

TUBERCULOSIS GENITAL Y EMBARAZO

Dr. JORGE MONTOYA MUZAUURIETA (*), Dr. JOSE PEREDA GARAY (**), Dra. MARIA HERNANDEZ VILLAGARCIA

Son muy pocas las enfermedades que han tenido tanta trascendencia y cuyo agente etiológico se haya refugiado en tanta gente, como la tuberculosis, considerándose una de las enfermedades socio económicas más contagiosas en el mundo.

La tuberculosis genital femenina, que hasta hace unas tres décadas era considerada una enfermedad rara, ha atraído el interés de gran número de investigadores y especialistas, reconociéndose actualmente que ocurre con una mayor frecuencia que la que se suponía.

Este cambio de concepto es debido principalmente al uso rutinario de la biopsia endometrial en la investigación de la esterilidad y de los desórdenes menstruales, al aumento del uso del cultivo de la sangre menstrual en los casos en los que se sospecha la presencia de tuberculosis genital y al aporte de la Radiología.

Han sido relativamente muy pocos los casos de embarazo uterino después de una tuberculosis endometrial tratada; sin embargo, gracias al adelanto en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, se están consiguiendo un mayor número de embarazos y partos con fetos viables; sin embargo, este binomio tuberculosis genital y embarazo, es raro y debemos de considerarlo de excepción, y cuando esto ocurre, la gestación suele interrumpirse precozmente terminando con la vida fetal.

Según Kraubig (1), se han publicado sólo unos 150 casos hasta 1961, dándole la impresión de que cierto número quedan ignorados debidos a las dificultades dadas para establecer un diagnóstico exacto, no habiendo sido posible hasta ahora tener una idea clara acerca de su frecuencia.

George Schaefer (2), publica en el año 1967, una revisión de más de 7000 casos de tuberculosis genital de la literatura encontrando 155 embarazos a término, 67 abortos y 125 embarazos ectópicos. Según él más de la mitad de los embarazos a término no pudieron ser comprobados por las historias presentadas por sus autores. Dice además que si se acepta como prueba del diagnóstico de tuberculosis genital, solo el examen histológico y/o el examen

(*) Dptos de Ginecología y Obstetricia y Patología (**). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hospital de Maternidad de Lima.

bacteriológico del útero, trompas o secreciones, los 155 casos de embarazo exitoso se reducirían a 31 casos. Cree además, que mientras el embarazo puede seguir su curso en algunos casos de Tuberculosis genital mínima probadas, las pacientes con enfermedad avanzada pueden ser consideradas definitivamente estériles.

Especial interés ha despertado de nuevo este problema, porque Kirchhoff (3), Kraubig y Kruger (5), así como Aburel (4) y colaboradores, han observado repetidas veces la presencia de embarazo en caso de tuberculosis genital materna, y nosotros traemos a colación este tema por el hecho de haberse presentado dos casos de embarazo asociados a tuberculosis genital, con interrupción precoz de la gestación y cuyos diagnósticos fueron hechos a posteriori.

CASO N° 1.— Historia Clínica N° 74048 A.H.S., de 21 años, natural de Andahuaylas, ingresa el 17 de octubre de 1967 al Hospital de Maternidad de Lima con una gestación de 26 semanas, pérdida sanguínea y contracciones uterinas dolorosas.

Antecedentes Gineco-Obstétricos: G: 1, P: 0. Menarquia a los 15 años R. C.: 8/30.

Antecedentes Patológicos: Niega.

Antecedentes Familiares: Sin importancia.

Examen Clínico General: Regular estado de nutrición. Piel y mucosas algo pálidas.

Aparato respiratorio y Cardiovascular: Clínicamente normales. En el abdomen se encuentra un útero aumentado de tamaño de acuerdo con su tiempo de amenorrea. Latidos fetales normales.

El mismo día de su ingreso se produce el parto de un feto de 850 gramos, vivo, que fallece casi inmediatamente. No se hace estudio del feto ni de los anexos ovulares.

La paciente solicita su alta al cuarto día del puerperio a pesar de encontrarse con fiebre y con loquios de mal olor.

Reingresa la enferma a los 10 días de su alta por fiebre, escalofríos, dolor abdominal moderado en hipogastrio y fosas ilíacas.

