

INCIDENCIA DE LA TUBERCULOSIS GENITAL EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DANIEL A. CARRION. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Dr. Roberto Sandoval Medina.

RESUMEN

Nuestro estudio lo hemos realizado en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Daniel A. Carrion (Callao) en los últimos 5 años, sobre un total de 8,640 pacientes, encontrando 90 casos de "Salpingitis Tuberculosa" confirmados por exámenes anatomopatológicos. La incidencia fue 1.04o/o.

Trabajo de incorporación a miembro titular de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología 1987.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The present study been made in 8,640 patients with a gynecological diseases; finding 90 cases with "T.B.C. Salpingitis" confirmed by anathomo pathology studies.

Our investigation showed that 24.4o/o had pre – operatory diagnostic and had post – operatory confirmation: the 38.9o/o was diagnosticated in the operatory act and the 36.7o/o was diagnosticated by microscopy.

These results obliged us to make a careful review to find the reason why we had not succeeded in a better percentage in the operatory diagnostic.

The reason in the result was that we had not consider in the analysis, the multiple factors that influence in the genital T.B.C. and/or not having thought of it. That is:

- 1. In the moment of the diagnostic, we didn't have in the mind the patient's age, that in 71.1o/o of incidence, is a condicional factor in our country, of the genital T.B.C.*
- 2. The familiar factor was not well studied, this improve doutless, the quality of our pre – operatory diagnostic.*
- 3. A careful study of the sympton was not made, since that can be see 100o/o, of the cases had infertility, symton very indicative, to be consider as an important element in the diagnostic to presume genital T.B.C.*
- 4. Neither the radiology study was taken with the truly importance, study that shown us: 13.3o/o of active forms, and 86.7o/o of T.B.C. sequels significant data if they had been well valoreted, probably the pre – operatory diagnostic would be higher.*
- 5. The histerography is an auxiliary method recommended in every steril patient and particulary in doubtles diagnostic.*
- 6. The endometriun biopsy should be advise in every patient that is presume to be with genital T.B.C. when it is negative; the genital T.B.C. presume diagnostic persist.*
- 7. The B.K. investigation should be done in a routine way, since the finding of the germ is the decisive in the diagnostic.*
- 8. The pre – operatory diagnostic was confirmed by the anathomo pathology study in all our cases.*
- 9. The treatment should be preferent medical and excepcional cases surgical.*

TABLA No. 1

EDAD			
Menos de 20 años	18	20.0 o/o	
de 21 a 30 años	33	36.7 o/o	71.1 o/o
de 31 a 40 años	31	34.4 o/o	
más de 41 años	8	8.9 o/o	

En la Tabla No. 1, observamos que el mayor pocentaje de enfermedad se encuentra en la edad fértil de la mujer, entre los 21 a 40 años, 71.1o/o.

TABLA No. 2

ANTECEDENTES TUBERCULOSOS

Familiares	4	4.4 o/o	
Personales	24	26.7 o/o	31.1o/o
Sin antecedentes	62	68.9 o/o	
	90	100.0 o/o	

En esta tabla observamos que un 31.1o/o presentaban antecedentes de T.B.C.; sin embargo, debemos precisar que, en nuestra población de la costa, hay un elevado

porcentaje de infección de T.B.C. asintomática que deja huellas de infección focal: renal, epididimaria, ganglionar, etc., lo que debe tomarse en cuenta al evaluar los casos que de preferencia consultan por problemas de infertilidad.

TABLA No. 3

SINTOMATOLOGIA		
Infertilidad	90	100.0 o/o
Alteraciones menstruales	54	60.0 o/o
Dolor	49	54.4 o/o
Tumoraciones	32	35.5 o/o
Síntomas Generales	14	15.5 o/o
Leucorrea	8	8.9 o/o

Muchos de nuestros casos han presentado una sintomatología vaga o no precisa y sólo los antecedentes nos han servido para hacer una correcta evaluación diagnóstica, al insistir en la investigación.

