO DE RESPUESTA	SENSIBILIDAD
Antes de 2007	BK por ZN Cultivo sólido	2 días 30 a 60 días	50-80% 80-86%
2007	Cultivo líquido PSD * líquido Inmunocromatografía	4 a 42 días 4 a 14 días 2 días	Más de 10% comparada a LJ Más de 10% comparado a LJ 95%
2008	LPA* muestra directa LPA en cultivo	3 días Dependiendo de las condiciones operacionales	95,7% R, 95,8% H y 95,3 MDR 100% R, 97,5% H y 96,9% MDR
2009	Microscopia Fluorescencia LED	1 día	Más de 10 % comparada con ZN
2015	LAM*	25 min	En población HIV+: 21-54% Si el recuento de CD4 < 100: 56%

2016	LPA s/	3 días	Indirecto FQ* 83,1%
		Dependiendo de las condiciones operacionales	Directo FQ 85,1% Indirecto todas los AMG* 76,91% Directo todas los AMG 94,4% TB-XDR 75-8

Creado por: Verónica Elizabeth Sisa

Fuente: (RevChilEnfermRespir 2016)

Tratamiento

Esquemas para casos con TB sensible: Es un ciclo de tratamiento que dura 6 meses, con una combinación de 4 fármacos de primera línea anti TB:

Isoniazida	(H)
Rifampicina	(R)
Pirazinamida	(Z)
Etambutol	(E)
(2HRZE/4HR)	

Esquemas para casos de pérdida en el seguimiento, recaídas o fracasos: esquema con sensibilidad confirmada a Rifampicina utilizar tratamiento de 9 meses HRZE. .

Dosis recomendadas de medicamentos de segunda línea de tratamiento de la tuberculosis

Tabla N°10: Manejo para el Control de la Tuberculosis en el Ecuador 2016

Medicamento	Dosis Recomendadas	
	Dosis Diarias	
	Dosis en mg/kg de peso	Máximo (mg.)
Isoniacida	5 (4-6)	300
Rifampicina	10 (8-12)	600
Piracinamida	25 (20-30)	2000
Etambutol	15 (15-20)	1200

Adaptado de: MSP. Manual de Normas y Procedimientos para el Manejo para el Control de la Tuberculosis en el Ecuador 2016.

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

Definición

La tuberculosis extrapulmonar (TBE) es una enfermedad causada por el agente *Mycobacterium tuberculosis* (MT), que puede afectar cualquier órgano del cuerpo humano, secundario a una diseminación de un foco pulmonar y la cual se facilita por estados de inmunosupresión, de manera especial en pacientes portadores de VIH, por lo que es importante que a todo paciente con TB realizar cribado para este. La prevalencia de TBE en pacientes con infección por VIH puede alcanzar cifras de hasta el 62%, mientras que solo el 20% de las manifestaciones extrapulmonares de MT se presentan en pacientes sin VIH. ¹⁴La tuberculosis extrapulmonar (TBE) se encuentra cada vez más en todo el mundo. TB genital femenina es una causa importante de morbilidad, y secuelas a largo plazo, especialmente la infertilidad.¹⁵

Las presentaciones más comunes de TBE en pacientes inmunocompetentes son la pleural, la linfática y la de origen genitourinario; y en los pacientes con VIH las formas ganglionares son las más frecuentes.

TUBERCULOSIS EN APARATO GENITAL FEMENINO

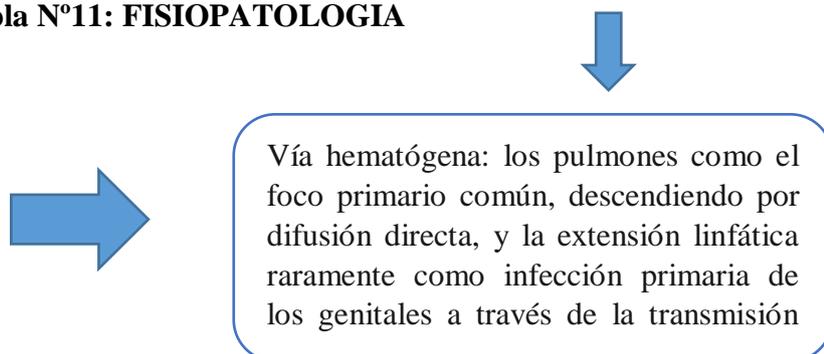
Definición

La tuberculosis genitourinaria representa aproximadamente el 15% de toda la tuberculosis extrapulmonar y después del pulmón, es el sitio más común.¹⁶

