

Dismenorrea orgánica extra uterina

(Trabajo presentado el 14 de junio de 1951)

Por el doctor **A. ESPINOSA ESPINOSA**

Con sumo placer presento esta charla que en asocio de distinguidos colegas del ICSS, leímos ante la décima reunión científica de dicho Instituto.

En ella y más que todo para facilidad didáctica y comodidad de exposición para los varios ponentes nombrados por la dirección científica, resolvimos no entrar en discusión sobre la denominación de la entidad que nos ocupa y aceptamos la de dismenorrea, así como también la dividimos en orgánica intrauterina, orgánica extrauterina, funcional y psicogena, encargándose el internista y el farmacólogo de la introducción y el punto de vista terapéutico sintomático, respectivamente.

Conocidas son de todos vosotros las denominaciones que se han propuesto a esta entidad de la patología, pareciéndome la más lógica y aceptable la de *algomenorrea*, ya que conocéis que el dolor es el síntoma capital en el tema que nos ocupa, ya sea del tipo expulsivo o congestivo, quedando relegados a segundo término los otros síntomas que la acompañan. Por otra parte el término dismenorrea etimológicamente hablando, indica dificultad, alteración,

trastorno de la menstruación que en la mayoría de los casos no se comprueba como dependiente exclusivamente del mecanismo menstrual.

El término *algomenorrea*, indica solamente el síntoma capital y no prejuzga sobre su etiología. Soy partidario de universalizar la terminología médica y por ello os traigo mi opinión sobre este punto para que lo discutamos ampliamente.

No entro en detalles de clasificación, pero acá también creo lógico y científico clasificar la *algomenorrea*, en primitiva y secundaria, no teniendo en cuenta el factor tiempo de aparición, sino la etiología, agregándole después de su estudio el segundo apelativo, v. g.: *algomenorrea secundaria inflamatoria*, la cual es una de las afecciones que hoy vamos a considerar.

De acuerdo con lo dicho, el tema de hoy comprenderá una parte de las *algomenorreas secundarias* que para facilitar la descripción divido en: inflamatorias, tumorales, venosas, nerviosas, intestinales y urinarias. En su mayoría presentan el tipo doloroso congestivo.

Inflamatorias. No escapa a nadie la importancia de este tipo de algomenorrea, siendo bien conocidas de todos sus características clínicas y anatomopatológicas.

Dentro de las formas clínicas presentan un mayor interés las formas crónicas y subagudas ya estén localizadas en las trompas, ovarios, parametrios o solamente en el peritoneo pélvico, como secuela de los procesos inflamatorios de estos órganos.

La algomenorrea de este tipo es debida a la hipercongestión uterina con distención del perimetrio y de los procesos adherenciales y por lo tanto, también a las contracciones uterinas.

Paso por alto por ser de todos conocida su etiología y patogenia y sólo hago resaltar la facilidad de que pase inadvertido en el puerperio, un proceso inflamatorio tubario que producirá como consecuencia tardía la algomenorrea y esterilidad secundarias.

El tratamiento de estas formas clínicas se hace a base de estrógenos, diatermia, antibióticos y persuflaciones. Estas últimas indicadas más para conocer el resultado del tratamiento o bien como medio adyuvante para tratar una obstrucción tubaria.

Aprovecho la oportunidad para hacer notar que los procesos agudos mal curados, es decir, clínicamente tratados como hasta hace poco tiempo lo hacíamos, controlando solamente la parte clínica y hematológica, para afirmar o infirmar la curación de un proceso inflamatorio tubario, presenta una enorme falla, ya que así no conocemos si el órgano quedó funcionalmente normal.

Como consecuencia nos arriesgamos a que posteriormente estas enfermas, ge-

neralmente en edad activa genital, presenten una obstrucción con pequeños focos inflamatorios que serán causa de algomenorrea secundaria y esterilidad.

Para llegar a la afirmación definitiva de curación es necesario a mi modo de ver, la persuflación tubaria.

Volviendo al tema del tratamiento del proceso inflamatorio y ante el fracaso de los recursos médicos se debe ir a una cirugía tan conservadora como las lesiones lo permitan, aprovechando para hacer como medida suplementaria y de gran importancia la resección del pre-sacro (Cotte) y corregir cualquier otra anomalía en la pelvis, hallada o no en los exámenes clínicos.

De paso anoto que la operación de Cotte, usada en la algomenorrea grave, sin lesión aparente, tiene un fracaso que oscila entre el 2 y el 20%, según diversas estadísticas, motivo por el cual hoy se usan la prueba de los estrógenos o el bloqueo simpático, para determinar hasta donde es posible, si su causa es psicógena o no.

Anoto solamente que el bloqueo simpático lumbar, da resultados idénticos a la operación de Cotte, pero de carácter temporal y en tal caso, indicará la cirugía. Será negativa en las dismenorreas psicógenas.

