



Raúl Fernández Doblado

Tuberculosis genital y embarazo extrauterino. Reporte de un caso¹

El embarazo extrauterino es una complicación frecuente en nuestro medio y ha sido motivo de varias comunicaciones. Los factores etiopatogénicos que se invocan habitualmente para explicarlo son bien conocidos de todos. Un factor importante pero excepcional es la tuberculosis salpingiana.

Desde hace muchos años se sabe que cuando los órganos genitales son asiento de tuberculosis las enfermas sufren habitualmente de esterilidad permanente; esto es explicable en vista de que la enfermedad produce alteraciones anatómicas y probablemente funcionales en las trompas que impiden la concepción, tanto en las formas mínimas como avanzadas. Menos importancia parecen tener como causa de esterilidad las alteraciones del endometrio y menos aún las de los ovarios. Efectivamente, se sabe que en la inmensa mayoría de los casos la enfermedad empieza en las trompas, siendo la propagación al endometrio una complicación frecuente pero no invariable, y en relación con los ovarios se ha encontrado que cuando la tuberculosis genital es mínima y aún en casos avanzados con trastornos menstruales, el ovario funciona bien, y sólo se demuestran alteraciones anatómicas importantes en uno de cada cuatro casos vistos consecutivamente y no seleccionados.

La tuberculosis salpingiana produce habitualmente obstrucción; en ocasiones las trompas no están obstruidas sino solamente estenosadas, en cuyo caso el embarazo es posible; ordinariamente esto sucede en la trompa y excepcionalmente en la cavidad uterina. Scharman (1952) estudió la permeabilidad de las trompas de un grupo de 149 mujeres con tuberculosis genital cuyo único trastorno consistía en ser estériles y encontró que dos de cada tres enfermas las tenían obstruidas, y Millar (1954) encontró que había obstrucción en 87% de sus enfermas con tuberculosis genital vistas consecutivamente y no seleccionadas, indicando

¹ Trabajo presentado el 23 de abril de 1959 en la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Obstetricia Sur, Hospital Central Militar. Reproducto de Ginecol Obstet Mex 1959;14:263-277.

además que en una proporción importante de los casos restantes con trompas permeables la prueba de Rubin y el registro gráfico de las variaciones de presión sugerían que había estenosis tubárica. La obliteración parcial de la trompa permite al espermatozoide alcanzar el óvulo, sin permitir al óvulo fertilizado atravesar toda la trompa; este fenómeno puede invocarse para explicar la implantación ectópica en algunos casos excepcionales de tuberculosis salpingiana. El mismo autor comunicó que después de tratar médicamente a 36 personas con tuberculosis genital cuyas trompas estaban obstruidas, encontró que dos años después, en cinco las trompas se habían vuelto permeables, ocurriendo tres embarazos extrauterinos, dos confirmados y uno probable (Millar, 1958).

Desde que se introdujeron los medicamentos antituberculosos y se iniciaron sus ensayos terapéuticos en personas con tuberculosis genital, se ha venido observando mayor número de embarazos, que en su mayoría son extrauterinos y en mínima proporción intrauterinos, los que a su vez terminan habitualmente en aborto, continuando hasta el término en rarísimas ocasiones. A este respecto es muy ilustrativa la experiencia de Halbrech (1957), quien ha tenido la oportunidad de observar 20 embarazos extrauterinos en un grupo de 100 mujeres y 6 extrauterinos, de los cuales tres terminaron en aborto y tres llegaron a término. Es interesante que dos de las tres que abortaron tuvieron después un embarazo extrauterino cada una. En vista de las observaciones publicadas y a las que nos hemos venido refiriendo, teóricamente es razonable suponer que cuando la enfermedad es mínima y se trata vigorosa y apropiadamente, las perturbaciones de las trompas no se agravan y quizás, a veces, pueden incluso mejorarse destapándose cuando están obstruidas, aunque su calibre quede reducido, pudiendo verificarse el embarazo dentro o fuera de la cavidad uterina. Desde luego que esta eventualidad es excepcional, pues cuando las trompas están obstruidas la experiencia de

numerosas personas permite concluir que la alteración es irreversible y que los recursos médicos más modernos son ineficaces para corregirla, estando contraindicados los actos quirúrgicos. Wood (1958), con base en una experiencia de 500 casos de tuberculosis genital tratados con estreptomycinina e isoniazida, solamente ha podido lograr siete embarazos, de los que sólo uno fue intrauterino y aún éste fue precedido de una gestación extrauterina.

