

Sobre tuberculosi del coll uterí

pel

Dr. E. SEGUÍ I POU

La tuberculosi del coll uterí pot ésser propagada per continuïtat de la del cos o de la dels anexos i del cos, però pot també constituir entitat morbosa isolada en l'aparell genital femení. I és a aquesta, malgrat no sigui massa freqüent, que vaig a referir-me.

La descripció a part de tal localització genital única, està plenament justificada per una part pel fet positiu de què sovint l'orifici intern marca una mena de barrera a l'endometritis tuberculosa i per altra perquè la tuberculosi limitada al coll pot tenir particularitats de textura histològica, de diagnòstic clínic i de tractament, que li pertanyen de mode exclusiu.

La via d'infecció no sembla pas ésser la directa ascendent deguda a relacions sexuals amb subjecte afecte de tuberculosi amb lesions genital o sense (car sabuda és la troballa del bacil de Kocch a l'esperma de tuberculosos amb genitals indemnes).

Això, pel que es refereix a la mucosa vaginal del coll, s'ha volgut explicar per les particularitats anatòmiques del seu epiteli, el tipus del qual pavimentós estratificat, sembla poc apte per a allotjar els bacils dipositats a la seva superfície. I en quant a l'endocèrvix, el gros desenvolupament glandular amb abundosa secreció fortament viscosa i les descamacions, diapedesis i ruptures vasculares de les fases menstruals també obrarien dificultant aquella implantació.

La via descendent hemàtica arterial és la més versemblant, tant pel que en diuen els diferents tractadistes, com pel que jo porto observat personalment en aquesta matèria.

Si he vist dones afectades de lesions genitals tuberculoses en les quals el contagi pel marit tuberculós m'ha semblat indiscutible, cap d'elles presentava localització cervical isolada.

En canvi, els casos que he pogut estudiar i tractar a fons, tenint el diagnòstic precís d'aquesta localització, tots requereien en dones amb historial tuberculós antic i casades amb homes sans.

Les lesions poden radicar de preferència a l'endocèrvix o la superfície vaginal del coll. I dic de preferència, perquè és difícil assenyalar límit precís quan l'orifici del coll està envaït, i en aquests casos poden ésser simultànies les lesions.

La forma macroscòpica és variable, encara que fàcilment puguin encaixar-se les variants dintre uns quants tipus.

La forma miliar no sé que es trobi dintre les localitzacions exclusives del coll, ja que és patrimoni de malalties afectes de tuberculosi generalitzada.

La forma més comuna és la ulcerativa amb lesions úniques o múltiples ben circumscrites, de cantells despresos i de fons rosat granulós sagnant al contacte i treient una secreció purulenta característica.

Una altra forma, no tan freqüent, és la vegetant, caracteritzada per l'aspecte exuberant, produït per unes masses de neoformació, de tipus papilomatós, fàcilment sagnants.

Una forma intermitja, entre les dues que acabo d'indicar, la donen aquells casos que a l'espèculum mostren tot el morro de tenca descamat d'epiteli, de color roig i, si bé conservant la forma, de superfície irregular, apreciant-se en les depressions de la mateixa parcelles de contingut caseós.

Menys freqüent, i fins sumament rara, és la forma dita intersticial, per Chaton, en què el fet dominant és la hipertrofia del coll sense lesió de mucosa. Els tubèrculs es troben en el gruix de la paret hiperplasiada.

Jo he vist casos d'hipertrofia amb ulceracions fungoses fimi-ques.

A l'endocèrvix la tuberculosi pot presentar una aparença catarral simple o amagar lesions ulceratives o vegetants únicament demostrables per dilatació prèvia i capaces de produir puòmetres.

El comú denominador histològic és el tubèrcul. És freqüent la troballa del bacil més o menys abundosa.

