

11217
09
209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

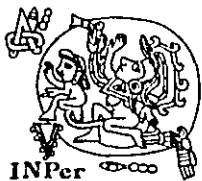


TUBERCULOSIS GENITAL COMO CAUSA DE ESTERILIDAD EN LA MUJER

DR. SAMUEL KARCHMER K.
DIRECTOR GENERAL
PROFESOR TITULAR

DR. DEL CARMEN GOMEZ GARCIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
MA. DEL CARMEN GOMEZ GARCIA



México, D.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Enero de 1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE	Página
Introducción	1
Generalidades	2
Material y métodos	13
Resultados	13
Comentario	21
Bibliografía	30

INTRODUCCION .

La tuberculosis es un padecimiento multiórganico, sistémico, que representa un importante problema de salud pública en países subdesarrollados (10).

Si bien es cierto que la epidemiología y gravedad del padecimiento son evaluados con más frecuencia en cuanto a su repercusión pulmonar y óseas. Su importancia en el ámbito ginecológico no puede ser menospreciado dado que es causa en un momento determinado de esterilidad femenina, generalmente de muy mal pronóstico reproductivo (3,7,13,26,33,40).

La veracidad del diagnóstico de tuberculosis genital (TBG) ha sido cuestionada y en realidad son pocos los casos en los que el bacilo de Koch puede ser aislado de ahí que haya criterios indirectos para establecer el diagnóstico basado fundamentalmente en pruebas inespecíficas en cuanto a la localización del padecimiento, en los fenómenos plásticos y residuales que puede dejar como secuela en la pelvis femenina (7,13,26,33,40)

Se conoce el hecho que la vía primaria de invasión es la respiratoria y después de la primoinfección puede afectar en un 15 % al aparato reproductor femenino, teniendo como órgano blanco en el 100 % a las salpinges, seguido de endometrio como sitio de implantación (7, 21)

Por lo anterior se decidió evaluar la metodología diagnóstica de los casos con tuberculosis genital que acudieron al Instituto Nacional de Perinatología con problema de esterilidad.

GENERALIDADES.

La tuberculosis fue bautizada así por su tendencia a formar nódulos o tubérculos en la superficie de las serosas y tejidos. Descripciones de los síntomas de la "Tisis pulmonar" se encuentran en escritos antiguos en pueblos del Oriente, entre los que se encuentran los indios y egipcios. La sospecha de que la tuberculosis era de naturaleza infecciosa comenzó a expresarse de una manera concreta a mediados del siglo XVI. Bayle habla de la tuberculosis como una enfermedad específica en el siglo XIX pero es a Laennec a quien corresponde el mérito de haber confirmado este carácter y considerar la forma crónica "Tisis" como una prolongación de la enfermedad primaria. Fue hasta 1865 donde se demostró que ambas producían la misma enfermedad.

La Tuberculosis genital fue referida por primera vez en el siglo pasado por Rokitanski (1842) quien buscó en mujeres muertas por tuberculosis pulmonar y encontró lesiones características en el aparato genital. En 1862 se realiza la primera cirugía por Sir Spencer, extirpa un quiste de ovario que resultó de origen tuberculoso y la mujer sobrevive. En 1882 Roberto Koch descubre el agente etiológico. En 1907 a 1910 Montoux y Menetrier describen la prueba de la tuberculina.

El descubrimiento de los medicamentos antituberculosos primarios fue entre 1944 a 1951 y la primera fue la estreptomycin.

La frecuencia de la tuberculosis varía de acuerdo al país y la población estudiada, de 0.02 a 0.7 % en relación a la consulta ginecológica y es Alemania el país de menor prevalencia

y la India la de mayor números de casos de tuberculosis (2,7,13 19,33).

En nuestro país se investigó dentro de las dependencias oficiales sobre la frecuencia de tuberculosis genital se encontraron pocos datos al respecto y no concluyentes Elizondo(10) en 1980 encuentra el 0.5 % en relación a la consulta ginecológica .

La unión Internacional contra la tuberculosis exige la demostración del bacilo para confirmar el diagnóstico (21).

En un estudio presentado por el Dr. Kumate (21) refiere lo siguiente :1., existe en el mundo 1,500 millones de muertes al año por la enfermedad y esto más importante en países subdesarrollados 14.5 % en relación a los desarrollados 5.5 % por 100,000 habitantes.

A pesar de las divergencias de la enfermedad hay datos en los que se tiene uniformidad como es; el mayor porcentaje se detecta en la tercer década de la vida y aumenta la frecuencia en la mujer postmenopáusicas (1,2,3,7,10). Los trastornos que se produce en la fecundidad femenina es la que conduce a iniciar el estudio y realizar el diagnóstico (2,3,7,8,9,14,15,19,21, 26,33,37,40,41). La incidencia de tuberculosis es mayor en Veracruz, Chiapas, Nuevo Leon y distrito Federal en orden de frecuencia (25).

La tuberculosis es causada por un bacilo gram positivo, mide de 2 a 4 micras de longitud por 0.2 a 0.5 micras de espesor, son bacilos ácido alcohol-resistente, se tiñen con Fushina mediante la técnica de Ziel Neelsen esto se lo atribuyen al componente cérico de su cápsula , al ácido nicotínico y a su inte

gridad estructural. Son bacilos aerobios estrictos, perteneciente al grupo de las mycobacteriaceas, los pulmones son los más afectados por su alto porcentaje de PO₂. mueren por ebullición y pasteurización a 60 °C por 20 min. en medio del cultivo de Lowenstein Jensen .

