
Tuberculosis Endometrial y Embarazo

Dr. Jaime Botero Uribe — Dr. Jorge Restrepo Salazar

Del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia

La coexistencia de tuberculosis endometrial y embarazo intrauterino no es un hallazgo frecuente y parece serlo menos el que el embarazo progrese hasta el último trimestre. Studdiford (1) refiere que solo ha sido demostrado un caso de embarazo uterino que haya ocurrido poco tiempo después del reconocimiento de una infección endometrial tuberculosa.

PRESENTACION DE CASOS

CASO N° 1

M. D. Q. v. de C. Paciente de 44 años de edad, grávida 18, para 16, abortos 1, vivos 7, con UM: V-19-58, admitida a la sección de obstetricia del Hospital Universitario de San Vicente de Paúl el IX-19-58 con la historia de sensación de cuerpo extraño vaginal, dolor sacrolumbar, malestar general, anorexia y pérdida de peso.

Antecedentes familiares: Padre muerto de asma cardíaca (?) Madre viva, sufre de prolapso genital.

Antecedentes personales: Artritis, diarrea, prolapso intestinal, tifoidea, gripas fuertes. Un día antes de su admisión se le había hecho una biopsia de endometrio en la consulta externa del mismo Hospital, en el curso de una evaluación ginecológica de su prolapso genital.

El examen físico reveló una paciente con aparente anemia y con enflaquecimiento moderado; en el abdomen había una masa central que ascendía de la pelvis hasta 16 cms. por arriba de la sínfisis y que correspondía a un útero gestante. Los ruidos fetales eran positivos. El examen pélvico confirmó el crecimiento uterino y demostró reblandecimiento del cuello y salida a través del mismo de sangre fresca en escasa cantidad.

Con el diagnóstico de amenaza de aborto provocada por la exploración intrauterina fue hospitalizada y puesta en reposo; se le ordenaron sedantes. Tres días más tarde se conoció el resultado de la biopsia que indicó una endome-

tritis tuberculosa. Se inició tratamiento con estreptomycin, 3 gramos a la semana y PAS 12 gramos diarios. La radiografía de tórax mostró solamente un refuerzo de la trama en la parte media del pulmón derecho y nódulos de aspecto fibroso. El hemograma era así: Hgb. 8.2 gm.%, Hct. 30 mm., sedimentación 60 mm. (Wintrobe), leucograma 8.150 xmmc. 72 neutrófilos y 28 linfocitos por ciento. La paciente fue dada de alta en buenas condiciones, después de permanecer 26 días en el servicio. Se le recomendó continuar recibiendo estreptomycin y nidrazid, 300 mg. diarios.

Regresó a la sección de obstetricia el 29 de Noviembre de 1958, porque cinco días antes había empezado a tener síntomas de su prolapso; tenía 38.4 grados de temperatura. Fué puesta en reposo absoluto y se continuó la administración de drogas antituberculosas. Tres días más tarde ocurrió el parto espontáneo de un feto de sexo masculino de 1.250 gramos de peso que murió 2 días después. El estudio post-mortem no demostró en él ninguna lesión tuberculosa. No se hizo estudio histológico de la placenta.

Se le dio de alta 21 días después de su admisión y fue internada de nuevo el 19 de Enero de 1959; al día siguiente se le practicó un examen bajo anestesia que demostró los genitales internos normales, y se le hizo un raspado endometrial completo; el estudio de este tejido mostró de nuevo una endometritis tuberculosa. Fue dada de alta con tratamiento quimioterápico 15 días después de su admisión.

El nuevo ingreso, en Abril 20 de 1959, lo hace a la sección de Ginecología con historia de una sola menstruación que duró 15 días, después de ocurrido el parto, y con un prolapso genital que comprendía un histerocele de 2º grado y un cisto y rectocele de 3er. grado. El resto del examen ginecológico era negativo. Desde la fecha del parto, 5 meses antes, estaba recibiendo 2 gramos de estreptomycin a la semana y 300 miligramos diarios de nidrazid.

