

CONCEPTO ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS GENITAL FEMENINA

DR. ALBERTO SANTOS ASTETE

Señor Presidente,
Señores Académicos,
Señoras y señores:

Agradezco profundamente a la Academia de Cirugía el acogerme en su seno. Distinción tan honrosa se debe, más que a mis méritos personales, a la benevolencia de los señores Académicos de la Junta Directiva, al auspiciar mi ingreso a esta prestigiosa sociedad, a la que tan ilustres colegas pertenecen y a los que saludo reverente.

Atraído desde mis primeros años de profesional por la Ginecología, rama en la que fuera orientado y estimulado por ese gran maestro que fué el profesor Constantino J. Carvallo, tempranamente desaparecido, y constituyendo la tuberculosis genital femenina uno de los capítulos más interesantes de la especialidad ginecológica, voy a ocuparme del *concepto actual del tratamiento de la tuberculosis genital en la mujer*, no sin antes agradecer a otro discípulo de tan insigne maestro, mi distinguido amigo de siempre y destacado ginecólogo, el doctor Lucas Molina, al presentarme ante esta docta Sociedad.

Conocido es que la tuberculosis genital es una de las localizaciones más importantes de dicha enfermedad en la mujer y que llega a esta región del organismo desde una lesión primaria situada en el pulmón, pleura, ganglios, u otro órgano de la Economía.

La posibilidad de una lesión primaria del aparato genital, teóricamente es posible, pero se considera extraordinariamente rara; siendo esta manifestación de la T. B. C. casi siempre secundaria, aun cuando a veces resulta difícil evidenciar el foco primitivo. La afección puede iniciarse desde la infancia, cuando la niña está expuesta a sufrir la agresión de sus órganos genitales por el bacilo de Koch. Desde esa época muchas de ellas presentan lesiones que, más tarde, en la adolescencia, se manifestarán con el estigma del *infantilismo* y más adelante *leucorreas rebeldes* o las meno y *metrorragias* inexplicables, o más lamentable aún, la esterilidad. Como se vé, el problema es fundamental para el ginecólogo, porque la enfermedad altera, más que cualquiera otra, la Anatomía y el Fisiologismo del aparato genital de la mujer.

Su frecuencia se puede apreciar de distintas maneras:

- 1.—Desde el punto de vista clínico.
- 2.—Por las estadísticas generales.
- 3.—Por la mortalidad por tuberculosis.
- 4.—Por el resultado de las autopsias.
- 5.—Por el material anátomo-patológico, y
- 6.—Por las intervenciones quirúrgicas.

Para los efectos de este trabajo, sólo consideraremos lo referente a la apreciación clínica, al material anátomo-patológico y a las intervenciones quirúrgicas, a las que agregaremos la frecuencia, según la edad y la localización fímica.

La frecuencia de la t.b.c. genital basada en la observación clínica es imprecisa en su apreciación, porque depende fundamentalmente de la sagacidad y agudeza del clínico y de otros factores circunstanciales.

La frecuencia, según el material anátomo-patológico, se puede estimar en nuestro medio en 2%, lo que coincide con lo encontrado en otros centros médicos.

Desde el punto de vista quirúrgico, existe enorme diferencia en la evaluación de la cuantía de la t.b.c. genital, pues unos señalan el 3% y otros del 22 al 26.7%. Estas discrepancias podrían explicarse de conformidad con el medio donde se actúa y con relación a la tuberculosis en general. Sin embargo, puede señalarse que la incidencia de la t.b.c. genital —apreciada en base del material de las intervenciones quirúrgicas— oscila en nuestro medio de 1.1% a 2% en promedio de seis años en el Pab. 5, Sala II. Es de advertir que las escuelas argentinas y chilenas hallan hasta 10%.

Frecuencia según la edad.—Se considera a la juventud como la edad más favorable para la aparición de la t.b.c. genital; pero la época más propicia coincide con el período de mayor actividad genital: 20 a 30 años.

La frecuencia de la localización está condicionada, en los diversos segmentos del aparato genital femenino, a las vías de infección y a la receptividad o defensa de los órganos genitales. Puede afirmarse que el órgano más atacado es la trompa, en cambio, lo son menos y tienen una gran defensa, por su epitelio estratificado la vagina y la vulva. Puede aceptarse que el 80% de las infecciones fímicas del aparato genital femenino se efectúa por vía hematogena y el 20% por vía linfática y por continuidad.

En lo referente a porcentaje de localización en los diferentes segmentos, los profesores Greenberg del John Hopkins Hospital, Wood de Chile y DiPaola de Argentina, señalan que 100% es tubárica; 85% uterina, (endometrio); y del 1 al ½% vaginal y vulvar, respectivamente.

Nosotros en 37 casos observados encontramos:

37	con localización tubaria	(100 %)
14	endometrial	(57 %)
9	ovárica	(24 %)
4	miometrial	(10 %)
4	endometrio	(10 %)
3	cervical	(8 %)
1	vulvar	(2 %)

Como hecho importante debe señalarse que, en biopsias del endometrio en mujeres con *tuberculosis pulmonar*, el porcentaje es bajo. Llega a dos casos en 125 biopsias de endometrio, según Lackner y Tulskey, (*American Journal Obstetrics and Gynecology*, 1940) Osma Sala señala porcentaje seme-

jante 1.6% en el Hospital Sanatorio de Bravo Chico. Estimamos que esto se debe a que han recibido tratamiento antibiótico y que muchas de ellas han llegado al "blaqueamiento del endometrio". La escuela chilena, sin embargo, señala que aunque haya negatividad en la biopsia de endometrio, la tuberculosis persiste en las trompas, en más del 80% de casos.

En el estudio de la esterilidad matrimonial, el problema cambia, pues, clínica y quirúrgicamente se encuentra en t.b.c. genital las *formas latentes* en mayor proporción que las formas floridas y esto se debe a que la biopsia del endometrio y las pruebas de insuflación revelan trompas obliteradas que en su mayoría son tuberculosas.

Tanto en la casuística del Dr. Carlos Muñoz, Dpto. de Esterilidad del Pab. 5. Sala II, 300 mujeres estériles, como en los estudios hechos por el Dr. Ascenso Cabello, en 230 matrimonios estériles, se encuentra un porcentaje de 8.1% de t.b.c. genital. Autores europeos hacen fluctuar este porcentaje entre 3.3% y el 7.9%. En Israel y Chile, países intensamente afectados por la tuberculosis, hallan 5% para el primero y 6% para el segundo. EE. UU. y Argentina 1%.

