

Tuberculosis genital femenina

P. Aguirre

*Toco - ginecólogo
de la Beneficencia Provincial
Jaén*

Entendemos por Tuberculosis Genital Femenina, las lesiones producidas en el aparato genital de la mujer por el bacilo de Koch. Esta localización es siempre secundaria a otro foco adquirido con anterioridad, por lo que no debe nunca olvidarse que la tuberculosis es siempre una enfermedad general y la genital una manifestación local de una infección que puede estar más o menos localizada.

Fue reconocida por primera vez en esta manifestación local que vamos a estudiar, por Morgagni, hace ya más de dos siglos y a él le debemos una de las descripciones más completas y minuciosas de una de sus formas clínicas, la anexitis fímica. Aunque conocida y descrita como enfermedad de los anexos con peculiaridades propias, su especificidad no fue posible hasta el año 1882 con el descubrimiento, por Koch, del bacilo tuberculoso.

El concepto de esta enfermedad

ha cambiado mucho en estos últimos veinte años, antes sólo se diagnosticaban las formas floridas, los casos espectaculares, que todavía se ven en algunas ocasiones, aunque con rareza, son casos con grandes saltos en forma de grandes tumoraciones anexiales, muy fijas, que engloban al útero y mal limitadas por la inflamación y el engrosamiento de los tejidos de alrededor, especialmente el peritoneo; y en contraste con estos llamativos datos objetivos pocas manifestaciones subjetivas, si acaso una febrícula y pequeñas metrorragias acompañadas de distensión del vientre por metecrismo, pero sobre todo hay un síntoma que llama mucho la atención y es el poco dolor incluso a la exploración en contraposición con las demás anexitis, que en su fase aguda son muy dolorosas.

Decimos que el concepto de esta enfermedad ha cambiado mucho, porque este caso que he descrito

apenas se ve y si esperamos encontrar esta exploración para diagnosticar una tuberculosis genital, apenas diagnosticaríamos alguna al cabo de los años, y sin embargo, la T. G. es una enfermedad frecuente, según Botella, es la más frecuente de los procesos infectivos del aparato genital y se encuentra en un cinco por ciento de todas las enfermas que acuden a consultar. También se encuentra en un dos por ciento de todas las mujeres muertas por cualquier causa, según resultados de necrosias sistemáticas. Pero si nos referimos a mujeres estériles, la proporción sube bastante, para la mayoría de los autores su frecuencia en estériles es de un diez a un quince por ciento, en mi estadística, publicada hace un año en el Seminario Médico, es de 15,5 por ciento, entre doscientas y pico de enfermas estudiadas completamente.

¿Qué ha pasado con esta enfermedad considerada antes como rara?... Sencillamente, que hemos aprendido a diagnosticarla, y sobre todo su diagnóstico es consecuencia del estudio exhaustivo que se hace hoy de la mujer estéril buscando la causa de su falta de descendencia y al haber entrado en la práctica diaria una exploración tan útil como el microlegrado para biopsiar el endometrio y al estudio de la función tubárica, especialmente con la histerosalpingografía.

Con estos medios, diagnosticamos hoy con cierta frecuencia casos de tuberculosis y hemos llegado al concepto de la tuberculosis genital inaparente o subclínica, esto es, cuando la mujer se encuentra perfectamente, no tiene la más pequeña molestia, en la exploración ginecológica corriente no se descubre ninguna alteración ni en el útero ni en los anexos, y, sin embargo, cuando estudiamos más a fondo el caso, sobre todo cuando biopsiamos el endometrio o estudiamos la trompa radiológicamente, se descubre la enfermedad.

Ya desde las primeras descripciones se pusieron de manifiesto las distintas tonalidades y cuadros anatómicos que puede presentar la infección del bacilo de Koch en los genitales de la mujer, debido a dos causas, las características funcionales y anatómicas de estos órganos derivados de los conductos de Muller con un estroma conjuntivo con facultades reacciones exaltadas y el influjo que las hormonas ováricas ejercen cíclicamente sobre ellos. Esta diversidad de cuadros y tonalidades fue lo que obligó a decir a Glathar que la T. G. era el "camaleón de la ginecología". Y llega a tanto esta diversidad de formas, que muchas veces a la inspección de los genitales internos después de laparotomía y hasta con estos órganos extirpados y en la mano, no sospechamos la enfermedad

e incluso la confundimos con procesos malignos.

El mecanismo mediante el cual los órganos genitales llegan a enfermar ha sido motivo de grandes controversias, pues aunque para la mayoría se trata siempre de una infección secundaria a partir de un foco pulmonar, pleural, mesentérico, que clínicamente puede estar curado, hay quien defiende la infección primaria del aparato genital. Para aceptar esta infección primaria exige Ghon la demostración del complejo de Ranke: puerta de entrada, linfagitis y su correspondiente adenopatía y éste hasta hoy, no ha sido posible demostrarlo en la especie humana. Lo que sí se ha descrito, son casos de TG en los que en la autopsia no se ha podido descubrir ningún otro foco tuberculoso ni cicatriz del mismo, por lo que se ha considerado la infección genital como primaria. Esto aunque posible parece excepcional, como así, la infección durante el coite por un individuo con epididimitis tuberculosa, en un cervix uterino más o menos ulcerado.

Como vía de propagación se ha descrito la hemática, la linfática y por continuidad a partir del peritoneo infectado. Se da hoy la preferencia a la vía hemática, sería una diseminación hematológica desde un foco a distancia que casi siempre alcanzaría a la trompa, y a ésta, con preferencia en su porción ampular. El hecho de que sea esta porción

ampular de la trompa la primera afectada, se ha querido relacionar con la especial disposición de los vasos sanguíneos que en este punto sufre la anastomosis de la uterina con la ovárica, originándose según Amsan, malas condiciones circulatorias, semejante a la que se producen en los vértices pulmonares. Estas diseminaciones hematológicas se reflejan muchas veces en los antecedentes de las enfermas, como hemos podido observar en varias ocasiones, incluso diagnosticadas y tratadas como unas fiebres tifoideas.

La vía linfática tiene menos importancia y solamente se acepta para casos muy concretos, en su apoyo hay un hecho que es un verdadero experimento humano: once niñas del hospital de Lubeck murieron por la ingestión de una vacuna muy virulenta, fueron aseptadas por Hirsch-Hoffmann y en nueve de ellas se encontraron lesiones tuberculosas en los genitales, debido al mecanismo de infección por ingestión, por lo que hay que aceptar que en ellas jugase un papel predominante la vía linfática.

También pueden infectarse los genitales por continuidad a partir del peritoneo y así encontramos en muchas de estas enfermas el antecedente de una ascitis fímica en la juventud, aunque para Simmonds la infección peritoneal es secundaria a la de la trompa, sin olvidar tampoco, que una misma disemina-

ción hematógena puede afectar al mismo tiempo a los genitales internos y a la serosa peritoneal, produciendo a la vez una salpingitis tuberculosa y una granulía peritoneal.

Una vez afectada la trompa, la infección pasa a la mucosa uterina por vía descendente intracanalicular o por vía linfática, pero por esta última, la vía linfática, no pasa la infección como podría suponerse a través de la luz del vaso, sino que sigue la dirección de éste pero invadiendo el tejido conjuntivo perivascular que le sirve de sostén, hecho que ha podido demostrar Nogales. De todas maneras la vía descendente intracanalicular por el paso de las secreciones de la trompa a la cavidad uterina tiene más importancia, favoreciendo la infección del endometrio el hecho de que todos los meses se desprenda su capa funcional, dejando una gran solución de continuidad por donde fácilmente pueden penetrar los gérmenes.