Se le hizo un raspado completo de endometrio y el material fue enviado para investigar BK.; los cultivos de orina y endometrio fueron negativos. Se le practicó una histerectomía vaginal y unas plastias anterior y posterior, así como una hemorroidectomía, encontrándose el útero y las trompas normales; en el ovario izquierdo, que se extirpó, se encontró un quiste de 4 cms. de diámetro. El post-operatorio fue normal, con excepción de alguna dificultad para establecer la micción espontánea. El examen anatomopatológico de la pieza quirúrgica demostró solamente atrofia endometrial, cervicitis, un quiste foliular y un cuerpo amarillo.

Una revisión practicada 50 días después de la intervención, no demostró ninguna evidencia de actividad tuberculosa. Vista de nuevo por una gripa 90 días después de la intervención, no se encontró aún evidencia de recidiva.

CASO Nº 2

V. V. M. Paciente de 27 años de edad, grávida 2, para a término 2, admitida por primera vez a la sección de ginecología del Hospital Universitario San Vicente de Paul, el 6 de Agosto de 1956 porque presentaba una amenorrea de

3 años, un rectocele de 2º grado, un enterocele y una hernia inguinal derecha. Una biopsia de endometrio tomada el 31 demostró una endometritis tuberculosa.

El examen pélvico solo demostró un endurecimiento fibroso de ambos parametrios por lo cual se clasificó como una tuberculosis genital mínima. Inició tratamiento con estreptomycin, nidrazid y PAS, recibiendo 30 gramos de la primera administrados de manera continua y seguidos de 2 gramos a la semana por 3 meses. De PAS recibió continuamente 12 gms. diarios, por un total de 480 gramos, al principio del tratamiento, y de nidrazid recibió 300 miligramos diarios por un tiempo total de 19 meses.

Una nueva biopsia endometrial tomada el 28 de Septiembre de 1956 aún demostró una tuberculosis endometrial. Durante este período de permanencia en el Hospital fue sometida a una herniorrafia inguinal que fue necesario repetir por recidiva. Fue dada de alta el 14 de Noviembre del mismo año, un poco más de 3 meses después de su admisión, para seguir siendo controlada en la consulta externa.

Reingresó en Abril de 1957 y se le practicó un raspado endometrial completo; el resultado de anatomía patológica indicó endometrio en fase luteínica.

No se sabe cuánto tiempo después de iniciado el tratamiento, la paciente volvió a tener menstruaciones normales con un ciclo de 28 x 3. La infiltración parametrial había desaparecido 20 meses después de que se había iniciado la quimioterapia antituberculosa. Un nuevo raspado endometrial demostró endometrio en fase folicular y un cultivo de material endometrial fue negativo para BK.

El 21 de Mayo de 1958 se le practicó corrección del rectocele y del enterocele; la exploración de los genitales internos verificada a través del saco abierto demostró su normalidad; el estudio del endometrio mostró una fase luteínica sin evidencia de tuberculosis. Continuó menstruando normalmente; un raspado practicado el 26 de Julio de 1960 mostró fase folicular.

En ninguna ocasión ni los estudios radiológicos y bacteriológicos, ni los exámenes clínicos demostraron compromiso pulmonar o renal por el proceso tuberculoso. Vista por última vez el 6 de Abril de 1961 estaba en la 30ª semana de un embarazo que progresaba satisfactoriamente.

DISCUSION

De los dos casos que hemos presentado, en el primero se encontró un embarazo que se desarrolló satisfactoriamente hasta que el feto alcanzó la viabilidad, en un endometrio que tenía una infección tuberculosa activa (la primera biopsia mostró, además

de los típicos folículos tuberculosos, caseificación). (Fig. 1) Sin embargo, no se encontró infección congénita del feto en el estudio post-mortem.

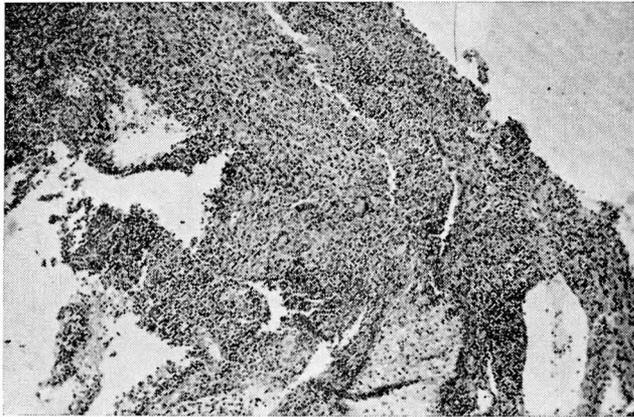


FIGURA N° 1

En el segundo caso una esterilidad secundaria con amenoreea, producida por una endometritis tuberculosa, fue curada con el tratamiento apropiado, permitiéndose la implantación de un embarazo que hasta el momento de escribirse este artículo progresa satisfactoriamente. En esta paciente no se hicieron estudios de permeabilidad tubaria después de que se consideró curada la endometritis tuberculosa, porque era soltera.

