

SEPTIMA MESA REDONDA

1. —¿Debemos emplear o no, corticoides en una mujer con embarazo incipiente?

Doctor *Hamblen*: —Ciertamente desde que haya una indicación exacta de su uso, creo que debemos usarla. Me doy perfecta cuenta de los peligros que se han publicado respecto de las malformaciones y demás defectos, pero como ya lo he dicho, creo que han sido exagerados. Desde que haya en una mujer indicaciones de enfermedad de Addison, un Cushing o cualquier otra de ellas, creo que debemos usarla.

2. a) —¿Trae consecuencias graves la estrogenoterapia en las vaginitis infantiles?, ¿cuáles son éstas y qué tratamiento se aconsejaría? b) —¿Existe peligro posterior en dar estrógenos en la infancia, p.e. el tratamiento de gonococia?

Doctor *Di Paola*: —Esta pregunta la consideramos por ahora sin mayores consecuencias porque el tratamiento de la vulvovaginitis gonocócica con estrógenos casi que ha pasado a la historia. En algunos casos de resistencia a los antibióticos sin embargo, lo hemos utilizado como complemento del tratamiento con antibióticos.

En cuanto a consecuencias graves, no existen. El tratamiento se hace durante una semana, y al interrumpirse se acaba la acción estrogénica, de modo que no hay ningún problema. Podría serlo el atraer la atención de la niña sobre la turgencia mayor, la aparición de flujo, pero en realidad ese mecanismo ha sido ya puesto en marcha por la misma enfermedad.

Doctor *Murray*: —Creo que es aconsejable el uso de dosis muy pequeñas, que nosotros no rebasamos nunca de un décimo de miligramo, asociado a los antibióticos en el tratamiento de vulvovaginitis gonocócica. Lógicamente la limitación de duración de la terapéutica es a muy corto plazo, y no hemos observado en ninguno de estos casos trastorno alguno. En consecuencia, deducimos que la dosis debe ser escasa y de duración también sumamente limitada. Es obvio que si excedemos las dosis o la duración del tratamiento, obtendremos consecuencias indeseables, v.g. trastornos de hiperplasia de los senos, de metrorragias y aún de menarquia precoz.

Doctor *López Escobar*: —Perdón, doctor Murray, pero ¿diría usted que este tratamiento está relegado a la his-

toria, como lo afirma el doctor Di Paola?

Doctor *Murray*: —No, yo lo utilizo, porque creo que mediante el tratamiento asociado de estrógenos en dosis mínimas con antibióticos, obtenemos una curación más rápida con dosis menores de ambos.

Doctor *Hamblen*: —Puedo ver muchos peligros pero no en una terapia bien llevada. Los peligros serían, si acaso, precocidad sexual, que va a suspenderse con la supresión de los estrógenos.

3. Paciente de quince años que ha tomado un anabolizante, Durabolín, no ha tenido su menarquia, ¿qué conducta puede seguirse?, ¿puede haber lesiones definitivas?

Doctor *Hamblen*: —Habría que completar un poco la pregunta, pues parece que esta niña no presenta ningún signo de virilización. Lo primero que hay que hacer es acabar de estudiarla y hacer un diagnóstico definitivo con todos los procedimientos necesarios como Cromatina, Gonadotropina, Citología, etc., y si acaso hacer un test de Progesterona pura que no contenga estrógenos, por ejemplo Provera a la dosis de diez mgrs. Si sangra, esta niña seguramente tiene un nivel estrogénico bueno, unos niveles gonadotrópicos buenos, de tal manera que es suficiente. Pero no tratarla en realidad, mientras no se haya hecho un diagnóstico definitivo.

4. a) *Mínimum* de exámenes que se practican a una niña en la consulta gi-

necológica. b) —¿Cuáles serían los exámenes más prácticos de ordenar en un caso de precocidad puberal para diferenciarla entre los varios tipos que existen?

Doctor *Di Paola*: —Contesto la primera parte y dejo la restante a los demás miembros de la Mesa.

Es una pregunta muy atinada, ya que es el caso en que se requiere el mayor cuidado del ginecólogo en el estudio de esta pequeña enferma. De su actitud y proceder en la primera consulta dependerá la eclosión de problemas en el porvenir de esta niña; nosotros en general, solamente hacemos un examen clínico somático, explorando los caracteres sexuales y nunca hacemos un examen de carácter ginecológico, sobre todo en la primera consulta, hasta que la niña no se haya acostumbrado al médico, y se vea si es o no necesario. Porque supongamos que nos consulta una niña de diez y ocho años que no ha tenido aún su primera menstruación; pero que tiene unos caracteres sexuales espléndidos, ¿qué vamos a hacerle a esta niña? Pues parece necesario indicar que lo primero por hacer es una prueba de Progesterona, sin examinarla; porque si los resultados de dicha prueba son negativos, inmediatamente vamos a sospechar que hay una agenesia de útero. Cito esto a modo de ejemplo. De manera que en estos casos lo más importante es el examen somático, que es lo único que se debe hacer la primera vez y casi me atrevería a decir que sin necesidad de examinarla, haciendo la prueba funcional de amenorrea; con la prueba de Pro-

gesterona, la de Estrógenos y aun la de Gonadotropinas, se puede llegar a hacer un diagnóstico bastante exacto sin necesidad de hacer ninguna maniobra que pueda alterar su psico-dinamismo sexual.

