

TUBERCULOSIS EN GINECOLOGIA

Por el doctor **Hernando Amaya León**

Profesor Agregado de Ginecología de la Facultad Nacional de Medicina

La TBC en relación con los órganos generadores de la mujer, ha sido motivo de preocupación y estudio durante muchos años. En nuestro país, con excepción de vagas referencias al respecto, no he podido encontrar una monografía que informe en detalle sobre esta interesante cuestión de la Ginecología. Por ello, he escogido este tema para desarrollar en el presente trabajo, pretendiendo con ello dar un paso más en la contribución al estudio de nuestra medicina nacional.

Consta este trabajo de 3 partes, que si por sus fundamentos están íntimamente relacionadas, en verdad son aspectos diferentes del problema; creo que las 3 secciones son originales en lo que respecta a nuestra literatura.

La primera consiste en la revisión de estadísticas sobre ocurrencia de tuberculosis genital femenina en Bogotá; para ello aprovecho los datos histológicos de dos de nuestros más grandes centros hospitalarios, además de la revisión de mi estadística particular y de la del personal de la Caja de Previsión Social Municipal, en donde atendí el consultorio de Ginecología durante 3 años; y como esencia de esta primera parte, resumo el historial, comentándolo, que al respecto hallé en el archivo del servicio de Ginecología del Hospital San Juan de

Dios, de 1943 a 1950, en donde tuve el honor de trabajar como interno en 1943 y como Jefe de Clínica de 1945 a 1949, con la colaboración de los Profesores Arturo Aparicio y Daniel Brigard.

En la segunda sección, hago un estudio sobre el endometrio, en relación a la TBC pulmonar; si bien en un principio pensé que esta investigación era original en la literatura mundial, al revisar el Index Medicus, pude constatar que ya existían dos publicaciones al respecto en Norteamérica; con todo, creo que este punto tiene considerandos de gran importancia para el especialista ginecólogo.

La tercera sección del trabajo consiste en el análisis de las repercusiones clínicas que la TBC no genital con especial referencia a la pulmonar, tiene sobre los órganos generadores femeninos. Este material ha sido revisado de las enfermas vistas por mí, en el Hospital Sanatorio Santa Clara, en donde he prestado mi colaboración como Jefe del Consultorio de Ginecología, desde enero de 1947, hasta el momento presente de marzo de 1950.

Desearé expresar mis sinceros agradecimientos al doctor Miguel Mariño Zuleta, por su valioso aporte en las microfotografías que se incluyen en este trabajo.

FRECUENCIA DE LA TBC GENITAL EN NUESTRO MEDIO

Con el fin de poder formar una idea concreta acerca de la frecuencia de la tuberculosis genital en Bogotá, revisé las estadísticas histológicas de 2 de nuestros más grandes centros hospitalarios: San Juan de Dios y La Samaritana (*).

En el Hospital San Juan de Dios, de 1933 a 1950 (abril), se han practicado 6.802 estudios histológicos, no incluyendo autopsias; de éstos, 2.186 sobre material ginecológico; en referencia al motivo de este estudio, encontré 53 casos de TBC genital, así:

TBC de la vulva	2
de la vagina	0
del útero	15
de los tubos	26
de los ovarios	10

Este material corresponde a 35 enfermas; en otras palabras, se encontraron 21 pacientes con estudio de un órgano afectado, 10 con 2, y 4 con 3 (útero, tubo y ovario).

Los 53 estudios positivos a TBC corresponden a:

- 0,60% del material total
- 2,42% del material ginecológico.

El primer caso diagnosticado en el laboratorio corresponde al número 933 de noviembre de 1936, en una enferma del servicio del Profesor Pompilio Martínez, referida con el diagnós-

tico de carcinoma vulvar, y cuya biopsia resultó al ser estudiada, una TBC de dicho órgano.

La estadística del Hospital La Samaritana es tomada de 1945 a 1950, con un total de 8.499 estudios histológicos; la cifra casi igual al anterior hospital, a pesar del menor número de enfermos que registra La Samaritana y de corresponder a sólo 6 años, se debe a que allí es rutinario el estudio microscópico de toda pieza quirúrgica; esto da mayor precisión a la estadística. Del total, 939 corresponden a casos ginecológicos, y de éstos hay 21 de TBC genital, que corresponden a 16 enfermas, así:

TBC de los tubos	14
de los ovarios	7

No se registran casos de los otros órganos.

Los 21 estudios positivos a TBC, son el:

- 0,25% del material total.
- 2,23% del material ginecológico.

En cuanto a la estadística del servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios de 1943 a 1950, con un total de 3.473 historias clínicas y 851 estudios histológicos, encuentro 16 casos netos de TBC genital, sin contar otras tantas formas de TBC genito-peritoneales, de las que trataré luego; esos 16 casos corresponden a:

- 0,46% del total de enfermas.
- 1,88% de los estudios histológicos.

En las enfermas vistas en la Caja de Previsión Social Municipal (1), no registré ni un caso de TBC genital entre 574 enfermas atendidas en 3 años; en realidad allí no se hizo casi ninguna histología. De poder incre-

(*) Mis agradecimientos a los doctores Manuel Sánchez Herrera y Alfonso Méndez L., Jefes de los Departamentos de Anatomía Patológica en los Hospitales mencionados, por su gentil colaboración.

mentar ésta, estoy seguro que se harían algunos casos.

De las 432 enfermas ginecológicas vistas en mi consultorio particular, de 1946 a 1950 (marzo), con un total de 50 estudios histológicos, hay tan sólo 1 enferma con TBC genital aislada; ella corresponde a:

0,23% del total de enfermas.

2% de los estudios histológicos.

La comparación de estas cifras, de una curiosa similitud, indica claramente que la tuberculosis genital es escasa en nuestro medio. Desde Morgagni en 1761 y Hegar en 1886 (2), los primeros en describir esta entidad, hasta nuestros días se ha discutido mucho acerca de la frecuencia de esta localización del B. de Koch. En general los europeos la encuentran con mayor frecuencia. Los datos que presento en este trabajo y que no puedo comparar con anteriores por no existir ellos (3) (Bonilla no cita ninguna referencia en sus datos bibliográficos), son muy semejantes a las estadísticas de Alvarez (4) y Urrutia (5), en el Hospital General de México, con el 0,5% y el 0,78% de TBC genital sobre el total de enfermas ginecológicas, y a las norteamericanas de Haas (6), quien en la revisión del material histológico de la Universidad de Michigan, en 20 años encontró 62 casos comprobados de TBC genital femenina, y a las de Eichner y Col (7) quienes de 1.600 autopsias en 24 años, sólo encontraron 32 casos comprobados.

Sin embargo, estas cifras indican que si bien la tuberculosis genital en nuestro medio es escasa, no está ausente, y debe incrementarse su estudio diagnóstico a la vez que el terapéutico.

COMENTARIOS A LAS HISTORIAS CLINICAS

Siguiendo el curso de este trabajo deseo hacer referencia especial a los casos observados en la Clínica Ginecológica de San Juan de Dios, de 1943 a la fecha.

Constan de 27 enfermas, de las cuales 15 con tuberculosis genital propiamente dicha y 12 con lesiones genito-peritoneales.

De este último grupo extracto los siguientes datos:

L. C., 23 años, nulípara, TBC genito-peritoneal y pulmonar.

R. M. S., 32 años, nulípara, TBC genito-peritoneal. Laparotomía.

M. O., 50 años, múltipara, TBC genito-peritoneal. Laparotomía. Muerte.

D. S., 46 años, múltipara, TBC genito-peritoneal. Laparotomía y rayos X.

A. P. P., 24 años, nulípara, TBC genito-peritoneal. Laparotomía.

L. G., 30 años, nulípara, TBC genito-peritoneal. Laparotomía.

G. L., 28 años, nulípara, TBC genito-peritoneal y pulmonar. Sin tratamiento.

A. C., 24 años, nulípara, TBC genito-peritoneal. Laparotomía.

P. R., 40 años, nulípara, TBC genito-peritoneal. Laparotomía y estreptomina.

A. E. G., 20 años, nulípara, TBC genito-peritoneal. Laparotomía. Muerte.

E. F., 20 años, nulípara, TBC genito-peritoneal. Laparotomía y estreptomina.

Como afirma Curtis (8), el tipo más frecuente de tuberculosis genital se presenta como parte integrante de una peritonitis tuberculosa generalizada. De acá, que esas formas pierdan su individualidad clínica y deben ser

consideradas en los aspectos terapéuticos como tuberculosis abdominales en general. Empero, comentaré algunas historias por considerar que llevan datos de interés para el tema propuesto.

G. L., 28 años, ingresa al servicio el 5 de marzo, 1947, con el diagnóstico de quiste ovárico. Se queja de dolores abdominales difusos, debilidad general, pérdida de apetito, adelgazamiento, tos, sudores y febrículas nocturnas; en fin, con un cuadro que hace pensar inmediatamente en TBC. Al examen: Auscultación pulmonar normal; abdomen globuloso y sensación de onda líquida; al T. V.: anexos duros y dolorosos.

Cuadro hemático con 2.960.000 hematíes por mm³ y 50% de hemoglobina. Eritrosedimentación de 17 mm. a la media hora y 48 mm. a la hora. (Números 8859 y 9160 Lab. Santiago Samper).

