

11217
38-A
20j

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

Handwritten signature

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3

CENTRO MEDICO "LA RAZA"

I. M. S. S.



T U B E R C U L O S I S Y E M B A R A Z O

TESIS DE POSTGRADO

**Para obtener el Titulo de Especialidad en
GINECO-OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

TOMAS HERNANDEZ QUIJANO

Director de Tesis: DR. JAIME ROSAS ARCEO

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1987.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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

- I INTRODUCCION.
- II MATERIAL Y METODOS.
- III RESULTADOS.
- IV COMENTARIO.
- V CONCLUSIONES.
- VI RESUMEN.

I N T R O D U C C I O N

Dentro de la búsqueda de procesos morbosos, el ser humano también tiene historicidad, y refiriendonos a Tuberculosis genital, la aportación de Morgagni en 1744, fué la descripción de lesiones caseosas de útero y oviductos en el estudio postmortem de una mujer de 20 años. Pero no fué hasta 1883 en que se aísla el bacilio de la Tuberculosis de las salpinges.

Se han realizado numerosas investigaciones en relación a los procesos fímicos, así tenemos que la Tuberculosis genital representa del 30 al 40% del factor Tubo-peritoneal como causa de esterilidad (1,2,3,4,5,8,14).

Es importante señalar las dificultades que se tienen en la integración del diagnóstico de Tuberculosis genital, puesto que en ocasiones, no se llega al diagnóstico de certeza, ésto es por demostración del bacilo de Koch, y sucede casi siempre cuando la paciente es estudiada en etapas tempranas de la enfermedad.

El señalamiento previo es necesario, porque si bien se habla de certeza diagnóstica de Tuberculosis genital cuando se tiene el aislamiento del bacilo Tuberculoso, ó una imagen característica de Tuberculosis, Histológicamente; debemos ser concientes que la ausencia de éstas pruebas de certeza, no deben invalidar otros criterios de alta probabilidad diagnóstica, ya que la demora en la instalación del manejo médico ó médico-quirúrgico hasta demostrar elementos de certeza, oscurecería el pronóstico de fertilidad y su evolución.

En la actualidad, los porcentajes de embarazo en pacientes con Tuberculosis genital y esterilidad, van del 2 al 7% en la mayoría de los reportes, con elevado porcentaje de exiciésis y aborto (4,5,6,9,11,12,14).

En el presente estudio, el objetivo principal fué valorar la experiencia del servicio de Biología de la Reproducción del Hospital de Gineco-Obstetricia #3 del Centro Médico la "Raza", en Tuberculosis genital y embarazo, detallando las condiciones para que ocurriera, su desarrollo y su resolución.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio retrospectivo de 76 pacientes que acudieron al servicio de Biología de la Reproducción, seleccionadas de acuerdo al protocolo de estudio de la pareja estéril, con sospecha de Tuberculosis genital, y durante un periodo de tres años.

La metodología de investigación, estuvo integrada por los siguientes criterios:

I DIAGNOSTICO:

- A. Clínico: Todos los pacientes con esterilidad, con tuberculosis previa en alguna otra área de la economía, Estudio de Combe, Nivel Socioeconómico determinado, dolor pélvico y/o menalgia, trastornos menstruales, pérdidas transvaginales y antecedentes gineco-obstétricos.
- B. Histopatológico: Para demostrar bacilo de Koch, ó inflamación granulomatosa crónica sugestiva de tuberculosis.
- C. Bacteriológica: Para demostrar bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) en orina ó de tejido endometrial; cultivo de bacilo de Koch de tejido endometrial.
- D. Laboratorio Clínico: Para demostrar aumento de la velocidad de eritrosedimentación; linfocitosis con monocitosis.
- E. Inmunológico: Para demostrar actividad inmunológica antifímica mediante: Contrainmunolectroforésis para Tuberculosis, y reacción de hipersensibilidad a la Tuberculosis (PPD).
- F. Radiológico: Para demostrar imágenes características de Tuberculosis, como lo son: Calcificaciones pélvicas que corresponden a relevos linfáticos pélvicos de los genitales; cavidad uterina reducida; obstrucción tubaria; salpinges arrosariadas; fimosis tubaria; sactosalpinx; intravasación linfática del medio de contraste.
- G. Laparoscópico: Para demostrar signos característicos de Tuberculosis: Metroanexitis, salpinges arrosariadas, salpinges rígidas, nodulaciones caseosas, procesos fibroplástico-adherenciales, granulomas, cromotubación e hidrosalpinx.