En vista, pues, de que la tuberculosis genital es causa habitual de esterilidad permanente y que son excepcionales los ejemplos de esta enfermedad asociados a gravidez, nos ha parecido interesante comunicar el presente caso.

RELATO DEL CASO

Se trata de una enfermita de 33 años de edad, que contrajo matrimonio doce años antes, a la edad de 21. En ese tiempo relató al médico que la vio por primera vez (después de doce meses de intentar embarazarse sin conseguirlo) que sus menstruaciones eran normales; sus ciclos se sucedían con intervalos de 28 días, con duración de 3 días y en cantidad usual. No había leucorrea, pero había historia de dismenorrea primaria, que apareció unos meses después de iniciada la menarquia a la edad de 11 años. Entre los estudios verificados con miras a investigar el origen y la naturaleza de su problema de esterilidad, recomendados por un ginecólogo distinguido y cuyos resultados conserva, aparece el resultado de dos biopsias de endometrio (probablemente premenstrual) que mostraron hiperplasia proliferativa no quística. Una histerosalpingografía mostró una cavidad uterina normal, y permeabilidad de ambas trompas hasta un sitio próximo al pabellón. La parte permeable no mostraba anomalías y la prueba de control fue interpretada como indicativa de obstrucción tubárica bilateral. Recuerda claramente que se sometió a varias insuflaciones, que en todos los casos indicaron obstrucción. Se le propuso cirugía y



rehusó. Recibió ensayos terapéuticos con diversos medicamentos hormonales: estrógenos, progesterona, gonadotropinas coriónicas. No aceptó la estimulación radiológica de la hipófisis ni tampoco de los ovarios. Después de aproximadamente cuatro años de ensayos y pruebas decidió abandonar el tratamiento y adoptó una niña. No volvió a ver a ningún médico con motivo de su esterilidad. Cuando fue vista por nosotros el año pasado, su problema consistía en desórdenes menstruales; refería que sus menstruaciones aparecían regularmente, pero eran excesivas en cantidad y duración, con expulsión de coágulos y acentuación de su dismenorrea. Dichos trastornos tenían alrededor de 8 meses de duración. La condición general de la enferma era satisfactoria; no había trastornos del apetito y conservaba su peso ordinario. Hacía hincapié en que muchos meses antes de aparecer los trastornos menstruales sufría de intensos dolores de cabeza, que la obligaban a tomar varias aspirinas con el fin de buscar alivio. El examen físico no reveló alteraciones importantes en su aparato genital, y se convino en verificar un legrado hemostático y diagnóstico cuando apareciera su menstruación unos días después. Su biometría hemática no indicaba anemia. Durante el acto operatorio, bajo anestesia general, un nuevo examen confirmó la ausencia de alteraciones orgánicas importantes en los genitales externos e internos, excepto por una discreta y dudosa induración parauterina bilateral. El tejido obtenido del legrado era muy abundante y aunque no había alteraciones en el cuello, se tomó una biopsia a las 12 y otra a las 6. Su esposo, que es patólogo, aceptó la responsabilidad de estudiar los tejidos y encontró en el endometrio cambios compatibles con efecto progestacional, así como múltiples folículos de Köster, sugestivos de tuberculosis. Con este motivo hizo una preparación para identificar bacilos ácido-alcohol resistentes con resultados positivos. No se hicieron inoculaciones ni cultivos. Las biopsias del cuello revelaron cervicitis crónica inespecífica; se formuló el diagnóstico de tuberculosis genital.

