

CUARTA MESA REDONDA

1ª Pregunta: a) Al doctor Roland: —¿Qué porcentaje de pacientes embarazaron con el método combinado de histero-salpingografía y persuflación con CO₂?

b) Creemos que empleando un medio de contraste hidrosoluble a presión en la histerografía, se obtendrían resultados semejantes a los logrados por usted con su método combinado.

a) Doctor *Roland*: —Más o menos un 20% de los casos tratados con trompas tapadas, obtuvieron un embarazo.

b) En realidad esto comenzó cuando se empezaron a utilizar los métodos hidrosolubles, porque se vio que la placa tardía era necesaria con los medios no-hidrosolubles, es decir los aceitosos. En realidad si se hace con este método combinado que preconizo, sólo se necesitan cinco o seis centímetros del líquido hidrosoluble, mientras que si se efectúa con hidrosoluble a presión sólo serían necesarios de quince a veinte centímetros en totalidad.

Doctor *Weinstein*: —Estoy muy interesado en la Oclusión Tubárica, y no quiero que este método del doctor Roland sea confundido. Creo que es un método excelente para demostrar la permeabilidad tubárica. El diagnóstico de Oclusión Tubárica depende de quién lo haga; frecuentemente nos envían pa-

cientes con el diagnóstico de Oclusión Tubárica y ustedes saben que los espasmos y multitud de otras cosas hacen que este diagnóstico sea falso. El método que preconiza el doctor Roland es un método excelente, fue hecho por el doctor Weisman, de N. Y. Lo aconsejamos mucho pero como método diagnóstico, no como método terapéutico.

Doctor *Roland*: —Quiero tomar algunos minutos, porque desgraciadamente la respuesta del doctor Weinstein es un reto. No a él, sino al método, quiero dejar bien claro, y hacerlo notar al doctor Weinstein que no hay razón para afirmar que los especialistas de Nueva York no puedan pronosticar una Oclusión Tubárica debidamente diagnosticada. Todos sabemos de los espasmos que se producen al introducir una sustancia, un medio cualquiera o un cuerpo extraño dentro del útero, pero por esto insinuamos y anotamos en el trabajo, que este método era utilizado únicamente cuando se habían hecho previamente tres insuflaciones con resultados negativos. De manera que rechazamos la insinuación de que no podemos diagnosticar Oclusiones Tubáricas. Por otra parte, este método es un método que al encontrarme con una paciente a la cual tenga que practicarle una tuboplastia, agotaré cualquier método y cualquier medio necesario antes

de practicarle una tuboplastia, siempre y cuando que dicho método me dé un porcentaje tan elevado como el que me da el método combinado, que es tan excelente, o más que la tuboplastia.

Doctor *Weinstein*: —Estoy de acuerdo sólo con una de sus afirmaciones; yo también agotaría cualquier método antes de hacer tuboplastia, pero no estoy convencido de que él esté haciendo tres insuflaciones, o “rubins”, como las llaman en los Estados Unidos, correctamente.

Doctor *Roland*: —Debo ir definitivamente a la Universidad a aprender los nuevos métodos del doctor Weinstein, porque aparentemente él está haciendo algo que todavía no se conoce en Nueva York.

2ª Pregunta. Para la doctora *Wrice*: —Comparación de la eficacia entre los progestógenos y los noresteroides y los glicerofosfatos tipo edhanol, para la prevención del aborto.

Doctora *Wrice*: —Tengo experiencia con seis progestógenos, pero no con este otro nombre que ni siquiera conozco.

Doctor *López-Escobar*: —Cambie-
mos la pregunta: —Comparación de la eficacia entre los progestógenos, los noresteroides y los antiespasmódicos en general, de cualquier tipo que sean.

Doctora *Wrice*: —Nuestra experiencia ha sido con progestógenos, noritherondrón, noritherondrón, acetato de noritherondrón y cromadenona en personas con trastornos de la menstruación y en supresión de la ovulación; entonces hemos visto que hay un aumento de la

fertilidad después de dejar de tomarlos. En este sentido, del sesenta y uno por ciento de las pacientes que dejaron de tomar noritendrona el noventa y dos por ciento estaban encinta después de tres meses, y en el primer mes sesenta y un pacientes. Entonces hay un aumento del doble de la fertilidad después de dejarlos. No sé qué quiso decir la persona que hizo esta pregunta. En prevención de abortos no tenemos experiencia.

