Tratamiento de la Anovulación por Medio de Rayos X

Doctor Jorge Amorocho
Ex-Jefe de Clínica Ginecológica

Este trabajo es únicamente un comunicado preliminar sobre el tratamiento de la anovulación por medio de Roentgenterapia, ya que las series aquí estudiadas son muy cortas y por lo tanto, las conclusiones deducidas necesitan confirmación en trabajos más extensos. Sin embargo, me ha parecido de vital interés exponerlas, pues tengo la impresión de que, entre nosotros, este método es relativamente poco usado, y hasta donde alcanzan las experiencias que expongo a continuación, los resultados generales son muy halagadores.

El tratamiento de la anovulación puede dividirse en tres grupos: *a)* Métodos hormonales; *b)* Métodos quirúrgicos; *c)* Métodos fisioterápicos.

Los métodos hormonales van destinados a excitar el funcionamiento ovárico por medios endocrinos para restablecer el mecanismo normal de maduración normal folicular y puesta ovular.

Los métodos quirúrgicos se emplean en aquellos casos en los cuales es necesario extirpar una zona ovárica esclerosa o escleroquística (resección cuneiforme), tanto para quitar un obstáculo mecánico como para restablecer un equilibrio hormonal. El caso más claro se encontraría en el síndrome de Stein.

Los métodos fisioterápicos tratan de obtenr una reacción ovárica normal por medido de estímulos físicos, especialmente eléctricos.

Analizaremos suscintamente los diferentes métodos enumerados, anotando el grado de éxito que pueda obtenerse con ellos, especialmente con el último.

I—*Métodos hormonales:*

La terapéutica hormonal puede intentarse en tres formas:

a) Hormonoterapia hipofisaria. Se trata de estimular la maduración del folículo y su estallido por medio de hormonas gonadotropas de origen hipofisario.

Es sabido que no se dispone en la actualidad de preparados comerciales suficientemente potentes para poder obtener resultados consistentes con esta

clase de terapéutica. Aún con extractos de gran potencia, como los preparados por Meyer, Mc. Shan, etc., en sus laboratorios particulares, si bien se ha logrado un alto grado de maduración experimental, ésta desemboca muy fácilmente en degeneración quística.-Numerosos investigadores, con Davis a la cabeza, son muy categóricos al decir que es muy poco lo que puede esperarse de estos productos. La gonadotropina sérica, muy probablemente de origen hipofisario, tampoco se ha demostrado capaz de producir ovulaciones en el ser humano.

b) Hormonoterapia coriónica.

Esta, posiblemente de tipo luteinizante, tampoco da resultados consistentes. Cuando se usa en grandes dosis, los folículos maduros se hacen atrésicos y los pequeños se hialinizan. En resumen, tanto los hechos clínicos como los de investigación, no permiten ser nada optimistas respecto al uso de este tipo de terapéutica en los ciclos anovulatorios.

c) Desde los estudios de los Smith se han hecho nuevos intentos terapéuticos basados en la teoría de la excitación hipofisaria por la menotoxina. Dado que ésta no se produce en el endometrio que no ha sido transformado por la progesterona, se trataría de romper el círculo administrando esta última hormona sobre un endometrio suficientemente primado de estrógenos. De aquí el tratamiento de ciclo estrógeno-progesterona, que debe hacerse por lo menos durante tres meses. Aunque en algunos casos se han logrado resultados, en general son poco consistentes y nada sistemáticos.

d) Todos los autores están de acuerdo en que la única hormona que da éxitos en gran porcentaje de los casos, cuando su uso está plenamente indicado, es la hormona tiroidea. Desde luego se trata de casos escogidos que responden bien a esta terapéutica.

A título de enumeración se pueden citar algunos casos tratados con vitaminas de diferente índole.

II.—Los métodos quirúrgicos tiene indicaciones más o menos precisas y se efectúan especialmente sobre los ovarios. Los casos que pueden beneficiarse con ellos son los de ovaritis esclerosquística marcada, síndrome de Stein, etc. Sobre este tema se ha escrito y hablado suficientemente como para no insistir en él. Las experiencias del Profesor Aparicio, entre nosotros, son suficientemente dicientes. Como ya hemos dicho, se requieren casos seleccionados para obtener éxito con esta terapéutica.