TABLA No. 4

ANTECEDENTES DE REPRODUCCION		
Infertilidad Primaria	73	81.1 o/o
Infertilidad Secundaria	17	18.9 o/o

Vemos que la totalidad de la casuística presenta alguna forma de infertilidad, por lo que este síntoma tiene una gran importancia diagnóstica.

Frente a pacientes infértiles, especialmente de tipo primario, estamos obligados a pensar en la infección T.B.C., sobre todo en nuestro medio. Así mismo enfatizamos que, aunque la infertilidad secundaria tiene otras motivaciones etiológicas, siempre debemos buscar la infección tuberculosa como probable causa de ella.

TABLA No. 5

TRANSTORNOS MENSTRUALES			
Amenorrea Primaria	7	7.8 o/o	
Amenorrea Secundaria	19	21.1 o/o	28.9 o/o
Hipomenorrea	12	13.3 o/o	
Hipermenorrea	10	11.1 o/o	
Polimenorrea	5	5.6 o/o	
Oligomenorrea	1	1.1 o/o	
Sin alteraciones	36	40.0 o/o	
	90	100.0 o/o	

Las alteraciones menstruales son debidas al mayor o menor compromiso del endometrio, su destrucción o caseificación.

TABLA No. 6

Obstrucción tubaria bilateral	8 casos	47.0o/o
Obstrucción tubaria unilateral	6 casos	35.0o/o
Normal	3 casos	18.0o/o

Este estudio no lo hemos realizado en todas nuestras pacientes, por imponderables económicos, pero creemos que la histerosalpingografía es un procedimiento que debe efectuarse rutinariamente en toda paciente estéril, ya que en muchos casos puede ayudarnos a establecer un diagnóstico hasta el momento dudoso o difícil.

TABLA No. 7

BIOPSIA DE ENDOMETRIO (50 casos)		
Endometritis tuberculosa	18 casos	36.0o/o
Endometritis crónica inespecífica	4 casos	8.0o/o
Normal	26 casos	52.0o/o
Muestra insuficiente	2 casos	4.0o/o

Ha de llamar la atención que todas nuestras pacientes no tengan biopsias de endometrio, siendo que nuestra norma de conducta es que, en todo paciente con problema de infertilidad ó ginecopatía, debe practicarse una biopsia de endometrio.

Notamos también, en nuestro trabajo, que 52o/o de las biopsias corresponden a endometrios normales, lo que nos dice que el proceso tuberculoso quedó localizado a las trompas.

INVESTIGACION DE B.K.

No la hacemos, por razones de orden económico y técnico. Recién se ha implementado la baciloscopia en el Programa de Diagnóstico de T.B.C.

TABLA No. 8

MOMENTO EN QUE SE HIZO EL DIAGNOSTICO		
Diagnóstico antes de la operación	22 casos	24.4o/o
En el acto operatorio	35 casos	38.9o/o
Por anatomía patológica	33 casos	36.7o/o
	90 casos	100.0o/o

Si comparamos este cuadro con la de otros autores, vemos que HENDERSON, llega al diagnóstico por laparatomía en el 69.5o/o, SEGOVIA, llega al diagnóstico por laparatomía y curetaje el 25.7o/o, PARADORAKE, con laparatomía y biopsia en el 25.7o/o, Muñoz (Perú), hizo el diagnóstico en el acto operatorio en el 35.0o/o.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser de preferencia médico quirúrgico.

El tratamiento médico exclusivo lo reservamos para casos mínimos en mujeres jóvenes con alguna posibilidad de gestación con controles de por vida, por el peligro de foco residual.

La extirpación del foco debe de hacerse de acuerdo al caso y edad de la paciente.

En mujeres jóvenes con infertilidad secundaria, practicamos salpingectomía bilateral y conservación de ovarios; siempre y cuando éstos no estén comprometidos por el proceso tuberculoso.

La salpingectomía la practicamos porque se ha comprobado la latencia de la enfermedad después de tratamiento médicos y porque el proceso es irreversible.

