

HALLAZGOS HISTEROSALPINGOGRAFICOS EN ESTERILES PERUANAS CON TUBERCULOSIS GENITAL

DR. JORGE ASCENCIO CABELLO (*)

EXISTEN imágenes halladas en las histerosalpingografías de estériles, que pueden sugerir sospechas de la existencia de T.B.C. genital, estas mujeres casi siempre estériles primarias, presentan a menudo obstrucciones tubarias totales o parciales sin antecedentes gonorréicos o flogísticos pélvicos anteriores y generalmente tienen trastornos menstruales manifiestos: hipermenorreas, amenorrea u oligomenorrea. Abonará también a favor de estos signos histerosalpingográficos una concomitante tuberculosis pulmonar, digestiva ú ósea, así como también si se encuentra miomatosis o hipoplasia uterina y si las gráficas de las persulfaciones con CO₂, en obstrucciones parciales, indican rigidez tubaria.

Dejemos bien esclarecido que en ningún momento propugnamos a la histerosalpingografía como un método de relieve en el diagnóstico de la T.B.C. genital, entendamos bien, sólo creemos que se trata de un método auxiliar que no debe ser sobrevalorado ni desechado completamente, pues con bastante frecuencia hemos encontrado estos extremos en la bibliografía consultada.

Es por todos conocido que el diagnóstico se hace preferencialmente y en forma definitiva, en el 70 a 80 % de los casos, por la biopsia de endometrio y el resto por los cultivos, inoculaciones, hallazgos operatorios y la culdoscopia; en estos dos últimos casos se descubre generalmente en forma accidental, como lo establecimos estadísticamente en nuestro último trabajo al respecto: "Tuberculosis Genital Femenina Latente".

Debemos tener en mente que en las primeras manifestaciones de T.B.C. genital, las lesiones son discretas alteraciones histológicas que no muestran ningún signo a la histerosalpingografía y por lo tanto una histerosalpingografía normal no descarta una T.B.C. genital incipiente.

Otro concepto importante es que buen número de las alteraciones encontradas en las imágenes histerosalpingográficas, que por sus características podrían atribuirse a T.B.C. genital, pueden ser también producidas por otros procesos diversos o por lesiones inflamatorias de otra índole.

Estas consideraciones, sin embargo, no le quitan valor ni alto mérito a los estudiosos que han tratado de observar minuciosamente las histerosalpingografías de mujeres con T.B.C. genital para que puedan ayudar en el diagnóstico del proceso que estudiamos.

No dudamos que ante un caso sospechoso debemos hacer la biopsia buscando T.B.C. endometrial, pero tampoco debemos olvidar que en caso negativo la histerosalpingografía previa nos ha conducido de la mano, más de una vez,

(*) Director del "Centro Peruano de Fertilidad Matrimonial". Secretario General Asociado para Sud-América, y Secretario Nacional para el Perú de la Asociación Internacional de Fertilidad.

a hacer el raspado biópsico directamente en la zona afectada, con lo cual hemos obtenido la positividad en el estudio anátomo-patológico después de tener biopsias negativas.

Expresamente no abordamos las indicaciones, contraindicaciones, peligros, etc., de la histerosalpingografía en estas circunstancias por ser de todos conocidos y porque es obvio pensar que ningún especialista actuaría sin respetarlas. Sólo añadiremos que en ninguna de nuestras histerosalpingografías hechas en nuestras pacientes con T.B.C. genital, hemos obtenido alguna complicación, incidente o accidente verdaderamente importantes.

MATERIAL

El hecho de que al estudiar el Factor Tubario hagamos rutinariamente en el "Centro de Fertilidad Matrimonial", la persuflación quimográfica con anhídrido carbónico, así como la histerosalpingografía en todas nuestras pacientes, salvo en los casos contraindicados, nos ha dado lugar a que hayamos logrado hacer observaciones sobre histerosalpingografía en fimatosis genital.

Presentamos este estudio sobre histerosalpingografías de mujeres portadoras de T.B.C. genital, con el objeto fundamental de que habituándonos a observarlas, orienten nuestro pensamiento hacia esta enfermedad cuando el anátomo-patólogo nos dé un resultado negativo y nosotros por nuestras radiografías sospechemos en esta eventualidad, para insistir que busque nuevamente y en forma detenida signos histológicos de fimatosis, con lo que hemos obtenido buenos resultados; en otras palabras, radiografías con características definidas nos orientan a la T.B.C. genital y nos autorizan a buscar porfiadamente esta enfermedad, con lo que hemos logrado, en muchos casos, salir airosos y encontrar T.B.C. genital en biopsias de endometrio guiadas por la histerosalpingografía y practicadas sobre las zonas endouterinas sospechosas del proceso en mujeres que anteriormente habían tenido 2 o más biopsias negativas. Fig. 11.

En el caso de la Historia N^o 340, se trata de una mujer de 33 años, que refiere 3 abortos con 3 curetajes a los 25, 26 y 27 años; con radiografía pulmonar negativa; hipomenorrea actual, 40 mm. de velocidad de sedimentación a la hora; la gráfica de CO₂ nos indicó discretísimo pasaje a 169 mm. Hg., gráfica curva y sin ninguna oscilación (trompas rígidas).

Se hace una biopsia de endometrio que indica: "Tubos glandulares sin actividad secretoria y estroma laxo", no refiere tuberculosis genital: Fig. 1, la histerosalpingografía sin embargo, la sugiere al encontrar; sinequia endouterina que se aprecia claramente en el borde derecho de la cavidad uterina, borde izquierdo rígidos como una línea vertical, no se visualizan trompas, formaciones calcificadas a nivel de ambos ovarios: Fig. 2. La prueba de Cotte fue negativa.

Estos hallazgos nos orientaron hacia tuberculosis genital, insistimos con

una nueva biopsia de endometrio que da por resultado: Endometrio en fase proliferativa 21 día del ciclo y endometritis T.B.C.: Fig. 3.



