UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS MENSTRUALES

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
POR

C. APARICIO GONZALEZ S.

Ex-interno del Servicio de Ginecología del Hospital San José; del Segundo Servicio de Cirugía de Mujeres; del Cuarto de Medicina de Mujeres y del Servicio de Emergencia en el Hospital General; Ex-practicante de la Consulta de Ginecología del Hospital General; Ex-practicante del Consultorio de la Cruz Blanca de la Colonia Progreso.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

JUNIO DE 1949

Tip. "SANCHEZ & DE GUISE"
8ª AVENIDA SUR NÚMERO 30.—TELÉFONO 2707.

INTRODUCCION

Son tan frecuentes los trastornos menstruales, que tanto los especialistas como los médicos generales son consultados por ellos un gran número de veces.

Conveniente he creído, por tal razón, entresacar de los amplios capítulos de la Ginecología, los que, formando uno por separado, aporte los datos más indispensables para su análisis y comprensión.

He insistido en el estudio fisiológico del ovario e histológico del endometrio en cuanto a las relaciones que guarda el uno para el otro, porque no podrían conocerse bien estas anomalías menstruales sin la debida comprensión de aquéllos, de tal manera que, por la valiosa y decisiva colaboración que para el diagnóstico presta el estudio de la biopsia del endometrio por aspiración, debe éste ocupar lugar de preferencia.

En la descripción de los cuadros clínicos he esbozado tratamientos que pueden servir de pauta para ser ampliados y modificados por los médicos, ya que el estudio histofisiológico de los trastornos menstruales, los pone en el camino de escoger el que más se ajuste a su paciente. Por esto no he insistido en ellos.

Las historias clínicas ginecológicas que van agregadas a este trabajo no tienen el carácter propio de una observación, ya que es obvio que siendo tomadas en una Consulta Externa, adolezcan de datos y exámenes complementarios que sólo pueden ser llenados en pacientes en un hospital.

Para el desarrollo del tema me ha parecido oportuno esbozar:

I.—La histofisiología de la menstruación.

II.—Patología de los trastornos menstruales. Descripción de los cuadros clínicos.

III.—Consideraciones diagnósticas.

IV.—Cuadros estadísticos de los trastornos menstruales observados en la Consulta Externa del Hospital General.

V.—Historias clínicas ginecológicas.

VI.—Conclusiones.

I.—HISTOFISIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS MENSTRUALES

Ciclo sexual.

Desde la adolescencia hasta la menopausia; desde la época de la vida femenina en la que un conjunto de modificaciones somáticas y psíquicas anuncia la transformación de la niña en mujer, ésta experimenta, cuando es sana, periódicamente, todos los meses, un conjunto de modificaciones genitales y extragenitales que se engloban en la denominación de ciclo sexual. De éstas la más llamativa es la hemorragia uterina periódica denominada menstruación, la cual aparece por primera vez, corrientemente, entre nosotros, de los 14 a los 18 años.

Estas modificaciones psicosomáticas que sobrevienen entre el comienzo de dos menstruaciones son condicionadas por estímulos hormonales que, si bien es cierto se ejercen sobre todo el organismo, tienen su expresión más evidente en el aparato genital, por lo que también recibe el nombre de ciclo genital y cuyo objeto primordial es preparar a la mujer para la reproducción.

Aunque sea someramente, útil es analizar los tres tipos de ciclos que regulan la vida sexual de la mujer:

a) El monofásico (porque en él tiene lugar únicamente la fase folicular), fatalmente infértil, termina por una metrorragia que a veces simula una menstruación por su periodicidad.

