

TUBERCULOSIS GENITAL FEMENINA

Doctores **Bernardo Botero Peláez ***, **Jesús Montes Sáenz ****,

Oscar Acebedo Ferrer ***, **Antonio J. Giraldo G. ******

Hace algunos años, el diagnóstico de la tuberculosis genital era difícil y muchas veces imposible para nosotros. Los hallazgos quirúrgicos —verdaderas sorpresas— se sucedían inexorablemente. Esta serie de fracasos diagnósticos nos llevó a pensar más en esta entidad, obligándonos a un mejor análisis de las pacientes, especialmente aquellas jóvenes, estériles, con dolor pélvico y trastornos del ciclo, que presentaban además cérvix sano, anexos palpables o masas anexiales sin antecedentes de infección séptica o gonocócica.

Gracias al incremento dado al estudio de la esterilidad por la I.F.A. en los últimos 13 años, por medio de los consultorios especializados de esterilidad en donde se realizan rutinariamente biopsias y curetajes diagnósticos, se han venido a comprobar índices muy altos de tuberculosis geni-

tal, especialmente de las formas subclínicas en las cuales sólo usualmente se llega al diagnóstico por estos medios.

Material. El material para el presente trabajo consta de 64 casos de tuberculosis genital, recopilación en el período 1956-1963 primer semestre. De éstos casos, 53 pertenecen a la consulta de la Cátedra de Ginecología del Hospital Universitario de Caldas y 11 casos a nuestra consulta privada.

De acuerdo con la localización que nos sirvió para hacer el diagnóstico, los dividimos así: tuberculosis endometrial, 29 casos (45.3%); tuberculosis de las trompas, 33 casos (51.6%). Al diagnóstico se llegó exclusivamente por cultivo en dos casos (3.1%) ya que en ellos no se encontraron lesiones histológicas de tuberculosis genital a pesar de biopsias repetidas.

* Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Caldas.

** Director de Unidad Ginecológica. H. U. C.

*** Coordinador del Departamento Obstetricia y Ginecología. H. U. C.

**** Auxiliar del Departamento de Obstetricia y Ginecología. H. U. C.

El total de casos de endometritis tuberculosa fue de 42, por haberse comprobado posteriormente localización endometrial en 13 casos de tuberculosis tubaria.

CUADRO 1

	Nº	%
Tuberculosis endometrial	29	45.3
Tuberculosis de las trompas	33	51.6
Diagnóstico por cultivo	2	3.1
Totales:	64	100.0%

Edad. Las edades extremas oscilaron entre los 18 y los 56 años. En 52 (87.2%) las edades estaban entre los 20 y los 39 años, es decir, correspondían a mujeres en período genital activo.

CUADRO 2

	Nº	%
De 10 a 19	2	3.1
De 20 a 29	31	48.4
De 30 a 39	21	32.9
De 40 a 49	8	12.5
De 50 a 59	2	3.1
Totales:	64	100.0%

Antecedentes tuberculosos. Solamente se pudo comprobar la existencia de antecedentes tuberculosos en 12 casos (18.7%).

Motivos de consulta. El principal motivo de consulta lo constituyó el dolor pélvico, siguiendo en orden de frecuencia la esterilidad y los trastornos del ciclo; de éstos 7 (10.9%), corresponden a pacientes en amenorrea.

CUADRO 3

	Nº
Dolor pélvico	41
Esterilidad	30
Trastornos del ciclo	25
Otros motivos	29

Paridad. En 28 pacientes (43.7%) había historia de 149 embarazos, de los cuales 126 fueron a término y 23 terminaron en aborto.

En el cuadro número 4 se muestra en detalle la historia obstétrica de estas pacientes.

