

TUBERCULOSIS GENITAL *

Contribución al tema.

Doctores: **Fabio Durán Velasco, Isaías Arenas Buenahora, Primitivo Rey Rey ****

No obstante habérsenos designado para elaborar un correlato al tema *Tuberculosis genital*, y a pesar de haber tenido la mejor buena voluntad de realizarlo, múltiples factores adversos no nos permitieron traer a esta reunión un trabajo digno del nivel científico de este certamen y nos fue imposible llevar a cabo una verdadera investigación en la búsqueda de esta enfermedad, por limitaciones de laboratorio y de orden económico en nuestro medio hospitalario.

Sin embargo, para conservar la tradición de hacernos siempre presentes en los Congresos de la Especialidad, hemos traído esta modesta contribución.

Por las razones anteriormente anotadas, los casos incluídos en este trabajo, son en su mayoría hallazgos de patología; y el intento de investigación, que se relata más adelante, lo interrumpimos pues siendo un método bastante laborioso no dio ningún resultado positivo.

Material y métodos

Se estudiaron todos los casos de TBC genital encontrados en los archivos del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de San Juan de Dios de Bucaramanga desde enero de 1959 hasta noviembre de 1963. Antes de aquella fecha no existía servicio de patología en nuestro hospital.

Además se intentó un estudio investigativo en pacientes del Sanatorio Antituberculoso; dichas enfermas tenían TBC pulmonar evolutiva comprobada, pero no habían tenido ningún tratamiento. Nuestro propósito era comprobar la incidencia de TBC genital secundaria o concomitante con la pulmonar. Con este fin no las practicó a todas ellas curetaje uterino y el material obtenido se dividió en tres partes:

- a) Una para estudio histopatológico,
- b) Otra para cultivo de bacilo de Koch y
- c) otra inoculación al curí.

* Trabajo presentado al V Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Diciembre 1963.

** Bucaramanga. Colombia.

Los procedimientos *b* y *c* se realizaron en el Instituto Zooprofiláctico de esta ciudad.

Los casos obtenidos en los archivos del servicio de patología fueron en total doce, de cuyo estudio podemos obtener los datos que se discriminan a continuación;

Edad. La mayor parte de las enfermas estaban comprendidas entre los 40 años (8 de las 12). El resto por encima de los 50 años siendo las edades extremas 23 y 60 años respectivamente.

Gravidez. Encontramos cuatro enfermas con esterilidad primaria; otra, cuyo único embarazo fue un ectópico tubárico; dos enfermas más con una sola gravidez y a parto a término y las restantes con más de tres embarazos (una de ellas con 10) y par-

tos normales varios años antes de la enfermedad.

Ciclos menstruales. Los ciclos menstruales fueron más o menos normales en ocho pacientes; había dos menopáusicas, una con amenorrea de un año y otra con menometrorragias.

Diagnóstico clínico. Sólo hubo presunción diagnóstica de TBC genital en dos casos. En los restantes, la enfermedad fue un hallazgo operatorio o histopatológico.

Diagnóstico operatorio. En cuatro casos se hizo el diagnóstico operatorio de salpingitis tuberculosa; en otros dos, de prolapso genital, se sospechó al practicar la histerectomía vaginal. En los seis restantes, la enfermedad fue un hallazgo histopatológico.

En el cuadro 1 se resumen estos casos:

CUADRO 1

Diagnóstico operatorio	Nº casos
Salpingitis tuberculosa	4
Prolapso genital, tuberculosis	2
Fibromioma uterino, Anexitis crónica. Cáncer de endometrio	1
Hiperplasia endometrial benigna	3
Fibrosis uterina	1
Prolapso genital, fibromioma uterino	1

Diagnóstico histopatológico. Los diferentes diagnósticos están especificados en el cuadro 2.

