# ANOTACIONES SOBRE TERAPIA CON CORTICOSTEROIDES EN GINECOLOGIA *

Doctores **Hernando Amaya-León, Guillermo López-Escobar** * *

Ciertas drogas, como algunos hombres en la política internacional, marcan épocas; tal ha sucedido con la cortisona, cuya aparición causó gran revuelo, por cierto con justificación. Desde los años 50, cuando se publicaron las primeras experiencias aplicadas en obstetricia y ginecología, se pensó haber llegado al Dorado de la especialidad, y se ensayó la cortisona con buena dosis de optimismo en aquellos problemas que hasta entonces habían sido un escollo en nuestro ejercicio profesional.

Recordemos los resultados halagadores publicados por Moore y col. (1) en Dublín sobre terapia con cortisona en toxemias. Entre nosotros, tal vez por la aparición en el mismo año de ciertos artículos como el de Courrier (2), en donde se comprobaban alteraciones fetales y placentarias en animales de experimentación, tal terapia fue vista con cierto recelo y no fue aplicada sino ocasionalmente, a pesar de ser la toxemia un problema que nos atañe directamente por su relativa frecuencia; los resultados (3) poco interesantes hicieron desistir a los animadores de la idea. Hoy, casi nadie piensa en los corticosteroides para el manejo de las toxemias.

Igual cosa sucedió con los casos de madres Rh negativas sensibilizadas e hijos con eritroblastosis; Anderson y col. (4), Doerner y col. (5), entre otros, creyeron haber encontrado la solución al problema; pero poco tiempo después, nuevos datos fueron decepcionantes y De Costa y col. (6), en 1954, dieron pauta final al relatar 18 niños muertos de 45 nacidos en tales condiciones. Entre nosotros, por esos años, se intentaron algunas experiencias, pero no se vieron resultados halagadores. Hoy día, la corticoterapia ha sido olvidada para este problema.

Aprovechando su notable acción antiinflamatoria, desde un principio se sugirió su bondad en enfermedad pélvica inflamatoria aguda; los resultados presentados han sido bastante satisfactorios (7, 8, 9), asociando corticoides y antibióticos. En nuestros servicios de ginecología hemos sido unos buenos admiradores de los derivados de la pirazolona, en especial de la fenil-butazona, como comunicó Amorocho (10) en 1955, también asociándola con antibióticos; consideramos nuestros resultados

---

* Contribución al IV Congreso Latino-Americano de Ginecología y Obstetricia. 22 a 28 de julio de 1962. Bogotá, Colombia.

* * Profesores Asociados de la Cátedra de Ginecología, Universidad Nacional de Colombia. Del Departamento de Ginecología y Obstetricia. Facultad Nal. de Medicina. Bogotá, Col.

tan significativos como los obtenidos con la cortisona, y sus peligros, menores; de ahí que nuestra experiencia con esta droga ha sido ocasional, y que sigamos prefiriendo la fenil-butazona, ahora con mayor razón cuando contamos con derivados de muy baja toxicidad.

Cuando Kurzrok y Streim (11) presentaron 8 casos de enfermas con trompas ocluídas tratadas con cortisona y obtuvieron 5 embarazos, se vio renacer la esperanza por este grave problema de esterilidad conyugal. Nuestras observaciones, años más tarde [Amaya (12) ] no confirmaron resultados tan optimistas; insistimos luego en casos adicionales, pero al completar 10 con solo 2 trompas permeabilizadas y ninguna gestación, abandonamos el procedimiento. No podríamos explicar el porqué de resultados tan disparejos, pero nos llama la atención que siendo éste un tema tan excitante no hay citas bibliográficas en las revistas consultadas, si se exceptúan Kurland y Loughran (13), también de New York, que obtienen 6 embarazos en 20 casos tratados.

