

ASPECTOS DE INSUFICIENCIA OVARICA EN HONDURAS

Trabajo presentado por el Dr. Ramiro Figueroa Rodezno al VI
Congreso Médico Centroamericano

Tegucigalpa, D, C, Honduras, C. A.

Quiero esbozar el estudio de un síndrome del cual no he encontrado aún bibliografía en nuestro país. Se trata de la insuficiencia ovárica, cuya casuística elevada era para mí insospechada. Me sorprende la abundancia de tales casos en mi consultorio privado, pues registrando 981 fichas médicas, me encuentro con 213 casos de patología ovárica, lo que me hace pensar, no sin temor, en los comentarios que harán farmacéuticos y pacientes, al ver que mis prescripciones se repiten una a una, pero todo porque los casos así desfilan también uno tras otro, tal vez con una faz distinta, pero con el mismo fondo de hipoestronismo.

Se me dirá que quiero hacer como sinónimos, insuficiencia ovárica e hipoestronismo, pero es que los estrógenos dominan casi por entero la función ovárica, como lo refleja la terapéutica con los mismos en la menopausia, sin desconocer los cuadros de insuficiencia progesterónica, cuya fase glandular al nivel del endometrio, si gran parte de las veces no se alcanza es porque no le ha precedido una fase foliculínica que estimule la proliferación de la mucosa endometrial y al lóbulo anterior de la hipófisis para que desencadene la hormona lutotropa, que tiene como complemento obligado la formación de la luteína. Es así como el ciclo bifásico de estrógenos y progesterona que provocan la menstruación se interrumpe prácticamente y es por esto que el término de hipoestronismo casi absorbe al de insuficiencia ovárica.

Una vez aclarados estos conceptos, describiré a **grosso modo** el cuadro clínico de la insuficiencia ovárica, que puede manifestarse desde el principio hasta el fin de la edad fértil de la mujer, caracterizada por disturbios menstruales, como amenorreas, oligomenorreas, metro y menorragias, síntomas vasomotores, como sofocos o llamaradas, dolores precordiales y palpitaciones, manifestaciones reumatoideas, especialmente mialgias y artralgias, cefaleas occipitales, leucorrea, trastornos psíquicos y vegetativos, tales como: nerviosismos, tristeza, llanto fácil, estados depresivos, anorexia, abulia, adinamia, frigidez sexual, mal carácter, síntomas de hipotensión

arterial, en nuestras mujeres casi siempre infalible, manifestaciones dermatológicas como pigmentaciones faciales, acné sebáceo con exacerbaciones premenstruales, diátesis alérgica en el premenstruo en que se observan corizas, asma, dermatitis flictenulares, prurito vulgar con eritema, tal vez por el rascado, jaquecas y edemas de Quinqué, etc., etc.

Con todo este cortejo sintomático que lleva consecuencias que van a proyectarse sobre los planos psico-somáticos de la personalidad, más las pruebas de hipoestronismo que atestiguan el estudio de la citología vaginal, haciendo la toma al final del ciclo, que refleja una abundancia de células inmaduras, como lo mismo puede revelarnos la microscopía del endometrio obtenido por microlegrado, también al final del ciclo, mostrando unas veces una aplasia, otras una hipertrofia del endometrio por ciclo monofásico, y por fin, hasta con el aspecto glándulo quístico que es la forma que se esterioriza con el cuadro de metropatías hemorrágicas, o si no, encontramos endometrios poco sensibilizados por la foliculina escasamente incrementada que se mantiene en fase de proliferación con el cuadro clínico de amenorrea.

Pocas diferencias notarán en esta descripción con el síndrome menopáusico, pero es que la menopausia es también una insuficiencia ovárica, que lo único que tiene de propio es su aparición entre los 38 y 52 años; un substrato anatómico consistente en la atrofia de las gonadas por agotamiento de los folículos y una ligera hipertensión arterial, tal vez por la abundancia de estrógenos en circulación, pero de forma no aprovechable, ya que los ovarios como «canto de cisne», lanzan al torrente sanguíneo más estrógenos pero de tipo tóxico.

Abunda en nuestro pueblo la casuística de disturbios ováricos más que cualquier otro trastorno glandular, quizás por las privaciones alimenticias a que vive sometido, pues ya no se discute que algunas vitaminas constituyen verdaderas pre-hormonas como la E y la C.