Una semana después se inició un tratamiento médico a base de estreptomina e isoniazida, a razón de 1 gramo y 200 mg diarios, respectivamente, repartidos en dos dosis y por un total de 86 días. La enferma completó el tratamiento sin trastorno alguno que obligara a su interrupción. A los 46 días de iniciado el tratamiento se tomó una biopsia de endometrio premenstrual, cuyo estudio mostró nuevamente folículos de Köster en un parénquima de aspecto secretor. Unos días después de concluir el tratamiento, una nueva biopsia reveló hallazgos semejantes. Se propuso entonces una laparotomía con miras a verificar un tratamiento quirúrgico radical (histerectomía total y salpingoovariectomía bilateral). Por motivos familiares la enferma fue aplazando el tratamiento propuesto y durante cinco meses pudo apreciarse que sus menstruaciones continuaban abundantes; no hubo mejoría de su dismenorrea, ni tampoco se mejoraron sus cefaleas. Durante este tiempo se tomó una radiografía de tórax con hallazgos normales, y como tratamiento recibió un preparado de sales ferrosas por vía oral. El día 9 de noviembre de 1958 la enferma fue vista nuevamente a solicitud de su esposo. Tenía una historia de cerca de 12 semanas de amenorrea, con ingurgitación dolorosa de los senos y polaquiuria. Refería que dos meses antes tuvo dolor agudo en la fosa iliaca derecha, acompañado de deseos imperiosos para defecar; desde entonces dichos episodios se repitieron frecuentemente y eran motivados y atribuidos a un exceso de quehacer doméstico. Quince días antes del 9 de noviembre presentó dolor intenso en la fosa iliaca derecha, náuseas y vómito; tuvo, además, tenesmo rectal y discreta salida de sangre por la vagina. Había constipación severa desde dos meses antes y era muy doloroso el acto de defecar. La enferma negaba tener fiebre. La exploración reveló: pulso, 114; presión arterial 110/70 y temperatura, 36.3°C. En el abdomen se apreció aumento de volumen en el hipogastrio y fosa iliaca derecha. Había hiperestesia cutánea, rigidez muscular y rebote doloroso en estas regiones. El examen

abdomino pélvico fue muy insatisfactorio, por la intensidad del dolor que impedía que la enferma cooperara; sin embargo, pudo demostrarse que la movilización del cuello acentuaba notoriamente el cuadro doloroso. Se presumió que había ocurrido un embarazo extrauterino y se recomendó hospitalización inmediata. Después de tomar precauciones habituales (biometría hemática, grupo sanguíneo, factor rH, etc.) la enfermita fue examinada bajo anestesia en la sala de operaciones, con los siguientes hallazgos: vulva normal, vagina con escasa sangre oscura, cuello uterino de forma, tamaño y consistencia usual, pero rechazado hacia la pared vaginal anterior. En el fondo de saco posterior lateral se apreció una tumoración dura, de contornos mal definidos, aplicada fuertemente contra el recto y no desplazable. No pudo reconocerse el contorno uterino. Se verificó la histerometría, que indicó que el útero estaba anterior y desplazado hacia la izquierda, de 7 cm de longitud. A continuación se puncionó el fondo de saco de Douglas, recogiéndose sangre oscura. Por todos los datos anteriores se decidió exponer la cavidad abdominal de la enferma mediante una incisión transversal, pues era evidente que se trataba de un embarazo extrauterino. Se encontró hemoperitoneo moderado, adherencias entre el epiplón mayor, el intestino, útero y el anexo derecho. La trompa derecha apareció dilatada y el ovario del mismo lado destruido parcialmente. La trompa izquierda engrosada, adherida, y el ovario aparentemente normal. El acto operatorio consistió en histerectomía total y salpingoovariectomía bilateral. Durante la intervención se administraron 800 cc de sangre citratada. El curso postoperatorio inconsecuente y durante los 6 días que permaneció hospitalizada se le administró 1 gramo de dihidroestreptomina diario y se aplicó una transfusión de 300 cc de sangre. Al examinar la pieza en el Departamento Anatomía Patológica se abrió la trompa y se descubrió un feto de 8 cm de longitud. El estudio minucioso de las trompas no reveló folículos Köster; en cambio éstos eran abundantes en el

endometrio. El ovario izquierdo fue considerado como sano macroscópica y microscópicamente. El patólogo indicó que las trompas mostraban cambios de tipo "inflamación crónica inespecífica". Una parte del endometrio se inoculó a dos cobayos, y cuando se sacrificaron los animales dos semanas después se encontró que había tuberculosis. No se intentó reconocer la variedad de *Mycobacterium*, ni tampoco se estudió la susceptibilidad del microbio a la estreptomina y a la isoniazida.

COMENTARIO

Cuando esta enfermita acudió por primera vez a un médico en relación con su problema de esterilidad, su edad era de 22 años y tenía cerca de doce meses de haberse casado. Es razonable suponer que la paciente tenía varios años de sufrir tuberculosis, probablemente desde antes de consultar al primer médico. Su historia de esterilidad primaria y la obstrucción inexplicable de las trompas así lo hacen pensar. Esta presunción no está reforzada por la imagen del endometrio obtenido entonces, ya que en ninguna de las dos muestras se menciona que existieran cambios indicativos de endometritis crónica y menos aún de lesiones específicas de tuberculosis. Estos hallazgos, sin embargo, pueden interpretarse de dos maneras: 1) el estudio del tejido fue incompleto y no intencionado, y por ello pasó inadvertida la tuberculosis, o bien: 2) no había entonces tuberculosis del endometrio, aunque probablemente sí existía en las trompas. Haremos resaltar que en aquella ocasión solamente se examinó una pequeña parte del endometrio total, pues los dos estudios se hicieron en material obtenido por biopsia; en cambio, cuando por primera vez se reconocieron los cambios compatibles con tuberculosis en el endometrio, el tejido se obtuvo por legrado, como ya fue señalado, y éste era muy abundante, lo que permitió un estudio más completo. Por lo demás, la buena condición general de la enferma y la ausencia de trastornos menstruales, son hallazgos habituales en



