

ESTADO GRAVIDO PUERPERAL EN TUBERCULOSIS PULMONARES SOMETIDAS A TRATAMIENTO QUIRURGICO PREVIO AL EMBARAZO CONTROL OBSTETRICO Y TISIOLOGICO EN 15 PACIENTES (*)

Drs. OSCAR MIGONE y BORIS BLANK (**)

I N T R O D U C C I O N

Considerando que las embarazadas que padecen tuberculosis pulmonar, en actividad o curada, tienen una patología obstétrica especial y una evolución del estado pulmonar de características propias (1 a 5), estimamos de sumo interés, estudiar la patología de la gestación y del aparato respiratorio, en pacientes sometidas con anterioridad a tratamientos quirúrgicos por su tuberculosis pulmonar. De esta manera controlamos 15 pacientes, de las que 12 tuvieron un sólo parto; 1 presentó dos gestaciones, y 2 llegaron a tener tres partos consecutivos, vale decir veinte embarazos en total. Algunas de estas pacientes fueron atendidas y operadas con motivo de su TBC. en el mismo hospital donde funciona nuestra Maternidad; así también, atendidas por nosotros de embarazos y partos anteriores a su operación quirúrgica; pero la mayor parte procedieron de otros centros fisiológicos.

De las 15 pacientes, 8 continuaban enfermas al quedar embarazadas a pesar del tratamiento médico-quirúrgico practicado; 7 en cambio estaban aparentemente curadas de su afección pulmonar. Este alto porcentaje de pacientes no curadas, pese al tratamiento quirúrgico aplicado, hay que atribuirlo a varias causas: a) que la Maternidad para tuberculosis a nuestro cargo es la única del interior del país, agrupándose en ella las embarazadas provenientes de otros centros fisiológicos, nacionales y de países vecinos, donde fueron tratadas en su oportunidad; b) que son enfermas que no cooperan adecuadamente; c) que la terapéutica antimicrobiana había sido interrumpida en diversas ocasiones por falta de medios, traslados y ausencias, falta de cooperación, etc.

(*) Investigación realizada en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Misericordia y en la Cátedra de Introducción a la Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas, Córdoba, República Argentina.

(**) Dr. Oscar Migone: Auxiliar Docente de la Cátedra: Jefe de Sala de Tisiología. — Dr. Boris Blank: Prof. Titular y Jefe de Servicio.

En el control obstétrico, expresaremos sólo los resultados de las investigaciones que dieron una diferencia notoria con lo observado en pacientes que no padecieron de TBC. pulmonar, ni fueron sometidas a operaciones quirúrgicas torácicas.

CONTROL OBSTETRICO

Embarazo.— El embarazo se produjo entre 4 meses y 9½ años posteriores a la operación; en tres pacientes entre los 4 y 8 meses, mientras que en 17 entre 1 y 9½ años después de la intervención quirúrgica.

El 15% de los embarazos (3 entre 20) se interrumpió prematuramente; el embarazo prolongado se presentó en el 10% de los casos; ambos porcentajes más elevados que la habitual.

En el 40% se observaron anemias, cifra muy por encima de lo habitual en obstetricia, pero común entre las tuberculosas (1, 2, 4, 5); la mayor parte de las pacientes correspondían a los grupos de extensión lesional moderadamente avanzada y muy avanzada.

En el 15% de los embarazos se encontraron hipertensiones moderadas (dos de los tres casos, entre los operados curadas).

En resumen, puede comprobarse en las pacientes tratadas quirúrgicamente por su afección pulmonar, curadas o no en el momento de quedar embarazadas, la misma o parecida patología que se observa en el estado grávidopuerperal de las tuberculosas no operadas: elevación de los porcentajes de prematuridad, embarazo prolongado, anemias e hipertensión leve. La prematuridad se presentó en proporción doble en las enfermas que en las curadas, y en las pacientes sometidas a resecciones pulmonares que en las tratadas sólo son con toracoplastías. La hipertensión leve, se presentó en el doble de casos en las curadas que en las enfermas. Todo esto está de acuerdo con lo mencionado en otros trabajos nuestros, donde hemos estudiado su etiopatogenia (2, 4).

Parto.— El estudio de la **duración del parto**, y su comparación con casos normales (6), demostró que: a) en los primíparas, el 50% tuvo partos cortos y el 50% partos de duración habitual, es decir que no hubo partos prolongados; b) en las múltiparas, más del 55% fue de duración normal, más del 30% largos y el 12% cortos; c) los períodos expulsivos tuvieron duración habitual en un 55% al 60% de los casos, cualquiera fuese la paridad, pero en el 33% al 38% fueron cortos, especialmente en los primíparas.

Estas cifras demuestran una tendencia de los partos a ser rápidos cualquiera sea el período que se consideré, hecho destacable especialmente en las primíparas.

El **curso del parto** fue espontáneo en su iniciación y terminación en todos los casos, excepta uno que terminó por embriotomía por desproporción pélvica fetal. Un alto porcentaje fue estimulado por la hipocinesia presente durante su transcurso; en efecto el 30% tuvo disminución de la dinámica uterina. No hubo hipertonías; sí en cambio, un 10% de distocias de cuello uterino.

