

TUBERCOLOSI DELLA VULVA

Mendes Andreoli^a, PieroCioni^a, Renzo Venturi^b, Pietro Di Donato^a, Giorgio Zoli^b

^a Unità Operativa di Ostetricia-Ginecologia, ^b Unità Operativa di Medicina Interna, Ospedale Civile di Cento (FE)

Indirizzo per corrispondenza: Dott. Piero Cioni
Ospedale Civile Di Cento "S.S. Annunziata" via Vicini, 2 - 44042 Cento (FE)
tel: +39 051 6838258; e-mail: piero.cioni@ausl.fe.it

ABSTRACT

Vulvar tuberculosis represents the most rare manifestation of this pathology (1% of genital locations). For the time being, no more than one hundred cases have been described in literature. The authors present the case of a 78 years old patient affected by vulvar tuberculosis. The differential diagnosis must be accurate, and distinguish between other infectious or malignant pathologies in order to avoid therapeutic mistakes. The authors describe how they diagnosed and treated this case.

Key words: *vulvar tuberculosis, differential diagnosis*

RIASSUNTO

La tubercolosi vulvare rappresenta la più rara manifestazione di questa malattia a livello dell'apparato genitale (1% delle localizzazioni genitali); ne sono stati descritti poco più di un centinaio di casi. Gli Autori presentano il caso di una paziente di 78 anni affetta da tubercolosi vulvare. La diagnosi differenziale deve essere accurata con altre patologie flogistico-infettive o neoplastiche per non incorrere in errori terapeutici. Gli Autori descrivono come hanno diagnosticato e trattato questo caso.

Parole chiave: *tubercolosi vulvare, diagnosi differenziale*

INTRODUZIONE

La convinzione che la tubercolosi (TBC) sia una malattia ormai debellata nei Paesi ad elevato sviluppo socio-economico, ha portato, in Italia, ad una progressiva diminuzione delle strutture preposte alla diagnosi e cura di questa patologia. Ciò ha comportato una ridotta percezione della malattia che nella popolazione non è più vissuta come una minaccia attuale. Da anni sono in aumento le segnalazioni relative alle conseguenze clinico-epidemiologiche della diminuita vigilanza anti-TBC, ed in primis dello scioglimento dei Consorzi Provinciali Antitubercolari.

Ci sembra opportuno, quindi, richiamare una maggiore attenzione diagnostica verso questa malattia, tanto più che la TBC si presenta più frequentemente con quadri atipici, localizzazioni extrapolmonari e farmacoresistenza (6, 7, 9).

Gli organi genitali femminili rappresentano una sede abbastanza frequente della malattia. L'incidenza varia nei diversi paesi: rara negli USA ed in Europa, è molto diffusa nei Paesi in via di sviluppo. In relazione alla percentuale di ricoveri ginecologici l'incidenza negli Stati Uniti è 0,1 %, in Europa 0,02 %, in Inghilterra 0,5 % (3, 8, 10). Nel continente africano vengono riportati i dati della Nigeria con 1,2 % dei ricoveri. In Arabia Saudita l'incidenza è di 0,45 %, in India si registra l'1 % di ricoveri. Tuttavia, questi dati non esprimono esaurientemente l'epidemiologia di questa malattia nel mondo, ma sono sot-

tostimati in quanto in molti paesi africani e asiatici non esiste un sistema di rilevazione epidemiologica della malattia.

La maggior incidenza nella localizzazione all'apparato genitale è a carico delle tube (70-80 %), seguono il corpo uterino nel 20-30%, le ovaie nel 10-15% dei casi ed infine la vulva e la vagina nell'1% dei casi. La tubercolosi vulvare rappresenta, quindi, la manifestazione più rara di questa malattia: dal 1881 ne sono stati descritti in letteratura poco più di un centinaio di casi (1, 2, 5).