En el examen ginecológico se encuentra genitales externos y vagina de caracteres normales, a través de los cuales escurre un líquido sero-sanguinolento

mal oliente; cuello uterino permeable a un dedo. Cuerpo uterino aumentado de tamaño cuya altura llega a unos 12 cm. por encima del pubis. Anexo izquierdo empastado y doloroso; anexo derecho da la impresión de estar muy aumentado de espesor y de hacer cuerpo con una tumoración renitente, dolorosa de unos 10 cm. de diámetro aproximadamente.

Se hace el diagnóstico presuntivo de Metroanexitis puerperal por posible retención de restos placentarios. Probable piosalpinx o absceso del ligamento ancho.

Se le hace un cultivo de secreción loquial que arroja positivo a Scherischia Coli sensible a Wyntomilon.

Como la fiebre no remitiera con el antibiótico de elección y aparecieran signos de reacción peritoneal franca, se practica una Laparotomía previo legrado uterino. En el acto operatorio se encuentra un absceso del ligamento ancho derecho, con contenido purulento, verdoso, de olor sugerente a Coli, que se drena.

El resultado histopatológico del curetaje dice lo siguiente: Fragmentos de endometrio con glándulas de tipo proliferativo. En el estroma se observan granulomas constituidos por células gigantes multinucleadas, células epitelioides y linfocitos. Se observa la presencia de BK.

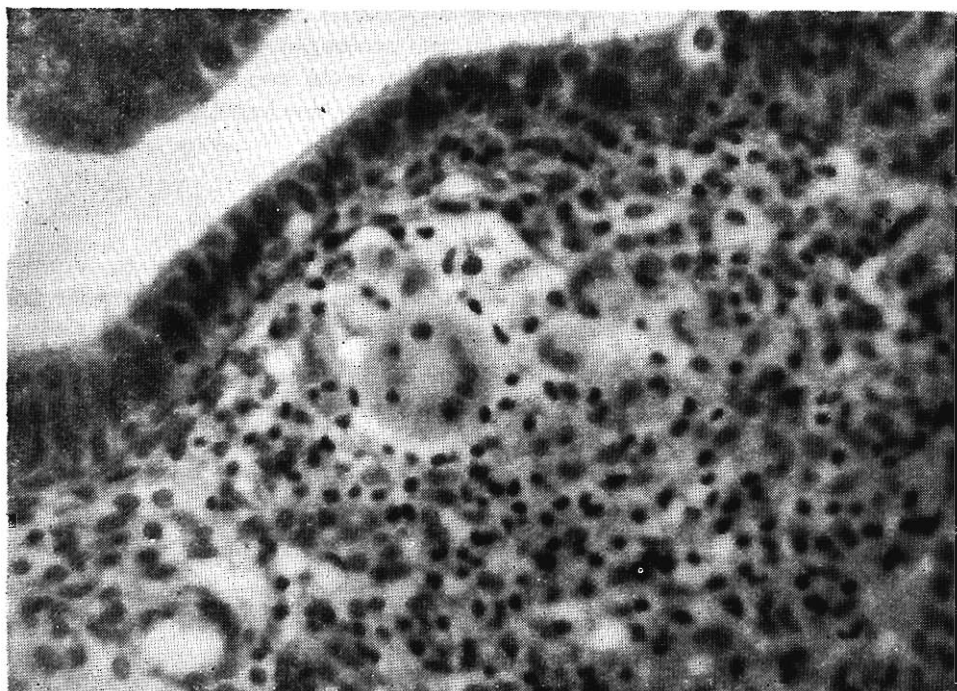
Se le pide una radiografía pulmonar, en la que nos informan ausencia de lesiones tuberculosas activas.

Se le instituye tratamiento específico de Estreptomicina 1 gr. diario e Isoniacida 400 mg. diarios. Se le da de alta a los 30 días remitiéndola a la Unidad de Salud correspondiente e indicándosele volver para su control ginecológico, sin haberla visto nuevamente hasta la fecha.

CASO N° 2.— Historia Clínica N° 02556 S.P.V., de 24 años, natural de Puno, ingresa al Hospital de Maternidad de Lima el 21 de enero de 1968 con una gestación de 20 semanas y en trabajo de parto.

Antecedentes gineco-obstétricos: G: 3, P: 1, Ab: 1. Menarquia a los 14 años; régimen catamenial 2-3/28-32 días. Última regla: 15 de agosto de 1967. Ha tenido un parto normal en el año 1963, falleciendo el bebé al año y medio según ella por "diarreas". En el año 1966, tiene un aborto de 3 meses de causa ignorada.

