

TUBERCULOSIS Y EMBARAZO

Drs. ERNESTO OSMA SALA (*) y CESAR GARCIA ROSELI. CH. (**)

El problema de la gestación en pacientes que adolecen de tuberculosis pulmonar ha sido revisado muchísimas veces y la forma de resolverlo ha sido variando de acuerdo a los conocimientos de cada época. Ha constituido siempre motivo de honda preocupación, tanto para el tisiólogo como para el obstetra, las repercusiones que podrían derivarse y determinar factores negativos en la evaluación de cada uno de los procesos, la influencia de uno sobre otro y las consecuencias que podrían sobrevenir al nuevo ser.

Uno de los hechos más importantes observados antiguamente, fue el incremento casi siempre agudo, de la lesión pulmonar en algunos casos de gestación, y en el puerperio en mayor número siempre en las formas de tuberculosis pulmonar de tipo infiltrativo más o menos recientes; a brusca aparición de formas agudas de tuberculosis pulmonar poco tiempo después del parto, en pacientes supuestas sanas.

Hasta hace veinte años, el pronóstico de la afección pulmonar, en las embarazadas se tornaba bastante serio y a menudo se asistía al fallecimiento de la madre en los meses del puerperio.

La necesidad del aborto como medida conveniente para prevenir la complicación del proceso pulmonar, afortunadamente desechada en la actualidad, dio lugar a interesantes discusiones y posiciones de los autores de diferentes teorías, a veces diametralmente opuestas. Al considerarse que la extensión de la tuberculosis pulmonar en la etapa puerperal obedecía a la brusca reexpansión del pulmón, que favorecía la aspiración hemo y contralateral, los procedimientos de colapsoterapia del lado enfermo desplazaron definitivamente la posición del aborto como medida profiláctica. Hasta hace diez o quince años, en nuestra media, era norma instituir neumatórax acentuar el colapso ya existente en las últimas semanas de la gestación, manteniéndola en las semanas siguientes al parto. Los resultados favorables de esa época justificaban el procedimiento.

Actualmente el concepto moderno de preferencia a la cura de la tuberculosis, utilizando la variada gama de tuberculostáticos y el control técnico de la gravidez que la conduce a un buen término, obteniéndose niños eutró-

(*) Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología, del Hospital de Tórax.

(**) Médico Jefe del Servicio de Hospitalización "A" 1º, del Hospital de Tórax.

ficos en la inmensa mayoría de los casos; es decir, curar la tuberculosis y dejar evolucionar la gestación.

La tuberculosis pulmonar, creaba en la gestante un sentido de inseguridad por el temor que su enfermedad se agravara o porque el producto de su concepción pudiera ser infectado en el momento del parto y la nueva vida a iniciarse resultara presa de tan grave dolencia, preocupación que se incrementaba por la condición económica-social precaria de esta clase de pacientes. Esto motivaba que, en algunos casos en los últimos meses de la gravidez se desarrollaran síntomas de discretas neurosis; felizmente en los últimos tiempos se ha superado este problema por la mejor orientación que sobre el particular tienen las enfermas el mejor conocimiento de su enfermedad pulmonar y por la psico-prafilaxis del parto.

En la atención de esta clase de pacientes el tisiólogo y el obstetra colaboran en conjunto, tanta para el control pulmonar como para conducir a la enferma a un parto y puerperio en las mejores condiciones.

Esta valoración de factores positivos motivaron que en el Hospital del Tórax —Bravo Chico— dependencia del Ministerio de Salud Pública, se creara un Servicio, hoy Departamento de Obstetricia y Ginecología, que me honro en dirigir y donde se tiene establecido el estudio del cuadro clínico de la forma de tuberculosis, la prescripción del tratamiento necesario y la evaluación del estado de gestación, el tratamiento sintomático si es necesario y los controles vitales para la preparación del parto. De esta manera hemos llegado a obtener evoluciones satisfactorias como se expone en el desarrollo del presente trabajo.

