

CESAR JACOME MOSCOSO

Tuberculosis genital femenina



ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

TUBERCULOSIS GENITAL FEMENINA

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DEL ENDOMETRIO PARA SU DIAGNOSTICO

I

El problema asistencial de la Tuberculosis genital, en la mujer, en nuestro medio, no ha merecido la importancia que tiene en primer lugar, porque con la oportunidad debida no se la diagnostica; luego porque la confirmación histopatológica que debe hacerse por rutina, no se efectúa en servicios especializados adscritos a los revicios quirúrgicos, lo que hace, en mi concepto, que nuestra medicina se halle retrasada en este aspecto algunas décadas, por buena voluntad que tengamos todos para modernizarla; por último, el tratamiento largo y costoso de todos estos casos, en las condiciones económicas de nuestros hospitales, no podrá hacerse sin la colaboración de los servicios antituberculosos nacionales que deberían estar preparados para abordar el problema global de la Tuberculosis y no tan solamente de la localización pulmonar, única manera de salvar un gran porcentaje de enfermas antes condenadas a la postración o a la muerte y que hoy tienen muy buenas posibilidades de recuperación.

Como en todas partes, la Tuberculosis genital juega un gran papel en el problema social de la esterilidad femenina al que tampoco se le ha dado el sitio que merece, creando secciones especiales para afrontarlo y, aunque es cierto que cuando la tuberculosis es la causa, existen pocas posibilidades de procreación, en cambio, se la despista y trata convenientemente, evitando a la enferma complicaciones más graves.

Por todas estas razones, he considerado útil exponer, actualizar, resumidamente, el problema de la Tuberculosis Genital, a propósito de unos pocos pero variados casos, pues debemos pensar que la incidencia de la tuberculosis genital está en razón directa de la incidencia global de la tuberculosis en una población y todos conocemos, en nuestro país la frecuencia grande de ella, en especial en ciertas regiones.

Es pues un asunto de gran repercusión en lo científico, en lo asistencial y en lo social.

Quien conoce las características de la Tuberculosis en general, no podrá menos de considerar cualquiera de sus localizaciones como parte del problema global de la tuberculosis: conocemos primeramente que producida la lesión primaria en aparato respiratorio casi siempre, si no hay curación completa de ella, los gérmenes persisten y, en condiciones favorables, desde ahí se propagan siguiendo diversas vías y atacan y lesionan cualquier órgano de la economía. En segundo lugar, la rapidez de evolución de lesiones localizadas o generalizadas, su extensión, sus remisiones y recaídas características, a veces su latencia indefinida o su evolución galopante, dependen de la virulencia del germen y de la resistencia orgánica: de ahí que el tratamiento básico de todas las formas de Tuberculosis tiene un proceder común: aumentar las defensas orgánicas y atenuar la virulencia del germen, o mejor, destruirlo. Lo primero es de antiguo conocido; lo segundo, problema apasionante desde el principio de la Bacteriología, a pesar de la permanente investigación, no se había conseguido, aunque hoy se dibuja ya la posibilidad de que el microbio de Koch pueda ser vencido. Por fin, las formas en que se presenta la Tuberculosis no solamente dependen de la calidad del germen y de la resistencia orgánica, sino de las características anatómo-fisiológicas del órgano mismo, de su vascularización, movilidad y relaciones de vecindad, factores que hacen cambiar en forma especial el tratamiento.

II

FRECUENCIA

En nuestro medio, nosotros no podemos citar cifras, porque el diagnóstico de la Tuberculosis genital lo hacemos cuando en laparotomías nos encontramos con la lesión típi-

ca, el tubérculo, la granulación, o lesiones caseosas; cuando ellas no existen, deberíamos tener exámenes histopatológicos de rutina y entonces, muchas lesiones de aspecto trivial llamémosles así, acrecentarían el hallazgo.

En otros medios tenemos en el cuadro adjunto la frecuencia global de la Tuberculosis genital:

Necropsias en		Incidencia en		En Salpingitis	
Tb: genital					
20%	...	20%		Argentina	
5%	7%	20%		EE. UU.	
6%	2%	15%		Uruguay	

Estas cifras nos invitan a pensar que, si en países mucho más cultos y con incidencia tuberculosa seguramente menor que la nuestra, el problema de la Tuberculosis Genital es grande, entre nosotros debe ser mucho mayor y si, además, sabemos que fuera de aquí, 2 de cada 10 Salpingitis son tuberculosas, la proporción de lo que entre nosotros queda desconocido sería enorme.

Ahora, si nos atenemos a las diversas localizaciones en el aparato genital, el cuadro siguiente nos las demuestra:

ÁREA HISTÓRICA DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL					
Trompas	90%	Uruguay	100%	EE.	UU.
Utero	70%	"	75%	"	"
Ovario	12 a 60%	"	75%	"	"
Peritoneo			70%	"	"
Vagina	9%	"			
Vulva	1%	"			
			(Crottogini)	(Wharton)	

Para Wharton, "La Tuberculosis genital significa ante todo SALPINGITIS Tuberculosa", concepto que tiene para la comprensión del problema, una grande importancia.

PATOGENIA

Teóricamente, la infección tuberculosa de vulva, vagina y cuello uterino pueden explicarse por la contaminación debida a productos bacilíferos, semen casi siempre, pero en-

tonces, la lesión primaria, en todo su séquito de adenitis, etc., estaría a la vista; mas, esta lesión primaria es muy difícil de probar. Prácticamente, la Tuberculosis Genital es secundaria a un foco alejado, conocido o desconocido, demostrable o no, ni aún en necropsia. Si tenemos en cuenta la frecuencia con que el peritoneo está afectado, su continuidad en la cavidad uterina a través de las trompas, la gran vascularización de endometrio y de aquellas, tan variable en el ciclo genital, la localización bacilar por vía hematógena sería la usual así como, además la vía descendente, mucosa, desde el peritoneo al endometrio o siquiera, desde la trompa al endometrio. Además, cuando los órganos pélvicos atacados contraen adherencias, por contigüidad desde el peritoneo, intestino, vejiga, etc., las lesiones pueden extenderse al aparato genital.

Podemos también colegir que la extensión aparente de las lesiones, variaría desde la mínima y localizada a un órgano, hasta las de enorme extensión que afectan toda la pelvis y aún toda la cavidad peritoneal. Si tenemos en cuenta la variabilidad de aspecto según el estadio de evolución de la Tuberculosis, nos figuramos ya, cómo los hallazgos clínicos pueden ser variados hasta tal punto de darles un carácter proteiforme que no se aclarara sino con un estudio completo en la mayoría de los casos, haciendo el diagnóstico, usualmente difícil.

ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

FORMAS

Cualquier clasificación basada en la clínica, en los hallazgos objetivos, dada la variabilidad anotada, tiene que resultar seguramente artificiosa, teórica. Sin embargo, urge una clasificación para procurar una orientación.

I.—**Forma peritoneal ascítica.**—Usualmente juvenil (hasta 20 años, raras veces más), con síntomas de peritonitis aguda inicial, con fiebre, vómitos, dolor abdominal, etc. y a poco derrame ascítico libre o encapsulado en una o en varias celdas; el cuadro peritoneal enmascara las lesiones genitales, salpíngeas especialmente y el elemento fundamental es la granulación tuberculosa sembrada en la serosa de la mayor parte de cavidad abdominal, en vísceras y pared. La serosa de las trompas participa también en forma de una Perisalpingitis tuberculosa. Tenemos que recor-

dar que cuando la trompa es permeable, sustancias que están en la cavidad peritoneal, como el óvulo, inician el recorrido tubario hacia el útero y no es de extrañar que, en iguales condiciones, los productos bacilares penetran en la trompa, ataquen su mucosa —Endosalpingitis tuberculosa— y aún desciendan al útero provocando la Endometritis bacilar. En esta forma, descartadas causas hepáticas, tumores papilíferos de ovario y otras más raras, productoras de ascitis y en especial cuando la mujer es joven y más aún virgen, la sospecha de tuberculosis peritoneo-genital es muy fundada e invita a buscar su origen, lo que no es difícil con el estudio del líquido ascítico.

II.—**Pelviperitonitis tuberculosa.**— La lesión fundamental es la Endosalpingitis Tuberculosa llegada por vías hematógena o descendente. Sus variedades clínicas dependen de la precoz o tardía oclusión de las trompas; si la oclusión es inicial —60%— la trompa retiene felizmente dentro sus lesiones, formándose un Piosalpinx, un hematosalpinx que pudiera hacernos creer en una preñez ectópica o un hidrosalpinx. Si no existen lesiones caseosas o granulaciones típicas, el aspecto puede ser el usual de las producidas por gonococo o piógenos, siendo la histopatología la única que con facilidad y, a veces difícilmente aclara el origen. De ahí la importancia de su empleo rutinario. Estos Sactosalpinx pueden estar adheridos, otras veces hasta libres; su volumen puede variar mucho y puede ser muy grande; son siempre bilaterales. La sintomatología puede comenzar igual que las anexitis de otro origen, en forma muy aguda o ser tórpidas desde el principio, lo que de hecho es sospechoso. Si el pabellón no se ocluye pronto, el peritoneo pélvico se afecta, los órganos vecinos se lesionan y adhieren tremendamente, pudiendo existir en este plastrón pélvico abscesos, caseum o granulaciones o todos juntos. Pueden fistulizarse hacia el intestino, vejiga, etc. La sintomatología es la usual, la de Pelviperitonitis aguda o puede ser el comienzo en forma solapada, sospechosa también de hecho.

La tuberculosis genital alta, llamémosles así a éstas, puede coexistir con cualquier otro proceso ginecólogo inflamatorio, tumoral o funcional y en especial con hipoplasia genital frecuente que ha sido inculpada como causa coadyuvante. Como se comprende todas estas complicaciones

sobreañadidas enmascaran todavía más el cuadro de por sí ya obscuro y crean problemas de diagnóstico y tratamiento muy delicados.

III.—Endosalpingitis Tuberculosa Latente.—Es interesantísima por la falta absoluta de síntomas objetivos excepto la esterilidad una vez que en 80% de casos las trompas están ocluidas. El 10% de mujeres estériles, lo son por Tuberculosis. Cuando la soldadura de los pabelones no se hace, puede producirse aún, rarísima vez, la concepción y a raíz de un aborto, en el embarazo y en especial en el puerperio, estallar una infección puerperal gravísima, antes mortal en 15 a 60 días con gran hipertermia, sin escalofrío, con lucidez mental y estado general menos afectado que en infección piógena, subinvolución uterina y a veces anexos ligeramente aumentados. Es típicamente una tuberculosis aguda, generalizada por vía hematógena, que de desconocerse su origen y tratarse correctamente, no se diagnosticará sino en la autopsia.

Esta forma latente es bilateral por más que una de las trompas parecería sana, lo que es importante para el tratamiento quirúrgico. En muchas de estas enfermas, a más de la esterilidad existen algias pélvicas rebeldes, sin explicación, a veces por muchos años que, cuando se localizan en el lado derecho pueden hacer pensar en una apendicitis crónica, llevar a la apendicectomía y no conseguir nada. De ahí que en la mujer soy partidario para la apendicectomía de hacer siempre una laparatomía mediana que nos permita explorar el aparato genital en donde, a veces, encontramos sorpresas.

TUBERCULOSIS DE ENDOMETRIO

Pudiera decirse que el endometrio es el espejo de la Tuberculosis Genital, aún de la alta y este trabajo tiene justamente por objeto llamar la atención sobre ello y recalcar la gran importancia que tiene su estudio para aclarar el diagnóstico en cuadros ginecológicos multiformes, que se prestan a confusión y que pueden hasta quedar ignorados con grave perjuicio para la enferma. Creo que el examen rutinario del endometrio no solamente debería hacerse en casos de esterilidad, cuando hay síntomas de disfunción en el ciclo o sospecha de neoplasia, sino en todas aquellas in-

flamaciones peritoneales o pélvicas, en enfermas en actividad sexual y con mayor razón en jóvenes; y si el tratamiento correcto no ha dado resultado apreciable, lo que de hecho es ya excesivamente sospechoso de Tuberculosis. Para ello debemos revisar el criterio absoluto de "no tocar la cavidad uterina cuando hay infección genital más alta", no porque creamos que ello es absolutamente inocuo, sino porque con los actuales medios de biopsia y de tratamiento, merece la pena correr un poco de riesgo ante la magnitud de un diagnóstico de Tuberculosis Genital y, por biopsias sucesivas, seguir la evolución con el tratamiento instituido. Si consideramos que Wharton señala en Estados Unidos un 75% de tuberculosis de Endometrio y Wood y Vieira en Chile el 88% dentro de las localizaciones más altas, debemos concluir que el estudio de éste tiene capital importancia diagnóstica. Sin embargo, es de anotar que un 12% de Tuberculosis de Endometrio parecen aisladas en él, de origen hematógeno y descubiertas en forma sorpresiva, pero, en 80% de estas endometritis latentes existe impermeabilidad tubaria fruto de una localización salpingea también latente.