CUADRO 2

Diagnóstico histopatológico	Nº casos
Miometritis, endometritis, cervicitis, salpingitis y peritonitis tuberculosa	1
Endometritis tuberculosa	4
Endometritis tuberculosa, hiperplasia endometrial, lesiones múltiples, cervicitis crónica con metaplasia escamosa	1
Salpingitis tuberculosa	4
Cervicitis tuberculosa, hiperplasia endometrial benigna	1
Leiomiomas múltiples, endometritis tuberculosa, hiperplasia endometrial, cervicitis crónica, salpingitis tuberculosa	1

Tratamiento y control. Se hizo tratamiento médico únicamente en cuatro pacientes con diagnóstico histopatológico de endometritis tuberculosa. Se siguieron las siguientes normas para el mismo:

- a) Mejorar el estado general: dieta bien balanceada, Vitaminoterapia, reposo adecuado físico y mental, etc.
- b) Tuberculostáticos: Estreptomicina sulfato, 1 gramo diario durante un mes y después dos gramos semanales, si la tolerancia lo permite.

Además, Iso-Benzacyl Wander (25 mgms de Isoniazida y 1 gramo de benzoil-p-aminosalicilato cálcico por comp.) o productos similares a la dosis de ocho comprimidos diarios, durante dos años.

Estas pacientes fueron tratadas en esta forma por un período de seis meses, sin mostrar ninguna evidencia clínica de recidiva. Posteriormente no regresaron a consulta.

En ocho pacientes se hizo tratamiento quirúrgico complementado con el tratamiento médico anotado. Las intervenciones practicadas se resumen en el cuadro 3.

CUADRO 3

Intervención	Nº casos
Histerectomía vaginal y salpingectomía bilateral	1
Anexo-histerectomía total	1
Histerectomía vaginal	2
Salpingectomía bilateral	2
Salpingectomía bilateral, ooforectomía parcial	2

Las cuatro pacientes a las cuales se les practicó salpingectomía bilateral, continuaron con tratamiento médico por un período de un año y al final de este tiempo parecían clínicamente curadas. Desafortunadamente no volvieron a control.

Las tres pacientes de histerectomía vaginal, siguieron tratamiento médico los seis meses posteriores a la operación, encontrándose en buenas condiciones clínicas. Tampoco volvieron a control.

El caso en el cual se practicó anexohisterectomía total, salió del servicio en buenas condiciones y se le indicó tratamiento postoperatorio. No volvimos a ver esta enferma y nada sabemos acerca de su evolución posterior.

Ensayo de investigación. Como dijimos anteriormente, se hizo un trabajo de investigación para comprobar la incidencia de tuberculosis genital secundaria o concomitante con la pulmonar. Con este objeto se estudiaron 18 pacientes del Sanatorio Antituberculoso de Bucaramanga, todas ellas con tuberculosis pulmonar comprobada clínica, radiológica, bacteriológicamente y sin tratamiento específico.

Igualmente se les practicó curetaje uterino y de la muestra obtenida se separó una parte para estudio histopatológico y el resto se envió en caja de Petrie para cultivo e inoculación a la cobaya.

Las enfermas estaban en edad reproductiva y diez de ellas en amenorrea de seis meses a un año. Las res-

tantes eran oligo o hipomenorreicas. Por este motivo les administramos de rutina tres comprimidos diarios durante diez o quince días, de estrógenos conjugados (Ayerogen de 1.25 mgms por comprimido). Inmediatamente después se les practicó el curetaje, y fue una sorpresa para nosotros que a pesar de la estrogoterapia, el material obtenido era bastante escaso.

El estudio histopatológico nos reveló en la mayor parte de las pacientes, endometrios atróficos, algunos proliferativos y unos pocos en fase de secreción. Se encontró un caso de adenocarcinoma endometrial. Todas las nuestras fueron negativas para tuberculosis genital.

En el Instituto Zooprofiláctico de Bucaramanga se realizaron los estudios bacteriológicos, según la técnica que a continuación se describe:

Recibida la muestra, es adicionada de una solución de fosfato trisódico al 10% para eliminar los agentes contaminantes. Se agita vigorosamente, se deja en reposo durante unos treinta minutos, se añade agua estéril y se centrifuga. Se elimina el líquido sobrenadante, sin remover el sedimento, el cual se recoge y se siembra en superficie de cinco tubos (por muestra) de medio de *Petragnani* (Difco Lab). Así mismo, del sedimento se hacen extensiones que se tiñen por el método de Ziehl-Nielsen para examen microscópico directo de gérmenes ácido-alcohol-resistentes, posibles presentes en la muestra, con resultados negativos.