Existen dos grupos de micobacterias: Típicas y atípicas. Las atípicas se caracterizan por su crecimiento lento, son no-cromógenas; escotocromógenas ; fotocromógenas; la más común es M. Battey Kansali, son ácido nicotínico negativo con escasa respuesta a fármacos antifímicos , con predilección a ganglios - linfáticos y causa del menos del 5 % de la tuberculosis.

Las micobacterias típicas son M. Bovis transmitido por aves de corral ; M. Bovis , transmitida por bovinos ; M. Hominis transmitida por humanos y causante del 95 % de la tuberculosis en el hombre (21,41).

La mayoría de los casos con tuberculosis en adultos se debe a la recrudescencia tardía de una infección latente y más raro una infección aguda. Las gotas de fludgge contaminadas por el bacilo menores de 10 micras pueden llegar a los bronquiolos depositarse fuera de la protección de la cubierta mucociliar - y de esta forma establecer la infección en un huésped susceptible .

La persona que previamente ha sufrido la enfermedad y deja inmunidad, el huésped tuberculino negativo es más fácil que adquirir la enfermedad por contacto íntimo con un enfermo , aunado a un medio desfavorable .

Existen 4 posibles vías de entrada : aparato respiratorio, tejido linfático bucofaringeo , intestino, y piel que es muy raro.

Una vez que se ha producido la enfermedad evoluciona hacia la curación ; permanece latente esto es lo más frecuente en un 90 % y por último hacia la diseminación .La vía dellegada al aparato genital femenino son las siguientes:1., hematúgena en un 80 a 90 % a partir del foco primario, que generalmente es aparato respiratorio, el lugar inicial es la trompa uterina en forma bilateral y a partir de aquí a otras regiones , habitualmente cuando se descubre la genital, la pulmonar se encuentra incativa 2., la vía linfática es muy rara se produce a partir de lesiones a nivel de gánglios abdominales y puede ser por Mycobacteria Bovis ;3., propagación directa, a partir de una vícera como puede ser vejiga, intestino, peritoneo, etc. Del 33 a 77 % de los casos de TRG se asocian a infección peritoneal , es difícil determinar si la genital condicionó la peritoneal o viceversa ;4., infección primaria o ascendente, se produce por el coito con un varón con tuberculosis genitourinaria pero esta posibilidad es remota (1,4,14,).

Triparthy (40) reporta el 13 % de tuberculosis pulmonar con manifestaciones a nivel genital y son las trompas uterinas su principal localización esto puede estar condicionada a cinco características: 1., circulación lenta;2., doble circulación, una de arteria ovárica y otra de arteria uterina; 3., menor calibre de los capilares;4., riqueza en pliegues mucosos 5., alta frecuencia de enfermedad inflamatoria de otra etiología .

La topografía es la siguiente:Trompas uterinas en un 95 a 100 % útero en un 65 % incluyen endometrio; ovario en 30 a 40%

vagina de 0.2 a 2 % y vulva 0.1 % (3).

La lesión microscópica típica del padecimiento es el granuloma infeccioso (Nódulo de Koster) en el cual se diferencian tres capas : La central , se caracteriza por la presencia de células de Langhans (células gigantes multinucleadas); la media consiste de una corona de células epiteliales ; la periférica es un anillo compuesto de fibroblastos y linfocitos , esta lesión carece de vasos y tiende a la degeneración caseosa y a calcificarse .

La evolución de la tuberculosis es por etapas; a la curación ; calcificación, formación de tejido granulomatoso y diseminación. Las lesiones que pueden presentarse en el aparato genital femenino son múltiples y dentro de las histopatología tenemos :

Oviductos; se pueden presentar 3 tipos de lesiones 1., perisalpingitis , con granulación miliar en peritoneo pélvico, ascitis 2., endosalpingitis con lesiones de aspecto nodular inespecíficas hasta un hematosalpinx ;3., salpingitis parenquimatosa; es una lesión fibrosa .

Las lesiones macroscópicas pueden observarse varios patrones :1., Exudativo, puede alcanzar grandes dimensiones, serosa lisa y brillante , adherencias laxas y oclusión tubaria; - 2., adhesivo, con tuberculomas en la serosa, adherencias firmes , en un 50 % con permeabilidad tubaria ;3., inicial, existe hiperemia , se puede observar tubérculos miliares en serosas y mucosas .

Utero: La lesión endometrial ocupa el 75 % y puede caracterizarse : 1., normal; 2., úlceras en región intersticial; 3., vegetante, con atre ia parcial de la cavidad uterina (40) .

Microscopicamente se encuentra endometrio secretor en un 10 a 15 %; proliferativo en un 35 a 50 % y una endometritis crónica granulomatosa en 17 % (1,2,40)

Ovarios: se caracteriza por tres formas : perioforitis, con formación frecuente de abscesos periováricos caseosos; invasión parenquimatosa, es más rara, hay nódulos caseosos en la zona central que forman abscesos fríos con capa cortical normal y lesiones distróficas.

Cervix: a nivel del ectocervix las lesiones pueden ser vegetante y ulcerosa y endocervix son ulcerosas, papilar y catarral.

Vagina: se presenta en dos variantes, nodular y ulcerosa, es rara

Vulva: se manifiesta en 3 formas : superficial, eritematosa, ulcerosa e hipertrófica con presencia de trayectos fistulosos a recto con adenopatía, en la actualidad difícil de ver este cuadro .

El cuadro clínico es muy inespecífico como para basar en ello un diagnóstico de probabilidad, hay síntomas generales como es fiebre, diaforesis, pérdida de peso, escalofríos, diaforesis nocturna, atenia, adinamia, pueden existir síntomas locales como dolor abdominal que aumenta con el ejercicio y relaciones sexuales, leucorrea, hidrorrea, datos de insuficiencia ovárica y esterilidad (3,8,10).

