

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"TUBERCULOSIS GENITAL"

(Estudio de 65 pacientes del Hospital General)

Tesis

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Por

ROBERTO SOSA

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, febrero de 1969

PLAN DE TESIS

- I Introducción
- II Breve Reseña Histórica
- III Generalidades de la Enfermedad
- IV. Material y Métodos
- V. Análisis y Discusión
- VI. Sumario y Conclusiones
- VII. Bibliografía.

BREVE RESEÑA HISTORICA

Se encuentran descripciones de la Tuberculosis -- desde la antigüedad clásica, siéndo el cuadro clínico descrito por Hipocrates, al mismo tiempo Aristoteles en "los problemas" describe la existencia del contagio de enfermo a sano.

Fue hasta el siglo XVII que Sylvius estableció el - tubérculo como lesión anatómica. Laenec en el siglo - siguiente definió la unidad tuberculosa separándola de las demás especies de tisis pulmonar, y al mismo autor se le debe la atribución del escrofulismo. Klencle en 1834 demostró la tuberculosis experimental en el - conejo.

La era moderna de la tuberculosis principió en -- 1882 cuando Koch descubrió el bacilo no solo comprobando su presencia en las diversas lesiones de la enfermedad, sino que consiguió cultivarlo y sembrarlo.

Los trabajos más antiguos sobre tuberculosis ge-

nital son los de Senn y Raynaud, en el estudio de esta enfermedad se distinguió mucho Hegar ya que en 1886, comprobó que la tuberculosis genital era en una forma, secundaria a la enfermedad producida por el Bacilo de Koch.

Aran y Bouarded hicieron las primeras descripciones anatomomacrocópicas de la tuberculosis genital.

En la actualidad Sutherland y Heines han dado gran impulso al conocimiento de la tuberculosis Genital. (4-5-15).

INTRODUCCION

Una proyección médica sobre países en vía de desarrollo como el nuestro, conlleva la inmediata conclusión de que la tuberculosis es y ha sido una de las enfermedades que más estragos causa a la población.

Y al profundizar en el estudio de esta enfermedad, surgen múltiples manifestaciones de ella en diversas partes del organismo.

De ahí que, cuando en el diario laborar de mis prácticas en el Hospital General inquirí sobre manifestaciones específicas de la tuberculosis, encontré que no se ha prestado mayor atención al estudio de algunas de ellas, despertándose así en mí la inquietud de investigar sobre "la tuberculosis en los organos genitales femeninos".

Las dificultades que se presentan al inicio de toda investigación no faltaron en esta, puesto que de referencia nuestra unicamente encontramos la Tesis del Dr.

César Magarín, denominada "Tuberculosis Genital" -- (dos métodos de diagnóstico); sin embargo, fue factible superarlas y pudo obtenerse el material documental y humano necesarios para sacarla adelante.

Espero que con el trabajo efectuado, contribuya a una mayor investigación de esta enfermedad en nuestro medio llenando así a cabalidad el objetivo trazado al emprenderlo.

GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD

Las características biológicas del bacilo tuberculoso así como su gran facultad de sobrevivir en los tejidos del cuerpo humano y la complejidad anatómica y fisiológica de los órganos genitales femeninos hacen de la tuberculosis pélvica un problema complejo.

Sin embargo el advenimiento de nuevas drogas antituberculosas han simplificado el problema en algunos de sus aspectos.

Un conocimiento preciso de esta enfermedad en las diversas partes del aparato genital femenino, nos ayuda a esclarecer muchas peculiaridades de la infección.

De las salpingitis crónicas, autores extranjeros consideran que el 5% es de origen tuberculoso. En nuestro medio sin embargo podemos especular que debería ser mayor si tomamos en cuenta la gran incidencia de tuberculosis pulmonar. La falta de estadísticas locales nos imposibilita a conocer con exactitud el grado de incidencia local. (16-17).

La tuberculosis genital es más común durante la edad fecunda de la mujer, con mayor incidencia durante la segunda y terceras décadas de la vida. (4-17-1-6).

