

PRIMERA MESA REDONDA

Pregunta: ¿Creen los relatores que los resultados terapéuticos no muy claros obtenidos por los corticosteroides, en problemas estrictamente ginecológicos, justifican la divulgación de su empleo entre los médicos prácticos, o si todavía debe considerarse como un tratamiento experimental?

Doctor *Hamblen:* Hay casos claros como la hiperplasia suprarrenal en los cuales se justifica el tratamiento porque son casos definidos, como aquellos otros en los cuales hay tumores de pituitaria con hiperplasia suprarrenal y en los que creo se debe divulgar el tratamiento con corticosteroides. En cambio, en aquellos otros casos límites en que no está perfectamente definida la indicación, y para no mencionar sino específicamente el tratamiento de la llamada Amenorrea Idiopática con corticosteroides, éstos no deben ser divulgados. Si la paciente tiene 17 cetosteroides altos, más o menos, se justifica su tratamiento. Pero el uso promiscuo e indiscriminado es algo que no debe ser divulgado sobre todo por los clínicos generales. Insisto en que toda paciente que ha tenido así sea un pequeño tratamiento con corticosteroides debe llevar una tarjeta indicando que ha sido tratada, por la posibilidad o el peligro que tiene de shocks o de complicaciones postquirúrgicas o de

traumatismo, y que toda paciente a quien se le ha dado corticosteroides, así sea en pequeñas dosis, vivo con el miedo de que pueda hacer complicaciones.

Pregunta: ¿Cuál es la dosis empleada en el tratamiento de amenaza de aborto?

Doctor *Murray:* Ante todo quiero aclarar que los casos de amenaza de aborto que han sido mencionados han sido únicamente dos. Hemos hecho unas determinaciones de 17 cetosteroides en muchos casos de amenaza de aborto, y únicamente en estos dos hemos encontrado una elevación por encima de la cifra normal. La dosis que se ha empleado ha sido alta en los primeros días: 40 mgrs. de prednisona durante 4 días para descender rápidamente hasta llegar a 20 mgrs. en que se ha prolongado durante el tiempo necesario.

En ambas pacientes la metrorragia desapareció dentro de los 4 o 5 días de tratamiento, y hecho realmente sorprendente es que el cuello, que estaba ampliamente abierto en una de ellas, el orificio cervical, y que inducía a pensar que se trataba de un aborto en curso, quedó cerrado después del tratamiento y la enferma siguió su embarazo hasta el término. La dosis en consecuencia, es elevada en cualquier mo-

mento y disminuye rápidamente hasta la mitad a aun menos, hasta que desaparecen los síntomas; en una de las pacientes hubo una reaparición de la metrorragia con signos de amenaza de aborto nuevamente ya en el tercer mes, o tercer mes y medio, y fue sometida sin dosificación previa de los 17 cetosteroides, también fue sometida a corticoides y mejoró rápidamente la sintomatología, continuando aún el embarazo.

Pregunta: Si los resultados obtenidos en los 15 casos de homosexuales tratados con corticoides se siguieron controles de laboratorio, y si estos pacientes durante el tratamiento llevaron vida aislada o si vivieron en promiscuidad.

Doctor Cardona: Este estudio que se ha presentado aquí es una información preliminar. Apenas se refiere a 15 casos. Yo quisiera que Dios me conservara la vida un tiempo para reunir 100 casos y entonces sí sería posible responder un sinnúmero de preguntas que se pueden hacer al respecto. En primer término, todos estos casos, si no tienen lesión orgánica controlable por medio de la cromatografía en columna de los 17 cetosteroides, no se pueden estudiar. Se trata exclusivamente de los casos donde hay lesión orgánica, y por eso es *conditio sine qua non*, necesario practicar primeramente, no solamente la dosificación de los 17 cetosteroides, que así en bruto no dicen nada, sino es la cromatografía, y buscando la relación de las fracciones que corresponden a la suprarrenal y la que corresponde a las 17 de origen gonadal. Si no se llenan todos esos requisitos, el

tratamiento no se puede hacer. Sería una temeridad. En cuanto a si las personas morfológicamente y en su vida de relación actúan normalmente, respondo que no he tenido oportunidad de tratar pacientes con lesiones bien definidas.

Doctor Cardona: La otra pregunta es si se curaron con la terapia.