SINTOMATOLOGIA

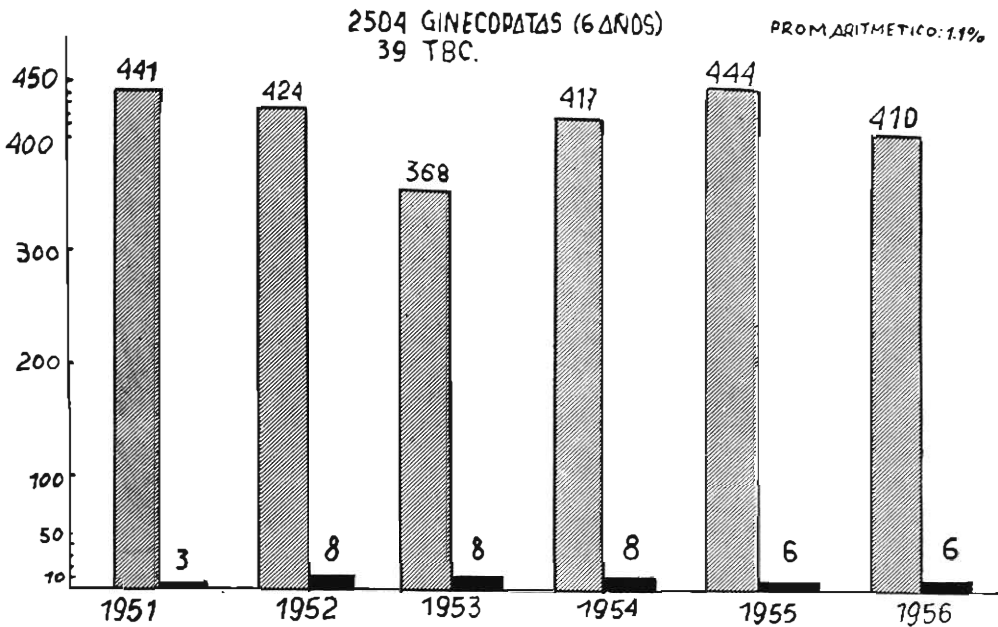
Siendo la tuberculosis genital una afección crónica, no presenta síntomas llamativos; tanto que muchas mujeres pasan inadvertida su afección, sin que haya tenido necesidad de consultar al médico.

Otras veces puede presentar inicios más o menos agudos, con fiebre y reacción peritoneal, que evolucionan a la cronicidad. Muchas jóvenes con estigmas de *infantilismo o mujeres que consultan por esterilidad*, no son sino antiguas tuberculosas genitales, que nunca presentaron molestia alguna.

El enflaquecimiento sin causa aparente puede ser, en muchas mujeres jóvenes, la primera manifestación de una t.b.c., pudiéndose hacer el diagnóstico por la presencia de tumoraciones anexiales llamativas por su tamaño y poca dolorabilidad. Empero, el enflaquecimiento no siempre acompaña a la t.b.c. Existen enfermas que, por su condición social y económica, presentan aspecto rozagante.

Las reacciones de tipo inflamatorio, como: fiebre, pulso frecuente, leucocitosis, eritrosedimentación acelerada pueden estar presentes. La leucocitosis, cuando existe, es a favor de linfocitosis. Otros síntomas generales, son: anorexia, cansancio, astenia y anemia, más o menos marcada.

El síntoma dolor es variable en sus manifestaciones. Pocas veces es violento, generalmente es tolerable, aunque persistente; otras, es la sensación de peso. Es susceptible de presentarse en forma de cólico, como en la t.b.c. del endometrio. La localización del dolor también varía, pudiendo presentarse: en una u otra fosa ilíaca —capaz de confundirnos con una afección apendicular—, en la región sacra, con irradiación lumbar a los miembros inferiores. Estos dolores pueden aumentar con el movimiento, la defecación o cuando la vejiga está llena.



Cuadro I.—Incidencia de tuberculosis genital femenina. Hospital Loayza. Pab. II. Durante los años 1951 a 1956 han ingresado al Servicio 2,504 ginecópatas, 39 presentaban tuberculosis genital (1.56 %).

La dismenorrea es un síntoma bastante frecuente, siendo, para algunos ginecólogos, muy importante para pensar en tuberculosis genital.

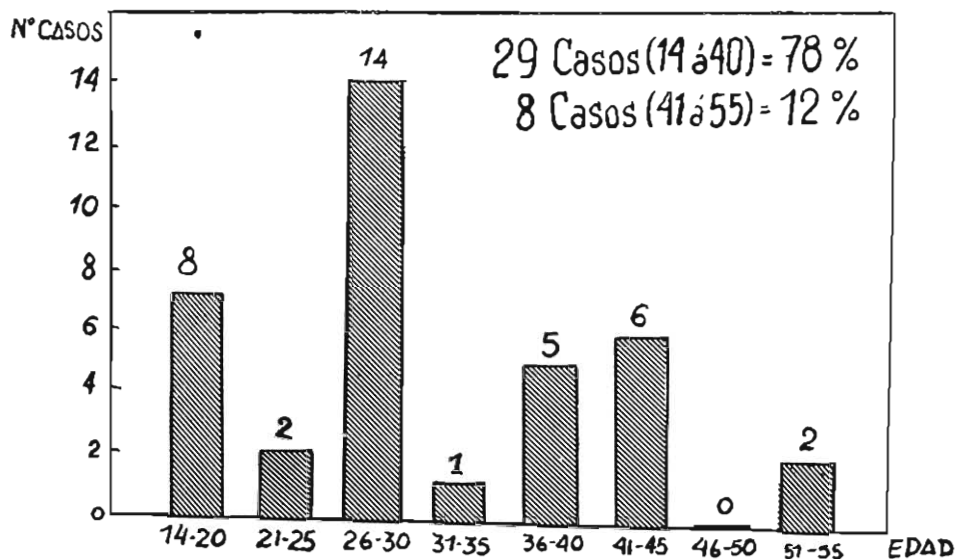
La función ovárica también está alterada en forma de meno y metrorragia o bien amenorrea (Greenberg, señala las siguientes incidencias: dismenorrea 62%; menorragia 41.5%; oligomenorrea 24%; amenorrea 6.5%).