En muchos casos no puede precisarse con exactitud el inicio de la infección ya que con frecuencia existe un período variable de tiempo durante el cual la enfermedad pasa desapercibida a la clínica. Las trompas constituyen en la gran mayoría de los casos el sitio inicial del proceso, siendo el 90% bilateral. La invasión tuberculosa del endometrio es en general secundaria a una salpingitis, encontrándose por lo común en el 50% de éstas. (17)

Los ovarios pueden ser invadidos secundariamente a las trompas, resisten bastante bien la infección y se encuentran tubérculos en su superficie hasta que la enfermedad está ya bien avanzada. En muchos casos se ha observado regresión de las lesiones ováricas al removerse las trompas infectadas.

Las lesiones del cervix son poco comunes, en general secundarias a infección tubélica, ocasionalmente adquiridas durante el coito. La vulva y la vagina en algunas ocasiones se ven afectadas, la vía de infección no se ha podido establecer con certeza (4-6).

Se observan también casos de tuberculosis peritoneal secundaria asociados. La tuberculosis urogenital típica y común en ambos aparatos en el hombre, no existe en la mujer ya que los órganos urinarios de ésta pueden estar afectados por la tuberculosis sin que exista simultáneamente un proceso fímico genital, pudiendo suceder también a la inversa. Esto es perfectamente comprensible dada la separación anatómica de ambos aparatos. En los pocos casos en que existe simultáneamente una tuberculosis genital y renal o de la vejiga, se trata posiblemente de localizaciones independientes.

No existe un cuadro clínico característico de la infección, generalmente es indiferenciable del cuadro de

salpingitis crónica. Muchas pacientes presentan dolor abdominal bajo acompañado de fiebre variable y de considerable pérdida de peso. Existen trastornos menstruales siendo la metrorragia lo usual aunque muchas veces se encuentra oligo y amenorrea. Un buen número de pacientes consultan por esterilidad primaria.

El legrado uterino deberá efectuarse en todas aquellas pacientes sospechosas de enfermedad pélvica tuberculosa, tomando en cuenta que únicamente el 50% de las salpingitis presentan compromiso endometrial. Se puede efectuar también cultivo de sangre menstrual o de aspiración endometrial. Para mayor exactitud se usa la inoculación al cobayo de este mismo material. Los Rayos X, la culdoscopia y colpotomía, pueden ayudar al diagnóstico (4-17-19-22)

En la gran mayoría de casos el diagnóstico es postoperatorio, por medio del estudio histológico de la lesión.

El tratamiento que originalmente era quirúrgico, ha entrado en una nueva etapa con el descubrimiento de las drogas antituberculosas. La quimioterapia, sola o con cirugía conservadora se reserva para aquellos casos en que la paciente es joven y desea tener hijos. (1-12-24).

Las drogas recomendadas son al igual que en la tuberculosis pulmonar el Acido Isonicotínico, la Estreptomina y el Acido Paraaminosalicílico. Todavía no se ha establecido un criterio uniforme en el uso de la cirugía. La clase de cirugía a efectuarse estará de acuerdo a la localización y extensión de la lesión, la edad de la paciente y el estado general. Sin embargo la mayoría de autores recomiendan una cirugía bastante radical y hacen énfasis en la necesidad del tratamiento Pre y Post-operatorio con las drogas de elección arriba mencionadas. (12-9-24)

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio comprende el análisis de todas las historias clínicas de pacientes del Hospital General, con tuberculosis genital, comprobada por histología, comprendidas entre los años de 1958 a 1968, inclusive.

Se procedió en cada caso a hacer un análisis de la historia de la nefermedad, de sus antecedentes, de los hallazgos del exámen físico, datos de laboratorio, métodos de diagnóstico, records operatorios, tratamientos efectuados y la evolución mediata, inmediata y tardía de las pacientes.

Se trató de localizar por medio de cartas y telegramas a todas las pacientes, pero debido a diversas causas únicamente se pudo localizar a once.

ANALISIS

Cuadro No. 1

<u>Edad:</u>	<u>Pacientes:</u>	<u>Porcentaje:</u>
19	2	3.07%
21	3	4.61%
22	4	6.15%
23	2	3.07%
24	6	9.23%
25	1	1.53%
26	3	4.61%
27	3	4.61%
28	3	4.61%
29	6	9.23%
30	6	9.23%
32	2	3.07%
34	1	1.53%
35	3	4.61%
37	5	7.69%
38	2	3.07%
39	1	1.53%
40	2	3.07%
41	1	1.53%
42	1	1.53%
43	3	4.61%
44	1	3.07%
45	1	1.53%
50	1	1.53%
53	1	1.53%
Total...	<u>65</u>	<u>99.61%</u>

Se encontró que paciente más joven, tenía 19 años, siendo la mayor de 53 años; la edad promedio fue

de 30 años. La década en que se presentó la mayor incidencia fue la comprendida entre los 20 y 30 años.

