

Tuberculosis genital en la mujer

DR. GUILLERMO VALENCIA-PIEDRAHITA

INTRODUCCION

En un principio, quisimos realizar un estudio sobre los casos de tuberculosis genital atendidos en el Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios, de Bogotá, durante nuestra permanencia de un año en dicho servicio, pero creímos más conveniente extender este estudio a todos los casos ocurridos en el Hospital, desde la iniciación de los nuevos servicios de Anatomía Patológica, en el mes de enero de 1953, hasta el último día del mes de junio de 1955. Es decir, presentamos las estadísticas de dos años y medio en total.

En ese lapso de dos años y medio, se han presentado en el Hospital 28 casos de tuberculosis genital femenina, plenamente comprobados por los análisis histo-patológicos. Como es natural, la mayoría de estas pacientes fueron atendidas en el Servicio de Ginecología (19 casos), en la consulta externa ginecológica se atendieron 4, en los servicios de maternidad 1, y en otros servicios quirúrgicos 4.

De estas 28 enfermas, 24 fueron operadas; las otras 4 —las atendían en la consulta externa ginecológica—, a tres se les hizo el diagnóstico cuando se practicaba un estudio de su ciclo menstrual por esterilidad y sin sospecharse la lesión tuberculosa endometrial y a la otra, al hacer el examen histológico de un pólipo cervical extirpado.

Por lo avanzado de las lesiones en todas las enfermas operadas, no se practicaron intervenciones de tipo conservador.

Es interesante hacer notar el alto porcentaje de piezas ginecológicas examinadas. En total se han practicado, hasta el 20 de enero de 1955, 4.960 exámenes histo-patológicos, de los cuales 2.535 son piezas ginecológicas, lo cual nos da una frecuencia de más de el 50%. La tuberculosis genital en relación a todos los

exámenes anatómo-patológicos es del 0.5% y en relación a los ginecológicos es del 1.2%. Pero si analizamos separadamente estos datos, vemos que la tuberculosis genital va en aumento:

Año	Nº Casos		Porcentaje
	T. B. C. Genital	Nº Total Ex. Anat. Pat.	
1953	8	1.712	0.4%
1954	11	2.108	0.5%
1955	9	1.140	0.7%

En México, Alvarez (1) y Urrutia (2) señalan 0.50% y 0.78% respectivamente de tuberculosis genital sobre el total de enfermas ginecológicas. Nuestro porcentaje es sobre el número total de exámenes anatómo-patológicos, lo cual nos indica que la frecuencia entre nosotros es mucho más alta. En los Estados Unidos en la Universidad de Mighigan (3) en la revisión histológica de veinte años, sólo encontraron 62 casos de tuberculosis genital.

Infección. Localización.— Después de carcinoma, la tuberculosis genital y quizás la endometriosis, es la enfermedad más grave que invade los tejidos pélvicos (4).

En cuanto al mecanismo de la infección tuberculosa en el aparato genital de la mujer, no está suficientemente claro. En uno solo de nuestros casos había una tuberculosis pulmonar evolutiva concomitante y en 5 casos había claros trastornos urinarios, como disuria, piuria, cistitis, pielitis, etc., que no fueron estudiados y que posiblemente eran manifestaciones de una tuberculosis renal en donde se originó la infección genital, pues generalmente se admite que la tuberculosis genital es secundaria a un proceso tuberculoso extragenital curado o en actividad y en la inmensa mayoría el foco primario asienta en el pulmón —80 a 90% de los casos— y con menor frecuencia en otros órganos como el riñón, intestinos, huesos, ganglios, etc.

La tuberculosis primitiva del aparato genital se supone sumamente rara e inclusive no ha sido admitida por muchos autores. Teóricamente se podría infectar la vagina y el cuello con el bacilo de Kock por medio de tactos, instrumentos, esperma de maridos con tuberculosis urinaria, epididimaria o testicular y de ahí ascender a los demás segmentos del aparato genital femenino por vía linfática o planimétrica en forma semejante a la infección gonococcica. Curtis (5) afirma que la tuberculosis genital es extraordinariamente rara en mujeres cuyos maridos sufren de

lesiones tuberculosas genito-urinarias. Collins (6) registra 191 casos de tuberculosis cervical recogidos de la literatura mundial y llama la atención sobre la poca frecuencia de la tuberculosis primaria del cuello, para rechazar la infección ocasionada por el marido, igualmente, si se compara con la alta frecuencia de la infección gonococcica femenina, que el mismo marido produce.

También se citan casos de infección por continuidad en peritonitis tuberculosa, pero es la vía hemática la más importante y la más comunmente aceptada; se admite en general que la tuberculosis genital es prototipo de infección secundaria.