Antecedentes Patológicos: Enfermedades eruptivas en la infancia. Fiebre tifoidea dos meses antes de su ingreso.



Foro N° 1.— Se observa el nódulo tuberculoso constituido por células gigantes, células epitelioides y gran cantidad de linfocitos.

Antecedentes Familiares: sin importancia.

Examen Clínico: Paciente adelgazada, en regular estado de nutrición, piel y mucosas pálidas. Aparato respiratorio: Respiración ruda en ambos campos pulmonares. Aparato Cardiovascular: clínicamente normal. En el abdomen, se aprecia un útero aumentado de tamaño de acuerdo con el tiempo de amenorrea. Latidos fetales normales.

Examen ginecológico: cuello dilatado, a dos centímetros, a través del cual se tocan membranas enteras.

La paciente tiene su parto normal el mismo día de su ingreso, con feto vivo de 800 gramos, que fallece poco después de su nacimiento. No se hace estudio del feto ni de sus anexos ovulares. Se le practica un legrado uterino, cuyo informe es endometritis tuberculosa.

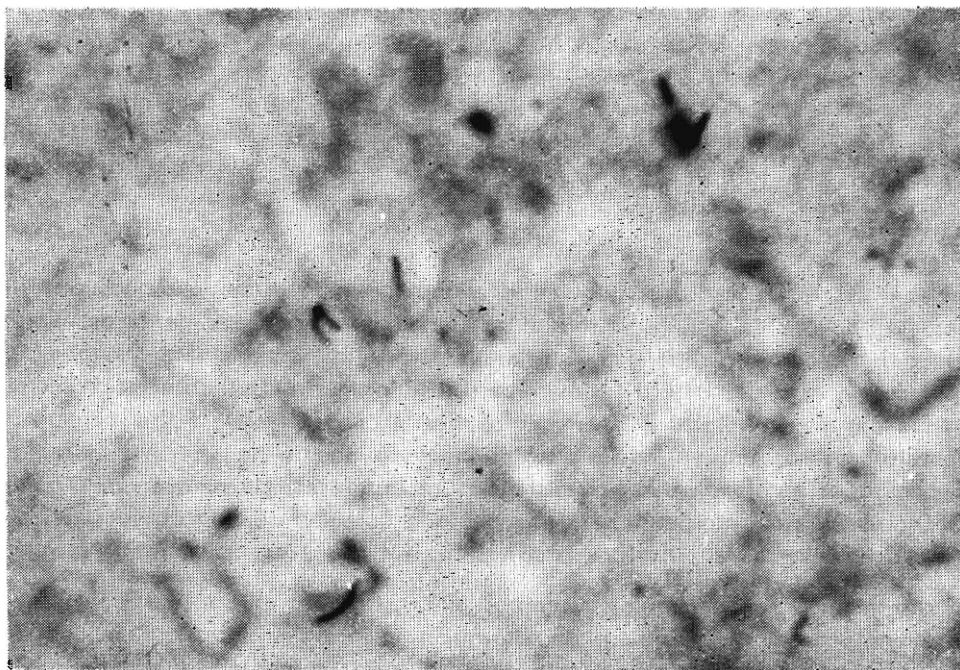


Foto N° 2.— Bacilos tuberculosos.

Desde el día de su ingreso, la paciente presenta escalofríos y fiebre seguidos de sudoración generalizada. Los exámenes auxiliares mostraron: anemia hipocrónica marcada, leucocitosis con neutrofilia y desviación izquierda, velocidad de sedimentación aumentada.

La radiografía de tórax revela una pleuritis basal izquierda con granulía bilateral.

La paciente recibió tratamiento específico a base de Estreptomina, 2 gramos diarios e Isoniacida 600 miligramos diarios, hasta que remitió la fiebre, disminuyéndose la dosis de medicamentos a la mitad hasta el día de su alta.

La radiografía de control, un mes después del tratamiento reveló una mejoría notable de 60 a 70%, siendo dada de alta mejorada el 18 de marzo, derivándola a la Unidad de Salud de Pueblo Libre en donde continúa su tratamiento.

La paciente retorna al servicio a los dos meses de su alta para efectuársele un nuevo curetaje biópsico de control, cuyo informe histopatológico revela: endometrio proliferativo. No se encuentra BK.

Se le indica que en cuanto termine su tratamiento retorne nuevamente para hacerle un nuevo curetaje y una histerosalpingografía.