El cuello uterino fue considerado durante mucho tiempo inmune a la tuberculosis, hasta que en 1938 publicó Stevenson sus 18 casos, esta creencia se basaba en argumentos fisiológicos: en el endometrio ya hemos visto que se dan condiciones favorecedoras para que penetre la infección, descamación mensual y además se trata de un tejido muy vascularizado con un estroma flojo y muy sensible a los

cambios hormonales, pero el endocervix está protegido contra la infección tuberculosa por la integridad de su epitelio que se renueva sin ulcerarse y además segrega un moco con probadas propiedades bactericidas. Pero todo es cuestión de tiempo y la infección acaba avanzando por vía submucosa de un modo descendente a partir del endo o micometrio llegando a invadir el cervix. Por lo tanto, las tuberculosis cervicales son un grado más avanzado de las del resto del útero y por lo tanto infecciones antiguas, ignoradas, y que, por desgracia, se ven con cierta frecuencia.

Dentro de la T. G. se admite hoy que la trompa está afectada en el cien por ciento de los casos, el endometrio en el ochenta por ciento y el cervix en menos de un veinte por ciento. Más raras son las otras localizaciones genitales, ovario, vagina y vulva. En los casos estudiados por nosotros se hizo el diagnóstico de tuberculosis tubárica exclusivamente en siete casos, con infección del endometrio, diecinueve casos, con endometritis y endocervicitis tuberculosas, dos casos, infección del cervix nueve y del ovario en un caso.

ANATOMIA PATOLOGICA.—No hay un cuadro anatómico característico que nos permita afirmar ante unos genitales, estirpados o "in situ" que éstos se encuentran afectados de tuberculosis de un modo

seguro, a menos que exista una siembra peritoneal o una colección gaseosa. Se pueden ver los más variados cuadros, desde grandes formaciones tumorales que comprenden en bloque todos los órganos pelvianos, hasta los casos de genitales aparentemente normales. Otras veces el cuadro anatómico está enmascarado por la asociación a una infección tuberculosa por focos formando infecciones mixtas sobre todo de la trompa, esto es debido a que la trompa tuberculosa cierra muy pronto el ostium abdominal pero no la comunicación con el útero que queda permeable por más tiempo, por lo que puede infectarse ésta por vía ascendente.

Novak da como típico de las salpingitis tuberculosas, el que las fimbrias, que en la gonococia se invierten y cierran el ostium abdominal, en la tuberculosis se vuelven las franjas en forma de bolsa de tabaco, con la trompa engrosada y distendida. Esto explica el que algunas trompas sean permeables a la exploración radiológica o por insuflación, aunque estenósicas. Este polimorfismo que presenta la trompa tuberculosa, está fundamentado según Nogales por el momento evolutivo en que sorprendamos el proceso, por la forma anatómopatológica que adopte y por la impurificación del mismo por asociaciones microbianas. Todo esto hace que el diagnóstico macroscópi-

co sea difícil por lo que hay que recurrir al estudio microscópico.

El diagnóstico microscópico de la salpingitis tuberculosa no suele tener dificultades, aparece la trompa sembrada de tubérculos típicos que invaden la mucosa y la muscular, sin embargo, hay casos en que la rareza de estos tubérculos hace difícil el diagnóstico, sobre todo en procesos en vías de regresión en que el tejido fibroso ha sustituido a los focos tuberculosos. En la trompa es más frecuente las formas gaseosas que en el resto del aparato genital.

¿Qué características tiene el tubérculo? El tubérculo típico se compone de una zona de infiltración linfocitaria nodular, que en las siembras recién producidas, en los estados precoces, sobre todo en la trompa, se encuentra alrededor de los vasos. Cuando el tubérculo crece, el tejido de producción granulomatosa se hace más activo y en el centro de esa zona de infiltración linfocitaria aparece una neoformación de células fagocitarias del tejido conjuntivo que dan lugar a las células epiteloideas, de forma polidrica y parecidas a los elementos del tejido epitelial y en el interior de esa masa histocitaria de células epiteloideas, aparecen los macrófagos o células gigantes, características de la infección tuberculosa, dotada de gran protoplasma y múltiples núcleos colocados en forma de herradura. Cuando todavía

progresa más la infección, en el centro del tubérculo aparece una zona de necrosis, la necrosis gaseosa, que da lugar a la ulceración del tubérculo.

El útero tuberculoso no suele manifestar grandes alteraciones macroscópicas que den lugar a sospechar la enfermedad, sin embargo hay algo que puede orientarnos y es la gran frecuencia con que se encuentran úteros infantiles, hipoplásicos, mal desarrollados, junto a un proceso anexial bilateral.

En la portio vaginalis, la tuberculosis puede adoptar tres formas distintas: Forma de pseudoerosión difícil de diferenciar de las banales, la llamada forma tumoral con formaciones escrescentes papilares que dan origen a una coliflor, difícil de diferenciar de un carcinoma y la forma ulcerosa que se origina al necrosarse y desprenderse las formas anteriores. De todas maneras la tuberculosis de la portio tiene casi siempre un aspecto típico que la hace inconfundible y es la presencia de una gruesa capa de moco, de aspecto sucio, muy pegajoso, difícil de limpiar y que muchos veces dificulta la toma de biopsia, esto es debido a una hiperfunción mucipara de las glándulas cervicales.

El diagnóstico histológico se basa en la demostración del tubérculo con sus elementos específicos. En la mucosa uterina los

tubérculos pueden estar diseminados o distribuidos de un modo irregular, pero por lo general tienden a agruparse quedando rodeados por la infiltración linfocitaria.

La infección tuberculosa produce en el endometrio alteraciones proliferativas a veces muy marcadas y otras veces zonas de necrosis y destrucción del parenquima. La función del resto del endometrio, que pudiéramos llamar sano, también se ve alterado y es muy frecuente la fase proliferativa en la segunda mitad del ciclo y en las mucosas bifásicas se han observado dos hechos de interés desde el punto de vista de la esterilidad: uno la pobreza de glucógeno en el interior de estas glándulas, son mucosas que responden mal a la acción progesterónica, con mala provisión nutritiva para un posible óvulo fecundado. Y el otro hecho es que las glándulas más en contacto con los tuberculosos no reaccionan a la acción de la progesterona y se manifiestan con el mismo aspecto histológico que en la fase proliferativa. En el cuello uterino, los tubérculos se desarrollan entre las glándulas cervicales, produciendo hiperfunción del epitelio secretor de dichas glándulas que origina una gran secreción de moco, típica de la tuberculosis de la portio.

Los ovarios son raramente afectados por el bacilo de Koch. Lo que sí se ve con frecuencia son

ovarios poliquísticos con contenido hemorrágico de los quistes. (Figuras 1, 2, 3 y 4).

SINTOMATOLOGIA. Como la infección por el bacilo de la tuberculosis ha sido, y es todavía, bastante frecuente, los antecedentes específicos no tienen demasiado valor. En nuestras enfermas había antecedentes en once casos y carecían de ellos diecinueve. Entre los antecedentes había dos casos de tuberculosis pulmonar, dos de pleuritis, tres de peritonitis fímica, dos con fiebres que se diagnosticaron de fiebres tifoideas o fiebres intestinales y uno con tuberculosis renal.