3ª Pregunta. Al doctor *Murray*: —Acción de los noresteroides en la endometriosis.

Doctor *Murray*: —He tenido especial interés en los últimos años en el tratamiento hormonal de la endometriosis. He usado así distintas sustancias hormonales, llegando a la conclusión de que los noresteroides favorecen realmente la involución de la endometriosis cuando se emplean correctamente. Los dos métodos que mejores resultados nos dieron son: en el primer caso, un tratamiento similar al que se emplea para inhibir la ovulación, es decir, del quinto hasta el vigésimo-quinto día del ciclo, pequeñas dosis, utilizando en el caso de acetato de etinil-nortestosterona cuatro mgrs. diarios, durante esos veinte días. La enferma en ese ciclo queda sin dolor alguno; ahora, ello no tiene ninguna influencia sobre el volumen o la sensibilidad de los lóbulos endometriósicos. En cambio con la provocación del pseudo-embarazo, los resultados han sido espectaculares; tenemos una cifra bastante grande de casos tratados y lo aconsejamos especialmente para los casos en los cuales las mujeres se hallan ya en la vecindad del climaterio. Lo

hemos utilizado ya en mujeres que pasan de los cuarenta años. Tengo unas diapositivas de algunos casos similares a los que ha proyectado el doctor Hamblen: El primero es un caso de endometrio con hiperplasia del estroma y una falta de relación entre la hiperplasia del estroma y de las glándulas.

Luego ven ustedes algo similar, a lo cual se agrega un nuevo elemento: el edema del estroma.

El siguiente es un cuadro ya más complejo. Los dos primeros fueron detenidos alrededor de los treinta días, este aborto tenía los sesenta días de tratamiento continuo y progresivo. Vemos que hay un endometrio mixto con glándulas en fase proliferativa y otras en fase de secreción; con la diferencia de que las glándulas en fase de secreción se hallan en agotamiento, en involución.

Alrededor de noventa días comienza un nuevo elemento de gran interés, que es la aparición de focos de infiltración leucocito-cromocitaria. Este caso lo vemos alrededor de una glándula que tiene en realidad un epitelio mixto, en parte es secretor, como se ve, en la vecindad del foco infiltrativo, y lo restante está en fase proliferativa.

En el siguiente cuadro vemos las consecuencias que sobrevienen si se continúa con el tratamiento. Es un cuadro desconcertante, en el cual no se alcanza a ver ningún elemento con el cual se pueda hacer el diagnóstico de un endometrio. Se ven únicamente algunos elementos predeciduales, escasos, aislados por el tejido conjuntivo.

Luego viene otro caso similar en el cual se ven solamente unos ocho o diez elementos predeciduales.

Finalmente este caso que he sostenido en los cuatro meses y medio de tratamiento: además de los elementos descritos anteriormente, se ve que todo el epitelio de las glándulas ha desaparecido, excepto un pequeño reguero que se ve en la parte inferior, en el centro, y en la parte superior, también en el centro.

En esa forma hemos obtenido en cuatro enfermas una amenorrea definitiva, puesto que el medicamento actúa tanto en el endometrio ectópico, como en el endometrio eutópico.

4ª Pregunta: Al doctor Weinstein: —El signo de Arias Estela es patognomónico del embarazo ectópico. ¿Se encuentra en endometrios progestacionales?

Doctor *Weinstein*: —Personalmente no lo he visto, puede que el doctor Hamblen o el doctor Murray sí.

5ª Pregunta. Al doctor Hamblen: —¿Cómo explica la ruptura del endometrio, o el sangrado post-progestacional con Provera?

6ª Pregunta. Al doctor Hamblen: —¿Es mejor la Provera que el Enovid?

Doctor *Hamblen*: —Indudablemente podemos hacer mejores pseudo-embarazos con Enovid que dando Provera aumentada de estrógenos. ¿Por qué? No lo sabemos exactamente.