En materia de hidrotubaciones empleando corticosteroides solos o asociados con hialuronidasa y antibióticos, hay estadísticas satisfactorias (Ascenzo y col., 14); nosotros, en 20 casos tratados y controlados, hemos obtenido resultados casi completamente negativos, pues se lograron permeabilizar las trompas en 3 casos, pero ningún embarazo posterior. Tenemos la sensación de que actúa mejor el factor mecánico que la acción antiflogística o antibiótica local. Como medida coadyuvante en el acto quirúrgico o post-operatorio de intervenciones plásticas tubáricas podrían emplearse, y así lo hacemos ocasionalmente, sin especial optimismo.

En 7 casos de síndrome adreno-genital, 2 de ellos clasificados como estado "límite" ["borderline" de Gold y Frank (15) ] y 2 síndromes congénitos, tratados con corticosteroides, los resultados fueron dramáticos; normalización de reglas, ovulación, algunas mejorías de hirsutismo, y embarazos en 2 de ellas, infértiles de varios años.

Tanto en estos casos de embarazo como en otros sometidos a esta terapia por otra patología (lupus, artritis, asma), a pesar de dosis sostenidas en todo el curso de la gestación, no hemos observado anomalías en los niños, que han venido siendo controlados cuidadosamente. Esto corrobora lo observado por muchos autores, Margulis (16) desde 1853, entre otros.

Estos buenos resultados, "...han estimulado a muchos autores a estudiar el efecto de la cortisona en estados que tienen uno o más síntomas en común con esta enfermedad..." como afirman Jailer y Wille (17); y agregan: "...esto ha conducido a algunos al uso indiscriminado de la cortisona en estados como, por ejemplo, la amenorrea, la esterilidad e irregularidades menstruales. La mayoría de los entusiasmos por la eficacia de la cortisona en el tratamiento de irregularidades menstruales se han basado en series completamente inadecuadas. Southam, en un reciente estudio, encuentra que el 40% de pacientes con amenorrea secundaria recuperan sus menstruaciones sin tratamiento...". Nosotros, convencidos de que los corticosteroides tendrían un campo de ac-

ción eficaz en los casos de estos últimos trastornos ginecológicos mencionados con compromiso suprarrenal, pretendimos iniciar un estudio terapéutico de algunas de esas enfermas; sin embargo, en el momento actual no se han podido encontrar los elementos adecuados para investigar la función suprarrenal, particularmente en lo referente a su acción androgénica (aún en los centros de gran envergadura científica), y por eso nos pareció que el uso indiscriminado de tales drogas podría causar más daño que beneficio; y no insistimos en la investigación terapéutica, orientándola mejor hacia un estudio discriminatorio de los casos.

Nuestra experiencia en el uso de preparados locales en el tratamiento de prurito vulvar es muy satisfactoria, no solamente en casos de alergias sino en aquellos debidos a infecciones micóticas o parasitarias, cuando el síntoma es muy acentuado y no se ha logrado reducir el problema con la medicación causal. Nuestros casos son casi en totalidad de la clientela privada, porque el alto costo de tales preparados comerciales los han convertido en artículo de lujo.

Por lo expuesto, queremos expresar nuestra sensación actual, de que los corticosteroides tienen su aplicación casi exclusivamente en los síndromes ginecológicos que tienen una neta participación suprarrenal; en las demás condiciones, es muy discutible, y ocasionalmente, peligrosa.

El cuadro de Gold y Scommegna (18) es para nosotros, el mejor resumen de nuestras ideas al respecto:

CONDICIONES CLINICAS PARA LAS QUE PUEDEN USARSE CORTICOSTEROIDES

| ENTIDAD CLINICA | Específicamente indicado | Posiblemente indicado | Indicación DUDOSA |
|---|---|---|---|
| 1. *Enfermedades adrenales* | | | |
| a) Síndrome adrenogenital . . . . | * | | |
| b) Síndrome adrenogenital límite . | * | | |
| c) Enfermedad de Addison . . . | * | | |
| 2. *Enfermedades neoplásicas* | | | |
| a) Carcinoma del seno . . . . . | | * | |
| b) Carcinoma uterino . . . . . | | | * |
| c) Carcinoma cervical . . . . . | | | * |
| 3. *Enfermedades oclusivas* | | | |
| a) Enfermedad pélvica inflamatoria | | | * |
| b) Embarazo ectópico (post-salpingectomía) . . . . . | | | * |
| 4. *Complicaciones del embarazo* | | | |
| a) Preeclampsia y eclampsia . . . | | | * |
| 5. *Enfermedades alérgicas* | | | |
| a) Prurito vulvar . . . . . | | * | |