El más antiguo de los casos tiene 3 años apenas y va muy bien. Otro suprimió el corticoide; salió de Colombia y entonces vino un descenso brusco. Se interrumpió la terapia con un tiempo relativamente corto y recayó; por lo tanto hay necesidad de comenzar de nuevo el tratamiento para ver cómo se acaba de curar. Los otros son de data más reciente. Ellos son homosexuales. Se inicia la terapia y principia la mejoría por un estado de indiferencia, tanto así que se tranquilizan. Se les quitan todas las preocupaciones y luego que les pasó ese estado vienen las manifestaciones de curación. Pero falta todavía el control de tiempo. Yo creo francamente que sosteniendo el tratamiento y haciéndolo con todo el cuidado y la atención que se merece, éste tiene que dar buenos resultados. Hay un cuadro concebido por Wilkins en el cual da una explicación de cómo viene desde la hipófisis por medio del A. C. T. H. a la corteza suprarrenal y obra no sobre los minerales corticoides, sino sobre los otros tres elementos, frenando por medio de la Cortisona, se pone en reposo la hipófisis y en ese reposo las gonadotropinas de unas y otras entran a funcionar; van a obrar sobre el testículo, si se trata de los hombres, y sobre el ova-

rio si se trata de las mujeres. Viniendo esta inhibición por medio de la cortisona sobre la hipófisis empiezan a funcionar las cosas por los cauces de la legalidad y tal como debe ser.

Pregunta: ¿Qué experiencia tiene la Mesa sobre el aspecto de los corticosteroides en las lesiones obstructivas de las trompas, local y general?

Doctor *Amaya:* Nosotros podemos dividir la experiencia en tres etapas: La primera, que fue únicamente con cortisona a raíz del trabajo de Cord & Strain, que la empleamos en cinco casos sin ningún resultado. Luego la asociamos con las hidrotubaciones dando cortisona y al mismo tiempo haciendo hidrotubaciones y antibióticos, alternando uno y otro. Los resultados también fueron muy mediocres. Y las últimas 20 de esas fueron únicamente con hidrotubaciones a base de cortisona y de antibióticos, cuyos resultados escucharon en la contribución; únicamente tres trompas permeables y ningún embarazo. Esta es la única experiencia que tenemos nosotros.

Pregunta: ¿No consideran los relatores que los resultados favorables obtenidos en el tratamiento de los trastornos menstruales con los corticoides son inferiores a los que se producen espontáneamente?

Doctor *Murray:* Indudablemente que tratándose de mujeres jóvenes con trastornos primitivos de su ciclo menstrual, hay que tener en cuenta la posibilidad de la instalación de un ciclo normal en condiciones fisiológicas. De manera que si tenemos en cuenta ese aspecto no hay

duda. Pero este grupo de enfermas incluye a mujeres de 22 años de edad, algunas de ellas sin signos primarios sino secundarios de alteración del ciclo, y por otra parte coincidía, además, en signos de hiperplasia suprarrenal, evidentes mediante los actos efectuados, de donde creemos poder atribuir sin duda alguna a la hiperplasia suprarrenal y en consecuencia el tratamiento a la evolución fisiológica de la suprarrenal.

Pregunta: Si en una paciente con impresión diagnóstica de síndrome de Stein Leventhal se comprueba ovulación en algún ciclo, ¿queda descartado dicho diagnóstico?

Doctor *Hamblen:* En primer lugar depende de lo que se entiende por síndrome de Stein Leventhal, ya que yo no lo sé y no estoy muy seguro de que si se siguieran las reglas exactas del juego el mismo doctor Stein no sabría de cuál síndrome se estaría hablando. Porque las reglas cambian año por año a medida que se conocen nuevos trabajos y de acuerdo con la última publicación. Creo que el llamado síndrome de Stein Leventhal es simplemente un amplio espectro de dificultades ováricas con microquistes, esclerosis y dificultades de ovulación, por lo general absolutas, que se combinan para hacer una hiperplasia endometrial. Pienso que el hallar ovulación, aunque no sea sino una sola vez, debe hacerlo dudar a uno del diagnóstico y más que del diagnóstico, del tratamiento quirúrgico, puesto que si pensamos que mi amigo Stein durante treinta años sólo ha encontrado un centenar de pacientes con síndrome de Stein, es decir 3 por año, pues pienso

que aquellos que operan 15 veces al año síndromes de Stein están operando demasiado, y si encuentro un signo de ovulación o la indicación de que ha existido ovulación en una paciente, esperaré mucho más tiempo a ver si se suceden de nuevo estas ovulaciones antes de someterla a una sección cuneiforme.