Examen radiológico número 46.396: "En las radiografías del tórax encontramos sobre las porciones inferiores de los 2 pulmones, finas imágenes que corresponden a lesiones evolutivas úlcero-caseosas de TBC. En el examen del estómago, del bulbo duodenal y del intestino delgado no encontramos signos radiológicos que nos permitan afirmar la existencia de una peritonitis tuberculosa". (Firmado) C. E. Pedraza.

La enferma es trasladada al Hospital-Sanatorio Santa Clara.

Al decir de Wharton (9) y muchos otros autores, la TBC peritoneal puede ser secundaria a un foco pélvico o a un foco más lejano, pulmonar o de las glándulas linfáticas. En este caso a igual que L. C., es fácil suponer la

etiología pulmonar. En otros dos, L. G., y P. R., hay lesiones pulmonares residuales que hacen sospechar igual procedencia. En el resto, no es posible dar un concepto definido; es muy posible que en algunos de ellos la etiología radique en el foco genital; Faulkner (10), no cree frecuente la infección bacilar genital proveniente del peritoneo y en cambio considera la TBC peritoneal frecuentemente consecutiva a la anexial; Greemberg (11) a su vez encontró 63% de salpingitis tuberculosa con invasión peritoneal.

Sea como fuere, en estos casos de formas múltiples de TBC, no se puede pensar en tratamientos quirúrgicos locales; y el pronóstico es en realidad muy sombrío.

M. O., 50 años, fecha de ingreso, diciembre 9 de 1943, está citada en mi tesis de grado (12); constituye con A. E. G., los dos casos de muerte postoperatoria cercana. Si bien la laparotomía sigue siendo un gran medio auxiliar en el tratamiento de la TBC genito-peritoneal, no por ello hay que olvidar sus peligros; estos decesos lo prueban bien. En muchos casos, el pneumoperitoneo (13) debe ser preferido por ser menos azaroso y dar buenos resultados en general.

P. R., 40 años, es operada el 30 de abril de 1948 con la impresión clínica de TBC peritoneal, la cual se confirma durante el acto quirúrgico: Lesiones netas genitales y forma peritoneal ascítica. Casi inmediatamente se inicia la aplicación de estreptomycin, 2 gramos y luego 1 gramo diario, la que se prolonga por casi 4 meses ya en su casa de habitación, en donde se sigue vigilándola. Sin embargo, la TBC evoluciona lenta y progresivamente a la

forma fibrocásea, y la enferma muere a fines de septiembre del mismo año.

La importancia de este caso radica en el hecho de haber sido el primero en que tuve oportunidad de usar el famoso antibiótico, con resultados francamente desalentadores. Con ello, compartí las dudas de algunos que reportaban por primera los resultados obtenidos con la estreptomycin. Ya hoy día empiezan a darse a conocer algunos éxitos de esta droga en tuberculosis genital; sobre esto volveré luego.

E. F., 20 años, es operada en diciembre 6, 1949, para una oovariitis poliquística; se encuentra un derrame ascítico de pequeña cantidad y granulaciones tuberculosas diseminadas por todo el peritoneo visceral; los tubos uterinos íntimamente adheridos a los tejidos vecinos, congestionados y con numerosas granulaciones.



El cirujano practica salpingo-oooforectomía izquierda y apendectomía. Post-operatorio normal. Se aplican 11 gramos de estreptomycin; se aconseja continuarla.

Los resultados histológicos dicen:

08239. **Salpingitis tuberculosa.** Los cortes muestran tubo uterino. Hay un proceso inflamatorio generalizado, pero que se localiza especialmente en la serosa y en la capa mucosa. Se caracteriza por la presencia de numerosas granulaciones compuestas por escasa caseificación, células epitelioides, fibroblastos, células redondas, de células gigantes multinucleadas, en corona, en racimo o en herradura e infiltración leucocitaria con marcado predominio de los polinucleares. El contenido tubárico es purulento. Los vasos sanguíneos están dilatados. Edema. (Firmado) M. Sánchez Herrera.

08238. **Oovariitis sub-aguda.** 08240. **Periapendicitis TBC.** En la serosa y parte de la capa muscular se observan granulaciones compuestas de caseificación, hiperplasia del tejido conjuntivo, infiltración leucocitaria mononuclear y células gigantes multinucleadas, en corona, en racimo o en herradura. Se ve dilatación de los vasos sanguíneos. Edema. (Firmado) M. Sánchez Herrera.

Llama la atención en esta enferma; su juventud; en los casos presentados, con excepción de 3 enfermas, todas las demás oscilan entre 20 y 30 años; en realidad esta edad es la más propicia para el desarrollo de las formas genitales y peritoneales de la tuberculosis. Y es también llamativo el dato de nuliparidad en todas estas jóvenes enfermas; al ver el estudio histológico, es fácil comprender el por qué de tal esterilidad.

En cuanto a la conducta quirúrgica, el cirujano resolvió practicar una salpingo-oooforectomía izquierda, pensando seguramente en la prelación del

foco genital sobre el peritoneal, lo cual parece muy acertado. Sin embargo, para cumplir su cometido ha debido practicar la resección bilateral de las trompas; pero es de creer, que si no lo logró, con seguridad existieron factores técnicos que lo hicieron desistir de ello.

Para terminar estos primeros comentarios, relato la siguiente historia que considero interesante por su evolución; pertenece a mi archivo particular.

M. E. G., de 35 años, es operada en julio de 1947; encuentro a la laparotomía una TBC genito-peritoneal de forma ascítica, bastante extensa, pero que no ha lesionado seriamente las funciones genitales ya que su ciclo menstrual es en un todo normal. Se extrae el líquido abdominal y se deja el resto tal como se encuentra. El postoperatorio ligeramente accidentado, es en general satisfactorio. En vigilancia desde entonces, prescribo un régimen higieno-dietético lo mejor acondicionado posible al estado social y económico de la paciente; se trata de una mujer pobre que debe trabajar para atender a su subsistencia. Poco a poco mejora su estado general y recupera peso, lenta pero progresivamente.

En mayo de 1949, se queja de dolores intensos hacia la F. I. D.; al TV: se descubre un quiste ovárico de regular tamaño. Se decide operación, la que se efectúa en junio, es decir, 2 años después de la primera intervención. Se encuentra el quiste descrito, el cual se extirpa, y muchas adherencias de los órganos pelvi-abdominales entre sí; pero el proceso tuberculoso anterior ha curado por completo, no

descubriéndose ni una sola granulación que lo recuerde. Vista por última vez, en septiembre 1949, la enferma continuaba en perfectas condiciones de salud.

Este es uno de aquellos casos en que la forma de tuberculosis es ante todo, peritoneal tocando las serosas genitales, sin pasar a mayor invasión, y en los que el cirujano debe ser lo más conservador posible. Las palabras de Calatroni-Ruiz (14) adquieren mayor actualidad en casos como éste: "... En ningún otro proceso genital como la TBC, el ginecólogo que interviene, debe hacer gala de mayor discernimiento, pues antes de decidir el tipo de operación tendrá en cuenta los antecedentes evolutivos del proceso, la edad de la paciente, la importancia de la lesión, la capacidad funcional de los órganos enfermos, etc...."

En el momento de escribir estas líneas, se me presenta un caso que vale la pena comentar desde el punto de vista diagnóstico.

A. E. S., 17 años, se presenta al consultorio en marzo de 1950, por hemorragias genitales que datan de 3 meses, y que la enferma atribuye a una caída, las que no han calmado a pesar de múltiples tratamientos. Nada sospechoso en sus antecedentes familiares. En los personales, amigdalectomía hace 4 meses; radiografía pulmonar, negativa para TBC hace 1 año, a igual que la serología para sífilis. Ciclos menstruales tipo 30/III, normales hasta la iniciación de los trastornos hemorrágicos anotados. Niega actividad sexual. Además se queja de inapetencia, epigastralgias moderadas, lumbalgias intensas en ocasiones y quizás fiebre (no comprobada).

Se trata de una muchacha empleada de almacén, que por sus condiciones económicas, tanto la alimentación como la vivienda son bastante deficientes. De 1,55 metros y 56 kilos de peso. Nada anormal en el examen clínico general. Al TVR: hay la sensación de que los fondos de saco están ocupados por algo indefinido, no tumoral; sensibilidad aparente. Se diría que existe un estado anexial crónico (TBC?).

Los exámenes ordenados muestran: radiografía pulmonar negativa para TBC; prueba de la tuberculina, normal; ningún dato anormal en el cuadro hemático y la orina; eritrosedimentación ligeramente acelerada: 24 mm. en una hora.

Con estos datos, someto a la enferma a un tratamiento de prueba a base de quietud, testosterona 50 mgrs. semanales y preparados a base de hierro, vitaminas, etc. Sin embargo, al cabo de un mes el estado es el mismo, pero al TVR aprecio una pequeña masa quística, que ya me decide a la operación que hasta entonces dudaba. Efectuada ésta, se encuentra un proceso TBC que invade el peritoneo y órganos genitales, y un derrame ascítico de pequeñas proporciones. Posteriormente se aplicaron 120 gramos de Estreptomicina, con resultados satisfactorios.