También aquí es necesario tratar de clasificar las formas en que se presenta la Tuberculosis uterina, recordando siempre que ellas más corresponden a un estadio evolutivo.

Forma miliar: La lesión es aquí el folículo tuberculoso; se localiza en 66% sólo en el endometrio en su capa funcional, en la compacta y pueden ser escasos o numerosos; dejan usualmente las glándulas indemnes, la mucosa está bien conservada y tiene su ciclo. Las lesiones son más aparentes en el premenstruo, cosa importante, pues es el momento mejor para la biopsia. Cuando la mucosa se descama en la menstruación, es lógico suponer además, que en la sangre menstrual exista abundante material bacilífero para inyección al cobayo o cultivo. Otro hecho de apariencia lógica es que, si por curetaje se elimina la mucosa en la que están localizadas las lesiones, se pudiera curar esta forma, como han tratado de hacerlo, aunque con bastante riesgo.

Cuando la Tuberculosis avanza, podemos tener lesiones de aspecto fungoso o úlcero-caseosas con mayor o menor destrucción de la mucosa, incapaz de reacción cíclica y con una sintomatología mucho más clara aunque no específica; el miometrio puede también lesionarse —34%— y éstos estadios evolutivos constituyen formas graves.

SINTOMAS

Son variables con las diversas formas, localizaciones y estadio evolutivo, desde las latentes hasta las de extrema gravedad y los hallazgos son la peritonitis con derrame libre, o encapsulado en muchas celdas o en una sola y grande. Las masas pélvicas en anexitis o peritonitis pueden ser mínimas o englobar en un solo plastrón los órganos pélvicos conteniendo entre ellos abscesos, masas caseosas que pueden fistulizarse por apertura en cualquier órgano hueco. En el ataque uterino solamente cuando es grave puede hallarse aumento de tamaño, dolor y a veces, piometra.

Crottogini encuentra que la pigmentación de la línea alba en multíparas es de gran valor.

La tuberculosis genital no tiene nada de característico, a no ser su tendencia a la cronicidad, su rebeldía y su recurrencia propias de la afección en general.

Pueden existir trastornos gastro-intestinales, a veces con años de anticipación y en muchas, completamente desproporcionados con los hallazgos objetivos. La fiebre, es también muy variable desde las altísimas hipertermias de las formas tíficas, homatógenas, hasta las apirexias caracterizadas muchas veces por temperaturas vespertinas hasta 37° o por temperaturas normales que en cualquier momento pueden subir por reagudización del proceso.

El dolor, hemos visto, puede presentarse en la pelvis sin hallazgo objetivo o corresponder al típico de peritonitis o de pelvipertonitis; en todo caso, su acuidad es menor que en los procesos causados por piógenos. El estado general puede ser hasta floreciente en las formas latentes o estar afectado, como en toda Tuberculosis, según la agudeza e intensidad del ataque.

En la sangre, los hallazgos son variables también y nada específicos: si se encuentra una poliglobulia blanca o polinucleosis o con linfocitosis o con fórmula de Vélez positiva, en otras ocasiones no existe nada que llame grandemente la atención; exactamente lo mismo acontece con la velocidad de sedimentación muy aumentada a veces y otras casi nada.

Todos estos hallazgos dependen pues del estado de evolución, del tiempo que dura la afección del ataque a otros

órganos descubrible o no, es decir de aquellos factores conocidos en la afección tuberculosa y que tanta variabilidad la confieren.

El ciclo menstrual frecuentemente está alterado, pero en forma inespecífica: amenorrea en 6% que puede deberse a lesión extensa en endometrio, a tuberculosis ovárica o por intoxicación tuberculosa como acontece en tuberculosis pulmonar aún incipiente. Oligomenorrea en 24%. Menorragia, 41%. Metrorragias escasas o a veces muy serias que pudieran deberse a afecciones hemorragíperas asociadas. Dismenorrea en 62%. El flujo genital purulento también puede variar en su aspecto y cantidad sin nada específico.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la peritonitis, de la pelvi-peritonitis, de la Salpingitis cuando los hallazgos son los usuales, no tiene dificultades, pero el diagnóstico del origen tuberculoso es mucho más difícil necesitando encontrarse en la operación las granulaciones típicas, las masas caseosas o descubriendo el bacilo de Koch en las lesiones mismas por medio de la histopatología en biopsias extraídas durante la intervención o directamente de lesiones del cuello, vagina y vulva, muchas veces de aspecto banal, otras de aspecto neoplásico y en especial en biopsias de endometrio. Creo que el examen del endometrio debe ser de rutina en toda lesión inflamatorio salpingo-peritoneal, aunque en la intervención su aspecto macroscópico no sea sospechoso. Se puede investigar también el microbio en exsudados tomados directamente por punción transabdominal o por la de los fondos de saco vaginales en especial del posterior utilizando ya sea frotis, cultivo o inyección al cobayo. A más de la biopsia, el endometrio puede explorarse directamente por frotis de su secreción (resultado positivo en 35%), por cultivo de ella, (41%), o inoculando estas secreciones (35%).

La forma más efectiva y simple e inocua es la inoculación de la sangre menstrual al cobayo con éxito de 95% (Sillerico) que tiene la ventaja de no necesitar raspar la mucosa de la cavidad uterina, lo que alguna vez puede ser peligroso; se puede hacer la toma respetando el himen y hasta puede tomarse de la vagina. La sangre menstrual puede obtenerse de la cavidad uterina efectuando el lavado de ella

con una fina sonda de doble corriente y con 10 cc. de agua destilada durante la menstruación, de preferencia el día de mayor abundancia de ésta y con todos los requisitos de asepsia. La toma de la vagina tiene el inconveniente de una fuerte contaminación con otros germen secundarios, objeción grave para muchos autores, pero que para otros no tiene mayor importancia. Nosotros creemos que siempre que sea factible debemos preferir el lavado intrauterino. La inyección de sangre menstrual al cobayo tiene el inconveniente del tiempo prolongado que en muchas ocasiones se necesita para obtener la respuesta y luego el gravísimo inconveniente de hacerlo imposible en los casos no raros de amenorrea. Por esta razón, creemos que para el estudio de la Tuberculosis Genital, es preferible la biopsia del endometrio que tiene la gran ventaja además, de servirnos así sea repetidamente como control de tratamiento y de evolución del caso. Pensamos que el estudio de la sangre menstrual por inyección al cobayo debe ser siempre el complemento de la biopsia, aunque su respuesta tarde para completar el estudio de cada caso.