En resumen, se puede decir que el síntoma dolor y los trastornos menstruales no tienen nada de característico, puesto que las infecciones gonocócicas y estreptocócicas también los presentan, con la particularidad de que en la tuberculosis no hay sintomatología infecciosa, mientras que en las otras el proceso infeccioso las precede.

La leucorrea es flúida, hidrorreica o puede ser purulenta y aun grumosa, según el tipo del proceso.

La esterilidad es *síntoma común e importante* de la t.b.c. genital; dada la frecuencia de las infecciones de las trompas y la obliteración de ellas; e igualmente pasa con la metritis t.b.c. que imposibilitan la anidación del óvulo o el tránsito de los espermatozoides, y, por último, el infantilismo del aparato genital como consecuencia de la infección tebeciana de la infancia.

Ninguno de los síntomas anotados tienen características que hagan pensar en t.b.c. genital. Sin embargo, debe anotarse como hechos sobresalientes: la esterilidad sin causa; el infantilismo; y la leucorrea rebelde sin antecedentes infecciosos. El enflaquecimiento, las febrículas y los dolores per-



Cuadro II.—Tuberculosis genital femenina en relación con la edad. La mayor incidencia corresponde al período de mayor actividad genital: 20 a 30 años. Se le encuentra en menor proporción en los extremos de edad de la vida, 14 y 55 años.

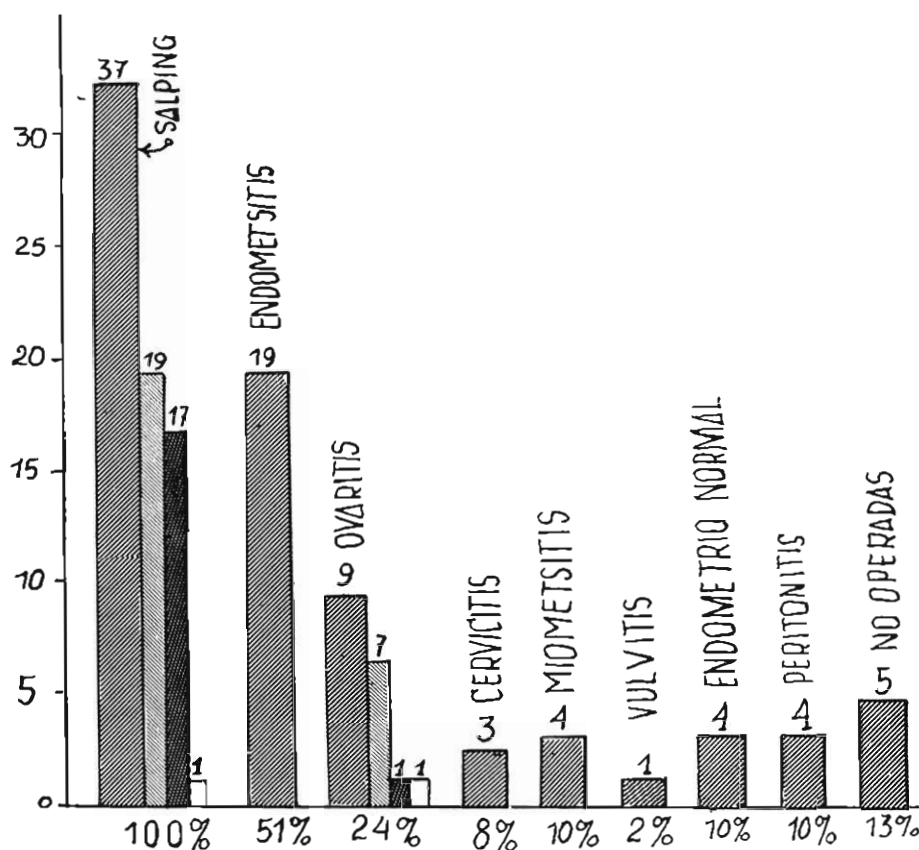
sistentes deben guiarnos a un examen clínico escrupuloso y a poner en práctica los métodos auxiliares que nos conduzcan a un diagnóstico cierto. Nosotros hemos encontrado en 37 enfermas con tuberculosis genital lo siguiente:

5 con Dismenorrea	13 %
15 con trastornos menstruales	40 %
18 con esterilidad	48 %
26 con dolor fosas ilíacas	70 %
8 con flujo persistente	21 %
7 con sensación de tumoración abdominal	18 %

Indicamos a continuación las lesiones no tuberculosas asociadas a la t.b.c. genital femenina, en 32 casos de nuestra casuística:

DIAGNOSTICO

“La causa principal de que la t.b.c. genital pase inadvertida, es no pensar en ella”, dice el Profesor Benthin, pero para poder pensar en ella es necesario conocer bien el desarrollo y evolución, según la localización y forma que adopte. Antes que nada, es necesario recordar de que es una afección que evoluciona lenta y silenciosamente, que es comprobada con sorpresa por el Cirujano o el anatómo-patólogo, al efectuar cortes en las trompas o útero, o al examen del producto de un curetaje. Por tal motivo, desde hace varios años en el Pab. 5, Sala II, hemos establecido el examen sistemático de las piezas operatorias y del raspado del endometrio, encontrando un porcentaje, acorde con otras estadísticas.



Cuadro III.—Localización de TBC en los diferentes órganos del aparato genital femenino. En los 37 casos (100 %) las trompas estuvieron comprometidas, 19 presentaban la forma caseosa, 17 la fibrocaseosa y 1 a la fibrosa. Sigue en importancia la localización en el endometrio, 19 casos (51 %); ovario, 9 casos (24 %), etc.

Los antecedentes personales y familiares de posibles lesiones bacilares, deben tenerse en cuenta. Las ascitis y las pleuresias de la infancia, son indicios de importancia.

El infantilismo y las dismenorreas, son síntomas que, sólo o asociados, pesan en favor de la t.b.c. genital; én la edad juvenil.