Fig. 1



Fig. 2

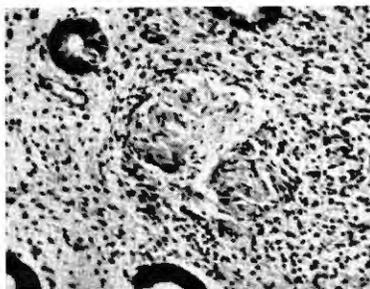


Fig. 3

En la Historia N° 365: estamos frente a una mujer estéril primaria, de 34 años, con 10 de casada; reglas normales; sin antecedentes de T.B.C., 18 mm. de velocidad de sedimentación a la hora; linfocitosis; radiografías pulmonares negativas. Después de la histerosalpingografía se produjo metrorragia, probablemente por la hiperpresión de la sustancia opaca que al distender la cavidad uterina separó bruscamente parte de adherencias flácidas endouterinas del hemi-útero izquierdo.

Las radiografías sólo muestran el hemi-útero derecho, constatando por la serie de placas que se toman sucesivamente que no se trata de una rotación del útero ni de la incidencia de los rayos lo que da esta imagen, se aprecia además obstrucción tubaria bilateral, las trompas no se visualizan: Fig. 4.

Una primera biopsia endometrial dió resultado negativo para la tuberculosis: Fig. 5.

El raspado, guiado por las radiografías, sobre la sinequia da por resultado:

"Endometrio en fase proliferativa 27 día del ciclo; folículos constituidos por células gigantes de Langhams rodeadas de células linfoides: Endometritis Tuberculosa": Fig. 6.



Fig. 4

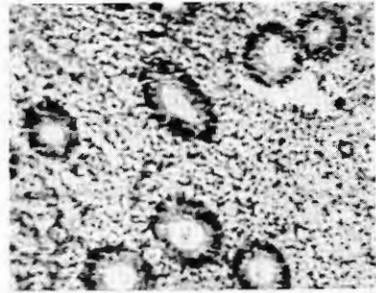


Fig. 5

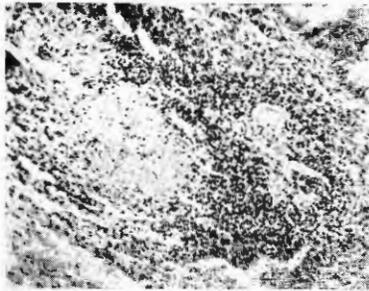


Fig. 6

Historia N° 119: Se trata de una mujer estéril primaria de 35 años, con 5 años de casada; sin antecedentes de T.B.C. y con reglas normales, mioma pequeño de cara anterior. La paciente en su primera consulta trae una histerosalpingografía con una falta de relleno en la parte central e inferior del cuerpo, perfectamente redonda y de 1 cm. de diámetro y otra de 2 x 1 cm. en el cuerno derecho; por su morfología por tender a desaparecer en la siguiente placa con más sustancia opaca y por la miomatosis que se aprecia al examen clínico, estas imágenes impresionan corresponder a los nódulos fibromatosos clínicamente diagnosticadas; de ser pólipos habrían cambiado de posición al inyectar más sustancia opaca, por lo demás, hemos observado que la fibromatosis uterina acompaña con frecuencia a la T.B.C. genital. Trompas obstruídas a nivel de ambos cuernos: Fig. 7.

La biopsia de endometrio, tomada en el 24 día del ciclo, trae por conclusiones: "Endometrio en fase pre-secretoria, lesiones de tuberculosis endometrial: Fig. 8.

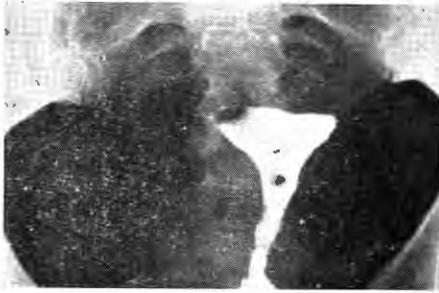


Fig. 7

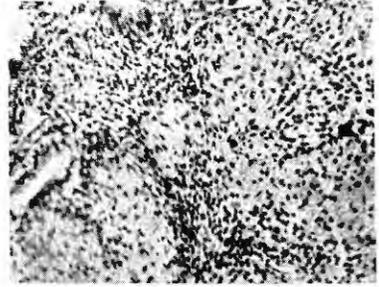


Fig. 8

Historia N° 333: 38 años, esterilidad secundaria, una hija de 15 años; T.B.C. pulmonar desde hace 10 años; hemoptisis hasta hace 3 años; hipomenorrea; velocidad de sedimentación: 33 mm. a la hora; fibromatosis uterina al examen ginecológico.

La paciente viene a consultarnos su histerosalpingografía en la que observamos: Imagen uterina agrandada; una falta de relleno redonda sobre el borde izquierdo de segmento inferior uterino en relación con la fibromatosis clínica; ambas trompas terminan en dilataciones como "linternas o faros de luz", la izquierda obstruida en su tercio medio, terminando en dicha dilatación, la derecha deja salir unas gotas de opaco, al peritoneo sobre un ambiente acuoso probablemente flogístico en la actualidad: Fig. 9.

La biopsia de endometrio concluye afirmando la presencia de tuberculosis genital: Fig. 10.



Fig. 9

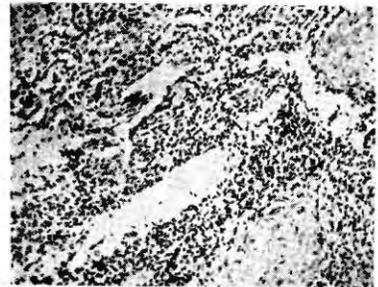


Fig. 10

Historia N° 463: 23 años; esterilidad primaria; sólo regla unas gotitas por 3 días cada 30; signos de discreta hipoplasia genital.

La histerosalpingografía muestra un fondo cóncavo con discretas irregularidades, trompa izquierda obstruida en el cuerno derecho y la derecha obstruida a nivel del tercio externo, esta única trompa visible de aspecto esfumado se aprecia discretamente nodosa. La prueba de Cotte fue negativa: Fig. 11.

La biopsia del cervix revela: "Epitelio de cubierta con caracteres normales. El corion muestra infinidad de tubérculos, muchos de ellos con necrosis cascosa central: Fig. 12.