TRATAMIENTO

Hay dos posibilidades a tomarse en cuenta: 1º) La tuberculosis genital se acompaña de tuberculosis evolutiva en otros órganos y entonces el tratamiento genital, en ese momento, no tiene objeto; la terapéutica será la de la tuberculosis en general. 2º) Cuando está localizada al aparato genital, en condiciones favorables, debemos ir a la extirpación tubaria, de los ovarios si están lesionados y si es posible a la histerectomía subtotal. Cuando se trata de enfermas jóvenes repugna una extirpación genital amplia, pero en este caso, hay que tener en cuenta que de todas maneras la función de procreación está anulada por la afección bilateral de las trompas, por la endometritis tan frecuente y por el mal funcionamiento ovárico en veces; por otra parte, la existencia del ciclo menstrual y peor si es con trastornos hemorrágicos es contraproducente en toda tuberculosis. Pero, si a pesar de todo es factible un embarazo, el desastre es total por la posible generalización del proceso casi siempre en forma hematógena.

Sentadas las bases anteriores y recordando que el tratamiento de la tuberculosis en general, debe ser aplicado en

caso de tuberculosis genital, podemos recurrir al tratamiento médico, a la Cirugía y a los Rayos-X, ya sea solos, o combinados en la mayoría de los casos.

Estreptomicina: Para que ella actúe sobre lesiones tuberculosas, se necesitan las siguientes condiciones:

a) La lesión debe tener una vascularización suficiente para permitir que el medicamento se ponga en contacto con los gérmenes; esto explica por qué en los procesos recientes, exsudativos, agudos, graves, tiene gran éxito. En cambio las lesiones caseosas avasculares no mejoran como tampoco, y por la misma razón, las colecciones purulentas. cuando coexisten los dos tipos mejoran las lesiones agudas y en general aquellas a las que puede llegar sangre con el antibiótico.

b) La Estreptomicina es insoluble en las grasas y el caseum las tiene abundantes.

c) La Estreptomicina necesita un Ph alcalino y el del caseum es ácido.

d) La acción bacteriostática está disminuída cuando hay exceso de gérmenes y el caseum es rico en ellos.

e) Puede desarrollarse además una estreptomicinorresistencia lo que se observa pasados los 100 gr.

A medida que pase el tiempo ya tendremos además nuevos medicamentos para asociarlos a la Estreptomicina.

Roentgenterapia: Los Rayos X han sido aplicados con éxito en la tuberculosis genital aunque aquí, como en otros procesos inflamatorios su modo de acción no está bien explicado. Como es natural, lo primero que para esto se necesita es un diagnóstico exacto. Está contraindicada cuando existen focos evolutivos alejados o cuando el estado general de la paciente es muy malo. Su gran indicación la dan los grandes procesos de adherencias en donde el riesgo quirúrgico es excesivo o cuando la Cirugía resulta imposible, incompleta o en las recidivas post-operatorias, en la peritonitis tuberculosa y en las fístulas. Asociada al tratamiento médico o fracasado éste o el quirúrgico, queda como único recurso. Las dosis usadas son pequeñas, repetidas y espaciadas: dos campos, anterior y posterior, de 20 x 24, 25 a 40 r. por sesión, cuatro sesiones por campo en forma alternada con intervalo de una a tres semanas.

Cirugía: Contraindicada en tuberculosis evolutiva e imposible cuando las adherencias pélvicas forman grandes masas en cuyo caso abierto el abdomen, "hay que saber retirarse a tiempo". La salpinguectomía será siempre bilateral, aunque una de las trompas parezca sana y si es posible, amputación del útero. Hay que tener en cuenta que el tratamiento médico puede hacer operables casos que en otra forma no lo serían.

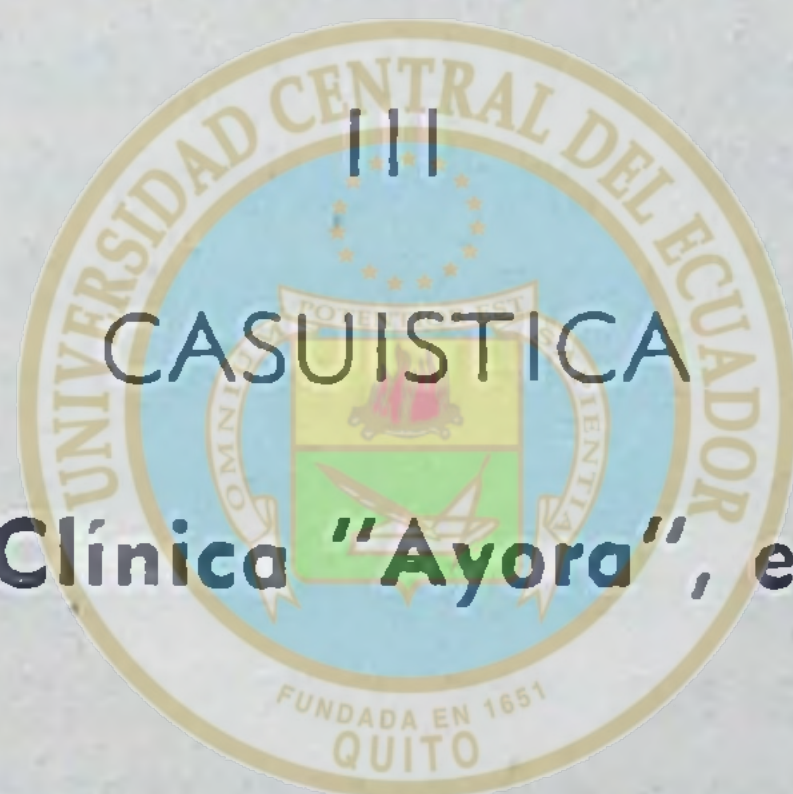
Ahora, si queremos tener una pauta de tratamiento en las diversas formas de TBG, deberemos necesariamente recurrir a quienes tienen más experiencia que nosotros, en especial a los ginecólogos chilenos cuyos trabajos sobre esto son muy interesantes; entre ellos, el Dr. Juan Malfanti tiene uno documentado, con muchos casos, que no puedo menos que transcribirlo muy resumido y sólo en parte, dado su gran interés: "**Anexitis TB**".—De evolución solapada sin fiebre ni estado general afectado, trompas aumentadas y en 100% de casos, endometritis tuberculosa. Con frecuencia, antecedentes de tuberculosis extragenital. El tratamiento debe ser prolongado pasando los 100 gr. de Estreptomicina. Se consigue buen resultado en la endometritis, comprobado por biopsias repetidas; cuando persiste la salpingitis, hay que ir a la salpinguectomía doble facilitada por la Estreptomicina. En estos casos la salpingitis puede retrogradar, pero hay el peligro de recidivas si sólo se hace tratamiento médico. Cuando el útero no se limpia hay que ir además a la histerectomía.