II. ORIGEN:

Cuadro No. 2.-

<u>Lugar:</u>	<u>Casos:</u>	<u>Porcentaje:</u>
Ciudad de Guatemala	43	66.15%
Chimaltenango	3	4.61%
Escuintla	2	3.07%
San Marcos	2	3.07%
Santa Rosa	2	3.07%
Cobán	2	3.07%
Dirección incompleta	<u>11</u>	<u>16.83%</u>
Total:	65	99.87%

III. PROFESION:

En el 100% de las pacientes referían laborar en o ficios domésticos.

IV. ANTECEDENTES GINECOLOGICOS:

Menarquia: La menarquia ocurrió con más frecuencia entre los años de 12 a 20. La edad promedio fue de 14 años.

Cuadro No. 3.

GRAVIDEZ:

<u>Pacientes:</u>	<u>No. de Hijos</u>	<u>Porcentaje:</u>
36	0	55.38%
20	3 a 7	30.75%
<u>9</u>	1 a 2	<u>13.85%</u>
65		99.98%

ABORTOS:

El 18.64% de las pacientes había presentado con anterioridad de 1 a 3 abortos.

V. ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE IMPORTANCIA:

Cuatro pacientes habían sido operadas con anterioridad: Una por embarazo tubárico, dos por "quiste del ovario" y una por "infertilidad primaria".

En ninguna se reportó durante la operación el ha-

llazgo de tuberculosis genital.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES Y MEDICOS DE IMPORTANCIA:

Tres pacientes expresaron tener antecedentes tuberculosos. Dos de éstos referían familiares muertos de tuberculosis pulmonar y una padecía de tuberculosis ósea.

VII. SINTOMAS PRINCIPALES:

Cuadro No. 4.

Dolor	18	27.68%
Infertilidad 1	16	24.61%
Hemorragia vaginal	15	23.07%
Infertilidad 2	5	7.69%
Amenorrea	5	7.69%
Oligomenorrea	2	3.07%
Masa palpable	2	3.07%
Hallazgo del examen ginecológico	2	3.07%
Total:	65	99.65%

VIII. EXAMEN GINECOLOGICO:

(Ver cuadro No. 5.)

Cuadro No. 5.-

Masa anexial o pélvica Ginecológico informado como normal	24	35.38%
Hallazgo sin relación a la Enfermedad	20	30.76%
Leucorre y dolor al examen ginecológico	9	13.84%
Porcesos ulcerantes o vegetantes	8	12.30%
Anomalías congénitas	3	4.61%
	1	1.53%
Total.	65	99.66%

IX. PROCEDIMIENTOS Y PRUEBAS EMPLEADAS EN EL DIAGNOSTICO:

Cuadro No. 6.

Legrado Uterino	15	80%
Baciloscopia del esputo	4	0%
Biopsia del cuello uterino.	3	100%
Biopsia del Ganglio cervical	2	100%
Insuflación Tubárica	5	20%
Histerosalpingograma	3	100%

DIAGNOSTICO CLINICO:

Sólo el 19.99% se sospechó el diagnóstico de Tuberculosis genital antes de tener el informe histológico de la lesión antes de la operación.

DIAGNOSTICO BACTERIOLOGICO:

No se efectuó en ningún paciente el diagnóstico bacteriológico.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

CUADRO No. 7.

Histerectomías	24	33.80%
Salpingectomías	24	33.80%
Salpingooforectomías	23	32.38%
Total:	71	99.90%

TRATAMIENTO MEDICO POSTOPERATORIO:

CUADRO No. 8.

I.N.H. Estreptomina	19	82.63%
Estreptomina	3	13.02%
I.N.H. -Estreptomina-PAS.	1	1.32%
Total:	23	99.97%

DISTRIBUCION DE LAS LESIONES:

(Ver cuadro No. 9.)