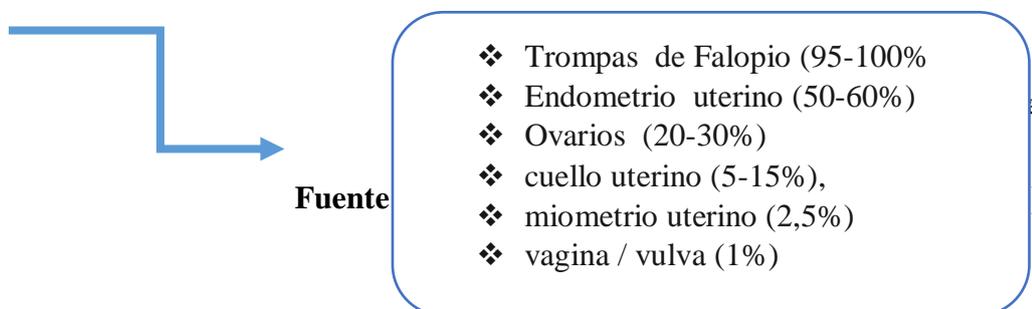
Fisiopatología

TB genitourinario es una forma común de TB extrapulmonar (TBE) en todo el mundo (27%) con la tuberculosis genital en las mujeres TB genital es principalmente secundaria a la tuberculosis pulmonar o extrapulmonar focos tales como riñones, meninges, sistema esquelético y el sistema gastrointestinal , el bacilo de la tuberculosis infecta el tracto genital por las siguientes rutas:¹⁷

Tabla N°11: FISIOPATOLOGIA



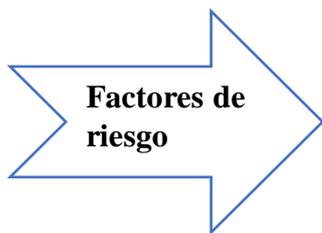
Los órganos genitales afectadas por orden de frecuencia son los siguientes:



La morfología de los órganos genitales infectadas con tuberculosis es muy variable. Los órganos parecen normales en las primeras etapas. La región ampular

de las trompas de Falopio muestra los cambios más tempranos y los procesos fimbriales se hinchan más tarde. La endometritis TB es a menudo focal, y cambios patológicos tales como ulceración, necrosis caseosa y hemorragia se ven en TB endometrial avanzada. En etapas posteriores, las adherencias pueden ocurrir entre los ovarios y los órganos pélvicos adyacentes resultantes en masa anexial. Las adherencias intrauterinas pueden resultar en obliteración parcial de la cavidad uterina. Cuello uterino, vulva y la vagina rara vez se ven afectados.¹⁸

Factores De Riesgo



- edad, sexo femenino,
 - infección por VIH.
- Comorbilidades del paciente como la presencia de insuficiencia:
- renal crónica,
 - diabetes mellitus o la existencia de inmunodepresión.

Creado por: Verónica Elizabeth Sisa

Fuente: (Revista Científica da Ordem dos Médicos 2016)

Manifestaciones clínicas

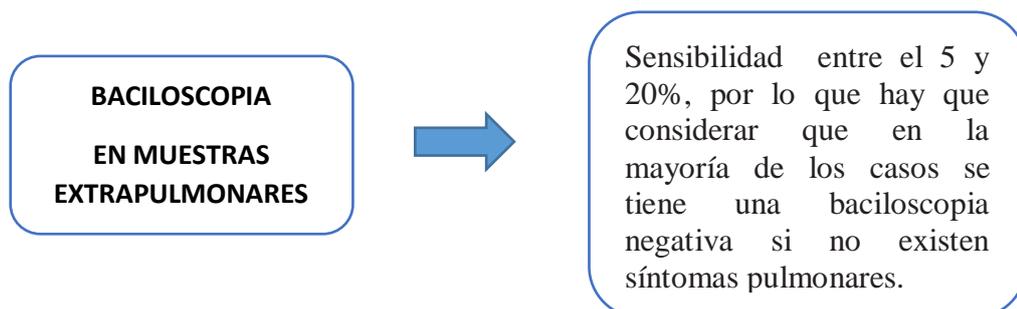
M. tuberculosis afecta a los órganos genitales femeninos, en especial las trompas de Falopio, y por lo tanto provoca infertilidad. Puede ocurrir en cualquier grupo de edad, pero las mujeres en edad reproductiva (15-45 años) son los más afectados. En la mayoría de los casos, la enfermedad es asintomática o puede presentar con algunos síntomas entre los que la infertilidad es la más común. Otros síntomas reportados son irregularidades menstruales como oligomenorrea,

