

NUEVO APORTE AL TRATAMIENTO DE LA ALGOMENORREA

*Dr. Alvaro Espinosa y Espinosa**
*Dr. Herbert Wagner C.***

INSTITUTO COLOMBIANO DE SEGUROS SOCIALES
(CLINICA SAN PEDRO CLAVER) Bogotá - Colombia

I — Introducción

Las experiencias clínicas ginecológicas, nos demuestran que más de la mitad de las pacientes padecen de algomenorrea, variando los síntomas desde simples molestias físicas y mentales hasta intensos ataques dolorosos en las regiones lumbosacra y pelviana; 10% de ellos de tipo severo. Estos síntomas a pesar de su pronóstico benigno, no dejan de ser un problema en la consulta ginecológica y desde tiempos remotos se estudiaron ininidad de tratamientos para eliminar, o por lo menos mitigar este padecimiento.

Sobre todo desde el punto de vista laboral, la algomenorrea presenta

- a) Premenstrual o congestiva
(inflamaciones, endometriosis)
- b) Intramenstrual o espasmódica
(posiblemente psicógena)

Entendemos por primaria desde la menarquia o primer año de ella, y secundaria después del primer año de la menarquia.

En este trabajo se han descartado las lesiones orgánicas del aparato genital femenino.

varias dificultades. La mayoría de las mujeres afectadas se ven obligadas a suspender periódicamente sus trabajos, en perjuicio tanto de ellas mismas como de la productividad de la empresa; y si durante estos días de padecimiento concurren a sus empleos, no producen una actividad normal, ya que psíquica y orgánicamente se encuentran impedidas.

Aceptamos la algomenorrea como un síntoma de menstruación dolorosa que supone el primer eslabón de un círculo vicioso que comienza por el espasmo, llega al dolor y vuelve al espasmo.

Clásicamente consideramos la algomenorrea dividida en dos clases:

[Primaria	[Inflamatoria
	Secundaria		
[Primaria	[Tipo cólico o
	Secundaria		espasmódica

De acuerdo a su posible doble etiología, es evidente que el tratamiento

* Profesor Asociado de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Nacional. Ginecólogo del I.C.S.S. de Bogotá.

** Médico Auxiliar de Ginecología del I.C.S.S. Instructor de la Clínica David Restrepo.

debe ir dirigido sobre estas causas fundamentales: espasmo muscular, espasmo vascular y componente psicógeno.

Interpretación del dolor, según diferentes tendencias

Las ideas generales que presiden la hipótesis interpretativas de la génesis del dolor en la dismenorrea pueden ser clasificadas en tres grandes apartados:

A) Las contracciones uterinas son las responsables del dolor.

B) La anoxia uterina es el factor principal en la sensación dolorosa.

C) Una disregulación psicósomática es la que hace disminuir el umbral doloroso en la mujer dismenorreica.

A) **Contracciones uterinas.** Parece lógico admitir que si el órgano se contrae más intensamente, la sensación de la mujer sea de carácter doloroso. En lo que no hay acuerdo es en la causa primordial de esa hipercontractilidad uterina: tono elevado, hipersensibilidad de receptores de estímulos, alteraciones neuríticas de los nervios simpáticos uterinos, producción de "menotoxinas", anormalidad de la ordenación contráctil, estrechez orgánica o espasmódica del cuello, coágulos intrauterinos, asociación de hipercontractilidad con desequilibrios psicósomáticos o neurovegetativos, o finalmente, como quiere Seguy (1959), un conglomerado de factores caracterizado por:

a) Hipersimpaticotomía con hipersensibilidad simpática.

b) Anoxia, como consecuencia de la excesiva isquemia que siempre precede a la menstruación, y que exagera aún más la hiperestesia simpática.

c) Espasmodización uterina de asiento fundamental en cuello, donde al parecer, se ha demostrado un entrecruzamiento de fibras nerviosas autónomas.

d) Desequilibrio expulsivo a consecuencia de la congestión uterina menstrual y el cierre espasmódico del cuello, lo que ocasiona contracciones dolorosas para vencer el espasmo, siendo tanto más dolorosas cuanto mayor sea su amplitud.

e) Colaboración de sustancias occitócicas de la sangre, para intensificar los dolores ("menotoxina" de Smith, o "estimulantes menstruales" de Picles y Clitheroe).

B) **Anoxia uterina.** Si la isquemia del endometrio es fisiológicamente necesaria para que pueda verificarse la menstruación, es lógico pensar que si esta isquemia se exagera aparezcan trastornos, y que estos trastornos, a semejanza de lo que sucede en tantos otros órganos de la economía —corazón, músculos de las extremidades—, se manifiesten en forma dolorosa. Es el denominado "angor pélvico" por muchos autores.