La casuística del tema que nos ocupa no es toda lo extensa que podría ser, dado el número de años de funcionamiento del Departamento, debido al régimen de internamiento de pacientes, que es en ser derivadas por los Dispensarios Antituberculosos o Centros de Salud correspondientes al Area de Salud de Lima. Pues no tenemos Consultorios Externos propios, lo que motiva que los casos de emergencia sean mínimos y no tengamos cifras de comparación con gestantes no tuberculosas como se puede obtener en Maternidades y Hospitales Generales.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL.— El grupo corresponde a 597 pacientes internados en el Hospital de Tórax, quienes dieron a luz entre 1952 y febrero de 1964, en el Departamento de Obstetricia y Ginecología. Dichas pacientes, en su gran mayoría presentaban tuberculosis pulmonar activa; restantes eran portadoras de secuelas de dicha enfermedad.

La falta de Consultorios Externos del Hospital, hace que el material revisado tenga características especiales que limitan mejores posibilidades de estudio e influenciaran los resultados obtenidas, por las siguientes razones:

- a) Las enfermas internadas por los distintos Dispensarios Antituberculosos, Seguros Obreros y del Empleado, Centros de Salud y en menor proporción por otros hospitales generales.
- b) Regularmente prima, como causa de ingreso la infección pulmonar; cuando la gestación es el motivo, se tramita el internamiento en los meses finales del embarazo.
- c) Con muy pocas excepciones, posiblemente, los casos corresponden a procesos tuberculosos que evolucionan y son tratados varios meses o años, previamente a su hospitalización; en este aspecto se trata de embarazos en pacientes tuberculosos con proceso pulmonar avanzado y cronicado.
- d) Los recién nacidos, previa vacunación con B.C.C. e identificados por el procedimiento seguido en la Maternidad de Lima y en conexión con sus archivos, son remitidos a la Cuna de Chosica Dependencias del Ministerio de Salud Pública, de acuerdo con el informe del Servicio Social; en otros casos los niños son retirados al domicilio de sus padres. El Hospital no cuenta con un Servicio especial para control y seguimiento de los niños.

MÉTODOS.— Ha consistido en la revisión de la documentación clínica y radiológica de las pacientes, tomando en consideración los datos útiles para el estudio. Se ha omitido considerar: 1º) otras enfermedades coexistentes; por haber sido excepcionales; y 2º) otras localizaciones T.B.C., por la misma razón.

En todos los caso se ha realizado, rutinariamente, cultivo de líquido amniótico y placenta en los medios usuales en el laboratorio; así mismos se han remitido fragmentos de la placenta para estudio anatomopatológico.

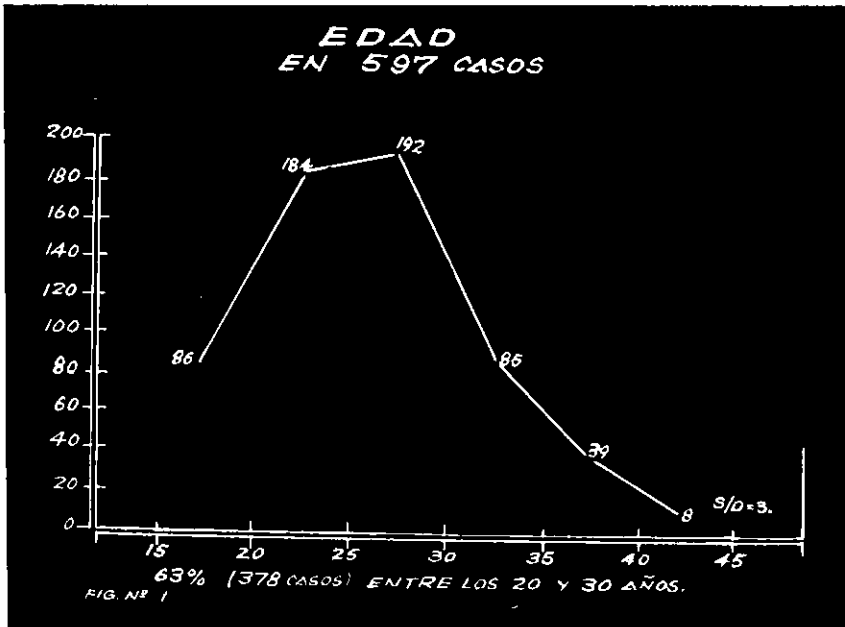
Se ha considerado la radiología en el curso de la gestación solamente en las pacientes internadas antes del séptimo mes. Ha sido establecido el diagnóstico clínico-radiológico al post-partum.