La rebeldía de ciertas afecciones ginecológicas que no responden al tratamiento habitual —no antibiótico—, ligada a la falta de un agente infeccioso conocido, nos harán pensar en la t.b.c. genital. Cuando por los signos probables y por el examen ginecológico se sospecha una t.b.c. genital recurriremos todavía a los medios auxiliares de diagnóstico, en especial:

1.—Curetaje uterino. La biopsia del endometrio ha aumentado considerablemente las posibilidades diagnósticas, asegurándolas en las formas sospechosas o descubriéndola en los casos latentes. También se utiliza la inocu-

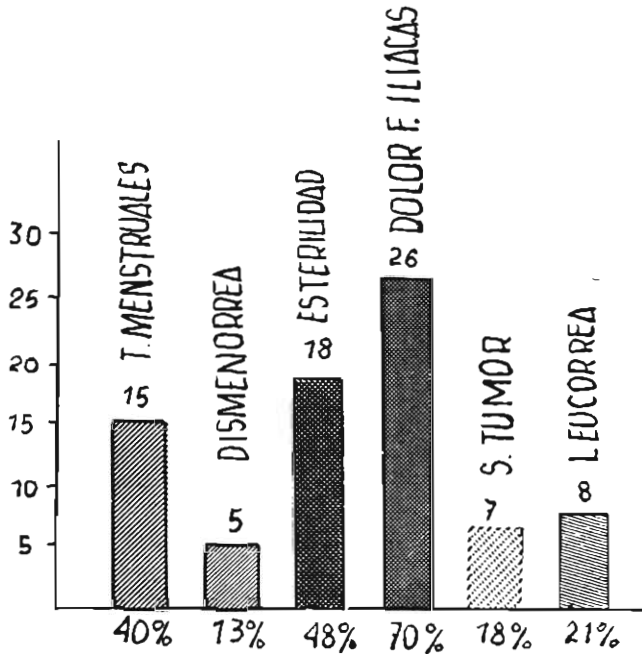
Nº Hist. Clín.	Biopsia de Endometrio	A. Patológica	Operación
129	Endometritis T.B.C.	No se operó	No se operó
767	Endometritis T.B.C.	Salpingitis (Caseosa)	Salpingectomía
931	Endometritis T.B.C.	Salpingitis (Miliar) B.	Hist. subtotal y Salpingect. Bilat.
1302	Endometritis T.B.C.	Endosalpingitis (Miliar) B	Hist. subtotal + anexos.
2281	Endometritis T.B.C.		No se operó
3710	Endometritis T.B.C.		No se operó
3700	Vulvitis Cervicitis T.B.C. Endometritis		No se operó
3851	Endometritis T.B.C.	Salpingitis (Miliar) B.	Hist. vaginal
4129	Endometritis T.B.C.		No se operó
4343	Fase Secretora	Salpingitis Bilat (T.B.C.) Caseosa.	H. subt. + Anexos.
4538	Endometritis T.B.C.	Endometritis y Salpingitis T.B.C. Bilat. (Miliar)	H. subt. + Anexos.
4426	F. Proliferativa	Salpingitis T.B.C. (Caseosa)	H. subt. + Anexos.
4429	Fase Proliferativa	Salpingitis Bilat. T.B.C. (Caseosa)	Ooforosalp. Bilat.
4986	Endometritis T.B.C.	Salpingitis Fibrosa Endometrio Atrófico	H. total + Anexos.
4970	No existe signos de T.B.C.	Salpingitis Bilat. (Caseoso)	H. subt. + Anexos.

Cuadro IV. Biopsia de Endometrio. En 10 casos la biopsia resultó positiva, 66.7%. En los 5 casos restantes aún cuando los hallazgos operatorios confirmaron la existencia de formas avanzadas de tuberculosis salpingea, la biopsia fué negativa. Hay concordancia entre los datos de la biopsia y los resultados obtenidos después de la intervención quirúrgica.

lación del material extraído con la microcureta al cobayo y el cultivo de la sangre menstrual (Petragnani).

2.—*Histero-salpingografía*. En el libro publicado en Suiza, "Ginecología Radiológica", 1954, escrito por Juan Dalsace en colaboración con nuestro compatriota Juan García Calderón, en el capítulo Tuberculosis Utero-tubárica, se lee que son los autores nórdicos Madsen, Magnusson y más recientemente Ekengran y Ryden, los que han iniciado el diagnóstico radiológico de la tuberculosis útero-tubárica, que es posible gracias a la utilización de compuestos orgánicos hidrosolubles, pues es evidente que mediante ellos se pueden distinguir detalles de la mucosa tubárica y uterina, imposible descubrir con los antiguos aceites yodados.

La desaparición de los pliegues longitudinales de las trompas, son de



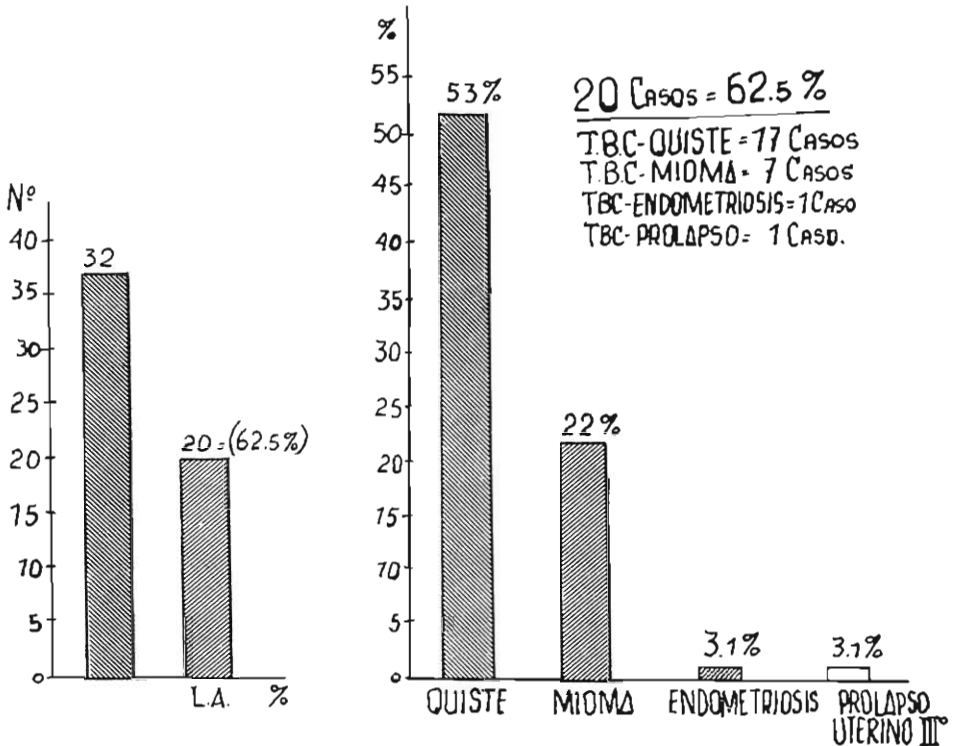
Cuadro V.—Síntomas en la tuberculosis genital femenina. En 26 pacientes (70%) el dolor es constante y localizado a las fosas ilíacas. Hay esterilidad en 18 casos (48%) y se observan trastornos menstruales en 15 casos (40%), etc.