Lo que sí se discute, a semejanza del aparato anterior, es la naturaleza de esta anoxia. Mientras que para unos se trataría de una insuficiencia de riego arterial por vasoespasmo natural exagerado, mecánico (contracciones exageradas con aumento de la presión intrauterina) o debido a sustancias vasoconstrictoras (adrenérgicas o serotoninina), para otros sería una anoxia por congestión venosa provocada por cambios metabólicos, vegetativos o psicósomáticos, y finalmente, hay quienes sostienen que se trataría de una combinación de ambos factores —arterial y venoso— o de una constelación patogénica en la que interviene

el elemento vascular como uno más de primordial importancia.

C) **Disregulación psicósomática.** Mientras no se llegó a demostrar la cada vez superior importancia de los hallazgos anatómicos en las pacientes dismenorreicas y las investigaciones estadísticas fueron descartando muchos de los pretendidos factores responsables del dolor, la creencia de que se trata de una afección más de la esfera psíquica que de la somática, estaba muy extendida.

Posteriormente se fueron imbricando sobre esta teoría una serie de hechos —liberación de hormonas con propiedades occitócicas y vasopresoras, disregulación del equilibrio progesterona-estrógenos, retención de sodio y agua por hipercortisolismo secundario a una estimulación hipofisaria anormal, etc.— que ha obligado a unos cuantos investigadores a pronunciarse en favor de una disregulación compleja, en la cual la misma hipoplasia uterina, tan invocada como responsable de la dismenorrea, no sería más que otro acompañante del cortejo de inmadurez psicósomática.

Basándonos en estos hechos y sabiendo las dificultades del tratamiento de este complejo síndrome, empleamos un antiespasmódico - anal-

gésico (Bromuro de N - Butil - Hioscina + Aminofenazona)* y un vasodilatador periférico (Oxifenil - Oxibutilaminoetano)**.

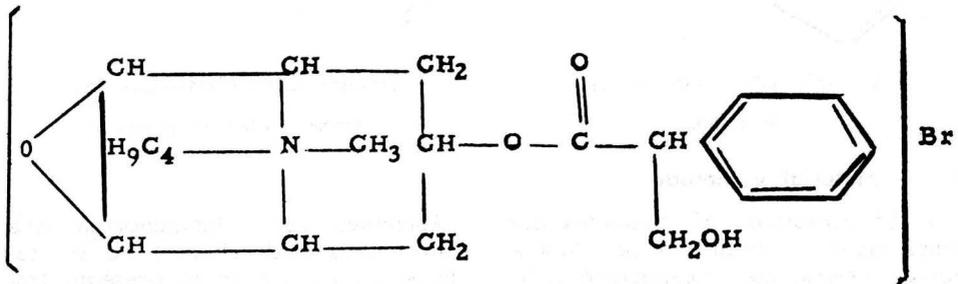
II — Farmacología

El Bromuro de N-Butil-Hioscina tiene su punto de acción en los ganglios parasimpáticos de la musculatura lisa, inhibiendo los estímulos. De este punto de acción específico resultan las ventajas del medicamento en comparación a otros fármacos, especialmente los derivados de la atropina que disminuyen el tono del parasimpático en todo el organismo. Gracias a esta acción se eliminaron prácticamente los efectos secundarios conocidos: Acomodación ocular, midriasis, sequedad de boca y taquicardia.

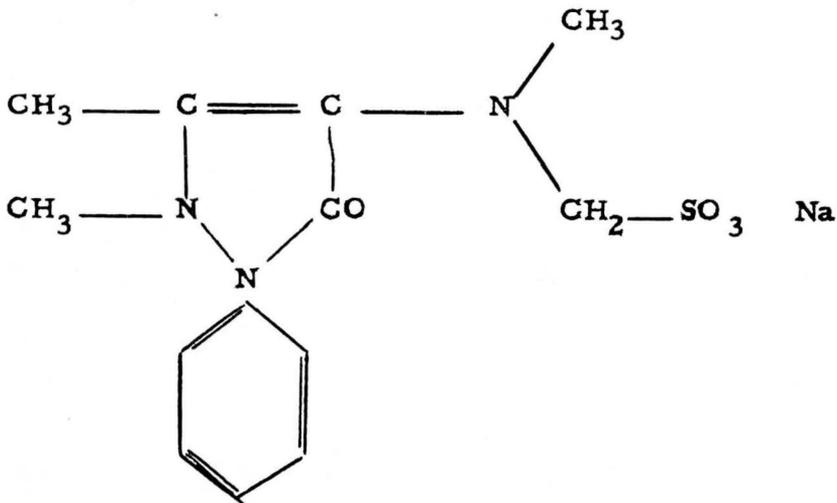
Esta droga está asociada al fenil-dimetil - pirazolón - metilaminometan sulfonato sódico, conocido por su acción analgésica central, así como también con efecto antiflogístico y antipirético. Además provoca una disminución de la irritabilidad de las fibras musculares, lo que equivale a un ligero efecto espasmolítico.