En pacientes jóvenes infértiles primarios o secundarios, intentamos algunas veces la operación de estos. En pacientes mayores de 40 años, estimamos que la histerectomía total con salpingectomía bilateral es lo indicado.

No somos partidarios de la cirugía tubaria reparadora, porque las cifras de éxitos alcanzados son bajas y, cuando gestan estas pacientes, la posibilidad de evolucionar hacia un ectópico es grande: la gestación que llegue a término es excepcional.

¿Vale la pena someter a las pacientes portadoras de T.B.C. genital a estos riesgos?

La terapia médica la conducimos con antibióticos y quimioterápicos. Estreptomicina: 1 gr. diario el primer mes; 1 gr. cada dos días el segundo mes y luego 1 gr. 2 veces por semana, hasta totalizar 90 a 120 grs.

Isoniacida: 10 mg. por Kg. de peso y por día, dividido en 3 ó 4 tomas orales.

Myambutol Ethambutos: 15 mg. por Kg. de peso hasta 1,200 mgs. al día, como máximo, en una sola toma, de preferencia en las mañanas.

Rifampicina: 10 mgrs/K

Duración del tratamiento, según los resultados terapéuticos y los controles de agudeza visual, función hepática y renal.

Se usa en combinación con los otros tratamientos conocidos y que, de preferencia, no hayan sido utilizados, todavía en la paciente; administrar hasta 20 mg. por kilo.

Usamos los anti-inflamatorios tipo corticoides en la forma y dosis ya conocidas.

En nuestros casos logramos negativizar endometrio con 30 a 40 grs. de estreptomicina en el 80o/o, con 60 grs. lo logramos en el 96o/o y con 120 grs. se logró en el 98o/o. Las trompas se negativizaron en el 60o/o con estreptomicina e INH.

Si intentamos o pretendemos hacer cirugía reconstructiva de trompa, aconsejamos hacer terapéutica médica por lo menos durante dos años. Toda cirugía debe ser seguida de tratamiento médico.

TABLA No. 9

ANATOMIA PATOLOGICA

Salpingitis tuberculosa	89 casos	98.9o/o
Salpingitis crónica intersticial con depósito de calcio	1 caso	1.1o/o
Ooforitis tuberculosa	15 casos	16.7o/o
Endometritis T.B.C.	7 casos	7.8o/o
Otros hallazgos (peritonitis, apendicitis, etc.)	13 casos	14.4o/o

En nuestra serie hemos hallado 89 casos de salpingitis tuberculosa, que corresponde a 98.9o/o. El caso de salpingitis crónica intersticial tenía una biopsia de endometrio confirmada de T.B.C. endometrial; además, en este caso, se acompañó de Ooforitis T.B.C.

El aspecto macroscópico de las trompas varía en los diferentes casos, pero no difiere mayormente de las distintas formas de salpingitis gonorreicas crónicas.

Los hallazgos pueden ser: Piosalpinx con exudado difluente, amarillento con zonas caseificadas en pared y la forma flotante sin adherencias (Hidrosalpinx folicular).

Salpingitis istómica Nodular, no rara, la porción distal puede ser normal y abierto al orificio de las franjas.

Cuando se asocia a peritonitis miliar, su superficie serosa puede estar cubierta de múltiples tubérculos diseminados (2 a 3 mm de diámetro), circunscrito, blando parduzco, por lo general, esto no ocurre en etapas avanzadas.

Al comienzo, las trompas son de grosor normal y, a medida que progresa la enfermedad, se engruesan; finalmente hay un aumento irregular, luego tortuoso, nodular y blando. Al corte se revela material necrótico.

En pacientes sometidos a tratamiento las trompas pueden tener aspecto normal.

El compromiso de las trompas suele ser bilateral, aunque su localización puede ser única.

Los patólogos no pueden hacer el diagnóstico de salpingitis tuberculosa sino después de haber hecho múltiples cortes.