En este grupo entonces, se observan en mayor o menor grado, las características obstétricas propias de las pacientes, tuberculosas activas o curadas (1, 2, 4, 5). Pero además aparece otro hecho, que merece destacarse: el porcentaje de anoxias fetales, que alcanza al 25%, probablemente debido a variaciones de la función respiratoria incidiendo sobre la oxigenación de las sangres materna y fetal.

Alumbramiento.— Debido a la hipodinamia presente durante el parto, en el alumbramiento se continuó la estimulación con goteo endovenoso de ocitocina iniciada en los primeros períodos del trabajo de parto, en el 45% de los casos. Pese a ello un 20% tuvo hemorragia; asimismo otro 20% presentó hemorragia en el postalumbramiento inmediato. En total el 30% de las pacientes tuberculosas operadas, curadas o no, dieron hemorragias en el parto. Estas cifras son casi calcadas de las que hemos mencionado en otros trabajos (2, 4), y las causas son aparentemente las mismas.

Puerperio.— En el 35% de los casos hubo subinvolución uterina, al igual que en las tuberculosas en general (1, 2, 3, 5).

Recién nacido.— El peso de los recién nacidos no permitió descubrir ninguna influencia adicional, aparte de la que ya hemos estudiado atribuible a la extensión lesional y gravedad del proceso tuberculoso (1, 2).

La mayor parte de los recién nacidos pesaron entre 3 y 4½ Kgs.; los prematuros entre 2600 y 2900 grs.

En los casos de sufrimiento fetal, la evolución posterior del recién nacido fue buena en general.

CONTROL FISIOLÓGICO

Este control fue hecho en la forma ya referida en otros trabajos nuestros relativos a embarazadas con problemas pulmonares en actividad o curados (1, 3). En resumen debemos destacar las siguientes características de este control: 1) Internación durante embarazo, parto y puerperio; 2) estudio de los antecedentes fisiológicos, quirúrgicos y obstétricos en los archivos de nuestro hospital y de los otros hospitales en que fueron atendidas, especialmente para conocer las características de la enfermedad sufrida y el tipo de tratamiento médico-quirúrgico aplicada; 3) estudios clínicos, radiológicos y bacte-

riológicos a lo largo del embarazo, a fin de confirmar el diagnóstico de ingreso y controlar el estado pulmonar.

La mayoría de los casos integró los grupos de extensión lesional moderadamente avanzada y muy avanzada. El tratamiento quirúrgico hecho en su oportunidad varió según el caso: 9 pacientes fueron tratadas con resecciones pulmonares (2 segmentectomías; 4 lobectomías; 3 lobectomías y toracoplastías); 5 pacientes fueron tratadas con toracoplastías; y 1 con plomboje extrapleural. Como entre estas pacientes hubo algunas que se curaron y otras no, antes de quedar bajo nuestra atención por su embarazo, destaquemos lo siguiente: a) De los 7 curados, dos habían tenido TBC. mínima y las demás TBC. muy avanzada; habiendo sido tratadas 5 de ellas con resecciones pulmonares, 2 con toracoplastías y 1 con plomboje; b) De las 8 no curadas, por mitades iguales habían padecido TBC. moderadamente avanzada o muy avanzada; habiendo sido sometidas cuatro de ellas a resecciones pulmonares y otras cuatro a toracoplastías.

Con respecto a la influencia que el estado grávidopuerperal haya podido tener sobre el estado pulmonar, varió evidentemente según las características de este último en el momento en que los pacientes quedaron embarazadas, es decir si estaban curados o no. Esto ya ha sido discutido en otros dos trabajos nuestros (3, 4, 5). La operación quirúrgica pulmonar introduce la interrogante de posibles variaciones en la función respiratoria.

En lo que a esto respecta, no observamos durante el estado grávidopuerperal manifestaciones objetivas significativas de alteración funcional respiratoria.

Las pacientes curadas (7 en total = 10 embarazos) se comportaron de la siguiente manera: a) en el embarazo no manifestaron síntomas de enfermedad al estudio clínico, radiológico y bacteriológico; b) durante el puerperio, un caso presentó reactivación. Esta paciente había sido sometida a una toracoplastía ocho años antes del parto. El nuevo tratamiento médico, llegó a controlar su enfermedad, manteniéndose en la actualidad aparentemente curada.

Las pacientes no curadas (8 en total = 10 embarazos) demostraron la siguiente evolución: a) durante el embarazo empeoraron dos pacientes y mejoró una, quedando las demás estacionarias; b) durante el puerperio inmediato se agravaron 5 pacientes (62.5%), mejoró una y permanecieron estacionarias las restantes. El control de estas pacientes se prolongó 4 años; en ese lapso un caso se dio de alta 1½ años después del parto, aparentemente curado; las demás pacientes seguían enfermas.