amenorrea, hipomenorrea, menorragia, dismenorrea, metrorragia, dolor pélvico y de descarga vaginal anormal. En las mujeres posmenopáusicas, la tuberculosis genital se presenta con síntomas parecidos a la malignidad endometrial, como sangrado después de la menopausia, leucorrea persistente.^{16,19}

Diagnóstico y limitaciones

M. tuberculosis es una bacteria ácido-alcohol resistentes intracelular facultativo gram positivos patógenos capaces de producir tanto una enfermedad progresiva y una infección latente asintomática. En el aparato genital femenino puede causar daño irreversible a la trompa de Falopio con consecuencias potenciales de causar infertilidad y lo que es intratable tanto por métodos médicos y quirúrgicos. Se estima que al menos el 11% de los pacientes carecen de síntomas y la tuberculosis genital se detecta a menudo en estudio diagnóstico de las mujeres que asisten a clínicas de infertilidad.²⁰

La TBC genital femenina involucra a las trompas de Falopio en el 94% de los casos y puede diseminarse hacia peritoneo, endometrio, ovarios, cérvix y vagina. Las pacientes se presentan con dolor pelviano, infertilidad y sangrado vaginal. Un absceso tubo-ovárico con extensión intra o extra peritoneal es sugestivo de tuberculosis.²⁰



Tratamiento

El tratamiento de la FGTB es similar a la tuberculosis pulmonar. La recomendación régimen para muchas formas de TBE en su mayoría no se basa en la evidencia de estudios vigorosos como los de PTB y la duración del tratamiento durante seis meses, aunque debatible se considera adecuada. En pacientes con organismos sensibles a los fármacos de primera línea, régimen de seis meses es altamente eficaz. Las guías de tratamiento de la OMS para la tuberculosis recomendar que los pacientes recién diagnosticados con TB deben recibir un régimen que contiene rifampicina (R) durante seis meses: fase intensiva con isoniazida (H), R, etambutol (E) y pirazinamida (Z) para una duración de dos meses, seguido de fase de continuación con HR durante cuatro meses.

²⁰Alternativa al régimen diario es que los pacientes con tuberculosis pueden recibir una fase intensiva diaria seguido de tres veces la fase de continuación semanal [2HRZE / 4 (HR), tres veces la dosificación semanalmente a lo largo terapia [2 (HRZE) 3 / 4 (HR) 3] a condición de que se observa directamente cada dosis. La repetición del tratamiento los pacientes con tuberculosis que por defecto o la recaída de su primer ciclo de tratamiento pueden recibir 2HRZES / 1HRZE / 5HRE. ²¹

De acuerdo con las Normas para las Directrices de Cuidados de TB para los nuevos pacientes con tuberculosis, la primera fase debe consistir en dos meses de HREZ seguido de HR durante cuatro meses. Los estudios han reportado el uso de ATT para duración de seis meses que consiste en H, R, E, Z durante dos meses, seguido por H y R para los siguientes cuatro meses para el manejo de pacientes con TB genital. ²⁰⁻²²

4.5. CARACTERÍSTICAS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidades de mejora	Acciones de mejora	Fecha de cumplimiento	Responsable	Forma de acompañamiento
En el primer nivel de atención se dé la prevención y seguimiento establecido para patología tuberculosa genital.	Seguimiento y control de enfermedades para la prevención de cronicidad	A corto plazo	Personal de Salud	Personal de Salud.
Análisis de casos clínicos poco convencionales	Realizar revisiones bibliográficas actualizadas con medicina basada en la evidencia para actualizar los conocimientos del médico y así informar correctamente al paciente .	A largo plazo	Personal de salud, docencia, estudiantes de medicina	Artículos científicos, revisiones bibliográficas