En todos los casos la gestación estuvo cubierta por terapia tuberculostática (S.M.; I.N.H.; P.A.S.) en combinaciones diversas; considerándose la recibida en tratamiento ambulatorio como en el régimen hospitalario. El puerperio fue cubierto con los mismos regímenes sin alteración ninguno.

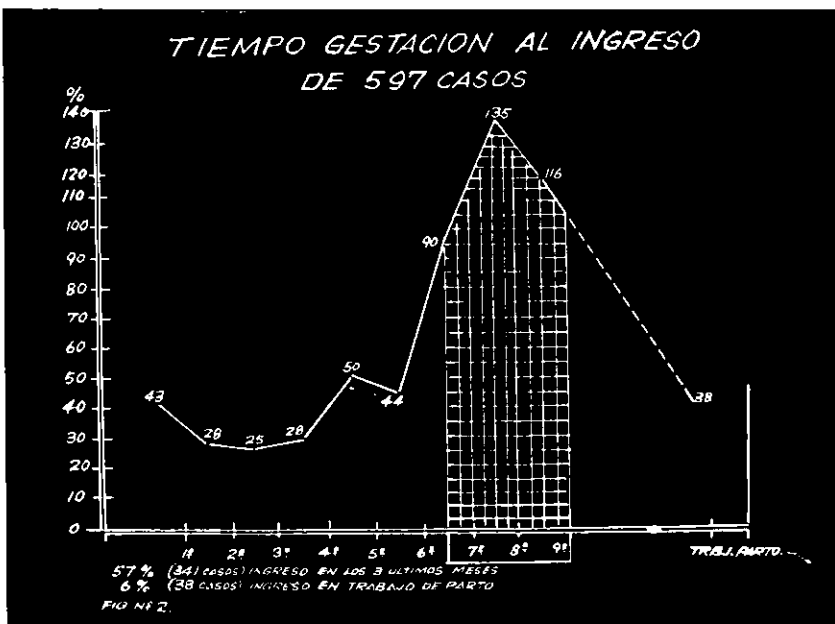
En la que respecta al recién nacido, sólo se ha considerado el peso en relación a la forma clínico-radiológico de enfermedad de la madre y causas de muerte.

RESULTADOS

1.—Edad.

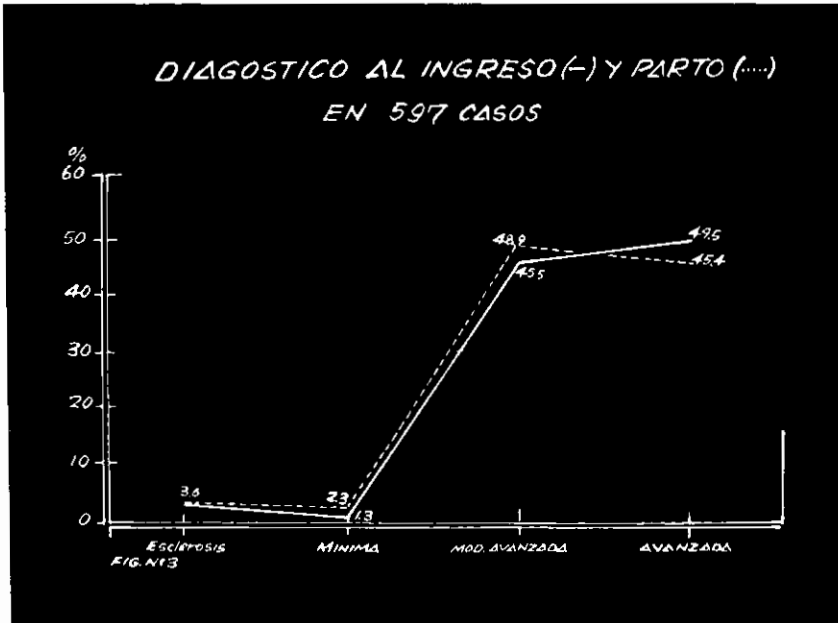


2.—Tiempo de gestación al ingreso al Hospital.