El órgano que se infecta primero es la trompa y de allí se extiende la infección en orden de frecuencia al endometrio y al ovario y más raramente al cuello y a la vagina.

A. *Trompas*.— La razón por lo cual la trompa es el primer órgano afectado del aparato genital, se debe posiblemente a su sistema de irrigación que facilita la detención de los bacilos. Puede lesionarse la serosa, la muscular o la mucosa o también las tres capas a la vez. Cuando hay lesiones superficiales, se presentan en forma típica en la serosa pequeños tubérculos más o menos abundantes. Cuando interesa la mucosa produce obstrucción tubaria y por consiguiente esterilidad, síntoma importantísimo. Wood (7) afirma en un trabajo sobre 250 casos de tuberculosis genital estudiados en diez años con controles anatómo-patológicos, que el compromiso de la trompa corresponde prácticamente al 100% de los casos y casi con idéntica proporción se comprueba la bilateralidad de las lesiones. Amaya León (8) entre nosotros, encontró un compromiso del 100% y una bilateralidad del 95%. Calatroni (9) admite lesiones tubáricas en un 95% con predominancia de la lesión en la ampolla y trae varias teorías para explicar la predilección del bacilo de Koch por las trompas, como sería la rémora circulatoria por la dirección opuesta de la corriente sanguínea de las arterias tubo-ováricas y uterinas, el menor calibre de los capilares, la riqueza en pliegues y ondulaciones de la trompa, la ausencia de la eliminación cíclica de la mucosa tubárica y la frecuencia de salpingitis de otra naturaleza que crea condiciones de menor resistencia.

Curtis (op. cit.) halló 14 casos de salpingitis tuberculosa en 214 trompas enfermas, lo cual da un 6.4%. Calatroni (op. cit.) atribuye sólo un 5%. Al revisar nuestras estadísticas vemos que se han presentado 315 casos de enfermedades de la trompa y deducimos de ahí para los 23 casos de tuberculosis salpingiana ha-

llados por nosotros, un 7.3%. Espinosa (10) en su tesis de grado en 1946, señalaba entre nosotros un 2%.

Como en nuestra serie de 28 casos encontramos compromiso de las trompas en 23 enfemas, nos resulta una frecuencia del 82.1%; había compromiso de ambas trompas en 17 casos, con una frecuencia de bilateralidad del 77.2%. En un caso había además del proceso tuberculoso, un carcinoma bien diferenciado del cuello uterino, estado I.

En los 5 casos restantes que no se comunica lesión de las trompas, es debido a que, en tres se descubrió casualmente la tuberculosis por biopsia del endometrio, cuando se hacía un estudio para esterilidad y posteriormente no se investigó el estado de las trompas, en otro —un pólipo cervical— que resultó con infección tuberculosa, tampoco se investigó el resto del aparato genital y el último caso, una histerectomía vaginal por prolapso en donde el anatomo-patólogo comunicó sólo tuberculosis cervical y del endometrio, pues las trompas no se sacaron. Es probable que si se hubiesen investigado mejor estos cinco casos, el porcentaje en el compromiso de las trompas resultaría mayor al 81.2%, consignado aquí por nosotros.

B. *Utero*.— Después de las trompas la infección tuberculosa pasa al endometrio que es la zona de la matriz más afectada. Sin excepción la tuberculosis del endometrio es secundaria a la de la trompa (11). Según estudios separados de Wood (op. cit.), Vieira y Berardi (12), el endometrio está interesado en el 85% de todos los casos de tuberculosis tubárica. Amaya (op. cit.) lo encontró afectado en la tercera parte de todos los casos, coincidiendo estadísticamente con otros autores (Greenberg, Wharton) (13). Nosotros encontramos 8 casos con una frecuencia del 28.5%. Pero, es necesario aclarar que el endometrio no fue estudiado en todos los casos —y en los casos estudiados en todos fue positivo—, ya que se extirpaban trompas o abscesos tubo-ováricos de origen tuberculoso, casos avanzados, muchos con pelviperitonitis y a estas pacientes no se les practicó biopsia endometrial o intervenciones más amplias —con histerectomía total—, manobras que están, en estos casos, plenamente justificadas. Por esta razón suponemos lógicamente, que el porcentaje de compromiso endometrial es mucho más grande.

La biopsia endometrial, que es inocua, debe practicarse siempre que se sospeche tuberculosis genital, para poder practicar un tratamiento conservador o por lo menos un adecuado preopera-

torio, y si al operar se encuentran lesiones avanzadas la cirugía debe ser radical.