II TERAPEUTICO:

Se indicó como mínimo de tratamiento un periodo de un año. Las dosis empleadas de los antifímicos fueron:

HAIN	300 mg/día
ESTREPTOMICINA	100 a 120 gr. como dosis total
ETAMBUTOL	1200 mg/día
RIFAMPICINA	600 mg/día

Se emplearon las siguientes asociaciones :

- A. HAIN + ETAMBUTOL + ESTREPTOMICINA
- B. HAIN + ETAMBUTOL
- C. HAIN + ESTREPTOMICINA
- D. HAIN + RIFAMPICINA

III CRITERIOS DE ACTIVIDAD O INACTIVIDAD FIMICA

Para ello se realizaron a los seis meses de instalado el tratamiento, controles de velocidad de eritrosedimentación; contraímmunoeléctroforésis para Tuberculosis y laparoscopia de control (llamada de "segunda mirada").

IV CRITERIO ANALITICO DE LOS EMBARAZOS CONSEGUIDOS:

Se analizaron las siguientes variables, con la intención de conformar y objetivizar un criterio multifactorial pronóstico.

- A. Tipo de esterilidad
- B. Evolución de la esterilidad
- C. Tiempo de tratamiento.
- D. Momento de la concepción
- E. Resolución de la gestación
- F. Valoración del Recién Nacido.

RESULTADOS

La totalidad de pacientes consultaron por ESTERILIDAD.

El tiempo de evolución de la esterilidad fué de uno a 17 años con promedio de 5.8 años en la primaria; y de uno a 8 años con promedio de 3.9 años en la secundaria.

El tipo de esterilidad se muestra en la Gráfica 1.

La edad de los pacientes oscilo entre los 19 y 39 años con promedio de 28.6 años para la esterilidad primaria; y de 22 a 32 años, con promedio de 28.3 años para la secundaria.

Dentro de la investigación clínica de obtuvieron los siguientes datos relevantes:

El nivel socioeconómico "BAJO" fué predominante: 78.9% .

Ocho pacientes (10.5%) con historia de haber padecido Tuberculosis pulmonar: 6, de éstas, todas con esterilidad primaria; y 2 con esterilidad secundaria, una con Tuberculosis meníngea, y otra con Tuberculosis pulmonar y renal; todas ya habían sido tratadas con antifímicos por un año.

El cuadro clínico predominante se representa en la Gráfica 2 y correspondió a esterilidad, trastornos menstruales, flujo transvaginal, dismenorrea y dispareunia.

Los antecedentes obstétricos en las pacientes con esterilidad secundaria (27) fueron: once tuvieron 1 ó 2 abortos; dos con embarazo ectópico; y catorce habían logrado un embarazo de término.

Los trastornos menstruales se representan en la Gráfica 3.

Los resultados de criterio histopatológico en la Gráfica 4.

A todas las pacientes se les efectuó histerosalpingografía que demostró fuerte sospecha de proceso fímico, y los signos radiológicos de mayor presentación fueron: Cuadro 1 .

La sedimentación globular se encontró acelerada en el 69.7% .

La contrainmunolectroforésis para Tuberculosis fué positiva en 67.1% .

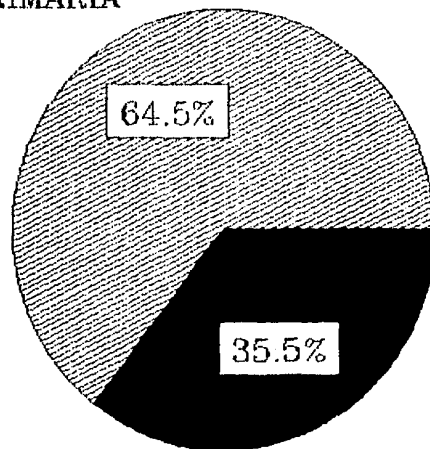
Se realizaron 47 laparoscopias (61.8%) y los hallazgos se representan en el cuadro 2.

