

# Dismenorrea orgánica uterina intrínseca

Por el doctor **ENRIQUE DARNALT RESTREPO**

La dismenorrea orgánica uterina se puede dividir para su estudio en primaria y secundaria. Existen varias causas o etiología para cada una de ellas, correspondiendo a la dismenorrea primaria los casos de infantilismo genital y más especialmente de hipoplasia uterina, y la anteflexión exagerada; y a la dismenorrea secundaria las retrodesviaciones, los fibromiomas, especialmente los de localización intramural, los pólipos endometriales, los fibromas submucosos polipoides, los fibromas cervicales, la endometriosis o adenomiosis, las obstrucciones uterinas y cervicales y finalmente las endocervicitis agudas, sub-agudas o crónicas. Creemos conveniente advertir que en este artículo hablaremos únicamente de la dismenorrea orgánica proveniente del cuerpo y cuello uterinos, es decir, intrínseca.

## DISMENORREA PRIMARIA

Para interpretar las bases fundamentales del dolor en la dismenorrea primaria, existen varias teorías hipotéticas al respecto y para ello es necesario tener en cuenta la sensibilidad exagerada de los terminales nerviosos que llegan al ítem uterino, hipersensibilidad provocada por agentes químicos, bacteriales o

metabólicos y que producen contracciones exageradas e incoordinadas del útero. También se ha postulado que el dolor puede resultar de una relativa isquemia del miometrio, provocando un mecanismo análogo al ocasionado en la claudicación intermitente o en la angina de pecho.

El concepto de que la dismenorrea primaria no es más que un simple cólico uterino está de acuerdo con las observaciones clínicas que demuestran que al aplicar en las enfermas dismenorréicas un antiespasmódico del tipo de la atropina, bien sea por vía hipodérmica o directamente en la musculatura cervical suspende el dolor generalmente y que la introducción de un lápiz de nitrato de plata o de una sonda uterina en el canal cervical produce un acceso doloroso muy similar al que experimentan estas pacientes durante la menstruación.

Keiffer ha demostrado la presencia de corpúsculos nerviosos sensoriales altamente especializados sobre el endometrio yuxta-cervical (orificio interno del cuello), y les atribuye la propiedad de iniciar las contracciones uterinas a través de un arco reflejo espinal y que el esfínter y la mucosa que lo envuelve o rodea es la zona eminentemente sensitiva del útero. Para apoyar esta tesis, di-

es, que la estimulación del endometrio en la vecindad del orificio interno aumenta las contracciones uterinas.

1) *Hipoplasia uterina*. La hipoplasia que entre otras cosas se presenta en un considerable número de pacientes dismenorréicas, es probablemente una causa importante de provocar menstruaciones dolorosas. A este respecto existen dos puntos de vista que están basados ambos en la preponderancia del tejido conectivo sobre el tejido muscular y puede producir contracciones irregulares y espasmódicas del útero (Meaker); o por deficiencia del tejido muscular, las contracciones uterinas son menores en potencialidad y se produce una estasis venosa que causa irritación en las terminaciones nerviosas del útero, dando la dismenorrea congestiva (Schultz).

El tratamiento de la hipoplasia uterina se basa en corregir el estado general y en la medicación con estrógenos por vía oral o hipodérmica, administrados en la primera mitad del ciclo menstrual y a dosis medias. La duración varía según la calidad de la hipoplasia y la respuesta a la droga.

2) *Anteflexión exagerada del útero*. La flexión exagerada, acompañada o no de hipoplasia —generalmente están asociadas— puede ser una de las causas predisponentes a la dismenorrea, porque aunque no exista una obstrucción del canal cervical por la angulación del cuello y del cuerpo, es razonable pensar que dicha flexión pueda ayudar a la dificultad del paso de fragmentos de tejidos macroscópicos o pequeños coágulos que se pueden formar cuando la substancia anticoagulante del endometrio permanece en relativa inactividad.

Como tratamientos en estos casos, es aconsejable las dilataciones cervicales progresivas, ayudadas de estrógenos. En último término, la corrección quirúrgica o traquelorrafia.