Es curioso anotar que habiendo sospechado el diagnóstico, y más influido por la preocupación de la entidad por estar escribiendo sobre ella, el encuentro operatorio fue hasta cierto punto una sorpresa. En realidad, vale la pena recordar que el diagnóstico en estas formas de TBC es muy complejo, y la comprobación

clínica y de laboratorio es casi imposible. Estoy seguro que muchos de esos síndromes que se presentan al ginecólogo, flujos inespecíficos, dolores indeterminados, sensaciones al tacto indefinibles, amenorreas o menorragias sin causa aparente, pueden en último análisis ser factores de sospecha bacilar. De acá que el ginecólogo no puede dejar de ser un buen clínico general, para que escudriñando todo el organismo pueda llegar a un diagnóstico de precisión.

Entrando ahora a considerar los casos de tuberculosis genital propiamente dicha, se pueden resumir así, teniendo en cuenta los resultados histológicos de las piezas quirúrgicas:

1º I. C., 65 años. TBC vulvar (asociado a carcinoma).

2º R. C., 50 años. TBC del cuello uterino.

3º E. V., 26 años. TBC del endometrio.

4º R. E. S., 19 años. TBC de los tubos.

5º L. S., 19 años. TBC de tubos, ovarios y endometrio.

6º A. B. C., 20 años. TBC de los tubos.

7º H. C., 45 años. TBC de tubos y ovarios.

8º M. C. C., 25 años. TBC de los tubos.

9º A. M. R., 18 años. TBC de tubos y ovarios.

10. A. S., 25 años. TBC de los tubos.

11. R. S., 35 años. TBC de los tubos.

12. T. N., 27 años. TBC de tubos y ovarios.

13. T. Q., 33 años. TBC de los tubos.

14. A. M., 26 años. TBC de los tubos, ovarios y endometrio.

15. M. T., 36 años. TBC de tubos y endometrio.

16. V. L., 45 años. TBC de los tubos.

Las enfermas 1, 2 y 3 son casos de diagnóstico aislado y cuyo tratamiento fue localizado a la lesión; en realidad, no es posible afirmar o negar invasión a otros órganos.

En el resto, o sean 13 casos, se puede decir que la invasión tuberculosa se hizo en el 100% a los tubos, en la mitad de los casos a los ovarios, y en la tercera parte al útero. Estos datos estarían en perfecto acuerdo con las estadísticas de Greenberg, Wharton, y otros muchos autores, las cuales fueron extraídas de la observación de mayor número de enfermas. El caso número 2 de TBC del cuello uterino, correspondería al 4% del total, lo cual estaría completamente acorde con las estadísticas de Stevenson. (15).

La TBC de la vagina parece ser extremadamente rara (Novak (16); aún más que la de la vulva. En la revisión de todas las estadísticas presentadas en este trabajo, no se encuentra ni un solo caso.

I. C., 65 años. Este caso de tuberculosis vulvar, asociado a un carcinoma epidermoide espino-celular, se encuentra publicado (17); me permito recordar que no logré encontrar otro caso similar en la revisión de la literatura mundial consultada. En cuanto a TBC vulvar, Taussig (18), reconoce tan sólo 60 casos en la recopilación de literatura; Pardini (19), sube esa cifra a 100; Cordiviola (20), al describir un caso, afirma que la entidad es sumamente rara. En la estadística histológica del Hospital San Juan de Dios se citaron 2 casos; las historias clínicas correspondientes no existen.

En realidad la tuberculosis de la vulva es hallazgo ocasional de histo-

patología; generalmente se trata de casos diagnosticados como sospechosos de lesiones de tipo maligno.

R. C., 50 años. Ingresa al servicio en mayo de 1944, por flujo amarillo, en ocasiones sanguinolento. Entre sus antecedentes se anota neumonía en ócas ocasiones, bronquitis frecuentes, asma. Desde hace 2 años, enflaquecimiento marcado, astenia e inapetencia. Familiares, no hay datos. Ginecológicos normales hasta hace 2 años; desde entonces tendencia a poli e hipomenorrea. Múltipara; el primer hijo murió de meningitis (?); último parto hace 15 años, normal.

A la exploración ginecológica se aprecia hipertrofia del cuello uterino, y una formación botonosa de tipo neoplásico localizada en el labio anterior y parte del posterior; llama la atención que no es friable, ni sangra al tacto; además, los parametrios se aprecian libres.

El examen clínico general y los resultados de laboratorio, son satisfactorios. Serología para sífilis, negativo total por 2 ocasiones (Laboratorio Santiago Samper 02127 y 03818). El estudio radiológico es normal para tórax; igualmente para columna vertebral. Cistoscopia: vejiga sana.

El histólogo (doctor H. Latorre, I. de P.), al examinar las primeras biopsias del cuello uterino se abstiene de dar un concepto definido, pero en nuevos análisis contesta: "Las imágenes histológicas encontradas en las láminas 11712 y 11760 son idénticas. En medio de una intensa infiltración por células inflamatorias, especialmente del tipo linfocitario, se encuentran nódulos constituidos por células de aspecto epitelioide y embrionario, centradas

frecuentemente por células gigantes polinucleadas del tipo Langhans. En una zona hay infiltración por polinucleares, índice de infección secundaria. Conclusión: **Proceso TBC**".



Se aplica radioterapia por medio de colpostato hasta alcanzar una dosis de 15 m. c. d., con resultados al parecer no satisfactorios. La enferma no pudo ser controlada. Personalmente traté de localizarla, sin éxito.

Este caso, a primera vista es catalogado como cáncer, y con toda razón; el diagnóstico diferencial entre éste y TBC es muy difícil. En el servicio, nos impresionó la falta de infiltración parametrial, y sobretodo, el que la lesión no fuera friable, ni sangrara. Y justamente estos son los caracteres que deben hacer sospechar que una lesión cervical es tuberculosa y no cancerosa. Pero el fallo definitivo no puede darlo sino el histólogo, y eso con una gran prudencia.

Los argentinos hacen una división de la tuberculosis del cuello uterino en (21): Ulcerosa, vegetante, miliar, catarral, intersticial e inflamatoria; en realidad parece que las dos primeras

formas son las únicas relativamente frecuentes; y digo así, porque la entidad es muy rara. Collins (22), en 1939, no reconocía sino 185 casos descritos en la literatura mundial. Stevenson, del Johns Hopkins Hospital, considera la localización cervical en proporción del 5-8% de la TBC genital; iguales cifras da Norris (23); en cambio, Lin, de la China (24), calcula el 15%, o sean 21 casos entre 140 de tuberculosis genital observados entre 1921 y 1935.

En cuanto a tratamiento, aunque algunos autores, Ahumada entre otros (25), preconizaron la radioterapia, parece que los resultados no han sido muy efectivos; así sucedió en el caso que nos ocupa; la histerectomía con salpingectomía da mayores garantías, en especial cuando se sospecha invasión bacilar a los anexos. Recientemente Ahumada (26) presenta un caso de TBC cervical tratado con 78½ gramos de estreptomina, con resultados altamente satisfactorios; este primer éxito abre nuevos horizontes a la solución de este delicado problema.

En vista de que la enferma número 3, E. V., no corresponde a un caso comprobado de TBC, aunque actualmente está siendo sometida a vigilancia, presento a ese respecto un caso de clientela particular.

M. E. de U., 53 años, consulta en agosto de 1948 por hemorragias genitales. Ciclos menstruales, tipo 30/III normales hasta hace 4 años; desde entonces tendencia a obligomenorrea; todo el año 1947, amenorrea; en el curso del presente año, hemorragias hasta bi-mensuales, de IV-V días, abundantes, con coágulos y algo de mal olor. Acusa también un flujo ama-

nillo, abundante cuando cesan las hemorragias. Casada hace 25 años, esterilidad conyugal.

Buen estado general; T. A.: 170-110. A la exploración ginecológica, nada anormal, salvo hipoplasia moderada del cuerpo uterino, el cual es sensible a la palpación.

Pienso en metropatía hemorrágica menopáusica, pero con sospecha de carcinoma endometrial incipiente. El resultado histológico dice: "Las glándulas endometriales son relativamente numerosas (dado el estado menopáusico); aparecen más o menos distanciadas, la mayoría son pequeñas, tubulares simples, de luz estrecha; otras aparecen algo alargadas y dilatadas y unas pocas son pseudoquisticas. El epitelio en todas es cuboide o columnar bajo, simple o ligeramente pseudo-estratificado, de grandes núcleos basales y escaso citoplasma; en unas pocas se observa una o dos células en mitosis. Algunas glándulas contienen un material pulverulento, eosinófilo, de aspecto mucoso. El estroma endometrial es flojo, presenta áreas edematosas y focos de hemorragia intersticial y aparece formado por pequeñas células esferoidales de núcleos densos y exiguo citoplasma. Aparece discretamente infiltrado por linfocitos. Sus vasos consisten en capilares dilatados y muy congestionados. En algunos sitios el estroma presenta agrupaciones de "tubérculos miliares", formados por células epiteloides, escasos fibroblastos y una zona periférica linfocitaria; algunos presentan una célula de Langhans, central o subcentral. El epitelio de revestimiento de la mucosa no presenta particularidad alguna.

Conclusión: se trata de una **endometritis tuberculosa**, que ha determinado fenómenos de hiperplasia glandular". (Firmado, Miguel Mariño Zuleta). (Protocolo número 1159, septiembre 1948).