Doctor *Roland*: —Sólo quiero añadir una cosa, si me refiero a dar Provera o Enovid o cualquiera de los compuestos

progestacionales, con los cuales he tenido suficiente experiencia, antes de diez días no se produce sangrado; pero que si se dan por encima de veinte días es necesario agregar estrógeno para mantener la paciente en amenorrea sin sangrado. Probablemente el doctor Hamblen, al hablar de Provera, se refiere a la nueva Provera que acaban de sacar, o que están sacando sin estrógeno.

Doctor *Hamblen*: —Estoy de acuerdo en lo primero que dijo el doctor Roland; y cuando me refiero a Provera, me refiero a Provera específicamente, sin adición de estrógenos, pero no estoy de acuerdo en lo que dice el doctor Roland, que siempre al añadir estrógenos a la Provera, se va a mantener la paciente en amenorrea. Ocasionalmente se encuentran pacientes que hacen su sangrado de repente, aun en muchos casos con sólo cinco días de progestacional, y aun en aquellos casos en los cuales se agregan estrógenos.

7ª Pregunta. —Son varias sobre el mismo tema y me gustaría que los ponentes las contestaran en cifras y rápidamente.

Doctor *Roland*: a) —¿Ha tenido usted alguna malformación congénita en los casos en donde un embarazo se inició durante un tratamiento con Enovid?

b) —¿Conoce usted si el Enovid produce efectos virilizantes?

a) —Yo no creo que al usar Enovid se consiga ningún efecto virilizante en el feto, puesto que hay que recordar que el Enovid es un estrógeno y no una nortestosterona. Por otra parte, pienso que los resultados publicados por Wilkins fueron un poquito apresurados,

porque la creencia o la sensación general no es la misma; recordemos que ha habido casos aún de sólo estrógenos, como se dijo ayer, en los cuales había habido efectos virilizantes en el feto.

b) He usado únicamente Delalutin de Squibb y no he tenido nunca efectos virilizantes.

Doctor *Murray*: —Yo no he usado nunca el Enovid. De los niños nacidos o concebidos durante el tratamiento, no ha habido ninguna alteración.

En las mujeres que hemos tratado, hemos observado solamente con algunos tipos de noresteroides, que tienen acción progestacional evidente, que aún a dosis fisiológicas, tienen efectos androgénicos. Pero en ninguno de ellos, aunque se haya conocido el embarazo posteriormente, se ha producido ninguna alteración mayor. En cambio, creemos que hay una escala muy alta de actividad androgénica entre las distintas sustancias progestacionales. De modo que preferimos utilizar siempre aquellas sustancias progestacionales que tienen una menor actividad androgénica, o que no la tienen a dosis fisiológicas.

Doctor *Hamblen*: —Hemos trabajado durante veinte o veinticinco años con Progesterona, Hidroxiprogesterona, 17 Alfahidroxiproato, Delalutin, Provera, Decoprovera, y hasta ahora estamos esperando encontrar el primer feto virilizado. Esto fue tratado hace tres años en Chicago, en una reunión, dentro de la cual afirmé que la cantidad de virilización en los fetos estaba en relación directa con la distancia en la cual uno viviera en relación con Wilkins. Y eso era notorio, porque en los

últimos años, en el último, uno de los residentes de su clínica vino de Wilkins, y no habiendo pasado un mes, este residente ya había encontrado dos o tres de estos pequeños o ligeramente aumentados clítoris, que él decía que eran efectos virilizantes definidos.

c) —¿Qué experiencia tienen, y qué resultados han obtenido con el nuevo estrógeno llamado "MRL 41", en los ciclos anovulatorios?

Doctor *Roland*: —Yo entiendo que el doctor Greenblat estuvo aquí hace poco y dijo que había obtenido la pancea para la anovulación, creo que fue mal citado. En todo caso, es lo que se me ha dicho; en todo caso, cuando salió el artículo del doctor Greenblat en el Diario de la Asociación Médica Americana, puse a los mejores cerebros del Departamento a que hicieran lo posible por sacarle algún sentido común, desde el punto de vista científico, y no pudieron. Sin embargo, conseguí una buena cantidad de "MRL 41" fenacetato, lo pusimos a trabajar en casos escogidos de Sheehan de anovulaciones definidas y no hemos obtenido ninguna ovulación.