Bret, Coupé y Legros (2) publican el caso de un niño nacido después de un embarazo de 7½ meses con un peso de 1.900 gramos y quien cinco semanas más tarde presentó una adenitis de la región submaxilar que se demostró ser de origen tuberculoso. Se estudió entonces la madre y se encontró en ella una endometritis tuberculosa. El tratamiento quimioterápico tanto de la madre como del niño produjeron la curación total de ambos.

Albornoz (3) cree en la imposibilidad de que el contagio del feto en una tuberculosis congénita pueda partir de una endometritis tuberculosa porque no se puede producir la anidación del huevo en estas circunstancias; publica un caso de tuberculosis

congénita en un recién nacido en cuya madre no se hizo desafortunadamente estudio de la localización del foco tuberculoso ni se examinó la placenta para buscar en ella la infección.

McInroy y Graig (4) publican un caso de endometritis tuberculosa en la que se implantó un huevo, produciéndose el aborto en el cuarto mes; sostienen que la concomitancia de tuberculosis endometrial con productos de la concepción ha sido muy raramente encontrada. Aunque exista la posibilidad de que se produzca la implantación del huevo en tales endometrios, parece que la presencia de la tuberculosis interfiere de una manera desconocida el desarrollo subsecuente del huevo fertilizado y evita la continuación del embarazo. Su hipótesis es que hay una competencia entre la estimulación hormonal de la gestación y la producida por el bacilo tuberculoso para el control del crecimiento de las células del estroma del endometrio; esto trastornaría el balance entre el bacilo tuberculoso infectante y la reacción defensiva que ocurre normalmente en los tejidos. Como consecuencia se presentaría una diseminación rápida y selectiva con necrosis de la decidua, que produciría el aborto en la iniciación del embarazo.

Sutherland (5) menciona que en el curso de una investigación sobre tuberculosis genital encontró al menos seis casos en los cuales la lesión tuberculosa se inició durante el embarazo o en el período del post-parto aunque no fue posible determinar esto con certeza. De estos casos en solamente uno, el Nº 6, se encontraron al examen anatomopatológico productos de la concepción de un aborto incompleto, al mismo tiempo que evidencia de endometritis tuberculosa.

El mismo autor cita el trabajo de Russell, Jackson y Midgley (6), uno de cuyos casos era una paciente que desarrolló una peritonitis tuberculosa durante el embarazo.

Refiere que casos demostrados de embarazo implantado en un útero con tuberculosis demostrada, raramente son informados. Además, el diagnóstico se ha basado en el cuadro anatomopatoló-

gico solamente, habiendo faltado la evidencia bacteriológica. Kese, Menyaz y Negrut (7) presentan el caso de una paciente múltipara con tuberculosis útero-anexial, sometida a tratamiento con estreptomycin, nidrazid y PAS durante un año; al cabo de este tiempo hubo una gestación normal que terminó en el parto de una niña sana con pruebas negativas para tuberculosis. La placenta presentó el cuadro histológico de esta entidad. Este caso se interpretó como una infección que fue llevada por vía hematogena a los anexos. Dicen los autores que en la actualidad no se debe ser muy pesimista con la tuberculosis pélvica, pues como este caso lo demuestra, las funciones ováricas: menstrual y generativa, se recuperan completamente con el tratamiento médico.

Herring y King (8) hablan de la rareza de que coincidan el embarazo y la endometritis tuberculosa y presentan el caso de una paciente que dio a luz un feto que murió 22 días después de nacido y en el cual se hizo el diagnóstico de tuberculosis pulmonar por aspiración. 3 semanas después del parto se hizo el diagnóstico de cervicitis y endometritis tuberculosa en la madre tanto por cultivo como por el estudio anatomopatológico y la inoculación al curí.