Muestra que un 63% de los casos fue internada dentro de los tres últimos meses de gestación o en trabajo de parto.

3.—Diagnóstico al ingreso y al parto.



La esclerosis secuela y la tuberculosis pulmonar mínima hacen un porcentaje muy bajo, menor del 4%. Las formas avanzadas predominan al ingreso 48.9%; sobre las moderadamente avanzadas 45.5%, invirtiéndose estos porcentajes al momento del parto; lo cual da un porcentaje favorable del proceso pulmonar de 5%. (4% de aumento en las formas moderadas y el 1% en las mínimas).

Este bajo porcentaje obedecen a dos factores fundamentalmente: 1º— Alto porcentaje de gestantes que ingresaron en los tres últimos meses de gravidez, cuya evolución no ha sido considerada por rozones antes expuesta; y 2º— Predominio franco de procesos de evolución crónica, con lesiones productiva-caseosas.

4.—Parto.

°
**CLASES DE PARTO
DE 597 CASOS**

EUTOCICO	DISTOCICO	
	CESAREA	VERSION
571 (95.6%)	14	12
	26 (4.4%)	

FIG. N° 4

Las distocias dan un baja porcentaje, 4.4%. Nacieron 605 niños (1 parto de trillizos y 6 partos gemelares), de ellos 310 varones y 295 mujeres.

**DISTOCIA CESAREA
DE 14 CASOS.**

CAUSAS	AÑOS														TOTAL
	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64		
INSUF. CARDIO RESP.											1	1			2
DISTOCIA PARTOS BLANDOS		1	1			1		1			1				5
ESTRECHEZ PELVICA			1			1									2
PLACENTA PREVIA	1	1													2
SUFRIMIENTO FETAL	1														1
PRESENT. CARA (MIOMA)				1					1						2
															14

FIG. N° 4A.

La operación cesárea fue realizada en el 2.2% de los casos; predominaron en las indicaciones causas estrictamente obstétricas (estrechez pélvica, rigidez de cerviz uterino, placenta previa, etc.). Solamente en dos casos se verifica esta operación por causa de insuficiencia cardiorespiratoria.

Fue necesario la versión por maniobras internas en doce casos, debido a prociencia de cordón o de miembros y presentación podálica principalmente.

5.—Extensión lesional y mortalidad.

**REACTIVACIONES Y FALLECIMIENTOS
DE 12 CASOS**

<i>REACTIVACION</i>		<i>FALLECIMIENTO</i>	
<i>MOD. AVANZADA</i>	<i>AVANZADA</i>		
4	5	2	1
9		3	

FIG. N.º 5

La agravación de lesiones pulmonares ha sido bastante escasa, 2% (12 casos) incluyendo tres pacientes fallecidos; en casi todos estos casos la extensión o la reactivación de las lesiones no presentó caracteres graves. Un total de diez pacientes carece de control radiográfico post-partum, por alta prematura. De las tres pacientes fallecidas, una ingresó en insuficiencia cardiorespiratoria y en trabajo de parto; el niño nació muerto y la madre falleció antes de las 24 horas, con tuberculosis pulmonar muy extensa y empiema pleural unilateral.

6.—Intervenciones torácicas previas o en el curso del embarazo. Sólo en tres pacientes se realizó cirugía torácica en el curso del embarazo, sin producir ninguna alteración en la evolución de éste; dos pacientes fueron sometidos