Los síntomas principales, aparte de la esterilidad que es el más frecuente, son los trastornos menstruales y el dolor, sobre todo al coito. Entre las alteraciones menstruales predomina las reglas prolongadas, aunque de escasa cantidad, alterando con períodos de amenorrea y en casos muy avanzados o en casos antiguos, incluso curados la amenorrea secundaria y definitiva. Esta amenorrea es siempre de causa uterina y se observa con preferencia en casos antiguos, incluso después de tratamientos prolongados, en casos prácticamente curados, por sustitución del endometrio por tejido fibroso. Es muy significativo el que muchas de estas mujeres sientan todos los meses cuando le va a venir el período,

aunque luego éste no se presente, en alguna hemos observado un verdadero molimen menstrual (sensación de tensión en bajo vientre, molestias mamarias, etc.). También por citología vaginal hemos visto verdaderos ciclos vaginales normales, incluso con su "pico ovulatorio", lo que quiere significar que los ovarios en estas enfermas amenorreicas siguen funcionando perfectamente y la poca afectación que la infección tuberculosa produce en los mismos. La misma consecuencia se saca con la curva de temperatura basal en la que la mayoría de las veces acusa un ciclo bifásico. En estas curvas de T B hay un dato sobre el que ha llamado la atención Puos Puigmacia y es la discordancia entre la caída de la temperatura al final de la segunda fase y el comienzo de la regla, momento que como sabemos coinciden en las mujeres normales, por el contrario en las mujeres afectas de T. G. las reglas comienzan un par de días antes de la caída de la temperatura.

Los síntomas dolorosos tienen poca importancia por la frecuencia con que éstos se presentan en la consulta de ginecología, sobre todo la dispareunia tan frecuente en las estériles. De todas maneras no podemos considerar la T. G. como una enfermedad dolorosa y cuando hay dolor éste tiene unas características que conviene señalar: suele ser más intenso en los días premens-

truales y se acompaña muchas veces de distensión abdominal por meteorismo.

Otro síntoma que hemos visto varias veces y en dos ocasiones como dato único ha sido la sinusiorragia o pequeña metrorragia al coito, pero las dos veces se trataba de tuberculosis cervicales muy avanzadas, dato que conviene señalar, pues este síntoma nos hace siempre pensar en el carcinoma de cuello y como la tuberculosis cervical tuberosa presenta cierta analogía a la inspección con el carcinoma exofítico, a una exploración ligera puede ser confundido con el consiguiente trastorno.

El síntoma más constante hemos dicho que es la esterilidad, casi siempre primaria pero que también puede ser secundaria, al adquirir la enfermedad después de tener uno o varios hijos, en nuestros casos en veintiséis era primaria y en tres había habido embarazos, con una gestación tubárica y las otras con el último parto hacia 12 y 15 años, respectivamente. La esterilidad es el síntoma por el que consultan la mayoría de las enfermas y el verdadero motivo por el cual acuden muchas de las que en el interrogatorio exponen como motivo de consulta el dolor o cualquier alteración menstrual, que al final de cuentas es sólo el pretexto para iniciar la visita.

¿Cuál es la causa de la esterilidad en la T. G.? La causa más importante aunque no la única es la obstrucción tubárica. Ya hemos visto cómo la trompa se afecta en el cien por cien de los casos, y cómo dentro de ella es el endosalping la parte más afectada, además del engrosamiento de toda la pared y la soldadura de las fimbrias del pabellón tubárico. Todo ello produce una obstrucción casi siempre total, pero aun en los casos precoces, en que por la evolución lenta del proceso, la trompa no esté obstruida sino estenosada en algún segmento, con el pabellón todavía abierto, casos que hemos observado con insuflaciones positivas pero de tipo estenósico y con histerosalpingografía en las que se ven permeabilidades tubáricas, la mayoría de las veces estas trompas no son capaces de captar el óvulo y sobre todo, es más difícil que lo nutran convenientemente y lo transporte a la cavidad uterina; estos casos raros son los que producen alguna vez gestaciones normales que nunca hemos visto, pero que han sido publicadas, y con más frecuencia gestaciones ectópicas.

Esto es en lo que se refiere a la trompa enferma, pero es que aun después de curada la trompa no queda nunca en estado normal, no hay una restitución de la función, sino que quedan obstruidas y en el mejor de los casos estenosada

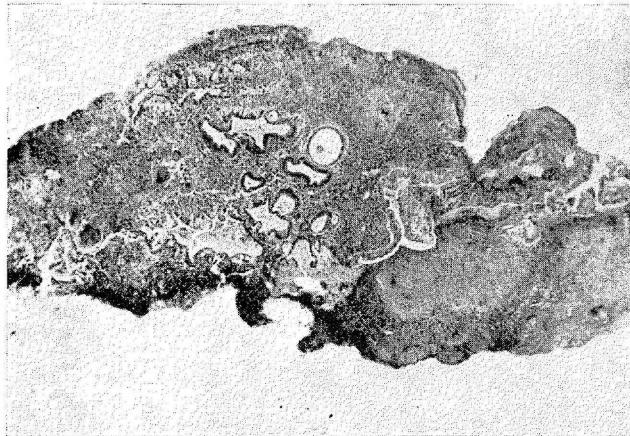


Fig. 1. Tuberculosis del endometrio. Forma productora nodular con tubérculos confluentes que comprenden la mayor parte del estroma.

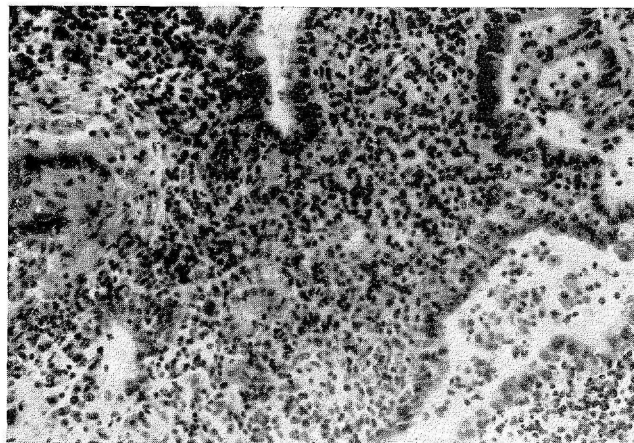


Fig. 2. Tuberculosis del endometrio. Viejos tubérculos. Distorsión en las Glándulas.

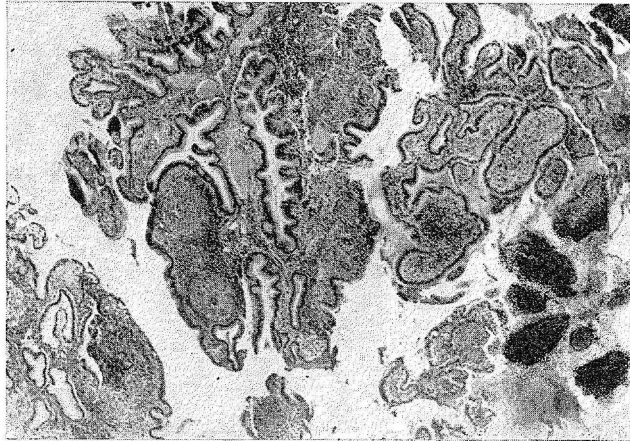
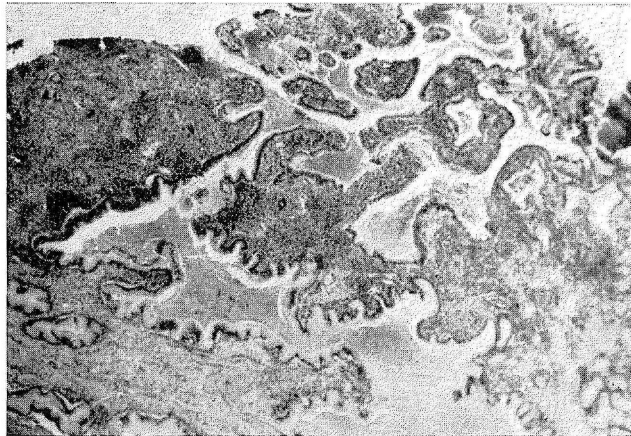
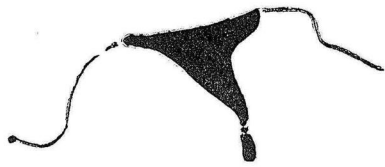
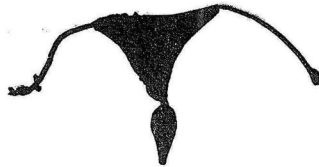