Fig. 11

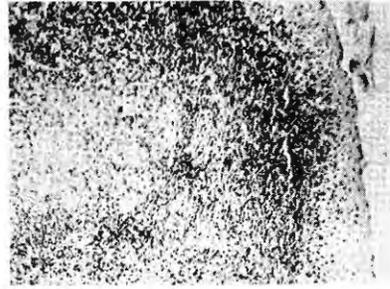


Fig. 12

Historia N° 425: 30 años; esterilidad primaria; hipomenorrea marcada; velocidad de sedimentación 10 mm. a la hora; cervicitis. Se hace una biopsia del cervix buscando Neo y nos da cervicitis T.B.C.: Fig. 13.

A la histerosalpingografía observamos un cuerpo invertido y desviado a la derecha, pasaje de la sustancia opaca "en desfiladero" entre O. I. del cuello y el segmento inferior del cuerpo, con disminución de densidad del opaco en este último. Trompas patológicamente gruesas y terminando ambas en pequeñas dilataciones, obstrucción tubaria bilateral: derecha en la unión del tercio interno con el tercio medio, o izquierdo en la unión del tercio medio con el tercio externo: Fig. 14.

La segunda radiografía corresponde a la prueba de Cotte negativa, que la presentamos por ser excepcionalmente interesante, pues muestra la esclerosis y rigidez del cuerpo y trompas ya que las 34 horas no han podido desembarazarse de la sustancia opaca, han perdido cuerpo y trompas su normal poder contráctil. Notar que no se trata de una hipotonía uterina que también contiene opaco en su cavidad a las 24 horas, pues en nuestro caso el útero no es globuloso, conserva su forma y sólo permite 4 cc. de Iodochlorol: Fig. 15.

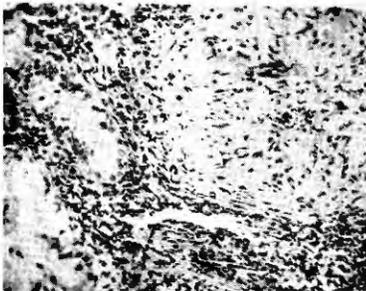


Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15

Historia N° 212: 32 años; esterilidad primaria; pleuresía a los 16 años; hipomenorrea; obstrucción tubaria bilateral a la persuflación con 003, O. E. del cervix puntiforme que requiere dilatación previa a la biopsia que dió en 28 día del ciclo: "Endometrio secretorio. Endometritis Tuberculosa". Fig. 16.

La única radiografía que pasamos, pues las otras las solicitó la paciente: es la prueba de Cotte, que dió resultado negativo: Fig. 17.

A los 15 meses de tratamiento específico hace un embarazo ectópico tubario, siendo operada por el Dr. Félix García Mayor, en la Clínica Lozada.



Fig. 16



Fig. 17

Historia N° 471: 31 años; esterilidad primaria; velocidad de sedimentación: 25 mm. a la hora; hipomenorrea y polimenorrea; O. E. del cervix puntiforme. La paciente trae sus radiografías, en las que observamos el paso de la sustancia opaca "en desfiladero" en los 2/3 superiores del endocervix, obstrucción tubaria bilateral en la unión del tercio medio con el tercio externo de ambas trompas, las que son discretamente gruesas: Fig. 18.

Presentamos también, la prueba de Cotté negativa, con retención de sustancia en la trompa derecha que ha perdido su poder contráctil, discretos restos de opaco endouterinos: Fig. 19.

La biopsia de endometrio en 24 día del ciclo arroja: "Endometrio en fase secretoria tardía, presencia de tubérculos formativos, T.B.C. endometrial: Fig. 20.



Fig. 18

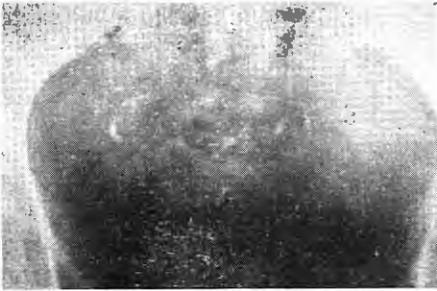


Fig. 19

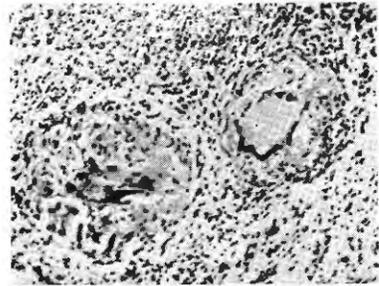


Fig. 20

Historia N° 110: 39 años; esterilidad primaria; períodos de amenorrea hasta de 2 años, intercalados con metrorragias primero y últimamente con marcada hipomenorrea. La paciente también hace su primera consulta trayendo sus radiografías. En la primera, observamos una cavidad uterina hipotónica que ha perdido su morfología; Trompas obstruidas en su tercio externo, ambas engrosadas nodosas y con diverticulosis: Fig. 21.

La segunda radiografía corresponde a la prueba de Cotte negativa con retención de sustancia opaca en los tercios externos de ambas trompas, rígidas, y en donde se aprecian las alteraciones anatómicas de la radiografía anterior: Fig. 22.

La biopsia de endometrio refiere: "Endometritis tuberculosa": Fig. 23.



Fig. 21



Fig. 22

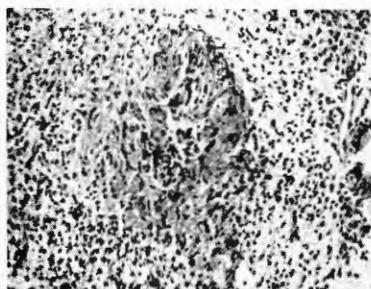


Fig. 23

Historia N° 187: 37 años; esterilidad primaria; miomatosis al examen ginecológico; hipermenorrea; obstrucción tubaria bilateral en 2 persuflaciones con CO₂. La biopsia tomada en 21 día del ciclo indica: "Endometrio en fase pre-secretoria", no refiere T.B.C. genital: Fig. 24.