La localizzazione vulvare può essere dovuta a trasmissione sessuale da partner portatore di lesioni tubercolari dell'epididimo, del testicolo, della prostata o delle vescicole seminali (infezione primaria); oppure può essere secondaria a processi tubercolari in altra sede. In tal caso la diffusione può avvenire per via ematogena o linfatica, principalmente dai polmoni, oppure tramite liquidi organici infetti (urine, escreato, sangue mestruale) che vengono in contatto con la cute o la mucosa vulvare non integre (4, 7).

CASO CLINICO

E' giunta alla nostra attenzione nell'Aprile 2003, la signora MG di 78 anni, nullipara, con anamnesi remota di epatopatia cronica HCV correlata, evolutasi in Cirrosi Epatica post-epatitica e successivamente in epatocarcinoma, trattato con termoablazione. La signora riferiva di essere stata affetta da tubercolosi in età giovanile, ma di non averla

trattata farmacologicamente. La paziente, era stata riferita al nostro Centro per "ulcera vulvare persistente e resistente al trattamento topico con antibiotici e cicatrizzanti locali".

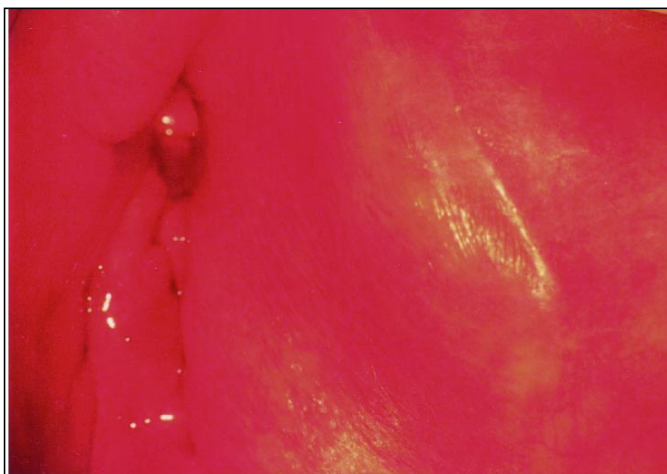
All'esame vulvoscopico-colposcopico si evidenziava a livello del terzo medio della faccia interna del piccolo labbro vulvare di sinistra, una lesione ulcerativa a bordo netto con fondo sanioso, indolente e con reazione flogistica periulcerosa (Figura 1). L'esame colposcopico evidenziava la giunzione squamo-colonnare non visibile, l'orificio uterino esterno puntiforme, l'epitelio originale risultava atrofico. La vagina presentava una mucosa atrofica indenne da lesioni. La paziente fu sottoposta a valutazione ematobiochimica dei marker flogistici e della sifilide (VDRL/TPHA), biopsia mirata della lesione ulcerativa vulvare, con esame colturale del materiale sanioso-caseoso del fondo dell'ulcera. Gli esami ematochimici risultavano negativi per una infezione sifilitica ed indirizzavano genericamente ad un processo flogistico. L'esame istopatologico evidenziava "un processo flogistico cronico granulomatoso epitelioido giganto-cellulare dermico e necrosi di tipo caseoso". La ricerca diretta di bacilli alcool-acido resistenti risultava negativa.

L'esame colturale per micobatteri, risultò invece positivo per

Figura 1. Ulcerazione tubercolare del piccolo labbro di sinistra.



Figura 2. Restitutio ad integrum della zona ulcerata.



Mycobacterium Tuberculosis Complex. L'antibiogramma rivelava sensibilità per Isoniazide, Rifampicina e Streptomina, e resistenza per l'Etambutolo.

Veniva a questo punto richiesta consulenza Tisiologica, che, accertata una TBC aperta extrapolmonare in un contesto clinico importante per patologia epatica, consigliava la somministrazione di Streptomina (0,5 gr im/die per trenta giorni) e di Rifampicina (300 mg /die per os). Vennero esclusi l'Etambutolo per la documentata resistenza e l'Isoniazide in quanto è un farmaco epatotossico, soprattutto in associazione con la Rifampicina. Un aumento del 50% degli enzimi epatici avrebbe potuto essere ragionevolmente tollerato.