Cuando esta afectado el endometrio la sintomatología de--

del grado de afección , la presencia de tócido conjuntivo denso se manifiesta por hiperpolimenorrea , cuando hay infiltración a mucosa se presentara opsooligomenorrea e hipomenorrea - y en una última fase de afección al endometrio amenorrea . Pue de haber sintomatología de insuficiencia ovárica por infiltración ovárica y contribuir a la esterilidad.

La causa mas frecuente de que acudan a la consulta es la esterilidad y no es raro que dentro de su estudio se descubra la enfermedad. Delgado U (9) diagnóstico en el 18 % tuberculosis genital como causa de esterilidad . Hay una relación del 45 a 100 % de TBG con esterilidad(2,3,7,10,19,33).

El embarazo puede modificar el curso de la enfermedad, re activarla, o bien predisponer para su desarrollo, con una alta incidencia de abortos y embarazos ectópicos (11).

El grupo de predominio por edad se encuentra entre los 21 a 30 años (2,3,7,10,13,19)

Un 20 % tienen antecedentes familiares de tuberculosis y un 15 % la pudeció en años previos (10,40)

Existen varios cuadros clínicos que manifiestan la enfermedad : Forma aguda anexo-peritoenal ; crónica anexo-peritoneal es la mas frecuente y generalmente en forma latente; TBG de la adolescente con ascitis; TB cervical (1,4,20).

Existen varios métodos diagnósticos para llegar a la enfermedad :

A.. Inmunológico: Su multitud indica que ningunos de ellos cumple el objetivo(30,35):

1.. Doble difusion de Parlot y Youmans (85 % de positividad y 2 % de falsas positivas).

- 2., Consumo de antigamaglobulina de Calderon y Manes (98 % de positividad y no hay falsas positivas).
- 3., Contrainmunolectoforesis (es rápida , 75 % de positividad)
- 4., Método de ELISA (78 % de positividad y 2 % de falsas positivas).
- 5., etc...

La prueba de tuberculina (p. de Montoux), no es útil, su positividad solo indica sensibilización al M. Tuberculosis, - Pero no que la enfermedad se encuentre activa. (29).

La radiografía de tórax es un estudio mas que todo para identificar tuberculosis pulmonar, pero como en un 15-30 % cur san con TBG nos es útil para evaluación integral y sospechar el diagnóstico(24,40).

Contamos con estudios menos inespecíficos para llegar al diagnóstico como es :

A., Biopsia de endometrio: La biopsia tiene alta especificidad y baja sensibilidad, para que sea de utilidad hay que cubrir - ciertos requisitos; tomar el material de los ángulos, pared - anterior y posterior y en caso de repetirlo incluir una muestra del segmento, si es negativo repetirlo posterior a tratamiento hormonal 2 o 3 meses despues (2, 3, 7, 10, 13).

B., Sangre menstrual. se debe tomar en las primeras horas de la menstruacion y en caso de ser negativo repetirlo posterior a tratamiento hormonal con estrógenos, con una positividad - de 1 al 11 % (8,10,13,19).

Tanto A y B se les realiza estudio bacteriológico y de patología.

C., Citología: Se basa en el hallazgo de células multinucleadas de Langhans , células epiteliales con histiocitos con apariencia de granuloma pero es difícil realizar el diagnóstico (1,4,26).

D., Histerosalpingografía. Es quizá el apoyo diagnóstico más importante, hay datos que se consideran confiables para realizar el diagnóstico estos son :

- 1., Calcificaciones en trompas , ovarios y ganglios linfáticos
- 2., Múltiples estenosis en el curso de la trompa uterina, son bra en copos de algodón sobre la fimbria.
- 3., Adherencias endometriales y/o deformidad u obliteración de la cavidad uterina en ausencia de legrado previo.
- 4., Intravasación linfática o vascular del medio de contraste
- 5., signos sospechosos, son falta de peristaltismo de las salpinges , oclusión a nivel de la unión entre ampulla y el istmo saculaciones proximales , imagen en guante .

Se realiza el diagnóstico por medio de este estudio en 25 a - 90 % según diversos autores (3,19,33).

E., Laparoscopia, laparotomía. Permite ver lesiones características macroscópicas , extensión, y participación de otras estructuras como es recto, vejiga y peritoneo , se contraíndi can cuando la enfermedad se encuentra activa, implica demostración bacteriológica y por patología (11,23).

Tratamiento: Se divide en médico y quirúrgico

Médico. Los mejores resultados son con este , se asocian dos o 3 fármacos antituberculosos para evitar desarrollo de resistencia y mejores resultados y entre mayor el tiempo de aplicación mayor porcentaje de curaciones (22)

El primer fármaco primario que se utiliza fue la estreptomycina a dosis de 1 g al día y reduciendo gradualmente la dosis hasta dejar un gramo cada 2 semanas, con datos de toxicidad que se manifiestan por daño al octavo par en sus dos componentes , tanto vestibular como coclear . Posteriormente se utilizó el ácido paraminosalicílico con grandes efectos colaterales sobretudo a nivel gastrointestinal a dosis de 12- a 20 gr/día , en la actualidad se utiliza muy poco por sus efectos colaterales. El ácido isonicotínico deprovido de toxicidad a dosis bajas de 5 mg/día/kg es el de mayor uso en la actualidad , a dosis mayores y personas mayores de 35 años tienen riesgo de hepatotoxicidad(34,38) .

El mejor tratamiento es el que se prescribe durante un tiempo entre 18 a 24 meses e incluya tres tuberculostáticos primarios la asociación de estreptomycina , isoniazida y el etambutol que sustituye al ácido paraminosalicílico que es mejor tolerado y con mejores resultados a pesar de ser un fármaco secundario (17,38) .