Es tan importante el examen del endometrio que en Palestina Raban (14) y colaboradores descubrieron 20 casos de tuberculosis endometrial en una serie de 200 mujeres estériles examinadas y raspadas a fin de determinar la presencia o ausencia de ovulación. Sutherland (15) halló 5% de tuberculosis endometrial en pacientes estudiadas para esterilidad. Mazer e Israel (16) hallaron dos casos entre 300 mujeres también con biopsias endometriales para estudios de esterilidad. Halbrech (17) —en Israel— partiendo de cultivos de la descarga menstrual, encontró 19 casos positivos de desarrollo del bacilo tuberculoso entre 80 enfermas estudiadas para esterilidad primaria, lo cual es evidentemente una proporción bastante alta. Magnus Haines (18) del Chelsea Hospital for Women de Londres, comunica que se encontraron 34 tuberculosis endometriales en los casos logrados de 1942 a 1951 y en 1947 en una serie de 200 curetajes endometriales se halló una proporción del 4% de tuberculosis endometrial. Ya nosotros hemos dicho que de nuestros 28 casos, 3 fueron diagnosticados por biopsia endometrial en el curso de estudios para esterilidad.

De manera pues, que la verificación de que una tuberculosis endometrial corresponde siempre a un compromiso tubárico de igual naturaleza, es de enorme importancia, ya que la biopsia del endometrio permitiría el diagnóstico preoperatorio y un adecuado tratamiento con miras a la conservación de las funciones reproductoras.

En nuestra serie hay un caso de *miometritis crónica tuberculosa* asociada a salpingitis tuberculosa bilateral y con el endometrio aparente indemne. Nos daría una relación del 3.5%. Raro de por sí, lo es más si pensamos que se trataba de una mujer joven de ventiocho años, ya que si se tratara de una anciana con atrofia senil del endometrio sería más justificable. Ferreira Dos Santos (19) comunica un caso de tuberculosis del miometrio como entidad rarísima, digna de relato. Como hecho curioso presenta solamente cuatro citas bibliográficas que demuestran la escasez de referencias en la literatura médica. Su diagnóstico clínico es prácticamente imposible, se descubre por examen histo-patológico de piezas extirpadas por otras causas.

C. *Ovarios*.— La lesión ovárica puede ser superficial, es decir, afectar sólo la albugínea dando fenómenos de peri-ováritis bacilar o profunda y penetrar en el parenquima, dando una ovari-

tis tuberculosa parenquimatosa con múltiples abscesos que confluyen formando una gran bolsa purulenta tubo-ovárica que puede llegar al tamaño de una cabeza fetal.

Es el tercer órgano en orden de frecuencia que se infecta. Todos los autores anteriormente citados admiten que el ovario es atacado aproximadamente en la mitad de los casos de tuberculosis genital. Así mismo, Amaya León (op. cit.) en nuestro medio encontró igual porcentaje. Nosotros encontramos 14 casos en 28, lo cual da también un 50%. Creemos que este dato en relación a ovarios es más fidedigno, porque en general los casos llegados a la consulta hospitalaria son pacientes descuidadas y con lesiones avanzadas a quienes al practicarle un examen ginecológico se les encuentran grandes masas anexiales que son diagnosticadas como "anexitis" simplemente; son hospitalizadas y operadas sin estudiarse la posibilidad diagnóstica de la etiología tuberculosa: la simple biopsia endometrial de que ya hemos hablado. Por estas razones es alto el compromiso ovárico en nuestro medio.

D. *Cuello uterino.*— Microscópicamente la tuberculosis cervical aparece como una erosión cubierta de barniz o como una úlcera plana, de bordes irregulares, sin infiltración, pero pudiendo presentar formaciones nodulares. También existe una forma papilar o vegetante descrita por Bonnet y Bullard (20) que asienta sobre una base erosionada. Las formas miliarenses son raras en esta localización y es excepcional la forma intersticial e infiltrante descrita por Cotte (21).

Al ver visualizada con el espéculo la lesión del cérvix, es posible la confusión con el carcinoma en el momento del examen. La diferencia esencial radica en que, en la tuberculosis del cérvix no se encuentra infiltración parametrial y sobre todo que la lesión no es friable, no sangra fácilmente. Al tomar una biopsia en un caso sospechoso, esta debe ser profunda, ya que a veces es posible, como anota Orht (22), que en las mucosas provistas de epitelio plano, los tubérculos pueden existir debajo de los elementos epiteliales inalterados y las tomas superficiales pueden ocultar con un diagnóstico banal una tuberculosis subyacente.

En nuestra serie encontramos 3 casos de tuberculosis del cuello con una frecuencia del 10.7%. En un caso se encontró accidentalmente, asociado con una endometritis tuberculosa en una histerectomía por prolapso. Otro fue el caso del pólipo cervical extirpado en la consulta externa y cuyo diagnóstico tampoco se sospechaba y el último, fue en una paciente a quien se le hizo el

diagnóstico clínico de carcinoma del cuello. Se le hicieron varias biopsias, inclusive en el Instituto Nacional de Cancerología y todas confirmaron el diagnóstico de tuberculosis del cuello. Este caso fue posteriormente operado y se encontró una tuberculosis genital total con pelviperitonitis.

