

Tuberculosis y embarazo *

Por el Dr. J. LUIS GOMEZ PIMIENTA,
Académico de número.

Es una afirmación ya antigua, como muchas otras en Medicina, que la tuberculosis pulmonar tiene relaciones patogénicas muy estrechas con las etapas salientes de la vida genital de la mujer. La pubertad, el embarazo, y la menopausia, son épocas en las cuales, se dice, la tuberculosis tiene una incidencia considerable.

Las modificaciones por decir así integrales que experimenta el organismo femenino durante estas fases y en particular las mutaciones endócrinas de la menarquia, los requerimientos nutritivos en la gestación y los trastornos psíquicos y somáticos en la menopausia, son factores invocados en la patogenia de la tuberculosis, al igual que la fatiga, la hipoadministración, etc.

De este capítulo tan amplio y tan discutido de la medicina interna, a propósito del cual todavía no se dice la última palabra, he querido traer a la consideración de Uds. este breve estudio analítico sobre la tuberculosis y el embarazo.

Tanto para la redacción del presente trabajo, como para la vigilancia de las enfermas, he contado con la cooperación de los Dres. Manuel Bayona y Genaro Pliego, médicos del Servicio de Tisiología a mi cargo en el Hospital General. Aquí hago presente mi agradecimiento por su valiosa ayuda.

Por razones de diverso orden, me abstengo de entrar en consideraciones académicas referentes a si la gestación es o no factor que favorezca el desarrollo de la tuberculosis. Es posible que el embarazo, a pesar de ser un acontecimiento fisiológico, pueda catalogarse en determinadas circunstancias: repetido frecuentemente en mujeres alérgicas y con hábitos higiénicos defectuosos, como elemento desfavorable.

Cabe citar a este respecto las investigaciones de C. Eisele y sus colaboradores (1) quienes encontraron una incidencia tuberculosa de 0.96 por ciento entre las embarazadas, por ciento más

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 12 de julio de 1944.

elevado que el encontrado en grupos sociales idénticos pero no gestantes.

También en íntima relación con el tema que me propongo desarrollar, se encuentra el relativo al estado de salud de los hijos de tuberculosas. El número de casos observados y la naturaleza de las investigaciones practicadas, no me permiten llegar a conclusiones definitivas por lo que se refiere a la transmisión de algún elemento específico: inmunidad, infección, etc.; de ahí que me limite a señalar en el curso de la presente nota, los hechos encontrados a este respecto.

Con las aclaraciones anteriores, queda pues delimitado el propósito del presente trabajo: ¿qué conducta debe observarse frente a las tuberculosas embarazadas?

Revisando la literatura de los últimos años, he encontrado opiniones en extremo variadas. Patter (2) aconseja la interrupción del embarazo si la tuberculosis se reactiva antes del quinto mes. Schaefer (3) es de la misma opinión en caso de que la enferma tenga lesiones bilaterales o muy avanzadas. Lyman (4) interrumpe el embarazo en los casos activos que no muestran mejoría por el tratamiento y en particular cuando el neumotórax no es factible.

En contraste con las opiniones anteriores, Barroso Piñar (5), Mariette y Larson (6) y Baker y Ward (7), consideran que no hay ninguna ventaja en interrumpir el embarazo, pero insisten en la hospitalización y en el tratamiento adecuado de la lesión pulmonar.

El material de estudio destinado al presente trabajo, lo constituyen veinticinco historias clínicas recopiladas en los últimos tres años. Las características esenciales de estas historias, están contenidas en el cuadro número I.

Cuadro núm. I

Número de enfermas.	25
Activas (bacilíferas) al iniciarse el embarazo.	23
Aparentemente estabilizadas al iniciarse el embarazo.	2
Lesiones mínimas.	1
Lesiones moderadas.	2
Lesiones muy avanzadas.	22

Los datos relativos a la edad del embarazo en relación con la fecha en que se hizo el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar, se encuentran en el segundo cuadro:

Cuadro núm. II

Diagnóstico previo a la iniciación del embarazo.	3
Primer mes.	3
Segundo mes.	2
Tercer mes.	1
Cuarto mes.	5
Quinto mes	3
Sexto mes.	3
Séptimo mes.	4
Octavo mes.	1
	—
	25

Por lo que se refiere al tratamiento empleado y a los resultados obtenidos, se encontrarán los datos correspondientes en el cuadro tercero.