Doctor *Murray*: —En este sentido habría que especificar lo que se entiende por una menarca precoz. Yo considero que es la que se presenta antes de los diez años de edad. En segundo lugar, el método más indicado en una niña sería el Urocitograma. En esa forma tenemos una idea de si existe un nivel estrogénico adecuado a una menarca, o si ese nivel no es el correspondiente. Por otra parte, no debemos descartar la posibilidad de la aparición de un hecho patológico, la aparición de un tumor funcionante que determine también la menarca precoz.

5. Al doctor Hamblen: —¿Conducta en las Hipoplasias Mamarias?

Doctor *Hamblen*: —No sé nada que hacer si se trata de una niña con todo el resto de caracteres normales, ni siquiera masajes, con estrógenos o con pomada.

Doctor *Di Paola*: —Comparto absolutamente las ideas del doctor Hamblen, pero quería hacer notar que este es el ejemplo típico de falla del órgano eyector, porque así como se ve a veces hipoplasia en las dos mamas coincidiendo con un estado estrogénico perfectamente normal, a veces se ve hipoplasia solamente en una mama, y como decía este es el caso típico de falla en el órgano eyector, que no responde por cir-

cunstancias que todavía no conocemos suficientemente.

Doctor *Hamblen*: —Hay algo que debo corregirme a mí mismo, respecto de un remedio para la hipoplasia mamaria: serían varios embarazos sucesivos. Mi hija mayor tenía senos pequeños y me vivía urgiendo para que yo hiciera algo, sin entender por qué yo no podía. Tuvo un primer embarazo, luego un segundo y un tercero, y hoy en día tiene unos senos mucho mejores, alimenta sus hijos, etc.

6. Al doctor *Di Paola*: —Tampoco es de orden endocrinológico, pero creo que se puede contestar: —¿Cuáles son las causas más frecuentes en las niñas, existe el flujo fisiológico y cuál sería el tratamiento de la Tricomoniasis vaginal infantil?

Doctor *Di Paola*: La causa más frecuente de flujo en las niñas no es la Gonococia felizmente; por lo menos en nuestro país. Los casos de Gonococia son rarísimos. Las causas generalmente son: la introducción de cuerpos extraños en la vagina, pedazos de algodón, de papel, de pequeños lápices, en fin, maniobras que se han hecho todas a veces inocentemente, otras veces no; tanto por la niña como por la gente que la rodea o dice que la cuida. Ahora el flujo fisiológico, pues es la antigua leucorrea, se observa cuando empieza a establecerse la estimulación estrogénica de la vagina, que como ustedes saben, se adelanta de uno o dos años a la aparición de la primera menstruación; si esta estimulación es demasiado intensa o el órgano eyector es demasiado sen-

sible, se produce un flujo de color blanco que no tiene ningún tratamiento. De modo que lo primero por hacer es un examen del flujo, para ver si por coincidencia o por rara ocasión hubiera una Tricomoniasis, cosa que en las niñas casi nunca existe, y en caso de que no haya nada, lo único que se puede hacer es tomar cuidado de la higiene para evitar la irritación de la vulva o partes perivulvales. Con respecto a la Tricomoniasis, bueno, esto sí que es histórico, y esto sí no me lo va a discutir el doctor López Escobar, porque con el empleo de Flagil, como se curan las adultas se curarán las niñas.

7. Al doctor Hamblen: —¿No se considera conveniente prevenir al Cuerpo Médico sobre el uso recomendado por los vendedores de drogas, de anabolizantes en prematuras?

Doctor *López Escobar*: —Voy a aprovechar para recordar al doctor Hamblen que diga lo que quería agregar respecto de las casas farmacéuticas, de que ustedes recuerdan se habló el martes, creo que es el momento.

Doctor *Hamblen*: —Ha habido algunos datos relacionados con que en realidad algunos anabólicos en prematuras pueden beneficiar por su efecto a las prematuras; pero desgraciadamente no conozco ningún anabólico que no tenga cierta acción hormonal, y esto puede ser dañoso para la niña.