Fig. 3. Tuberculosis del cervix, Forma adenomatosa, con tubérculos perfectos e hiperfunción mucipara del epitelio.

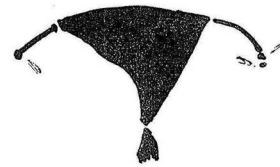




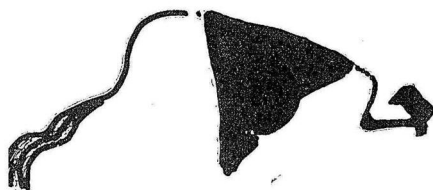
Trompas rígidas en alambre.



Trompas en estaca. Lesiones destructivas de endometrio.



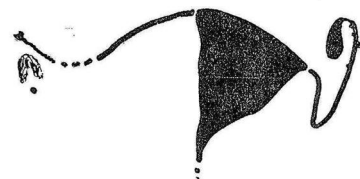
Trompas obstruidas en porción ístmica con pequeñas dilataciones y fistulas.



Pliegues longitudinales hipertróficos en trompa derecha.



Trompa arrosariada.



Pequeña dilatación en trompa izquierda. Calcificaciones en la derecha.



Imagen en dedo de guante.



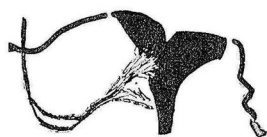
Cavidad muy pequeña con trompas obstruidas.



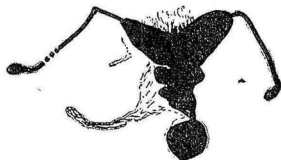
Imagen algodonosa.



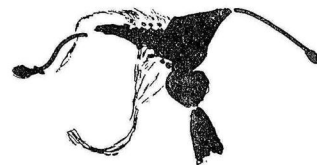
Inyección de los linfáticos del miometrio. Radiografía de control (Oliyodo).



nequia uterina en cuerno derecho. Venograma de la vena uterina.



Inyección de linfáticos en fondo uterino y venograma bilateral.



Venograma de los sistemas uterino y utero-ováricos. Trompas en estaca.

Fig. 5. Esquemas correspondientes a las investigaciones radiológicas que efectuamos.

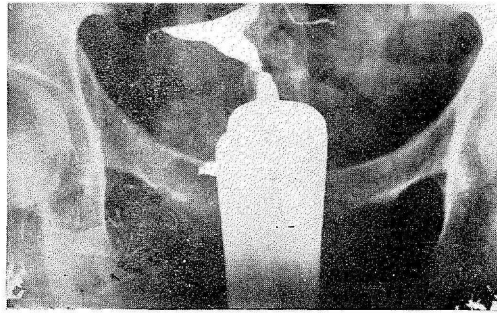


Fig. 6 Trompas rígidas en alambre.

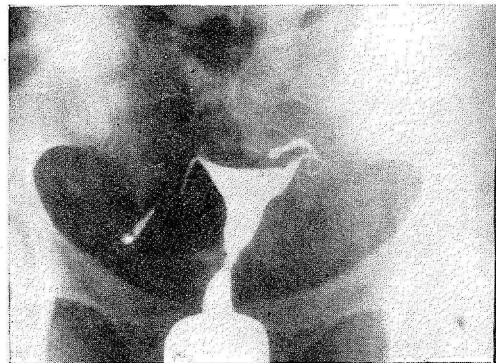


Fig. 7. Trompas en estaca.



Fig. 8. Trompa derecha obstruida en
región ístmica.

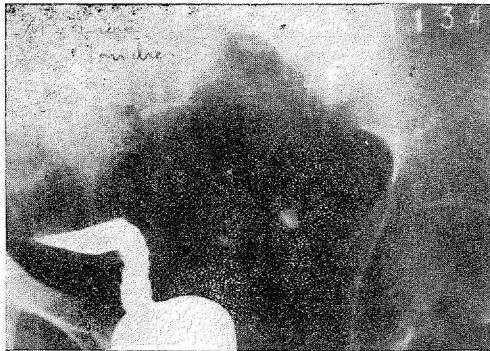


Fig. 9. Trompa arrosariada.



Fig. 10. Trompas obstruidas en región istmica con pequeñas dilataciones y fistulas.



Fig. 11. Pliegues longitudinales en trompa derecha. Defecto de repleción en istmo uterino.



Fig. 12. Pequeña dilatación en trompa izquierda. Calcificaciones en la derecha.

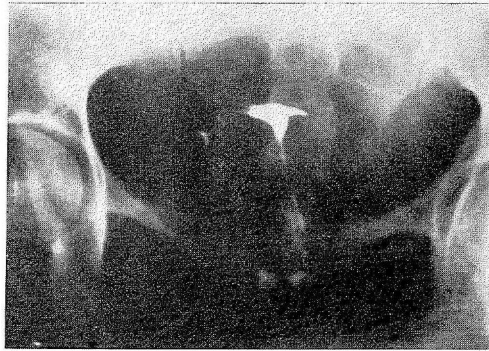


Fig. 13. Cuello largo. Cavidad uterina muy pequeña. Trompa derecha obstruida en región ístmica.

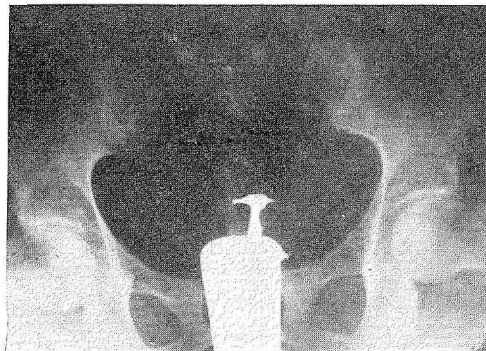


Fig. 14. Cavidad uterina atrofiada.

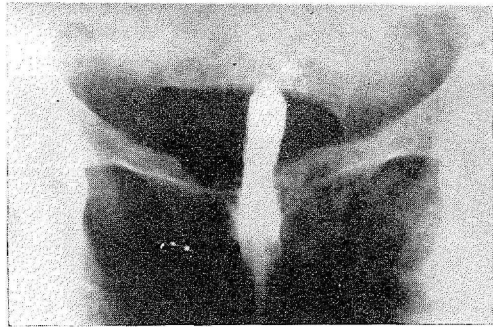


Fig. 15. Imagen en dedo de guante.



Fig. 16. Imagen algodonosa.