CUADRO No. 9.

Trompas	48	73.82%
Endometrio	19	29.22%
Ovarios	16	24.60%
Cervix	5	7.69%
Peritoneo	5	7.69%
Vulva	1	1.53%

OTRAS FORMAS DE TUBERCULOSIS ASOCIADA A LA GENITAL:

CUADRO No. 10.

Pulmonar	5	7.69%
Ganglionar	3	4.61%
Osea	1	1.53%

EVOLUCION:

CUADRO No. 11.

Paciente localizadas después de 3 a 5 años de haberseles dado de alta.

Asintomáticas	7	Con posibilidad de Embarazo	3
Sintomáticas	3	Gravideges	0
Fallecidas	1		

DISCUSION:

La mayor incidencia de la enfermedad se encontró en la década de los 20 a los 30 años (56.90%). La edad promedio fue de 30 años, la de menor edad de 19, y la mayor edad de 53.

D. Nelson, John Harkins y John F. Stitt (Universidad de Toronto) reportaron en un estudio de 69 pacientes con tuberculosis pélvica la mayor incidencia entre los 20 y 40 años. 23 pacientes estaban por arriba de los 40 años y sólo 6 por debajo de los 20. (10)

Al comparar los datos relacionados del estudio - citado con los resultados de la investigación en nuestro medio, concluimos que se presentan en forma similar en cuanto a factor edad se refiere, y que se desarrollan durante la edad fértil de la mujer.

El 66.15% de los casos analizados, son de pacientes cuya residencia es la ciudad capital y el resto de ellos provienen del interior de la república, localizándo-

se su residencia en los departamentos de Chimaltenango, Escuintla, Cobán, San Marcos y Santa Rosa, respectivamente. Esta distribución extra capitalina creemos se deba en parte a que según datos proporcionados por la Liga Antituberculosa vemos que los lugares de la República donde más prevalencia existe de la tuberculosis, son en su orden: Guatemala, Escuintla, Coatepeque, Izabal, Malacatán, Suchitepéquez, Santa Rosa y Retalhuleu. (16)

El que no todos los pacientes sean de la ciudad capital, se explica además por dos factores: en primer lugar, el hecho de que los pacientes tienden siempre a buscar atención médica en la ciudad capital; y en segundo término al problema del centralismo que confrontamos en Guatemala.

A pesar de que en la ciudad de Guatemala se desarrolla una buena campaña antituberculosa todavía poseemos una alta prevalencia de la enfermedad si la compara-

mos con otros países (16-25).

De las pacientes estudiadas el 55.38%, se quejaban de infertilidad primaria.

Estudios hechos por H. Kreibich muestran que la tuberculosis genital como causa de esterilidad varía de acuerdo con las referencias de diferentes partes del mundo, entre 3.4 y 20% (25) (14)

Es de lamentar que no podamos sacar mayores conclusiones para Guatemala en este aspecto por falta de las estadísticas necesarias.

Se sabe que la tuberculosis genital retarda la aparición de menarquía; vemos en nuestro estudio que está se presentó en la mayoría de las pacientes a la edad de 14 años; de acuerdo a estudios efectuados la edad más frecuente con que la menarquía se manifiesta en la mujer guatemalteca, está comprendida entre los 10 y los 12 años. (2-4-17)

Estudios hechos acerca del embarazo y la tubercu

losis genital señalan que pacientes que han tenido esta enfermedad a pesar de haber recibido tratamiento médico quirúrgico tienen tendencia al quedar embarazadas, a presentar abortos o embarazos tubáricos. (14-10-6)

John Stallworthy de la Universidad de Oxford, nos indica que de 66 pacientes tratadas adecuadamente; 12 tuvieron 17 embarazos, de los que 9 fueron a término, 5 extrauterinos y 3 abortos. No nos es posible adelantar conclusión alguna con respecto a esto, debido a que solamente se localizaron 11 pacientes (16.91%), y de estas ninguna resultó embarazada después del tratamiento. (14-10-6-25).

De los casos vistos cuatro pacientes referían antecedentes quirúrgicos. Una operada por embarazo tubárico, dos por "quistes del ovario" y una por "esterilidad primaria".