Un hecho paradójico sorprende mi experiencia, que contrasta con los conceptos generalizados, el que somáticamente mujeres bien conformadas, como prototipo de su sexo con todos los atributos de la belleza femenina, llevan estigmas claros de insuficiencia ovárica; cuantas amenorreas y otras irregularidades menstruales he visto en muchachas que simbolizan su sexo en nuestra sociedad; conozco nueve casos de matriz infantil en este tipo de mujeres, dos de ellas con aborto habitual y cuatro con esterilidad primaria que han conseguido, excepto una de las estériles, llevar su embarazo a término mediante la estrogenoterapia estimulante, lo que viene a atestiguar que reinaba un hipoestronismo en estas mujeres, contradiciendo el concepto sentado clásicamente de que los estrógenos son una expresión de feminismo como la progesterona es una expresión maternal.

Observé en siete casos de los cuales 4 son epilépticas y tres que adolecen otros tipos de neurosis, que al intentar la inducción del ciclo (estrógenos seguidos de progesterona), con miras a resta-

blecer el ritmo menstrual periódico, se les desencadenaron crisis de epilepsia y estados de neurosis al influjo de la aplicación de los estrógenos, lo cual era para mí desconocido por lo que le consulté al Dr. Gregorio Marañón, de quien fui su discípulo en el Hospital Provincial de Madrid, contestándome que era algo nuevo en la Medicina, pero que él estaba en ese entonces (septiembre de 1952, preparando un trabajo para presentarlo al Congreso Mundial de Terapéutica), que enfocaba en gran parte dicho problema; me mandó al mismo tiempo su trabajo en ese entonces inédito, y en su carta me decía, entre otras cosas, lo siguiente: «el problema que Ud. me plantea se explica por el hecho de que los estrógenos, incluso en mujeres con insuficiencia ovárica, producen a veces un descenso del calcio y, por lo tanto, un aumento de la irritabilidad motora, y por contragolpe, psíquica, que puede llegar a la tetania. Tengo un caso muy típico que observé con el Profesor Richet de París y del que trataré de enviarle un ejemplar. Hay que descontar la posibilidad de efectos psicógenos colaterales que tienen muchas hormonas y entre ellas los estrógenos». — (Marañón).



Hasta ahora no he visto escrito el que los estrógenos se empleen en el tratamiento de las dismenorreas, antes bien se contraindican, porque teóricamente vendrían a aumentar el cuadro de congestión pélvica; sin embargo, ha sido un hallazgo terapéutico para mí el que al instituirles estrógenos a pacientes que amén de ser dismenorréicas presentan irregularidades menstruales, y al restituirles su ritmo normal mediante la inducción del ciclo con estrógenos hasta el día veintiuno, y estrógenos con progesterona hasta el **día veintiséis**, he observado con gran sorpresa que el cuadro de molimen menstrual y el estado dismenorróico se esfuman como por encanto.

No sería dudoso que el mismo estímulo estrogénico condicione una normal secreción de progesterona en la fase secretora del endometrio, hormona esta última que vendría a impartir una acción sedante en sus órganos efectores.

Se me dirá que es la progesterona que se administra al final del ciclo, combinada con los estrógenos, pero es que estos casos he continuado estimulándolos exclusivamente con estrógenos por algún tiempo. Tengo 11 casos de estos, de los cuales 7 he podido seguir año- y medio después del tratamiento y la dismenorrea no se ha presentado más.

No quiero con esto sentar que los estrógenos lleguen a ser una panacea en las dismenorreas, ya que a ese intrincado cuadro convergen factores psíquicos, congestivos y espasmódicos, siempre que de dismenorreas inorgánicas se trate, sin descartar aún los antiespasmódicos, sedantes y descongostivos, como la testosterona y el cuerpo lúteo, y la indiscutible acción de la psicoterapia; pero sí se nos abre un campo de acción con amplio margen, en aquellos

casos en que flaquea la increción estrogénica, o porque haya un metabolismo incompleto de la foliculina por claudicación hepática,



En nuestro medio un porcentaje elevado de amenazas de aborto, cuyas cifras no puedo precisar en este trabajo, ya porque casi siempre han sido casos de urgencia tratados a domicilio o en llamadas a media noche, en los cuales casos no hay tiempo para escribir una historia clínica y el tratamiento siempre tiene que ser de emergencia, he observado que mediante la combinación de estrógenos y progesterona se logra yugular tales amenazas en su mayoría, lo que me hace pensar que en gran parte de los casos la deficiencia hormonal es un factor etiológico, sin desconocer, claro está, la lúes y otras taras como causas de aborto en nuestro medio.