La cuestión de si una casa farmacéutica, que se presentó en la reunión del martes pasado, y respecto de los hechos de cualquier casa farmacéutica, se relacionan con el control que el go-

bierno debe ejercer sobre dichas entidades, en nuestro país especialmente esto ha sido estricto; sin embargo, quiero decir algo, y muy duro, ya que hubiese debido hacerlo en la Mesa Redonda del martes pasado, pero por lo avanzado de la hora no lo hice: La Industria Farmacéutica ha sido el blanco de multitud de asaltos en nuestro país, organizados por lo general por el Comité Equifoward. Pero hay algo que quiero rechazar y es el que la Industria Farmacéutica distorsione el resultado, y esto es definitivo, y definitivamente no es cierta, la implicación de que dicha Industria influya sobre el investigador honesto para que distorsione los resultados hacia que un producto es bueno sin serlo. He tenido experiencia con ayudas de las casas farmacéuticas por treinta años, y todavía estoy esperando el momento en que después de haberle dicho a una Casa que el producto era malo, no lo haya soltado inmediatamente y me haya agradecido por haberle salvado dinero; y repito, la Industria Farmacéutica gasta sumas considerables de dinero hasta lograr un producto que sirva, siendo esto una realidad en la mayoría de los países. Quiero reafirmar que uno, ni su honestidad se vende, como tampoco se resiente su integridad, por el hecho de trabajar con la ayuda de Casas farmacéuticas.

8. Indicaciones del tratamiento por pseudo-gravidez, técnica que se aconseja. Para el doctor Hamblen.

Doctor *Hamblen*: —Es difícil para mí contestar esta pregunta, por lo corto del tiempo y porque actualmente pues el pseudo-embarazo está en experi-

mentación. Pero hay razones suficientes para creer que la endometriosis se beneficia con un pseudo-embarazo; si la paciente necesita posteriormente una operación, la hace mucho más fácil.

Segunda indicación: Dismenorrea severa funcional. Por lo menos podemos ofrecerle a una paciente más o menos nueve meses sin dolor, y esto se basa en que no creemos que después de un embarazo la razón por la cual la dismenorrea mejore o cure muchas veces, sea por la dilatación del cuello, sino porque se ha madurado, como se ha madurado el útero en general; es esto lo que perseguimos al provocar un pseudo-embarazo para remediar una dismenorrea severa esencial.

La tercera indicación, y espero que ustedes estén de acuerdo conmigo, es en aquellas hemorragias endocrinas que no se pueden controlar, o que sólo difícilmente se logra controlar, pues se les hace un pseudo-embarazo de seis o más meses y la paciente muchas veces mejora de su hemorragia funcional.

Otra indicación son las sinequias uterinas. En el grupo de Chile, con el cual estamos trabajando en Hato di Palma, ha demostrado que es posible romper las sinequias de un útero a base de repetidas histerometrías en pacientes que se han ablandado las sinequias con un pseudo-embarazo.

También han sido tan buenos los resultados en algunos casos de acné vulgaris, que el dermatólogo entusiasmado ha querido establecer pseudo-embarazos en el hombre, pero le hemos dicho que no.

Otra indicación es la artritis reumatoidea, puesto que, como han oído ustedes en la Mesa Redonda del martes, a algunas mujeres se les ha mejorado su artritis durante o con el embarazo; hemos tratado también algunas artritis reumatoideas con pseudo-embarazo.

La galactorrea, ya lo hemos mencionado, se puede tratar con pseudo-embarazo, pero vimos que al suspenderse éste la galactorrea vuelve. Otra indicación peculiar, medio irregular y que demuestra cómo se puede seguir adelante a pesar de haber infringido todas las reglas, es el caso que tuvimos con una paciente perteneciente a una religión llamada "Testigos de Jehová", que no permite transfusiones; tenía un fibroma que la había anemizado, imposibilitando por lo tanto la histerectomía. Entonces después de mucho pensarlo, se le hizo su pseudo-embarazo, la controlamos durante los nueve meses, y durante ese tiempo se corrigió su anemia, permitiéndonos hacerle la histerectomía posteriormente. El fibroma creció un poquito, pero no sufrió la degeneración frecuente, que se dice ocurre con el embarazo, y los ovarios eran perfectamente normales.

Otra indicación; una hemorragia severa, cúpula hemorrágica, mientras los internistas trabajan con cortisona, correlacionados, mejorando la paciente.

Y finalmente, estrogenización más rápida en una mujer con síndrome de gónada rudimentaria o estrogenización que va a llevarnos no sólo a un más rápido, sino también a un mejor desarrollo de dicho individuo; estamos ha-

blando del seudo-embarazo largo y olvidándonos del seudo-embarazo corto, las indicaciones de que hablábamos el otro día: la niña que se va a casar o quiere ir a la playa y quiere posponer su menstruación; mirándolo de cerca, en realidad, cuando damos Enovit por espacio de veinte días, del quinto al veinticincoavo, esto es también un seudo-embarazo, corto, puesto que la acción uterínica normalmente no debiera durar sino diez, doce días.

