Vista de conjunto de la contractilidad uterina en el estado grávido puerperal

EL DOLOR UTERINO

Capítulo final del trabajo "Fisiopatología de la Contracción Uterina y sus aplicaciones en la Clínica Obstétrica". Por los doctores Hermógenes Alvarez (Profesor de Clínica Obstétrica y Ginecológica) y Roberto Caldeyro Barcia (Profesor Agregado de Fisiología). Facultad de Medicina de Montevideo.—Uruguay.

Durante todo el estado grávido puerperal (embarazo, parto, alumbramiento y post-alumbramiento) el útero presenta una actividad contractil rítmica, nunca interrumpida. Pero en cada período las características de esa contractilidad son diferentes, adecuándose a las funciones que debe cumplir. En el **embarazo** las contracciones son de pequeña intensidad y de frecuencia elevada, para facilitar la circulación uterina sin provocar la salida del feto; las ondas más pequeñas corresponden a contracciones localizadas; las ondas mayores (Braxton Hicks) a contracciones generalizadas pero que carecen del Triple Gradiente Descendente. En el **parto** se produce la maduración de las fibras, cuya concentración en Actomiosina aumenta, y les permite desarrollar contracciones cada vez más fuertes; van adquiriendo además el Triple Gradiente Descendente, que en parte se debe a que la Actomiosina aumenta más en las partes altas del útero que en las partes bajas (Naeslund y Sneliman, 1951). La transformación de la contractilidad del embarazo en la del parto puede hacerse en dos formas diferentes. En el **parto** las contracciones tienen gran intensidad y Triple Gradiente Descendente (para dilatar el cuello y expulsar el feto) y frecuencia baja (para no causar anoxia). En el período de **expulsión**, a la presión desarrollada por el útero, se suma la presión ejercida por las paredes abdominales (**pujos**); estos se efectúan generalmente durante el acmé de las contracciones uterinas (2 o 3 pujos en cada una) y desarrollan presiones de

40 a 60 mm. Hg; son más bruscos y de menor duración que las contracciones del útero. En el **alumbramiento** las contracciones son similares a las del parto, aunque el tono es ligeramente más bajo por la reducción de volumen experimentada; las contracciones son algo más intensas. En el **post-alumbramiento** se produce una gran disminución en la frecuencia de las contracciones, y en la velocidad de propagación de la onda, la que adquiere un carácter peristáltico, que la vuelve muy eficaz para expulsar coágulos y loquios. Durante el **puerperio** la contractilidad se va modificando progresivamente hasta adquirir los caracteres propios del útero **no grávido**. Como éste presenta también una contractilidad rítmica permanente podemos afirmar que durante todo el período de actividad sexual de la mujer, desde la pubertad hasta menopausia, el útero está siempre contrayéndose rítmicamente.

El dolor uterino

En Obstetricia Dolor y Contracción uterina son dos conceptos que siempre han sido íntimamente asociados, de tal modo que es corriente emplear el término "dolores" para referirse a las "contracciones". Dexeus Font (1949), manifiesta que "el dolor sigue a la contracción como la sombra al cuerpo"; esta es la opinión generalmente aceptada por la mayoría de los obstetras.

Sin embargo Chassar Moir (1939) ha dado argumentos muy sólidos que demuestran que **la contracción uterina es indolora en sí misma**; y que el dolor que acompaña a cada contracción del parto se debe, en el período de dilatación a la **distensión** que las contracciones causan en el cuello uterino y en el segmento inferior; y en el período de expulsión a la distensión de la vagina y del periné. Esto último queda demostrado por el hecho de que el bloqueo anestésico del pudendo interno suprime los dolores del período expulsivo; el pudendo interno no inerva al útero y sí a la vagina y al periné.

De acuerdo con las más modernas investigaciones (Bonica, 1953), se acepta que la **contracción normal, fisiológica, de los músculos viscerales, es indolora**. Y que las dos grandes causas de dolor visceral son:

1) la **distensión** más o menos brusca; 2) la **anoxia prolongada en un músculo que está contrayendo**. Estos conocimientos se aplican perfectamente bien al útero.

Durante el **parto** pueden registrarse contracciones tan intensas como las del parto y que sin embargo son absolutamente

indoloras (Chassar Moir, 1939; Alvarez y Caldeyro, 1949; Vignes, 1951) porque no causan la dilatación del cuello. No dilatan el cuello porque carecen del Triple Gradiente Descendente (Caldeyro Barcia y Alvarez, 1953).

Las **contracciones del alumbramiento** son tanto o más intensas que las del parto, y sin embargo son absolutamente **indoloras** (Alvarez y Caldeyro Barcia, 1949), porque no causan distensión ni isquemia prolongada. Lo mismo podemos decir para las contracciones del **post-alumbramiento**. Estas se hacen dolorosas ("entuetos") cuando al expulsar loquios en úteros angulados, distienden al orificio interno (Chassar Moir).

La **hipertonía** uterina (cuando es elevada) produce dolor porque causa isquemia prolongada del miometrio al comprimir sus vasos en forma permanente.