También se puede mencionar el hecho de que en algunas ocasiones, en casos de inmadurez genital, la dilatación y curetaje uterino producen un estímulo que puede dar como resultado un funcionamiento ovárico normal.

III.—Los métodos fisioterápicos, desde el punto de vista de anovulación se reducen al empleo de Rayos X en dosis estimulantes, sobre los ovarios y la hipófisis.

El mecanismo fisiológico del método, así como su uso, han sido objeto de estudio desde hace bastante tiempo, pero entre nosotros su empleo no está muy difundido, especialmente porque hasta hace poco no se contaba con medios adecuados ni con experiencia suficiente para esta clase de Roentgenterapia.

No es mi intención, en este corto trabajo preliminar, entrar en detalles sobre la historia, técnica, empleo, etc., del método, y únicamente me reduciré a exponer los resultados.

Material. — Se trató un grupo de quince pacientes que sufrían de ciclos anovulatorios. En todas las pacientes se hizo cuidadoso examen ginecológico, llegando a esta conclusión. Se emplearon como pruebas funcionales, tanto para el diagnóstico como para el control, la biopsia endometrial, el frotis vaginal funcional y las curvas de temperatura basal.

Método. — Las pacientes están divididas en dos grupos: 1º Aquellas afectadas por problemas de esterilidad conyugal. 2º Las afectadas por trastornos menstruales sin problema actual de esterilidad.

Fueron irradiadas con dosis variables según el caso, oscilando entre 90 y 130 unidades por campo. Las sesiones fueron de 0.9 a 1.2 minutos. Se emplearon cuatro campos: 2 campos ováricos con aplicación pélvica anterior y dos campos hipofisarios (derecho e izquierdo) de localización temporal.

Resultados. Grupo I:

Once pacientes en cuyo estudio se descubrió alteración ovárica caracterizada por ciclos anovulatorios persistentes, unida a trastornos menstruales de tipo oligo hipomenorréico, amenorreas o metrorragias.

El tratamiento de las once ,se hizo en tres semanas para cada caso. Los controles posteriores demostraron que:

1º—Ocho pacientes demostraron claramente ovulación durante dos o más ciclos.

2º—Dos pacientes no demostraron ninguna mejoría.

3º—Una paciente no volvió a control.

4º—Dos pacientes quedaron embarazadas dentro de los primeros seis meses, dando a luz hijos sanos a término.

Es de anotar un hecho de gran importancia, y es que, en tres de las parejas estudiadas existía causa masculina de esterilidad (oligospermia y necorspermia). Las pacientes fueron tratadas para mejorar las irregularidades menstruales y para suprimir el 50% de las causas de esterilidad conyugal Los esposos están en tratamiento.

5º—En dos parejas no se ha logrado averiguar las causas de la esterilidad post-tratamiento. En una, el esposo no se sometió a examen.

6º—Una paciente fue sometida a tratamiento después de esterilidad primaria de 10 años, En este tiempo, tuvo una amenorrea de dos años y medio. No se obtuvo ningún resultado con la Roentgenoterapia estimulante. Anteriormente había sido sometida a otros tratamientos, también sin éxito.

7º—De lo expuesto anteriormente se deduce que de las pacientes controladas, el 80% demostró el efecto benéfico del tratamiento, con ovulación. El 20% quedó embarazado, aunque este porcentaje pudiera ser mayor si se cura la causa maculina en tres de las parejas.

Grupo II:

Comprende cuatro pacientes solteras que sufrían de trastornos menstruales, especialmente de tipo hipo-oligomenorréico, con amenorreas eventuales, asociados a ciclos anovulatorios. Un caso era una amenorrea secundaria de tres años.

1º—De ellas, dos demostraron ciclos ovulatrios y regularización de la menstruación, poco tiempo después de tratadas.

2º—En dos ,el resultado fue nulo.

Unicamente quiero agregar un dato que parece de interés: De las pacientes tratadas, 1 tenía 17 años: los resultados fueron positivos. Siete tenían de 25 a 27 años: resultados positivos en todas.

2 tenían 21 y 23 años: resultados positivos en 1.

5 tenían de 32 a 34 años: resultados positivos en 1.

De esto es fácil deducir que mientras más edad tenga la paciente, son de esperarse menos resultados positivos lo cual está plenamente de acuerdo con lo que se sabe respecto a la época de la vida femenina en la cual el ovario tiene mayor capacidad de reacción a los estímulos.