Pregunta: ¿Los efectos colaterales de los corticosteroides no los contraindicarían en las algomenorreas?

Doctor *Amaya:* Nosotros en la cátedra consideramos que los corticosteroides no son medicación inocua. Hay que manejarlos con mucho cuidado y únicamente en aquellos casos en donde se supone un compromiso suprarrenal, deben ser usados. En los casos de algomenorrea, como todos sabemos, son muy poco frecuentes aquellos donde podría establecerse un compromiso, y por esto nos parece que la droga no debe ser usada. En cuanto a los efectos colaterales, si se sigue aquel esquema de únicamente 5 u 8 días antes de la menstruación usados en dosis muy bajas, probablemente no vayan a presentar ninguno, pero de todas maneras no es útil o por lo menos podría traer algún día algún peligro.

Pregunta: ¿Cuál es el tratamiento para una paciente que, después de haber sido sometida a resección en cuña bilateral de ovarios, presenta nuevamente los síntomas del síndrome de Stein? ¿Puede haber embarazo después de la cirugía hace tres años?

Doctor *Cardona:* Los conocimientos que yo tengo al respecto son muy claros: Cuando el diagnóstico está bien

hecho, y en esto sí estoy muy de acuerdo con el doctor Hamblen y así lo preconizo en la Cátedra, de que son muchos los que se operan como Stein-Leventhal que no lo son. En el caso concreto de hacer una resección en cuña y que a los tres años haya embarazo, lo que he visto en mi práctica es que cuando se hace la resección y está indicada y es un Stein Leventhal, la gestación viene pronto, en el curso de dos o tres meses. De manera que después de tres años yo ya entraría a estudiar otros factores.

Doctor *Hamblen:* Pienso que un resultado tan tardío no puede ser atribuido a la resección cuneiforme. Una de las cosas en que no estoy de acuerdo con Stein y con Leventhal es en que ellos sostienen que no hay reincidencia del síndrome cualquiera que él sea. Yo he tenido el caso de una resección, luego un embarazo; repetir la resección, porque volvió a desear un hijo y volvió a presentar sintomatología; nueva resección y nuevo embarazo. Esta es la experiencia de mucha gente a pesar de lo cual Stein no cree que reincida el síndrome. En relación con lo que mencionaba el doctor Cardona, de un caso con éxito tan tardío, como tres años, creo que esto se debe más que todo al beneficio del tiempo que al beneficio de la cirugía.

Pregunta: ¿Qué aplicación tienen los corticosteroides suprarrenales en las complicaciones de la actinoterapia por cáncer?

Doctor *Murray:* Tienen ventajas muy grandes para tratamiento y más aun para la prevención de la radiocelulitis, radio-

necrosis, radiodermatitis, tanto que siguiendo al autor alemán Gütter, que empleaba las instilaciones vesicales preventivas al comenzar el tratamiento actínico, sobre todo con cobaltoterapia. Hemos utilizado también esas instilaciones con 20 mgrs. de prednisona y agregando también vitamina A.

Justamente en esta enferma no ha habido ningún signo de alteración de la mucosa vesical. Indicó también Gütter y también lo hicimos por nuestra parte, instilaciones vesicales, con cantidades aún mayores hasta 40 mgrs. Nosotros continuamos con los 20 mgrs. en microenemas a retener y los resultados también son favorables. De modo que cre-

emos que puede ser un medio muy eficaz para prevenir la aparición de estas consecuencias. Además, también siguiendo a Wennemann, quien preconizó el empleo de los corticosteroides con el fin de llegar a un diagnóstico diferencial en la aparición de lesiones pelvianas, de diagnóstico dudoso: Tales como metástasis o bien procesos inflamatorios, procesos reaccionales y procesos esclerosos. Dichos métodos nos han sido sumamente útiles, tanto que hemos hecho diagnósticos positivos de recidiva y otros diagnósticos de simple esclerosis pelviana, puesto que la diferencia que sostiene en la esclerosis es realmente muy favorable.