Entre los exámenes de laboratorio, vale la pena recordar una moderada anemia normocítica hipocrómica y una eritro sedimentación de 11 mm. a la hora. El estudio radiológico (doctor C. Trujillo V., número 027928), dice: "En el examen radiológico del tórax, se encuentra en las 2 campos pulmonares, trama muy fina de tejido escleroso y además en las regiones hiliares existen numerosos ganglios calcificados; la trama bronco-vascular está reforzada. El corazón posee diámetros normales. Las paredes de la aorta, se hallan uniformemente aumentadas de espesor. Las cúpulas diafragmáticas ocupan la altura habitual. **Conclusiones:** los signos radiológicos permiten deducir que no existe lesión parenquimatosa de origen bacilar, y en cambio predominan alteraciones de naturaleza esclerosa, las cuales interesan de manera especial las paredes de los bronquios y vasos, incluyendo la aorta".

Previa preparación adecuada de la paciente, se somete a intervención quirúrgica. Practico histerectomía total y anexectomía bilateral. Además de la lesión anotada, encuentro un pequeño mioma subseroso hacia el fondo de la matriz; por otra parte, anexitis bilateral, al parecer del mismo origen TBC. No se vieron lesiones sospechosas de TBC en el peritoneo o intestino.

Post-operatorio, excelente. La enferma se encuentra en la actualidad gozando de magnífica salud.

Este caso se confundió en primera instancia con un carcinoma endometrial, por la simple razón de que la sintomatología era idéntica; y se trataba de una mujer en edad favorable para este proceso; el hallazgo histológico fue una sorpresa. Clínicamente, por regla general, los casos son inaparentes; Gilliatt (27), afirma que muchas pacientes afectadas de endometrio TBC, no presentan síntomas anormales ginecológicos, lo cual confirma la característica latente de la tuberculosis genital en la mujer; Wharton afirma que cuando se presenta amenorrea, ésta se debe a destrucción extensa del endometrio, o sea en casos ya muy avanzados. En nuestra enferma, la TBC provocó hiperplasia endometrial; pero ésta bien pudo ser consecutiva también al mioma uterino.

La endometritis TBC es una localización rara, según opinión de varios autores; O'Brien y Lawlor (28), citan 23 casos en 3.600 exámenes de curetajes uterinos, o sea 0,63%; en cambio, De Souza (29), obtuvo 8 casos entre 292 biopsias de endometrio, o sea 2,80%. En realidad, la TBC del endometrio debe ser más frecuente de lo que se piensa; si no se descubren muchos casos, es por el carácter latente y asintomático de las lesiones; Rabau y col. (30) trabajando en el hospital Beilinson (Israel), encontraron 59 endometriosis tuberculosos en 1.300 casos estudiados para esterilidad. Además los métodos de diagnóstico no son exactos, ni aun en lo que respecta a la histología: recuérdese que no es seguro tomar siempre tejido enfermo. Y justamente preocupado por el problema, Halbrecht (31), también de

Israel, partiendo de cultivos de la descarga menstrual, halla 19 casos positivos de desarrollo del bacilo tuberculoso entre 80 enfermas estudiadas para esterilidad primaria; es decir, una proporción muy alta, y aunque estos estudios deben ser ratificados por investigadores de otros países, sí indican por lo menos que debe incrementarse este tipo de métodos de diagnóstico.

En cuanto a tratamiento, cada caso debe ser considerado aisladamente, según edad, futuro sexual, etc., y según se trate de foco único o no de lesión TBC. A más de las normas generales de tratamiento médico, puede emplearse radioterapia o cirugía, o la combinación de las dos. Schmitz (32) de Chicago, es partidario de los rayos X, como único tratamiento de la TBC endometrial, cuando ésta se encuentre aislada; pero en realidad, las estadísticas ya mencionadas prueban que todo foco endometrial supone coexistencia de lesiones tubáricas, y Cónill (33) es enfático al asegurar que aquello sucede siempre. Por esto, cuando se opte por acudir a medidas drásticas como en el caso de mi paciente, debe elegirse la cirugía amplia, amputando útero y tubos. De estreptomycinoterapia no se han publicado todavía reportes definitivos; Aronson y Dwight (34), presentan un caso de TBC del endometrio en el que la enfermedad se detuvo aparentemente con la aplicación de la droga.

Comentamos ahora la saipingitis TBC; es el sitio de elección del proceso bacilar genital. Recordemos que esta lesión está presente en el 100% de los casos de TBC genital. En igual proporción puede decirse que es bila-

teral. Relativo a la edad de la paciente, todas las de estas historias oscilan entre 18 y 45 años, es decir, en época de plena actividad genital; esto concuerda con todas las estadísticas consultadas.

L. S., 19 años, ingresa al servicio de Ginecología en septiembre de 1945, por dolores en la FII, fiebre y vómito. Nullipara. Ciclos menstruales normales; flujo amarillo desde hace 2 meses. Tratada en un hospital de provincia desde este tiempo, con penicilina y otras drogas. Como esa terapéutica fue inútil, de allí fue enviada a esta ciudad.

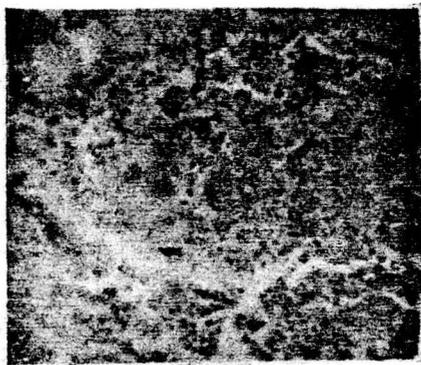
En el servicio pensamos en anexitis aguda; los exámenes de laboratorio corroboran la hipótesis. Terapéutica a base de antibióticos (penicilina) y sulfadiazina, con lo cual se logra el mejoramiento clínico del proceso, aunque la eritrosedimentación permanece muy acelerada: 130 mm. a la hora, al iniciar el tratamiento, que tan sólo reduce a 79 mm., al finalizar. Se decide la intervención, encontrándose piosalpinx bilateral de aspecto TBC; histerectomía sub-total y anexectomía bilateral.

Los resultados histológicos son los siguientes:

04310. **Endometritis tuberculosa.** El material enviado para examen muestra útero. Hay un proceso inflamatorio que de manera especial afecta la capa interna y la serosa, pero es más activo en la primera. Se ven focos de caseificación, con células epiteloideas, fibroblastos, células redondas y células gigantes multinucleadas en racimo.

04311. **Ovaritis tuberculosa.** La pieza se compone de dos masas de tejido blando, color gris rosado pálido, previamente abiertas, al parecer ovarios.

Peso: 30 grs. Diagnóstico microscópico: el material enviado para examen muestra tejido, que de manera muy imperfecta recuerda al ovario. Se ven áreas de caseificación, hay edemas abundante y generalizado y el tejido está en todos los campos abundantemente infiltrado por leucocitos, con franco predominio de los mononucleares. Con frecuencia se observan células gigantes multinucleadas en herradura o en racimo.



04312. **Anexitis tuberculosa.** Los cortes muestran tubo uterino. Hay un proceso inflamatorio muy activo que afecta de manera especial la capa interna. El epitelio ha desaparecido y en el estroma se ven numerosas granulaciones tuberculosas con hiperplasia del tejido conjuntivo, con células gigantes multinucleadas en corona o en herradura y rodeadas por infiltración leucocitaria mononuclear. En las otras capas se ve esclerosis, caseificación e infiltración leucocitaria mononuclear. (Firmado), M. Sánchez Herrera.

Post-operatorio excelente. Antes de salir del hospital se practican estudios radiológicos del tórax y del intestino; resultados completamente normales;

sin embargo, hay indicios de una antigua TBC pulmonar.

Llama la atención en esta enferma, el que los ciclos menstruales se mostraron normales hasta último momento; sin embargo, esta es la frecuencia en la TBC genital, a pesar de invasión de ovarios y endometrio. En nuestras enfermas, con excepción de 3, las demás no declaraban alteraciones en ese sentido; y de las 3, una con fuertes hemorragias, éstas eran explicables por la coexistencia de miomatosis uterina. Repito, que uno de los caracteres fundamentales de la TBC genital, es la forma silenciosa como evoluciona. En este caso puede suponerse que existía el proceso tuberculoso de tiempo atrás, al que vino a sumarse una infección nueva, gonocócica quizá, con localización tubárica. De no ser por esto, la enferma no hubiera pedido hospitalización, y casi con seguridad que la entidad TBC nunca hubiera sido imaginada. Es que, como afirma Weibel, "en la clínica, con los medios usuales de investigación, casi nunca se logra averiguar la etiología, hasta que la autopsia pone a disposición del investigador las piezas anatómicas ...".

En esta enferma se puede deducir, que la infección tubo-ovárico-endometrial se hizo por vía hematógena desde un punto de partida pulmonar; y esto puede decirse de otros de los casos. Pero no me atrevería a decir como Di Guglielmo (35) que la TBC genital es "siempre" una localización secundaria a un foco primitivo pulmonar; el último capítulo de este trabajo aclara conceptos en relación con este tema; inclusive hay autores que sostienen la vía externa como posible medio de contaminación.

La operación quirúrgica en esta joven mujer fue muy amplia, y ello pudo ser objetable en aquel momento; pero los resultados anatomopatológicos posteriores fueron concluyentes. En un trabajo reciente, Seret y col. (36), de 16 enfermas operadas, en 12 encontraron invasión TBC endometrial, a pesar de biopsias previas negativas, microscópica y bacteriológicamente, por esto, cuando se escoja cirugía como tratamiento de las anexitis TBC, debe hacerse con amplitud e incluyendo el útero.