Se encuentran en la actualidad fármacos secundarios con buenos resultados como es la pirazinamida, rifampicina, etc.

Puede haber fallas en el tratamiento , se deben a diferentes condiciones : 1., interrupción del tratamiento en forma -

prematura; 2., por no tomarlo en forma adecuada 3., desarrollo de resistencia en los farmacos primarios en un 4.7 % y a los secundarios en un 5.7 %.

Quirurgico. Hay dos criterios el conservador y el radical.

El conservador pretende preservar la función y el radical su objetivo es preservar la vida

Las indicaciones de la cirgia son las siguientes (36).

- 1., Persistencia o aumento de masas pélvicas despues del tratamiento médico,
- 2., Recaidas después de un año de tratamiento,
- 4., Persistencia del dolor después del tratamiento médico,
- 5., Fístulas que no cicatrizan a pesar del tratmamiento, -
- 6., Hemorragía abundante,
- 7., Recurrencia de la tuberculosis endometrial después de tratamiento.

Requisitos para poder someter a la paciente a cirugfo.

- 1., Seis meses mínimo de tratamiento,
- 2., ausencia de actividad fímica,
- 3., no realizar cirugfa plástica para recanalizar trompas uterinas afectada, porque seria un fracaso,
- 3., Histerectomia en caso de dolor incapacitante

Pronostico: Es malo para la fecundidad con un alto porcentaje de esterilidad y de las que logran embarazarse el 17 % termina en aborto y un 20 % en ectópico.

MATERIAL Y METODOS.

Se analizarón en forma retrospectiva las pacientes con tuberculosis genital atendidas y diagnosticadas en el Instituto Nacional de Perinatología , de Enero de 1982 a Julio de 1987, - se recabaron los siguientes datos: edad de la paciente, características de los ciclos menstruales, antecedentes fímicos y obstétricos, métodos diagnóstico , tipo y tiempo de esterilidad, todas contaban con estudios completo de esterilidad.

Posterior a evaluación inicial de los casos, en aquellos que se encontraron incompletos, las pacientes fuerón citadas nuevamente para completar el protocolo de estudio.

El analisis de los casos fuerón hechos en base a tablas porcentuales.

RESULTADOS

En la revisión de los expedientes de las pacientes con esterilidad atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología en el periodo de tiempo señalado se recabaron 33 casos diagnosticados como tuberculosis genital, del total de los casos 25 correspondieron a esterilidad primaria y 8 a secundaria , el tiempo de evolución de su problema de su fertilidad puede ser visto en el cuadro 1.

Cuadro uno.

AÑOS Y TIPO DE ESTERILIDAD						
AÑOS	PRIMARIA	%	SECUNDARIA	%	TOTAL	%
1 a 2 años	4	12.1	1	3.0	5	15.1
3 a 4	5	15.1	2	6.1	7	21.2
5 a 6	10	30.3	2	6.1	12	36.4
7 a 8	3	9.1	0	0.0	6	18.2
9 o mas	3	9.1	3	9.1	6	18.2
Total	25	75.7	8	24.3	33	100.0

Cuadro dos .

EDAD DE LAS PACIENTES		
EDAD	NUMERO	%
21 a 25 años	9	27.3
26 a 30	11	33.3
31 a 35	13	39.4
Total	33	100.0

Cuadro tres.

ANTECEDENTES

Obstétricas	Heredo-familiares
4 Un aborto	8 Tuberculosis pulmonar
1 Un ectópico y un parto	
1 Un ectópico y un parto	Personales patológicos
1 dos partos, un ectópico	2 Tuberculosis pulmonar
1 dos abortos	2 Tuberculosis miliar.

Cuadro Cuatro

TRASTORNOS	MENSTRUALES	
Manifestación	Numero	%
Opsomenorrea	8	24.3
Hipomenorrea	6	18.2
Oligomenorrea	6	18.2
Amenorrea	4	12.2
Protomenorrea	1	3.1

Cuadro cinco.

SINTOMATOLOGIA

Síntomas	Numero	%
Esterilidad	33	100.0
Trastornos menstruales	23	69.7
Leucorrea	10	30.3
Dismenorrea incapacitante	2	6.1

Cuadro Seis.

BIOPSIA DE ENDOMETRIO

Resultado	Numero	%
Endometritis crónica granulomatosa	18	54.5
Endometrio proliferativo	6	18.2
Endometrio secretor	5	15.1
Muestra Insuficiente	3	9.1
Endocervicitis crónica granulomatosa	1	3.0
Total	33	100.0

Cuadro siete.

DATOS DE LA HISTEROSALPINGOGRAFIA A NIVEL DE SALPINGES

Resultados	Numero	%
Oclusión tubaria bilateral	16	48.5
Oclusión tubaria unilateral	5	15.1
Reflujo linfático de material contraste	5	15.1
Hidrosalpinx	4	12.1
Trompas arrosariadas	4	12.1
Trompas con saculaciones	3	9.1

Cuadro ocho.

DATOS DE LA HISTEROSALPINGOGRAFIA EN CAVIDAD UTERINA

Resultados	Numero	%
Cavidad uterina regular con hipoplasia	10	30.3
Paso linfático de material de contraste	4	12.1
Cavidad uterina con hipoplasia	3	9.1
Cavidad uterina agrandada	1	3.0

Cuadro nueve.

DATOS EN LA LAPAROSCOPIA		
Hallazgos	Numero	%
Salpinges alteradas;	23	69.7
Oclusion Tubaria bilateral	13	39.4
Oclusion Tubaria unilateral	6	18.2
Trompas arrosariadas	5	15.1
Multiples adherencias	18	54.5
Lesiones caseosas	6	18.2
Piosalpinx	2	6.1

Cuadro diez.