Però, a vegades, es presenten com a particularitat histològica, formacions reaccionals que en afectar el teixit fibro-muscular donen lloc a les formes hipertròfiques i que quan es manifesten per part de l'epiteli ho fan en forma de vegetació papillar i adenomatoses les quals donen lloc als tipus abans esmentats.

Aquesta tendència a les noviformacions reaccionals podria explicar els casos clars que es registren d'associació de la tuberculosi del coll de l'úter amb un càncer consecutiu.

La simptomatologia subjectiva és poc precisa. L'afecció no és dolorosa i les pacients no sempre presenten aspecte de sofriment. En canvi, objectivament, les pèrdues moco-purulentes abundoses, per regla general, i a vegades hemorràgiques atípiques o consecutives al coit condueixen a l'exploració ocular i a la biòpsia que comunment resol el cas.

Ultra això, les malaltes podran presentar temperatures febrils i símptomes d'altres localitzacions fímiques en potència o en latència.

El laboratori podrà ajudar al diagnòstic amb la inoculació al cobai de les secrecions morboses més aviat que amb les tuberculino-reaccions, poc demostratives en aquests casos. Els mètodes serològics semblen haver donat a Cotte prou convenciment per acceptar una forma inflamatòria de tuberculosi de coll, caracteritzada únicament per hiperplasia glandular i esclerosi.

El curs clínic és crònic amb alternatives d'agreujament i millora i no és d'esperar la curació espontània. En general, les pacients van enfondrant-se lentament contribuint a això les altres localitzacions fímiques i les infeccions secundàries.

Per contra, el tractament, ben dirigit, guareix gairebé sempre la tuberculosi del coll uterí, és pràcticament innocu i millora notablement l'estat general de les pacients.

Ultra el compliment de les indicacions generals de la tuberculosi, l'acció local té un gran interès.

Són recomanables les aplicacions tòpiques de formol en fortes concentracions, de clorur de zinc al mig per cent, de tintura de iode i de nitrat d'argent, que de fet semblen haver guarit formes ulceroses ben limitades. Però l'actuació quirúrgica és la que ha

de privar per la seva eficàcia i la seva rapidesa sense que tingui necessitat d'ésser mutiladora.

Les histerectomies no són indispensables i, per altra part, acusen mortalitats crescudes. Són ben substituïdes per les cauteritzacions al termo o per les amputacions altes del coll, segons els casos.

L'ús del termo té la seva indicació òptima en les formes vegetants.

L'amputació alta del coll està més indicada en les formes ulceroses i es fa ordinàriament amb estisora i bisturí amb la tècnica més adaptable al cas. Hi ha qui la fa amb el termocauteri, cosa que no em sembla recomanable en pacients que puguin concebre, perquè s'afronten perills de distòcia per dilatació defectuosa de la zona cicatricial i ultra això són possibles hemorràgies secundàries a la caiguda de l'escara.

Els resultats són en general bons i encara que hi càpiguen recidives aquestes no són freqüents. Elles podrien, certament, motivar indicacions més radicals cas de presentar-se.

Les pacients joves i amb el restant aparell genital sa, poden conservar la seva aptitud maternal.

Heus aquí una petita casuística de tuberculosi del coll uterí:

Emília C., de Santa Eulàlia de Vilapiscina (suburbi de Barcelona), 36 anys, casada, plurípara. Marit pagès robust sense història fímica. Presenta la pacient lesions fímiques fibroses a l'àpex esquerre i té un historial d'hemoptisi. Menstruació de tipus oligomenorreic des de molts anys però regular de ritme. Fa uns sis mesos abundosa leucorrea purulenta i a vegades resada. Temperatures de 37 a 38 graus, puls a 100 lleugerament hipotens. A l'examen local, coll uterí gros, descamat al voltants de l'orifici i presentant una ulceració fungosa en el seu fons i que s'estén des de la comissura esquerra cap enrera fins més allà de la línia mitja. La biòpsia acusa tubèrculs típics. Amputació alta del coll que queda arran de fons vaginals. Bon curs operatori. Augment de pes en els mesos següents en què la pacient notablement millorada àdhuc de les lesions pulmonars es fa de nou embarassada. Part a terme, normal.