El hecho de que en ningún caso se reportara el diagnóstico de tuberculosis durante el acto operatorio, es fre

cuente de esperarse, ya sea porque ^{/de la op.} padecían en --
ese momento o porque la tuberculosis tubárica es ma-
croscópicamente indiferenciable, de una salpingitis
crónica, con excepción de la tuberculosis miliar. --
(4-17-21-18).

Algunos autores han llamado la atención al he-
cho de que al invertirse las fimbrias de las trompas,
producen una imágen macroscópica parecida a una --
bolsa de tabaco; sin embargo esto no es patógnómico
y con frecuencia el diagnóstico final se hace por me-
dio del estudio histológico de la lesión. (17).

Tres pacientes referían antecedentes tuberculo-
sos. (4.61%). Dos de éstas (3.07%) reportaron fa-
miliares muertos de tuberculosis pulmonar y una padece-
ría de tuberculosis ósea.

No se ha podido comprobar con certeza que la
tuberculosis genital sea secundaria a algún proceso
tuberculoso en el organismo; sin embargo, creemos

que los antecedentes familiares de tuberculosis si pue-
den orientarnos al diagnóstico de tuberculosis genital.
(1-4-6-17)

La historia referida por las pacientes incluyó en el
27.68% el síntoma de dolor, consultaron por infertilidad
primaria al 20.40%, por hemorragia vaginal el 23.07% y
el resto de las pacientes referían amenorrea, oligomeno-
rrea, infertilidad secundaria, masa palpable y leucorrea.

Estudios hechos en Colombia en un análisis de 263
casos encontraron que el 58% de las pacientes tenían -
como síntoma principal infertilidad primaria, el 48% do-
lor, existían trastornos menstruales en el 33% y ameno-
rrea en el 1%. (1).

El hecho que muchas pacientes no presenten sínto-
mas, no debe descartar el diagnóstico de tuberculosis
genital. No puede precisarse con exactitud el inicio
de la infección, ya que con frecuencia existe un perío-
do variable de tiempo durante el cual la enfermedad pa-

sa desapercibida a la clínica. (4)

En nuestra serie, la masa pélvica se encontró en el 35.38% de las pacientes, 12.30% presentaban leucorrea y dolor al examen.

Es de mencionar que en el 30.76% de las pacientes se encontrara el examen pélvico normal.

Analizando estudios de tuberculosis genital, no informan ningún hallazgo característico al examen ginecológico. Hay que añadir a esto el que, ni en la tuberculosis del cervix, vulva o vagina el aspecto macroscópico de la lesión, es diagnóstico. (5-8-10-15)

El método de diagnóstico más empleado, fue el legrado uterino, obteniéndose un 80% de positividad.

Asimismo se efectuaron 6 biopsias; 3 de cuello uterino y tres de ganglio cervical, habiéndose obtenido en éstos un 100% de positividad.

En 8 pacientes que consultaron por infertilidad primaria, se efectuó insuflación de trompas en 5, e --

histerosalpingograma en 3. Se demostró obstrucción tubárica en 4 de las pacientes, en 3 por medio de la histerosalpingografía y solamente en una por medio de la insuflación de trompas.

Estudios hechos con histerosalpingografía por Samuel Rozin, describen un síndrome radiológico de la tuberculosis pélvica y explica que los cambios difusos en el endometrio y músculo uterino, debido a la destrucción progresiva de éstos, dan una imagen radiológica característica. (19)

Es de lamentar que en ninguna paciente se realizó investigación bacteriológica, puesto que de acuerdo a estudios realizados sobre este tema, se ha podido demostrar la presencia del bacilo en cultivos hechos tanto de endometrio como de sangre menstrual. Mayor exactitud se ha encontrado con inoculación de éstos mismos materiales al cobayo, o al ratón en caso de bacterias atípicas cromóforas. (15-11).

Sven Sjosledt de la Universidad de Lind, encontró que en 95 casos de tuberculosis genital estudiados por medio de inoculación al cobayo y cultivo en medio de Lowenstein, se verificó el diagnóstico bacteriológico en el 61%. En cuarenta pacientes con endometritis sin haber recibido tratamiento médico antes del exámen bacteriológico, se demostró en el 95% Cuando había salpingitis tuberculosa el bacilo se encontró en el 18% con muestras tomadas del endometrio, sangre menstrual y mucosa cervical. Este porcentaje aumentó al 63% cuando se tomaron los cultivos directamente de las trompas. (22)

En la presente serie solo en el 19.99% se hizo el diagnóstico antes de la operación o del estudio histológico.