Operamos para hacer miomectomía y plastía tubaria y encontramos a la laparatomía signos de T.B.C. genital, hacemos histerectomía y salpingectomía, enviamos la pieza al Departamento de Anatomía Patológica del Instituto de Enfermedades Neoplásicas, donde nos contestan "Salpingitis tuberculosa: y fibromiomas uterinos". Fig. 25.

En la Fig. 26 observamos obstrucción tubaria bilateral en el tercio medio de ambas trompas, la izquierda de aspecto noduloso en su tercio medio, la derecha en completamente patológica con diverticulosis y aspecto noduloso en su tercio medio. Esta trompa debería habernos hecho sospechar la posibilidad de T.B.C. genital, a pesar de temer la biopsia de endometrio negativa, ya que este aspecto tubario lo veníamos encontrando con tanta frecuencia en la T.B.C. genital.

En la Fig. 27, tomada a las 24 horas, muestra retención del opaco en ambas trompas, más de la derecha, donde se aprecian las alteraciones anteriormente citadas, el resto de la sustancia opaca se encuentra en vagina.



Fig. 24

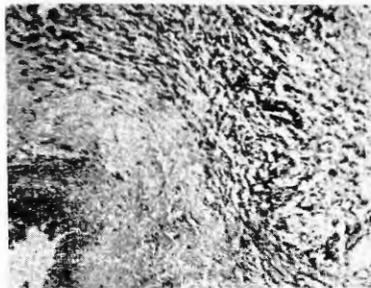


Fig. 25

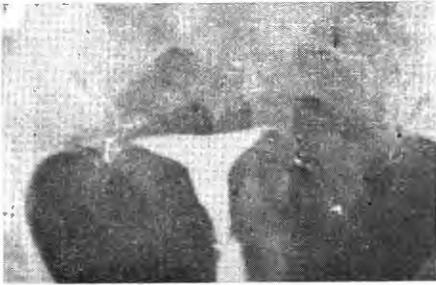


Fig. 26



Fig. 27

Historia N° 34: 27 años; esterilidad primaria; proceso pulmonar no determinado, a los 6 años que dura 1 mes; frecuentes amenorreas; 18 mm. de velocidad de sedimentación a la hora; metritis y O. E. del cervix puntiforme. Se observa a la histerosalpingografía obstrucción tubaria bilateral a nivel de ambos cuernos que son redondos y un discreto "cinturete" en la unión del segmento inferior con el cuerpo: Fig. 28. La prueba de Cotte fue negativa.

La biopsia practicada en el 28 día del ciclo arroja: "Endometrio en fase secretoria reciente, endometritis crónica con acumulos circunscritos de células epitelioides: T.B.C. Endometrial": Fig. 29.

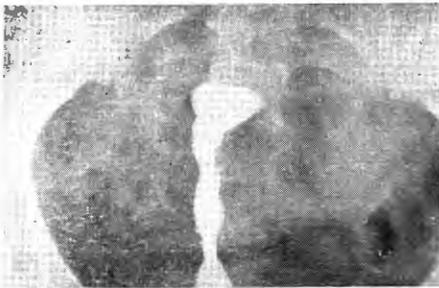


Fig. 28



Fig. 29

Historia N° 268: 26 años; esterilidad primaria; proceso pulmonar a los 20 y 22 años, metrorragias cada 15 días; 2 vaginas; 2 cuellos uterinos independientes cada uno con su orificio externo: Fig. 30.

A la histerosalpingografía se observa un útero derecho unicorno, con su trompa, que se visualiza hasta su tercio externo. El útero izquierdo es rudimentario y hace un recorrido previo enorme "en desfiladero". En la parte inferior se observan las dos cánulas insertadas en ambos cuellos: Fig. 31.

La radiografía con 5 cc. a mayor presión, se aprecia que el cuerpo derecho no se modifica pero la trompa derecha se observa más gruesa que lo normal, nodulosa y termina en una dilatación irregular. El cuerpo izquierdo, aunque ha crecido con la hiperpresión del opaco, es sólo un tercio del volumen del

cuerpo derecho, su silueta es irregular, y muestra el inicio de la trompa izquierda: Fig. 32.

La siguiente radiografía, prueba de Cotte negativa, muestra retención de sustancia opaca a lo largo de la trompa derecha, rígida, y en forma apreciable en la dilatación terminal de esta trompa: Fig. 33.

La biopsia de endometrio, en el 24 día del ciclo, refiere: "En el estroma se encuentran folículos constituídos por células epitelioides, células gigantes de Langhans y corona periférica de células linfoides: "Endometrio en fase secretoria; Endometritis Tuberculosa": Fig. 34.

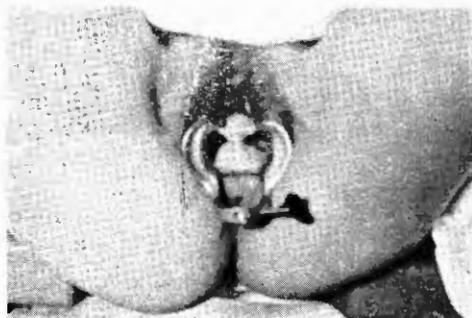


Fig. 30



Fig. 31



Fig. 32



Fig. 33

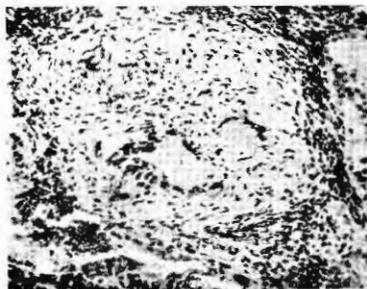


Fig. 34

Historia N° 238: 40 años; esterilidad primaria; hipoplasia uterina, fibromatosis y ciclos anovulatorios. A la histerosalpingografía observamos el cuerpo lateralizado a la izquierda, la cavidad uterina aumentada de volumen, presenta a nivel del segmento inferior una falta de relleno triangular de base superior, imagen que se repite en todas las histerosalpingografías. La trompa derecha e izquierda obstruídas, se observan hasta su tercio medio terminando con pequeñas dilataciones siendo más grande la dilatación terminal de la trompa izquierda: Fig. 35.