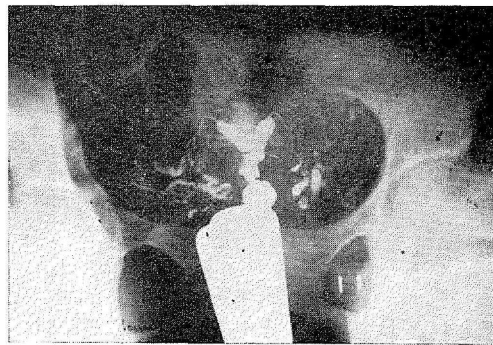


Fig. 17. Venograma en ambas uterinas.
Inyección de linfáticos en fondo uterino.

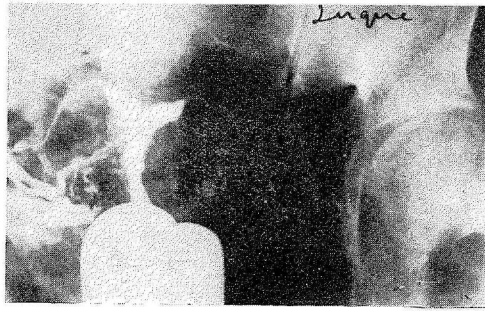


Fig. 18. Cuerno derecho casi amputado.
Venograma del sistema uterino derecho.

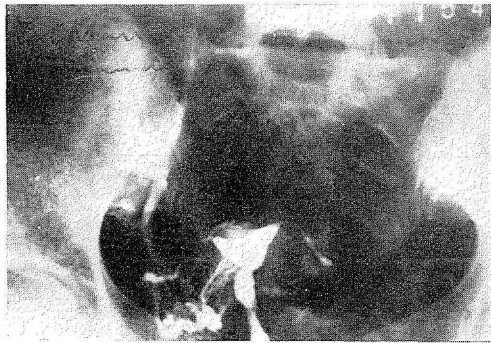


Fig. 19. Venograma de ambos sistemas uterinos.
I Radiografía.

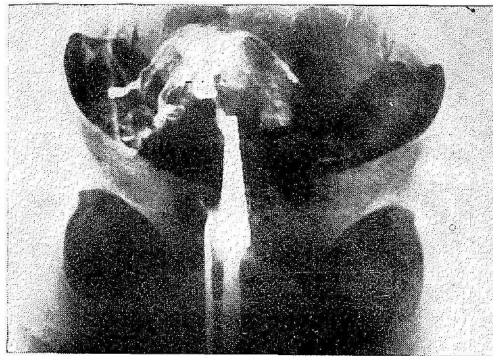


Fig. 20. II Radiografía.



Fig. 21. III Radiografía.

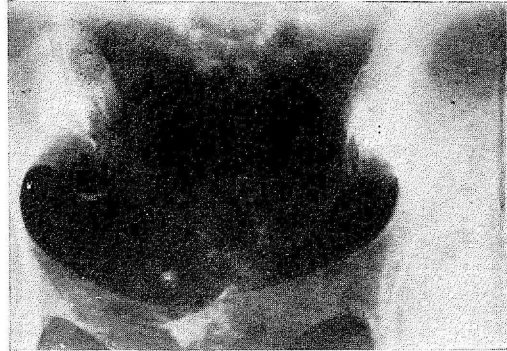


Fig. 22. IV Radiografía. Ha desaparecido el contraste de las venas. Persiste en las trompas.

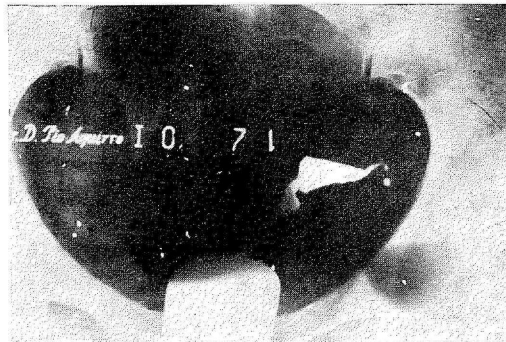


Fig. 23. I Radiografía con contraste oleoso. Obstrucción de trompa izquierda. Deformidad de la cavidad uterina.



Fig. 24. II Radiografía. Trompa derecha en estaca.

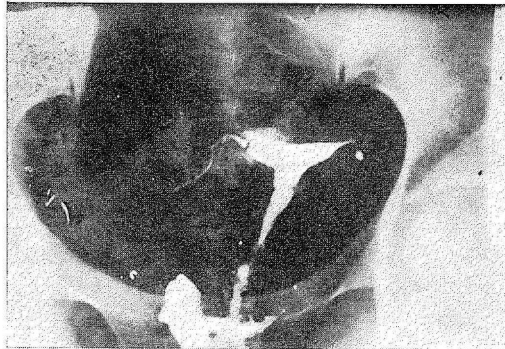


Fig. 25. III Radiografía. Se inicia la inyección de linfáticos en fondo uterino.



Fig. 26. IV Radiografía de control a las 24 horas. Inyección de los linfáticos del miometrio que reproduce el contorno del utero.

con una luz irregular donde quedan una serie de divertículos y engrosamientos que impiden el paso de un óvulo fecundado.

Mucha menos importancia tiene el endometrio, y no porque las lesiones que se producen en él no sean causa suficiente de esterilidad, sino que al no alcanzar el óvulo la oportunidad de llegar al mismo por no superar las dificultades que le presenta la trompa. en la práctica pierde toda su importancia. Ya se comprende que el óvulo no podrá implantarse en plena endometritis tuberculosa, pero es que tampoco le será posible implantarse en el resto del endometrio considerado como sano, pues ya sabemos por la anatomía patológica que éste pierde en parte la facultad de llegar a la fase de secreción por acción de la hormona progesterónica del ovario, única capaz de formar unas condiciones nutritivas apropiadas para la implantación del huevo. Es lo que se llama endometritis de receptibilidad.

Todavía menos importancia tiene el ovario como causa de esterilidad, aunque muchos autores, algunos modernos, lo citan como una de las causas principales, y señalan un cincuenta por ciento de ciclos anovuladores en la T. G. A no ser en los casos avanzados, en los casos corrientes, en los que se ven en la clínica, el ovario se comporta como en estado normal, lo que ocurre es que la biopsia del endometrio no es

el procedimiento más seguro, al contrario de lo que ocurre en las demás mujeres, para estudiar la función del ovario, y esto es por lo que decíamos antes de la endometritis de receptibilidad en la que el endometrio no responde o responde mal a la hormona progesterónica segregada por el ovario, lo que no quiere decir que éste haya dejado de segregarla.

DIAGNOSTICO. Ya hemos visto cómo las exploraciones corrientes precedidas de su historia clínica y acompañada de las pruebas de laboratorio habituales (hemograma, velocidad de sedimentación, etcétera), no nos permite diagnosticar más que las formas exuberantes, floridas, las que menos abundan; en las otras, en las subclínicas, tenemos que afinar más. Podemos sospecharlas, eso sí, por ejemplo cuando vemos una anexitis en mujer joven y virgen en la que está descartada las anexitis puerperales y gonocócicas y sin antecedentes infectivos ni apendiculares. O en mujer joven, estéril, con obstrucción tubárica bilateral y sin antecedentes de infección genital. Pero para poder diagnosticar la T. G. tenemos que valernos de uno de estos tres medios: buscar el bacilo en las secreciones genitales, sangre menstrual, secreciones del endocervix o líquido de punción de un saltosalping. O, tenemos que demostrar las lesiones anatomopatológicas, ya

sean macro o microscópicas o tenemos que poner de manifiesto las lesiones residuales o infectivas en cavidad uterina o trompas.