personas con tuberculosis genital mínima. Este hecho está bien documentado en la revisión de centenares de historias clínicas estudiadas por diversas personas, como por ejemplo: Sutherland (1958) y Stallworthy (1952).

Para explicar la esterilidad primaria de esta enferma deben haberse invocado en aquel entonces dos factores: anovulación y obstrucción tubárica, a juzgar por los tratamientos que fueron instituidos o recomendados. Con las limitaciones que tiene el hallazgo de obstrucción tubárica en una sola histerosalpingografía debe recordarse que varias pruebas de Rubin indicaron *obstrucción*, lo que sugiere que había realmente impermeabilidad tubárica, y esto, por sí solo, basta para explicar su esterilidad. Es curioso e interesante que el endometrio no indicara cambios o efectos progestacionales, pues la enfermita tenía menstruaciones regulares y había también historia de dismenorrea primaria, y por estas razones, clínicamente podía presumirse que sí ovulaba. Podría suceder que las biopsias no hubieran sido tomadas antes de la regla, aunque esto desde luego es mera especulación, pues su problema era manejado por un ginecólogo muy distinguido, y como ya hemos dicho sus menstruaciones eran bien regulares, lo que facilita la toma en el momento apropiado. Lo probable es que tuviera realmente (cuando menos en los dos ciclos investigados) menstruaciones auténticamente anovulatorias. El hecho es que, cuando consultó años después por trastornos menstruales, el endometrio mostró en más de dos ocasiones (durante el legrado y a la mitad del tratamiento médico) cambios indicativos de ovulación, lo que fue interpretado como evidencia de actividad ovárica normal. Este hallazgo es interesante y está de acuerdo con las observaciones de otras personas, como por ejemplo las de Suzuki (1955). Este investigador estudió a un grupo de 41 mujeres japonesas con edad promedio de 30 años, que habían consultado por esterilidad y que sufrían de tuberculosis genital mínima y encontró que la actividad de los ovarios era

normal en la mayoría de los casos (aun en aquellos que tenían trastornos menstruales) y que su incapacidad para embarazarse debía atribuirse a lesiones en las trompas y no a perturbaciones o desórdenes funcionales de los ovarios. El autor refiere que en un total de 173 registros de temperatura basal, 152 (88%) mostraron curvas bifásicas, y que en un total de 121 biopsias, la mayoría, es decir, 111 (87%) mostraron un endometrio secretor. Ahora bien, en las enfermitas en donde no había indicios de ovulación (curva monofásica y endometrio proliferativo), el tratamiento con estreptomycin en 17 de ellas, con miras a inducir la ovulación, permitió concluir, después de observarlas por 6 meses a 2 años, que no podía conseguirse este objetivo; es decir, el tratamiento con estreptomycin no sirvió para inducir la ovulación en 17 enfermas con tuberculosis genital mínima. En algunas personas de este grupo con amenorrea, pero cuya temperatura basal era bifásica, la biopsia de endometrio reveló destrucción extensa del tejido por el proceso tuberculoso; en estos casos el tratamiento médico no consiguió inducir la menstruación, excepto en una sola persona. Netter (1952) dio a conocer observaciones semejantes con motivo de sus trastornos menstruales y de la ausencia de alteraciones físicas en la exploración abdomino genital de esta enferma, nosotros le recomendamos iniciar el tratamiento con un legrado con propósitos hemostático y diagnóstico. El acto operatorio, como era de esperarse, detuvo la hemorragia y el examen bajo anestesia no contribuyó con mayores datos a los que ya se tenían cuando fue explorada por primera vez. No pudimos explicarnos por qué se había acentuado su dismenorrea. El hallazgo de tuberculosis en el endometrio fue naturalmente una sorpresa y hacemos notar que aceptamos el diagnóstico con base en las alteraciones morfológicas vistas al microscopio, así como la demostración de bacilos ácido-alcohol resistentes como concluyentes. No desconocíamos que la mayoría de los investigadores advierten que el diagnóstico requiere necesariamente la prueba de inocula-