gran importancia para el diagnóstico, así como la retracción de los tejidos atacados, lo que, en la mayor parte de los casos, acarrea etenosis múltiples del canal con obliteraciones consecutivas.

Las lesiones provocadas por la endometritis tuberculosa son raramente visibles al examen radiológico, pues es necesario que el proceso haya atacado al músculo uterino; lo que es excepcional, para que la histerografía pueda afirmar. Las imágenes, en este caso, se caracterizan por estrechamiento, particularmente a nivel de los cuernos, pudiendo acompañarse de fistulas que penetran al músculo, siguiendo la red linfática y vascular. Angiograma, signo de Kanji-Kika.

Las imágenes radiológicas de las trompas, señaladas como características, son en rosario o moniliformes unas veces y otras, por la rigidez de las trompas, en forma de palos de golf; es sobre todo de gran valor diagnóstico, la presencia de áreas de calcificación de las trompas, del ovario o de los ganglios linfáticos de la pelvis.

Si bien es cierto que en el diagnóstico de la tuberculosis genital, la Radiografía no puede sustituir a la biopsia del endometrio o a la inoculación del macerado endometrial, sin embargo, en aquellos casos en que siendo estos negativos, a pesar de la sospecha clínica, una imagen radiográfica —dentro de las descritas anteriormente— puede orientar hacia el diagnóstico etioló-



Cuadro VI.—Tuberculosis genital asociada a diversas condiciones patológicas. En 20 casos, 62.5 % hay lesiones asociadas no tuberculosas: Tumores quísticos de ovario en 53 %, Mioma uterino: 22 %, Endometriosis: 3.1 %, Prolapso uterino de tercer grado: 3.1 %.

gico y verse ratificado por el hallazgo quirúrgico. Creemos que este nuevo campo del diagnóstico radiológico de la tuberculosis genital femenina nos dará sorpresa. En nuestro Servicio, sobre 15 casos, en las que se practicó biopsia de endometrio, encontramos que en 4 no existían signos histológicos de tuberculosis, dándonos fases secretoras o proliferativas; en el examen histológico de las trompas habían t.b.c. caseosas o miliares, como se apreciará en el diagrama que mostraré a Uds.

TRATAMIENTO

A fin de exponer el tratamiento, es necesario adoptar una clasificación anátomo-clínica que nos permita establecer y comprender las indicaciones terapéuticas.

Se admiten dos grandes grupos de tuberculosis genital.

1.—*Formas latentes o subclínicas*, que comprenden la cervicitis, endometritis y salpingitis folicular, y

2.—*Formas floridas*, que comprenden las distintas manifestaciones ováricas y tubarias, que producen síntomas y signos ruidosos, locales y generales.

El tratamiento quirúrgico de la tuberculosis genital ha variado funda-

mentalmente con la introducción de la estreptomycin y la quimioterapia. En ésta, como en la tuberculosis pulmonar, el prodigioso adelanto de la medicina ha modificado tan sustancialmente la conducta terapéutica y el pronóstico, que resulta interesante, para fijar conceptos y hacer resaltar el progreso alcanzado, realizar un estudio comparativo de las dos etapas cumplidas.

Hace solamente doce años existían tres recursos terapéuticos para el tratamiento de la t.b.c. genital. 1.—*Régimen higiénico-dietético, helioterapia, olinoterapia*, destinados a levantar el estado general y estimular las defensas orgánicas; 2.— *La cirugía*; y, 3.—*La röntgenoterapia profunda*, ambos métodos, estos últimos, destinados a mejorar el estado local del aparato genital.

El problema del tratamiento se complicaba a causa de la dificultad y frecuente imposibilidad del diagnóstico, lo que impedía adoptar una conducta racional desde un principio, es decir, antes de llegar a la operación. A menudo el diagnóstico hacíase durante el acto operatorio, sin poder a veces establecer con precisión la extensión real de las lesiones bacilares, o, recién unos días después, al llegar el informe histológico de los órganos extirpados.

Mencionaremos someramente las indicaciones quirúrgicas admitidas en ese entonces.

- 1.—Inseguridad diagnóstica en el caso de lesiones anexiales.
- 2.—Anexitis de larga evolución y rebelde a los tratamientos médicos o fisioterápicos utilizados.
- 3.—Hidro y piosalpinx.
- 4.—Formas ascíticas.
- 5.—Abscesos pelvianos.
- 6.—Lesiones anexiales complicadas con íleo mecánico.
- 7.—Endometritis caseosa.
- 8.—Tumores del ovario tuberculizados.

La finalidad de la Cirugía consistía en asegurar o descubrir la enfermedad; extirpar las lesiones locales groseras —“ventilar” el peritóneo para seguir la tradición el clásico error de Spencer Wells—; suprimir obstáculos al tránsito intestinal; y, evacuar abscesos que generalmente respondían a infecciones mixtas.

Las tres grandes contraindicaciones de la cirugía, eran: a.—Presencia de lesiones tuberculosas evolutivas en otros órganos; b.—Estado de caquexia; y, c.—Existencia de fístulas intestinales.

La táctica operatoria aconsejaba no desprender adherencias intestinales, maniobras que podía originar graves complicaciones peritoneales o la aparición de fístulas post operatorias interminables.

En la forma miliar serosa con ascitis, se hacía simplemente laparotomía exploradora con amplia ventilación y aplicación de luz de cuarzo; es decir, cirugía ultraconservadora. La misma conducta adoptábase en los grandes plastosnes pelvianos, formas anexo-peritoneales fibrocasosas, fuertemente adheridas al intestino, cuyo abordaje quirúrgico imprudente producía gravísimas complicaciones, en las que la experiencia del cirujano era sometida a prueba.