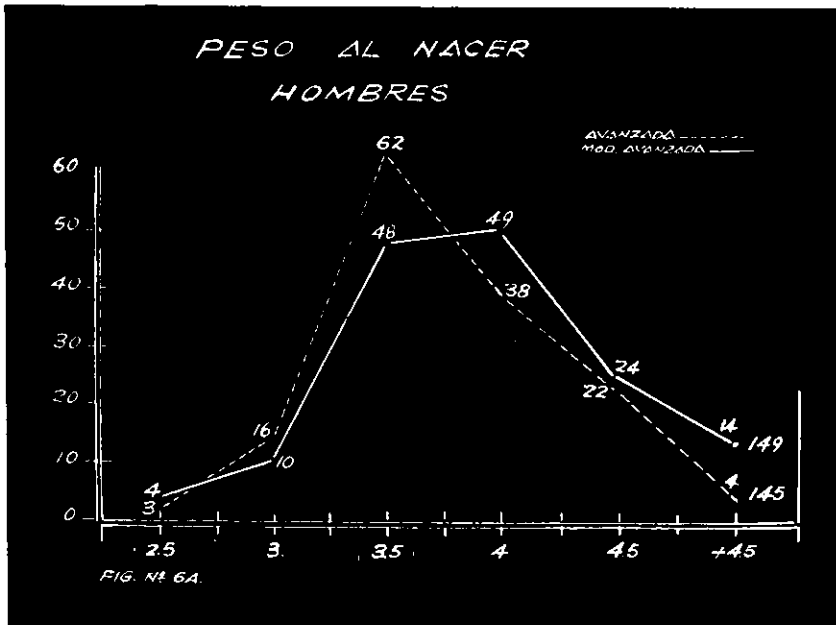
das a resección pulmonar parcial antes del 4º mes de la gravidez y una a plambaje bilateral (3º y 4º mes respectivamente).

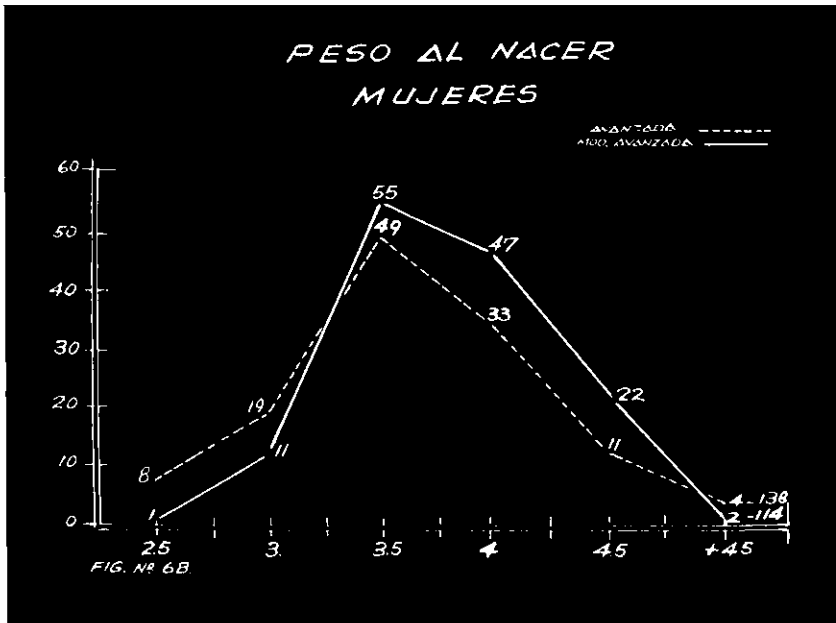
Previamente a la gestación siete enfermas recibieron tratamiento quirúrgico: cuatro de colapso y tres de resección.

7.—Reingreso por gestación. Salamente quince pacientes reingresaron por motivo de parto: catorce por segunda vez y una por tercera vez. De ellas, nueve corresponden a formas avanzadas pulmonares en ambas gestaciones; de las seis restantes que correspondían a formas moderadamente avanzadas al primer ingreso, dos estaban curadas, dos permanecían estacionadas y dos se habían transformado en casos avanzados.

8.—Pesa del recién nacido.

Prescindiendo de los partos de mellizos, trillizos y de las formas de esclerosis y mínimas, que por número de condición clínica no son significativas, tanta para el sexo masculino como para el femenino se aprecia que en la forma avanzada hay cierta mayor proporción de recién nacidos con menos peso y, de igual manera, menor proporción de recién nacidos con peso mayor. El peso promedio, en general, oscila al rededor de los 3.500 grms.