ción al cobayo y/o el cultivo, en vista de que el aspecto morfológico no es específico. En relación con estos hechos, poco antes de morir, Novak (1953) opinaba, con apoyo en una amplísima experiencia, que el hallazgo de tubérculos típicos y de células gigantes y epitelioides en el endometrio tiene más valor que en cualquier otro tejido como prueba de tuberculosis, pues las enfermedades que ocasionan cambios morfológicos que pudieran confundirse con la tuberculosis, como por ejemplo: el sarcoide de Beck, la actinomicosis y la sífilis, no se observan en él. Otros procesos, como la linfopatía venérea y el granuloma inguinal, en caso de atacar al endometrio lo hacen en forma tan excepcional que es difícil encontrar casos publicados en la literatura. Ten Berge (1952) opina, de manera semejante a Novak. Por estas razones, como médicos prácticos, nosotros pensamos que el estudio del endometrio obtenido por legrado y preferentemente por legrado premenstrual es el recurso más sencillo, práctico y seguro aunque no necesariamente infalible para demostrar tuberculosis genital.

Si se exigiera clasificar a esta enfermita, tomando como base la extensión de sus lesiones y sus manifestaciones (hasta antes del embarazo extra-uterino) se sentiría uno inclinado a considerarla como un ejemplo de tuberculosis genital mínima. En casos como éste, y en tratándose de personas jóvenes, se recomienda un tratamiento médico completo a base de estreptomycin y isoniazida, o bien, ácido paraamino salicílico en vez del último medicamento.

Recientemente, Sutherland (1958) ha dado a conocer los resultados obtenidos en un grupo de enfermas que fueron tratadas con dicho antibiótico y con isoniazida (a razón de 1 g de estreptomycin y 200 mg de isoniazida diarios por 86 días consecutivos) y se compararon con otro grupo semejante a quienes se administró la misma dosis de estreptomycin más 12 gramos de ácido paraaminosalicílico diario por igual tiempo.

Los resultados de este estudio son muy optimistas, aunque deben considerarse como relativamente preliminares. El autor informa que en un grupo de 82 enfermas que recibieron la primera combinación y que pudieron evaluarse después de un año de iniciado el tratamiento (por medio de biopsia y de inoculaciones), se encontró ausencia de lesiones en el endometrio de 70, es decir, 85%. En el segundo grupo constituido por 63 pacientes que recibieron estreptomycin y PAS se encontró que en 56 (89%) el endometrio era de aspecto normal y negativo para tuberculosis.

Estos resultados parecen indicar que es posible que desaparezcan las lesiones del endometrio en una proporción importante de personas con tuberculosis endometrial que se someten y completan el tratamiento médico propuesto. La proporción de casos libres de tuberculosis en uno y otro grupo (85 y 89%) no muestra una diferencia que sea estadísticamente significativa, es decir, no indica que una combinación beneficie más que otra, sino más bien que los resultados son semejantes.

En cambio, sí es interesante que la combinación de estreptoisoniazida produjo fenómenos de intolerancia, dos veces menos frecuentemente que la combinación de estrepto-ácido paraaminosalicílico, y por ello puede señalarse que el tratamiento de elección es con la primera combinación. Por estas razones, éste fue el tratamiento instituido en la enfermita que presentamos.

A reserva de que otras personas confirmen y obtengan tan buenos resultados como Sutherland, las conclusiones generales que se tienen en relación con el valor de estos medicamentos es en el sentido de que no son curativos y que las alteraciones anatómicas del endometrio y de las trompas son habitualmente irreversibles, siendo excepcional que corrijan las perturbaciones dolorosas y menstruales o de que permitan el embarazo. Su mayor utilidad consiste en que



facilitan los actos quirúrgicos, reduciendo la mortalidad operatoria y disminuyendo considerablemente la aparición de complicaciones temibles, como las fístulas fecales. Estos hechos, o cuando menos algunos de ellos, fueron confirmados en el caso que presentamos. La enfermita completó el tratamiento médico recomendado por Sutherland y, sin embargo, la pieza reveló que la enfermedad persistía y que los trastornos menstruales y la dismenorrea no disminuyeron. Es imposible, desde luego, dejar de atribuir cierto beneficio al tratamiento (aún de dudosa utilidad), pues al conseguirse embarazar después de tantos años de ser estéril, debe suponerse que algún cambio favorable ocurrió en las trompas. El acto operatorio no fue particularmente difícil y su convalecencia fue por demás satisfactoria y en todo comparable al que tiene una enferma sometida a la misma operación, por otra indicación y con resultados felices.