En general, puede decirse que no es muy frecuente la tuberculosis del cuello. Morris (23) cita 4 lesiones cervicales entre 74 piezas de tuberculosis en su laboratorio de la Universidad de Pensilvania; cita también que Spaeth encontró 6 casos de lesiones cervicales entre 119 casos de tuberculosis genital. Amaya (op. cit.) encontró un 4%; en el Johns Hopkins Hospital Stevenson (24) señala de un 5 a un 8%. Nosotros hallamos una proporción más alta, 10.7%. Wood y Elgueta (25) y algunos otros autores señalan 16% de tuberculosis del cuello uterino. La frecuencia de la tuberculosis del cuello en relación al cuerpo es de un 5% según A. Martín (26) y algunos autores la elevan al 31% y otros hasta el 50% (27). Nosotros calculamos una relación aproximada de 3 a 1, según se desprende de nuestros porcentajes.

Un caso de tuberculosis *única* del cuello sin ninguna otra localización genital, es descrito por Fernández Ruíz (27) de la Universidad de Valladolid (España). La biopsia del endometrio fue negativa y clínicamente los anexos eran normales. Es probable que hubiese podido existir una tuberculosis anexial asintomática ya que autores como Franke (28) y Devauwerts (29) describen casos de tuberculosis cervical y tubaria con integridad del endometrio, lo cual se podría explicar —con reservas— al tomar en consideración la periódica y cíclica renovación de la mucosa endouterina. Collins (op. cit.) reconocía hasta 1939, 185 casos en total de tuberculosis cervical en la literatura mundial.

En general se puede admitir que la baja frecuencia de la tuberculosis del cuello en relación a la del endometrio, se debe a la barrera que se opone a la propagación descendente representada por el orificio interno, señalada por Rokitanski (30) y a la resistencia que ofrece la mucosa cervical según señalan varios autores (Jung, Krining, Veit y Williams) (31).

E. Vagina y vulva.— Muy excepcionalmente son atacadas por la infección. Nosotros no encontramos ningún caso. Cuando se presenta, es muy parecida a las lesiones cutáneas y con tendencia a la ulceración y al crecimiento papilar debido a que existe allí mayor humedad. Según Novak (34) la tuberculosis de la vagina parece ser más rara que la de la vulva. Taussig (33) reco-

noce 60 casos en la literatura mundial de tuberculosis de la vulva y Pandini (34) 100 casos. Amaya León (35) publicó un caso de tuberculosis de la vulva asociado a un carcinoma epidermoide espinocelular, sin ninguna otra referencia bibliográfica mundial y relata que entre nosotros hasta el año de 1950 sólo se habían presentado 2 casos de tuberculosis de la vulva y ninguno de la vagina. En los últimos años, revisados por nosotros, tampoco se ha presentado ningún caso.

Sintomatología.— Se presenta en plena actividad genital, de preferencia en mujeres estériles, de lo cual es generalmente la causa.

En nuestra serie encontramos un caso en mujeres menores de diecinueve años, 13 casos entre los veinte y veintinueve años, 8 casos entre los treinta y treinta y nueve años, 2 casos entre los cuarenta y cuarenta y nueve años y 4 casos a una edad mayor de los cincuenta años. Como vemos, la mayor frecuencia está entre los veinte y veintinueve años y luego sigue entre los treinta y treinta y nueve años, es decir, en plena vida genital de la mujer.

Se le atribuye grande importancia a la esterilidad como síntoma. Sharman (36) dice que la tuberculosis genital se presenta con una frecuencia 15 veces más alta en las mujeres estériles que en las fecundas y aconseja considerar todo caso de endometritis en mujeres primariamente estériles como sospechosa de ser tuberculosa, ya que encontró que la biopsia endometrial a veces no revela tuberculosis a pesar de existir ésta en el endometrio, presentándose en ocasiones sólo signos de endometritis crónica pero reconocible etiología tuberculosa por la infiltración de células redondas plasmáticas. Por otra parte, la biopsia podría tomar un pedazo de tejido no atacado por el proceso tuberculoso.

El mecanismo en la producción de la esterilidad, sería por las lesiones tubarias con obstrucción, en primer lugar, a lesiones ováricas que produzcan una hipoplasia genital si la infección se hace a una temprana edad o insuficiencia ovárica si se hace más tarde y por último, también a las lesiones endometriales en sí.