H. C., 45 años, ingresa en agosto de 1946, por abundantes hemorragias genitales de poco tiempo atrás. Tres embarazos con partos normales; último hace 19 años. Al TV. se tocan varios tumores uterinos que imponen el diagnóstico de miomatosis. De resto, la normalidad se hace evidente en el análisis de antecedentes y datos del examen clínico general; otro tanto en los resultados de laboratorio. Practico histerectomía total, salpingooforectomía bilateral y apendectomía. Los análisis histológicos dicen lo siguiente:

04792. Periapendicitis sub-aguda y crónica.

04793. Leiomioma múltiple del útero. Endometritis crónica.

04794. Anexitis tuberculosa.

04795. Peri-ovaritis tuberculosa.

Es seguro que en H. C. las lesiones TBC habrían pasado desapercibidas, o no ser por la miomatosis uterina concomitante; igual que en el caso anterior. En las estadísticas que presenté al iniciar este trabajo, es fácil apreciar que la TBC genital es muy escasa en nuestro medio; pero estoy seguro que a medida que se incremen-

ten los estudios histológicos de rutina, lo irá siendo menos. Comprendo que en Europa la tuberculosis es mucho más frecuente que en nuestro medio; y en lo que respecta a la genital, las afirmaciones de Faure (37), Held (38), etc., son categóricas; pero también comprendo que de las cifras encontradas por Von Jaschke (39) (20%) a las de Espinosa (40) (2%), en lo que respecta a salpingitis TBC, no hay proporción, y tengo la sensación de que las del primero son exageradas. En el servicio de Ginecología de San Juan de Dios, desde 1949, se hacen exámenes histológicos de rutina de toda pieza operatoria: de 30 tubos uterinos, 2 han resultado TBC, o sea, 6,6%, y en relación a 63 casos diagnosticados como anexitis, 3,1%; valdría la pena para el futuro, completar estos datos.

Se considera la salpingitis TBC como causa casi absoluta de esterilidad; y esto ya fue indicado en líneas anteriores. En casos como esta paciente, no es aventurado suponer que la contaminación bacilar tubárica se hizo con posterioridad a la época de su última gestación.

A. M. R., 18 años. Consulta por polimenorrea de 5 meses atrás; reglas abundantes. Se piensa en hidrosalpinx derecho y quiste ovárico. De toda la historia clínica de la enferma, no vale la pena transcribir, sino el antecedente de esterilidad en 2 años de matrimonio.

Las biopsias de endometrio practicadas en dos ocasiones y enviadas con la sospecha clínica de hiperplasia, dan como resultado histológico: fase proliferativa del endometrio (números 18502 y 18400 del I. R.)

Practicada laparotomía media infra-umbilical, se encuentra piosalpinx bilateral. Salpingectomía bilateral; conservación ovárica. El protocolo 05092 de la sección de Anatomía Patológica del Laboratorio Santiago Samper, afirma que se trata de Anexitis tuberculosa-Periovaritis tuberculosa. (Firmado), M. Sánchez Herrera. Post-operatorio: excelente. No ha sido posible localizar la enferma para control.

He querido presentar esta historia como una prueba más de la importancia de la salpingitis TBC, como causa notable de esterilidad. Hasta ahora, se consideraba la etiología gonocócica, como la gran causante de la oclusión tubárica, y se tenía la posibilidad TBC como algo muy remoto; hoy día, se concede a esta, un papel de trascendencia, en especial desde los estudios de Halbrecht (41) (ya mencionado anteriormente), quien preocupado por la poca incidencia de la gonococcia en Palestina ha investigado a profundidad el papel de B. de Koch. Así, de 48 pacientes con oclusión tubárica, encontró que 18 sufrían TBC endometrial, y de éstas tan sólo una reveló proceso sospechoso TBC anexial. En realidad esta enferma no corrobora tales resultados; pero como se dijo ya, la histología no es suficiente, ni definitiva en los protocolos negativos.

A. M., 26 años. Ingresa al servicio en octubre 1947, por hemorragias genitales. Multipara. Hace 2 meses fue sometida a un legrado uterino en Clínica Obstétrica por un aborto de 3 meses; desde entonces ha seguido con fuertes hemorragias, con coágulos, dolores.

En el curso de la revisión de la enferma, se toman biopsias de endome-

rio, cuya descripción hace el diagnóstico de **endometritis tuberculosa**. Protocolo número 20.267 I. R., firmado doctor Asmar).

Los estudios radiológicos niegan lesiones bacilares torácicas y renales. Exámenes de laboratorio normales.

Se practica histerectomía y salpingo-ooferectomía bilateral. Se encuentra piosalpinx bilateral.

Resultados histológicos:

05808. **Endometritis tuberculosa**. El material examinado muestra útero. En el endometrio el estroma está densamente infiltrado por leucocitos mononucleares y presenta nódulos compuestos por escasa caseificación, hiperplasia del tejido conjuntivo; también células gigantes multinucleadas en corona, en racimo o en herradura. Los vasos sanguíneos están dilatados. El proceso afecta también el miometrio, pero en forma menos activa.



05809. **Anexitis tuberculosa bilateral**. En ambos tubos se aprecia un proceso inflamatorio específico y que ataca todo el espesor de la pared. Se ve abundante infiltración leucocitaria con predominio de los mononucleares. Hay áreas de necrosis rodeadas por hiper-

plasia del tejido conjuntivo, por leucocitos mononucleares y por células gigantes multinucleadas en corona, en racimo o en herradura.

05810. **Periovaritis tuberculosa bilateral**. En ambos ovarios se aprecian folículos y granulaciones tuberculosas en la periferia. Los vasos sanguíneos están marcadamente dilatados. Hay cuerpos amarillos, cuerpos hemorrágicos y cuerpos fibrosos. (Firmado, M. Sánchez Herrera).

Este caso sería en apariencia una contradicción del hecho afirmado de que la TBC genital causa esterilidad. Y acá hay invasión endometrial que incluye el miometrio, y en los tubos ocupa todo el espesor de sus paredes; tan sólo los ovarios guardan relativa integridad anatómica e histológica. No encuentro otra explicación que la de que el proceso existía en forma latente y de muy poco tiempo atrás (pues el último embarazo tenía 3 meses de terminado en un parto normal), y que con el raspado adquirió una especial virulencia y poder invasor a todos los órganos genitales internos; queda la suposición no despreciable, del contagio simultáneo por vía externa.

La TBC anexial es dividida en 3 grupos (Whorton): 1º. Forma miliar, con sus tipos peritoneal y tubárico, que vendrían a corresponder a los casos de TBC génito-peritoneal, ya descritos. 2º. Formas parenquimatosa y caseosa, de las que el piosalpinx es la principal manifestación. 3º. Forma fibrosa, con tendencia a la curación. En este caso y en los anteriores, se habla siempre del hallazgo de piosalpinx bilateral; es esta la forma más fre-

cuente descrita como encuentro operatorio; algunos corresponderían al "absceso frío" de los autores franceses.

Para terminar este capítulo, deseo hacer algunos comentarios generales sobre el tratamiento en la TBC genital femenina, y con referencia especial a su forma más frecuente, la salpingitis TBC.

Como ya se expuso, es indudable que cada caso es un problema distinto para resolver. Pero hay que considerar en primer término y como factor de gran importancia, el tratamiento general; Slatthaar (42), cita 21 curaciones en 28 enfermas, y esto es algo muy dicente. Que si la tuberculosis genital tiende o no a la curación espontánea, es algo no dilucidado; pero el ginecólogo no puede esperar a que esto suceda; y ya se vió en el análisis de historias, cómo 2 enfermas, M. E. G. y P. R., afectadas del mismo proceso, la primera curó y la segunda murió; y en P. R. se tenían mejores condiciones de vida y estreptomycin.

Si una enferma de TBC genital es diagnosticada clínicamente (lo cual es poco probable), hay que agotar todos los medios para descubrir otros focos de infección; en su hallazgo no es posible pensar en otra cosa que en tratamiento general y en medidas de acción directa sobre esas lesiones primarias localizadas en los pulmones, etc.; hoy por fortuna tenemos la estreptomycin, cuyo valor se hace cada vez más evidente. Si el foco genital es considerado como el único activo en el organismo, éste debe ser suprimido hasta donde sea posible.

La roentgenoterapia ha sido muy discutida y fuertemente atacada, ale-

gando que los rayos X favorecen la aparición de fistulas, diseminación del proceso TBC, obstrucción intestinal, perforaciones, etc. Campbell (43), afirma que no hay evidencia de tales hechos y cree que la roentgenoterapia con dosificación adecuada que provoque castración temporal o permanente, no tiene efectos sobre las células blancas y no interfiere en la cicatrización del proceso tuberculoso. Y más: dice que los rayos X estimulan la producción de fibroblastos jóvenes, los cuales son muy importantes en la conversión del tubérculo en tejido fibroso; y por otra parte son útiles en la reducción del proceso infeccioso o inflamatorio secundario. En el estudio presentado, el autor se muestra satisfecho de los resultados obtenidos en muchos casos y como adyuvante postoperatorio. Entre nosotros no hay una experiencia definida a ese respecto.