CUADRO 4

1	1	1	
8	2	1	1
3	3	3	
1	3	2	1
1	4		4
1	4	4	
2	6	6	
3	7	7	
1	9	9	
1	9	8	1
1	9	6	3
1	12	9	3
1	13	12	1
1	15	13	2
1	19	12	7

Esta notable frecuencia de embarazos en nuestro grupo contrasta con las cifras reportadas por Sutherland¹ de un 12.9% de embarazos previos al diagnóstico de tuberculosis genital, correspondiendo el porcentaje obtenido por nosotros al 43.7%. Basándose en su estadística y en la literatura acumulada a este respecto, este autor reafirma la baja fertilidad en mujeres que presentan localización genital de la tuberculosis.

Puede presumirse que un buen número de estos embarazos previos coexistieron con endometritis tuberculosa y trompas permeables, posibilidad que ha sido demostrada entre nosotros por *Botero y Restrepo*².

Embarazo ectópico. Una condición poco frecuente es la coexistencia del embarazo ectópico con la tuberculosis tubaria, Darwin-Power, O'Dwyer y Leslie en 1955, estudian un caso y revisan la literatura mundial encontrando 52 casos reportados y sólo 2 en la literatura británica³.

A. Varela Núñez, cita una estadística de Stevenson y Wharton en la cual se reporta un caso de tuberculosis genital, coexistiendo con embarazo ectópico, sobre un total de 402 casos de salpingitis tuberculosa y 510 casos de embarazo tubario⁴.

En 3 de nuestros casos (4.7%), la tuberculosis de las trompas coexistió con embarazo ectópico. De ellas 2 eran estériles primarias y una tenía historia de un embarazo a término. El examen histológico comprobó en 2 casos la tuberculosis en la trompa donde se implantaba el huevo y en el

caso restante, sólo en la trompa opuesta.

Se reconoce que la tuberculosis genital no es causa de esterilidad absoluta. Con el uso de los antibióticos y quimioterápicos cada vez se reportan más embarazos normales y ectópicos en pacientes que han recibido tratamiento⁵.

Un caso de embarazo ectópico, (aborto tubario), no incluido en el grupo anterior, corresponde a una paciente estéril primaria de 7 años cuyo diagnóstico de tuberculosis genital se confirmó por cultivo inmediatamente después de haber recibido tratamiento para tuberculosis pulmonar durante un año. Las biopsias de endometrio tomadas al principio, durante y al final del segundo tratamiento fueron negativas y una histerosalpingografía mostró trompas normales, tres meses antes de presentar el aborto tubario. El estudio histológico de una biopsia de pabellón tubario no reveló en ese momento signos de tuberculosis.

Esterilidad. El total de pacientes estériles fue de 36 (56.2%); de éstas, 27 (42.2%) estériles primarias y 9 (14.1%) estériles secundarias.

Del grupo anterior pertenecían a la consulta de esterilidad 30 (46.8%).

CUADRO 5

	Nº	%
Esterilidad primaria	27	42.2
Esterilidad secundaria	9	14.1
Total de esterilidad	36	

Sobre un total de 310 pacientes de la consulta hospitalaria de esterilidad, 21 (6.7%) tuvieron diagnóstico de tuberculosis genital. Sobre un total de 330 pacientes de la consulta privada de esterilidad de uno de nosotros (B. B. P.), 6 (1.8%) tuvieron diagnóstico de tuberculosis genital. Estas cifras ponen de manifiesto las diferencias socio-económicas de los grupos en mención.

CUADRO 6

	Nº	Nº	%
Consulta hospitalaria	310	21	6.7
Consulta privada	330	6	1.8

Trastorno del ciclo. Eran eumenorreicas 25 pacientes (39%); en 39 (61.0%) acusaban trastornos del ciclo consistentes por orden de frecuencia en: oligomenorrea, amenorrea, polimenorrea, metrorragia, hipo e hipermenorrea. Cifras semejantes presenta Murray en su clásico trabajo sobre tuberculosis genital⁶.