Algunos autores señalan la importancia diagnóstica de dolores pelvianos difusos, vagos, pero constantes y tenaces. En nuestra serie este fue el principal motivo de consulta; 21 de 28 enfermas consultaron por esos dolores del bajo abdomen, difusos, persistentes, que las obligaron a recurrir a la consulta médica. Aunque en realidad muy poco dicente, es este el síntoma más común.

Por trastornos en la esfera ginecológica consultaron 9 pacientes, 2 por flujo, 2 por prolapso y 6 por alteraciones del ciclo consistentes en oligo-hipermenorrea, hipermenorrea o amenorrea.

Amaya (op. cit.) dice que los ciclos menstruales se muestran normales por lo general en la tuberculosis genital a pesar de la invasión de ovarios y endometrio (para nuestros casos deducimos una frecuencia del 21.4% en trastornos del ciclo) y en el Sanatorio de Santa Clara en enfermas francamente tuberculosas pulmonares, encontró un 50% de trastornos menstruales, con un cierto valor pronóstico en el sentido de que cuando mejoraba la función menstrual era índice de una mejoría en las lesiones pulmonares y en el estado general; lo contrario en cuanto a la amenorrea en tuberculosis pulmonar avanzada, sería de pronóstico fatal.

Objetivamente se pueden encontrar algunos signos, como la notable palidez de los tegumentos, la marcada tendencia al endurecimiento de las trompas con frecuente calcificación tubaria y fuertes adherencias que la fijan. Por lo general la enfermedad no se acompaña de síntomas llamativos, es eminentemente crónica, de evolución tórpida.

Esterilidad.— Encontramos un alto porcentaje de mujeres estériles. Eran multiparas 15 o sea el 53.5% y estériles 13 o sea el 46.5%, es decir, casi la mitad de los casos. De estas, 10 eran nulíparas con esterilidad primaria de más de cinco años de duración y tres *primíparas* con esterilidad secundaria de seis, ocho y diez años de duración respectivamente. Vemos pues, que en relación al número total de casos, la esterilidad primaria era alta, del 35.7%.

Diagnóstico.— En ninguno de los casos analizados por nosotros se sospechó clínicamente el diagnóstico de tuberculosis genital. De las 24 operadas en sólo 11 se hizo el diagnóstico operatorio, macroscópico, de lesiones tuberculosas.

Como se ve, no es fácil el diagnóstico y por esto se debe sospechar la enfermedad cuando se encuentren procesos anexiales en vírgenes o en nulíparas en quienes se puede descartar la infección séptica post-partum o post-abortum. Habrá que descartar también la infección gonocócica.

Se debe pensar en la tuberculosis cuando hay tumores anexiales de tipo inflamatorio que no mejoren con tratamiento médico correcto o cuando hay desproporción entre la lesión anató-

mica y la escasa sintomatología subjetiva de la enferma; también cuando haya antecedentes de tuberculosis pulmonar o de otro órgano.

Es indispensable recurrir a los métodos auxiliares de diagnóstico como la biopsia endometrial, raspado uterino (excepcionalmente), cultivos, inoculación al cobayo, utero-salpingografía, eritrosedimentación, hemograma, etc.

Merece especial mención la biopsia del endometrio por ser el examen más importante y prácticamente inocuo. Se puede realizar en pacientes ambulatorias, sin anestesia, necesitándose una dilatación del cuello de sólo 4 milímetros, que permite a la cucharilla un recorrido sobre las caras y bordes de la cavidad uterina, maniobra que suministra tejido suficiente para la investigación histológica. La biopsia en esta forma también permite darse cuenta del estado del cuello cuando no existen lesiones macroscópicas, ya que el instrumento actúa de igual modo sobre el endocérnix. La biopsia debe practicarse en la semana precedente a la menstruación, evitando con la ejecución en otro momento del ciclo menstrual, resultados falsos negativos, porque es posible que las lesiones específicas sean eliminadas conjuntamente con la capa funcional al sobrevenir la menstruación.

El raspado explorador no sería conveniente hacerlo cuando se sospeche la tuberculosis endometrial, por la posible diseminación y activación, aunque autores americanos (36) la aconsejan con el uso simultáneo de estreptomycin.

La eritrosedimentación no es tan elevada como se podría pensar (37).

La utero-salpingografía aunque a veces tiene algunas contraindicaciones, como la tuberculosis evolutiva, es indudablemente de una valiosa ayuda en aquellos casos en donde la biopsia del endometrio es negativa. Samuel Rozin (38) y autores escandinavos (39) especialmente, han descrito tres grupos de signos: signos probables, muy probables y signos de certeza. Los últimos están representados por calcificaciones en las trompas, en los ovarios y en los ganglios pelvianos y no sería necesaria la inyección de sustancias radio-opacas.