LOCALIZACION DE LA TUBERCULOSIS A NIVEL GENITAL

Localización	Numero	%
Salpinges	33	100.0
Peritoneo	31	91.7
Utero	23	69.0
Endometrio	18	54.5
Ovario	5	15.1
Cérvix	1	3.0

En relación a la radiografía de tórax 8 tenían anomalías de lesiones que sugerían primoinfección pulmonar.

El tratamiento empleado fue en dos de ellas histerectomía total abdominal por persistencia de la dismenorrea a pesar de tratamiento médico por 6 meses, el resto de las pacientes recibieron tratamiento médico el cual se ha controlado en centros de atención primaria

Se utilizó un esquema de antifímicos triples a base de estreptomina, isoniazida y etambutol o bien esquema con dos medicamentos a base de etambutol e isoniazida.

Posterior a terminar el estudio de las pacientes se encontró la siguiente distribución a nivel genital, ver cuadro diez, se encontró un 100 % de alteración a nivel de las salpinges. De las pacientes englobadas en localización uterina se incluyen las de endometrio.

La edad de las pacientes varió de los 21 a 35 años ---
cuñido se realizó el diagnóstico . cuadro número dos.

Dentro de los antecedentes familiares en 8 de las pacien-
existe un Coombe positivo y en cuatro de ellas hubo tubercu-
losis extragenital ; dos con foco pulmonar y una con foco -
miliar. Dentro de los antecedentes obstétricos de las 8 pa-
cientes con esterilidad secundaria a 4 de ellas con antece-
dentes de un aborto del primer trimestre y dos con dos a-
bortos del primer trimestre también, en dos con historia de
ectópicos ver. cuadro tres

El porcentaje de tuberculosis propia es un 12.1 % y de
un familiar es un 24.3 % con un total de 36.5 %.

El 100 % acudieron al Instituto por problemas de esteri-
lidad , sin embargo al interrogatorio intensionado 23 pacien-
tes manifestaron trastornos menstruales cuyas características
pueden ser vistas en el cuadro cuatro.

La edad de las pacientes varió entre los 21 a 35 años

Una de las pacientes que cursa con amenorrea es prima-
ria y las otras 3 son secundaria . Se denota en el cuadro -
cinco una tendencia a la disminución en cantidad y tiempo -
de sangrado . La sintomatología manifestada por las pacien-
tes puede ser vista en el cuadro cinco.

Todas las pacientes fueron sometidas a biopsia de endome-
trio , 19 compatibles con tuberculosis endometrial lo que -

nos da un 54.5 % , las restantes no muestran datos de tuberculosis ver cuadro seis.

De las tres muestras insuficientes , se repitieron posterior al tratamiento hormonal con estrógenos con mismos resultados

Dentro de los hallazgos radiológicos encontraron en las pacientes que se realizó la Histerosalpingografía (HSG) en el 100 % se observaron datos de anormalidad ya sea sugestivos o diagnósticos de tuberculosis tubaria o endometrial. En dos pacientes no se realizó por falta de aceptación del procedimiento . Los datos de la HSG se pueden observar en el cuadro siete y ocho.

25 pacientes se les realizó la HSG tenían datos sugestivos de TBG con un 80.6 % y 6 con datos diagnósticos con un 19.4 % . en total se realizó 31 HSG.

A 28 pacientes de les realizó laparoscopia diagnóstica se encontró en todas ellas datos que sugieren tuberculosis genital cuadro nueve /.

De las pacientes que se les realizo laparoscopia en 6 se encontró salpingitis crónica granulomatosa y 6 con lesiones caseosas compatible con patología tuberculosa

En total se realizaron 29 laparoscopias y en el 100 % - alteración a nivel de salpinges y peritoneo.

De los estudios de laboratorio con fines diagnósticos a 22 se les realizó BAAR en orina con rango de 5 a 10 muestras por paciente , 3 con resultados positivos.

COMENTARIO.

La tuberculosis es un padecimiento multiorgánico, se presenta un importante problema de salud pública, más aparente en países subdesarrollados, es la enfermedad crónica más importante .

La epidemiología y la gravedad del padecimiento son evaluados con más frecuencia por su repercusión a nivel pulmonar , pero puede encontrarse en cualquier órgano o tejido, y entre estos se encuentra el aparato genital , esta ocupa el 4 lugar de la localización de la tuberculosis , y en primer lugar tenemos la pulmonar , su importancia en el ámbito ginecológico no puede menospreciarse dado que es causa de esterilidad en un 0.3 a 0.5 % en relación a la consulta de la especialidad, generalmente de mal pronóstico reproductivo (3, 7, 13, 26 ,33, 40).

Son pocos los casos en que el bacilo de Koch puede ser aislado y en más del 30 % no se logra identificarlo a pesar de -contratar con todos los medios para este fin, de ahí que haya -métodos indirectos para realizar el diagnóstico dentro de -las más importante se encuentra la biopsia de endometrio y -la histerosalpingografía así como la laparoscopia y laparotomía (7,13, 26, 33 , 40).

Se conoce que la vía primaria de infección es la pulmonar por medio de la vía hematogena y a partir de esta afectar el aparato genital en un 15 % aproximadamente , se encuentra en

en 100 % como órgano blanco las salpinges , seguido de endometrio en 50 a 60 % y menos frecuente a nivel de ovario y c^{er}vix , se encontraron estos datos en nuestra revisión que esta de acuerdo con las demás publicaciones (3,7,13,19,26, 33,40).