Investigadores como Millar (1958) han encontrado que en casos de tuberculosis genital, cuando las trompas son asiento de la enfermedad, su luz puede estar obstruida o, bien estenosada, siendo la regla lo primero. El autor mencionado hace notar que en los casos en donde las trompas están permeables, la prueba de Rubin con registro gráfico muestra pobre motilidad de la trompa, consiguiéndose que pase el gas solamente a mucha presión, lo cual sugiere cierto grado de estrechez tubárica. Por esta observación puede invocarse una mayor susceptibilidad al embarazo extrauterino. En vista de que se han observado en los últimos años varios ejemplos de embarazo extrauterino, y uno que otro intrauterino en personas con tuberculosis genital (cuyas trompas estaban tapadas) después de terminar un tratamiento médico, algunas autoridades como Millar (1958) y Earn (1958) opinan que es probable que en algunos casos las trompas se destapen, aunque su calibre quede reducido en algunas ocasiones. Estos hechos pueden servir para explicar que una mujer pueda embarazarse ocasionalmente tanto en la cavidad uterina como

fuera de ella. Puede concluirse, entonces, que en casos de tuberculosis genital lo habitual es que la enferma sea estéril para siempre y que ocasionalmente bajo la influencia de tratamiento médico logre embarazarse, siendo más frecuente que esto ocurra en las trompas y excepcionalmente en la cavidad uterina. En nuestro caso, la permeabilidad de las trompas no fue explorada ni antes del legrado, ni después de él, ni antes ni después de concluido el tratamiento médico en vista de que considerábamos peligroso el procedimiento y presumimos que estaban obstruidas con base en el resultado de estudios verificados años antes y en su historia de esterilidad de varios años de duración.

En ningún momento pensamos o planteamos a la enferma la posibilidad de que se lograra un embarazo. Por el contrario, se había propuesto a la enferma la necesidad y conveniencia de una panhisterectomía total como complemento del tratamiento médico que había recibido. En nuestra paciente el embarazo ocurrió siete meses después de iniciado el tratamiento, y aunque no puede concluirse que bajo la influencia de los medicamentos las trompas se destaparon y quedaron estenosadas, la experiencia de otro, aplicada a la nuestra, es sumamente sugerente de que así sucedió.

Podría prestarse a discusión la extensión del acto operatorio a que sometimos a una enferma de esta edad a quien extirpamos ambos ovarios, uno de ellos (el izquierdo) normal macroscópicamente, lo que se confirmó en el estudio microscópico. Nuestra opinión, sin embargo, es en el sentido de que la magnitud del acto operatorio está plenamente justificada. En primer lugar porque sabíamos que la enfermita tenía tuberculosis en el endometrio y probablemente en las trompas, y porque no era posible asegurar y, menos, excluir por el aspecto macroscópico, la tuberculosis en el ovario, ya que las lesiones son a veces microscópicas. Esta conducta, por lo demás, está de acuerdo con las recomenda-

ciones de la mayoría de los médicos que tienen experiencia en estos problemas, es decir: el tratamiento curativo de la enfermedad es quirúrgico, y el tratamiento más satisfactorio consiste en extirpar el útero, las trompas y los ovarios, después de completar un tratamiento con medicamentos antituberculosos. Solamente en personas muy jóvenes con tuberculosis genital mínima, cuyos ovarios tienen aspecto normal y que son operadas por otros trastornos graves (hemorragia, dolor, fiebre) pueden no tocarse los ovarios. Cada caso, sin embargo, debe tratarse individualmente y no es posible exigir que se apliquen sistemáticamente tales o cuales principios terapéuticos recomendados. El ovario izquierdo se extirpó por el temor de que tuviera tuberculosis no sospechada por su aspecto macroscópico y no por temor a dejar un ovario residual, pues nuestra opinión es en el sentido de que en la mayoría de las personas jóvenes, cuyos ovarios se conservan después de la histerectomía, la actividad de estas glándulas se conserva bien y es muy satisfactoria por muchos años y el riesgo de atrofia y degeneración carcinomatosa es pequeño. Esta manera de pensar tiene un apoyo vigoroso en los resultados obtenidos por Whitelaw (1958) en uno de los estudios más cuidadosos que han sido publicados en relación con el problema de la actividad ovárica después de la histerectomía.