9.—Mortalidad del recién nacido. Tres niños murieron por asfixia al nacer; uno de ellos debido a circular del cordón umbilical. Un cuarto niño murió a los pocos minutos del nacimiento; la autopsia demostró hernia diafragmática.

10.—Líquido amniótico y placenta. El líquido amniótico resultó positivo para B.K. en cuatro casos; tres de ellos con sólo una y dos colonias; el tercer caso con diez colonias a los treinta y siete días; el niño correspondiente a este resultado falleció a los dos meses de nacido con tuberculosis generalizada, según autopsia practicada en otro hospital.

Los estudios de placentas resultados positivos para B. K. en seis ocasiones; cinco de ellas con una o dos colonias y una con ++ a los treinta y nueve días.

No puede emitirse juicio valedero en relación con estos resultados por las condiciones de recepción y depósito de los elementos en la Sala de Partos; no se puede tener la seguridad de que se hayan tomado las medidas necesarias para evitar contaminación.

El estudio anatomopatológico de placenta en ninguno de los casos revisados reveló lesión tuberculosa.

DISCUSION

Se ha efectuado un estudio sobre 597 pacientes que realizaron sus partos en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital del Tárax (Bravo Chico), internadas entre los años 1952 y febrero de 1964. Razones vinculadas al sistema de internamiento de las enfermas en este Hospital, ya que predomina el aspecto de la lesión pulmonar, determina que los casos estudiados correspondan a pacientes con tuberculosis pulmonar conocida y que han recibido tratamiento durante meses o años en las que tiene lugar la gravidez.

Por lo expuesto se deduce que la gestación no ha tenido una orientación adecuada desde su inicio desde el punto de vista obstétrico, puesto que gran parte de enfermas de parto prácticamente, sólo un porcentaje muy reducida, 2%, hicieron evolución desfavorable de su proceso tuberculosa. Si bien la evolución favorable fue así mismo escasa, 5%, debe considerarse además de la causa antes citada, que el carácter crónico de las lesiones demandó regularmente períodos prolongados de tiempo y tratamiento para que mejoren fueran valoradas para su tratamiento quirúrgico de exeresis como ocurre en casos similares de enfermas no gestantes. Sin ser de la índole estricta del trabajo, cabe señalar que, las pacientes que por la calidad de lesión pulmonar requerían de tratamiento quirúrgico, fueron intervenidas en la oportunidad conveniente después del parto.

La pequeña proporción de formas recientes de tuberculosis pulmonar, en el grupo de gestantes estudiadas, siguió la evolución favorable, en términos generales, observada en pacientes que no habían tenido gestación; pero no podemos emitir opinión definitiva al respecto por lo reducido del número de casos. Ignoramos, además, por las características de nuestro Hospital, en que proporción se produce el aborto espontáneo en el curso de la tuberculosis pulmonar.

Considerando la calidad de nuestra casuística, con buena proporción de formas avanzadas crónicas, por consiguiente con déficit de la función respiratoria en grado variable, excepcionalmente en grado severo, el porcentaje de distocias por esta causa es indiscutiblemente mínimo.

La recatificación o extensión lesional en el puerperio, asignada antes a la brusca reexpansión pulmonar, post-partum, que demandaba terapia preventiva de colapso, había partidarios de pneumoperitoneo inmediato al alumbramiento, ha perdido actualmente su importancia cuando los regímenes medicamentosos son adecuadamente instituidos.

Aunque creemos que la cirugía de resección es posible de realizar antes del 4º mes de gestación, sin riesgo adicional por dicho estado para la madre ni el feto, nuestra escasa experiencia nos inhibe ser más definitivos al respecto.

Nos parece un cambio, que la impregnación toxibacilar, el déficit funcional respiratorio o cardiorespiratorio, las limitaciones por ello para que esta clase de paciente alcance condiciones generales y nutritivos suficientes y posiblemente otros factores dependientes de la asociación tuberculosis y embarazo condicionan que nazcan niños con peso inferior a los promedios, en términos generales, así hemos observado en estas pacientes mayor tendencia a la prematuridad.