"Piosalpinx-caseoso.—Anexitis talvez larvada por mucho tiempo. Ataque agudo con compromiso del estado general; grandes masas anexiales; endometritis usual. La Estreptomicina puede enfriar el proceso y aún reducir las masas anexiales pero es incapaz de terminar la infección aún pasando los 200 gr.; el enfriamiento se consigue usualmente con 60 u 80 gr. de Estreptomicina y luego hay que ir a la salpinguectomía inmediata para continuar con Estreptomicina desde el post-operatorio hasta que desaparezca la endometritis, cuando ha sido posible conservar el útero, lo que no siempre es factible.

"Anexo-peritonitis TB.—Forma aguda, grave, pueden haber focos extra-genitales, más o menos aparentes. Aquí la Estreptomicina da los mejores resultados; en 10 o 15 días puede enfriarse el proceso y hasta modificarse favorable-

mente las lesiones genitales. La cantidad necesaria de antibiótico hasta puede pasar de 200 gr., pero es más prudente la salpinguectomía que se facilita con el tratamiento médico precoz, pues se evita la formación de adherencias tales que impidieran abordar quirúrgicamente el caso sin grave riesgo, en cuyo caso sería entonces la roengenterapia el único recurso.

"Endometritis TB.—Cuando es latente, se acompaña también de salpingitis latente, el estado general puede ser floreciente, la función menstrual, normal y al examen objetivo puede no encontrarse nada; existe esterilidad; antecedentes de Tuberculosis extragenital usualmente negativos. El resultado del tratamiento con Estreptomicina, prolongado, controlado por biopsias puede limpiar el endometrio. En cuanto a la salpingitis latente, falta experiencia de su curación total, pero la esterilidad persiste".



I.—B. de N.—Clínica "Ayora", enferma particular.—28 años.—De Quito.

Antecedentes.—El padre murió cardíaco y una hermana y un tío son también cardíacos. La madre sufrió una nefrectomía (Tb. renal?), pero no sabe la causa.—Es ya fallecida.

Cuando ella tenía 14 años fué cuidada por un año por una sirvienta que resultó tuberculosa y murió de ello.

Menarca a los 14 años, 4 x 30, reglas normales sin cólico. A los 16 años, tifoidea que provoca dos meses de amenorrea; luego, siempre ha sido sana. Matrimonio a los 15 años, tiene 13 de casada, no ha concebido nunca.

Desde hace 5 años, dismenorrea que va haciéndose progresivamente más violenta, en el primer día, hasta ser hoy insoportable: consulta por ésto y por su esterilidad. Desde hace un año "inflamación vaginal" que ocasionalmente mancha la ropa.

Examen.—No encontramos nada que llame la atención en el abdomen. Al bimanual los fondos de saco vaginales indoloros, libres; anexos, no se palpan ni son **doloro-**

sos. Utero en ligera retroflexión, insensible, móvil, de tamaño y consistencia normales. Cuello de nulípara, con pequeño halo rojizo; su secreción no llama la atención; vagina normal.

Para aliviar la dismenorrea decido practicar una dilatación lenta del cuello con laminarias, pero antes, a mitad del ciclo, pedimos una prueba de Hühner y al mismo tiempo examen microscópico de secreción cervical: en Marzo 19 de 1951, el Laboratorio informa: "Aspirando secreción cervical con pipeta, 1º no se puede penetrar en el canal cervical sino unos milímetros; al frotis, abundantes células poliédricas grandes y muy raros leucocitos; en placa teñida no hay piocitos ni microbios patógenos, sólo se ven las células descritas en abundancia. Prueba de Hühner: en fondo de saco posterior se ven algunos espermatozoides inmóviles, raros leucocitos y pocos saprofitos y células epiteliales. En el canal cervical no se encuentran espermatozoides.

El 24 de Marzo, con los resultados anteriores, decido hacer la dilatación con laminarias números 16 y 24, manteniendo 24 horas cada una y haciendo para la primera una dilatación con bujías metálicas hasta el número 7. La dilatación es bien tolerada. Al extraer la segunda laminaria sale secreción del cuerpo uterino espesa, purulenta, con estrías de sangre, que no me parece normal; decido aprovechar el momento y con cureta especial extraigo el endometrio para el examen histopatológico, así como con pinza apropiada hago una biopsia en el hocico de Tenca en el halo rojizo que presenta. El resultado (Dr. J. Rivadeinera) es: 1º—Epitelio escamoso normal. 2º—Erosión en el epitelio cilíndrico. 3º—Mucosa cervical intensamente infiltrada de leucocitos, predominando linfocitos y células plasmáticas, además escasos folículos tuberculosos con células epiteloideas y corona linfocitaria sin células gigantes. 4º—Mucosa uterina normal, fase secretoria correspondiente más o menos al 18º día del ciclo.

Conclusión: Cervicitis tuberculosa.

Con este resultado, la enferma es remitida para estudio radiológico de tórax y tubo digestivo, en busca de tuberculosis y el examen no encuentra rastro de lesiones en ninguno de los dos.

La regla siguiente vino en tiempo normal a principios de Abril sin el clásico cólico. Al 2º día con una delgada son-

da de doble corriente se lava la cavidad uterina con 20 cc. de agua destilada estéril y se remite para inyección al cobayo; el resultado fué enviado el 27 de Septiembre de 1951, es decir a los cinco meses: "La inoculación ha provocado en el animal, las siguientes lesiones: ligero nódulo caseoso en el sitio de la inyección; hipertrofia y caseosis de los ganglios regionales y de los ganglios pélvicos y pre-vertebrales: nódulos caseosos diseminados en el parénquima del bazo. La investigación de bacilos de Koch en las lesiones indicadas es positiva. En consecuencia, la inoculación del líquido del lavado intrauterino ha provocado una tuberculosis experimental en el cobayo inoculado". (Dr. Alfonso de la Torre).—LEA.—Dispensario N° 1).