La Cirugía conservadora (salpingectomía, ooforosalingectomía unilateral, histerectomía fúndica) se utilizaba para el tratamiento de formas de t.b.c. tubarias más localizadas, como: hidrosalpinx, endosalpingitis supurada, salpingitis nodular y los tumores del ovario tuberculizados.

Finalmente la cirugía radical (anexohisterectomía) se aplicaba a las metritis caseosas, ovaritis supurada, o cuando las dificultades técnicas obligaban a efectuar histerectomías, para permitir una mejor extirpación de las lesiones anexiales.

Las cifras de mortalidad operatoria eran variables, según los diferentes autores, pero los riesgos del abordaje quirúrgico siempre significaban una mortalidad que oscilaba entre el 10 y el 23%, dependiendo esta diferencia del criterio con que se encaraba el tratamiento, en relación con la oportunidad de la indicación y las formas anatómo-clínicas.

Las causas de muerte más frecuentes, eran la peritonitis y la generalización granúlica; pero, además del riesgo inmediato, era común la aparición de fístulas post-operatorias, iliales o cólicas, cuya persistencia eran proverbiales.

De todo lo expuesto, dedúcese, naturalmente, que el tratamiento quirúrgico presentaba dificultades no siempre subsanables y que el riesgo no era despreciable. A esto se agrega el hecho de que la t.b.c. es una enfermedad general, de la que, la localización genital, es sólo la manifestación local, que no puede, lógicamente, ser tratada prescindiendo del resto del organismo.

La Röntgenoterapia profunda se empleaba en algunos casos como único tratamiento; pero, en general, como complemento de la cirugía. La primera indicación se cumplía cuando estaban presentes las contraindicaciones quirúrgicas ya señaladas o si era seguro el diagnóstico de la lesión tebeciana. Se utilizaba también en el post-operatorio, así como en las recidivas, exéresis incompletas, fístulas, o para completar el tratamiento; por ejemplo, en los casos de cirugía ultraconservadora. El modo como actúan los rayos no es bien conocido, atribuyéndose su acción benéfica a fenómenos de hiperemia local, destrucción del tejido de granulación y estimulación del tejido conjuntivo.

Finalmente, para completar este bosquejo panorámico, diremos que también se admitía la expectación en las formas latentes o sub-clínicas, especialmente en las endometritis que, por sus características fisiopatológicas tan particulares, pueden tener una *tendencia espontánea a la curación*.

Las razones en favor del tratamiento conservador seguidos hasta ahora en Alemania, son que, dentro de un organismo atacado de tuberculosis, vale más emplear un tratamiento antituberculoso general, que operar el órgano atacado, y esto tiene importancia, para la t.b.c. genital de la mujer, que, en general, son mujeres jóvenes de 25 a 30 años las atacadas de esta localización t.b.c. Los embarazos, después de una tuberculosis de los anexos, son raros. Por consiguiente, es muy grave para una mujer joven perder sus ovarios y con ellos su función endocrina.

Veamos ahora las transformaciones que se han operado después de 1945. Según los trabajos de M. Domagk, que ha descubierto los quimiotera-

péuticos contra la t.b.c., el bacilo de la t.b.c. es fuertemente atacado por los quimioterápicos, así como la estreptomycinata ataca directamente los bacilos t.b.c.; tanto que ya no se pueden colorear por el método de Ziehl-Nielsen; comprobándose esto por medio de la microscopía fluoroscópica, que dentro de los tejidos las formas quebrantadas del bacilo tuberculoso, no se pueden colorear con los diá cromos y aun más, las inoculaciones a los animales, de estos tejidos, son negativos.

El aparato genital femenino, debido a su situación topográfica y rica vascularización, acentuada por la congestión menstrual, se presta admirablemente para el tratamiento con antibióticos y agentes quimioterápicos; así como también a causa de que, en la mayoría de los casos, la infección tebeciana se produce por vía sanguínea. En tuberculosis todo lo que es hematógeno responde favorablemente a esta terapéutica (Di Paola).

La acción de la estreptomycinata no es uniforme en las distintas localizaciones y formas anátomo-clínicas de la t.b.c. genital, siendo mucho más acentuada en las lesiones productivas y congestivas, con buena vascularización sanguínea. Es, en cambio, menos eficaz en lesiones viejas, caseosas, fibro-caseosas, que carecen de buena irrigación y a las que no llegan los medicamentos en cantidad suficiente.

La mejoría local es neta, a veces sorprendente con modificaciones graduales de las imágenes histológicas, a tal punto de conseguir la reconstrucción del tejido como el endometrio.

Sin embargo, se han descrito focos latentes persistentes, a pesar del tratamiento, y capaces de reagudizarse después de algún tiempo. Es de hacer notar que las lesiones tubáricas son las más resistentes y las que requieren dosis más altas y prolongadas.

Si se ha resuelto la intervención quirúrgica, el empleo de la estreptomycinata e hidrácida durante un mes, facilita la técnica operatoria; pues se favorece la reabsorción de exudados y adherencias, así como el hallazgo de planos de clivaje y la realización de operaciones conservadoras. En esta última circunstancia, la operación será seguida de tratamiento hasta la desaparición de las lesiones endometriales, controladas mediante biopsias.

El tratamiento post-operatorio se hará igualmente cuando el diagnóstico constituye una sorpresa quirúrgica.

La mortalidad y morbilidad operatoria han disminuído notablemente, evitándose las complicaciones peritoneales y las generalizaciones granúlicas. Resulta, también, interesante recordar que la estreptomycinata es activa frente a otros gérmenes que suelen intervenir en las anexitis t.b.c., a las que llegan desde el intestino, favoreciendo la formación de abscesos pelvianos. Esta infección secundaria sobreagregada, mejora con el tratamiento.

En las formas peritoneales o anexoperitoneales con ascitis, se ha abandonado por completo la laparotomía ventiladora, pues mejoran con el tratamiento de estreptomycinata, hidrácida, y ácido paramino salicílico, por vía intra peritoneal.