En la prueba de Cotte negativa, observamos retención de sustancia opaca en la cavidad uterina y en forma fragmentaria en ambas trompas, indicando pérdida de la capacidad contráctil del útero y de las trompas, también se observa sustancia opaca en vagina: Fig. 36. A la biopsia de endometrio: "Endometritis T.B.C.": Foto 37.



Fig. 35



Fig. 36

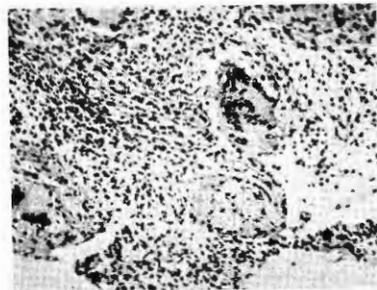


Fig. 37

Historia N° 571: 29 años; esterilidad primaria; pleuresía a los 20 años; discreta hipermenorrea, vagina no tabicada, un sólo cuello que divide su conducto en 2 a partir de la unión del tercio inferior con los 2/3 superiores del endocervix. 2 úteros unicornes, 2 trompas; T.B.C. genital a la biopsia de endometrio: Fig. 38.

A la histerosalpingografía se observa: 2 conductos cervicales, 2 cuerpos unicornes, 2 trompas; obstrucción tubaria bilateral: derecha en el cuerno o

izquierda en su tercio medio, esta última en su trayecto visible es muy degada, filiforme; en el hemi-cuerpo izquierdo se aprecia definidas diferencias de densidad del opaco y en su silueta numerosas y finas irregularidades: Fig. 39.

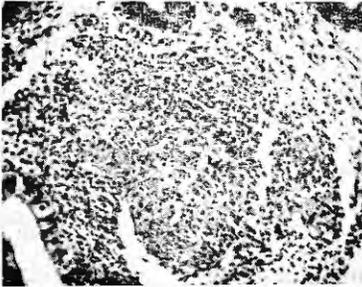


Fig. 38



Fig. 39

Como hecho interesante, anotamos que en nuestros archivos tenemos 3 úteros dobles, 2 de los cuales son tuberculosos.

Historia N° 618: 39 años; esterilidad primaria; marcadísima hipermenorrea desde la menarquia, posteriormente, oligomanorreas alternando con amenorreas; T.B.C. endometrial: Fig. 40.

A la histerosalpingografía se observa numerosas faltas de relleno y diferencias de densidad del opaco que alteran completamente la silueta uterina dando un aspecto casi amorfo al conjunto, el cuerno derecho parece estar separado por una sinequia, que se presenta en todas las placas, del resto de la cavidad uterina. Obstrucción tubaria bilateral, siendo la trompa izquierda anfractuosa en su tercio interno, única parte visible; la trompa derecha termina en una dilatación a la altura del tercio medio. Ganglios calcificados: Fig. 41.

La prueba de Cotte muestra retención de sustancia opaca en la cavidad uterina: Fig. 42.

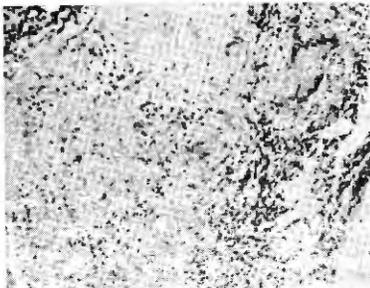


Fig. 40



Fig. 41



Fig. 42

Historia N° 428: 28 años; esterilidad primaria; pleuritis a los 21 años; oligomenorreas hace 2 años; intervención quirúrgica por un ginecólogo que hace el hallazgo de T.B.C. genital, apesar de lo cual realiza una plastía tubaria. A la histerosalpingografía se observa el cuerpo invertido por hiperanteflexión, desviado a la izquierda, cuello muy largo, trompas marcadamente gruesas, obstruidas y ambas terminan en una dilatación: Fig. 43.

La prueba de Cotte, negativa, presenta sustancia opaca retenida en todo el trayecto de ambas trompas, proceso flogístico actual con líquido en la porción terminal de ambas. Factor peritoneal y trompas que han perdido su poder contráctil: Fig. 44.



Fig. 43



Fig. 44

Historia N: 641: 26 años; esterilidad primaria, amenorreas esporádicas, ciclos ovulatorios, endometrio eficiente. Endocervicitis T.B.C.: Foto 45.

A la histerosalpingografía constatamos el cuerpo lateralizado a la derecha, en anteflexión, obstrucción tubaria bilateral a nivel del tercio medio de ambas trompas, la derecha discretamente nodulosa y la izquierda con aspecto de rosario: Fig. 46. Cotte negativa.

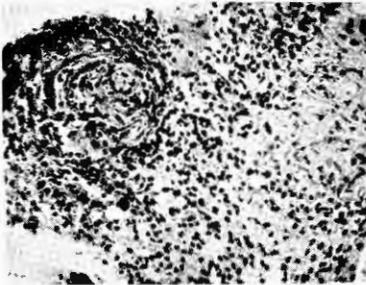


Fig. 45



Fig. 46

Historia N°635: 24 años; esterilidad primaria; marcada hipomenorrea que alterna con amenorreas desde la menarca, discreta metroanexitis.

La biopsia de endometrio indica: "Endometritis tuberculosa" constituida por folículos de células epitelioides, células gigantes de Langhans rodeadas por células linfoides: Fig. 47.

A la histerosalpingografía presentó mucho dolor y no se pudo pasar de 1 ½ cc., a hiperpresión, sinequia endouterina que toma las ¾ partes del cuerpo, del que sólo se observa un muñón pequeño que forma la parte curva de una "J" invertida. No se observan las trompas: Fig. 48.