El problema de la tuberculosis genital es su sécuela a nivel del aparato reproductor el cual se traduce como esterilidad permanente en un gran porcentaje de los casos , por lo anterior se analizó la metodología diagnóstica en el Instituto Nacional de Perinatología .

La tuberculosis genital se descubre generalmente en el estudio de la pareja esteril por sus alteraciones plásticas que produce, con un predominio franco de la esterilidad primaria en un 75 % en relación con la secundaria , generalmente son pacientes con antecedentes de abortos, embarazos ectópicos, y solamente encontramos dos pacientes con dos partos previos , los antecedentes de tuberculosis tiene un papel importante tanto a nivel familiar como personales patológicos se encontró un 36 % de estos, se debe hacer énfasis en buscarlos

Generalmente son pacientes con esterilidad de larga evolución con un promedio de 5 a 6 años , con predominio de 5 a 6 años y mayor frecuencia en mujeres de 25 a 30 años .

La esterilidad se manifiesta en un 100 % pero esto es por tratarse de un estudio encaminado a localizar este tipo de pacientes , encontramos en segundo lugar los trastornos menstruales en un 69.7 % con una mayor frecuencia de la disminución en cantidad y tiempo del sangrado , como es la opsomeno

rrea , hipomenorrea, y oligomenorrea indicando una afección e infiltración del endometrio y en menor porcentaje la amenorrea secundaria y solamente un caso de amenorrea primaria - esto es por infiltración total del endometrio de tejido granulomatoso ..

La Unión Internacional contra la tuberculosis exige aislar el bacilo para realizar el diagnóstico de certeza , esto es difícil , a pesar de tener los medios de cultivo adecuados , tinciones y a pesar de esto en mas del 30 % no se logra aislarlo , es por esto se debe apoyar en otros estudios para llegar aun diagnóstico , uno de los mas importantes con lo que contamos es la histerosalpingografía , la cual tiene datos que se concideran daignsoticos como es : 1., gánglios linfáticos calcificados ; 2., calcificaciones procedentes de trompas y ovarios ; 3., múltiples estenosis en el curso de la trompa (trompas arrosariadas) ; 4., obstrucción de la salpinx a nivel de la unión entre istmo y ampula ; 5., deformidad u obliteración de la cavidad uterina y/o adherencias endometriales en ausencia de legrado previo ; 6., falta de peristaltismo tubario ; 7., saculaciones en la parte media de la salpinx ; 8., intravasación linfática o vascular del medio de contraste . De los anteriores se concideró como diagnóstico la presencia de dos o más datos y como imagen sugestiva un datos de los anteriores o bien un dato de anomalidad en la histerosalpingografía de los siguientes signos : 1., obstruccion tubaria uni o bilateral ; 2., hidrosalpinx ; 3.,

disminución del calibre de las trompas , de los anterior se encontrarán 25 histerosalpingerografías como sugestivas con un 80.6 % y diagnósticas a tuberculosis genital 19.4 % , con un 100 % de alteradas, sin tomar en cuenta a 2 pacientes que no se le realizó por falta de aceptación del procedimiento .

Otro estudio muy importante es la biopsia de endometrio - tiene que llenar ciertos requisitos para que sea de utilidad lo cual se llenaron en nuestras pacientes; se toma la muestra de los ángulos, parte anterior y posterior de cavidad uterina , en caso de no haber tejido endometrial suficiente por la misma patología dar tratamiento con estrógenos durante 2 a 3 ciclos y posteriormente repetirla con el fin de estimular el endometrio presente , se debe incluir una muestra del segmento , posterior a iniciar tratamiento se debe realizar la biopsia cada 6 meses en dos ocasiones y posteriormente repetirla al año . Se envían las muestra que se tome a patología y bacteriología .

De las 33 biopsias de endometrio que se tomaron , 19 se - encontró datos compatibles con tuberculosis endometrial reportada como endometritis crónica granulomatosa, basando su diagnóstico por la presencia del granuloma infeccioso que en patología se encontró este formado por 3 capas; la central - se caracteriza por la presencia de células de Langhans, son células multinucleadas ; la capa central se compone de células epiteliales que forma una corona ; la periférica, es un

es un anillo compuesto de fibroblastos y linfocitos, .Esta lesión carece de vasos y tiende a la degeneración caseosa y a calcificarse.

Tres biopsias se reportaron como muestra insuficiente a las cuales se les dió tratamiento con estrógenos por dos ciclos y posteriormente se repitió el estudio con los mismos resultados insuficiente, nos indica una infiltración severa del endometrio . En un 18.2 % se encontró un endometrio proliferativo , que pudiera estar condicionado por disfuncion hormonal, secundario a afección de ovarios lo que ocasionaría un insuficiencia lútea , que incluso puede ser causa de una hemorragia disfuncional (2).

De los especimens enviados a patología aparte de las endometritis crónicas granulomatosa se encontro 6 pacientes - salpingitis cronica y una con una endocervicitis crónica -- granulomatosa , todos estos se basaron en la presencia del granuloma tuberculoso .

A 28 pacientes se les realizó laparoscopia se encontro - en todas ellas datos sugestivos de tuberculosis a nivel de - salpinges y peritoneo y menos frecuencia alteración a nivel de ovarios, útero y órganos vecinos. Se observaron diferentes patrones de presentacion: 1., exudativo , el cual puede abarcar toda la pelvis , con oclusión tubaria bilateral o unilateral , serosa lisa , brillante y adherencias laxas, se realiza el diagnóstico por patología ; patrón adhesivo, salpinges engrosadas, paredes rígidas, lesiones caseosas sobre la-

serosa , adherencias firmes hacia órganos vecinos y a propio aparato genital ; es frecuente encontrar abscesos periovarianos , nódulos caseosos e invasión a parenquima .