Pronóstico.— En cuanto a la vida el pronóstico es generalmente bueno, pero interesa saber en cuanto a la conservación de las funciones reproductoras de la mujer.

Parece que es poco probable que con el mejor de los tratamientos conservadores, el aparato genital recobre su plena acti-

vidad fisiológica de reproducción, pues es lógico pensar que la curación se hace a base de esclerosis tisular. Sólo en casos incipientes, en que ha sido atacada la serosa, sin compromiso de la mucosa —especialmente en la trompa por su compleja y aun no bien conocida fisiología—, es de esperarse una curación aceptable con probabilidades de embarazo normal.

Uno de nuestros casos, mujer multipara, fue atendida por aborto incompleto en los servicios de maternidad. Pocos días después de haber sido legrada, fue intervenida, encontrándose una anexitis tuberculosa bilateral. Raro caso, en que quedamos sin saber si la infección tuberculosa fue antes o después del embarazo. Sin embargo, en la literatura médica se citan varios casos. M. Leo y James A. Batts (40) del Harlem Hospital de Nueva York citan 2 casos de embarazo después de tratamiento de tuberculosis pélvica en mujeres estériles, una de ellas abortó después de seis semanas y otra tuvo un embarazo ectópico. Sharman (op. cit.) en un estudio posterior de 145 pacientes estériles y tratadas para tuberculosis genital, mostró que una paciente estéril con tuberculosis endometrial concibió y también dice que la recuperación de la fertilidad en casos de tuberculosis endometrio-tubal es altamente improbable.

De manera pues, que el embarazo, después o en asociación con una tuberculosis pélvica, es extraordinariamente raro. Raban (14) alega que él comunicó el primer caso de embarazo a término subsiguiente a un tratamiento de tuberculosis genital. Kullander (41) también comunica un caso de endometritis tuberculosa que fue tratado con P. A. S. por cerca de seis meses, después de lo cual ocurrió el embarazo, siguió un curso enteramente normal y nació un niño sano. Donaldson (42) comunica de una paciente que tuvo un aborto de un embarazo intrauterino y otra en la que se descubrió una tuberculosis pélvica a los seis meses de embarazo. Revisó la literatura y comunica casos en los que la infección fue descubierta por primera vez poco después del embarazo, pues no hay evidencia o pruebas concretas de que la tuberculosis pélvica existiera antes de ocurrir el embarazo. La suposición, sin embargo, es que la tuberculosis pélvica existía probablemente en forma latente. Menciona el artículo de Fruhinsholz y Fenillade en el que ellos se refieren a casos publicados de embarazo normal subsiguiente a cirugía conservadora para tuberculosis genital y el mismo Donaldson comunica un caso suyo. Studdiford (43) relata también algunos casos.

TRATAMIENTO

La conducta quirúrgica no se ha modificado sustancialmente con el aporte de antibióticos y quimioterápicos. Pero indudablemente los antibióticos han reforzado, acortado y facilitado la acción del especialista. En las formas incipientes y evolutivas o progresivas, es donde tienen su mayor acción por la detención o estabilización del proceso. Se afirma que las dosis necesarias para curar el endometrio tuberculoso, no sirven para curar las trompas, debido a que ellas no disfrutaban de las condiciones que en el endometrio favorecen la mejoría, a saber; superficialidad de las lesiones, eliminación periódica de las capas superficiales y mayor aporte sanguíneo que eleva las concentraciones del antibiótico en ese tejido.

Se emplean la estreptomina y la dihidroestreptomina asociadas al ácido para-amino-salicílico. Esta última droga además de ayudar a evitar la resistencia microbiana, es un bacteriostático que también se emplea en forma local en nebulizaciones y pomadas; en inyecciones, en concentraciones del 5 y 10% que en ginecología se emplean para infiltración de los parametrios y aplicaciones endouterinas. Es aconsejable la asociación de estreptomina y P. A. S., administrados tanto por vía general como local. Blanchard (44) aconseja el siguiente esquema de tratamiento: 12 gramos de granulado cálcico de P. A. S., divididos en 3 tomas de 4 gramos cada una, por diez días, dando 120 gramos de droga en total. Dihidroestreptomina a razón de un gramo diario, durante diez días, es decir, no se sobrepasa 10 gramos por serie. Un período de intervalo de 7 a 10 días y se repite y alterna con tratamiento local según la evolución de la enfermedad.

En la tuberculosis del cuello se emplea la electrocoagulación, siendo generalmente suficiente una sola sesión y asociando el empleo de los antibióticos (45).

En cuanto a los derivados de la hidrazida del ácido isonicotínico o novísimos antibióticos como la Viomicina, no conocemos datos concluyentes al respecto, pero es de suponerse que los resultados sean similares a los anteriores.