CUADRO 7

	Nº	%
Eumenorrea	25	39.0
Oligomenorrea	9	14.0
Amenorrea	7	11.0
Polimenorrea	6	9.4
Metrorragia	6	9.4
Hipomenorrea	4	6.3
Hipermenorrea	3	6.3
Menopausia	4	6.3
Totales:	64	100.0%

Menopausia. La tuberculosis genital es poco frecuente en la menopausia. Se dice que la curación espontánea de la endometritis tuberculosa explicaría la poca incidencia de la enfermedad en la menopausia, siendo precisamente la época en la cual se practican más biopsias y curetajes diagnósticos⁷. Por otra parte, el poco aflujo sanguíneo y la atrofia endometrial serían condiciones poco favorables para el desarrollo del proceso tuberculoso⁷.

Barbour⁷, reporta 9 casos de tuberculosis y menopausia en 106 pacientes recopilados en un período de 30 años. Las edades oscilaban entre 41 y 53 años.

En nuestra casuística tenemos 4 menopáusicas (6.2%); la primera de 43 años había tenido 9 hijos y entró en menopausia inmediatamente después del último parto, 9 años antes. Tenía localización endometrial y cervical con necrosis caseosa de todo el endometrio.

La segunda 49 años había tenido 7 hijos; inició la menopausia 29 años atrás, es decir a los 30 años de edad. Tenía endometrio proliferativo.

La tercera de 56 años estuvo casada 29 años y no tuvo hijos; entró en menopausia a los 35 años. Consultó por metrorragias escasas de 3 meses de duración. El endometrio era atrófico.

La cuarta de 56 años, había tenido 13 partos y 2 abortos. Consultó por metrorragias escasas y prolapso geni-

tal. Inició la menopausia 8 años atrás. Tenía endometrio hiperplásico.

En contraste con la opinión de algunos⁸ que reportan metrorragias graves en sus pacientes menopáusicas, sólo 2 de nuestras pacientes tuvieron metrorragias y éstas fueron leves.

Estado del aparato genital. El cérvix estaba sano en 42 casos (65.6%) y en 16 (25.0%) había patología cervical; no se consignó su estado en 6 mesas (9.4%). Se presentó tuberculosis del cérvix en 3 casos (4.7%) coexistiendo siempre con localización endometrial. Las lesiones eran hipertróficas en todos los casos; se hizo el diagnóstico de carcinoma cervical en 2 casos y en el restante, debido a las condiciones especiales de la paciente se presumió la tuberculosis genital con localización en cérvix.

El útero estaba en posición normal en 32 casos (50.0%); en retroversión en 18 (28.1%); en lateroposición en 14 (21.9%). Había prolapso genital en 3 casos (4.7%). El útero no fue delimitable en 12 casos (18.7%).

Los anexos eran palpables en 11 casos (17.2%); había masas anexiales en 28 (43.7%); anexos no palpables en 22 (34.4%); no fue consignado el estado de los anexos en 3 casos.

Diagnóstico. En nuestro grupo, 27 pacientes (42.2%) tenían diagnóstico presuntivo de tuberculosis genital. En 33 pacientes que fueron operadas se hizo diagnóstico macroscópico correcto en 22.

Cabe anotar que en un buen número de pacientes las lesiones del aparato genital eran más o menos ostensibles, lo cual facilitó el diagnóstico.

Anatomía patológica. Se estudiaron 42 biopsias de endometrio cuyo resultado se consigna en el cuadro número 8. El predominio del endometrio secretor, se debe al hecho de que rutinariamente tomamos las biopsias en el premenstruo.

CUADRO 8

	Nº
Secretor	18
Proliferativo	16
Hiperplásico	6
Atrófico	1
Destrucción completa	1

Eritrosedimentación. Era normal en 25 (39.0%); acelerada en 28 (43.7%); no se consignó en 11 casos (17.2%). Esta prueba complementaria de diagnóstico tiene un valor relativo⁹.

Histerosalpingografía. Este medio diagnóstico ha sido usado con cautela entre nosotros cuando presumimos el diagnóstico de tuberculosis genital, a pesar de reconocer su importancia, por el peligro de reactivar procesos anexiales como nos ha ocurrido en ocasiones.