Doctor *Weinstein*: —De nuevo quiero hacer énfasis sobre el diagnóstico; repetidas veces hemos encontrado pacientes diagnosticadas con ciclos anovulatorios, cuando en realidad ovulan después de la primera biopsia que les tomamos. Es necesario tener la seguridad de que se han tomado numerosas y repetidas biopsias, antes de hacer el diagnóstico de anovulación. Segundo, es también necesario recordar que hasta ahora, si este es el caso del diag-

nóstico exacto de anovulación, no hemos encontrado el producto que produzca sucesivamente ovulaciones repetidas.

Debo recordarles que ha caído en moda el sostener los Departamentos de Ginecología con donativos, y naturalmente es necesario entonces encontrar resultados positivos a estos productos farmacéuticos, para obtener los donativos. Estoy muy contento de no tener que sostener mi Departamento en esta forma. Y antes de que al doctor Roland le dé infarto para conseguir el micrófono, esto es lo último.

Doctor *Roland*: —Estoy satisfecho de que mi colega aquí presente, el doctor Weinstein, tuvo que hacerse una gastrectomía hace doce años, yo tengo el estómago completo.

Volviendo a la cuestión del MRL 41, no creo estar de acuerdo con el doctor Weinstein, en cuanto a no darles todo el crédito a investigadores reconocidos, que no van a pensar que van a hacer el diagnóstico de ovulación, simplemente con una biopsia endometrial, o por una curva de temperatura. No se me hace justo ni verdadero, y esto en parte es un descrédito para el individuo que lo piense.

En cuanto al MRL 41, es de recordar que, como hace algún tiempo se pensó, como decía el doctor Cooperman, pensó que inducía a ovulación con una inyección estrogénica, cuando nadie pudo reproducir sus resultados. En cuanto al MRL 41, realmente lo que él ha podido producir con dicho producto son ovarios poliquísticos.

Doctor *Hamblen*: —Quiero decir que es interesante y saludable ver que ninguno de nosotros hemos logrado ovulación con el MRL 41, y yo no pude conseguir ni siquiera ovarios poliquisticos, cuando algunos investigadores dicen que obtienen treinta y cuarenta por ciento de ovulaciones.

Doctor *Weinstein*: —Ciertamente quiero de nuevo hacer énfasis sobre el diagnóstico de anovulación; desde hace largo tiempo he estado interesado en la anovulación y creo, como creen muchos, que conseguir a través de biopsias repetidas, pacientes con verdaderas anovulaciones es sumamente difícil. Entonces cuando uno saca de su sombrero ciento y pico casos de anovulación, tiene uno que dudar de la veracidad de esta investigación. Al afirmar esto me baso en mi experiencia, en dicho campo, de más de veinte años en un hospital grande.

Doctor *Hamblen*: —Estoy completamente de acuerdo con el doctor *Weinstein*.

8ª Pregunta. Al doctor *Murray*: —Creemos que sus resultados del setenta por ciento pueden ser iguales a los obtenidos con los métodos clásicos de reposo en la amenaza de aborto.

9ª Pregunta. También para el doctor *Murray*: —En caso de que el producto de la concepción sea un huevo anómalo, ¿qué respuesta da el estudio citológico?

Doctor *Murray*: —En primer lugar, la comparación con el simple reposo a nosotros nos ha dado resultados completamente distintos; no hay duda de

que el reposo favorece el desarrollo de un embarazo. Pero la mayor parte de los casos habían estado ya en reposo mientras se hacían los exámenes correspondientes, el citodiagnóstico especialmente, que siempre se demora dos días. Estas enfermas no han mejorado en ese término, por otra parte tenían signos evidentes de ser abortos de orden endocrino, que son los únicos que hemos tenido. En nuestra experiencia el porcentaje es pues, completamente distinto.

En segundo lugar: La existencia de anomalías embrionarias. El signo que revela la muerte del feto, es precoz y se presenta en el citodiagnóstico primero que todo. De modo que el aumento de la citofilia a consecuencia de esto es rápido y hace evidente que pueda provocarse un aborto a corto término.