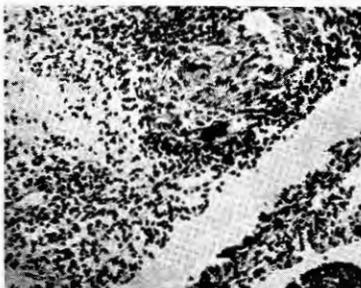


Fig. 47



Fig. 48

Historia N° 130: 35 años; esterilidad primaria, hipomenorrea. A la histerosalpingografía que la paciente trae a su primera consulta, se observa el cuerpo desviado a la izquierda, de silueta discretamente irregular con una franca disminución de densidad en el cuerno derecho y una discreta disminución de densidad en el borde izquierdo del segmento inferior. Obstrucción tubaria bilateral en el tercio externo de ambas trompas, se observan francamente patológicas, la derecha con aspecto de rosario, nodulosa y con una dilatación terminal, la izquierda con diverticulosis en su tercio externo: Fig. 49.

En la prueba de Cotte, negativa, se observa retención de sustancia opaca en porción terminal y patológica de ambas trompas: Fig. 50.

La biopsia de endometrio da por resultado: "Endometritis tuberculosa:
Fig. 51.



Fig. 49



Fig. 50

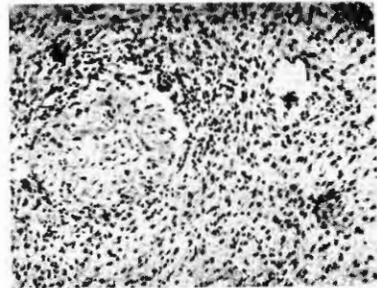


Fig. 51

Historia N° 599: 28 años; esterilidad primaria; polimenorrea que alterna con oligomenorreas. A la histerosalpingografía observamos un cuello sumamente largo, signos de hipoplasia genital, la silueta de la cavidad uterina muestra francas irregularidades de aspecto vegetante que le hacen perder su morfología normal. Obstrucción tubaria bilateral a nivel del tercio externo de ambas trompas, las que se presentan de aspecto completamente patológico a partir de su tercio medio, siendo muy gruesas, anfractuosas y con diverticulosis: Fig. 52.

En la prueba de Cotte, negativa, se observa retención de sustancia opaca en la porción patológica de ambas trompas, con penetración aún mayor en la citada diverticulosis: Fig. 53.

La biopsia de endometrio practicada a continuación, luego de sospechar por la histerosalpingografía, de fiomatosis, dió por resultado: "Endometritis T.B.C."; Fig. 54, ratificando la bondad del juicio emitido ante radiografías que hagan pensar en esta eventualidad.



Fig. 52



Fig. 53

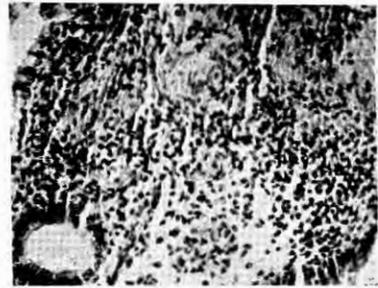


Fig. 54

RESULTADOS

De 710 matrimonios revisados en el "Centro Peruano de Fertilidad Matrimonial", hemos logrado reunir 20 casos de tuberculosis genital latente que tuvieran tanto la biopsia que acreditara la tuberculosis, como sus histerosalpingografías.

El estudio de las historias clínicas, conjuntamente con el de las histerosalpingografías, nos ha llevado a elaborar el cuadro inserto en la página siguiente.

Luego de la revisión del cuadro, deducimos las siguientes conclusiones, que juzgamos interesantes.

El estudio de las histerosalpingografías nos revela a nivel del cuerpo lo siguiente:

1. Casos de irregularidad de la silueta de la cavidad uterina, atribuibles a fimatosis: 25 %.
2. Diferencias de densidad de la sustancia opaca en la cavidad uterina, sospechosas de ocurrir por el proceso que estudiamos: 20 %.
3. Como hecho interesante, hemos observado 5 casos de sinequia uterina: 25 %. Sólo en uno de ellos ocurrieron 3 abortos con 3 curetajes 7 años antes a este estudio. En los otros 4, se trataba de mujeres estériles primarias

H I S T E R O S A L P I N G O G R A F I A S																												
A N T E C E D E N T E S						T R O M P A S																						
CUERPO																												
No Orden	No Registro	Edad	Esterilidad Primaria	Esterilidad Secundaria	Antecedentes T.B.C.	Amenorrea	Hipomenorrea	Gilgomenorrea	Hipermenorrea e Netorragia	Irregularidad Silueta	Diferencia Densidad	Sinequia Uterina	Cuerpo Rígido Escoloroso con referc. opacos BD hrs.	Obstrucción Parcial	Ocstrucción Total	Cuernos	1/3 Externo	1/3 Medio	1/3 Interno	Dilatación Terminal	Nodulosa	Guesa	Rígida Secerosa con retenc. opaco BD hrs.	D.vertisionosis	Aspecto Rosario	Gestación Positividad T.B.C	Artatomo-patológica debida a la histerosalpingografía.	
1	340	33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	365	34	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	119	25	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	333	38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	463	23	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	425	30	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	213	33	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	471	31	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	110	29	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	187	37	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	34	37	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	288	26	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	238	40	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	571	29	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	818	39	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	420	28	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	941	26	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	625	26	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	136	35	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	398	28	Si	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Totales 20			18	2	6	6	9	6	6	5	4	4	4	1	10	10	15	9	2	7	6	6	6	9	4	9	15	oc. 3

sin el menor antecedente de traumatismo instrumental o quirúrgico, lo que nos da un 20 % de sinequias que podríamos atribuir a origen fimatoso.

4. Es curioso haber observado que en el 20 % de los casos de tuberculosis genital que exponemos, la cavidad uterina contenía sustancia opaca a las 24 horas, a veces abundante, sin ser hipotónica, que manifestaba claramente la pérdida de su capacidad contráctil y su rigidez.

El estudio histerosalpingográfico de las trompas es aún más interesante:

Hemos constatado que 19 de estos casos de T.B.C. genital latente, presentaban obstrucción tubaria total bilateral: 95%. El restante, mostró estenosis tubaria. Es decir, que no hemos encontrado ningún caso con trompas normales.

De los 19 con obstrucción tubaria bilateral descartamos 1, del que sólo retenemos la prueba de Cotte. Las 36 trompas de los 18 casos restantes, se han obstruido a los siguientes niveles:

10 trompas de cuernos: 27.7 %; 15, en el tercio externo: 41.6 %; 9, en el tercio medio: 23.3 %; y 2, en el tercio interno: 5.5 %.