DIAGNOSTICO CLINICO PRESUNCIONAL TBG

TIPO DE ESTERILIDAD

76 CASOS

PRIMARIA

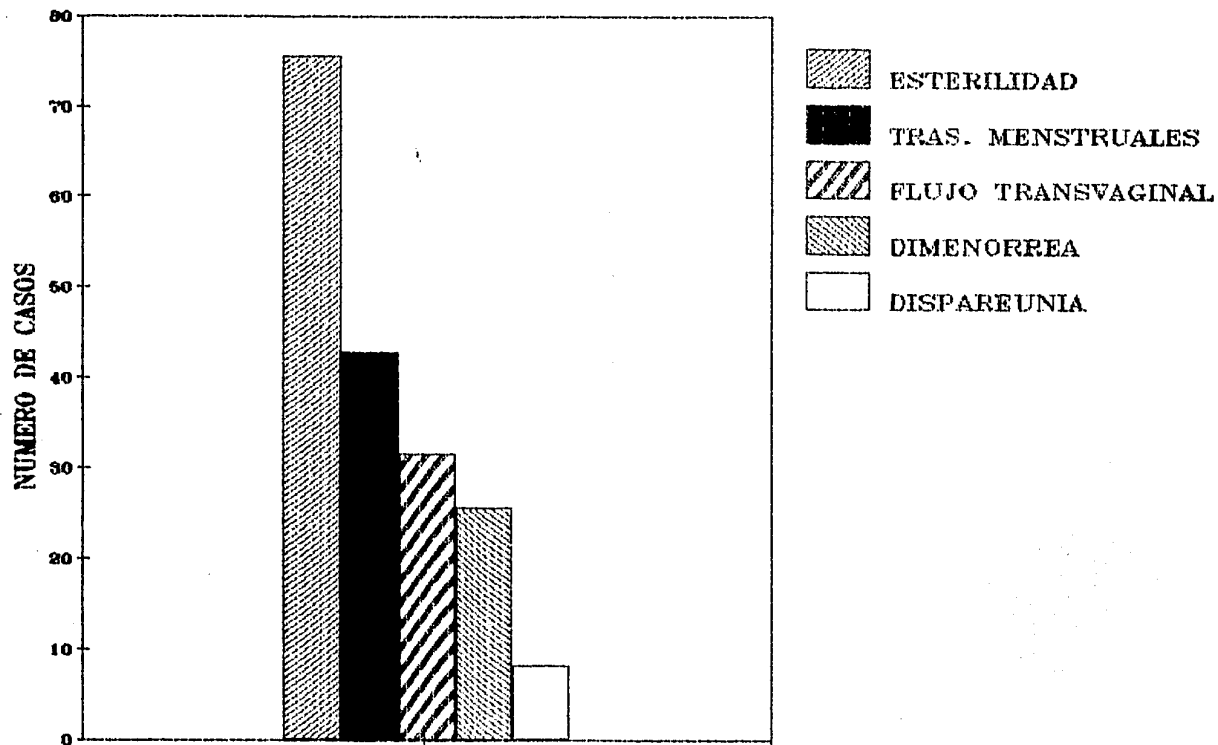


SECUNDARIA

49 CASOS DE PRIMARIA

27 CASOS DE SECUNDARIA

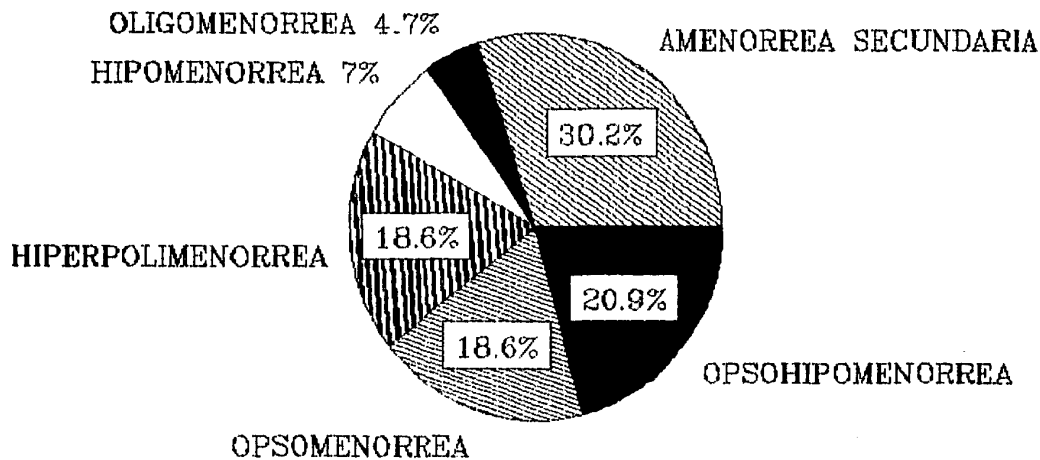
DIAGNOSTICO CLINICO PRESUNCIONAL TBG CUADRO CLINICO



aeroméxico

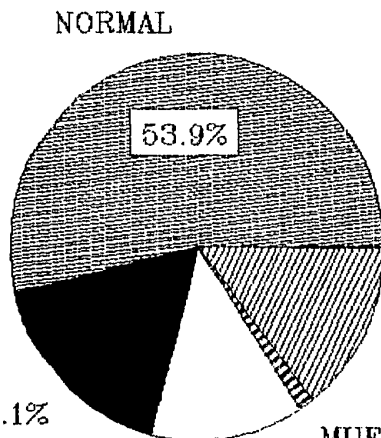
DISTRIBUCION
HISTOGRAMA

DIAGNOSTICO CLINICO PRESUNCIONAL TBG TRANSTORNOS MENSTRUUALES 43 CASOS DE LOS 76 CASOS TOTALES 56.5 %



FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO TBG 65 CASOS REALIZADOS



F.LUTEA DEFICIENTE 17.1%

NO SE REALIZARON 14.5%

MUESTRA INSUFICIENTE 1.3%
ENDOMETRITIS TUBERCULOSA 13.2%

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS

CUADRO 1.

CRITERIO RADIOLOGICO

SIGNOS	CASOS	PORCENTAJE %
Intravasación lin- fática del medio con- traste.	12	15.7
Hidrosalpink.	21	27.6
Obstrucción Tubaria	14	18.4
Sinequias uterinas	11	14.4
Rigidez Tubaria	7	9.2
Cavidad Uterina pequeña	6	7.8
Calcificaciones	5	6.5

Nota: Siempre existieron combinaciones de las variables radiológicas.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO NO. 2

CRITERIOS LAFAROSCOPICOS

HALLAZGOS	NO. DE CASOS
ADHERENCIAS	41
CRIMOTUBACION NEGATIVA	29
GRANULOMAS	24
CONGESTION E HIPEREMIA (utero y salpinges)	22
SALPINGES ARROSARIADAS	15
SACTOSALPINX Y FIMOSIS	11
NODULOS CASEOSOS	3

Nota: los hallazgos siempre se presentaron en dos ó más variables combinadas.

Los 76 pacientes fueron tratados por mínimo de un año. Los esquemas terapéuticos más utilizados fueron las asociaciones:

HAIN + ETAMIBUTOL	38.1%
HAIN + ESTREPTOMICINA	34.2%
HAIN + RIFAMPICINA	18.4%
HAIN + ESTREPTOMICINA + ETAMIBUTOL	9.2%

Nota: Las reacciones secundarias fueron mínimas, que no provocaron abandono o cambio antifímico. Las dosis fueron mencionadas en los criterios terapéuticos.