10ª Pregunta. Al doctor *Murray*: —Una vez controlada la amenaza de aborto, con la administración de gestógenos, ¿hasta cuándo debe administrarse la dosis de mantenimiento, y si una administración prolongada tiene efecto en la duración del trabajo de parto?

Doctor *Murray*: —La prolongación del tratamiento depende en primer lugar de la importancia del accidente inicial: si ha sido una metrorragia sumamente grave, si ha tenido dolores de contracción, si ha habido hasta cierto grado ya abertura del cuello, etc. El mínimo de duración del tratamiento es cinco días, el máximo de duración en que hemos aplicado el tratamiento ha sido durante todo el embarazo; esto en casos en que al disminuir o suspen-

der la dosis en el tratamiento reaparecía la metrorragia y los signos de consecuencia de posible interrupción del embarazo, se recomenzaba el tratamiento, pero siempre con dosis leves. En estos casos no hemos obtenido ninguna alteración fetal. En cuanto al efecto sobre la duración del parto, no tengo experiencia, ya que siempre los atiende el ginecólogo solo; sin embargo, según las referencias que tengo al respecto, no hay influencia de este tratamiento sobre la duración del parto.

11ª Pregunta. Doctor *Murray*: —¿Cómo puede usted diferenciar por la citología los cambios progesteronales que ocasionan los progestógenos, y los de la placenta?

Doctor *Murray*: —El cuadro citológico es en realidad exactamente igual en los dos casos; de modo que en estas enfermas nos hemos guiado por la acidofilia, que revela una posibilidad de orden endocrino en la alteración que presenta la enferma; pero una vez suministrados los medicamentos, no podemos diferenciar en absoluto, si es un embarazo el que produce el trastorno o no.

12. A la doctora *Wrice*: —¿Hay alguna ventaja en usar los nuevos progestógenos en vez del ciclo estrógeno-progesterona en el tratamiento de estos anovulatorios y trastornos funcionales?

Doctora *Wrice*: —La experiencia nuestra ha sido con progestógenos únicamente.

13. A la doctora *Wrice*: —Una vez suspendido el suministro de progestó-

genos, ¿por cuánto tiempo se mantienen las manifestaciones endometriales?

Doctora *Wrice*: —Hemos tomado treinta y una biopsias endometriales en el primero y en el segundo ciclo después del tratamiento con progestógenos, y los que han tenido más de dos ciclos de tratamiento revelan algunos restos de cambios endometriales en el primer ciclo, pero en el segundo ciclo ya se han normalizado completamente.

14. Doctor *Hamblen*: —¿Los nuevos progestógenos tendrían influencia sobre la hipogalactia?

Doctor *Hamblen*: —Muy resumidamente: No, no tiene ningún efecto sobre la hipogalactia, y esto ha sido bellamente demostrado por Turner en la Universidad de Missouri, si entendemos por hipogalactia una insuficiencia de lactancia, en el Departamento de Ganadería, en el cual no tiene ningún efecto sobre la producción de leche para aumentarla; por otra parte, la lámina que se mostró no era simplemente lactancia, era simplemente salida de una o dos gotas por expresión o por oxitocina, en aquellos casos de pseudo-embarazo que se han adosado para la galactorrea, precisamente como tratamiento; se ha suspendido la galactorrea durante el pseudo-embarazo, pero finalizado éste, ha vuelto a aparecer la galactorrea.

15. Al doctor *Murray*: —El doctor Hamblen ha publicado artículos en que dice que la eliminación de pregnandiól en la orina no guarda relación con la cantidad de progesteronas dadas y que el aborto se produce sin ninguna

relación con la progesterona suministrada.

Doctor *Murray*: —Yo estoy de acuerdo en general. Hay que tener en cuenta que la progesterona se suministra por vía oral o parenteral, o más bien las sustancias progestacionales. Hay parte de ellas que se metabolizan, y parte que se eliminan. De modo que según la sustancia, se metaboliza y se elimina una cantidad diferente.

No hay pues una relación evidente entre estos dos factores.

Y que el aborto se produce sin ninguna relación con la progesterona suministrada, también estoy de acuerdo, puesto que hay casos en los cuales hay una marcada deficiencia de progestonas y, sin embargo, el suministro de grandes cantidades de progesterona no impide el aborto.