En otras épocas se empleó como tratamiento la simple laparotomía con exposición al aire y a la luz o a rayos ultravioletas. También se han usado los rayos X, la curieterapia, la helioterapia, el pneumoperitoneo (inyecciones de oxígeno, un litro por semana) y el reposo prolongado en sanatorios. En realidad de

verdad, no sabríamos valorar todas estas conductas terapéuticas, pero es muy posible que ante los nuevos tratamientos, hayan pasado a un segundo plano.

En nuestra serie 18 enfermas fueron tratadas después de descubrirse su tuberculosis genital y 10 no fueron tratadas, probablemente por juzgarse suficiente la cirugía radical. En tres enfermas se empleó sólo estreptomycin, en una se combinó con roengenterapia y en otra con rayos ultravioletas. En 9 se hizo tratamiento combinado de estreptomycin y P. A. S. y en 6 tratamiento combinado de estreptomycin, P. A. S. y algún derivado de la hidrazida del ácido isonicotínico. Los resultados no es posible valorarlos, pues 20 enfermas nunca fueron controladas y en las 8 restantes en las que sí se practicó control, vemos: en una enferma —aquella que padecía una tuberculosis pulmonar— y a quien se le practicó una salpingo-ooforectomía derecha, fue controlada por diversas causas y en un reciente examen ginecológico no se le encontró clínicamente nada genital. En otra enferma a quien se le practicó una salpingectomía bilateral y la cual no fue tratada médicamente en forma específica, en una biopsia endometrial reciente —hecha un año después—, se encontró sólo una endometritis crónica de origen indeterminado. En un tercer caso que se practicó histerectomía total con salpingo-ooforectomía bilateral y tratamiento médico, en un control practicado a los ocho meses, no se encontró nada anormal. En una cuarta enferma, la que además de su anexitis tuberculosa tenía un carcinoma del cuello estado I y a quien se le hizo una operación de Wertheim, en el control practicado a los seis meses estaba perfectamente bien. En el quinto caso, una endometritis tuberculosa y que está siendo tratada con estreptomycin y P. A. S., en el último control hecho nueve meses después de iniciado el tratamiento, una biopsia endometrial reveló persistencia de la lesión tuberculosa endometrial. En el sexto caso a quien se hizo salpingo-ooforectomía bilateral y tratamiento con estreptomycin, P. A. S. e hidrazida del ácido isonicotínico, fue satisfactorio el último control. La séptima enferma fue operada recientemente por una tuberculosis genital total con pelviperitonitis, se le hizo histerectomía total con salpingo-ooforectomía bilateral y un mes después al control no revela ninguna lesión. Y el último caso es una endometritis tuberculosa que sólo lleva un mes de control y de tratamiento.

Como se ve, los casos controlados son muy pocos, lo cual dificulta una mejor investigación y conclusiones más acertadas.

En síntesis, la cirugía radical continúa indicada en casos avanzados, previo tratamiento médico con antibióticos, lo mismo que en el post-operatorio, porque se sostiene que siempre, quedan focos residuales, y en casos más simples debe intentarse practicar tratamiento médico y cirugía conservadora.

En toda enferma portadora de tuberculosis genital se debe desaconsejar el embarazo mientras dure su enfermedad que agravaría las lesiones (46), aunque hay mucho optimismo al suponer que en tales condiciones se pueda producir el embarazo.

SUMARIO

1.—Se hace la revisión de las estadísticas en dos años y medio del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá.

2.—Se presenta una serie de 28 casos de tuberculosis genital, comprobados con estudios anatómo-patológicos.

3.—Se revisa la literatura sobre el particular.

4.—Se hace una breve introducción y se estudia la localización, el mecanismo de infección, la sintomatología, el diagnóstico, el pronóstico, algunas consideraciones sobre esterilidad y el tratamiento.

5.—Se analizan los casos y se establecen varios porcentajes.

CONCLUSIONES

1.—La tuberculosis genital en relación a todos los exámenes histo-patológicos, es del 0.5% y en relación a los exámenes histológicos ginecológicos es del 1.2%.

2.—La tuberculosis genital ha aumentado su frecuencia de 0.4% en 1953 a 0.7% en 1955, en relación a todos los exámenes histo-patológicos.

3.—La salpingitis tuberculosa es del 7.3%, en relación a todas las enfermedades de las trompas.

4.—En la tuberculosis genital las trompas están comprometidas en el 82.1%, con lesiones bilaterales del 77.2%. Presumiblemente estos porcentajes son mayores.

5.—El endometrio está afectado en el 28.5%. También se presume mayor este porcentaje.

6.—El miometrio está afectado en el 3.5%.

7.—Los ovarios están afectados en el 50%.

8.—El cuello está afectado en el 10.7%.