Cuadro núm. III

	Núm.	Estab	Sin cambio	Aggrav.	Maerte
Cura sanatorial	8 (32%)	1 (12.5%)	4 (50%)	— (0%)	3 (37.5%)
Neumo. unilateral	9 (36%)	7 (77.8%)	2 (22.2%)	— (0%)	— (0%)
Neumo. bilateral	3 (12%)	2 (66.6%)	1 (33.3%)	— (0%)	— (0%)
Toracoplastia	5 (20%)	4 (80%)	1 (20%)	— (0%)	— (0%)
Totales	25 (100%)	14 (56%)	8 (32%)	0 (0%)	3 (12%)

Se consideran estabilizadas aquellas enfermas en quienes no se encuentra ni lesión pulmonar ni eliminación de bacilos desde seis meses atrás. Algunas de las catalogadas "sin cambio", mejoraron durante el embarazo, pero llegaron al parto todavía con lesiones activas. Por otra parte, es posible que algunas evolucionen hacia la agravación o hacia la curación aparente. Se trata, pues, de resultados provisionales.

Conviene aclarar que por buenos o malos que se juzguen estos resultados terapéuticos, tienen, para el punto a discusión, un valor secundario. Son resultados apreciados hasta una fecha que no excede de tres meses después de verificado el parto, fecha que quizás un poco arbitrariamente hemos fijado para dejar

de considerar al embarazo, al parto o al puerperio, como factores que influyeran en la marcha ulterior de la lesión pulmonar.

Como se dijo con anterioridad, en tres enfermas se había diagnosticado la neumopatía e iniciado su tratamiento desde antes del comienzo del embarazo. Una de ellas era portadora de un neumotórax parcial, ineficaz, que hubo necesidad de corregir con una neumonolisis. La segunda tenía igualmente un neumotórax, satisfactorio, que se continúa hasta la fecha. Ambas se encuentran estabilizadas. La tercera padecía una tuberculosis hematógena que perdimos de vista dos meses después de verificado el parto. Las tres dieron a luz un producto normal y a término.

En las veintidós enfermas restantes, se hizo el diagnóstico de la neumopatía estando ya embarazadas, y por cuanto se refiere al tratamiento, fué aplicado en muy diversas fechas de la edad de la preñez. El neumotórax, por ejemplo, se inició en un caso durante el primer mes, en dos enfermas en el cuarto, uno en el quinto, dos en el sexto y tres en el séptimo.

Por lo que se refiere a las toracoplastias, se practicaron cuatro tiempos en embarazadas del cuarto mes, dos estando ya en el quinto y cuatro en gestantes del sexto.

Tres enfermas fueron tratadas con neumotórax bilateral. Una con lesiones moderadamente avanzadas en ambos pulmones y las otras dos con tuberculosis bilateral muy avanzada.

En el grupo de las enfermas tratadas con la colapsoterapia, no hubo ninguna defunción. En todas ellas se asoció una cura higiénico-dietética estricta.

Es entre las gestantes en donde se recurrió únicamente a la cura sanatorial, en donde los resultados son, a primera vista, muy desalentadores. Tres defunciones coincidiendo con abortos a pocos días después. Una sola estabilización y cuatro enfermas que llegaron al parto con lesiones activas. Pero examinando cuidadosamente los protocolos clínicos, estos resultados no son de extrañar. Una enferma con lesiones mínimas está estabilizada. Otra enferma, con lesiones muy avanzadas del pulmón derecho, fué diagnosticada encontrándose ya en el octavo mes del embarazo; el neumotórax no pudo aplicarse y no consideré oportuno practicar una toracoplastia en vista de lo avanzado del embarazo. Tres enfermas tenían lesiones de predominio fibroso, hematógena una

de ellas y no excavadas las otras. Las tres que fallecieron padecían lesiones caseosas bilaterales, y dos tuberculosis intestinal.

La evolución de las neumopatías encontradas en el grupo tratado únicamente por la cura sanatorial, es sensiblemente la misma que se observa fuera del embarazo.

Por lo que se refiere al parto, veintidós enfermas llegaron a término. Un niño nació muerto sin causa aparente; su peso era normal. No se practicó la necropsia. Dos fallecieron antes de sesenta días de haber nacido. El primero de ellos, hijo de una tuberculosa con lesiones nodulares, tuvo una pleuritis supurada bilateral. No se encontraron lesiones macroscópicas ni microscópicas de aspecto tuberculoso. La inoculación al cuy con el exudado pleural, no reveló bacilos de Koch ni alteraciones tisulares de esta naturaleza (Dr. Costero). En el otro no pudo verificarse la autopsia. Nació pesando un kilo 800 y al cabo de un mes, fecha de la muerte, tenía dos kilos cien grms.

En total, pues, hubo tres abortos y tres muertes antes de los sesenta días de edad. Se practicó la reacción de von Pirquet a los diecinueve niños restantes, habiendo resultado negativa en todos. Su evolución posterior ha sido favorable. La placenta fué examinada macroscópicamente en doce casos y en dos histológicamente. En ninguna ocasión fué posible encontrar lesiones tuberculosas.