Si eseguiva, inoltre, una radiografia del torace, che evidenziava un fibroenfisema senile, in assenza di addensamenti a focolaio, ed esiti fibrocalcifici in sede apico-sottoclaveare sn. L'esame delle urine con ricerca del bacillo di Koch risultava negativo, e un'ecografia dell'alto e basso addome dimostrava una quasi completa regressione della formazione neoplastica epatica. Lo scavo pelvico risultava indenne da lesioni patologiche.

Dopo tre mesi, la vulvoscopia evidenziava una regressione totale della lesione ulcerativa vulvare al piccolo labbro sn. Tuttavia, malgrado una buona tolleranza epatica, compariva una grave pancitopenia con agranulocitosi (Leucociti = $1.3 \times 10^3/uL$; Eritrociti = $2.7 \times 10^6/uL$; Emoglobina = 9.0 g/dL; Ematocrito = 25 %; Piastrine = 14000/uL). Si eseguiva, pertanto, un agoaspirato midollare che confermava un tessuto fortemente ipoplasico, con le tre principali filiere proliferative presenti solo come elementi occasionali; presenti alcuni piccoli linfociti e plasmacellule, costituenti la maggior parte delle cellule residue. Si decideva, pertanto, di somministrare Metilprednisolone e Filgrastim a dosi terapeutiche, sospendendo la terapia con Rifampicina, per la nota mielotossicità.

Nelle settimane successive i valori emocromocitometrici rientravano nei limiti di normalità; inoltre le condizioni ginecologiche della paziente si sono mantenute normali fino a tutt'oggi (Figura 2), senza evidenza di recidive o di localizzazioni in altra sede del processo tubercolare.

CONCLUSIONI

Il caso clinico giunto alla nostra osservazione è da riferirsi ad una TBC genitale post-primaria, nella quale la via di diffusione più probabilmente è stata quella ematogena, con sede della prima infezione tubercolare a livello polmonare, non adeguatamente trattata. Gli accertamenti eseguiti, l'anamnesi e l'età della paziente portano ad escludere una forma primaria.

La recidiva della malattia a tanti anni di distanza è verosimilmente da correlarsi alla ridotta immunità cellulare conseguente alla severa epatopatia.

La peculiarità del caso è dovuta alla rarità della localizzazione vulvare della TBC genitale, ed alla sua complessità, dovuta alla presenza contemporanea di una grave patologia epatica ed all'intercorrenza di una severa pancitopenia insorta durante il trattamento.

Infine, vorremmo sottolineare l'importanza di una accurata diagnosi differenziale nel caso di ulcerazione vulvare, poiché tale quadro non è dovuto solo a neoplasia, ma anche a processi infiammatori quali sifilide, linfogranuloma venereo e, seppure molto più raramente, tubercolosi.

BIBLIOGRAFIA

1. Brenner BN. *S Afr Med J.* 1976; 50:1798-1800.
2. Cerrutti, Vaccai. *Boll Soc Med Chir Mod* 1948; 48:349-58.
3. Chattopadhyay SK. *BJOG* 1986; 93:367-71.
4. Durando C, Bertoli PE. *Boll Soc Ital Patol* 1962; 7:5.
5. Fegerl H. *Zbl Gynak* 1951; 18:1435-9.
6. Finch RG, Cope JR. *Lancet* 1973; 1:1496.
7. Monadi V, Blasi A. *La tubercolosi extrapolmonare.* 1974; 319-23.
8. Schaefer G. *Clin Obstet Gynecol* 1976; 19:223.
9. *EURO TB, Sept. 1999*
10. *Dossier statistico sull'immigrazione 2002; Caritas di Roma, 2002*