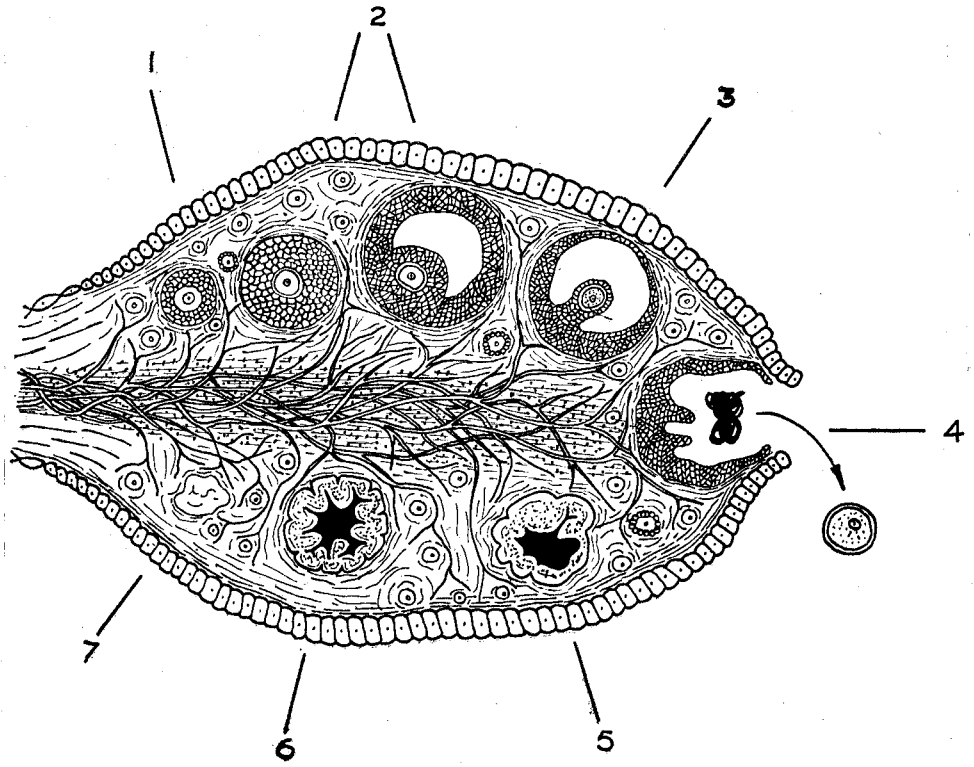
b) El difásico (gobernado por las fases folicular y luteínica del ovario), termina con la menstruación; es el ciclo habitual e infértil porque el óvulo no ha sido fecundado; y

c) El trifásico o fértil que termina con el parto y en el que además de las fases folicular y luteínica participa la fase placentaria.

Haciendo abstracción de los otros dos ciclos, objetos de otro estudio, trataremos de analizar el ciclo sexual difásico para llenar aunque sea en mínima parte nuestro propósito.

Al funcionamiento del ovario, regido a su vez por la hipófisis, están subordinadas todas las funciones del aparato genital femenino; de tal modo que, del funcionamiento correcto de aquél depende que éste cumpla su papel fisiológico; por consiguiente, la menstruación, hemorragia uterina, no se aparta de la regla, sino antes bien, la causa directa de ella reside precisamente en el ovario mismo, por lo que es preciso estudiar tanto el ciclo ovárico como el uterino.

Ciclo ovárico.—Un ligero esbozo gráfico y un somero estudio anatomo-fisiológico del ovario son indispensables para comprender la parte directriz de este fenómeno, capital para la conservación de la especie humana; y de allí que en los siguientes párrafos trate de analizar el ciclo ovárico.



Representación esquemática del ciclo ovárico.

1) Es éste el folículo primordial que en el período de reposo está constituído por el óvulo rodeado de un epitelio simple de células granulosas.

2) *Folículo en vías de crecimiento.*—El epitelio prolifera y se dispone en varias capas concéntricas dejando al óvulo en medio de esta formación. Las células proliferadas así, forman la capa llamada granulosa. "Paralelamente a la formación de la granulosa el estroma ovárico se diferencia en una porción interna que rodea a la granulosa formando una capa laxa, rica en células y capilares, la teca interna, de naturaleza discutida; y otra externa, más compacta, la teca externa, de tipo conjuntivo." Al mismo tiempo que se originan en el ovario estas formaciones histológicas, en la granulosa se forma una pequeña cavidad, la que más tarde habrá de ser la cavidad folicular o antro ocupado por el líquido folicular.

3) *Folículo de De Graaf.*—Siguiendo este proceso el folículo primordial llega a convertirse en el folículo de De Graaf: "es éste una formación de 1 a 2 centímetros de diámetro, cuyas paredes están constituídas por tres capas que de fuera hacia dentro se denominan: teca externa, teca interna, y granulosa. El óvulo rodeado por varias hileras de células de la granulosa (cúmulos prolígero), se coloca junto a una de las paredes del folículo, estando el centro del mismo ocupado por el líquido folicular."

Los folículos primordiales a medida de su crecimiento se van dirigiendo hacia la periferia del órgano y una vez terminado su ciclo evolutivo, convertidos en folículos de De Graaf, hacen relieve en la supercie del ovario.

4) *Estallido del folículo: ovulación.*—En una época constante del ciclo, 14º a 16º días, y debido a la hiperpresión del líquido folicular, el cual ha venido acumulándose en la cavidad folicular, el folículo de De Graaf estalla a nivel del estigma, poniendo en libertad al óvulo. Se derrama el líquido en el peritoneo; el óvulo en condiciones para la fecundación es captado por el pabellón tubárico e inicia su migración a través de la trompa.

5) *Formación del cuerpo amarillo.*—Después de la ovulación, de los restos y cubiertas del folículo de De Graaf una nueva glándula de secreción interna va a formarse: el cuerpo amarillo o cuerpo lúteo. Habiendo dado salida al líquido folicular, las paredes del folículo de De Graaf se pliegan y las células de la granu-

losa se hipertrofian con gran rapidez alcanzando muy pronto un volumen superior al originario: son las células luteínicas de núcleo pequeño.