S U M A R I O

Se ha realizado el estudio de 597 casos de pacientes con tuberculosis pulmonar y embarazo, predominando los procesos pulmonares avanzados y de evolución crónica en 48.9%. Del total de pacientes, fueron internadas 63% en los últimos meses de gestación. Se instituyó en todos los casos la terapia tuberculostática actualmente en uso; la vigilancia del embarazo estuvo a cargo del obstetra. No obstante ello, las reactivaciones o extensiones lesionales en el puerperio sólo han alcanzado el 2%.

Las distocias ocurrieron en 4.4% de casos, casi la totalidad por causa obstétrica; en dos pacientes, la insuficiencia cardio-respiratoria demandó la operación cesárea.

Fallecieron tres pacientes por extensión del proceso pulmonar, una de las cuales ingresó en trabajo de parto en marcada insuficiencia respiratoria debido a la extensa calidad lesional y grave, complicada con perforación pulmonar unilateral.

El promedio general de peso de los niños al nacer mostró tendencia, en general, a ser menor en los hijos de madres portadoras de formas pulmonares avanzadas que en las moderadamente avanzadas.

El estudio anatomopatológico de placenta no reveló lesión tuberculosa en caso alguno; el cultivo de este material fue positivo en seis muestras, en cinco de ellas tan solo una o dos colonias. El líquido amniótico fue positivo para B.K. en cuanto casos; en tres solamente una o dos colonias. La duda sobre la asepsia necesaria en la recepción de las muestras no permite emitir juicio definitivo al respecto; el cuarto caso correspondió al de un niño que falleció dos meses después del parto en otro hospital con tuberculosis generalizada.

S U M M A R Y

This is an study of 597 patients with pulmonary tuberculosis and pregnancy. Most of the cases had advanced pulmonary tuberculosis (48.9%). From the total number of patients, 63% were admitted in the last 3 months of gravi-

dity. Chemotherapy was instituted in all the cases. The control of pregnancy, was on charge of the Obstetrican Department.

Only in the 2 per cent of the cases there were seen reactivations and further extensions of pulmonary lesions. Abnormal labor was present in 4.4 per cent, of the cases; in other two patients cesarean section was necessary for cardiorespiratory insufficiency.

Deaths were registered in only three of the patients and they were, caused by the severity of the pulmonary lesions, one of them during labor, the remaining two cases within two weeks after delivery.

The average body weight of the newborn was of 2760 grams, for the group coming mothers with advanced forms of pulmonary tuberculosis while in the group with moderate advanced tuberculosis average body weight of 3500 grs. was observed.

Pathologic studies of placenta, included macro and microscopic examination and cultures from amniotic fluid and tissue. There were not seen granulomatous bacilli, one and two colonies. The cultures of amniotic fluid were positive for micobacterium tuberculosis in four of the cases. One of these infants died two months later with widespread miliary tuberculosis.

C O N C L U S I O N E S

- 1.—En la asociación embarazo y tuberculosis, con la moderna orientación clínica y terapéutica fisiológica ha mejorado el pronóstico en cuanto a la gravidez se refiere.
- 2.—Los niños nacidos de madres tuberculosas que están en control especializado alcanzan condiciones eutróficas, cuando el proceso pulmonar no es demasiado extenso, ni crónico. En caso contrario es aconsejable una observación cuidadosa tanto pulmonar como obstétrica desde el inicio de la gestación.
- 3.—La grávida tuberculosa puede recibir los tratamientos tuberculostáticos actualmente en uso, sin repercusión alguna sobre el nuevo ser.
- 4.—La gestación bien controlada en centros hospitalarios no constituye elemento de agravación del proceso tuberculoso.
- 5.—Consideramos que la tuberculosis congénita, de acuerdo a nuestra casuística es excepcional.

C O N C L U S I O N S

The prognosis of the tuberculosis and pregnancy has improved considerably with the proper usage of chemotherapy.

The infants born of tuberculosis mothers don't show significant differences with those born of healthy mothers, provided, that adequate treatment is given.

Chemotherapy does not interfere with the normal course pregnancy on with the development of the fetus.