De la cirugía, ya se expusieron ideas y tesis. En general, puede decirse que cuando ella ha sido decidida, debe hacerse lo más amplia posible, porque los estudios recientes están probando que en la mayoría de los casos la lesión bacilar no es única, sino que invade varios órganos.

Sered, Falls y Zummo (36), presentan en febrero 1950, un trabajo sobre estreptomycin en TBC genital femenina; es quizá el primer estudio concreto sobre la materia, y con informaciones bastante decisivas en un grupo de sus enfermas. Dividieron sus pacientes en 3 categorías:

1ª Con diagnóstico pre-operatorio de TBC genital.

2ª Con diagnóstico quirúrgico y tratamiento posterior con estreptomycin.

3º Unicamente tratamiento médico y estreptomocina.

Este es un informe preliminar de 23 enfermas, de las cuales 16 son del primer grupo; se refieren a este grupo casi exclusivamente.

Están aplicando 1 gramo diario de estreptomocina, 0,50, 2 veces al día; la experiencia les ha mostrado que para preparar las enfermas a la operación se requiere un mínimo de 6 semanas de tratamiento, antes de ser efectuada, y 3 después del acto quirúrgico; el término de 8 semanas de estreptomocina preparatoria es ideal. Las 16 enfermas de este grupo fueron operadas con buenos resultados; 13 de ellas con histerectomía y salpingo ooforectomía.

Los casos de los grupos 2º y 3º, están siendo observados por los autores, con resultados satisfactorios hasta el momento.

Como conclusión, es posible darse cuenta que la mayoría de los ginecólogos prefieren la cirugía en el tratamiento de la TBC genital femenina; y ésta ha sido nuestra conducta en el Hospital San Juan de Dios. Creo que con la ayuda de la estreptomocina sea aplicada como medida pre-operatoria o como tratamiento de consolidación posterior, los resultados generales (que hasta ahora no han sido malos), mejorarán en forma decidida. En cuanto al uso de la droga, como único tratamiento o agregada a medidas generales de higiene y dietética, debemos esperar los resultados de quienes actúan con grupos de enfermas numerosos y con mejores facilidades de controlar la evolución de la enfermedad; en nuestro medio, esto es aún casi imposible.

La incidencia de la TBC en Colombia aumenta con rapidez; posiblemente influye en ello a más de las condiciones de aglomeración humana, el mejor estudio y la obligación de los certificados pulmonares para ingresar a cualquier entidad o empresa.

A pesar del creciente estudio de biopsias de endometrio, se encuentran pocos casos de endometritis tuberculosa.

En el Hospital Sanatorio Santa Clara, en donde se aíslan enfermas tuberculosas, en su mayoría portadoras de avanzadas lesiones pulmonares, el porcentaje de amenorreas variables alcanza un 40%.

La amenorrea, refiriéndola a tuberculosis, puede ser debida a: 1º) Causa endocrinopática, en donde el ovario falla por verse privado de elementos esenciales de nutrición (Novak); 2º) Endometritis TBC, debida generalmente a la destrucción extensa de la mucosa.

Preocupados por hallar una aclaración satisfactoria del problema, resolvimos iniciar un estudio del endometrio en enfermas comprobadamente tuberculosas, sin tener en cuenta el tipo o evolución de las lesiones pulmonares (*).

Acompañamos un cuadro ilustrativo sobre los resultados obtenidos. En él, se anotan la edad de la enferma, prin-

(*) Este estudio fue llevado a cabo con la colaboración del doctor Alfonso Vargas Rubiano, Jefe del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Santa Clara y del doctor Miguel Mariño Zuleta, quien tuvo la gentileza de revisar el material estudiado.

principal síntoma ginecológico, estado de la paciente según la clasificación clínico-radiológica de la Asociación Nacional de Tuberculosis de Estados Unidos de Norteamérica, resultado histológico del estudio de las biopsias de endometrio; éstas fueron tomadas con la cureta de Novak.

Nos permitimos aclarar qué significan los números y letras de la clasificación anotada:

Según el estado general y funcional de las enfermas:

1. Asintomático o con síntomas ligeros.
2. Síntomas moderados.
3. Síntomas severos.

Según el estado pulmonar:

- A. Lesiones mínimas.
- B. Lesiones moderadamente avanzadas.
- C. Lesiones muy avanzadas.

Se entiende que la clasificación no es tan simple como aparece acá; pero en líneas generales es tal como queda enunciada.

Como podrá apreciarse a continuación, la mayoría de las enfermas se agruparon como 3C, o sea mujeres con mal estado general y funcional y lesiones pulmonares de mal pronóstico.

- R. A., 33. Normalidad menstrual. 3C. Endometrio **normal** (f. premenstrual).
- J. A., 35. Normalidad. 3C - Endometrio **normal** (f. de proliferación).
- S. B., 29. Normalidad. 3B - Endometrio **normal** (f. de proliferación).
- M. E., 26. Normalidad. 3B - Endometrio **normal** (f. premenstrual).
- M. E., 25. Amenorrea. 3C - Endometrio **hipoplásico**.
- D. B., 28. Normalidad. 3C - Endometrio **normal** (f. de proliferación).
- B. C., 27. Normalidad. 3C - Endometrio **hipoplásico**.
- A. C., 40. Amenorrea. 3C - Endometrio **atrófico**.
- M. C., 28. Amenorrea. 3C - Endometrio **atrófico**.
- E. F., 35. Amenorrea. 3C - **Endometrio atrófico**.
- S. G., 32. Amenorrea. 3C - Endometrio **atrófico**.
- M. G., 30. Normalidad. 2B - Endometrio **normal** (f. de proliferación).
- S. G., 27. Hipermenor. 3C - Endometrio **normal** (f. premenstrual).
- I. G., 18. Normalidad. 2B - Endometrio **normal** (f. de proliferación).
- A. J., 38. Amenorrea. 3C - Endometrio **normal** (f. de proliferación).
- T. L., 24. Normalidad. 3C - Endometrio **normal** (f. de proliferación).
- E. L., 22. Amenorrea. 2A - Endometrio **atrófico**.
- M. M., 40. Amenorrea. 3C - Endometrio **atrófico**.
- V. M., 28. Amenorrea. 3C - Endometrio **hipoplásico**.
- W. M., 35. Normalidad. 3C - **Endometritis tuberculosa**.
- D. M., 25. Amenorrea. 3C - Endometrio **atrófico**.
- T. O., 29. Normalidad. 3C - Endometrio **hipoplásico**.
- C. P., 20. Oligomenor. 3C - Endometrio **hipoplásico**.
- M. P., 28. Amenorrea. 3C - Endometrio **atrófico**.
- I. R., 20. Amenorrea. 3C - Endometrio **atrófico**.
- F. R., 28. Amenorrea. 3C - Endometrio **atrófico**.
- M. R., 30. Normalidad. 3B - Endometrio **normal** (f. premenstrual).

- M. S., 27. Amenorrea. 3C - Endometrio **normal** (f. de proliferación).
- I. S., 38. Normalidad. 3C - Endometrio **estrógeno** (persistente).
- M. S., 28. Amenorrea. 3C - Endometrio **atrófico**.
- A. V., 27. Normalidad. 2B - Endometrio **normal** (f. de proliferación).
- R. Z., 28. Normalidad. 3C - Endometrio **normal** (f. de proliferación).
- I. P., 40. Amenorrea. 3C - Endometrio **atrófico**.
- Z. M., 27. Amenorrea. 3C - **Endometritis tuberculosa**.
- W. G., 30. Amenorrea. 3C - Endometrio **atrófico**.
- A. Ch., 22. Amenorrea. 3C - Endometrio **hipoplásico**.
- A. O., 28. Amenorrea. 3C - Endometrio **atrófico**.
- J. R., 26. Normalidad. 3B - Endometrio **normal** (f. de proliferación).
- E. P., 22. Amenorrea. 3C - Endometrio **atrófico**.
- S. B., 35. Normalidad. 3C - Endometrio **normal** (f. de proliferación).

Se aprecia que de los 40 casos, tan sólo en 2 encontramos TBC del endometrio.

En W. M., gran multipara, parece que su lesión pulmonar tiene 3 años de evolución (en 1949); no hay nada que indique infección por vía externa. Sus reglas son de tipo normal, salvo moderada dismenorrea inicial. Es caso 3C que ha evolucionado con tendencia a la mejoría.

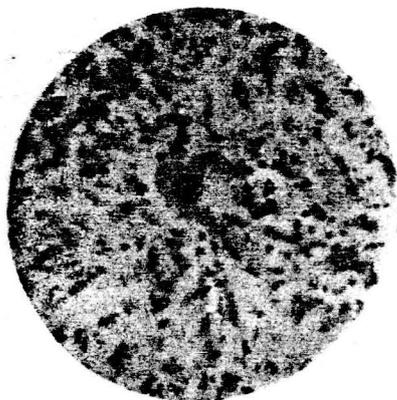
Está siendo tratada y vigilada por el Dispensario Anexo al Hospital. Se revisará próximamente en el aspecto histológico endometrial.

(Las microfotografías adjuntas pertenecen a esta enferma).

La revisión histológica no se ha hecho antes por no estimarlo prudente, ni necesario.

En cuanto a Z. M., después de una corta permanencia, abandonó el Hospital y se ignora su suerte.