RESUMEN

Se agruparon en este estudio 15 pacientes tuberculosas con las siguientes características: a) tratamiento médico-quirúrgico de su afección pulmonar; b) estado grávidopuerperal posterior a la operación quirúrgica; c) sometimiento a un régimen higiénico-dietético-medicamentoso y de internación permanente, durante la evolución de la asociación "TBC. pulmonar-gravidez". Ellas presentaron variaciones en algunas características del estado grávidopuerperal que nos permiten señalar una patología obstétrica especial; ésto tiene valor tanto para las curadas como para las aún enfermas.

1) Interrupción espontánea del embarazo en el tercer trimestre, en un porcentaje más elevado que lo habitual, más elevado incluso que en el total de embarazados tuberculosos estudiados por nosotros: 15% de partos prematuros. Esta característica se ocentuó especialmente en los TBC. activos y en las que habían sufrido exéresis pulmonares con anterioridad. No hubo abortos.

2) Prolongación del embarazo en el 10% de los casos.

3) Elevado porcentaje de onemias verdaderas, en el 40% de los embarazos, al igual que en los tuberculosas muy avanzados.

4) Hipertensión arterial moderada en el 15% de los embarazos, especialmente entre las que habían curado de su TBC. pulmonar con motivo de la operación (similar a lo que hemos observado en las tuberculosas curadas con tratamiento médico, que quedan embarazadas).

5) Elevado porcentaje de partos de duración corta, especialmente en primíparas 50% de los partos, considerando el conjunto de los tres períodos; y el 38%, considerando sólo el período expulsivo. Partos prolongados en el 30% de las múltiparas, especialmente en las tuberculosas activas.

6) Hipodinamias en el 30% de los partos, similar a lo observado en otros grupos de tuberculosas, activas o curadas. Ausencia de hipertónias.

7) Distocias*de cuello uterino en el 10% de los partos.

8) Sufrimiento fetal ocentuado, por onoxio, en el 25% de los partos. Este elevado porcentaje se observa exclusivamente en las pacientes que han sufrido exéresis pulmonares; no así en las otras tuberculosas.

9) Hemorragias en el 20% de los alumbromientos y en el 20% de los postalumbromientos, totalizando el 30% de las pacientes tuberculosas operadas. Estas cifras son muy semejantes a las de los otros grupos de tuberculosas que hemos estudiado, excepto las hematógenas.

10) Subinvolución uterina en el puerperio, en el 35% de los casos.

En lo que se refiere al control fisiológico de las pacientes, en las condiciones mencionadas al principio, demostró que éstas reúnen las siguientes características: a) la mayoría había integrado o integraba a la fecha, los gru-

pos de extensión lesional moderadamente avanzada o muy avanzada; b) 9 habían sido sometidas a resecciones pulmonares de variada extensión, 5 a toracoplastías y 1 tratada con plombaje extrapleural; c) 7 habían curado aparentemente y 8 estaban aún enfermas. Por lo tanto, la influencia del estado grávidopuerperal se manifestó en diversos farmas:

1) Pacientes aparentemente curadas: el 14% se reactivó durante el puerperio inmediata.

2) Pacientes no curadas: el 25% sufrió evolución desfavorable en el embarazo, que aumentó al 62.5% en el puerperio inmediato; mientras que sólo el 12.5% mejoró durante el estado grávidopuerperal. En los 4 años posteriores al parto, mejoró únicamente el 12.5%. Esto significa una evaluación y pronóstico más graves que en las tuberculosas de extensión lesional muy avanzado, no operadas.

CONCLUSIONES

En tuberculosas sometidas a operaciones quirúrgicas, pero que no curan con la operación, se observan características obstétricas similares a las de las tuberculosas muy avanzadas; y si curan con la operación, característica similares a las de todas las tuberculosas curadas. Este comportamiento depende de factores relacionadas con el estado general, el tono muscular del aparato genital y probablemente los principios humorales sanguíneos del proceso de la coagulación (1).

La afección pulmonar, al quedar embarazada la paciente sigue según el caso, el curso observada en las tuberculosas graves (alto porcentaje de evaluaciones desfavorables) o en las tuberculosas aparentemente curadas (alto porcentaje de reactivación). La operación quirúrgica pulmonar anterior al embarazo, cuando ésta no llevó a la curación, intrduja uno variante importante: aumento de los porcentajes desfavorables.

No hubo mortalidad materna.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—BLANK, B.: Tesis de Doctorado de Ciencias Médicas de Córdoba, 1959.
- 2.—BLANK, B.; MIGONE, O.; HERRERA, L.: "Evaluación del estado grávidopuerperal en pacientes tuberculosas tratadas con antimicrobianos (137 casos)". 2º Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, 1964.
- 3.—MIGONE, O.; BLANK, B.: "Evolución de la TBC. pulmonar en el estado grávidopuerperal (150 casos)". 2º Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, 1964.
- 4.—BLANK, B.; MIGONE, O.: "Estado grávidopuerperal en tuberculosas curadas. Control obstétrico y fisiológico en 30 pacientes". 2º Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, 1964.
- 5.—MIGONE, O.; BLANK, B.: "La TBC. hematogena en el estado grávidopuerperal. Control obstétrico y fisiológico". 2º Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, 1964.
- 6.—LEON, J.: "Tratado de Obstetricia", 1956, (1ª edición), 1: 889. Edición: Cient. Argentina, Buenos Aires.