Entre el resultado histopatológico y el de la inoculación, la enferma es tratada con 50 gr. de Estreptomicina a 1 gr. diario, que tolera muy bien; la dismenorrea se ha aliviado mucho aunque no desaparece completamente. El estado general, como siempre, no sólo es bueno sino floreciente. No guarda reposo durante el tratamiento. Después, le perdemos de vista.

II.—M. L.—Maternidad "Isidro Ayora".—Historia N° 7567.—36 años.—Marzo 8 de 1952.

Antecedentes.—Hereditarios, no da razón. Menarca a los 15 años, regular, 4/30. Oligomenorrea con dismenorrea pre-menstrual. Casada hace 10 años, ha tenido dos hijos, que tienen 8 y 6 años y el tercer embarazo termina anticipadamente a los 8 meses con niño muerto y fué hace 5 años. En todos, la evolución obstétrica fué natural. Ha tenido viruela, tifoidea y **diarreas**. U. R. el 26 de Enero de 1952 (casi dos meses de amenorrea). Desde hace 4 años aumento de volumen del abdomen, enflaquecimiento ligero, mareos.

Examen general: Talla 1.40 m.; peso 53 kg. Abdomen en obus, tumoración que llena toda la cavidad, renitente, lisa, indolora, con sensación perfecta de onda líquida a la percusión en todo su contorno; el líquido parece estar muy superficial contenido en una cavidad de pared muy tenue; esta tumoración no se desplaza con cambio de posición de la enferma y tampoco el líquido en decúbito dorsal se recolecta en el declive de los flancos dando vientre de batracio; no hay pigmentación de la línea alba y el ombligo está completamente aplanado. Al examen interno, fondos de saco

vaginales normales, cuello pequeño, útero no se palpa por el gran volumen del tumor. La vejiga se vacía bien sin cateter. Con tacto rectal no se toca prominencia del líquido en el Duglas.

Se hace una punción por vía abdominal y el examen del líquido es como sigue: "densidad 10-17. Reacción alcalina, color café claro. Aspecto turbio. Sedimento escaso. Reacción Rivalta fuertemente positiva. Albúmina abundante, sangre abundante. Examen microscópico en fresco: abundantes hematíes y leucocitos, cristales de colesteroína. Coloraciones de Gram y Ziehl no se encuentra flora microbiana. Koch negativo".

Conclusiones: El líquido enviado es de exsudación.—
Marzo 14 de 1952.

Examen de orina: Reacción alcalina. Densidad 10-19. Proteínas y glucosa negativas, pocos leucocitos (sin cateterismo).

Reacciones serológicas negativas. Sangre: hemoglobina 11 gr. Fórmula leucocitaria: neutrófilo 64, linfocitos 32, monocitos 4 (normal).

Temperatura y pulso normales, anotándose simplemente que la máxima, a la tarde, llegaba siempre a 37°. T. A. Mx. 9; Mn. 6.

Se diagnostica quiste de ovario y se opera el 14 de Marzo.

Anestesia: Ciclo-propano—éter. Se hace laparotomía sub-umbilical y al abrir el peritoneo parietal se entra en una gran cavidad que contiene más o menos 8 lt. de líquido la que se vacía lentamente. La pared de esta cavidad está formada de una especie de membrana de superficie homogénea constituida por la pared de las vísceras abdominales rechazadas hacia atrás y arriba y que en ningún momento se visualiza. Explorada la pelvis se constata los órganos adheridos en ella formando una masa de entre la que se descubren lesiones caseosas típicas con lo que queda aclarado el diagnóstico (Cirujano: Dr: Alfonso Cruz Orejuela).

Al onceavo día de la operación se pide examen radiológico del tubo digestivo y el resultado es: estómago y duodeno radiológicamente normales. Tránsito sumamente acelerado, evacuando totalmente en media hora, la comida. Yeyuno con caracteres normales. Ilio presenta alteración en su distribución conforme nos acercamos a la válvula ileosecal

la que está deformada y dolorosa. Ciego presenta bordes en estampillas. Ascendente con caracteres normales; en el transversal el paso de la comida se hace a saltos. Stierling positivo.

Impresión diagnóstica.— Tuberculosis intestinal.

Confirmadas la tuberculosis intestinal y genital creí del caso investigarla en endometrio y en efecto con cureta apropiada se toma la biopsia el 2 de Abril, a los 17 días de operada, cuyo resultado es: Tuberculosis de endometrio, abundantes folículos, no hay caseificación (Dr. J. Rivadeneira).

Como la enferma continúa con amenorrea no es posible inyectar la sangre menstrual al cobayo para que el examen del endometrio se complete con este procedimiento, por más que la biopsia dió ya un resultado definitivo.

III.—R. F.—Maternidad "Isidro Ayorra", Historia N° 4235.—30 años.—De Quito.—Octubre 18 de 1951

Antecedentes.—Pulmonía hace 5 años, esplenomegalia (sin mayor explicación). Menarca a los 16 años. 3-6 x 30 con irregularidades. En 1941 y 1948 partos a término, normales, hijos vivos. Después tiene un diagnóstico de hipertiroidismo. La U. R. fué el 4 de este mes, muy escasa.

Examen: Ingresa con fiebre de $38,4^{\circ}$. A la vista y a la palpación del hipogastrio se nota en él una tumoración: es redondeada aunque más desarrollada del lado derecho; consistencia bastante suave y hasta renitente pero hacia los bordes dura; es muy dolorosa a la presión y muy fija y llega hasta unos cuatro dedos sobre la sínfisis. Este proceso no se inicia con una sintomatología aguda. Al examen interno los caracteres del tumor abdominal son iguales. El cuello profundamente colocado tiene aspecto y consistencia normales. Por tacto vaginorectal puede palparse parte del cuerpo uterino hacia abajo y atrás del tumor, formando parte de éste. Fondo de saco posterior libre, bastante hacia arriba se toca algo, tal vez un anexo aumentado y sensible y relativamente móvil. Desde el fondo de saco izquierdo se palpa una tumoración redondeada, dura, localizada hacia adelante, queda tras la pared anterior de la pelvis, separada del resto del tumor que está a la derecha. Esta tumoración es también poco móvil. La movilización uterina es casi imposible y

dolorosa, hay colostro en los senos. Hacia el tercer día, desciende la fiebre y el pulso es normal.