Finalmente, el tratamiento médico resuelve las tres grandes contraindicaciones antiguas de la cirugía, permitiendo ya sea la curación o ya sea posibilitando la realización del tratamiento quirúrgico, una vez mejoradas las lesiones evolutivas extragenitales, impidiendo la caquexia o cerrando las fistulas intestinales.

El criterio moderno requiere la asociación obligada de la estreptomina con un agente quimioterápico, de preferencia la hidrácida, pues, de este modo, no solamente se refuerza su actividad por potencialización de acción, sino que también se retarda la aparición de estreptomina-resistencia.

El tratamiento debe ser prolongado durante varios meses y en ocasiones hasta un año; pudiéndose llegar a dosis totales de estreptomina que oscilan entre 10 y 100 gramos. Es importante mantener a la enferma en reposo absoluto, por lo menos un mes, al iniciar el tratamiento.

Se utiliza la dihidroestreptomina a razón de 1 gramo por día, en una sola dosis. La hidrácida se administra en dosis de 5 miligramos por kg. peso; y el ácido paraminosalicílico, a razón de 10 a 15 gramos diarios.

El tratamiento local de las formas peritoneales se hace con solución de Pas al 5%, 10 cc. intraperitoneales interdiariamente; si no hay ascitis, conviene diluirlo en 20 ó 30 cc. de suero fisiológico.

De acuerdo con lo expuesto, es evidente que las indicaciones quirúrgicas han sido considerablemente reducidas y que aún cuando ellas persisten, el tratamiento médico (antibiótico-quimioterapia) pre y post-operatoria, acorta las etapas y permite y facilita la realización de operaciones más conservadoras; disminuye el riesgo y evita las complicaciones. Hay, sin embargo, un problema en el que no se ha logrado el éxito deseado, es decir, *la restauración de la fertilidad*, cuando existe una salpingitis fimatosa. En efecto, el tratamiento médico mejora las lesiones bacilares que pueden llegar incluso a desaparecer, pero la curación anatómica se consigue a expensas de la pérdida definitiva de la función fisiológica de las trompas. En resumen, los tratamientos actuales no permiten llevar a cabo las intervenciones sobre las trompas, destinadas a corregir la esterilidad.

Sin embargo de lo dicho, en el Segundo Congreso Uruguayo de Ginecología, realizado el mes próximo pasado, encontramos lo siguiente, en relación a la función de reproducción que adquiere resonancia, por la mejoría impuesta a las lesiones tuberculosas genitales ante el magnífico efecto de los modernos tratamientos antibacilares.

En primer término se ha preguntado: ¿Es posible el embarazo en una enferma de tuberculosis genital? Es una eventualidad poco frecuente, pero innegable y ya existen actualmente en la literatura médica ejemplos demostrativos.

En segundo lugar: ¿Cuáles son las posibilidades evolutivas de estos embarazos?

A.—Que sean intrauterinos, los menos comunes y que prosigan hasta el término. Existen ya casos descritos por Sharman (1905) con un embarazo

en 371 enfermas de anexitis t.b.c. Halbrecht observa cuatro embarazos, de los cuales uno de evolución normal, dos ectópicos y un aborto; Jurgén con 11 embarazos, 7 normales, 2 ectópicos y 2 abortos. Bunster en 1951 hizo una revisión de la literatura recopilando 42 casos.

B.—Que se trate de embarazos extrauterinos. Actualmente llegan, según Sharman, a 47 casos (1955).

¿Cuál es la razón de la poca frecuencia de embarazos intra o extrauterinos? A la obstrucción de luz tubaria, (entre 50 y el 75%, según Sharman). A la carencia de nutrición de la mucosa tubaria enferma frente al huevo ya fertilizado, la falta de mucosa sana suficiente para llevar adelante con éxito la nidación del huevo fertilizado, si el ha quedado detenido en la trompa (Wharton y Stevenson).

De ahí el hecho que señala Crottogini como llamativo, de 8 casos de tuberculosis salpingia con embarazo tubario y otros 8 con embarazo abdominal, hecho vinculado a la falta de nutrición del huevo en la pared tubaria.

Llegamos, de esta manera, a las indicaciones formales del tratamiento quirúrgico. Antes de examinarlas es conveniente hacer resaltar, una vez más, el progreso efectuado en el diagnóstico, mediante el empleo de la biopsia del endometrio, hecho que ha disminuído los casos de la indicación quirúrgica, fundada en la inseguridad diagnóstica. Por otra parte, creemos, con la escuela argentina, que, aun en esta circunstancia, sería preferible un tratamiento médico de prueba, a la laparotomía exploradora.

La cirugía mantiene sus derechos en los siguientes casos:

- 1.—Abscesos pelvianos.
- 2.—Ileo mecánico.
- 3.—Grandes masas anexiales caseosas.
- 4.—Tumores del ovario tuberculizado, y
- 5.—Fracasos del tratamiento médico.

En los abscesos se hace cirugía ultraconservadora, que se reduce a una evacuación, generalmente por vía vaginal.

El íleo es debido a la comprensión o acodadura del intestino por bridas en las lesiones anexoperitoneales, que pueden obligar a intervenir para liberar el intestino.

Las grandes masas anexiales se refieren al piosalpinx, pio-ovarios o abscesos tubo-ováricos, entre los cuales cabe destacar la curiosa lesión del piosalpinx flotante o gigante, verdadero absceso frío que, sin ninguna adherencia, flota, libremente en la cavidad abdominal.

Sobre los tumores ováricos diremos que, como siempre, es necesario extirparlos.

Los fracasos del tratamiento médico con antibióticos y quimioterápicos serán cada vez más raros, a medida que se conozca mejor la técnica de su empleo y de las dosis adecuadas, así como las asociaciones más eficaces y, sobre todo, que se logre el diagnóstico más precoz. Si a pesar de todo, las lesiones tubercianas recidivan o progresan, la cirugía estará indicada una vez más.

Bosquejado así el concepto actual del tratamiento de la tuberculosis genital en la mujer, solo me resta presentar a ustedes, señores Académicos, que benévolamente me escucháis, una síntesis de lo hecho en nuestro Servicio del Pabellón 5 del Hospital "Arzobispo Loayza", Sala II, cuyos resultados concuerdan con lo que llevamos expresado.