Se trataba de una mujer joven, nulípara, en amenorrea desde 6 meses antes y clasificada como caso 3C, con tendencia a la agravación.



Al terminar este estudio encontramos otro caso de Endometritis TBC (marzo de 1950); está siendo tratada desde entonces con estreptomocina, 1 gramo diario. Es una enferma clasificada 3C y de pronóstico muy sombrío. Por tratarse de un hallazgo aislado del grupo primitivo de estudio, nos limitamos a mencionarlo sin incluirlo en las consideraciones generales de nuestro propósito.

Habíamos pensado reunir un mayor número de casos para poder presentar resultados concretos. Pero en el estudio de la bibliografía al respecto, encontramos el trabajo de Lackner, Schiller y Tulsy (44), practicado en el Cook County Hospital de Chicago (USA) en 1940, los cuales animados del

mismo interrogante nuestro, obtuvieron 134 biopsias de 125 enfermas de TBC pulmonar, y de todas ellas, tan sólo en 2 comprobaron la endometritis TBC. Por otra parte, Weinstein (cit. por Rubin) (45), no pudo encontrar ni un caso de TBC del endometrio en 40 muchachas tratadas para lesiones pulmonares.

El estudio de las 40 enfermas que presentamos en esta comunicación, es notablemente similar al efectuado por los norteamericanos. Y por este motivo, no deseamos ampliar el número de observaciones, ya que nos parecía injustificado seguir incomodando a unas cuántas mujeres, en su mayoría en pésimo estado general.

Pero no se piense, como Galloway (46), que este tipo de estudio no trae ninguna utilidad y quien al referirse a los peligros subsecuentes, duda de si el ginecólogo tiene derecho a la inspección de tales tejidos. Ya Greenhill (47), le anotó al anterior que el interés, no es puramente académico, sino práctico.

Nosotros explicamos el por qué de nuestro estudio, antes de conocer el artículo citado de Lackner y col. Sabíamos que en enfermas portadoras de TBC endometrial, las manipulaciones locales como curetaje, etc., deben ser estrictamente prohibidas por el inminente peligro de diseminación de la enfermedad; por otra parte, suponíamos que toda tuberculosa podría estar afectada de lesiones bacilares endometriales; entonces, ¿qué hacer en los casos en donde por un motivo u otro se necesitará una investigación o tratamiento endouterinos, en mujeres comprobadamente con TBC pulmonar o de otra región extragenital?...

Basados en los resultados obtenidos por Lackner y col., Weinstein y en los nuestros, nos atrevemos a decir que en enfermas tuberculosas en las que se necesite practicar un legrado uterino, etc., puede hacerse con relativa tranquilidad, sin que ello constituya en caso de necesidad, ninguna contra-indicación.

SIGNIFICADO CLINICO DE LAS REPERCUSIONES DE LA TBC PULMONAR SOBRE EL SISTEMA GENITAL FEMENINO

Como decía en un principio, he deseado hacer un análisis de las principales repercusiones ginecológicas de la tuberculosis pulmonar. Se trata de 306 enfermas que he visto en el consultorio de Ginecología del Hospital Sanatorio Santa Clara, en algo más de 3 años.

En su inmensa mayoría, la edad de estas pacientes oscila entre 15 y 45 años; no alcanzan a la veintena las que están fuera de este límite. Son pues, mujeres en plena actividad genital.

Del total, hay 72 con himen virginal, 88 nulíparas y 146 con antecedentes obstétricos. En realidad estas cifras no dicen mayor cosa y para darles algún valor, sería necesario entrar en muchos detalles, lo cual está fuera del propósito de este trabajo.

En las 306 enfermas se encuentran los siguientes datos en el momento de examen:

Ciclos menstruales normales en 140, 45,8%.

Amenorreas en 123, 40,2%.

Hipo y oligomenorreas en 13, 4,2%.

Poli e hipermenorreas en 3, 1%.

Datos incompletos en 27, 8,8%.

Revisando las historias clínicas, he logrado una división simple de estas enfermas, según hayan muerto o no, y en las vivas, según se considere tendencia a la mejoría o a la agravación.

De las enfermas en amenorrea:

63, o sea 50% murieron.

16, o sea 15% con tendencia a la mejoría.

44, o sea 35% con tendencia a la agravación.

De las que presentan ciclos menstruales normales:

8, o sea 5% murieron.

105, o sea 75% con tendencia a la mejoría.

17, o sea 20% con tendencia a la agravación.

El resto de la enfermas (con polimenorreas, etc.), tienen tendencia a la mejoría en su mayor parte, y tan sólo una murió.

Dividiendo las enfermas según la clasificación de la Asociación Nacional de TBC de USA, ya enunciada, se tiene que 173 enfermas se consideraron como 3C, es decir, en las peores condiciones pulmonares y de salud general. De éstas, en relación a sintomatología ginecológica, se encuentran los siguientes datos:

3C y amenorrea 105.

3C y normalidad menstrual 68.

De las 105 pacientes del grupo I: 52 murieron, 40 con tendencia a la agravación, y tan sólo 3 hacia la mejoría.

De las 68 del grupo II: 36 con tendencia a la mejoría, 24 hacia la agravación y tan sólo 8 murieron en el Hospital.

Tendríamos según esto, que la amenorrea sería de un valor pronóstico total en enfermas con tuberculosis pulmonar avanzada y mal estado general; pero si en mujeres de esta categoría se conserva la normalidad menstrual, ese pronóstico es mucho menos desfavorable, y en el 50% de los casos, favorable.

De las 16 enfermas en amenorrea con tendencia a la mejoría, en 6 fue posible observar durante su estada en el Hospital que sus ciclos menstruales volvieron a presentarse; y esto coincidió con mejoría neta del estado pulmonar y general.

En estas páginas es fácil ver que el síntoma predominante ginecológico en la TBC pulmonar, es la amenorrea. Y de mucho tiempo atrás, los autores han dado importancia a este hecho, dando interpretaciones diferentes. Hasta no hace mucho tiempo, la "clorosis" dominaba el terreno de las etiologías, con especial referencia a las niñas y jóvenes; hoy tal entidad ha desaparecido de la nosología, y en muchos de esos casos se establece la TBC. Siegler (48) recuerda que una amenorrea inexplicable, primaria o secundaria, puede ser el primer síntoma de TBC; y Arrighi (49) agrega que no es infrecuente que la amenorrea sea el síntoma único inicial, o al que la enferma atribuye mayor valor en el momento de consulta. Caussimon (50), dedicó un largo estudio al fenómeno y clasificó las amenorreas en 2 tipos:

a) Amenorrea silenciosa, en donde no hay regla y además faltan todas las reacciones locales y generales que la acompañaban; en unos casos indica la muerte funcional del aparato

genital de un organismo llamado a desaparecer, pero en otros, cuando reaparecen esos síntomas o las reglas, son de feliz augurio, y

b) Amenorreas activas, en donde no hay regla, pero se observa periódicamente todas las alteraciones psíquicas, abdominales o generales que antes acompañaban a la enferma. Esto permite afirmar la persistencia de un ciclo. Para el autor, la intensidad de estas alteraciones se traduce con bastante fidelidad en la marcha evolutiva de las lesiones, siendo las reacciones más marcadas, cuanto la tuberculosis tiene una marcha más rápida.

Las conclusiones de Caussimon, si bien son bastante discutibles en lo que respecta a la clasificación, son muy interesantes en lo relacionado al aspecto clínico y al valor pronóstico, que son en otras palabras, similares a lo ya expuesto en estas líneas.

Despeignes (citado por Cotte (51), en 1.600 enfermas hospitalizadas para TBC pulmonar, encontró 14 casos de amenorrea total y 417 de amenorrea transitoria antes de ingreso al Hospital; en otras 319, la amenorrea se hizo presente en forma más o menos alargada en el curso de hospitalización. No hay relación entre estas cifras y lo visto en Santa Clara, en donde por lo menos 63 de las 306 enfermas podrían ser clasificadas como amenorreas totales, ya que todas ellas murieron sin ver el retorno menstrual. Es probable (no me fue posible conseguir el artículo original), que los pacientes del autor francés, no fuesen casos tan avanzados como los observados acá.

Es curioso, y hasta cierto punto ilógico, que la TBC pulmonar altere en forma profunda la función genital y

sea rica en sus manifestaciones clínicas, y en cambio la TBC genital, aun en casos avanzados presente sintomatología muda o casi nula. Por ello, Althabe, Di Paola y Terzano, al hablar (52) de endometritis TBC, afirman que el estado funcional del endometrio no depende de la lesión TBC, sino de la perturbación de aquél, secundario a una disfunción ovárica; pero habría que agregar con Novak, que esa disfunción ovárica, parece ser debida a causa endocrinopática, los ovarios fallando porque están privados de ciertos elementos esenciales de nutrición. Esto vendría a corroborar aún más, los datos expuestos en el capítulo anterior.

En líneas generales, el ginecólogo en frente a una amenorrea, trata muchas veces de localizar el síntoma al aparato genital, y comete un grave error; esta es una prueba más de que el médico no puede olvidar la clínica general, si quiere ser un buen especialista.

Como conclusiones prácticas y sencillas, se puede pensar que:

I—En una mujer con amenorrea de causa imprecisa, debe pensarse en TBC extra-genital.

II—En una mujer con TBC pulmonar, la amenorrea prolongada es signo de pronóstico sombrío.