En los casos antiguos o tratados prolongados, se suele encontrar el estado edematoso de la luz tubaria.

En la mayoría de los casos, los hallazgos no son francos y sólo es posible hallar algún tubérculo de la mucosa.

Otros hallazgos anatómo patológicos post operatorios:

En nuestra serie, encontramos leiomiomas, tumores de ovario, Adeniosis que ha no dudarlo hicieron más difícil el diagnóstico, particularmente no se busco historia de infertilidad y/o de T.B.C. latente. En nuestro medio, debe insistirse en este aspecto.

PRONOSTICO

Con medicación antituberculosa es buena. El pronóstico funcional sigue siendo sombrío en cuanto a fertilidad se refiere.

MORTALIDAD

Tuvimos un caso de muerte por tuberculosis generalizada.

GESTACIONES

Hemos tenido un caso de gestación ectópica y uno de gestación intrauterina.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El presente estudio se ha realizado en 8,640 pacientes portadores de una ginecopatía en general, encontrando 90 casos de "Salpingitis T.B.C." confirmado por examen anatómico - patológico.

Nuestra investigación demostró que el 24.40/o se diagnosticó en el pre - operatorio y se comprobó en el post - operatorio; el 38.90/o se hizo el diagnóstico en el acto operatorio y el 36.70/o por ex-histológico

Estos resultados nos obligaron a una revisión cuidadosa del por qué no se había logrado un mayor porcentaje de diagnóstico pre - operatorio.

La razón del este resultado fue el no haber considerado dentro del análisis, los múltiples factores que inciden en la T.B.C. genital y/o el no haber pensado en ella. Así es como:

- 1. No se tuvo presente en el momento del diagnóstico la edad de la paciente que es factor condicionante, en nuestro medio, del proceso de T.B.C. genital.*
- 2. No se investigó cuidadosamente el factor familiar, lo que a no dudarlo hubiera mejorado la calidad del diagnóstico pre - operatorio.*
- 3. No se hizo un cuidadoso análisis de los síntomas, ya que vemos que la infertilidad se presentó en el 100o/o de los casos, dato elocuente para considerarlo como elemento importante en un diagnóstico presuntivo de T.B.C. genital.*
- 4. Tampoco se le dió la verdadera importancia al estudio radiológico, estudio que nos revela el 13.30/o de formas activas y el 86.70/o de secuelas de T.B.C., datos significativos que sí hubieran valorado correctamente, probablemente los diagnósticos pre - operatorios hubieran sido más altos.*
- 5. La histerografía es procedimiento auxiliar recomendado en toda paciente estéril y particularmente en los casos de diagnóstico dudoso.*
- 6. La biopsia de endometrio debe aconsejarse en toda paciente que se presume ser portadora de T.B.C. genital, su negatividad no invalida el diagnóstico presuntivo de T.B.C. genital.*
- 7. La investigación de B.K. debe recomendarse de rutina, ya que el hallazgo del germen es decisivo en el diagnóstico.*
- 8. El diagnóstico pre - operatorio fue confirmado por el estudio anatómico - patológico en todos nuestros casos.*
- 9. El tratamiento debe ser específico a la T.B.C. y quirúrgico de acuerdo a la masa tumoral T.B.C.*
- 10. Curar la T.B.C. Activa y desatenderse absolutamente de la esterilidad.*

BIBLIOGRAFIA

1. GREENHILL, J. P.: Year - Book of Obst. & Gyn. 407 - 4, 1978.
2. HENDERSON, N. HARKINS, J. & STILL, J. F.: Amer. J. Obst. Gyn 80, 20, 24.
3. MUÑOZ, C. DIAZ, V. FRANCO, A.: Gynec y Obst: 123: 134, 1985
4. SCHAFER, G: Amer. J. Gynec. 91: 714, 1985
5. WOOD J. & ELGUERA, H: Internat. J. Fertil 3: 366, 1983.
6. CACERES L. ALFREDO: Tesis Bachiller 1980.