Establecer una guía de manejo de tuberculosa genital.	Crear un conjunto de definiciones operativas de los datos clínicos, servirá de sustento como guía clínica.	A largo plazo.	Especialistas Multidisciplinarios.	Hospital Provincial Docente Ambato
Contratación de médicos especialistas en cada área .	Valoración adecuada de acuerdo a especialidad y patología	A largo plazo	Ministerio de Salud Pública, Administración del Hospital	Concurso de Merito y oposición
Implementación de equipos técnicos para exámenes complejos	Compra de equipos médicos de innovación / agilización de realización de exámenes con unidades de convenio	A largo plazo	Trabajo Social, Administración Hospital	Presupuesto anual del hospital, necesidades y requerimientos del paciente

5. CONCLUSIONES

- Analice el caso clínico y determine las manifestaciones clínicas que nos puede guiar o hacer sospechar sobre patología tuberculosa genital y así llegar al diagnóstico mediante el examen físico, pruebas de imagen y de laboratorio que nos permitan distinguir una patología de características inespecíficas, y una vez ya definido el diagnóstico se realizara el tratamiento que esta estandarizado para esta patología.
- Identifique los factores de riesgo en la paciente como la edad , las baja condición económica, contacto con pacientes con tuberculosis, hacinamiento, pacientes inmunocomprometidos, todos estos son aspectos importantes al momento de diagnóstico.
- He identificado que una de las mejoras para un diagnóstico precoz de tuberculosis genital es que los pacientes acudan a consultas médicas periódicas de rutina, por ello se debería educar a las pacientes para que esta pueda acudir periódicamente a la unidad de salud.

6.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Anastacio M, Gabriela R, Mariana P, Daniel H, Mónica P,* Juan M. Diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar por cultivo. *Neumol Cir Torax*, Vol. 76, No. 2, Abril-junio (2017). 7
2. Beatriz N, Raquel S, Franklin I, Javier P, Manuel A. Endometritis tuberculosa sin foco primario y dolor pélvico crónico. *Rev chil obstet ginecol* (2016). 12
3. Bhanothu V, Theophilus J, Rozati R. Use of endo-ovarian tissue biopsy and pelvic aspirated fluid for the diagnosis of female genital tuberculosis by conventional versus molecular methods. *Journal. Collection* (2015). 11
4. Fabiola A, Tania H. Nuevos métodos para el diagnóstico de la tuberculosis. *Rev Chil Enferm Respir* (2016) 32: 254-259. 16
5. Jai B, Michael D. Current Diagnosis and Management of Female Genital Tuberculosis. *J ObstetGynaecol India*. (2015). 8
6. Luciana S, Federico F, Marcos D, María Paz G, Andrés S, Mariano V. Tuberculosis Extrapulmonar, Vol. 5 / N° 14 - Septiembre (2016). 14
7. Maribel S, Mabel M, Lázara B. Tuberculosis extrapulmonar. Presentación de un caso. *Extrapulmonary Tuberculosis* (2017). 13
8. Ministerio de salud pública .Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis Guía de Práctica Clínica (GPC) (2018).
9. Nalini M, Padmaja N, and Simran D. Insight into the diagnosis and management of subclinical genital tuberculosis in women with infertility. *Journal of Human Reproductive Sciences*.(2016). 3

10. Ramirez A, Menendez S , Asensio N. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. Rev Esp Sanid Penit .(2015); 17: 3-11. 10
11. Siddharth Y, Prabhjot S, Ashok H ,and Rajeev K. Genital tuberculosis: current status of diagnosis and managemen. TranslAndrol Urol. (2017) Apr; 6(2): 222–233. 6
12. Sociedad panamericana de la salud Estrategia Fin De La Tb: Principales Indicadores En Las Americas .Informe Mundial de Tuberculosis de la OMS . (2017). 4
13. Sociedad panamericana de la salud Situación del Control de la Tuberculosis en las Américas de la OMS .(2017). 5
14. Sociedad panamericana de la salud Confección Tb/Vih En Las Américas Informe Mundial de Tuberculosis de la OMS. (2017). 2
15. Subramani M, Jothiramajayam M, Dutta D, Chakravorty M, Joshi S, Srivastava A, Mukherjee C, DattaRay B, Chakravarty K . NMR based metabonomics for understanding the influence of dormant female genital tuberculosis on metabolism of the human endometrium. Human Reproduccion. (2016). 9
16. Wiston S, Leonardo M. La tuberculosis genital estado actual del diagnóstico y la gestión. Departamento de urología India Institute Of Medical Sciences. (2016).15
17. G. Angeline G, Bella D , Mohan N. Genital tuberculosis in females. Department of Clinical Research, ICMR National Institute for Research in Tuberculosis, Chennai, India.Indian J Med Res 145, April (2017), pp 425-436. 19