Discusión

Al discutir la conducta terapéutica que deba observarse en las tuberculosas embarazadas, hay que analizar diversos factores tales como la influencia del embarazo sobre la neumopatía, la posibilidad o no de aplicar el tratamiento que amerite la lesión pulmonar y los resultados que en estas enfermas se obtengan. Por otra parte y en vista de la discrepancia de opiniones encontrada en la literatura médica, abstencionistas unos e intervencionistas los otros, comprobar o refutar que el aborto terapéutico influencia favorablemente la marcha de la tuberculosis materna, o bien, por el contrario, que es peligroso o cuando menos inútil.

Según nuestras propias observaciones, no hay ningún dato que permita afirmar una influencia nociva de la gestación sobre

la tuberculosis; ciertamente tuvimos tres defunciones, pero en los tres casos se trataba de lesiones caseosas bilaterales, muy avanzadas, es decir, formas anatomoclínicas fatales por necesidad. Observaciones similares en mujeres no embarazadas, permiten hacer esta formal afirmación. En cambio, en las veintidós enfermas restantes, o bien hubo mejoría o su evolución pudo ser controlada por el tratamiento aplicado, lo cual, en último análisis, es equivalente. En particular, hay que mencionar la marcha favorable de algunas enfermas tratadas únicamente por la cura sanatorial.

La explicación de este hecho, la no agravación de la tuberculosis en las embarazadas, no obstante los requerimientos nutritivos necesarios para el desarrollo del producto, se encuentra probablemente en que se aconseja a estas enfermas una cura higiénico-dietética adecuada y en la prescripción de medicamentos que satisfacen las necesidades fisiológicas de la gestación: hierro, calcio, etc. No me parece inadmisibles, además, alguna participación terapéutica del mismo útero grávido al elevar el diafragma y ejercer una acción hasta cierto punto parecida a la del neumoperitoneo.

Desde otro punto de vista, es obvio que el embarazo no se opone a la aplicación de ninguna terapéutica por cruenta o arriesgada que parezca. En algunos casos de orden quirúrgico diagnosticados después del séptimo mes, consideramos preferible, en términos generales, posponer la intervención, con excepción de la neumonolisis, hasta que se verifique el parto. Esta última operación la hemos practicado, incluso, en el último mes de la gestación.

En cuanto a los resultados obtenidos del tratamiento de la tuberculosis en las gestantes, me parece, a juzgar por los señalados con anterioridad, enteramente parecidos a los que habitualmente se obtienen en enfermas no embarazadas. Buenos en los casos favorables y malos en los casos perdidos. Conviene subrayar, además, que no por el hecho de no haberse obtenido la estabilización de una tuberculosis durante el embarazo, sería lógico tratar de obtenerla por medidas circunstanciales. El lapso de nueve meses, suponiendo que siempre fuera posible hacer el diagnóstico de la tuberculosis desde el comienzo de la gestación, es un plazo que no puede aplicarse como medida para juzgar sobre la eficacia o inutilidad de uno o de algunos tratamientos en la tuberculosis. En otras palabras, una mujer embarazada puede llegar con lesiones activas al parto

sin detrimento especial para ella. La negativización de las reacciones luéticas no siempre se obtiene durante la gestación y a nadie se le ha ocurrido, que yo sepa, aconsejar el aborto por este solo hecho.

Sería de desearse, claro está, obtener la estabilización de la neumopatía lo antes posible, pero no por el hecho de no haberse logrado durante el embarazo, es lógico tomar medidas de orden obstétrico. Su estabilización podrá alcanzarse después del parto si ella es factible.

No tengo ninguna experiencia sobre la influencia buena o mala que pueda tener la interrupción del embarazo sobre la evolución de la neumopatía. Sistemáticamente me he opuesto a ella, no precisamente por razones de orden deontológico, sino porque me parece, en principio, absurda y en todo caso innecesaria. Cuando se ignoraba la causa de la tuberculosis; cuando se creía que esta dolencia era el exponente del derrumbamiento orgánico; cuando la cura higiénico-dietética y la colapsoterapia eran desconocidas o mal aplicadas, se explicaba y hasta cierto punto se justificaba el aborto terapéutico. En la actualidad, por grande que sea nuestra ignorancia sobre estos puntos, con los medios terapéuticos con que contamos y con los resultados obtenidos con una conducta obstétrica conservadora, me parece que el aborto llamado terapéutico en las tuberculosas embarazadas, es inadmisibile en todos y cada uno de los casos.

