REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

Tomo VIII

San José, C. R., Agosto de 1948
No. 172

Año XV

Embarazo y Tuberculosis *

Dr. FERNANDO SABORIO ESQUIVEL

Considerando nuestro Servicio de Obstetricia las vastas proyecciones del problema "tuberculosis y embarazo" y conscientes de su complejidad y de que una contestación final no ha sido dada aún, se me encomendó abordar esta noche tema tan discutido por los fisiólogos y tocólogos de todas las épocas.

Sin pretender imponer normas hemos de exponer hoy nuestra pequeña experiencia adquirida a través de un año de observaciones, tiempo que en fisiología resulta muy corto y que comienza después de un cambio de impresiones entre los médicos del Servicio y los del Sanatorio Durán, en reunión celebrada con tal objeto.

Se acordó en aquella reunión practicar una fluoroscopia a toda mujer embarazada que ingresara a Maternidad, y siempre que llegara antes del comienzo del parto. Todo caso fluoroscópicamente sospechoso sería sometido rápidamente a la rutina del Dispensario Antituberculoso, para llegar a un diagnóstico. Así se hizo y se hace actualmente. El origen de este acuerdo, puedo repetirlo, es el resultado de una inquietud y de una preocupación nuestras. Profiláctica una: aislar el bacilífero de un medio que así lo exige y obtener nuestros propios conceptos en nuestro propio medio.

Nuestra experiencia confirma la tesis de que el problema es dual, puesto que es necesario un conocimiento bien fundamentado de la tuberculosis pulmonar y un conocimiento perfecto de los hechos obstétricos: preñez, labor y puerperio. Asegurando pues, que se necesitan siempre al abordar tales casos, la íntima colaboración entre el obstetra y el fisiólogo, con la responsabilidad de este último de la conducta a seguir.

Por siglos, muchos médicos han declarado que el embarazo muy frecuentemente mejoraba a la tuberculosa, y Cullen en 1780, llegó hasta recomendar enfáticamente el matrimonio en las jóvenes tísicas, inspirado quizá en las opiniones de Hipócrates, Sydenham, Rokitansky y muchos más que mantuvieron el mismo principio. Aun más reciente-

(*) Trabajo presentado el 10 de mayo de 1948 en la Asamblea del Cuerpo Técnico del Hospital San Juan de Dios.

mente, el Dr. Townsed, al discutir sus casos del Boston Lying-in Hospital declaraba que durante el embarazo toda paciente fímica mejoraba su estado pulmonar y general.

Fué aun después de los estudios de Louis y Moriceau a mediados del Siglo XIX, y tal vez más tarde, en que todavía en el Congreso de Lausanne Sabourin y Forstener permanecían optimistas al respecto, la época en que ya la mayoría de obstétricos y fisiólogos comenzaron a inclinarse hacia el otro extremo. Embarazo más tuberculosis: enorme riesgo! Tal la opinión de Sergent, quien temió el embarazo en la tuberculosa, por la agravación de la paciente con terminación de curso rápido.

A últimas fechas, Trembley, del grupo de Saranac Lake afirmó que el 61% de 584 mujeres tuberculosas, mostraron los primeros síntomas de tal enfermedad durante la preñez, hecho que lo impresionó tanto como para decidir la interrupción del embarazo en toda fímica.

Así, en medio de ideas tan opuestas, la opinión médica actual se divide en los que piensan que el embarazo ejerce una influencia deletérea sobre la bacilosis y aquéllos que niegan toda relación entre ambos estados. La primera hipótesis subdivide ese grupo en los que preconizan que todo embarazo debe interrumpirse en toda tuberculosa y en los que propugnan un tratamiento intensivo contra la enfermedad haciendo caso críseo de la gestación.

Nosotros no nos encontramos en ninguno de estos grupos. Pensamos que el asunto debe individualizarse, inclinándonos por el conservatismo obstétrico. Y hemos encontrado en términos generales, que el embarazo es bien soportado por la tuberculosa y que en su futuro no es en manera alguno sombrío. Un ejemplo muy gráfico ha impresionado a algunos de nosotros para venir en apoyo de nuestra tesis: Algunos años antes de esta Guerra, Alemania encaró la preocupación por el aumento de natalidad, pudo observarse entonces a muchas tuberculosas, seguramente controladas, pasar por embarazos repetidos y así nos dicen Beckman, Shultze-Ronhof y Hansen de sus resultados obtenidos por un régimen discriminativo y tratando por todos los medios posibles a aquellas enfermas. Los autores alemanes no confrontaron ni durante ni después de la gestación desastres que los obligaran a desistir de su idea, antes bien, afirmaron que: Tuberculosis clasificada y correctamente tratada más embarazo: no debe causar inquietud alguna. Nosotros participamos con nuestra propia, pequeña experiencia de este sentir.

Durante un año, y de abril de 1945 a la fecha, hemos practicado 150 fluoroscopías. Resultando tuberculosas no reconocidas del Dispensario Central cuatro mujeres procedentes de lugares lejanos. Sobre estas pacientes, nada podemos decir desgraciadamente, fueron trasladadas al Salón Azul y perdidas de vista. Soiventamos únicamente

---

una de nuestras preocupaciones, el alejamiento de tales enfermas de nuestras salas.