Los hallazgos que se encontraron en la laparoscopia , 10 de las pacientes se le encontraron adherencias multiples lomas frecuentes firmes , con un porcentaje de 54.5 % , las alteraciones a nivel de las trompas ocupó el 69.7 % , con los hallazgos de trompas arrosariadas y engrosadas en 15.1 % , - con oclusión tubaria uni o bilateral fue el mayor porcentaje con un 57.6 % , lesiones caseosas en un 18.2 % y piosalpinx en un 6.1 % . De las 28 laparoscopias se encontraron en el - 100 % alteraciones compatibles de tuberculosis genital .

Se realizaron citologías a todas las pacientes , no se identificó ningún caso con este estudio , el cual se basa en la presencia de células epiteliales , con histiocitos , células multinucleadas .

La radiografía de tórax es importante realizarla , no tanto para el diagnóstico de tuberculosis genital , sino por su relación que presenta la pulmonar con el aparato genital , se reporta en un 15 a 33 % de asociación , nosotros encontramos un 25 % de datos compatibles de primoinfección en nuestras pacientes .

Posterior a realizar todos los estudios , encontramos la siguiente distribución de la tuberculosis del aparato genital : En un 100 % afección a trompas y peritoneo , en un 91

% de alteraciones, los resultados de salpinges coinciden con lo de otros autores, pero no los de peritoneo, en donde se encuentra un porcentaje mayor en nuestros casos (3) .

Quizá la causa de este resultado a nivel de las salpinges este condicionada por varios factores : 1., circulación lenta a ese nivel; 2., doble circulación, una proveniente de la a. ovárica y otra de la a. uterina, lo que favorece su transmisión por la vía hematógena , que es la mas frecuente hasta - en un 95 % 3., menos calibre de los capilares 4., riqueza de pliegues mucosos ; 5., alta frecuencia de enfermedades inflamatorias de otra etiología . En general se acepta que no puede haber tuberculosis si las trompas uterinas no estan afectadas, en segundo lugar se encuentra útero con un 69% ocupando de este porcentaje el 54.5 % de endometritis tuberculosa, lo anterior acorde con anteriores publicaciones , unicamente se basó para realizar el anterior diagnóstico la presencia del granuloma infeccioso, el, el cuarto lugar de afección se encuentra a nivel del ovario con un 15.1 %, mayor que otros autores, y por último se encuentra cervix con con un 3 % . De las pacientes que se encontro con tuberculosis ovárica, se les encontró en 3 de ellas endometrio proliferativo , probablemente sea secundaria a alteración del funcionamiento de los ovarios.

De las alteraciones a nivel de trompas uterinas por si

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

solas son capaces de causar esterilidad agregándose a la alteración a nivel de útero, ovario y peritoneo que aumenta el porcentaje de esterilidad y quizá por esto se explique su alta frecuencia y su pronóstico malo para la fertilidad.

El tratamiento empleado en nuestras pacientes fue a base de medicamentos antifímicos , con asociación de 3 farmacos, - 2 primarios como es la estreptomina y la isoniazida y un secundario , la más frecuente fue el etambutol , Este esquema fue el que se uso en la mayoría de las pacientes . El siguiente esquema en frecuencia de uso fue el de asociación de dos farmacos uno primario y otro secundario (isoniazida y etambutol) con duración de 1 a 2 años y promedio de 18 meses , - todo lo anterior dependiendo de la severidad de los hallazgos encontrados ,

Además de los medicamentos anteriores se utilizó en 3 pacientes rinfampicina y en una pirazinamida .

Se sabe que la asociación de 3 medicamentos antifímicos-primarios responde al tratamiento en más de un 80 % , como es la estreptomina , isoniazida y ácido paraminosulfónico , pero este último fármaco tiene muchos efectos contralaterales, a nivel de tubo digestivo lo que hace que más frecuente se abandone el tratamiento , y ha sido sustituido con excelentes resultados por el etambutol que es un medicamento antifímico secundario .

En la tuberculosis genital el mejor tratamiento es la asociación de 3 fármacos antituberculosos como es la estreptomina, isoniacida y etambutol o rifampicina, por un período largo de tiempo de 18 a 24 meses, aunque se valora cada caso en especial y si las lesiones no son muy severas se puede dar 2 medicamentos antituberculosos.

Al momento no se puede valorar el efecto de nuestro tratamiento por encontrarse la mayoría con inicio de este.

Pronóstico es malo para la reproducción y bueno para la vida, no se encontró ningún embarazo.

1. Angrish K , Verma K.: Cytologic Detection of Tuberculosis of the Uterine Cervix . Acta Cytol 25:160, 1981.
2. Bazaz-Malik .: Tuberculous Endometritis :A Clinicopathological of 1000 cases. Br J Obstet Gynaecol 90:84, 1983
3. Beltran S, Lowenberg FE Ahued AJ, Salazar AJ, Castellanos: Algunas consideraciones sobre Tuberculosis Genital. Ginec Obstet Mex 31: 543, 1972.
4. Bhamhani S, Das D, Singh V, Luthra U.: Cervical Tuberculosis with Carcinoma in Situ : A Cytodiagnosis. Acta Cyto 29:87, 1985.
5. Calvete C, Dominguez G, Irurzu R,: Evaluacion del Efecto protector de la Vacunación con BCG. Bol Sanit Panam 100 300, 1986 .
6. Cowen NP, Buxton N, Vinall SP.: Primary Carcinoma of the Fallopian Tube Associated with Tuberculous Salpingitis. A Case Report. Br J Obstet Gynaecol 86:984, 1979.
7. Chattopadhyay KS, Sree SS , Burhan EY, Aziz AA.: The Pattern of female Genital Tuberculosis in Riyadh, Saudita Arabia. Br J Obstet Gynaeocol 93:367, 1986.
8. Delgado UJ, Ricaud RL, Arao MM, Castro CF.: Tuberculosis Genital como Factor de Esterilidad. Ginec Obstet Mex 117: 22, 1967.