## DISMENORREA SECUNDARIA

La dismenorrea orgánica secundaria puede ser ocasionada por la presencia de lesiones o afecciones pélvicas. En estas condiciones el dolor puede estar completamente ausente durante los intervalos menstruales, pero se agudiza el primer día de la menstruación o se va haciendo más notorio en el período pre-menstrual ayudado naturalmente por la congestión pélvica que se añade en el período menstrual.

Pero como se está tratando solamente de la dismenorrea orgánica uterina intrínseca secundaria, nos limitaremos a enumerar su etiología, como se dijo al comienzo del artículo.

1) *Retrodesviaciones uterinas*. Las retroposiciones uterinas (flexión, versión o posición) no complicadas, es decir, sin fenómenos adherenciales, raramente producen dismenorrea. En estos casos bastan maniobras manuales a fin de colocar el útero en su posición fisiológica, ejercicios calisténicos adecuados y la aplicación de un pesario de caucho. Si la retrodesviación es complicada o sea adherente y fija, se debe recurrir ante todo al tratamiento médico según la causa y finalmente recurrir a la intervención quirúrgica (ligamentopexia).

2) *Fibromiomas*. Los fibromiomas, especialmente los intramurales y subserosos de determinado tamaño, pueden causar solamente dolor menstrual, debido a la congestión pélvica pasiva. El

tratamiento es quirúrgico practicando una miomectomía en las mujeres que se encuentren en plena actividad sexual o una histerectomía en las enfermas pre y menopáusicas. Naturalmente la conducta quirúrgica variará según el caso.

3) *Los pólipos endometriales, fibromas sub-mucosos polipoides y fibromas cervicales.* Provocan la dismenorrea por dos mecanismos: o por oclusión parcial del canal cervical y en el momento de la contracción uterina produce el "parto", por así decirlo, de la masa tumoral, o aisladamente por congestión pélvica y trastornos mecánicos de la fundación debida al tumor. El tratamiento, una vez diagnosticado, para cualquiera de los tumores arriba mencionados es exclusivamente quirúrgico y la técnica varía de acuerdo con la localización, tamaño y evolución del tumor.

4) *Endometriosis o adenomosis.* La endometriosis o sea la implantación ectópica de tejido endometrial en el miometrio es la lesión más característica y frecuente, pues no produce otro síntoma sino la dismenorrea. El endometrio implantado está sometido a cambios cíclicos, hemorragia y descamación, por lo tanto provoca dolor y distensión. Generalmente está asociada a una fibromatosis generalizada y el diagnóstico se basa principalmente en una dismenorrea adquirida, persistente e incontrolable, acompañada de una matriz aumentada de tamaño, regular en sus contornos y alteraciones cíclicas funcionales, tales como hipermenorreas y poli-menorreas.

El tratamiento puede ser médico a base de hormonas androgénicas, radioterapia o quirúrgico.

5) *Obstrucciones uterinas y cervicales.* Las amputaciones, cauterizaciones y conizaciones del cervix, lo mismo que la radioterapia, pueden en algunas ocasiones interferir el paso del flujo menstrual de las secreciones uterinas provocando desde un dolor pélvico difuso e indefinido, hasta cólicos excesivamente severos. Estas obstrucciones pueden ser parciales o totales, de acuerdo con el tratamiento inferido y la profundidad del mismo. Estudiando detenidamente a la paciente y practicando una anamnesis ginecológica, se desprende el tratamiento que debe ser aplicado.

6) *Endocervicitis agudas o crónicas.* La inflamación del canal cervical y por consiguiente la irritación de las terminaciones nerviosas a ese nivel, pueden ocasionar en algunas enfermas la producción de dismenorrea de tipo congestivo. El tratamiento debe ser local o general, según las circunstancias y la clase de afección o lesión (benigna o maligna).

## BIBLIOGRAFIA

Progress in Gynecology - Meigs and Sturgis, 1946.

Textbook of Gynecology - Curtis, 1939.

Textbook of Gynecology - Novak, 1944.

Endocrinology of Women - Hamblen, 1945.