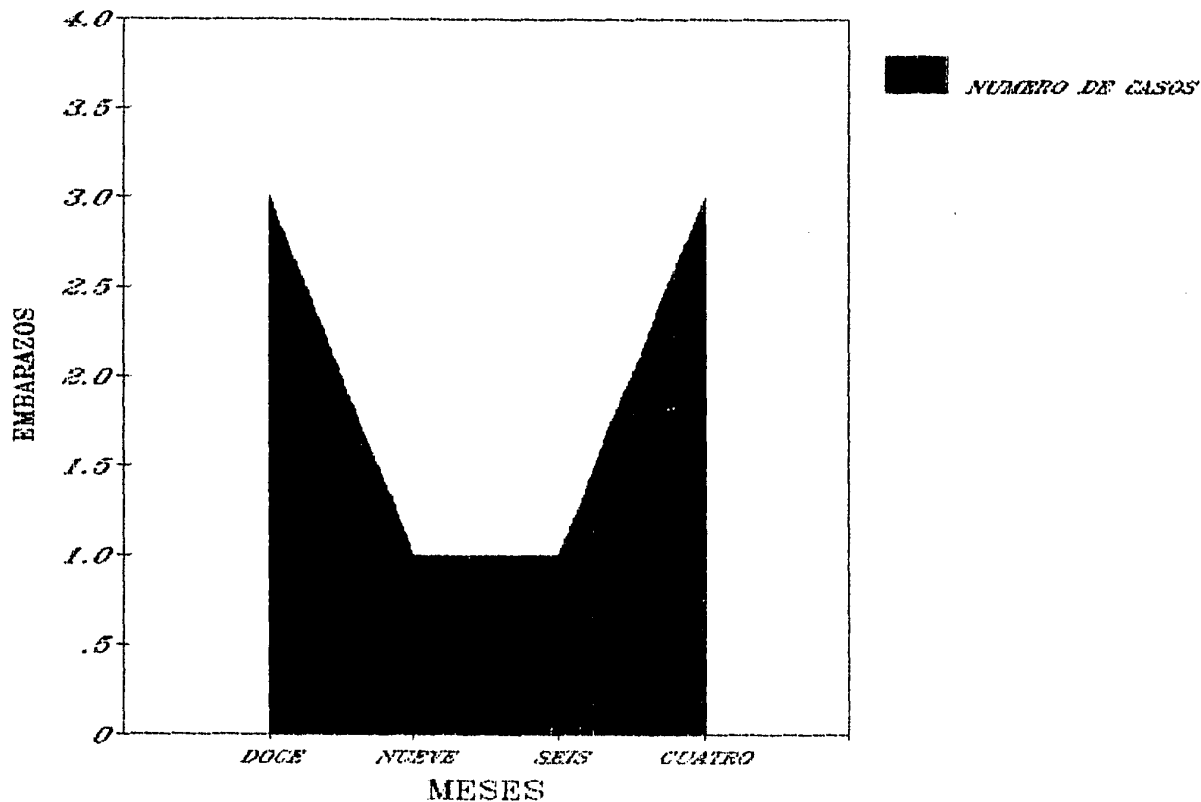
El tiempo de tratamiento llevado y momento en que sucedió el embarazo, se presenta en la Gráfica 5.

Los embarazos obtenidos fueron en ocho pacientes que representaron el 10.5% , en 5 se obtuvo durante el tratamiento y en 3 una vez terminado el mismo.

En el siguiente cuadro se resúmen las características de los embarazos.

Esterilidad	Evolución	Tratamiento	Gestación	Evolución.
Primaria	5 años	9 meses	término	cesárea
	5	4 meses	23 sem.	normal
	3	4 meses	término	cesárea
	2	1 año	término	cesárea
	2	1 año	12 sem.	aborto
Secundaria	5	6 meses	término	cesárea
	2	1 año	9 sem.	aborto
	2	4 meses	término	cesárea

TIEMPO DE TRATAMIENTO DE TB Y MOMENTO DE EMBARAZO



Los embarazos que llegaron a término se interrumpieron por vía abdominal, por indicación obstétrica.

Todos los productos se obtuvieron en buenas condiciones y sin malformaciones aparentes.

No hubo embarazos ectópicos.

Hubo dos abortos del primer trimestre.

COMENTARIOS

Es elemental que en un servicio de Biología de la Reproducción el objetivo primordial sea lograr el embarazo, los múltiples intentos en su búsqueda a través de los años de no pocos investigadores, nos han brindado experiencia invaluable de los fenómenos morbosos que lo impiden.

Unos de éstos fenómenos es la Tuberculosis, que como tal es también un evento Económico-Biosocial, y que en el presente estudio se ha enfocado a una de sus presentaciones como lo es la genital.

El interés tenido, fué en cuanto a la evolución de las pacientes estériles con Tuberculosis genital, y las condiciones para el logro de la gestación, llegando así a los siguientes análisis y comentarios de los resultados obtenidos.

Se asoció más frecuentemente la esterilidad primaria con la Tuberculosis genital, con un tiempo de evolución promedio de 5.8 años, y edad promedio de 28.6 años; otros autores (14,13,8) han detectado la Tuberculosis genital a edades más avanzadas. Este hallazgo nos indica que la pareja estéril cuando decide su estudio y se detecta o sospecha proceso fímico, ya han transcurrido 5.8 años promedio y no dos como sería lo ideal, para no encontrar estudios de Tuberculosis avanzados.