## BIBLIOGRAFIA

1. MOORE H., JESSOP W. J. E., O'DONOVAN D. K., BARRY A. P., QUIN B., DRURY M. I.: **Brit. M. J.,** 1: 841, 1951.
2. COURRIER R.: Cortisone and Gestation. **J.A.M.A.,** 146: 493, 1951.
3. ACOSTA B. E.: Cinco casos de coma eclámptico tratados con Cortisona. **Rev. Colomb. Obst. Ginec.,** V: 257, 1954.
4. ANDERSON J. R., BARR G. M., SLESSOR A.: Attempt to prevent erytroblastosis foetalis by use of Cortisone during Pregnancy. **Brit. M. J.,** 2: 542, 1952.
5. DOERNER A. A., NAEGELE Ch. F., REGAN F. D., SHANAPHY J. F., EDWARDS W. B.: Effect of Cortisone on sensitized Rh negative pregnant women and erythroblastotic infant. **J.A.M.A.,** 147: 1099, 1951.
6. DE COSTA E. J., GERBIE A. B., POTER E. L.: Cortisone and Erytroblastosis; Evaluation of management of Pregnancy in Rh immunized Women. **Obst. & Gynec.,** 3: 131, 1954.
7. COLLINS C. G., DAVIDSON D. A., MATHEW N. M.: Use of Cortisone in Pelvic Celulitis. **New Orleans M& S. J.,** 104: 385, 1952.
8. HURTIG A.: Cortisone and specific antibiotics for resistant Pelvic Infections. **Am. J. Obst. Gynec.,** 73: 1183, 1957.
9. WILES S. H., JACOBS W. M., LAUDEN A. E., FROMAGEN L.: Cortisone and Tetracycline in Chronic Recurrent PID. **Obst. & Gynec.,** 7: 689, 1956.
10. AMOROCHO C. J.: Tratamiento de las afecciones inflamatorias anexo-parametriales con Fenil-butazona. **Rev. Colomb. Obst. Ginec.,** Memorias de la 2ª Convención Colombiana de Obst. y Ginec., p. 315, 1955.
11. KURZROK L., STREIM E.: Cortogen in Treatment for Sterility due to Nonpatent Tubes. **Fert. & Sterl.** 5:15, 1954.
12. AMAYA-LEON H.: Cortisona en el tratamiento de esterilidad femenina por obstrucción tubaria. **Rev. Colomb. Obst. Ginec.,** IX: 569, 1958.
13. KURLAND I. I., LOUGHRAN Ch. H.: Corticosteroids in the Treatment of Nonpatent Tubes. **Am. J. Obst. Gynec.,** 81: 243, 1961.
14. ASCENZO C. J., HOYLE C. J., DE LA FUENTE C. R., CHIONG Ch. V., RUIZ G. R.: 450 hidrotubaciones histero-tubáricas realizadas en el Centro Peruano de Fertilidad Matrimonial. **Rev. Colomb. de Obst. Ginec.,** X: 261, 1959.
15. GOLD J. J., FRANK R.: The Borderline Adrenogenital Syndrome: an intermediate entity. **Am. J. Obst. Gynec.,** 75: 1034, 1958.
16. JAILER J. W., WIELE R. V.: El papel de la corteza suprarrenal en Ginecología. **Progresos en Ginecología** (Meigs-Sturgis), V. III, p. 303.
17. MARGULIS R. R., HODGKINSON C. P.: Evaluation of the safety of Corticotropin (ACTH) and Cortisones in Pregnancy. **Obst. & Gynec., 1:** 276, 1953.
18. GOLD J. J., SCOMMEGNA A.: The use of Corticoids in Obstetrics and Gynecology. **Clinical Obstetrics and Gynecology,** vol. 3, Nº 4, p. 1070, Paul B. Hoeber Inc, Dec. 1960.