Ante todo queremos descartar una preñez: el 24 de Octubre pruebas de Pituitrina y de reacción de Friedmann negativas. Entonces pensamos en las siguientes posibilidades: la más probable un proceso inflamatorio y segundo, en lo relativo a la masa izquierda, pensamos en un posible quiste dermoide, adherido talvez por torción del pedículo, o un mioma pediculado en necrobiosis o en supuración.

Hemograma: Hematíes 4'680.000; hemoglobina 17; leucocitos 4.200; velocidad sedimentación 1ª h. 32 m.; 2ª h. 57 m. Fórmula: neutrófilos 60; linfocitos 30; eosin 2; basófilos 2; monocitos 8 (normal). T. coagulación 4'45". T. hemorragia 2'30". Glicemia 1,80%.

Orina: Presencia de epitelios pavimentosos, pocos pirocitos, raros glóbulos rojos, abundantes bacterias. La curva térmica ha descendido, pero llega todas las tardes hasta 37°.

Se decide una laparotomía exploradora, que, con la preparación usual, se efectúa el 1º de Noviembre, incisión media subumbilical. Al abrir el peritoneo parietal se lo encuentra muy engrosado y sale en pequeña cantidad líquido seroso amarillento. En seguida se aprecia en todo lo que alcanza la vista el peritoneo intestinal sembrado de una enorme cantidad de granulaciones miliares con lo que queda aclarado el diagnóstico. Se explora la pelvis y se encuentran el útero, anexos y vejiga urinaria formando una sola masa de adherencias pegadas contra la pared anterior de la pelvis y del abdomen, lo que explica la superficialidad del tumor. Dentro de este magma es imposible delimitar ninguno de estos órganos y menos tratar de amputar ninguno en aparato genital, teniendo además el peritoneo afectado. Se cierra la cavidad peritoneal dejando dentro, como es nuestra costumbre, 40 cc. de Novocaína al 1% con 300.000 U. de Penicilina.

El post-operatorio excepto elevaciones térmicas de 38,8° y 37,8° en los días 3º y 4º es bueno; está muy poco dolorida, orina espontánea, expulsa gases al tercer día. Desde el 4 de Noviembre, Estreptomicina 1 gr. diario hasta completar 20 gramos. Desde el 7º día la curva térmica nunca llega a 37°. La herida cicatriza por primera.

El 13 de Noviembre examen radiológico pleur-pulmonar y de tubo digestivo, no se visualiza lesión ninguna.

Hecho el diagnóstico nos interesa el estudio del endometrio: el 22 de Diciembre regla escasa y dolorosa; el tumor es más duro, pero disminuye de tamaño y sigue sensible a la palpación. El 22 de Enero 2ª regla, el 2º día lavado de cavidad uterina para inyección al cobayo y toma de una 2ª muestra en la vagina. El 18 de Septiembre de 1952 el Laboratorio nos comunica el resultado de la inyección al cobayo, es **negativo**.

El 11 de Julio de 1952.—A los 8 meses, nuevo examen ginecológico. Desde la convalecencia de la operación se dedica a su trabajo habitual, su estado general es bueno, ha engordado, las reglas son ahora regulares. Pequeños dolores hipogástricos. A la palpación externa, el plastrón pélvico ha desaparecido completamente y no hay dolor. Al examen interno, el útero es perfectamente delimitable y bastante móvil. Del lado derecho se toca aún masa gruesa, sensible y fija. La tumoración aislada del lado izquierdo ha desaparecido. En resumen, la mejoría es muy grande. No ha recibido más Estreptomicina que los 20 gr. del post operatorio.

Está en prematuro, faltan talvez dos días. Biopsia de endometrio.

ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

Resultado: 1º) No hay lesiones tuberculosas.— 2º) Glándulas en fase proliferativa, con notable hiperplasia. 3º) Sin caracteres carcinomatosos. (Dr. J. Rivadeneira).

IV.

COMENTARIOS

En un año, hemos tenido cuatro casos de Tuberculosis Genital, uno de los cuales, muy similar a la observación N° 3, no pudo ser estudiado en Endometrio y por ello no consta. De los tres casos estudiados, todos han tenido una disimilitud completa y ninguno fué diagnosticado exactamente, con anticipación y pensando en el proceso tuberculoso.

El primero, dismenorrea en mujer estéril, tuvo una biopsia positiva y luego, inoculación de sangre menstrual positiva sin ningún signo radiológico de tuberculosis en otros órganos. El diagnóstico histopatológico de cervicitis tuber-

culosa llama la atención por su verdadera rareza con endometrio sano; pero luego, la inoculación de sangre menstrual positiva nos está diciendo que también el endometrio estaba afectado talvez en pequeño grado, de manera que para juzgar la extensión de las lesiones, ambos procedimientos se han complementado. En estas condiciones, es posible que ambas trompas estén enfermas: la enferma es estéril. Cabe aquí preguntar, aclarada la Tuberculosis de endometrio, por qué no se exploraron las trompas con histerosalpingografía o persuflación? En estas condiciones, cualquiera de los dos procedimientos es inocuo? En la exploración genital podemos concluir en que la cronología de las investigaciones en casos de esterilidad es importante y debe cumplirse: Lo primero que haremos después de cuidadoso examen ginecólogo, no es la exploración tubaria sino la del útero, por biopsia especialmente, buscando tuberculosis, trastornos del ciclo, talvez tumores para luego ir a la exploración de trompas asegurándose antes además de ausencia de gonococo en cuello. Si encontramos Tuberculosis, recordaremos la frase de Wharton: "La Tuberculosis genital es ante todo Salpingitis Tuberculosa" y en ese caso, podemos darla por descontada para nuestro proceder terapéutico con la idea siempre de que la esterilidad no podrá corregirse.

El segundo caso es interesante, pues toda la sintomatología fué la de un gran quiste de ovario, cierto que con un contenido de tipo inflamatorio, formado por ascitis contenida en una cápsula de adherencias de las vísceras abdominales. Se trata pues de una "forma de quiste ovárica" anotada por E. Novak en su Ginecología. Cabe, en este caso, la pregunta de si la Tuberculosis peritoneal fué primero? El examen del endometrio dió Tuberculosis positiva.

El tercer caso se presta a ciertas consideraciones. Se constató una Tuberculosis peritoneal generalizada que parecía de data más reciente que la pelviperitonitis tuberculosa, ambas en el estudio de endometrio dá un resultado negativo para inoculación de sangre menstrual al cobayo, así como biopsia endometrial negativa ocho meses después de operada. Ambas pruebas se hacen posteriormente a tratamiento de 20 gr. de Estreptomycin y cabe preguntar: el Endometrio estaba indemne primitivamente o se limpió con el antibiótico? Parece que para suponer lo segundo, tendríamos la objeción de la exigua dosis empleada, pero por otro lado, el examen ginecólogo ocho meses después acusa una

transformación tan favorable, que nos queda siempre la idea de una reacción magnífica al medicamento.