Persuflación. Se practicó persuflación tubaria con dióxido de carbono

en 3 pacientes previo el diagnóstico de tuberculosis genital; en 2, la gráfica fue de estenosis y en una de obstrucción completa.

En una paciente que había tenido un aborto tubario después de un año de tratamiento para tuberculosis genital, se practicó persulfación un mes después de la intervención habiéndose obtenido una gráfica de permeabilidad pero a una presión superior a lo normal.

Cultivos. Sólo recientemente hemos incorporado al estudio de la tuberculosis genital como métodos de rutina el cultivo y la inoculación de sangre menstrual, macerado endometrial y secreciones uterinas. Citamos aquí dos cultivos positivos en pacientes a las cuales no se les pudo comprobar localización endometrial, a pesar de haberles practicado biopsias repetidas.

Tratamiento. Recibieron tratamiento completo 35 pacientes (54.0%); fue necesario operar 3 (4.6%) porque al final del tratamiento médico, conservaban masas anexiales dolorosas. Figuran con tratamiento incompleto 29 (45.3%) bien sea porque no volvieron a consulta o porque aún continúan en él.

Anotamos lo que siempre se ha comprobado en el tratamiento de la tuberculosis genital y es la repercusión inmediata y favorable sobre los trastornos del ciclo.

Sumario y conclusiones. Se estudian 64 casos de tuberculosis genital

femenina. Se encuentra localización tubaria en 33 casos y endometrial en 29. Se hace el diagnóstico por cultivo en 2 casos.

En 52 casos la edad está comprendida entre los 20 y los 39 años correspondiendo al período genital activo.

Se encuentra gran fertilidad en 28 pacientes, con un total de 149 embarazos y 126 partos.

El principal motivo de Consulta es el dolor pélvico, siguiendo en orden de frecuencia la esterilidad y los trastornos del ciclo.

Se presentan 4 casos en la menopausia coexistiendo con tuberculosis genital, localización endometrial.

Se presentan 3 casos de embarazo ectópico coexistiendo con tuberculosis de las trompas. Se presenta otro caso de embarazo ectópico después del tratamiento de la tuberculosis genital.

El 39.0% de las pacientes son eumenorreicas; el 54.0% acusan trastornos del ciclo.

El alto índice de tuberculización del Departamento de Caldas está en relación con la prevalencia de tuberculosis genital femenina que se consigna en este trabajo.

Debe presumirse, tuberculosis genital en mujeres jóvenes que presentan dolor pélvico, esterilidad, alguna patología pélvica y cérvix sano.

BIBLIOGRAFIA

1. SUTHERLAND A.: Genital tuberculosis in women. **Am. J. Obst. and Gyn.**, 79 (3): 488. March, 1960.
2. BOTERO J. y RESTREPO J.: Tuberculosis endometrial y embarazo. **Antioquia médica II** (5): 304-311. Junio, 1961.
3. GORDON MILLAR W. and col.: Tubal pregnancy after treatment of genital tuberculosis. **The J. Obst. and Gyn. of Brit. Emp.** 65 (5): October, 1958.
4. VARELA NUÑEZ A.: Tubal pregnancy following treated genital tuberculosis. **Am. J. Obst. and Gyn** 82 (5): 1163. Nov., 1961.
5. HALBRECHT I.: Heald genital tuberculosis. A new etiologic factor in ectopic pregnancy. **Gyn. and Obst. Am. J.** 10 (1). 73. Jul., 1957.
7. BARBOUR E. M.: Post-menopausal endometrial tuberculosis. **The J. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.** 67 (6): 1009. Dec. 1960.
8. COUNTRY L. et OUTRES: Métrorragies graves de la ménopause par tuberculose utérine. **Bulletin de la Federation des Sociétés de Gynecologie et D'obstetrique** 15 (1): 57-58. Jan, Mars. 1963.
9. DI PAOLA G.: Endometritis tuberculosa y alteraciones menstruales. **Obst. y Gin. Lat. Am.** 8 (9): 436. Sept., 1960. Jan, Mars., 1963.