* Buscapina Compositum - C. H. Boehringer Sohn - Ingelheim am Rhein.

** Vasculat - C. H. Boehringer Sohn - Ingelheim am Rhein - Alemania.



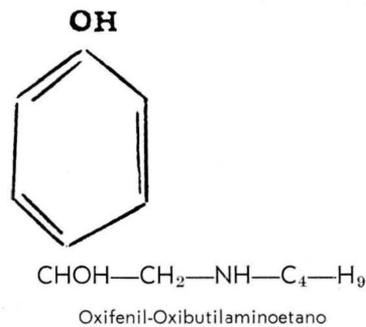
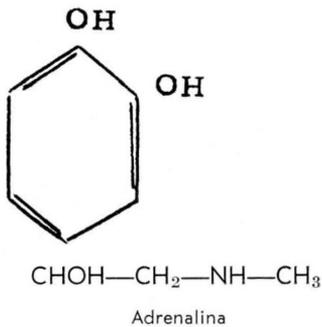
Bromuro de N-Butil-Hioscina



Fenil-dimetil-pirazolón-metilaminometan-sulfonato sódico

El Oxifenil-Oxibutilaminoetano es un compuesto derivado de la adrenalina obtenido por reemplazo del grupo metílico del átomo de nitrógeno de la cadena lateral por un radical butílico que le confiere la propiedad vasodilatadora, por estimula-

ción preponderante de los receptores beta. Al mismo tiempo se conserva el efecto inotropro lográndose con este doble mecanismo no solamente una vasodilatación periférica, sino también un mayor flujo sanguíneo.



III — Material y Método

1º Se estudiaron 60 pacientes que presentaban el síndrome de algomenorrea severa, con incapacidad laboral.

Pacientes con algomenorrea leve (sin incapacidad laboral) no se tuvieron en cuenta en el presente trabajo.

Clasificación Algomenorreas	No. de pacientes	%
Primaria tipo espasmódico	25	41.67
Secundaria tipo espasmódico	35	58.33
TOTAL	60	100.00

2º A cada paciente se le administró un tratamiento combinado consistente en cuatro tabletas diarias de Buscapina Compositum y 20 gotas de Vasculat cada ocho horas.

3º Este tratamiento se administró durante la menstruación y generalmente en dos o tres ciclos sucesivos.

4º Desde el punto de vista clínico no se encontraron anomalías de significación, como causas orgánicas aparentes del padecimiento.

5º A la gran mayoría de pacientes se practicó estudios de la función ovárica, es decir: citología vaginal y cristalización del moco cervical durante un ciclo menstrual, con intervalo de cinco días, y biopsia de endometrio practicada el primero o segundo día del ciclo.

6º A algunas pacientes no fue posible hacer estos exámenes, generalmente por asuntos de orden técnico, o en ocasiones por negligencia de la paciente.

7º La edad de las pacientes estudiadas osciló entre los 17 y los 43 años, siendo más frecuentes las comprendidas entre los 20 y 30 años.

IV — Resumen y Conclusiones

Considerando que la algomenorrea severa es un síntoma bastante frecuente en la mujer y que es causa común de incapacidad laboral, se han intentado numerosos tratamientos con el fin de aliviar los síntomas, habiéndose obtenido diversos resultados. En este trabajo se han seleccio-

nado 60 casos de algomenorrea severa, los cuales han sido tratados mediante una asociación medicamentosa compuesta por Bromuro de N-Butil-Hioscina (anticolinérgico de síntesis I) y Oxifenil-Oxibutilaminoetano (vasodilatador adrenérgico); la primera, agente antiespasmódico de la musculatura lisa y analgésico, y la segunda, vasodilatador periférico y estimulante beta-adrenérgico. Se emplearon dosis corrientes de ambos medicamentos, 4 grageas diarias de Bromuro de N-Butil Hioscina, y 20 gotas cada ocho horas de Oxifenil-Oxibutilaminoetano, administrados durante los días de la menstruación en dos o tres ciclos sucesivos.

V — Resultados

Buenos	45	75.18%
Regulares	4	6.66%
Nulos	11	18.16%
	60	100.00%

Entendemos por bueno si se suprime el dolor, o se observa una notoria mejoría.

Regular si persiste el dolor pero menos intenso, haciéndose tolerable.

Nulo, si persiste el dolor sin modificación (incapacita).