En 51 de las pacientes investigadas se efectuó tratamiento quirurgico (78.53%). Se practicaron 24 -- salpingectomías (33.80%).

Estudios extranjeros analizados demuestran que -- existen dos tendencias en este aspecto; una, en la que practicamente proscribe la cirugía (en general la escuela inglesa); y la otra, en la que la cirugía se considera como el único tratamiento (tendencia de Europa Central). (1)

Muchos autores abogan sin embargo por una posición intermedia, admiten que el tratamiento médico puede ser curativo, pero existe un número de pacientes que si requieren operación, especialmente en aquellos casos de enfermedad avanzada y en que existe compromiso de varios órganos. (1-4-17)

Por el análisis de nuestros casos se entrevé que no existió criterio uniforme para el tratamiento de esta enfermedad, y nos pronunciamos por la tendencia combinada ya enunciada ampliamente.

Las drogas de elección usadas fueron la estreptomina, el ácido isonicofinico y el ácido paraminosalicílico.

lico. La asociación preferida fue la de estreptomicina con ácido isonicotínico.

La dosis varió poco, se usó de estreptomicina 1 gm. I.M. diario o en días alternos. El ácido paraaminosalicílico en dosis de 12 gm diarios y el ácido isonico-tinico 100 mg. diarios, ambos por vía oral. El promedio de duración del tratamiento fue aproximadamente de dos a tres meses.

Recomiendan para un tratamiento satisfactorio, - Estreptomicina 1 gm. diario por dos meses, luego en - días alternos. PAS 4 gm. tres veces al día. INH 100 - mg. tres veces al día, por espacio de doce meses.

La evolución del paciente deberá ser controlada periódicamente por medio de exámenes pélvicos y legrados.

Se debe seguir a las pacientes por el resto de la vida, ya que ocasionalmente una recurrencia puede tener lugar. (9)

Es evidente después de esta comparación, si -

tomamos en cuenta lo anteriormente dicho, que el tratamiento médico efectuado en la presente serie fue obviamente poco satisfactorio.

En orden de frecuencia la localización de las lesiones fueron trompas 48 casos (73.82%), endometrio 19 (24.22%), ovarios 16 (24.60%) cervix 5 (7.69%), peritoneo 5 (7.69%) y un caso en la vulva (1.53%).

Estudio hechos en Colombia sobre 263 casos de tuberculosis genital, muestran una distribución -- muy similar.

En ambos estudios hay que indicar sin embargo - que en muchas pacientes más de una región se hallaba comprometida. (1)

El seguir a las pacientes y su evolución representó bastante dificultad, de los 65 casos únicamente 11 pudieron ser localizadas y entrevistadas. (en dicho momento tenían todas de tres a cinco años de haber salido del hospital).

Al evaluar estos casos, se pudo constatar que -- ninguna paciente tuvo descendencia después de habersele dado de alta. (Solo tres pacientes presentaban genitales patentes, las ocho restantes habían quedado -- en una u otra forma después del tratamiento imposibilitadas para tener familia.

Del total, 7 (63.63%) estaban asintomáticas, -- tres (27.27%) acusaban sintomatología similar a la original y una paciente (9.09%) había fallecido por cau--sa ajena a esta enfermedad.

Es de hacer notar que de las tres pacientes que reportaron molestias, ninguna había recibido tratamiento alguno.

Un estudio hecho por Kardoz nos proporciona los siguientes datos: En la serie de 112 casos del autor, el índice de curación fue de 89.9%. En estudios coleccionados de la literatura mundial que incluyeron 1474, casos el índice de curación fue de 82.2%, variando es

ta en 65 al 95%. En 168 salpingectomías hechas en la clínica del autor después de un tratamiento promedio -- de 10 meses, la tuberculosis permanecía activa en el 35.7%, inactiva en el 33.3% y curada en el 31%. (12-13)

Debido al poco número de pacientes localizadas, no podemos adelantar conclusión alguna referente a la evolución.