COMENTARIO

En la mayoría de los casos, siguiendo a una infección primaria de los pulmones, los bacilos tuberculosos son diseminados y depositados en otras regiones del cuerpo, pudiendo esta bacilemia ocurrir intermitentemente durante el período de actividad de la lesión tuberculosa primaria. Los disturbios clínicos en los órganos genitales ocurren de los tres a ocho años de haber comenzado este proceso, aunque las lesiones pueden no llegar a hacerse evidentes por muchos años y solo cuando la resistencia del organismo disminuye por alguna razón, el BK que ha permanecido en estado latente, puede activarse y dar marcados síntomas en distintas áreas del cuerpo.

La diseminación a los genitales internos (útero, trompas, ovario) se realiza generalmente por vía sanguínea, pero también es posible la contaminación por vía linfática, o por extensión directa de las vísceras contiguas, aunque esta última sea poco frecuente. Se considera que por lo general la infección uterina es secundaria a un foco infeccioso de trompas.

La vía de contaminación fetal durante el embarazo puede llevarse a cabo a través de la vena umbilical (diseminación hematógena) o más raramente por intermedio del líquido amniótico mediante deglución o aspiración.

En cada caso, es condición fundamental, la endometritis tuberculosa y las alteraciones morfológicas de la placenta o de las vellosidades coriales, puesto que la placenta intacta no puede ser atravesada por los bacilos de la tuberculosis.

El pronóstico fetal de la tuberculosis prenatal debe de establecerse como desfavorable. Una vez producida la contaminación placentaria tiene lugar la propagación del *Micobacterium* a los distintos órganos de la economía fetal, de modo que la muerte del feto está en relación con la intensidad y precocidad de la infección.

En los casos presentados, la tuberculosis genital ha sido hallada debido a nuestra rutina en el estudio histopatológico de toda pieza obtenida por curetaje uterino.

Presentamos un primer caso, en el que a pesar de que la radiografía pulmonar es negativa, podríamos suponer sin aseverar, que la tuberculosis genital ha permanecido en estado latente, habiendo sido reactivada por la gestación; y un segundo caso de tuberculosis genital con granulía pulmonar bilateral en la que probablemente se ha producido una siembra genital durante la gestación.

CONCLUSION

Recapacitando sobre estos hallazgos, y esta es la finalidad de este trabajo, debemos recalcar la importancia del estudio histopatológico rutinario del contenido uterino extraído por curetaje en los casos de abortos; y además, la necesidad de una investigación prolija de la TBC como se hace de la lúes, grupo sanguíneo y Rh durante la consulta prenatal; y sí, en los primeros meses de la gestación nos vemos privados de utilizar el examen radioscópico, podemos utilizar en su lugar, rutinariamente, un método sencillo y de menor costo como es el test de la tuberculina; y, aunque por medio de este método no podamos diagnosticar una tuberculosis genital, sí podríamos descubrir cierto número de casos activos de tuberculosis en general, evitar su agravación o diseminación, y tal vez la interrupción prematura de una gestación; solo así, se podría establecer un tratamiento precoz y oportuno de esta enfermedad durante la gestación, que es la base de su curación y pronóstico; y quien sabe, si salvar una nueva vida que más tarde puede ser útil a la sociedad.

SUMMARY

Two cases of pregnancy occurring in women suffering of genital TBC are presented; both pregnancies ended in premature delivery of fetuses who died immediately after born; the diagnosis was made by the histologic examination of the endometrial tissue; the authors revise the literature remarking the low coincidence of genital TBC and pregnancy and commenting the mechanisms of fetal infection that can occur and the poor prognosis for the product.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— KRAUBIG, H.: Das Schicksal von Mutter und Kind bei der Konnatalen Tuberkulose. *Deusch. med. Wschr.* 86 (1961), 1904.
- 2.— SCHAEFER GEORGE: *International Surgery.* 48: 240, 1967.
- 3.— KIRCHHOFF, H.: Die Genitaltuberkulose der Frau (Pathogenese, Klinik Diagnose und Therapie). *Arch. Gynak.* 186 (1954), 278.
- 4.— ABUREL, E., PETRESCU, V. D., CONDREA, H.: Schwangerschaft nach behandelter. Genital tuberkulose. *Zbl. Gynak.* 83 (1961), 1492.
- 5.— MARTIUS GERHARD: *Clin. Obst. and Gynec. Aleman.* Tomo III, Pag. 119.