Las trompas en la inmensa mayoría de los casos presentan, histerosalpingográficamente, peculiares características que pueden orientar a la fimatosis genital latente. Del cuadro anterior se deduce que ellas tienen morfología patológica, que combinadas entre sí o nó, nos han dado los siguientes resultados que hablan por sí mismos:

En 7 tuberculosas hemos encontrado dilatación tubaria terminal: 35.0 %, generalmente no voluminosa. Trompas con aspecto noduloso: 30.0 %. Trompas patológicamente gruesas en 6 histerosalpingografías: 30.0 %.

En 20 % de las fimatósicas presentaron diverticulosis tubaria; en cambio el clásico aspecto de trompas en rosario sólo lo hemos constatado en el 10 %.

Lo más notable, por su frecuencia, como en el caso del estudio histerosalpingográfico de la cavidad uterina, ha sido la observación en la prueba de Cotte, de la persistencia de sustancia opaca en el interior de las trompas hallado en 9 casos, o sea que el 45 % de las trompas tuberculosas pierden su capacidad contráctil volviéndose esclerosas o rígidas.

Todas las características descritas en las histerosalpingografías de mujeres portadoras de tuberculosis genital latente, nos orientan aún más, hacia esta enfermedad si nos ayudamos de los antecedentes de la enferma, siendo de real importancia los siguientes: a) que la enferma sea una estéril primaria; entre nuestras pacientes hemos encontrado, según el cuadro anterior, que el 90 % presenta esterilidad primaria; b) antecedentes de tuberculosis en el 30 % de los casos.

Creemos también de significativa importancia añadir a todo lo anterior, gruesas alteraciones menstruales que hemos encontrado con bastante frecuencia y que combinadas o no entre sí, nos dan los siguientes porcentajes:

Hipomenorreas: 45.0 %; Amenorreas: 25.0 %; Hipermenorreas o Metrorrragias: 30.0 %; Oligomenorreas: 15 %.

Sólo ha logrado gestar una paciente: 5.0%, que hizo un embarazo ectópico.

Por último encontramos en el cuadro anterior que en el 15.0% fue posible hacer el diagnóstico de tuberculosis genital por las histerosalpingografías; expliquemos, a los 3 casos se les hizo una primera biopsia de endometrio que dió resultado negativo, pero al hallar en las histerosalpingografías las alteraciones que venimos refiriendo, nos decidimos a hacer nuevas biopsias, orientadas por esas radiografías, dirigiendo la cureta y raspando sobre los lugares donde se presentaban alteraciones anatómicas, o insistiendo con el anatómo-patólogo en la búsqueda de este proceso, conseguimos en esta segunda biopsia la positividad anatómo-patológica que creemos sólo debida a la sospecha de esta enfermedad que nació del estudio histerosalpingográfico ayudado por los antecedentes de la paciente. Pensamos que en el futuro este 15% de diagnósticos pueda elevarse aún más si nos esforzamos en el estudio meticoloso de la interpretación de las histerosalpingografías de mujeres estériles.

No hemos consignado en el cuadro algunos detalles más por no hacerlo confuso, pero añadiremos que hallamos coexistencia de tuberculosis genital latente con mioma uterino en 4 casos, y con hipoplasia genital en 3.

En 15 casos, 75% la biopsia dió: "Endometritis T.B.C.", en otros 6.06%, fué "Cervicitis o Endocervicitis T.B.C.", en estos 3 últimos se trataba de despistar Neo y en los 2 restantes, se hizo por hallazgo operatorio: 10% en uno de estos casos se extirpó trompas, microfotografías que también exponemos en este trabajo.

La biopsia de endometrio, reveló 6 casos de ciclos anovulatorios en los 20 de T.B.C. genital. En la histerosalpingografía, además de lo anteriormente citado se observó: paso de sustancia opaca en desfiladero en 3 casos, hipotonía uterina en 1, trompa delgada con aspecto filiforme en 1, trompa esfumada en otra y trompas anfractuosas en 2 veces; sólo hemos encontrado 2 casos con ovarios o ganglios calcificados, contrariamente a los hallazgos clásicos.

Se halló O. E. del cervix puntiforme en 3 casos.

Anotamos como hecho digno de mencionar, que de 3 casos de útero dobles que tenemos registrados en nuestros archivos, 2 están involucrados en el presente trabajo por ser tuberculosos.

RESUMEN

Presentamos 20 casos de T.B.C. genital, cada uno con su histerosalpingografía y su confirmación anatómo-patológica.

Tratamos de dar un justo valor a la histerosalpingografía como método auxiliar de diagnóstico, ayudada por los antecedentes de la paciente.

Concluimos reuniendo datos positivos que nos han permitido obtener el 15% de diagnóstico atribuibles exclusivamente a este método auxiliar; en efecto, los signos histerosalpingográficos que sugieren la sospecha de T.B.C. genital que describimos detalladamente en este trabajo y que no son los clásicos.

sicos, nos animaron ante biopsias negativas, a repetir las en forma dirigida por la histerosalpingografía para raspar exclusivamente la zona sospechosa e insistir ante el anatómo-patólogo para que busque porfiadamente la especificidad, ésto nos ha proporcionado, en la mayoría de los casos, la positividad anatómo-patológica que no se hubiera intentado ni podido precisar sin la ayuda histerosalpingográfica.

Creemos que este 15% de diagnósticos atribuibles a este método auxiliar, podría elevarse haciendo un estudio aún mas detenido de las histerosalpingografías de mujeres estériles.

SUMMARY

We present 20 cases of genital T.B.C. each accompanied by hysterosalpingography and pathological confirmation.

We try to give a fair value to the hysterosalpingography as an auxiliary method of diagnosis, aided by the antecedents of the patient.