Pero, para nuestra observación, contamos por fortuna con la colaboración del Dispensario Antituberculoso, porque a 150 pacientes a quienes se les hizo fluoroscopia se agregan 35 enfermas más, controladas por la Lucha Antituberculosa y que llegaron al Servicio en ese lapso de un año, enviadas por el Sanatorio Durán o espontáneamente. Pacientes, que por otra parte continúan bajo la vigilancia del Dispensario. A este grupo deseamos referirnos, pues en su mayoría lo observamos durante el embarazo, las vimos en nuestro Servicio durante el parto y las seguimos controlando hasta hoy.

Para su clasificación seguimos la norma de la Asociación Nacional Americana de Tuberculosis.

Casos I ó mínimos: enfermos con lesiones pequeñas, que no se extienden a más de un pulmón y sin evidencia de cavidad.

Casos II ó moderadamente avanzados: Con uno o ambos pulmones afectados, pero en el que la suma de las lesiones ocuparían solamente un campo pulmonar, y con cavernas que no excedan 4 centímetros de diámetro.

Casos III ó muy avanzados: Son todos aquellos que sobrepasan los límites anteriores.

Entre los casos mínimos observamos cuatro pacientes que tuvieron partos normales. A la fecha hemos visto regresión pulmonar en tres de ellas, bajo tratamiento únicamente dieteto-higiénico, y a pesar de que una sufrió una endometritis puerperal en marzo de este año. La única paciente de este grupo portadora de un neumotórax derecho bien establecido desde 1943 que presenta una reactivación de sus viejas lesiones, es una enferma con abortos provocados y repetidos.

Los casos del grupo II son los más numerosos: 25 en total. Hemos observado reactivación o progresión pre o post parto en once de ellas. Una recaída después de una cesárea practicada en la Maternidad Carit en 1941, bajo tratamiento dieteto-higiénico, con agravación de su proceso pulmonar durante un segundo embarazo el año pasado.

Hay progresión tuberculosa que coincide con el aborto que sufrieron tres pacientes. Una de ellas con invasión bilateral después de un curetaje.

Hay reactivación durante el embarazo y post-parto en 4 enfermas que abandonaron su neumotórax en esa época. Una de ellas por lesión cardíaca descompensada.

Un parto prematuro de siete meses provocado con un balón de Champetier por lesión grave del corazón en una paciente con un colapso pulmonar derecho, da lugar a la aparición de un exudado pleural tuberculoso que acentúa el colapso y provoca lesiones exudativas extensas contralaterales.

Enferma cavitaria que sale del Sanatorio en el octavo mes de embarazo, con tratamiento dieteto-higiénico únicamente. Parto normal el 17 de enero de 1945 con rápida progresión bilateral durante el noveno mes y en el puerperio.

A la última enferma de este grupo se le descubre su mal en el octavo mes de embarazo, no sigue ningún tratamiento y sabemos que siete meses después fallece de tuberculosis laringea.

Catorce personas en cambio, sufrieron uno o más embarazos, acusando regresión pulmonar siete, pese a que dos de ellas sufren algún padecimiento cardíaco.

No acusen progresión las siete restantes, es decir, permanecen con baciloscopia negativa y su estado general y pulmonar es satisfactorio. Diez de este grupo son portadoras de neumotórax menor o bilateral, tres han permanecido únicamente bajo régimen dieteto-higiénico y una presenta una plástia que se realizó poco antes de quedar encinta.

Del grupo III nos restan seis casos, cuatro de ellas han empeorado durante el embarazo y una fallece cinco meses después del parto por úlcero-caseosis bilateral. De los dos casos que se mantienen bien, el primero sufre una regresión post parto en un proceso bilateral con neumotórax defectuoso que mantiene la expectoración positiva. El segundo caso, una paciente con neumo izquierdo que se encuentra bien antes y después de un parto normal.

Insistimos que en este último grupo se catalogan todas las lesiones avanzadas, tal vez con diseminación laringea, intestinales, etc., silenciosas hasta ese momento y que se hacen patentes y progresan por un cambio alérgico, hormonal, circulatorio, humoral, etc. Algunas de estas mujeres y no lo dudamos, como mal agregado, presentaban y presentan lesiones no específicas miocárdicas hepáticas o renales. Tal la condición de estas pacientes; no obstante, todas llevaron a buen término su embarazo.

Vemos pues la importancia de mantener un tratamiento inintermitente, ya sea dieteto-higiénico o combinado con la colapsoterapia. Y así, en los casos de una tuberculosis aparentemente curada o detenida, con buen estado general, las dudas al respecto pueden eliminarse siempre que el fisiólogo controle la paciente indefinidamente.

Así también, en los casos límites, en aquellos en los cuales el fisiólogo es incapaz de pronunciarse a priori, los obstétricos seremos abstencionistas y jamás nos opondremos a que la colapsoterapia sea instalada oportunamente o a que la paciente sea enviada a un Sanatorio.

En contraposición de lo que afirmamos, el aborto terapéutico en casos I, II y III practicados por nosotros en otras épocas nos han dado resultados lamentables.