Los buenos resultados hallados demuestran la bondad de los fármacos usados, a la vez que su acción nos confirma el diagnóstico etiológico de dismenorrea psicógena. Se estudió en este trabajo un alto porcentaje (40%) de factor endocrino por medio de biopsia de endometrio, citología y moco cervical, hallándose normalidad de función hipofiso-ovárica.

Es de esperar que con la enseñanza médica a la colectividad sobre los problemas psicogenitales, este síntoma irá desapareciendo lentamente en un futuro, ojalá no muy lejano.

Caso N°	Historia Clin. N°	Edad	Antecedentes de la enfermedad actual	Examen Ginecológico	Evolución posterior al tratamiento	Resultados
1	267820	34	Menarquia: 14 años. Ciclos: 30 x 5. Algomenorrea primaria de mediana intensidad, tipo expulsivo, especialmente el primer día del ciclo. Mastalgia premenstrual de mediana intensidad.	Negativo	Disminuyó notoriamente el dolor, mejorando la continuidad del flujo menstrual.	Bueno
2	204590	38	Menarquia: 14 años. Ciclos: 30 x 4. Algomenorrea primaria tipo expulsivo intensa los tres primeros días de la menstruación.	Negativo	Ausencia completa del dolor en las menstruaciones sucesivas.	Bueno
3	612905	22	Menarquia: 13 años. Ciclos: 30 x 6. Algomenorrea primaria tipo expulsivo, intensa los dos primeros días de la menstruación.	Negativo	En el primer ciclo se observó alivio notorio del dolor, persistiendo éste en grado discreto. En el segundo ciclo la menstruación fué indolora.	Bueno
4	540920	33	Menarquia: 13 años. Ciclos: 120-150 x 4. Después del tratamiento hormonal presenta ciclos de 28-30 x 3. Algomenorrea secundaria, tipo expulsiva, con dolor intenso en el bajo vientre los dos primeros días de la menstruación.	Negativo	Ausencia del dolor en las reglas posteriores, notándose especial alivio con el Vasculat, al parecer por aumento del flujo menstrual.	Bueno
5	456526	25	Menarquia: 13 años. Ciclos: 30 x 3. Hipomenorrea. Algomenorrea secundaria tipo expulsiva intensa, durante los dos primeros días de menstruación.	Negativo	Mejóro ligeramente en relación al dolor menstrual, ya que éste persistió haciéndose más tolerable.	Regular
6	55665	35	Menarquia: 13 años. Ciclos: 23 x 3. Algomenorrea primaria tipo expulsiva, intensa los dos primeros días de la regla.	Nódulos miomatosos en cuerpo uterino. Citología: normal. Biopsia de endometrio: "Endometrio menstrual".	En la primera menstruación disminuyó el dolor, persistiendo durante el segundo ciclo.	Regular

Caso N°	Historia Clin. N°	Edad	Antecedentes de la enfermedad actual	Examen Ginecológico	Evolución posterior al tratamiento	Resultados
7	577244	29	Menarquia: 14 años. Ciclos: 23 x 3. Algomenorrea primaria tipo expulsiva, intensa los dos primeros días de la regla.	Cervicitis (tratada).	No se observó mejoría.	Nulo
8	451389	18	Menarquia: 12 años. Ciclos: 25-30 x 3. Algomenorrea secundaria de tres meses de evolución, intensa tipo expulsivo. Mastalgia menstrual.	Negativo	Disminuyó el dolor ligeramente, persistiendo en forma menos acentuada.	Regular
9	582071	26	Menarquia: 14 años. Ciclos: 30 x 4. Algomenorrea secundaria de cinco años de evolución, tipo expulsivo, el primer día de la menstruación.	Negativo	Menstruación completamente indolora.	Bueno
10	314257	23	Menarquia: 13 años. Ciclos: 28 29 x 5. Algomenorrea secundaria tipo expulsivo, sensación de inflamación abdominal, vómito, sudoración y neurastenia.	Negativo	Se observó mejoría notoria de los síntomas dolorosos.	Bueno
11	496526	26	Menarquia: 13 años. Ciclos: 30 x 3. Algomenorrea primaria intensa tipo expulsivo, cefálea, náuseas. Estos síntomas se presentan durante todo el tiempo de la menstruación.	Negativo	Disminuyeron los síntomas dolorosos, persistiendo el estado nauseoso.	Bueno
12	449319	30	Menarquia: 16 años. Ciclos: 30 x 3. Algomenorrea primaria tipo expulsivo, inflamación abdominal, de regular intensidad durante los dos primeros días de la menstruación.	Negativo	Suspensión completa del dolor.	Bueno