We conclude gathering positive data which have enabled us to obtain 15% of diagnosis attributable exclusively to this auxiliary method; as a fact, the hysterosalpingography which suggests the presence of genital T.B.C. and which we describe in detail in this paper, encouraged us in the presence of negative biopsy, to try it again scraping of exclusively the suspected zone and insisting that the pathologist thoroughly search this disease; this has given us in the majority of cases, the pathological positivity which would not have been attempted or precised without the help of the hysterosalpingography.

We believe that this 15% of diagnosis attributable to this auxiliary method, could be raised after making a more thorough study of hysterosalpingographies on sterile women.

Nuestro sincero reconocimiento al Anatómo-Patólogo, Dr. Gerardo Boisset, quien gentilmente nos brindara su espléndida cooperación habiendo tomado y obsequiado las microfotos de anatómo-patología, y sin cuya magnífica colaboración hubiera sido imposible presentar este trabajo. Asimismo, quedamos agradecidos al Anatómo-Patólogo, Dr. Uriel García García y al Personal del "Centro Peruano de Fertilidad Matrimonial".

BIBLIOGRAFIA

1. Achard Arturo: Proceedigns of The First World Congress on Fertil. and Steril.; 1953, I: 748.
2. Ahumada Juan, Salaber Juan y Ahumada Jorge: "Tratamiento Elemental Ginecológico". Edit López y Etchegoyen. Bs. As.; 1952: 412.
3. Alvarez Bravo Alfonso: Obst. y Ginec. de México; 1946, I, 2: 91-96.
4. Alvarez Fuentes Gabriel: Est. sobre Esteril, México; 1953, IV, 2: 71.
5. Arrighi Leoncio: Pren. Méd. Arg.; 1953, XLII, 37: 2856.
6. Ascenzo Cabello Jorge: Ginec. y Obst., Lima; 1956, II, 1: 110.
7. Auerbach C.: Surg. Gynec. and Obst.; 1942 75: 712: 720.
8. Barnes Tom and Snaith Linton M.: Proceedings of The First Wolrd Congress on Fertil. and Steril.; 1953, I: 772.
9. Bettinotti Alberto E.: "Histerosalpingografía y Persuflación Uterotubárica Quimográfica". Edit. El Ateneo. Bs. As.; 1948: 116.
10. Brown O'Donel: Journ. Obst. Gynec. Brit. Emp.; 1943, 50: 128-134.
11. Bunster Eduardo: Sinop. Obst. Ginec.; 1954, I, 3:312.
12. Calatroni Carlos y Ruiz Vicente: "Terapéutica Ginecológica". Edit. El Ateneo. Bs. As.; 1946: 527-544.
13. Chevalier R. y Sanmartino R.: Obst. Ginec. Lat.-Amer.; 1951, 9: 450.
14. Clauss: Second World Congress on Fertil. and Steril.; 1955.

15. Cónill Serra V.: "Cuestiones Etiológicas y quirúrgicas que plantea la Esterilidad Femenina", Impr. Solidaria, Barcelona; 1955.
16. Crottogini J.: Sept. Congr. Arg. de Obst. y Ginec., Relatos Oficiales; 1949: 130
17. Curtis, Arthur Hale y Huffman, John William: "Ginecología". Edit. Salvat.; 1953, XIX: 223-230.
18. De la Osa L.: Rev. Españ. de Obst. y Ginec.; 1953, 12: 230.
19. Dietel Hanns: Second World Congress on Fertil. and Steril.; 1956.
20. Di Paola Guillermo: Obst. Ginec. Lat-Amer.; 1954, XII, 5: 142.
21. Di Paola Guillermo: Obst. Ginec. Lat-Amer.; 1954, XII, 11: 557.
22. Di Paola Guillermo y Remy Sola: Obst. y Ginec. Lat-Amer.; 1950, VIII, 9: 432.
23. Fernández Ruiz C.: Rev. Mex. de Cirug. Cinec. y Cáncer; 1950, XVIII, 8: 239-242.
24. Ganoza Iturri Oswaldo: Tesis de Bachiller, F. M. de Lima; 1956.
25. García Rosell, Chamorro César: Tesis de Bachiller, F. M. de Lima; 1953.
26. Glatthaar Erich: Year Book of Obst. and Gynec.; 1947, 134: 321-338.
27. Goodall J. R.: Journ. Obst. Gynec. Brit-Emp.; 1943, 50: 213-225.
28. Graves William: "Gynecology". Edit. Saunders Co., Philadelphia; 1918: 215-223.
29. Guiza Héctor: Semn. Méd. Arg.; 1946, 53: 605-611.
30. Nalbrecht I.: Fertil. and Steril.; 1951, 2: 267.
31. Halbrecht I.: Second World Congress on Fertil. and Steril.; 1956.
32. Koetel W. G.: Amer. Journ. Obst. Gynec.; 1951, 61: 1362-1385.
33. Nika Kanji: Amer. Journ. Obst. Gynec.; 1954, 67: 56.
34. Levine W. y Kurland I.: Journ. Obst. Gynec.; 1954, 63: 420-424.
35. Malkain P. E. y Rajain C. N.: Second World Congress on Fertil. and Steril.; 1956.
36. Matera Ubaldo: Second World Congress on Fertil. and Steril.; 1956.
37. More White Margaret: Fertil. and Steril.; 1953, I: 763.
38. Murray E. G.: Obst. y Ginec. Lat.-Amer.; 1950, 8: 223-236.
39. Nevinny Stiekel Josef: Sinop. Obst. Ginec.: 1954, I, 2: 190.
40. Rozin Samuel: Fertil. and Steril.; 1954, V, 5: 466.
41. Sardi Juan y Arrighi Leoncio: Obst. Ginec. Lat-Amer.; 1951, IX, 9: 446.
42. Sharman A.: Fertil. and Steril.; 1952, III: 144.
43. Te Linde Richard W.: "Operative Gynecology". Edit. J. B. Lippincott Co.; 1946: 507-516.
44. Valdez P Héctor: Tesis de Bachiller, F. M. de Lima; 1953.
45. Wood Juan: Rev. Colomb. de Obst. y Ginec.; 1953, 5: 53.
46. Wood Juan, Bunster Eduardo y Pacheco Matilde: Obst. Ginec. Lat-Amer.; 1943, 1: 33-49