Que la progesterona juega un papel de presencia y de sustitución es indiscutible, y que los estrógenos influyen mediante el circuito hipófisis y ovario con una acción retardada y mucho más sostenida, es harto sabido.

Tengo el caso de un aborto habitual en que no se reveló más que un hipoestronismo al través de la citología vaginal estudiada por el método de Papanilocau, que fue posible cohibirlo logrando que la, paciente llevara a término su embarazo, instituyéndole durante los cuatro primeros meses de gestación dos miligramos de estrógenos y veinte de progesterona tres veces por semana y reposo relativo.

En donde mejor resulta este tratamiento es en aquellos casos en que las abortadoras presentan una matriz infantil, pues el contenido viene a ser más grande que el continente, y en ese esfuerzo de expansión del huevo fetal la matriz tiende a expulsarlo. Pero la acción continuada y perseverante de la dosis de estrógenos antor, y desde que se sospecha el embarazo, estimulan el crecimiento uterino partiendo de la acción hipertrófica e hiporplástica de la foliculina,



A la forma leucorréica le dediqué un trabajo especial y por ello no insistiré aquí, únicamente diré que casi a diario tropiezo con ella y a cuyo diagnóstico he llegado muchas veces por exclusión, al agotar la búsqueda de gérmenes infecciosos o parasitarios y cáncer en el órgano uterino, ya que la leucorrea do] hipoestronismo da ulceraciones de tipo trófico; y es maravillo :o observar cómo ceden con rapidez trofismos y leucorreas al influjo de los estrógenos por vía oral o parenteral, y mejor aun in situ en forma de ungüentos o supositorios vaginales.



El problema de la amenorrea, como síntoma principal, es el aspecto más frecuente en mi consultorio, alcanza un 47 por ciento.

sólo voy a tocar aquí un poco de prisa esos ligeros retrasos menstruales que tanto al médico como a las pacientes ponen en aprietos; a aquél porque se encuentra ante una encrucijada diagnóstica, y éstas porque quieren saber con precisión y premura sí o no están embarazadas, unas por temor otras por deseo excesivo, en un tiempo en el que aun no hay gonadotropinas coriónicas que reflejen una prueba biológica positiva; ni modificaciones uterinas propias del embarazo, únicamente algunos síntomas simpáticos como producto tal vez del estado de ansiedad, y es aquí donde la combinación de estrógenos con progestrona constituyen un auxiliar eficaz.

Pero a veces la amenorrea data de más tiempo y se interrumpe bruscamente con la aparición de una metrorragia, casi siempre copiosa que hace pensar en un aborto, ya que los ovarios han perdido el control sobre el ritmo menstrual, llegando a una verdadera anarquía, en que la hemorragia sigue un curso ininterrumpido con despieces de coágulos. A una paciente a quien logré reintegrarle sus menstruaciones periódicas, le habían practicado tres legrados en el término de once meses con el erróneo diagnóstico de aborto incompleto; sin que quiera aquí negar la acción hemostática del raspado uterino. Como este caso registro cuatro más en mi consultorio, circunstancia en la que el médico puede quedar en una pose ridícula y las pacientes defraudadas en sus sentimientos maternos, al despertárselos vanamente.

Claro que aquí me he referido exclusivamente a las amenorreas funcionales, que reconocen una etiología ovárica, ya mediata o inmediata y siempre he descartado las sintomáticas dependientes de otras endocrionpatías y las originadas por un sentido fisiológico de ahorro en las enfermedades carenciales, anemias y tuberculosis, intoxicaciones crónicas (registré el caso de una morfinómana que se empeñaba en creer que estaba, embarazada, a pesar de la negatividad de signos de preñez y de la reacción de Galli-Mainini).

Los disturbios ováricos de tipo hemorrágico abundan menos, alcanzan un 13%. Cuando son inorgánicos han cedido favorablemente con la terapia estrogénica, o a la combinación de estrógenos con progesterona y mejor aun con la triple combinación de estrógenos, progesterona y testosterona, ayudados con derivados del cornezuelo de centeno o con sales de tolonio, cuando se aumentan sustancias heparinoides en la sangre, que hemos comprobado mediante la titulación protamínica.