Caso N°	Historia Clin. N°	Edad	Antecedentes de la enfermedad actual	Examen Ginecológico	Evolución posterior al tratamiento	Resultados
13	579389	32	Menarquia: 14 años. Ciclos: 28 x 4-5. Algomenorrea primaria severa, tipo expulsivo, la cual se ha presentado desde la menarquia.	Negativo	No hubo ninguna mejoría.	Nulo
14	144291	32	Menarquia: 15 años. Ciclo: 30 x 2-3. Algomenorrea secundaria a intervención quirúrgica (miometomía, ooforectomía), tipo expulsivo acompañada de náuseas y lipotimias. Estos síntomas se presentan el primer día de la menstruación.	Cuello con ectropión periorificial.	Hubo mejoría de los síntomas dolorosos.	Bueno
15	215709	28	Menarquia: 13 años. Ciclos: 30 x 6-8. Algomenorrea primaria los tres primeros días del ciclo. Dolor en el bajo vientre, tipo expulsivo.	Negativo	No hubo ninguna mejoría respecto al dolor.	Nulo
16	592536	26	Menarquia: 13 años. Ciclos: 28 x 4-5. Algomenorrea primaria intensa, total, tipo expulsivo.	Cuerpo uterino pequeño con buena relación cérvico corporal.	Se observó notoria mejoría del dolor.	Bueno
17	254043	33	Menarquia: 14 años. Ciclos: 22 x 4. Algomenorrea primaria intensa tipo expulsiva, escalofrío el primer día de la menstruación.	Cuello con ectropión.	Se suprimió completamente el dolor.	Bueno
18	630780	29	Menarquia: 14 años. Ciclos: 30 x 3-4. Algomenorrea primaria intensa los dos primeros días de la regla e nforma de dolores en las fosas ilíacas tipo inflamatorio.	Negativo	Hubo completa mejoría en los ciclos siguientes.	Bueno

Caso N°	Historia Clin. N°	Edad	Antecedentes de la enfermedad actual	Examen Ginecológico	Evolución posterior al tratamiento	Resultados
19	601498	25	Menarquia: 12 años. Ciclos: 20 x 4. Algomenorrea secundaria de cinco años de evolución consistente en dolor hipogástrico tipo expulsivo los dos primeros días de la regla.	Cuerpo en retroversión 2º con diámetro disminuido.	Se observó disminución notoria del dolor.	Bueno
20	424406	21	Menarquia: 14 años. Ciclos: 30 x 2-3. Algomenorrea secundaria de tres meses de evolución, consistente en dolor abdominal generalizado durante todos los días de la regla. Tipo expulsivo.	Negativo	Hubo mejoría aunque persiste el dolor en grado moderado.	Bueno
21	279916	23	Menarquia: 13 años. Ciclos: 30 x 8. Algomenorrea secundaria de un año de evolución. Dolor hipogástrico tipo expulsivo el primer día de la regla, acompañado de náuseas, escalofrío y cefáleas.	Cuerpo uterino en RV grado III.	No se observó mejoría	Nulo
22	627738	20	Menarquia: 12 años. Ciclos: 28 x 5. Algomenorrea primaria de dolor intenso, tipo expulsivo, el primer día de la regla. Mastalgia pre-menstrual.	Negativo	Se observó disminución del dolor.	Bueno
23	445217	20	Menarquia: 14 años. Ciclos: 30 x 3. Algomenorrea secundaria, dolor intenso en fosas ilíacas, tipo expulsivo, durante todo el tiempo de la menstruación.	Del 5º al 28º día se hicieron exámenes citológicos siendo compatibles con el día del ciclo registrado. El día 21, 40% de picnosis y maduración. El día 25 picnosis y maduración 65%, siendo un porcentaje alto.	Se suspendió el dolor.	Bueno
24	582591	20	Menarquia: 12 años. Ciclos: 30 x 4. Algomenorrea primaria desde el día anterior, dolor en fosas ilíacas, tipo expulsivo, diarrea, lividez, lipotimias.	Negativo	Tuvo dolor en la fosa ilíaca derecha menos intenso. Desaparición de la diarrea y el vómito. Se hizo citología.	Bueno