El examen de la pieza operatoria mostró tuberculosis del endometrio, lo que se confirmó por inoculación al cobayo. La ausencia de lesiones típicas en las trompas nos llamó profundamente la atención, no obstante, el estudio de reportes al respecto (Millar, 1957) nos ilustró en el sentido de que esto puede ocurrir en casos auténticos de tuberculosis genital. Efectivamente, estudios minuciosos de las trompas de enfermas con embarazo extrauterino en quienes anteriormente se había demostrado tuberculosis endometrial pueden no revelar la existencia de lesiones características de tuberculosis. Por esta razón es que algunos suponen que quizá en algunos casos la infección del aparato genital puede

ser primitiva y estar limitada al endometrio. Sin embargo, la opinión que prevalece es en el sentido de que las lesiones del endometrio son siempre consecutivas a tuberculosis tubárica que, a su vez, es invariablemente bilateral, aunque es perfectamente cierto que puede existir en las trompas sin que el endometrio esté afectado. Haines (1947), Scharman (1952) y Ryden (1958) encontraron que, por cada diez casos de tuberculosis salpingiana, hay aproximadamente cinco con lesión del endometrio y el resto están libres de ella. Por lo tanto, la ausencia de lesiones típicas en las trompas de una persona en cuyo endometrio había tuberculosis y que se complica con embarazo extrauterino no concluye que exista en las trompas. Algunos patólogos que conocen estos hechos recomiendan que, en ausencia de folículos de Köster, se investigue la presencia de formaciones laminoides conocidas como cuerpos de Schaumann, que debe interpretarse como indicativa de tuberculosis. En un estudio verificado por Burne (1953) se pudo demostrar la existencia de cuerpos de Schaumann en 12 de 41 casos de salpingitis tuberculosa, en cambio éstos aparecieron en sólo uno de cien casos que sirvieron de control y el autor del artículo que se comenta concluye que el descubrimiento de estas formaciones sirve para apoyar el diagnóstico de tuberculosis cuando está ausente el aspecto histológico característico. Agrega, también, que los bacilos tuberculosos son notoriamente difíciles de descubrirse, precisamente en la tuberculosis salpingiana y que el fracaso para hallarlos no es un fuerte argumento contra el diagnóstico. Nosotros confesamos que no pudimos encontrar estas lesiones.

La ausencia de folículos de Köster y otras evidencias de tuberculosis en las trompas de nuestra enferma quizá no puede atribuirse a efectos del tratamiento médico, pues la experiencia de otros (Wood, 1958; Ryden, 1958) sugiere que cuando los medicamentos son eficaces, primero desaparece la lesión endometrial y mucho tiempo después la de las trompas y, como se recordará,



el estudio de la pieza operatoria demostró tuberculosis endometrial. Wood (1958), después de observar 500 personas con tuberculosis genital, opina que en su experiencia un tratamiento antituberculoso apropiado cura cerca de 100% de los casos de tuberculosis endometrial, pero que es de dudosa utilidad para corregir los trastornos anatómicos y funcionales de las trompas; es probable que la enfermedad no desaparezca sino que permanezca solapada. Ryden (1958), con base en 112 casos, llegó a conclusiones semejantes a las de Wood, porque encontró que el tratamiento apropiado y enérgico cura, aparentemente, la localización endometrial después de dos meses de tratamiento, pero que la localización tubárica requiere un periodo más prolongado. Después de tratar por 4 y 6 meses a 30 personas, el estudio microscópico reveló en 17 (algo más de la mitad), que persistía la enfermedad y presumen, por tanto, que un tratamiento mínimo de un año es necesario para corregir la tuberculosis salpingiana.

La tuberculosis genital aparece, habitualmente, después de una infección primaria en otra parte del cuerpo, que es ordinariamente el pulmón. Puede coexistir la tuberculosis pulmonar activa con la infección genital; sin embargo, en la mayoría de los casos de tuberculosis genital no son demostrables las lesiones pulmonares ni tampoco renales. Cameron, citado en el artículo de Haines (1947), encontró solamente seis ejemplos de tuberculosis genital en un grupo consecutivo de 1,000 personas con tuberculosis extragenital y Rewell (1958) refiere que algunas personas sometidas a tratamiento por tuberculosis extragenital tuvieron amenorrea y que estudios cuidadosos no le permitieron demostrar tuberculosis genital y, en cambio, cuando la enfermedad se descubrió en el aparato genital no se encontró en otra parte. En nuestra enferma el estudio clínico y la exploración radiológica de los pulmones permiten suponer que no hay tuberculosis pulmonar activa y no hemos creído necesario

ampliar las exploraciones con propósitos de investigación exhaustiva.