Ha sido de notoria observación la frecuente hipotensión en mis pacientes que considero de tipo racial, pues registrando 200 fichas clínicas encuentro, anotando únicamente las cifras máximas del oscilómetro, que el 35% tienen entre 65 y 70, que el 27% entre 70 y 80, que el 19% entre 80 y 90, que el 13% entre 90 y 100, que el 4% entre 100 y 120 y el 2% por encima de 120. Esta frecuente hipotensión apareada al hipoestronismo, más la diátesis racial a las pigmentaciones cutáneas, con la frecuente abulia y adinamia que

es innata en nuestra gente, me aventuro a argumentar lo siguiente: Hilando el hecho de la deficiencia de estrógenos, estímulo fisiológico que éstos constituyen sobre el lóbulo anterior de la hipófisis, estímulo sin el cual la generación de hormonas ganadotropas, tirotrópa, adrenocórticotrópa, etc., etc., estarán disminuidas. De manera que ante una disminución de estrógenos claro está que la respuesta de A. C. T. H. tendrá que ser menor, y como consecuencia) lógica asistimos ante un síndrome addisonoide, unos más y otros menos marcados, pero siempre apareados al hipogonadismo, y la respuesta satisfactoria al tratamiento foloculínico lo confirma.

Mi experiencia se ha enriquecido más que todo con las insuficiencias ováricas funcionales, y no con las orgánicas que han sido muy escasas, registro cinco casos de quiste de ovario y cuatro de ovaritis escleroquísticas, en que quistes y esclerosis estrangulaban prácticamente los ovarios e impedían el proceso normal de la ovulación, pues faltaba la dehiscencia del folículo y la emigración del óvulo. En un caso de esclerosis de la albugínea bastó hacerle a los ovarios un corte en tajada de naranja, para que se desprendieran 103 óvulos al través de la cicatriz ovárica, pues la señora que tenía una esterilidad secundaria de once años, logró concebir a los tres meses de operada.



Los hipoestronismos hay que buscarlos pensando siempre en ellos, como se piensa en el paludismo ante un cuadro febril, la mayor parte de las veces es una enfermedad larvada, en que los ovarios casi nunca gritan; lo corriente es encontrar las manifestaciones extragonadales, molestias a distancia que al analizarlas tienen una relación de causa a efecto con el ciclo menstrual; recuerdo el caso de una paciente de 28 años, bien conformada, con todos los atributos que corrientemente se engloban en la frase sex apeal, cuyo síntoma principal era un dolor continuo y molesto en el occipucio, la nuca y la espalda, que algunos médicos de los siete que había visitado en término de dos años y medio, habían interpretado como una miositis, otros como neurastenia, y ya había agotado la terapéutica a base de salicilados, aneurina y sedantes, sin que lo proporcionaran mejoría, pero es que dicha paciente presentaba un síntoma muy sugestivo de insuficiencia estrogénica: las oleadas de calor sucedidas de sudoración fría que se exacerbaban en el premenstruo, síntoma que entre otros me indujo a hacer una biopsia de endometrio que reflejó una deficiencia de estrógenos que vino a corroborarla el tratamiento a base de los mismos.

Es por esto que recomiendo que nuestros médicos generales sepan la vital importancia que tiene el conocer, o al menos sospechar, los cuadros de insuficiencia ovárica y saber el manejo de los estrógenos como se saben el de la morfina y la digital.

R E S U M E N

En mi concepto, hipoestronismo es casi sinónimo de insuficiencia ovárica.

La incidencia de hipoestronismo en nuestro medio es bastante elevada y se encuentra aún en mujeres bien conformadas y aparentemente normales.

Los estrógenos aceleran el metabolismo del calcio y como consecuencia, producen una hiperexcitabilidad del sistema nervioso.

Los estrógenos, al estimular la increción luteínica influyen favorablemente en el tratamiento de la dismenorrea. terona tiene acción evidente en las metrorragias funcionales.

La triple combinación de estrógenos, progesterona y testos-

Nuestra gente lleva consigo un síndrome de hiposuprarrenalismo camuflado con sus estigmas raciales y apareado al hipogonadismo.