Caso N°	Historia Clin. N°	Edad	Antecedentes de la enfermedad actual	Examen Ginecológico	Evolución posterior al tratamiento	Resultados
25	272788	24	Menarquia: 14 años. Ciclos: 30 x 8. Algomenorrea secundaria hace 4 años, acompañada de cólico hipogástrico intenso, tipo expulsivo, diarrea y vómito los dos primeros días.	Retroversión uterina fija, dolorosa.	No hubo ninguna mejoría.	Nulo
26	282858	30	Menarquia: 13 años. Ciclos: 30 x 15-10. Algomenorrea secundaria de cinco años de evolución (1º y 2º día del ciclo), intensa tipo expulsiva, acompañada de dolor sacro lumbar.	Nódulos miomatosos en cara anterior del útero. Citología vaginal: Estímulo estrogénico adecuado. Moco cervical: Normal. Biopsia de endometrio: Tejido insuficiente.	Se alivió completamente. Dice haber sentido especial alivio al tomar el Vasculat. Se hizo citología.	Bueno
27	358236	37	Menarquia: 16 años. Ciclos: 60 45 x 3-4. Algomenorrea secundaria de tres años de evolución, dolor intenso tipo expulsivo, calofrío (la víspera y el primer día de la regla). Oligomenorrea: Tratada con ciclos artificiales (progesterona y estradiol) sin que con esto se sintiera mejoría en el dolor.	Cuello ectropión.	Supresión total del dolor y las molestias.	Bueno
28	602899	29	Menarquia: 10 años. Ciclos: 28 30 x 3. Algomenorrea primaria. Acompañada desde el principio de dolor hipogástrico tipo expulsivo, en fosas ilíacas (intenso el primer día). Expulsión de coágulos.	Negativo	Ligero alivio del dolor.	Regular
29	66669	39	Menarquia: 12 años. Ciclos: 30 x 4-5. Algomenorrea secundaria de dos años de evolución, tipo expulsiva, cuatro días antes y los dos primeros del ciclo.	Cistouretrocele 1º Citología vaginal: Normal. M. Cervical: Normal. Biopsia de endometrio: "Endometrio pregravídico con avanzados cambios menstruales".	No se notó mejoría en el primer ciclo. En los restantes hubo notoria mejoría del dolor.	Bueno

Caso N°	Historia Clin. N°	Edad	Antecedentes de la enfermedad actual	Examen Ginecológico	Evolución posterior al tratamiento	Resultados
30	422192	23	Menarquia: 13 años. Ciclos: 30 x 3-4. Después del último parto, un año ciclos de 40 a 60 x 8 a 10. Algomenorrea secundaria de cuatro meses de evolución, tipo expulsiva, dolor intenso en abdomen inferior, calores en la cara los tres primeros días. Mastalgia pre-menstrual.	Negativo	Ausencia total del dolor durante los días de la menstruación.	Bueno
31	681967	18	Algomenorrea secundaria severa total, tipo expulsivo. Menarquia: 12 años. Ciclos: 18-20 x 4-8.	Negativo. Citología vaginal función ovárica: Normal. Cristalización moco cervical: Normal. Biopsia de endometrio: Endometrio secretor con cambios menstruales.	Bastante alivio del dolor.	Bueno
32	483705	21	Algomenorrea secundaria postmatrimonial (2½ años), intensa tipo expulsiva. Intervención hace un año (ooforectomía unilateral por quiste ovárico).	Citología vaginal: función ovárica: Normal. Cristalización del moco cervical: normal. Biopsia de endometrio: restos deciduales inflamados. Endometrio en estado secretorio.	Hubo mejoría.	Bueno
33	626401	25	Algomenorrea primaria primero y segundo día de la menstruación. Tipo expulsivo, náuseas. Menarquia: 12 años. Ciclos: 30-26 x 3.	Negativo	Mejóro notoriamente. Pudo concurrir al trabajo durante los ciclos sucesivos.	Bueno
34	639296	21	Algomenorrea primaria progresiva primero y segundo día. Menstruación tipo expulsiva, severa, vómito lipotimia. Menarquia: 14 años. Ciclos: 28-29 x 3.	Citología vaginal: función ovárica: normal. Buena actividad estrogénica. Moco cervical: normal. Biopsia de endometrio: técnicamente no se pudo hacer.	No se observó mejoría.	Nulo