Carme C., natural de Tona, de 22 anys. Peritonitis tuberculosa a la infància. En arribar a l'època de la pubertat la menstruació no es presenta malgrat el tipus aparentment sa de la interessada.

Es casa després de la conformitat del contraent, jove, sa, d'ofici fuster, amb el meu pronòstic d'esterilitat. Als dos anys de matrimoni pèrdues roges després dels coits. Bon estat general. Apirèxia. A l'examen apareix el fons de la vagina ple d'una massa de vegetacions roges sagnants al contacte que van implantades al coll de l'úter la forma i l'orifici del qual amaguen per complet. Una biòpsia practicada a fons permet al professor Lluís Guilera de trobar lesions epitelials representades per vegetacions papil·lars i endomatoses i que representen formacions secundàries reaccionals amb relació amb el fet primari que indiquen els tubèrculs típics que es troben en els talls. Practicada destrucció al termo roig, ombra de tota la massa vegetant i de la seva implantació. Curs normal. Guariment que continua des de fa 6 anys.

Isabel M., 42 anys. Natural de Terrassa. Casada amb marit botiguer, de bon aspecte i sense lesió fímica clínicament perceptible. Bípara. Malaltissa des de la infància si bé no ha acusat mai trastorns menstruals, essent les manifestacions morboses habituals agudització d'un catarro crònic de pit i ràfagues febrils. Des de fa un any, leucorrea muco-purulenta abundosa i persistent, a vegades tenyida amb sang. A l'examen, coll uterí sumament voluminós, fent que l'histeròmetre acusi 10 cm. de totalitat d'úter. El morro de tenca apareix descamat mostrant una superfície granulosa quelcom prominent sagnant al més petit contacte. Aquesta lesió es propaga cap a la dreta i cap amunt en un amplada d'uns dos centímetres fins arribar al fons de sac anterior. La biòpsia mostra teixit inflamatori. Reiterada acusa tubèrculs típics. La topografia de les lesions no permet una amputació alta impecable i, per això, es fa cauterització al termo roig ombra de tota la zona malalta seguida de repòs al llit i irrigacions antisèptiques amb líquid de Dakin. La leucorrea s'ha reduït notablement. Mig any després (ara fa poques setmanes), torno a veure la pacient; està molt millorada. Resta prop de la comissura una lesió del tipus de la primitiva de forma elíptica d'1 cm. de diàmetre màxim. El coll continua voluminós. La pacient se sent bé i refusa per ara tota intervenció.

He perdut de vista una altra malalta a la qual 10 anys enrera vaig fer una amputació del coll per lesions preferentment endocervicals, el diagnòstic histològic de la qual fou fet després d'operada. Guarí la seva leucorrea purulenta i no he sabut de la pacient sinó que tingué un infant als dos anys d'operada.

De tot ço, dit gairebé en forma telegràfica, podrien desprendre's les següents

Conclusions

1.^a—L'estudi a part de la tuberculosi limitada al coll de l'úter està justificada per particularitats de textura histològica, diagnòstic i tractament.

2.^a—La tuberculosi genital femenina localitzada exclusivament al coll és sempre secundària i no filla de contagi directe.

3.^a—L'anàlisi histològica s'imposa per al diagnòstic. Eventualment poden servir la inoculació al cobai i més rarament les investigacions serològiques, no tenint valor pràctic les reaccions a la tuberculina.

4.^a—El tractament general a part, localment ha d'enfocar-se el guariment amb conservació íntegra de funció, ço que s'obté àdhuc amb intervencions quirúrgiques conservadores úniques a practicar sempre que es parteix d'un diagnòstic precís de localització purament cervical.

Barcelona, juny del 1932.