Para lo primero tenemos que valernos de los cultivos de las secreciones sospechosas o de su inoculación al cobaya. Es un buen método que permite diagnosticar la tuberculosis en muchachas vírgenes, sólo recogiendo la sangre menstrual. Sin embargo estos métodos son poco usados y por ahora carecemos de experiencia del mismo.

Para buscar las lesiones anatomopatológicas tenemos que recurrir a la biopsia, ya del endometrio, ya del endocervix o de la misma portio cuando en ella se encuentren lesiones sospechosas, es el método más empleado y el que verdaderamente ha revolucionado el concepto de esta enfermedad. Para biopsiar el endometrio recurrimos al microlegrado, es una práctica sencilla, inocua, que no requiere anestesia y que se puede realizar en el mismo consultorio. Debe hacerse al final del ciclo o mejor, el primer día del período, lo que tiene la ventaja de no poder interferir un posible embarazo y además ese día el conducto cervical está ligeramente dilatado y deja pasar más fácilmente la microlegra. En el diagnóstico de la tuberculosis sólo le encontramos un defecto y es que algunas veces no es posible pasar la microlegra del orificio interno del cuello, ya sea por haber lesiones destructivas en

el endocervix o porque la cavidad uterina esté anulada, hecho que se nos ha presentado en varias ocasiones, así como, la extracción blanca, es decir, el no poder entrar material suficiente para poder biopsiar, sobre todo en casos de tuberculosis antiguas con atrofia casi total del endometrio. Nosotros hemos obtenido biopsias positivas en veintidós casos, trece en endometrio y nueve en cuello.

Dentro de este capítulo del diagnóstico de las lesiones anatomopatológicas, tenemos otro procedimiento diagnóstico poco usado pero que se va abriendo camino sobre todo en Francia, Italia y Norteamérica, y es la laparoscopia, práctica que aunque conocida desde primeros de siglo no toma difusión hasta el año 1937 en que Ruddok publica una extensa y documentada causística de 500 casos. En 1940 sufre una variación técnica aportada por Te Linde y Rutiedge al proponer la vía transvaginal con la enferma en posición ginecológica, en 1944 Decker propone la misma vía pero con la enferma en posición genupectoral, de este modo se eliminaba la caída de las asas intestinales, al mismo tiempo que se instauraba un neumoperitoneo espontáneo al punccionar el fondo de saco de Douglas por la presión negativa que la posición genupectoral motivaba en la cavidad abdominal, método que se denominó culdoscopia, douglascopea o fondoscopia. Posteriormente,

Palmer vuelve a la técnica de Te Linde pero modificándola en el sentido de poner a la enferma en posición ginecológica pero con trendelenburg e introduciendo una cánula en el útero para evitar su caída hacia atrás. De todas maneras, estas técnicas vaginales tienen poca importancia en el diagnóstico de la T. G. y si la vía transparietal, primero porque es conveniente siempre hacer la exploración introduciendo el trocar lo más alejado posible del posible foco y segundo que las enfermas que más se pueden beneficiar de esta técnica son precisamente las que no son tributarias del microlegrado ni de la Histerosalpingografía, es decir la laparoscopia debe reservarse para las mujeres vírgenes, este grupo de enfermas en que antes nos teníamos que conformar con hacer un diagnóstico de presunción por los síntomas recogidos en los antecedentes y en su imperfecto reconocimiento ginecológico; con la laparoscopia podemos hacer un diagnóstico y por lo tanto tratar adecuadamente, al principio de la enfermedad, cuando todavía es posible llegar a un grado tal de curación, que cuando exploramos estas enfermas con muchos años de enfermedad, no podemos ni soñar llegar a él.

El diagnóstico de la T. G. por laparoscopia no siempre es fácil, pues no siempre se encuentra una anatomía típica, el hallazgo de tubércu-

los en peritoneo o de formas miliares evidentes no es frecuente, la más de las veces la tuberculosis toma la forma de salpingitis hipertróficas, con trompas tumefactas, hiperémicas y por lo común fijadas, que no siempre podemos distinguir de otros procesos inflamatorios del aparato genital. Otras veces aparece en forma de saltosalpinx terminales en los que la trompa presenta las características de la salpingitis hipertróficas pero con una tumefacción mucho más marcada en la zona terminal, o en forma de saltosalpingitis totales con toda la trompa dilatada simulando un piosalpinx, frecuentemente bilateral y con una reacción peritoneal más o menos marcada.

También puede aparecer la tuberculosis tubárica en forma de salpingitis nudosa con segmentos tubáricos normales alternando con otros dilatados conteniendo caseum en período de reabsorción, en estos casos aparece el pabellón cerrado y con poca reacción peritoneal.

Para el diagnóstico de certeza se ha propuesto la biopsia tubárica intracelioscópica pero ésta es peligrosa más que nada por la hemorragia que puede producir.

La laparoscopia puede tener un efecto beneficioso para la lesión tuberculosa con la introducción en la cavidad abdominal de oxígeno para producir el neumoperitoneo previo a la introducción de la cá-

nula, efecto conocido desde antiguo, las laparotomias aireadoras que antes tanto se prodigaban y que llegó a decir a Stein "prefiero el empleo del oxígeno para el neoperitoneo realizado con objeto diagnóstico cuando sospecho una tuberculosis de la pequeña pelvis, por cuanto el oxígeno tiene un valor terapéutico real en la tuberculosis genital y en la peritonitis tuberculosa de la mujer".

Para poner de manifiesto las lesiones que la tuberculosis produce en la cavidad uterina o en las trompas, tenemos un procedimiento al que hasta ahora no se le había valorado adecuadamente, nos referimos a la histerosalpingografía. El estudio radiológico de las cavidades ginecológicas, cuello, utero y trompas, viene empleándose en Ginecología práctica desde hace más de cuarenta años, pero durante mucho tiempo se ha considerado la H. S. G. como peligrosa en los casos de tuberculosis, ya por el peligro de reactivación del foco tuberculoso, como por el peligro del paso del contraste a los vasos venosos o linfáticos. Rozin consideraba la tendencia a la penetración del medio de contraste oleoso a los linfáticos, como un signo muy probable de tuberculosis. Basándose en estas observaciones y otras semejantes, distintos autores han afirmado que cuando existe una tuberculosis tubárica, la salpingografía significa un serio peligro para

la reactivación y diseminación del proceso; hasta el punto de que en la segunda edición de la obra de Schultze, en que recoge la bibliografía hasta el año 1953, considera la tuberculosis como materia secundaria en la Radiología Ginecológica y las páginas dedicadas a ella son para señalar sus peligros.

Con la utilización de los contrastes hidrosolubles, menos peligrosos en su penetración en los torrentes linfáticos y venosos y sobre todo con la experiencia adquirida en estos últimos años en el estudio de la mujer estéril a la que previamente a la biopsia del endometrio con resultado positivo, se había practicado la histerosalpingografía, se ha visto la posibilidad de diagnosticar la tuberculosis tubárica y uterina por medio de la Radiografía.

Aunque el peligro de la H. S. G. en la tuberculosis ha sido sin duda exagerado, éste, existe efectivamente siempre que el foco conserve cierta actividad, por lo que siempre esta práctica debe ir precedida de un estudio clínico y sobre todo de la Velocidad de Sedimentación. Rara vez se nos ocurrirá practicar una H. S. G. en una tuberculosis activa porque con esta exploración lo que se busca son las secuelas que la infección deja en el aparato genital, sobre todo para el estudio de la esterilidad.