Caso N°	Historia Clin. N°	Edad	Antecedentes de la enfermedad actual	Examen Ginecológico	Evolución posterior al tratamiento	Resultados
35	520503	23	Menarquia: 15 años. Ciclos: 30 x 2-3. Algomenorrea secundaria intensa, tipo expulsivo, el primer día.	Hipoplasia uterina I grado. Citología vaginal, función ovárica: normal. Moco cervical: normal. Biopsia de endometrio: endometrio progravídico con cambios menstruales.	Notoria mejoría con el tratamiento.	Bueno
36	563278	23	Algomenorrea secundaria de 4 años de evolución, severa, tipo expulsivo primero y segundo día. Náuseas. Mastalgia pre-menstrual.	Negativo. Citología vaginal: normal.	No se observó mejoría.	Nulo
37	647250	21	Menarquia: 14 años. Ciclos: 28 x 4. Algomenorrea primaria severa, tipo expulsiva, rebelde a analgésicos. Causa incapacidad.	Negativo. Citología vaginal, función ovárica normal.	Alivio marcado de los síntomas dolorosos.	Bueno
38	421545	29	Menarquia: 13 años. Ciclos: 30 x 3. Algomenorrea secundaria total de tres meses de evolución. Tipo expulsiva. Hipomenorrea.	Negativo. Citología vaginal: hipoposterogenismo. Moco cervical: no cristalización. Biopsia de endometrio: Endometrio secretor con cambios menstruales.	Completa mejoría del dolor.	Bueno
39	422192	23	Menarquia: 13 años. Ciclos: 30 x 3-6. Algomenorrea secundaria de dos años de evolución, intenso dolor hipogástrico por dos días a partir del primer día de la menstruación tipo expulsivo.	Normal. Citología vaginal: normal. Moco cervical: normal.	Alivio del dolor.	Bueno
40	681976	21	Menarquia: 13 años. Ciclos: 30 x 3. Algomenorrea secundaria de dos años de evolución. Dolor lumbosacro los dos primeros días de la menstruación, tipo expulsivo.	Negativo. Citología vaginal: normal. Moco cervical: normal. Biopsia de endometrio: endometrio menstrual (secretor).	Pasó completamente el dolor.	Bueno

Caso N°	Historia Clin. N°	Edad	enfermedad actual Antecedentes de la	Examen Ginecológico	Evolución posterior al tratamiento	Resultados
41	637980	22	Menarquia: 12 años. Ciclos: 30 60-90 x 6-9. Algomenorrea primaria total, tipo expulsivo, dolor hipogástrico intenso, irradiado a muslos.	Negativo. Citología vaginal: hipostrogenismo.	Tuvo mejoría del dolor.	Bueno
42	662762	17	Menarquia: 15 años. Ciclos: 28 x 4-5. Dismenorrea secundaria de cinco meses de evolución, tipo expulsiva severa.	Negativo	Pasó el dolor completamente.	Bueno
43	718767	41	Menarquia: 14 años. Ciclos: 25 30 x 8-10. Algomenorrea secundaria de cinco años de evolución, dolor en fosas ilíacas, tipo expulsivo.	Negativo. Citología vaginal, función ovárica: normal. Moco cervical: normal. Biopsia de endometrio: Endometrio menstrual.	Con el tratamiento ha sentido alivio notorio del dolor menstrual.	Bueno
44	582748	28	Menarquia: 17 años. Ciclos: 20 x 3. Algomenorrea secundaria de 6 años de evolución, después del cuarto parto, tipo expulsivo, cólicos en fosas ilíacas, el primero y segundo días del ciclo.	Negativo. Anexos negativos.	Mejoró con el tratamiento, especialmente el primer ciclo.	Bueno
45	584042	24	Algomenorrea primaria severa, tipo expulsivo. Causa incapacidad.	Negativo. Citología vaginal: Actividad estrogénica baja.	No tuvo mejoría.	Nulo
46	638272	43	Algomenorrea secundaria severa tipo expulsiva.	Normal. Citología vaginal: actividad estrogénica baja. Moco cervical: normal. Biopsia de endometrio: Endometrio secretor.	Pasó el dolor completamente.	Bueno
47	582748	20	Menarquia: 13 años. Ciclos: 30 x 3. Algomenorrea secundaria severa de cinco años de evolución, tipo expulsiva. Los dos primeros días localización en fosas ilíacas. Incapacita.	Retroflexión uterina II (no vino a estudio de función ovárica.	Pasó el dolor completamente.	Bueno