CONCLUSIONES

- 1.- Se analizaron las historias clínicas de sesenta y cinco pacientes del Hospital General con tuberculosis genital, comprendidas entre los años de 1958 a 1968 inclusive.
- 2.- La incidencia de la enfermedad se encontró entre los veinte y los treinta años, coincidiendo dicho período con la edad fértil de la mujer.
- 3.- El origen de las pacientes afectadas, en orden al departamento de su procedencia y que acusaron tuberculosis genital, coincide con el de los lugares en que existe mayor prevalencia de tuberculosis pulmonar, aún cuando esto no sea índice de una asociación entre ambas enfermedades.
- 4.- La incidencia de infertilidad en nuestro estudio fue elevada (55.38%). Se hace necesario para

Guatemala un mayor análisis comparativo estadístico entre casos de infertilidad primaria y tuberculosis genital, a fin de poder relacionar efectivamente una y otra.

5.- El retardo en la aparición de la menarquía, refuerza la opinión general, que este retraso es uno de los efectos de la tuberculosis genital.

6.- El índice de abortos que aparece en el presente estudio es alto; sin embargo, no podemos relacionarlos definitivamente con la enfermedad por falta de series mayores que analizar.

7.- No es posible comprobar con certeza que la tuberculosis genital sea secundaria a algún proceso tuberculoso en el organismo, creemos que los antecedentes familiares de tuberculosis, si pueden orientarnos al diagnóstico de tuberculosis genital.

- 8.- El método histológico en nuestra serie fue el único empleado para establecer el diagnóstico.
- 9.- Se hace necesario realizar estudios bacteriológicos seguidos de inoculación al cobayo, para sin lugar a dudas llegar al diagnóstico exacto.
- 10.- De acuerdo al tratamiento efectuado en la serie ya vista, se entrevé que no existió criterio uniforme para el tratamiento de esta enfermedad y nos pronunciamos por combinar el tratamiento médico y el quirúrgico según lo amerite cada caso.
- 11.- Los lugares más afectados por la tuberculosis genital fueron las trompas, el endometrio y los ovarios, lo que coincide con referencias de otros autores.
- 12.- A pesar del pésimo resultado después del tratamiento en lo que a fertilidad respecta, no podemos sacar conclusiones, pues unidamen-

te el 16.91% de las pacientes estudiadas pudieron ser localizadas.

- 12.- Después de este análisis, enfatizamos en la importancia de una continua y mayor investigación de esta enfermedad en Guatemala, que sin duda aportará mayores elementos al médico para prevenir y combatirla con mayor eficiencia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Amaya, H. Female Genital Tuberculosis: Clinical Diagnostic and Statiscal Study in Bogotá, Co lombia. In the Year Book of Obstetrics and - Gynecology, 1965-1966. Chicago, Year -- Book Medical Publishers. 1965. pp 456-459.
- 2.- Argueta von Kaenel y Cossich, Carlos. Guatemala, Hospital General. Menarquia en Guatemala . comunicación personal, enero 5, 1969.
- 3.- Asolkar, P. and Sutaria U. Genital Tuberculosis and Amenorrea. In: the Year Book of Obstetrics and Ginecology , 1967-1968. Chicago, Year - Book. Medical Publishers, 1967. pp 430-431.
- 4.- Ball, Thomas. Gynecology Surgery and Urology. - St. Louis. The C.V. Mosby Company, 1957. pp. 89-93.
- 5.- Cortejoso. L., Tuberculosos Célebres. 2a. Ed. / Barcelona. Editorial Mateu. Edit. 1958. -- pp 7-21.
- 6.- Crossen, Robert. Enfermedades de la Mujer. 3a. Ed. México Uteha, 1959. pp 679-688.
- 7.- Dellepane, G. and Durando, C. Possibilities of Pregnancy After Medical and Surgical Treat-- ment of Genital Tuberculosis in Women. In: the Year Book of Obstetrics and Gynecology, 1963-1964. Chicago, Year Book Medical Pu- blishers. 1963. pp 381-382.
- 8.- Francis, W. Female Genital Tuberculosis: A. Re-

view of 135 Cases. In: the Year Book of Obstetrics and Gynecology, 1965-1966. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1965. pp 397-401.