Por motivos ajenos a nuestra voluntad no hemos podido explorar el aparato urinario con miras a demostrar ausencia o existencia de lesiones.

RESUMEN

Se comunica el caso de una enferma que con motivo de la imposibilidad para embarazarse después de un periodo razonable de matrimonio, consultó a un profesionista que atribuyó su condición a un proceso obstructivo de las trompas y a falta de ovulación. Después de ensayos terapéuticos incompletos, y debido a la ausencia de molestias y de buenos resultados, la enferma abandonó el tratamiento y la esperanza de lograr un embarazo. Años después aparecieron trastornos menstruales hemorrágicos no acompañados de alteraciones anatómicas significativas de sus órganos genitales y por ello se pensó que sufría hemorragias uterinas funcionales, razón por la que se le recomendó y efectuó un legrado interno con fines diagnósticos y terapéuticos. El estudio microscópico del endometrio reveló alteraciones morfológicas compatibles con tuberculosis y la enferma fue operada y completó un tratamiento médico con 1 g/día de estreptomina y 200 mg/día de isoniazida durante 86 días, sin trastornos que obligaran a su interrupción. Se hace notar que no hubo confirmación del diagnóstico mediante cultivos o inoculaciones y se hacen consideraciones al respecto. Ni el legrado ni los medicamentos disminuyeron sus trastornos dolorosos y menstruales.

Mientras se aguardaba la decisión de la enferma para verificar el tratamiento quirúrgico curativo recomendado, presentó un cuadro clínico de embarazo extrauterino que se confirmó durante el acto operatorio y mediante el estudio histopatológico de la pieza. La intervención consistió en histerectomía total con salpingoovariectomía bilateral. No hubo complicaciones

postoperatorias. El examen del material reveló tuberculosis endometrial persistente, y con base en el hallazgo macroscópico y en la inoculación al cobayo, se confirmó la opinión preterapéutica de que la naturaleza de la lesión del endometrio era tuberculosa. Debido a que la permeabilidad de las trompas no fue explorada antes ni después del legrado y, por tanto, antes de que ocurriera el embarazo extrauterino, no es posible saber si éstas estaban obstruidas como originalmente se pensó cuando años antes una histerosalpingografía y varias pruebas de Rubin indicaron obstrucción tubárica. Por esta razón se especula acerca del posible efecto que el tratamiento médico con los nuevos medicamentos antituberculosos pudo haber modificando parcialmente la condición anatómica habitualmente irreversible de las trompas obstruidas por tuberculosis. Se presenta una película que ilustra el aspecto de los órganos genitales durante la intervención y el acto operatorio verificado en esta enfermita.

REFERENCIAS

1. BURNE, J. (1953): *J. Path. Bac.* 65:101.
2. CAMERON (1951): *Tr. Edinburgh Obst. Soc.* 103:1 (citado por Haines).
3. EARN, A. (1958): *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.* 65:739.
4. HAINES, M. (1952): *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.* 59:721.
5. HALBRETCH, I. (1957): *Obst. & Gynec.* 10:72.
6. MILLAR, G. (1958): *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.* 65:747.
7. NOVAK, E. (1953): *Obst. Gynec. Surv.* 8:299. (Comentario editorial).
8. REWELL, R. E. (1958): *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.* 65:28.
9. RYDEN, A. (1958): *Acta. Obstet. Gynec. Scand.* 37:114.
10. STALLWORTHY, J. (1952): *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.* 59:729.
11. SUTHERLAND, A. (1952): *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.* 59:738.
12. SUTHERLAND, A. (1958): *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.* 65:450.
13. SHARMAN, A. (1952): *Obst. & Gynec. Brit. Emp.* 59:740.
14. SUZUKI, M. (1955): *Fert. & Steril.* 6:259.
15. TEN BERGE, B. S. (1952): *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.* 59:736.
16. URRUTIA, R. M. (1956): *Curso Ginecología y Obst.* 1er. tomo.
17. WOOD, J. y Col. (1958): *Gynec. Práct.* 9:153.
18. WHITELAW, R. G. (1958): *J. Obst. & Gynaec. Brit. Emp.* 65:917.