Congenital tuberculosis was observed in only one case.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—ACHARD, ARTURO.— Tuberculosis y estado grávido puerperal, Montevideo, Uruguay, 1963.
- 2.—AGURTO, C. MANUEL.— Tuberculosis Generalizada en una prematuro, informaciones del Dpto. de Broncopulmonares del Hospital Obrero de Lima, Año 6, Vol. 6, N° 67, Febrero, 1964.
- 3.—AMISLER, R. et ROUCHY, (Angers).— Cing-grossesses chez une tuberculeuse. La Presse Medicale 22 de Enero 1958, Pág. 103-105.
- 4.—CARNEIRO, JOSE FERNANDO.— Influencia de tuberculose sobre gravidez e sobre o funcionamento de aparelho genital feminino, Rev. Brasileira de Tuberculose e doenças torácicas, Dezembro 1963.
- 5.—CORNER, GEORGE, W. Jrs. y NESBITT, ROBER E.L., Jr. BALTIMORE.— Pregnancy and pulmonary resection, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Set. 1954. Pág. 903-915, Vol. 68.
- 6.—DE GENNARO I.— Is there still a problem of association of maternity and tuberculosis? Lotta tuberc. 30: 553-5, Jul-Agosto 60 (It).
- 7.—DOROTEA D. GLASS, FRUMA W. GINSBURGH and KATHERINE R. BOUCOT.— Screening procedures for pulmonary disease in prenatal patients. The American Review of Respiratory Disease, Vol. 81, N° 5, May 1960, Pág. 689-94.
- 8.—FOCHI ELVIRA, MOSTI AUGUSTO y TREVES, BRUNO.— Osservazione Clinicostatistiche su 69, casi di gestanti affette da tubercolosi polmonare ricoverate nel periodo, 1947-59, Presse L' ospedale "L., Spallanzini" di Regio Emilia, Lotta contro la Tuberculosis. Anno XXXI Num 6-7, Giugno-Luglio 1961, Pág. 681-89.
- 9.—COUPIL y BARRAU.— Tratamiento antituberculoso durante los primeros meses del embarazo. La Presse Medicale, N° 50, Nov. 1963.
- 10.—GRENVILLE-MATHERS, R., W.C. HARRIS and H.J. TRENCHARD. Tuberculous Primary Infection in Pregnancy and its relation to congenital Tuberculosis, Tubercle Junio 1960, Vol. KI.I, N° 3, Pág. 181-185.
- 11.—JESIOTR, M.— The influence of pregnancy and delivery on pulmonary tuberculosis (Clinical observations on pregnancies observed in tuberculous patients at the Malben Hospital for chest diseases, in the years 1952-1957) Dis chest 37: 649-55, June 60.
- 12.—JENTGENS.— Rorering Letters Austri Tuberculosis in Pregnancy, Vol. 166, N° 16, Pág. 2064, J.A.M.A. Abril 19, 1958.
- 13.—LARIOS C.D.— Pregnancy after pneumonectomy for pulmonary tuberculosis. The American Review of Tuberculosis Pulmonary Disease, Vol. 78; N° 4, October 1958, Pág. 563-69.
- 14.—LAWSON J.B. and SULTANA H.M.— Prenancy and pulmonary tuberculosis in west Afric. Excerpta Médica. Chest Disease, Vol. 17, N° 2, Febrer 1964. Pág. 120, Art. 458.
- 15.—MARTIN J.P.— Problemes actuals posés par l' associacion tuberculose pulmonaire et gravido-puerpérale. These Nancy 1961.
- 16.—MENTA B.R.— Pregnancy and tuberculosis, Disease of the Chest, Vol. XXXIX, May 1961, N° 5, Pág. 505-511.
- 17.—PRALORAN L., TORRIANI S., RELLINI G., D'ANNA A., COLANTUO NO P.— Clínico-statistical data in pregnant woman with pulmonary tuberculosis, Ann Inst. Forlanini.
- 18.—SENTIES R., ALCALA L., NAVARRETE R., VIDALES C.— (Photofluotographic anomalies in 20,000 pregnant women) Rev. Mex. Tuberc., 22: 30-4 Jan-April 61.
- 19.—SKOM J.H., GERBIE A.B.— Management of pulmonary tuberculosis and pregnancy Med., Clin. N. Amer. 45: 127-32, Jan. 61.