- 9.- Hahn, J. Treatment Results in Female Genital Tuberculosis. In: the Year Book of Obstetrics and Gynecology. 1962-1963. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1962. pp 414-415.
- 10- Henderson, N. Harkins, J. and Sttit, J. Pelvic -- Tuberculosis. In: the Year Book of Obstetrics and Gynecology, 1966-1967. Chicago, Year -- Book Medical Publishers, 1966. pp 456-459.
- 11- Israel, L. Rottman, B. and Clancy C. Infrequency of Unsuspected Endometrial Tuberculosis: Histologic and Bacteriologic Study. In: the -- Year Book of Obstetrics and Gynecology, 1963 -1964. Chicago, Year Book Medical Publishers 1963. pp 387-388.
- 12- Kardos, F. Female Genital Tuberculosis and Fertility. In: the Year Book Medical Publishers, 1962. pp 410-411.
- 13- Kardos F. Late Results in Women with Genital Tuberculosis. In: the Year Book of Obstetrics -- and Gynecology, 1967-1968. Chicago, Year - Book Medical Publishers, 1966. pp. 456-459.
- 14- Kreibich, K. Sterility and Female Genital Tuberculosis. In: the Year Book of Obstetrics and Gynecology . 1962-1963. Chicago, Year Book - Medical Publishers, 1962. pp 412-414.
- 15- Magarin, César. Tuberculosis Genital; dos méto

dos de diagnóstico. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Julio de 1964. 41p.

- 16- Mérida, J.C. Guatemala, Liga Antituberculosa. Tuberculosis en Guatemala. Comunicación -- personal. Enero 5, 1969.
- 17- Novak, E. Jones, G. and Jones H. Textbook of Gynecology. 7th. Ed. Baltimore. The Williams and Wilkins Company, 1965. pp 381-394.
- 18- Pigmacia, P. Salpingoplasties and Tuberculosis -- Salpingitis. In: the Year Book of Obstetrics -- and Gynecology, 1961-1963. Chicago, Year Book Medical Publishers. 1961. pp 382-383.
- 19- Rozin, S. Roentgenologic Syndrome of Uterine Tuberculosis. In: the Year Book of Obstetrics -- and Gynecology, 1961-1962. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1961. pp 380-381.
- 20- Robbins, S. Tratado de Patología. 2a. Ed. México Editorial Interamericana, 1963. pp 912-912.
- 21- Sant, M. V. and Limaye, S. Tuberculosis Endometritis: Histologic Study of 301 Cases. In: the Year Book of Obstetrics and Gynecology, 1967-1968. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1967. pp 428-430.
- 22- Sjostedt, S. Value of Bacteriologic Examinations -- in Diagnosis of Female Genital Tuberculosis. In: the Year Book of Obstetrics and Gynecology. 1963-1964. Chicago, Year Book Medical

Publishers, 1963. pp 380-380.

- 23- Snaith, M. Linton and Barns, T. Fertility in Pelvic Tuberculosis: Report on Present Position. In: the Year Book of Obstetrics and Gynecology. 1962-1963. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1963. pp. 408-410.
- 24- Solal, R. Some Aspects of Genital Tuberculosis in Unapparent Forms: Therapeutic Perspectives. In: the Year Book of Obstetrics and Gynecology. 1963 pp. 390-391.
- 25- Stallworthy, J. Fertility and Genital Tuberculosis. In: the Year Book of Obstetrics and Gynecology, 1963-1964. Chicago. Year Book Medical Publishers, 1963. pp. 382-384.
- 26- Vacha, K. Female and Genital Tuberculosis. In: the Year Book and Gynecology. 1963-1964. Chicago, Year Book Medical Publishers 1963 pp. 382-384.
- 27- Ylinen, O. Genital Tuberculosis in Women: Clinical Experiences with 348 Proved Cases. - In: the Year Book of Obstetrics and Gynecology. 1961-1962. Chicago, In: the Year Book Medical Publishers, 1961. pp. 382-383.

Vo. Bo.


Sra. Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria.

BR. ROBERTO SOSA

DR. RODOLFO ROBLES
Asesor.

DR. RODOLFO ROBLES,
Revisor.

DR. AQUILES JIMENEZ PINTO
Director del Departamento de Gineco-
logía y Obstetricia.

DR. FRANCISCO VILLAGRAN M.
Secretario.

Vo. Bo.

DR. JULIO DE LEON M.
Decano.