III—Si retornan las reglas, es índice de evolución favorable.

IV—En una mujer con TBC pulmonar, los ciclos menstruales sin alterar, son signo de pronóstico, hasta cierto punto favorable.

V—En una mujer con amenorrea y sintomatología clínica, que haga pensar en TBC, ésta debe ser orientada

en su diagnóstico anatómico, de preferencia en sitios extragenitales y en especial el pulmón.

SUMARIO

1º Se presenta un estudio que contempla diversos problemas en relación a la tuberculosis en ginecología.

2º El estudio hace especial referencia a nuestro medio.

3º Las estadísticas consultadas, tanto hospitalarias como privadas, prueban que la TBC genital femenina en Bogotá es escasa. Los resultados histológicos muestran alrededor de un 2% sobre las muestras ginecológicas.

4º Se hacen comentarios al historial clínico del servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios de 1943 a 1950.

5º Hay un estudio especial de investigación del endometrio en relación a la TBC pulmonar.

6º De 40 casos comprobados de TBC pulmonar, se encontraron 2 de endometritis tuberculosa.

7º Se hace un análisis de los síntomas ginecológicos en 306 enfermas comprobadas de TBC pulmonar; de éstas, la mayoría correspondían a casos avanzados.

CONCLUSIONES

I—La TBC genital femenina, en nuestro medio es escasa. Corresponde su frecuencia a la anotada en general por otros autores norte, centro y suramericanos.

II—La cirugía ha sido el medio de elección terapéutico; debe ser lo más amplia posible. La estreptomycinina es, hasta el momento, motivo de investi-

gaciones; sus resultados son halagadores.

III—La invasión endometrial es rara en la TBC pulmonar; esto permite practicar manipulaciones endouterinas en tales enfermas, con relativa tranquilidad.

IV—La amenorrea en enfermas con TBC pulmonar, es signo de mal pronóstico; reglas normales o el retorno menstrual en amenorreas, son índice favorable.

V—La amenorrea, en casos de enfermas con sospecha TBC indeterminada, debe orientar el diagnóstico, de preferencia hacia lesiones extra-genitales.

BIBLIOGRAFIA

1. **Amaya H.** Ginecología en un servicio médico oficial. Estadística. Medicina y Cirugía, Bogotá, XIV: 120, 1950.
2. **Ricci.** The Genealogy of Gynecology. Blakiston Co., 1943.
3. **Bonilla A.** Historia de la Medicina Tropical, Parasitología e Higiene en Colombia. Datos bibliográficos (1830-1943). Rev. Facultad de Medicina, Bogotá, XIV: 52, 1945.
4. **Alvarez B. P.** Diagnóstico de la TBC genital femenina. Ginec. Obst. México, II: 91, 1946.
5. **Urrutia M.** (Cita Year-Book Obst. Gynec., 1948). Ginec. y Obst., México, III: 139, 1948.
6. **Haas R. L.** Genital Tuberculosis in the Female. Amer. J. Obst. Gynec., 48: 69, 1944.
7. **Eichner E., Bookatz A., Hirsch L.** Gynecologic Tuberculosis. A brief review of Thirty-two cases, including one of TBC Cervicitis. Amer. J. Obst. Gyn., 43: 66, 1942.

8. **Curtis A. H.** Ginecología. Salvat, University Society, 1941.
9. **Wharton L. R.** Gynecology with a section on Female Urology. W. B. Saunders Co., 1944.
10. **Faulkner R. L.** Lewis Practice of Surgery. Tuberculosis Salpingitis, vol. X, chapter 8: 53. W. F. Prior, 1949.
11. **Greemberg J. P.** Tuberculous Salpingitis. A clinical Study of 200 cases. Johns Hopkins Hosp. Reports., 21: 97, 1921.
12. **Amaya H.** Comentarios a un año de internado. Clínica Ginecológica, Hospital San Juan de Dios. Tesis de grado, Bogotá, p/156, 1944.
13. **Hernández M.** El pneumoperitoneo en el tratamiento de la TBC intestinal y peritoneal, y como medio colapsoterápico de la TBC pulmonar. Tesis grado, Bogotá, 1945.
14. **Calatroni C. J., Ruiz V.** Terapéutica Ginecológica. El Ateneo, Buenos Aires, 1941.
15. **Stevenson C. S.** Tuberculosis of the Cervix, with report of a So-called primary case. Amer. J. Obst. Gyn., 36: 1017, 1938.
16. **Novak E.** Textbook of Gynecology. Williams-Wilkins Co., Baltimore, 1948.
17. **Amaya H.** Carcinoma vulvar asociado a Tuberculosis. Revista de la Facultad de Medicina, Bogotá, XVII: 490, 1949.
18. **Taussig F. J.** Lewis Practice of Surgery. The Vulva, vol. X, chapter 10: 12. W. F. Prior, 1949.
19. **Pardini I.** Primary Tuberculosis of the Vulva. Surg. Gyn. Obst., 90: 163, febr. 1950.
20. **Cordiviola L. A.** Tuberculosis de la Vulva. El día Médico, XVII: 952, 1945.
21. **Figueroa P., Belizán L. A.** Tuberculosis genital a localización predominante y posiblemente primitiva del cuello del útero. La Sem. Méd., 2: 14, 1937.
22. **Collins D. C.** The Management of Tuberculosis of Cervix Uteri. J. A. M. A., 112: 605, 1939.
23. **Norris C. C.** Gynecological and Obstetrical Tuberculosis. D. Appleton Co., New York, 1931.
24. **Lin S.** The Chinese Medical Jour., 50: 1025, 1936.
25. **Ahumada J. C., Prestini O.** Tuberculosis del cuello uterino. Bol. Soc. Obst. Gin. Bs. As., 7: 23, 1928.
26. **Ahumada J. C.,** Tuberculosis del cuello del útero y Estreptomycinoterapia. Bol. Soc. Obst. Gin. Bs. As., XXVIII: 420, nov., 1949.
27. **Gilliat W.** Advances in Obstetrics and Gynecology. Practitioner, 159: 256, 1947.
28. **O'Brien J. R., Lawlor M. K.** Unsuspected Tuberculous Endometritis. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., 54: 636, 1947.
29. **De Souza T.** A propósito de achados histopatológicos de Tuberculosis do endometrio. An. Bras. de Gin., XVI: 349, 1943.
30. **Rabau E., Hermán J., Casper J.** Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la Tuberculosis del Endometrio. Gynecología, 127: 249, 1949.
31. **Halbrecht J.** Descubrimiento de una TBC genital latente, por el cultivo de la descarga menstrual. Lancet, 27: 948, 1947.

32. Schmitz H. E. Amer. J. Obst. Gyn., 53: 408, 1947.
33. Conill-Montobio V. Tratado de Ginecología. Ed. Labor, Barcelona, 1946.
34. Aronson A., Dwight R. W. Estreptomycinoterapia en la Tuberculosis del Endometrio. New Engl. Jour. Med., febr., 1949.
35. Di Guglielmo L. Tuberculosis genital. Salpingitis bacilosa. Obst. Gin. Lat. Am., VII: 460, 1949.
36. Sered H., Falls F., Zummo B. P. Streptomycin in Gynecologic TBC. J. A. M. A., 142: 547, febr., 1950.
37. Faure J. L., Sireday A. Traité de Gynecologie. Gaston Doin et Cie., Paris, 1928.
38. Held E. Etude clinique de la TBC anexielle. Gyn. et Obs., 35: 327, 1937.
39. Von Jaschke R. Th. Von. Ginecología. Ed. Miguel Servet., 1941.
40. Espinosa A. Anexitis. Comentarios a tres años de estadísticas. Tesis de grado, Bogotá, 1946.
41. Halbrecht J. Unsuspected Genital Tuberculosis as a main cause of Tubal Oclusión. Lancet., CCL: 235, 1946.
42. Slatthaar E. Results of Elective Therapy of Female Genital Tuberculosis. Year-book of Obs. and Gyn., 419, 1948.
43. Campbell R. The Treatment of Pelvic TBC in the Female by Radiation Therapy based upon Experimental evidence in the animal and Clinical results in the Human. Am. J. Obst. Gyn., 53: 405, 1947.
44. Lackner J. E., Schiller W., Tulskey D. S. The Coincidence of TBC of the Endometrium with TBC. Lung. Am. J. Obst. Gyn., 40: 429, 1940.
45. Rubin I. C. Lewis' Practice of Surgery. Vol. X, chapter 9: 5. W. F. Prior Co., 1949.
46. Galloway Ch. E. Discussion. Am. J. Obst. Gyn., 40: 434, 1940.
47. Greenhill J. P. Discussion. Am. J. Obst. Gyn., 40: 434, 1940.
48. Siegler S. L. Fertility in Women. J. B. Lippincott Co., 1944.
49. Arrighi L. A. Terapéutica Clínica. Ginecología Clínica. Tomo VI: 278. El Ateneo, Bs. As., 1947.
50. Caussimon L. Les Fievres menstruelles. Presse Med., nov., 1929.
51. Cotte G. Troubles fonctionnels de l'Appareil Génital de la Femme. Masson Cie., p/320, 1949.
52. Athabe A., Di Paola, Terzano S. Anomalías del ciclo y Endometritis Tuberculosa. Bol. Soc. Obst. Ginec. Bs. Aires, 22: 624, 1943.