CITAS BIBLIOGRAFICAS - BASE DE DATOS DE LA UTA

18. **SCOPUS.** Bineeta K, Namita S, Iqbal R ,Kaur M, Rajat J. Diagnostic dilemma in female genital tuberculosisstaining techniques revisited. Iranian Journal of Reproductive Medicine Vol. 11. No. 7. pp: 545-550, July (2013). 22
19. **SPRINGER .**Venkanna B, Jane P. Theophilus R, Roy R. Use of Endo-Ovarian Tissue Biopsy and Pelvic AspiratedFluid for the Diagnosis of Female Genital Tuberculosis by Conventional versus Molecular Methods. PLOS ONE | www.plosone.org(2014). Volumen 9. 18
20. **PROQUEST.** Neeta S, Sona D, Urvashi B. Singh , Vanamail P , Sunesh K, Roy K, Smriti H, Iyer V , Sharma S. Six months versus nine months anti-tuberculous therapy for female genital tuberculosis: a randomized controlled trial. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (2016). 19
21. **SCOPUS.**Silvia E, Giovani D, Teresa C, Ana D3, Inês A. Endometrial Tuberculosis Simulating an Ovarian Cancer .Revista Científica da Ordem dos Médicos (2016). 20
22. **SCOPUS.** Parves R, Sugunan A, Vijayachari P. , Burma P, Mandal A, Saha M, Shah A. Prevalence of female genital tuberculosis, its riskfactors and associated clinical features among the women of Andaman Islands, India: a communitybased study. Regional Medical Research Centre (ICMR), Post Bag No. 13, Dollygunj, Port Blair, Andaman and Nicobar Islands 744101, India. public health 148 (2017) 56e62. 2

7. ANEXOS

ORIGEN Y/O NATURALEZA DE LA PIEZA
ENDOCERVIX

DATOS DE ORIENTACION DIAGNOSTICA

SOLICITANTE M ^a Kaira Lopez FIRMA DEL MEDICO	Nº DE PIEZAS
---	--------------

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

FECHA DE RECEPCION 10/10/2013	FECHA DE ENTREGA 27/10/2016	Nº INFORME 3267-16
----------------------------------	--------------------------------	-----------------------

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

Se recibe varios fragmentos de tejido blanco, de aspecto coágulo hemático, con un volumen de 1 cc. SPTM (1C)

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

En los cortes histológicos se observan escasos y pequeños fragmentos de endocervix y endometrio que muestran un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario crónica mezclado con algunas células gigantes e histiocitos. Las escasas glándulas endometriales de histología normal.

DIAGNÓSTICO:

- * MUESTRA MUY ESCASA.
- * DEBE INVESTIGARSE Y DESCARTAR UNA POSIBLE T.B
- * DE SER NECESARIO REPETIR LEGRADO PARTIDO Y GARANTIZAR LA ADECUACION DE LA MUESTRA.

ENTREGADO 14 NOV 2016

ORIGEN Y/O NATURALEZA DE LA PIEZA
ENDOCERVIX

DATOS DE ORIENTACION DIAGNOSTICA

SOLICITANTE Dr. Viesca Mera FIRMA DEL MEDICO	Nº DE PIEZAS
--	--------------

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

FECHA DE RECEPCION 06/04/2014	FECHA DE ENTREGA 20/04/2015	Nº INFORME 1061-15
----------------------------------	--------------------------------	-----------------------

RESULTADOS MACROSCOPICOS

Nº1 EXOCERVIX Se recibe 2 fragmentos de tejido blanco de 0.5 cm blanquecino. SPTM (1C)

Nº2 ENDOCERVIX Se recibe varios fragmentos de tejido blanco de aspecto coágulo hemático y membranoso, que en conjunto hacen un volumen de 1cc. SPTM (1C)

RESULTADOS MICROSCÓPICOS

- 1- Los cortes histológicos muestran epitelio escamoso exocervical con acantosis y la presencia de células de los estratos medios y superior de citoplasma vacuolado con núcleo central ligeramente irregular y picnótico (coilocitos). El estrato basal con mayor celularidad y núcleos ligeramente picnóticos. Moderado infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario.
- 2- Varios fragmentos de endocervix de características de histología normal.