Norburn y Walker (9) publican 2 casos de endometritis tuberculosa tratados con estreptomycin y PAS seguidos de embarazos que terminaron en partos normales; ni la placenta ni el recién nacido presentaron evidencia de infección tuberculosa, que tampoco se encontró en el endometrio de ninguno de los casos.

Nokes y colaboradores (10) refieren el caso de un embarazo abdominal con tuberculosis en el feto en una paciente que tenía una salpingitis tuberculosa. Hasta la fecha de publicación de su artículo (Febrero, 1957) y agregando el que ellos presentan, el total de casos similares publicados asciende a 69.

Hallum y Thomas (11) refieren que hasta 1952 se habían demostrado 130 casos de endometritis tuberculosa y embarazo concomitantes; hacen una relación de los casos que se han presentado hasta entonces (1955) y presentan el de una paciente que después de una endometritis tuberculosa demostrada por el cultivo y la inoculación al curí y tratada con estreptomycin y

PAS tuvo un embarazo que terminó con el parto a término de un niño sano. La placenta no mostró evidencia de infección tuberculosa.

RESUMEN

1 — Se presenta un caso de tuberculosis endometrial demostrada por estudio anatomopatológico en el cual había un embarazo concomitante y que progresó hasta el 7º mes; no se demostró compromiso del recién nacido por el estudio post-mortem.

2 — Se presenta un caso de tuberculosis endometrial que se curó y se siguió de un embarazo intrauterino.

3 — En ambos casos la quimioterapia antituberculosa fue suficiente para producir la curación.

4 — Se revisa la literatura de los últimos años referente a este tema.

BIBLIOGRAFIA

- 1 STUDDIFORD, W. E. **Pregnancy and Pelvic Tuberculosis.** Am. J. Obst. & Gynec. 69 (2): 379-394. 1955.
- 2 BRET, A. J., COUPE, Cl. y LEGROS, R.: **Tuberculose congénitale, tuberculose endométriale de la mère, découverte grâce a l'apparition d' une adénitét cervicale supurée chez un enfant de 5 semaines isolé depuis la naissance.** Bull. Féd. soc. gyn. Obst. fr.: 8 (5): 575 586. 1956.
- 3 ALBORNOZ, C. **Un caso de tuberculosis congénita.** Rev. Colombiana Pediatría. 14 (3): 171-178 1955.
- 4 Mc. INROY, R. A. y CRAIG, G. A. **A case of post-partum tuberculous endometritis.** J. Obstet. Gynec. Brit. Emp. 62 (1): 106-108, 1955.
- 5 SUTHERLAND, A. M. **Post-partum Genital Tuberculosis.** Proc. Roy. Soc. Med. 45 (7) 411-413 1952.
- 6 RUSSELL, P. M. G., JACKSON, M. H. and MIDGLEY, R. L. **A personal study of forty cases of pelvic tuberculosis.** J. Obstet. Gynec. Brit. Emp. 58 (5): 712-732. 1951.

- 7 KESE, G., MENYASZ E., NEGRUT, J. Ausgetragene Spontangeburt bei Erstgebarender mittuberkulöser Erkrankung des Uterus und der Adnexe (Läsionen der Plazenta). Zbl. Gynaek 80 (36) 1.450-1.454. 1958.
- 8 HERRING, J. S. and KING, J. A. Tuberculosis of endometrium and of cervix associated with pregnancy. Successful treatment with streptomycin. Am. J. Obst. & Gynec. 60 (4): 925-927. 1950.
- 9 NORBURN, L. M., WALKER, A. H. C. Two cases of proved endometrial tuberculosis followed by successful pregnancy. J. Obstet. Gynec Brit Emp. 63 (2): 173-175. 1956.
- 10 NOKES, J. M. CLAIBORNE Jr., H. A. THORTON Jr., W. N. HSU YIU-TANG. Extrauterine Pregnancy associated with tuberculous salpingitis and congenital tuberculosis in the fetus. Obst. Gynaec. 9 (2): 206-211. 1957.
- 11 HALLUM, J. L. and THOMAS, H. E. Full time pregnancy after proved endometrial tuberculosis. J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. 62 (4) 548-550.