El cuadro clínico es semejante al reportado por otros autores (4,5,6,7,8,9,10,11,12,14), al encontrar la triada: Esterilidad, trastornos menstruales (de déficit), y dismenorrea.

La esterilidad se encontró en todas las pacientes porque el estudio fué hecho en pacientes estériles.

Los trastornos menstruales predominantes fueron los de déficit, probablemente en función de la cronicidad del padecimiento; ésto representó una condición en contra de la obtención del embarazo; y la explicación fisiopatogénica probablemente sea: El endometrio lesionado dificulta la capacitación espermiática, la implantación, per se de desequilibrar el llamado pequeño circuito hormonal utero-ovario. Es necesario también en éste rubro de trastornos menstruales, no olvidar que está en juego el factor neuroendócrin; y cuando se asocia a la triada anteriormente mencionada, la probabilidad de endometriosis.

La dismenorrea y/o dolor pélvico, seguramente es debido al proceso inflamatorio fímico, y es obligatorio investigar en forma intencionada tanto a la anamnesis como a la exploración iniciales; conjuntamente con escurrimiento transcervical y dispareunia, que en el estudio también fueron encontrados y considerados con origen común.

Dentro de los antecedentes obstétricos, casi la mitad de las pacientes estériles secundarias tuvieron el antecedente de aborto, lo que convierte a éste elemento en otra referencia más de sospecha fímica genital.

Es importante denotar como otros autores (8,14), la presencia de Tuberculosis en otras áreas de la economía; en nuestro estudio fué en el 10.5%, la mayoría con esterilidad primaria asociada. Esto nos puede indicar que las pacientes con otra localización fímica, como lo es la pulmonar, renal o meníngea, tienen déficit inmunológico mayor y proporcionalmente mayor será la lesión y las secuelas de la infección.

En relación al nivel Biosocio-económico-cultural, se puede analizar que un nivel bajo, como lo fué encontrado en éste estudio, puede indicarnos que éstas pacientes ocurrirán en auxilio de un especialista tardíamente, ya sea por falta de orientación médica, ó carezca del servicio, amén de cuando no es canalizada por un facultativo.

En cuanto al diagnóstico de certeza mediante estudio histopatológico y bacteriológico, como otros autores (4,7,14,15), estamos concientes que es definitivo, sin embargo, en la mayoría de veces que se demuestra, son en estados avanzados de la enfermedad, que conlleva a la casi nula esperanza de embarazo.

En nuestro estudio el diagnóstico de certeza se obtuvo solo en 10 pacientes con endometritis tuberculosa, tres casos con cultivo positivo del tejido endometrial, y cinco casos con BAAR en orina, conjuntando un porcentaje de 23.3%, que es menor en relación a otros reportes.

No obstante, la importancia que merece el diagnóstico precóz, por las secuelas tan severas, por un lado y la dificultad de cumplir el diagnóstico de certeza, nos hizo observar el apoyo invaluable, de los criterios clínicos de --

laboratorio, y sobre todo, radiológico, inmunológico, y laparoscópico, que en su conjunto logran un diagnóstico de alta probabilidad, con lo cual en la mayoría de nuestras pacientes estudiadas recibieron el tratamiento antifímico.

Pese a éstas circunstancias en las que se instaló el tratamiento, los criterios para la cirugía correctora cómo lo es la salpingo-ovariolisis en el postratamiento, solo se cumplieron en una paciente, el resto de pacientes donde se realizaron las valoraciones, fueron dadas de alta por no cumplir los requisitos.

El embarazo fué logrado más frecuentemente en estériles primarias, y durante el cuarto y doceavo mes de tratamiento; de los 8 embarazos conseguidos, no existió excoesis, lo que nos traduce que si bien existe posibilidad de embarazo en pacientes con Tuberculosis genital debe ser en estadios tempranos, ya que en un estadio más avanzado puede ocurrir aborto, embarazo ectópico ó nula posibilidad para la gestación.

CONCLUSIONES

- La Tuberculosis genital es una forma más de Tuberculosis, entidad con predilección de huésped económica y socioculturalmente en desventaja.
- Una vez integrado el diagnóstico de certeza ó de alta probabilidad de tuberculosis genital, e instalado el tratamiento antifímico, la primera esperanza que debe concientizar la paciente estéril es la curación, y secundariamente la posibilidad de una gestación.
- El embarazo puede ocurrir durante el postratamiento, sin que aparentemente repercuta sobre el producto.
- Son mínimas las opciones para la paciente con tuberculosis genital de practicarsele microcirugía, para fines de gestación.
- Una gestación en una paciente con tuberculosis puede y debe considerarse un binomio de alto riesgo.
- El diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y el valor pronóstico de los criterios protocolizados por la Tuberculosis genital, son determinantes en el futuro de curación y reproducción de la paciente estéril con ésta patología.