Por fin, debemos anotar que en estos tres casos ni las curvas térmica y de pulso, ni el número de glóbulos blancos ni las fórmulas leucocitarias nos prestaron ayuda; en el tercero, solamente la velocidad de sedimentación tuvo ligero aumento que no podía orientarnos sino en forma general sobre un proceso inflamatorio poco agudo.

Del estudio de este interesante capítulo de Ginecología debemos deducir que dada la muy alta incidencia de la Tuberculosis de Endometrio, coincidiendo con las diversas formas de Tuberculosis Genital más alta, debería ser mucho más frecuente su estudio para aclarar cuadros oscuros y hasta pudiera pensarse en hacer una rutina de la biopsia de endometrio en afecciones inflamatorias de la pelvia o en procesos tumorales que despierten, por sus caracteres, alguna sospecha. La inyección al cobayo de sangre menstrual, complementaría el resultado de la biopsia y a veces, como en nuestra primera observación, rectificaría parte de un diagnóstico; sería utilizable, aún tomando la sangre menstrual en la vagina, en todos aquellos casos en los que no se quiera o no se pueda entrar hasta la cavidad uterina.

Para terminar, surgen problemas cuyo planteamiento es del más grande interés:

1º—La Tuberculosis Genital con su frecuente localización en el Endometrio que produce entonces secreciones bacilíferas y menstruaciones bacilíferas que se eliminan hacia el exterior, es una Tuberculosis abierta, como lo son la renal, intestinal, los tumores blancos abiertos, etc., etc. Qué medidas de defensa para los demás deben tomarse en estos casos? Cuál la cuantía del peligro de estos enfermos hospitalizados o no? o es que son ellos de absoluta inocuidad?

2º—El problema de tratamiento de la Tuberculosis Genital femenina implica un tratamiento médico femenina implica un tratamiento médico largo y costoso, cirujanos, ginecólogos de primera categoría, instalaciones de Rayos-X y todos los recursos para diagnóstico y tratamientos variados, con diversos especialistas. Quien lo ha abordado en nuestro medio? Deberían ser los servicios de Ginecología de nuestros Hospitales y Maternidades? Debería la Liga Ecuatoriana Antituberculosa extender su asistencia a todos los tipos de Tuberculosis en cuyo caso sus hospitales, por lo menos dos o tres, deberían contar con especialistas y medios de todo gé-

nero para trabajar en colaboración y poder prestar atenciones médicas, quirúrgicas, obstétricas, etc., etc., por el tiempo requerido, así fuera muy largo, a la tuberculosis?; en una palabra, la tuberculosis en cualquiera de sus formas debería tratarse en servicios especiales completos con lo que se conseguiría abordar el problema de la Tuberculosis como debe abordarse: como una unidad?

RESUMEN

El problema de las Tuberculosis localizadas, no es sino una parte del problema global de la Tuberculosis y para diagnóstico y tratamiento, hay que partir de estas bases generales.

La Tuberculosis Genital Femenina, que ante todo significa Salpingitis Tuberculosa, se presenta de cada cinco enfermas con inflamaciones pélvicas en una. Las trompas están afectadas de 90 a 100% y el Endometrio de 70 a 88%. Dada esta enorme frecuencia, el estudio del Endometrio por biopsia o por inyección de sangre menstrual al cobayo, sirve no solamente para diagnósticos de Tuberculosis Genital, sino como medio de control terapéutico y la frecuencia con que debería usarse, debería llegar casi a la rutina. La Estreptomicina es magnífica en lesiones recientes agudas; fracasa en las caseosas y puede modificar favorablemente y hacer operables casos que en otra forma no lo son. La Cirugía debe ir a la salpinguectomía bilateral y aún a la histerectomía, aún en jóvenes, pues la esterilidad es usual y el embarazo, excepcional, es peligrosísimo. En casos inoperables, recidivantes, o en operaciones incompletas, los rayos-X son el único y buen recurso.

Se estudian tres casos, uno de Tuberculosis Genital latente, con esterilidad y dismenorrea, solamente diagnosticado por biopsia y con inoculación de sangre menstrual positiva. Otro, de tipo quiste de ovario, con diagnóstico hecho durante la operación y con biopsia de Endometrio positiva y el tercero, diagnosticada la pelviperitonitis tuberculosa y con biopsia e inoculación negativas. En ninguno de los tres casos hubo diagnóstico previo de Tuberculosis Genital.

Preguntas:

1ª—Por la frecuencia de enfermedad en el endometrio, la Tuberculosis Genital Femenina, por su secreción y en es-

pecial en la menstruación, es una Tuberculosis abierta? Es necesario en ella tomar precauciones para los demás?

2ª—El tratamiento es largo y costoso: son los servicios de Ginecología de Hospitales y Maternidad los que deben hacerlo? Es LEA la que debe tener instalaciones y personal de múltiples especialistas para afrontar estos tipos de Tuberculosis?

BIBLIOGRAFIA

- CROTTOGINI.—Tuberculosis Genital Femenina. Relato Oficial. VII Congreso Argentino de Obst. y Gin.
- JUAN MALFANTI.—Experiencia con el uso de la Estreptomicina en el tratamiento de la TB genital de la mujer.—Bolet. Soc. Chilena Obst. y Gin. Vol. XIV. Nº 8 Nvbre. 1949.
- E. NOVAK.—Texto de Ginecología 1952.
- J. L. SARDI.—La Tuberculosis Genital. Relato Oficial. VII Congreso Argentino de Obst. y Gin.
- R. TE LINDE.—Ginecología Operatoria. 1948.
- Dr. CARLOS THONET.—Tuberculosis Genital y Estreptomicina. Bolet Soc. Chilena de Obst. y Gin. Vol. XIV. Nº 4. Julio 1949.
- LUIS TISNE BROUSSE.—Tuberculosis Genital y Granulía Puerperal. Tratamiento con Estreptomicina. Bolet. Soc. Chilena de Obst. y Gin. Vol. XIII. Nº 6 Stbre. 1948.
- ABEL VIEIRA V.—Los síntomas de la Tuberculosis Genital. Bolet: Soc. Chilena de Obst. y Gin. Vol. XIV Nº 4 Julio 1949.
- WHARTON.—Ginecología 1950.