Caso N°	Historia Clin. N°	Edad	Antecedentes de la enfermedad actual	Examen Ginecológico	Evolución posterior al tratamiento	Resultados
48	639896	21	Menarquia: 14 años. Ciclos: 28 x 3. Algomenorrea primaria tipo expulsiva.	Negativo. (No se hicieron exámenes de función ovárica).	No tuvo mejoría.	Nulo
49	491276	25	Menarquia: 16 años. Ciclos: 40 x 8. Algomenorrea secundaria severa primer día, tipo expulsiva. Incapacita.	Negativo. Citología vaginal normal. Moco cervical normal. Biopsia de endometrio: "Endometrio pro-gravídico".	Pasó completamente el dolor.	Bueno
50	637971	26	Dismenorrea secundaria, severa tipo expulsiva, desde hace dos años.	Citología vaginal: actividad estrogénica baja. Biopsia de endometrio. "Endometrio secretor temprano".	Pasó completamente el dolor.	Buenc
51	407310	26	Algomenorrea primaria intensa, tipo expulsiva. Mastalgia premenstrual. Infertilidad.	Negativo. Citología vaginal: ligero estímulo estrogénico. Biopsia de endometrio: No se practicó.	Pasó completamente el dolor.	Bueno
52	710473	25	Menarquia: 16 años. Ciclos: 30 x 4. Algomenorrea primaria tipo expulsiva, los dos primeros días.	Negativo. Citología vaginal normal. Moco cervical: Normal. Biopsia de endometrio: "Endometrio menstrual" (secretor avanzado).	Alivio completo del dolor.	Bueno
53	352264	30	Algomenorrea secundaria de 10 años de evolución. Dolor abdominal bajo, intenso, el primer día del ciclo. Cefálea, lumbalgia.	Negativo. No se hizo citología ni biopsia de endometrio.	No sintió mejoría con el tratamiento.	Nulo
54	662762	18	Menarquia: 15 años. Ciclos: 28 x 4-5. Algomenorrea secundaria de 5 meses de evolución, tipo expulsivo, total, severa.	Negativo. Citología vaginal: Moderado estímulo estrogénico. Moco cervical: cristalización grado II.	Pasó completamente el dolor durante las menstruaciones.	Bueno
55	422192	24	Menarquia: 13 años. Ciclos: 30 x 4. Algomenorrea secundaria de 6 años de evolución, primero y segundo día. Tipo expulsiva.	Negativo. Citología vaginal normal. Biopsia de endometrio: Endometrio típico del primer día del ciclo.	Pasó completamente el dolor.	Bueno

Caso N°	Historia Clín. N°	Edad	Antecedentes de la enfermedad actual	Examen Ginecológico	Evolución posterior al tratamiento	Resultados
56	564376	30	Menarquia: 14 años. Ciclos: 26 28 x 6. Algomenorrea primaria. Primer día menstrual, intenso, tipo expulsiva.	Negativo. Citología vaginal: Mo- derado estímulo estrogénico. Moco cervical normal. Biopsia de endometrio: "Endometrio menstrual" (1er. día del ciclo).	Pasó completamente el dolor.	Bueno
57	615013	38	Algomenorrea secundaria de dos meses de evolución, intensa, có- lico hipogástrico y dolor lumbar primero y segundo día mens- trual.	Retroversión uterina. Citología vaginal: moderado estímulo es- trogénico. Moco cervical: no hubo cristalización. Biopsia de endometrio: "Endometrio menstrual".	Mejóro con el tratamiento.	Bueno
58	503933	30	Menarquia: 14 años. Ciclos: 28 x 2. Algomenorrea primaria ti- po expulsiva, severa, el primer día de menstruación.	Negativo. Citología vaginal: Es- tímulo estrogénico normal. Ciclo bifásico. Moco cervical: normal. Biopsia de endometrio: endome- trio secretor tardío.	Pasó el dolor completamente.	Bueno
59	411770	32	Menarquia: 12 años. Ciclos: 25 25 x 6-8-10. Algomenorrea se- cundaria severa de cinco me- ses de evolución, tipo expulsiva, los tres primeros días de mens- truación. Posible origen psicóge- no.	Negativo	Persistió la algomenorrea severa.	Nulo
60	188861	27	Algomenorrea primaria, tipo ex- pulsivo.	Citología normal. Moco cervical normal. Biopsia de endometrio: Endometrio en fase pro-gravídi- ca.	Mejóro completamente.	Bueno

VI — BIBLIOGRAFIA

- 1 LASSEGUE, C. J. Med. Paris 135, 295-313 1964.
- 2 ALONSO ORIO. Med. Esp. 51, 334-339 1964.
- 3 SACRISTAN DIAZ: Medicina 31, 137-141. 1963.
- 4 NAVARRO MARTINEZ P.: Med. Seg. Trab. 10, 39, 44-56. 1962.
- 5 ERRANDO VILAR, J.: Hip. Med. 19 79 84 1962.
- 6 MARC HETTO, G.; BERTOLIN, A.: Attual, Ostet. Ginec. 7, 847-854. 1961.
- 7 PEÑA REGIDOR, P. DE LA: Clin. Lab. 68, 278-280. 1959.
- 8 DURAN CRESPO, A.: Rev. Españ. Obstet. Ginec. 18. 163, 168, 1959.
- 9 PICALLO, R.: Rev. Españ. Obst. Ginec. Valencia. 17, 219, 222. 1958.
- 10 FERRARI, B.: Quad. Clin. Obstet. Ginec. 13, 141, 150. 1958.
- 11 BRACO, G. MASSA, V.: Minerva Ginec. 12, 834-839. 1960.
- 12 GORDILLO, J.: XIV Reunión Nal. de Ginec. Obst. de León. Gto. 1966. México.
- 13 CATALA DIEZ, J.: Med. Esp. 55. 192. 199. 1966.
- 14 MARIN NUÑEZ: Muench, Med. Esp. 108, 3. 210-214. 1966.