Han sido los autores nórdicos los primeros que han abordado es-

te problema, Magnusson llega a afirmar en 1947 que "se puede encontrar imágenes hasta tal punto características, que es posible el diagnóstico radiológico de la tuberculosis de la trompa" y haciendo un estudio comparativo con doscientas imágenes de trompas no tuberculosas, concluye afirmando la existencia de dos cuadros radiológicos de las salpingitis tuberculosas: los contornos finamente dentados con pequeños defectos en la luz y a veces con trayectos fistulosos y los trayectos rígidos y estrechos con terminación de la trompa en maza. Después se publican los trabajos de Madsen, de Kristina Enkregen y de Ryden en los que gracias a la utilización de los contrastes hidrosolubles se pueden distinguir detalles de la mucosa uterina y tubárica imposibles de revelar con los aceites, ellos distinguen hasta seis tipos distintos de salpingogramas, de los que algunos ha demostrado la experiencia ser típicos de la salpingitis tuberculosa, como son los siguientes:

1.º Trompas poco dilatadas, en estaca, de contornos uniformes, cerradas al comienzo de la ampolla o en el istmo.

2.º Trompas cerradas en el istmo o comienzo de la ampolla con contorno dentado en el punto de oclusión.

3.º Trompas con múltiples estenosis en porción ístmica o ampu-

lar, que simulan un rosario o un collar de perlas.

4.º Trompas ligeramente dilatadas con contorno irregular y defecto de contraste en la ampolla.

En el endometrio, aún cuando éstos mismos autores describieron cuatro imágenes típicas, la mayoría no son patognomónicas de las endometritis tuberculosas, y se admite hoy que sólo se producen imágenes típicas cuando ha sido afectado el músculo uterino, lo que se ve en casos antiguos y entonces se caracteriza por presentar en la cavidad uterina estrecheces, especialmente a nivel de los cuernos, que llegan muchas veces a simular uteros bicornes, y en grados más avanzados, en los que se anula casi toda la cavidad, imágenes en dedo de guante, todo ello acompañado de fistulas y bolsas que penetran en el miometrio.

Como datos complementarios en todas las imágenes radiográficas de la Tuberculosis Genital, tenemos los siguientes: las dos trompas han de estar afectadas, no hay lesión tuberculosa en una trompa con la otra sana, aunque cada una de ellas presente una imagen distinta. Tampoco tienen valor las imágenes de la cavidad uterina si las trompas aparecen sanas, puesto que sabemos que la tuberculosis uterina es una fase más avanzada, un grado más de la tuberculosis genital que empieza siempre en las trompas.

Lo mismo podemos decir del endocervix, cuyas imágenes son las más atípicas y siempre tienen que ir asociadas a las de los tramos superiores. En el cuello las imágenes más frecuentes son, irregularidades en la distribución del contraste, con imágenes a veces muy dilatadas y trayectos fistulosos, son poco específicas.

Hemos dejado para el final uno de los signos más significativo y que se ve con cierta frecuencia, nos referimos al paso del contraste a los vasos venosos o linfáticos, éstos toman formas muy llamativas y demostrativas, y descartando los errores de técnica, como pudiera ser la presión excesiva y el uso de cánulas muy largas, hablan en favor de un proceso destructivo de la mucosa uterina. Kika ha realizado una serie de H. S. G. en uteros menorrágicos, con exceso de presión y en los días precedentes a las reglas y llega a la conclusión de que la inyección vascular es aquí menos frecuente que en los uteros tuberculosos.

Brest distingue los siguientes tipos de inyección vascular: Inyecciones localizadas y dentro de las mismas, distingue tres modalidades: pequeñas arborizaciones que parten de un punto preciso del borde uterino o de la trompa, arborizaciones maxivas que parten también de un punto preciso y los finos dibujos que comprenden casi toda la pared uterina sin que se

descubra el punto de partida. Inyecciones de troncos venosos que ponen de manifiesto las vías de drenaje uterinas. La vía baja, que son más frecuentes, por los vasos uterinos en forma de asa para dirigirse luego hacia arriba siguiendo el trayecto de estos vasos. La vía alta de los vasos utero-ováricos, por el trayecto de los mismos y un tipo mixto en que se ve en mayor o menor proporción ambas vías de drenaje. Estas imágenes han sido muy bien estudiadas por Garzón, que llega a sentar la siguiente afirmación: "Siempre que en el curso de una H. S. G. se encuentre, observando en su realización las reglas clásicas de todos conocidas, una inyección vascular o linfática de mayor o menor intensidad, hay que admitir la existencia de una tuberculosis endometrial o tubárica siempre que no se demuestre lo contrario".

También tenemos que citar dentro del estudio radiológico de la T. G. la presencia de calcificaciones a nivel de las trompas u ovarios demostrables por la radiografía y que tienen un gran valor para el diagnóstico.

Dentro de la escasa causística española, en este aspecto de la Radiología en la T. G., hemos de citar los excelentes trabajos de Villar, Poos Puimacia, Garzón y Fernández Ruiz.

Nosotros hemos estudiado radiológicamente veintitrés casos entre

treinta y ocho enfermas estériles primarias con tuberculosis genital comprobada, la mayoría mediante biopsia de endometrio. Las imágenes radiológicas las resumimos en el siguiente esquema.

Ver figura 5

Imágenes tubáricas:

- 1.º Trompas filiformes, rígida, en "alambre".
- 2.º Trompas cortas gruesas, obstruidas en el istmo o principio de la ampolla y terminando en una pequeña dilatación. "Trompa en estaca".
- 3.º Trompas cortas irregulares con defecto de repleción y pequeñas fistulas.
- 4.º Trompas con hipertrofia de los pliegues longitudinales.
- 5.º Trompas con defecto de repleción que simulan un rosario o un collar de perlas.
- 6.º Trompas rígidas, largas, con pequeña dilatación a nivel de la ampolla.

Imágenes de la cavidad uterina.

- 1.º Imagen de la cavidad con sinequias a nivel de los cuernos que simula un utero bicorne.
- 2.º Falta de relleno en fondo o bordes uterinos, casi siempre con paso del contraste a los vasos venosos o linfáticos.
- 3.º Cavidad uterina casi desaparecida por sinequias de las paredes que puede tomar la imagen de un

"dedo de guante", o imagen "algodonosa".

Estas imágenes por sinequias uterinas solo la hemos visto provocadas por legrados muy profundos, casi siempre puerperales, o en casos de tuberculosis.

La inyección de los vasos venosos la hemos observado en varias ocasiones, uni o bilateralmente, con más frecuencia en el sistema de los vasos uterinos, no es peligroso al menos con contrastes hidrosolubles y desaparece rápidamente, al contrario de la inyección de los linfáticos que persiste bastante tiempo como en uno de los casos que proyectaremos en el que a las 24 horas de la inyección, en la radiografía de control, aparece inyectado los linfáticos del miometrio, percibiéndose la sombra de todo el músculo uterino.

Después de lo expuesto sobre el diagnóstico radiológico de la T. G. podemos afirmar que la H. S. G. es un método exploratorio de primer orden para el diagnóstico de la tuberculosis tubárica y uterina, solamente superado a cuanto a seguridad por la biopsia del endometrio positiva.

Es especialmente útil en los casos de tuberculosis subclínica o inaparente, y sobre todo en el estudio de la esterilidad.