9.—La relación entre las lesiones del cuerpo y el cuello es de 3 a 1.

10.—No se encontró ningún caso de tuberculosis en vagina y vulva.

11.—La tuberculosis genital se presenta con mayor frecuencia en mujeres entre los veinte y cuarenta años de edad.

12.—Los dolores pelvianos difusos constituyeron el principal motivo de consulta.

13.—En el 21.4% hubo trastornos del ciclo menstrual.

14.—El 46.5% eran mujeres estériles, con 35.7% para esterilidad primaria.

15.—Se aconseja la biopsia endometrial como eficaz método diagnóstico.

16.—Por existir muchas deficiencias en el control de las enfermas, no es posible sacar conclusiones sobre tratamientos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Alvarez (cita de Amaya León).
- 2.—Urrutia (cita de Amaya León).
- 3.—Cita de Amaya León.
- 4.—Curtis A. H. GINECOLOGIA, 2ª ed., 1947.
- 5.—Crossen H. S. Crossen, GINECOLOGIA OPERATORIA.
- 6.—Collins (cita de Curtis).
- 7.—Wood J., Rev. Obs. y Ginec., Ag. Sep., 1953.
- 9.—Espinosa A., Tesis de grado, 1946.
- 10.—Stallworthy J., j. obst. gynnae, brit. emp. 59: 729, 1952.
- 11.—Vieira y Berardi (cita de Wood).
- 12.—Greenberg, Wharton (cita de Amaya León).
- 13.—Raban E., j. obst. gin. brt. emp., 59: 743, oct. 1952.
- 14.—Sutherland A., j. obst. gin. brt. emp., 50: 161, 1943.
- 15.—Mazer e Israel., DIAGNOSTICO Y TRAT. DE LOS TRANST. MENST. Y DE LA ESTERILIDAD, 3ª ed., 1953.
- 16.—Halbrecht I., am. j. obst. ginec., 61A: 250, 1951.
- 17.—Haines M., Lancet 1: 436, 1951.
- 18.—Fereira Dos Santos., rev. obst. ginec. lat. amer., 5, 1952.
- 19.—Bonnet y Bullard (cita de Sered).
- 20.—Cotte (cita de Sered).
- 21.—Orth (cita de Sered).
- 22.—Morris (cita de Curtis).
- 23.—Stevenson (cita de Amaya).
- 24.—Wood J. y Elgueta H., rev. obst. ginec. lat. amer., 6, junio, 1952.
- 25.—Martin A. (cita de Sered).
- 26.—Fernández Ruiz C., rev. mex. cir. gin. y can., 8 agosto, 1950.
- 27.—Franke (cita de Fernández Ruiz).

- 28.—Devauwerts (cita de Fernández Ruíz).
- 29.—Rokitanski (cita de Fernández Ruíz).
- 30.—Jung, Krinigetc (cita de Fernández Ruíz).
- 31.—Novak (cita de Amaya).
- 32.—Taussig (cita de Amaya).
- 33.—Pandini (cita de Amaya).
- 34.—Amaya León H., rev. fac. med. bog. col., 1949.
- 35.—Aparicio A., conf. ginec., 1951.
- 36.—Sharman A., j. obst. gin. brit. emp., 59: 740, 1952.
- 37.—Rozin S. (cita de Wood).
- 38.—Cita de Wood).
- 39.—Leo M. y Batts A., Year Book of Obstetrics and Gynecology, 1953
- 40.—Kullander, glasgow M. 5., 33: 395, oct. 1952 (cita del Year Book).
- 41.—Donaldson, brt. M. J., 2: 128, jul., 1952.
- 42.—Studdiford E., am. j. obst. gynec., 69: 379, feb., 1955.
- 43.—Blanchard O., rev. obst. gin. de venez., 3, 1953.
- 44.—Sered H., j. int. oll. sug., oct. 1953.
- 45.—Quijano H., tesis de grado, 1953.

INFORME DE COMISION SOBRE EL TRABAJO DEL
Dr. GUILLERMO VALENCIA PIEDRAHITA

Octubre 6 de 1955.

Sr. Presidente de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología.— L. C.

Estimado amigo:

Hemos leído con todo cuidado el trabajo presentado por el doctor Guillermo Valencia Piedrahita, titulado TUBERCULOSIS GENITAL EN LA MUJER.

Consideramos éste un magnifico aporte al buen conocimiento de tal entidad en nuestro medio.

Recomendamos su atenta lectura a todos los ginecólogos del país.

Con satisfacción proponemos el nombre del doctor Valencia para ser aceptado como miembro de número de esta Sociedad.

Atentamente,

Dr. EUGENIO SANCHEZ

Dr. HERNANDO AMAYA LEON