Siendo ésta la actualización del tratamiento quirúrgico y médico de la tuberculosis genital, femenina, me siento inclinado a preferir al último. Es que el adelanto incesante y maravilloso de la medicina, obliga a cambiar y modificar fundamentalmente las normas clásicas, y así viene a demostrarse, una vez más, lo necesario que es tener un amplio concepto médico-quirúrgico, que permita adaptarse con facilidad a la siempre creciente evolución científica. Ojalá que, también, en otros campos de la patología quirúrgica se logre progresos a breve plazo, encaminados a la restricción de los métodos quirúrgicos mutiladores, como ha ocurrido en la tuberculosis genital. Este debe ser el ideal del cirujano, como quiere el Profesor Guillermo Di Paola: "antes que cirujano, médico, y antes que médico, hombre enamorado del ideal de perfeccionamiento y superación".

CONCLUSIONES

1. Entre 2504 ginecópatas, ingresadas al Hospital Loayza, Pab. II. de 1951 a 1956, se han encontrado 39 casos de tuberculosis genital femenino (1.56%).
2. En relación con la edad, la mayor incidencia corresponde al período de mayor actividad genital y está comprendida entre los 20 y 30 años.
3. La localización del proceso es como sigue:
Tuberculosis de Trompa: 100%. Endometrio: 51%. Ovario: 24%.
Miometro: 10%. Cuello Uterino: 8%. Extensión al peritoneo 10%.
4. La biopsia de Endometrio fué positiva en el 66.7% de casos.
5. La biopsia de endometrio y la histerosalpingografía, han facilitado el diagnóstico en un 90% de casos; asegurándolas en las formas sospechosas o descubriéndolas en las formas latentes. El tratamiento de la tuberculosis genital ha cambiado fundamentalmente con el advenimiento de los antibióticos y la quimioterapia, dejando señalados casos para el tratamiento quirúrgico. Dentro de los casos del dominio de la cirugía, la técnica operatoria se realiza con facilidad por las modificaciones favorables producidas por el tratamiento antibiótico y quimioterápico, reduciendo al mínimo las complicaciones y la mortalidad, otrora tan altas.

En la actualidad la mujer joven, propicia a la infección tuberculosa de sus órganos genitales, conserva no solo su función menstrual, sino que deslumbra un nuevo panorama en su función maternal; como ha sido señalado en el Congreso de Tocoginecología del Uruguay del mes de Octubre del pte. año, gracias al tratamiento antibiótico y quimioterápico.

SUMMARY

In 2504 patients from "Hospital Loayza" (Pab. V. II Sala. Lima) since 1951 to 1956, it was 39 cases of genital tuberculosis.

The greatest incidence is in between 20 and 30 years and should be localized: Fallopian Tubes, 100%. Endometrium, 51%. Ovary, 24%. Myometrium, 10%. Uterine Cervix, 10%. Peritoneal extension, 10%.

The Endometrial Biopsy was admitting of no doubt in 66% of the cases.

The greatest accuracy in the diagnosis could be possible with the use of the hysterosalpingography with or without other methods.

The use of antibiotics and chemotherapy changed the prognosis and the measure treatment.

BIBLIOGRAFIA

1. Arenas N. y O. Blanchard: Rev. de Obstetricia y Ginecología Latino Americana 1947. Nos. 2-3. Tuberculosis del Cérvix.
2. Bunster: Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología. Vol. XV. N° 4.
3. Barnes: T.B.C. vulvar. American Journal Surgery. Abril, 1930.
4. Cordiviola: T.B.C. vulvar "Día Médico". Agosto, 1945.
5. Rev. de Obstetricia y Ginecología Latino Americana.
1949 - N° 9. Di Cigbelmo T.B.C. Genital
1950 - N° 5. Rogenti. Estreptomina en T.B.C. Genital.
1950 - N° 6. Ed. Murray. Esterilidad y T.B.C.
1950 - N° 9. Ruiz. Endometritis. T.B.C. y Trastornos Menstruales.
1952 - N° 5. Ferreyros Dos Santos. T.B.C. del Miometrio.
1952 - N° 6. Wood. Conceptos Modernos sobre T.B.C. Utero-Anexial.
6. Di Paola Guillermo: Rev. Latino Americana. Nos. II. Noviembre-Diciembre 1954.
7. Wood Juan W. Conceptos actuales sobre la tuberculosis Utero-Anexial. Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Abril, 1951.
8. M. H. Albers: L'Effet des chimiotherapeutiques et des antibiotiques dans le traitement de la tuberculose genitale de la femme. Revista de la Societé Francaise de Gynecologie. (Javier 1952).
9. M. J. Dalsace y Mme. M. C. Weibel: 42 casos de tuberculosis genital inaparente. Revista de la Societé Francaise de Gynecologie. (Mars 1957)
10. Emil Novak: Gynecologic and Obstetric Pathology. Julio de 1952.
11. Richart W.: Te Linde. Baltimor Maryland 1946. Operative Gynecology.
12. Faure Siredey: Tratado de Ginecología.
13. W. Stokel: Tratado de Ginecología.
14. E. Opitz: Tratado de Ginecología.
15. Calatroni-Ruiz: Terapéutica Ginecológica.
16. J. C. Ahumada: Tratado de Ginecología.

TESIS

- 1929 - N° 834. L. Armestar: Contribución al Estudio de la T.B.C. Utero-Anexial y Tratamiento.
- 1940 - N° 1136. Gutiérrez. T.B.C. Genital.
- 1947 - N° 1215. García Giesman: Estudio anatómo-clínico de la T.B.C. Genital y del Cérvix.
- 1940 - N° 1159. Sáenz: T.B.C. Utero-Anexial.
- 1950 - N° 2055. Hernández: Tuberculosis del Endometrio.
- 1953 - N° 2668. Valdez: Consideraciones sobre T.B.C. Utero-Anexial.
- 1953 - N° 2610. García Rosell: Biopsia de endometrio en el Servicio de T.B.C. Pulmonar.
- 1955 - N°3090. Rosado: T.B.C. y Desórdenes asociados.
- 1956 - N° 3669. Bellido: Dos casos de Tuberculosis Vulvar.
- 1956 - N° 1436. Vinatea: T.B.C. G.
- 1956 - N° 3778. Ganoza: T.B.C. Latente como causa de esterilidad.
- N° 3620. Pérez: Problemas Sociales e incidencia de la T.B.C. Uro-genital en La Oroya.