DIAGNÓSTICO:

1.- BIOPSIA DE EXOCERVIX:

- * LESIÓN INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (NIC 1),
- * CONDILOMA PLANO (HPV),
- * CERVICITIS CRONICA MODERADA.

2.- BIOPSIA DE ENDOCERVIX:

- * DE HISTOLOGIA NORMAL.

Dr. José Rodríguez F
ANATOMO PATOLOGO

ENTREGADO 20

3 INFORME DE CITOLOGIA VAGINAL

CLASIFICACION BETHESDA: NORMAL LIE BAJO LIE ALTO CA

MUESTRA INADECUADA: HONGOS ENTROFITOS **++** FLORA BACTERIANA **++** HISTIOGITOS **++** NUMERO DE MUESTRA: 1334 FECHA DE PROCESO: 30/11/14

OBSERVACIONES: *Falta homogeneidad. Refugas espaciales + bapneo.*

4 DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO CHE

1
2
3
4
5

5 RECOMENDACIONES

ENTREGADO 04 NOV 2014

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
UNIDAD DE PATOLOGIA Y CITOLOGIA

FECHA: _____ HORA: _____ NOMBRE DEL PROFESIONAL: *[Firma]* CODIGO: _____ FIRMA: *[Firma]* NUMERO DE IDENTIFICACION: _____

SNS-MSP / HCU - form.013B / 2008 HISTOPATOLOGIA - INFORME

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA UNIDAD DE PATOLOGIA CERVICAL

A. SOLICITUD DE EXAMEN COLPOSCOPICO:

1. Nombre: *Maria Maldonado* 2. Edad: *56* 3. No. Hist. Clínica: *013635*
4. Ocupación: *a.e.p.* 5. Dirección: *Tiende* 6. Telef: _____
7. Papaniolaou Clase y Fecha: *ASCUS*
8. Dg. Clínico: *ASCUS*

SOLICITADO POR EL DR. _____ Fecha: _____

B. REPORTE DEL EXAMEN COLPOSCOPICO:

VAGINA VULVA CUELLO PENE

1. Epitelio Cilíndrico
 2. Epitelio Estratificado
 3. Orificios Glandulares abiertos
 4. Orificios Glandulares Cuadratrizados
 5. Quistes de Naboth
 6. Vasos Típicos
 7. Vasos Irregulares
 8. Vasos Atípicos
 9. Puntado
 10. Mucoso
 11. Leucoplasia
 12. Epitelio Blanco Tenue
 13. Epitelio Blanco Acentuado
 14. Erosion
 15. Ulceracion
 16. Polipo Endocervical
 17. Endometriosis
 18. Colpos focal
 19. Colpos dilata
 20. Colpos mixta
 21. Colpos atrofica
 22. Ectocervicitis
 23. Condiloma Plano
 24. Condiloma Espiculado
 25. Condiloma Acuminado
 26. Sítio de Biopsia
 27. Otros

C. DIAGRAMAS

1. CUELLO - VAGINA (PENE)

2. VULVA

3. ENDOCERVIA

D. 1. LIMITES DE LA ZONA DE TRANSFORMACION:

TIPICA ATIPICA

LIMITE INTERNO: Unión Escamocilíndrica (UEC)

LIMITE EXTERNO

2. ECTROPION 3. ENTROPION

Extremo (+25)
Mediano (1/25)
Largo (1/10)

E. 1. TEST DE ACIDO ACETICO: NEG POS
2. TEST DE AZUL DE TOLUI: NEG POS
3. TEST DE SCHILLER: NEG POS

Yodo Positivo
Yodo Negativo
Yodo Claro

F. 1. DESCRIPCION DE LOS HALLAZGOS COLPOSCOPICOS:

FECHA: *26-11-14*

Colposcopia Insatisfactoria. Zona de transformación Tipo I. Vasos típicos. Epitelio plano estratificado atípico, ovuloso, sangrante. No lesiones aceto blancas.

Dg. Cervicitis atrofica.

©Calificación de los Asesoros Colposcópicos, según Norma del II Congreso Mundial de Patología Cervical y Colposcopia. Véase: Asesoría: Departamento de Ginecología H.B.G.O.A.