Una última indicación para terminar, la que el doctor Cooperman en Nueva York ha sugerido, de dar Depoprovera, como tratamiento de precocidad sexual para deprimir la hipófisis. Sin embargo, Herr Coopermann me ha dicho últimamente, que está muy angustiado porque con el tratamiento puede no regresar la pituitaria, y está preocupado por la eventualidad de haber deprimido demasiado esta hipófisis. Yendo a la técnica del tratamiento, el mejor producto es indudablemente Enovit, ya que tiene Estrógeno dentro de sí mismo. La dosis de diez miligramos diarios y luego de veinte; puede que no tenga que subirse más la dosis; hemos llevado a muchas pacientes con sólo veinte mgrs. a través de un seudo-embarazo de nueve meses, sin que haya sangrado una sola vez. Si hay sangrado, se le puede subir un poco la dosis o simplemente aumentar un poco el estrógeno.

El otro método es con Provera, Depo., cien mgrs. cada semana o doscientos mgrs. cada dos semanas, con o sin estrógenos. Hemos podido llevar algu-

nas pacientes con sólo Depoprovera sin estrógenos por largo tiempo, y todas estas pacientes tenían unas gonadotropinas muy bajas, pero, como lo mencionamos, muchas de ellas no regresan a menstruación, después de haber suspendido el tratamiento; en ciertos casos hasta ocho o nueve meses después de tratamiento, continúan teniendo gonadotropinas bajas, y algunos médicos se han inquietado, porque estos microcristales de Depoprovera son en realidad implantes pequeños, que han podido seguir actuando por mucho más tiempo.

Doctor Di Paola: —Como soy un poco el responsable de esta pregunta que he dirigido al doctor Hamblen, queriendo conocer su muy autorizada opinión al respecto, quisiera llamarle la atención respecto de dos indicaciones que él no ha mencionado y están en boga, sobre todo en las publicaciones europeas, que son: En el caso de esterilidad, cuando no se puede encontrar ninguna causa que la justifique, como última instancia. El doctor Kaiser, de Mülheim, ha publicado una serie de casos en los cuales dice haber obtenido resultados muy buenos. Nosotros tenemos varios casos en estudio, y se me ocurre que ya cuando uno no sabe qué hacer, con una buena técnica de manera que el tratamiento no provoque ningún trastorno interior, sería lógico ensayarlo. La otra indicación sobre la cual quería conocer la opinión del doctor Hamblen sería la de la hipoplasia uterina, que me parece ser efectiva e importante. También quería decir algo sobre la técnica del seudo-embarazo: el

tratamiento que nos ha dado el mejor resultado para lograr producir el pseudo-embarazo, y voy a explicarlo porque como no sé lo que es la Provera y no han dado el nombre técnico, es el sistema de Anovlar a razón de dos comprimidos diarios y una inyección de diez mgrs. de Benzoato de Estradiol semanal. Con eso se consigue con toda seguridad el pseudo-embarazo, y generalmente no hay sangrado que lo interrumpa (break-through bleedings). Por eso nos permitimos recomendarlo como seguro y fácil de recordar.

Doctor Murray: —En mi experiencia las dos mayores indicaciones del pseudo-embarazo son la endometriosis y la hipoplasia. Ahora, yo me pregunto si es que las distintas reacciones que se producen en el útero, comprobadas en el endometrio, entre la progesterona y otra sustancia de acción progestacional, no puede significar algún inconveniente por la acción de estas últimas por la disociación entre la hiperplasia del estroma y la involución de las glándulas, comparándola con la progesterona. Esto particularmente tiene su importancia desde mi punto de vista, en el tratamiento de la hipoplasia; de modo que yo creo más adecuado el empleo de progesterona y estrógenos, que

no el de progesterona y sustancias progestacionales.

Doctor Hamblen: —Tenemos ahora en experimentación un producto, que no está todavía en el mercado, para mantener o hacer pseudo-embarazo, con cuatro a seis mgrs., lo cual representa una gran baja de dosis, y que hasta ahora no ha revelado tener consecuencias de mayor reacción hiperplástica del endometrio.

Estoy de acuerdo con el doctor Di Paola en la indicación de hipoplasia uterina, y no sé si él tenga razón en el uso del pseudo-embarazo en la mujer que llamamos sana estéril y para cuya esterilidad no hemos encontrado una causa. Como última instancia se puede usar y seguramente se obtendrán buenos resultados porque, como me decía un sabio viejo de Oakland, California, cuando yo estaba joven e inexperimentado, jugando con gonadotropina, tratando de producir ovulaciones en aquellos casos en que había depresión pituitárica y en que no había ovulación; me dijo que me olvidase de esos casos para dedicarme a aquellas mujeres normales que ovulan pero que no consiguen un hijo, lo que importa es conseguir el hijo, no importa con qué método.