Durante el cultivo (incubación a 37 grados durante ocho semanas) se han guardado las precauciones oportunas: evitar la desecación del medio previo parafinado de los tapones, incubación en obscuridad, temperatura constante, etc.

Del mismo sedimento se han hecho sistemáticamente las pruebas de inoculación a la cobaya. Se pesan dos cobayas por muestra. Se inoculan por vía subcutánea en una pierna. Examen semanal, pesándose nuevamente las cobayas para constatar si hay reacción tuberculosa, si los ganglios están infartados.

Como ninguna presentó síntomas clínicos de tuberculosis en la totalidad de las muestras remitidas, se sacrificó uno de los animales al cabo de la quinta semana y se conservó otro vivo por doce semanas. No se observó en ninguno de los animales inoculados, reacción por gérmenes de contaminación de la muestra.

Al cabo de las doce semanas, se sacrificaron la totalidad de animales y se practicó exámen histológico de los tejidos (ganglios) para confirmar la negatividad de la prueba biológica, y de las pruebas culturales realizadas. Se prestó especial cuidado al examen histológico de ganglios y bazo de animales inoculados. Frotis directo de estos tejidos, tampoco acusaron la presencia de gérmenes ácido-alcohol resistentes.

Los curies son de criadero propio, mantenidos en jaulas, libres de otros animales enfermos o inoculados y

atendidos por empleados controlados sanitariamente.

Comentario

Nos llama poderosamente la atención, que no obstante ser norma en nuestro hospital enviar todos los especímenes quirúrgicos para estudio histopatológico, solamente se encontraron doce casos de tuberculosis genital en los últimos cinco años. Esto podría demostrar, que la tuberculosis genital no es una forma común de enfermedad ginecológica en nuestro medio.

La mayor parte de las pacientes estaban en edad reproductiva, de acuerdo con lo que anotan la mayor parte de los autores.

En cuanto a fertilidad se refiere, nos llamó la atención que solamente cuatro enfermas eran estériles primarias y había algunas grandes multiparas.

Recalcamos que sólo hubo presunción diagnóstica de tuberculosis genital en dos casos de nuestra corta serie, siendo la mayoría hallazgos operatorios o de patología.

En relación al tratamiento, debemos anotar que los controles fueron insuficientes y no pudimos llegar a un criterio de curación, porque las enfermas no asistieron a la consulta durante el tiempo necesario.

Refiriéndonos a los 18 casos de tuberculosis pulmonar comprobada, en los cuales se investigaba la concomi-

tancia de tuberculosis endometrial, afortunadamente no encontramos ningún caso positiva.

La mayoría de estas pacientes estaban en amenorrea desde hacía varios meses y el endometrio era atrófico. Por esta razón y por la inmediatamente anterior, resolvimos no continuar esta investigación.

Conclusiones

Consideramos que por ser tan pequeña nuestra casuística no estamos autorizados a sacar conclusiones. Sin embargo, nos permitimos hacer las observaciones siguientes:

1. Posiblemente la tuberculosis genital es muy poco frecuente en nuestro medio.

2. Debe ser probable, que la concomitancia de tuberculosis genital y pulmonar sea muy rara.

3. Finalmente, siendo tan difícil el diagnóstico clínico de la tuberculosis genital, debería investigarse más exhaustivamente, recurriendo a los exámenes histopatológicos, cultivos e inoculación.

—o—

N. B. Expresamos nuestros agradecimientos a los doctores: Miguel Díez, Director del Instituto Zooprofiláctico de Bucaramanga. Gustavo Mogollón, Jefe del Departamento de Anatomía Patológica; y a los colegas de la Consulta Externa de Ginecología, Enrique Sánchez P., Joséln Rugeles, Loonor de Cáceres, Alfredo Angulo, Manuel Rangel y Reynaldo Mora.