9. Delgado UJ, Villalobos RM, Morales FG, Zertuche MR.: Estudio de la Pareja Esteril. Ginec Obstet mex 41:29, 1977.
10. Elizondo EF, Gonzalez BM, Rincon CR, Thomas del Río G.: Esterilidad de Origen Fímico : Diagnóstico y Tratamiento Ginec Obstet Mex 36:403, 1983.
11. Esperanza AR, Quinones GR , Hernández CJ , Sucar TJ .: - Relación clínica endoscópica en la Tuberculosis Genital Ginec Obstet Mex 36:261, 1974.
12. Estrada PS.: La Respuesta Inmunológica y la Tuberculosis Sal Pub Mex 25:403, 1983.
13. Falk V, Ludviksson K, Agre G.: Genital Tuberculosis y la in Women. Am J Obstet Ginecol 138:974, 1980.
14. González M.: Tuberculosis Genital . En: González M, Casanova L. Ginecologia . Barcelona ,Salvat, 1983.
15. Good T, Iseman M, Davidson P, Lakshminarayan S.: Tuberculosis in Association with pregnancy. Am J Obstet Ginecol 140:492, 1981 .
16. Grzybowski S.: Isoniazid Chemoprophylaxis . Lancet 255: 1615, 1986.
17. Hernández CJ, Muñoz RR, Sucar TJ, Esperanza AR , Vega CJ.:

La Asociación Etambutol-I.N.H., en una sola Presentación
en el Tratamiento de la Tuberculosis Femenina.:

18. Idunate CD, Correa AC, Arreola SM, Lopez FJ, Hernandez F J.: Amenorrea Primaria de Etiología Fímica. Ginec Obstet Mex 277:363, 1979.
19. Klein T, Richmond J, Mishell D.: Pelvic Tuberculosis . Obstet Ginecol 48:99,1976.
20. Kobayashi -Kowata T, Red CH, Hyogo-Ken H, Harami J.: Tuberculous Cervicitis . Acta Cytol 22:193,1978.
21. Kumate J, Gutierrez G.: Infectología .México, Mendez - Cervantes, 1981.
22. Lebowitz ZCH.: Frequency of Drug- Resistent Mycobacteria . JAMA .: 254:3424, 1985.
23. Lee J.: Sonographic Features of Tuberculous Endometritis J Clin Ultrasound 11: 331. 1983.
24. Martínez GM, Peniche QA, Ramirez GM, Muñoz O.: Informe - Anual de Casos Nuevos de Enfermedades Notificadas. Boletín Epidemiología 1:96, 1986.
25. MacIntosh OC, Saxon RD.: Genital Tuberculosis: Cytologic Detection. Acta Cytol 19:79, 1975.

26. Heisels A, Forte R.: Endometritis Due to Mycobacterium Tuberculosis. Ca Med Assoc 133:667,1985.
- 27.-Montz FJ, diZerega S.: Genital Tuberculosis in an Elderly Woman with the Primary Symptoms of Pelvic Prolapse. Am J Obstet Ginecol 152:42, 1980.
28. Padubidri V. Baijal L, Chandra K.: The Detection of Endometrial Tuberculosis in Case of Infertility by Uterine - Aspiration Cytology . Acta Cytol 24:319, 1980.
29. Pitchenik EA.: Tuberculin Testing for Persons with Positive Serologic Studies for HTL-III . N Engl J Med 314: 447. 1986;.
30. Quesada PF.: Diagnóstico Inmunológico de la Tuberculosis Salud Pública Mex 25:601, 1983.
31. Rojas ER.: Inmunopatología de la tuberculosis: El papel de los Macrófagos Activados en la Evaluación de la Lesión Tuberculosa. Salud Pública Mex 25:591, 1983.
32. Sanchez CJ.: Avances Recientes en el Tratamiento de la - Tuberculosis Genital Femenina . Ginec Obstet Mex 38:187, 1975.
33. Sellar F, Garcia R, Soto A, Ferreres L, Rivas S.: Tuberculosis Genital Femenina . A Proposito de 50 casos Rev - Esp Obst Gin 44:431, 1985.

34. Snider ED, Caras JG, Koplan Pj.: Preventive Therapy with Isoniazid . JAMA 255:1579, 1986.
35. sucar TJ, Esperanza AR, Alvarez MH , Calderon MS .: El Consumo de Antigamaglobulina en el Diagnóstico Serológico de la Tuberculosis Genital . Ginec Obstet Mex 246: 361, 1977.
36. Sutherland AM.: Twenty -Five Years Experience of the Drug Treatment of Tuberculosis of the Female Genital Tract . Br J Obstet Gynaecol 84:881, 1977.
37. Sutherland AM.: Tuberculosis of the Female Genital Tract Br Med J 185:576, 1978.
38. Sutherland AM.: Postmenopausal Tuberculosis of the Female Genital Tract. Obstet Gynecol 59:54S, 1982.
39. Sutherland AM. Surgical treatment of Tuberculosis of the Female Genital Tract. Br J Obstet Gynaecol 87:610,1980.
40. Tripathy SN.: Genital Manifestation of Pulmonary Tuberculosis Int J Gynaecol Obstet 19:319, 1981.
41. Urrutia: Avances Recientes en Ginecología y Obstetricia. Tuberculosis Genital . Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia .
42. William W.: En Medicina Interna. La Prensa Medica Mexicana , Harrison, México, 1973.