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de 76 pacientes estériles con Tuberculosis genital, en un lapso de tres años.

El objetivo fué mostrar la experiencia del Servicio de Biología de la Reproducción del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico la Raza, del I.M.S.S., en cuanto al desarrollo y obtención de una gestación. Analizando las condiciones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas de las pacientes con Tuberculosis genital y esterilidad.

Concluyendo que es elemental un diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y criterios protocolizados tanto diagnósticos como pronósticos en Tuberculosis genital.

Ya que se encontró al igual que otros autores, que la paciente estéril con Tuberculosis genital es captada tardíamente (5.8 años promedio de esterilidad), que denemos que apoyarnos en criterios diagnósticos de alta probabilidad, como los inmunológicos, radiológicos y laparoscópicos principalmente.

Pues la obtención de la gestación en éste estudio aún demuestra poca frecuencia (10.5%).

F U E N T E S :

- 1.- Bazaz-Malik, G. Maheshwari, B. Tuberculous endometritis: a clinico-pathological Study of 1000 cases. Br. J Obst. Gynaec January 1983, Vo. 90 pp. 84-86.
- 2.- Csordas, S.E. Monheit, B.M. Gynaecological Tuberculosis in Victoria A 20-year Survey. Aust. N.Z.J. Obstet Gynaec. 1982 22: 86-9.
- 3.- Chattopadhyay, S.K. Sree, S.B. Burhan, E.Y. Aziz, A.A.: The patem of female genital tuberculosis in Riyadh, Saudi Arabia. Br j. Obstet-Gynaec. April, 1986. 93:367-371.
- 4.- Elizondo, E.F. et al.: El factor tubario en esterilidad. Ginec obstet. Mex. 43:259, Mayo 1978, 340-8.
- 5.- Esperanza, A.R. et. al: Relación clínico-endoscopia en la tuberculosis genital femenina. Gineco. Obstet. Mex.: 36:216, Octubre 1974, 261-9.
- 6.- Esperanza, A.R. Coutiño, M.R.: Tuberculosis genital y embarazo. Ginec. Obstet. Mex. 32:194, Dic. 1974, 591-7.
- 7.- Esperanza, A.R.: Embarazos en pacientes con tuberculosis genital. Rev. Med. del IMSS, 12:3, 1973.
- 8.- Falk, V. et. al.: Analysis of 187 newly diagnosed cases from 47 Swedish hospitals during the ten-year period 1968 to 1977 Genital Tuberculosis in women. AM. J. Obstet, Gynecol. 138:974, 1980.
- 9.- Lipovetzky, Naum-Tuberculosis Genital y embarazo ectópico.- Obst. y Ginec. Lat. Amer. Vol. 22:5-6, 1964.
- 10.- Piana Mariat, Guelfi: Hilda M. y Matera L.N.: Endometritis Tuberculosa y embarazos consecutivos, Obst. y Ginec. Lat. Amer. 415:7-8, 1962.
- 11.- Sánchez Contreras, J. Rodríguez, A.J. et. al.: Salpingitis granulomatosa crónica y embarazo, Ginec. Obstet. Mex. 30:179, sept. 1971, 291-9.
- 12.- Shaeffer, G.: Pregnancy genital Tuberculosis. Obstet. and Gynec. Surv. 19-81, 124, 1964.

- 13.- Shaeffer, G. Marcus, S.R. Kazamer, E.E. Postmenopausal endometrial Tuberculosis. Am. J. Obst. Gynec. 6:68, 1972.
- 14.- Sutherland, A.M.: Gynaecological Tuberculosis: Analysis of a Personal Series of 710 Cases. Aust. N.Z. J. Obstet. Gynaecol. 1985, 25: 203-7.
- 15.- Sucar, T.J. Esperanza A.R.: El consumo de antigamaglobulina en el diagnóstico serológico de la tuberculosis genital. Ginec. Obstet. Mex. 41: 361. 1977.