Tumorales. En lo referente a tumores, ocupa lugar de preferencia la *endometriosis externa*, que por su acción irritativa de distención y aun hemorrágica peritoneal, lleva a la algomenorrea. Según estadísticas extranjeras se halla en el 20 al 30% de la cirugía ginecológica. Ved su importancia!

Conocidas son de todos, las diversas localizaciones: ovárica, tubárica, fábique recto-vaginal, vagino-vesical, fondo de

saco de Douglas, ligamentos e intestinos amén de otras formas extraperitoneales, bastante raras.

El diagnóstico bastante difícil se hace al comprobar lesiones tumorales en los diversos sitios anotados, acompañados de algomenorrea secundaria, tipo congestivo, que generalmente va en aumento y en pacientes con carencia absoluta de antecedentes infecciosos.

Es de gran ayuda en el diagnóstico el uso de hiperhemiantes y vasodilatadores, como los estrógenos y la diatermia, pues con ellos si existe la endometriosis deben aumentar los dolores premenstruales. Lo contrario sucede en los procesos inflamatorios.

El tratamiento puede ser hormonal, radioterápico o quirúrgico. Su selección se hace según la edad de la paciente, el grado de las lesiones, su evolución e intensidad clínica.

En general debe darse preferencia al tratamiento quirúrgico que da mayores garantías desde todo punto de vista, a la vez que permitirá practicar el tratamiento más conveniente a cada caso.

Sin embargo, existen casos muy avanzados en donde usaremos la radioterapia castración para controlar el aumento de la lesión y por ende de la dismenorrea. Habrá casos en los cuales el uso de la testorana, cuidando de no llegar a la dosis virilizante, se hará necesaria como medida paliativa y mientras se corrigen las lesiones que impidan ir a la cirugía inmediata. Nunca como tratamiento continuo y definitivo.

De las demás tumoraciones pélvicas extrauterinas, sólo resta agregar que generalmente se ponen de presente por sus manifestaciones dolorosas de compresión a los filetes nerviosos o vecinos

a los órganos adyacentes y que rara vez producen algomenorrea.

Algunas formas clínicas como la ptosis ovárica en el Douglas o la ovaritis esclero-quística, podrían incluirse aquí, pero la falta de constancia en la producción del dolor menstrual en estos casos, hace que sólo las mencione de paso.

Merece citarse en este punto el hematócele pelviano crónico, que aun cuando no es un verdadero tumor, al encapsularse forma un falso quiste que si produce algomenorrea, por idéntico mecanismo al de las lesiones inflamatorias. Su tratamiento es igual.

Venosas. El varicocele pelviano de tanto auge en otro tiempo, a mi modo de ver, ha perdido gran cantidad de adeptos y si logramos individualizarlo como entidad nosológica pura, bien podría ser causa de algomenorrea. Su tratamiento es quirúrgico.

Nerviosas. Algunos han invocado como causa de algomenorrea, lesiones nerviosas de los plejos hipogástricos, debido a hallazgos anatomo-patológicos de neuritis.

Su importancia es grande, conocida la fisiología simpático-parasimpático y debida probablemente a regímenes dietéticos carentes en vitaminas, en especial de la vitamina B₁. De ahí la importancia de una dieta bien balanceada, rica en vitaminas, proteínas y de una terapéutica vitaminoterápica especialmente en enfermas desnutridas y de tipo asténico-hipoplásico. Serían las únicas de este grupo que no presentan dolor de tipo congestivo.

Urinarias. Algunas lesiones urinarias pueden presentar este tipo de algome-

norrea, en especial las inflamaciones crónicas de la vejiga y la acodadura ureteral inferior. Por eso, en ciertos casos, sospecho de presentar tales lesiones, debemos pedir el concepto del urólogo, quien hará, según el caso, la citoscopia, el cateterismo ureteral y la ureteropielografía e instituirá el tratamiento adecuado.

Intestinales. Finalmente lesiones crónicas inflamatorias del apéndice, especialmente en su localización pélvica y como consecuencia de procesos peria-pendiculares, a continuación de una salpingo-ovaritis o no, han sido dadas

como causa de algomenorrea. No debemos olvidar ello, ya que en pocos casos publicados la apendicectomía ha dado la cura definitiva.

Tampoco debemos olvidar las inflamaciones crónicas del sigmoide, y en especial la sigmoiditis amibiana. En su sospecha, estos casos debemos remitirlos al gastroenterólogo, para su estudio, después de descartar todas las lesiones, ya estudiadas.

Su patogenia muy discutida, puede ser debida al dolor hipogástrico que viene a intensificar una algomenorrea psicógena moderada, que hasta entonces pasaba desapercibida para la enferma.