Las imágenes que se observan son tan típicas, en la mayoría de

los casos, que es suficiente para diagnosticarla.

Y, está exenta de peligros, siempre que se observe las más elementales medidas en cuanto al proceso que se estudia y en cuanto a la técnica en su aplicación.

TRATAMIENTO. La tuberculosis es siempre una enfermedad general cualquiera que sea la localización con que se nos presente, por lo tanto, el tratamiento en líneas generales ha de ser el mismo que en cualquier otra localización.

La primera condición que aprendimos en Terapéutica sobre el tratamiento de la tuberculosis, fue el reposo, reposo físico y reposo funcional. El reposo físico o mecánico obra de manera favorable sobre el proceso tuberculoso genital, porque la bipedestación y la marcha congestionan la circulación de la pelvis, agravando el proceso inflamatorio. Dentro del proceso físico tenemos que prohibir el coito, puesto que representa una excitación mecánica del aparato genital. Este reposo físico estará indicado principalmente en los casos activos. Reposo funcional: los órganos sexuales de la mujer están constantemente sometidos a una actividad clínica, a la acción del vaivén hormonal, dicha actividad hormonal perjudica la evolución del proceso tuberculoso, especialmente por la acción de las hormonas estrogénicas; ya el organismo se defiende

de esta acción desfavorable de estas hormonas ováricas, especialmente en los casos graves, produciendo una amenorrea. Amenorrea que debemos respetar.

La segunda condición que aprendimos es mantener el estado general. Hay que poner al organismo en condiciones de poder luchar contra la infección: corregir regímenes alimenticios, tratar la posible anemia, vida al aire libre, administración de vitaminas y sales minerales, etc., todo el tratamiento clásico que todavía conserva todo su valor.

Tratamiento específico. Hoy disponemos de antibióticos y quimioterápicos muy eficaces contra la tuberculosis. No hace falta hablar de ellos, pues son de sobra conocidos no sólo del médico, sino incluso del público en general. Solamente decir que el tratamiento medicamentoso ha de ser intenso y prolongado.

Aparte del tratamiento general de la tuberculosis que hemos enumerado someramente, en esta localización genital se han usado otros tratamientos locales que hoy constituyen remedios de excepción.

Radioterapia de excitación. Su finalidad no es destruir los tejidos enfermos sino excitar las defensas de estos tejidos. Hoy apenas se usa.

Curioterapia. Hace años se usaba en el tratamiento de la tuberculosis cervical para destruir los

los casos, que es suficiente para diagnosticarla.

Y, está exenta de peligros, siempre que se observe las más elementales medidas en cuanto al proceso que se estudia y en cuanto a la técnica en su aplicación.

TRATAMIENTO. La tuberculosis es siempre una enfermedad general cualquiera que sea la localización con que se nos presente, por lo tanto, el tratamiento en líneas generales ha de ser el mismo que en cualquier otra localización.

La primera condición que aprendimos en Terapéutica sobre el tratamiento de la tuberculosis, fue el reposo, reposo físico y reposo funcional. El reposo físico o mecánico obra de manera favorable sobre el proceso tuberculoso genital, porque la bipedestación y la marcha congestionan la circulación de la pelvis, agravando el proceso inflamatorio. Dentro del proceso físico tenemos que prohibir el coito, puesto que representa una excitación mecánica del aparato genital. Este reposo físico estará indicado principalmente en los casos activos. Reposo funcional: los órganos sexuales de la mujer están constantemente sometidos a una actividad clínica, a la acción del vaivén hormonal, dicha actividad hormonal perjudica la evolución del proceso tuberculoso, especialmente por la acción de las hormonas estrogénicas; ya el organismo se defiende

de esta acción desfavorable de estas hormonas ováricas, especialmente en los casos graves, produciendo una amenorrea. Amenorrea que debemos respetar.

La segunda condición que aprendimos es mantener el estado general. Hay que poner al organismo en condiciones de poder luchar contra la infección: corregir regímenes alimenticios, tratar la posible anemia, vida al aire libre, administración de vitaminas y sales minerales, etc., todo el tratamiento clásico que todavía conserva todo su valor.

Tratamiento específico. Hoy disponemos de antibióticos y quimioterápicos muy eficaces contra la tuberculosis. No hace falta hablar de ellos, pues son de sobra conocidos no sólo del médico, sino incluso del público en general. Solamente decir que el tratamiento medicamentoso ha de ser intenso y prolongado.

Aparte del tratamiento general de la tuberculosis que hemos enumerado someramente, en esta localización genital se han usado otros tratamientos locales que hoy constituyen remedios de excepción.

Radioterapia de excitación. Su finalidad no es destruir los tejidos enfermos sino excitar las defensas de estos tejidos. Hoy apenas se usa.

Curioterapia. Hace años se usaba en el tratamiento de la tuberculosis cervical para destruir los

tejidos enfermos. También se ha abandonado por completo.

Fototerapia. Los baños de sol o la lámpara de cuarzo es un buen recurso que ayuda a la curación, sobre todo, en las formas exudativas y en las mixtas de peritoneo y anexos.

Tratamiento quirúrgico. Al mejorar el pronóstico de esta localización tuberculosa con los tratamientos actuales, ha disminuido mucho las indicaciones quirúrgicas que hoy se considera como de excepción, sin embargo, persisten algunas indicaciones precisas:

Lesiones residuales que algunas veces quedan en las trompas después de tratamiento incluso prolongados y que pueden ser motivo de molestias y de posibles reactivaciones. En estos casos es conveniente extirpar el foco quirúrgicamente.

En salpingitis ya curadas puede intentarse la reconstrucción de la trompa para curar una esterilidad obstructiva, aunque hemos de adelantar que esta cirugía tiene pocos resultados prácticos, especialmente cuando la obstrucción es debida a la infección tuberculosa. Más interesante que el tratamiento propiamente dicho, nos interesa resaltar aquí, otro aspecto más importante, desde mi punto de vista, y es lo que no debe hacerse ante un caso de T. G.

No hacer nunca tratamientos sintomáticos, ya hemos visto cómo muchas de estas enfermas cursan con amenorrea o con trastornos menstruales, nunca se debe tratar este síntoma sobre todo con hormonas, pues además de empeorar la enferma se pierde la ocasión de diagnosticarla correctamente. Otra terapéutica que también empeora a estas enfermas es la fisioterapia en forma de Diatermia u Onda Corta prescrita para tratar las molestias de una salpingitis catalogada de otra etiología.

Otra falta terapéutica son los tratamientos incompletos, escasos en dosis o incompletos en cuanto al tiempo, que sólo sirven para crear resistencias del germen a los medicamentos.

Siendo la T. G. una enfermedad que aunque curable no deja nunca una restitución de la función, principalmente respecto a la esterilidad de la mujer que la ha padecido, el mejor tratamiento es la profilaxis de la infección. Esta tiene que descansar sobre la base de tres actuaciones: Vacunaciones masivas, como hoy se está haciendo, eliminación o aislamiento de los focos de contagio y mejorar las condiciones de vida, alimentación, vivienda, condiciones de trabajo, etc. Con este programa todas estas lesiones que hemos comentado, llegará un día, ya próximo, que serán historia.



Hemerán[®] Geigy

Tubo con 30 g de crema

Indicaciones:

Tromboflebitis superficiales
Flebitis varicosas
Hematomas y edemas traumáticos superficial

Geigy Sociedad Anónima
Apartado 1628
Barcelona