Queda un punto por resolver: cuál es el estado específico y el porvenir de los hijos de las tuberculosas. La verdad oficial es que los productos de estas enfermas, separados desde al nacer, quedan indefinidamente indemnes de una bacilosis congénita o de origen materno post-natal. Los estudios de Kuss y de Parrot y los resultados obtenidos gracias a la colocación familiar de los recién nacidos, obra de León Bernard, así parecen demostrarlo. La aplicación del B.C.G. a estos niños, jamás, que yo sepa, ha determinado el fenómeno de Koch. Sanarelli (8) va más allá: cree que los hijos de tuberculosas gozan de cierta inmunidad frente al bacilo de Koch.

Por mi parte, dado el corto número de observaciones personales que tengo y en vista de las investigaciones tan superficiales que hemos efectuado: examen de la placenta y reacción de von Pirquet en el niño, no me considero autorizado para emitir una opi-

nión fundamentada. Lo único que puedo decir es que estas investigaciones no han demostrado la existencia de infección bacilar en el producto.

Cualquiera que sea la verdad sobre este punto, es evidente que aun en el caso de que el hijo tuviera un contagio pre-natal, no por ello estaría justificado interrumpir su desarrollo. Lo que cabría, en esa supuesta eventualidad, sería evitar el embarazo y en caso dado tratar al niño.

Con las reservas derivadas del corto número de observaciones, creo poder afirmar que el problema de la tuberculosis y el embarazo es completamente artificial. Ninguno de los puntos encontrados en la literatura médica a este respecto, justifican una conducta especial ya sea sobre la neumopatía o sobre el producto.

Es de desearse, desde luego, la investigación sistemática de la tuberculosis en las gestantes, al igual que la sífilis o que cualquier otro padecimiento importante, investigación que debe hacerse aun en ausencia de toda sintomatología local o general.

Diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, preferentemente en un servicio de fisiología debidamente atendido y con la colaboración del tocólogo, y la separación inmediata del niño apenas efectuado el parto, son las medidas de orden profiláctico y terapéutico que me parece justificado prescribir en la mayoría o en la totalidad de las tuberculosas embarazadas.

Lo anteriormente señalado no quiere decir que sea prudente aconsejar el embarazo en las tuberculosas; el puerperio no siempre es feliz, principalmente en las embarazadas diagnosticadas tardíamente o con formas malignas. Las cargas económicas motivadas por el embarazo, la tuberculosis y la lactancia artificial, agravarían la situación de los hogares modestos con todos los inconvenientes que de ello se derivan para la enferma y para los demás miembros de la familia. Pero si el embarazo no debe aconsejarse en las tuberculosas, menos justificado aún me parece optar por el aborto terapéutico. Tal manera de proceder la considero ilógica, peligrosa o cuando menos inútil.

Conclusiones

1a.—No existen pruebas de que el embarazo agrave la marcha de la tuberculosis pulmonar.

2a.—El embarazo no impide el tratamiento adecuado de la tuberculosis pulmonar.

3a.—La evolución y los resultados del tratamiento de la tuberculosis pulmonar son sensiblemente idénticos en las gestantes y en las mujeres no embarazadas.

4a.—En nuestras observaciones no comprobamos la transmisión de la tuberculosis de la madre al producto.

5a.—Se considera ilógico, peligroso o cuando menos inútil el aborto terapéutico en las tuberculosas.

6a.—Se aconseja la investigación sistemática de la tuberculosis en las gestantes y su tratamiento en un servicio de enfermedades pulmonares bajo la vigilancia conjunta del partero y del fisiólogo.

B i b l i o g r a f í a

1. The problem of unsuspected tuberculosis in pregnancy. C. W. Eisele, W. B. Tucker, R. W. Vines and J. L. Batty. *Am. J. Obst. Gynec.* August, 1942.
2. Pulmonary complications during pregnancy. M. G. Patter. *J. A. M. A.* August 17, 1940.
3. The management of pregnancy complicated by tuberculosis. G. Schaefer, D. E. Law, *Quart. Bull. Sea View. Hosp.* October, 1940.
4. Pregnancy and tuberculosis. D. Lyman, *Yale J. Biol. & Med.* Jan., 1943.
5. Casos clínicos de tuberculosas embarazadas en relación con el aborto. C. F. Barroso Piñar. *Revista de Medicina y Cirugía de La Habana.* Mayo, 1940.
6. The treatment of the tuberculosis women during pregnancy. E. S. Mariette, L. M. Larson & J. C. Litzenberg. *Am. J. M. Sc.*, June, 1942.
7. Pulmonary tuberculosis and pregnancy. R. H. Baker and A. D. Ward. *New England J. Med.* February, 1942.
8. L'heredité et la contagion dans la tuberculose. C. Sanarelli. Payot (editor), 1931.