6) Se constituye así el cuerpo amarillo, glándula típica de secreción interna, que permanece en actividad secretora hasta que el óvulo muere infecundo o hasta que el óvulo fecundado (huevo), alcance un grado tal de desarrollo que sea capaz por sí solo de continuar su evolución.

7) El cuerpo amarillo sigue su involución señalada por la degeneración grasosa de las células luteínicas y la proliferación del tejido conjuntivo; va substituyendo éste a las partes nobles de la glándula y el resultado final es el cuerpo blanco o "cuerpo albicans."

"El ciclo ovárico comprende, pues, la maduración de un folículo primordial, la ovulación y la formación del cuerpo amarillo."

Sólo un folículo madura y es necesario que el óvulo muera o que termine el embarazo, para que un nuevo óvulo inicie el proceso de maduración.

Su duración habitual es de cuatro semanas y el momento de la puesta ovular lo divide en dos períodos de 14 días cada uno; el primero se denomina fase folicular, y el segundo fase luteínica."

Ciclo uterino.—Más que cualquiera otra formación uterina, es sobre el endometrio o mucosa uterina en quien recaen durante los distintos períodos del ciclo genital, transformaciones fundamentales. "La dependencia del endometrio al gonado es absoluta, la mucosa uterina es su esclava, pudiéndose decir que el endometrio sigue al ovario como la sombra al cuerpo"; por eso, mediante el examen histológico del mismo, y he ahí la capital importancia de la biopsia por aspiración, se puede determinar con certeza el estado funcional del ovario en ese momento.

Natural e imprescindible es por tal razón conocer, aunque sea someramente, la histología de la mucosa uterina, la cual desde ya debemos saber que está formada de dos capas: la basal y la funcional con un espesor total de 1 a 2 milímetros.

La capa basal, la más profunda, la vecina al miometrio, muestra la misma estructura en todas las fases del ciclo menstrual; está constituída de glándulas y estroma; aquéllas son rectas, de trayecto vertical u oblicuo, y las células glandulares son cilín-

dricas con núcleo bien coloreable; y éste o tejido citógeno situado entre las glándulas está formado por fibrillas conjuntivas dispuestas en mallas estrechas, células fusiformes y vasos.

El límite de la basal con el miometrio es poco neto, pues algunas de las porciones de la mucosa se insinúan entre los haces musculares; en cambio, el límite con la funcional es un poco más preciso porque está marcado por los ovillos vasculares.

La capa funcional en este momento es semejante a la basal; sus glándulas son rectas y verticales, con un epitelio cilíndrico; el estroma esponjoso está constituído por células fusiformes y los capilares siguen una dirección paralela a las glándulas.

Caracterizan el ciclo endometrial las modificaciones periódicas que sufre la capa funcional del endometrio durante las cuatro semanas del ciclo y por tal circunstancia la seguiremos a través de este lapso.

Del 4º-5º al 14º ó 15º días, se ve que de la capa basal se origina otra capa, la funcional, laxa, con glándulas cortas que proliferan y crecen rápidamente, excediendo en 3-5 veces el espesor de la basal, de la que se distingue perfectamente por el estroma más esponjoso y por estar situada por encima de los ovillos vasculares.

Las glándulas se van haciendo cada vez más altas, generalmente de dirección vertical; en sus epitelios aparecen muchas figuras de mitosis y el núcleo en el centro es más obscuro.

El estroma está formado por células fusiformes y recorrido por vasos delgados constituídos por una capa endotelial paralelos a las glándulas. Se va haciendo paulatinamente laxo debido a una constante exudación de linfa.

A esta fase se le denomina proliferante debido a la formación y crecimiento de la capa funcional.

Del 15º al 28º día del ciclo, se produce la llamada fase de secreción. Las mitosis celulares cesan y aparece inmediatamente por debajo del núcleo de las células glandulares, una pequeña zona clara.

Cada vez más se aclaran los epitelios y las glándulas se cargan de glucógeno y de grasa.

A medida que aumentan de volumen las células glandulares se presionan mutuamente, algunas hacen saliente en la luz y como consecuencia la glándula que en el período de proliferación de recta que era se torna tortuosa, dentellada, en serrucho o tirabuzón.

Los leucocitos, que en los últimos días de esta fase hacen su aparición, aumentan cada día e invaden la capa funcional. En un período de pocas horas se desorganiza célula por célula, y aunque el mecanismo íntimo de esta desintegración no está todavía aclarado, es posible que intervengan en él fenómenos vasculares, la acción de algunos fermentos, la misma actividad leucocitaria, factores todos que actuarían de acuerdo con modificaciones hormonales.

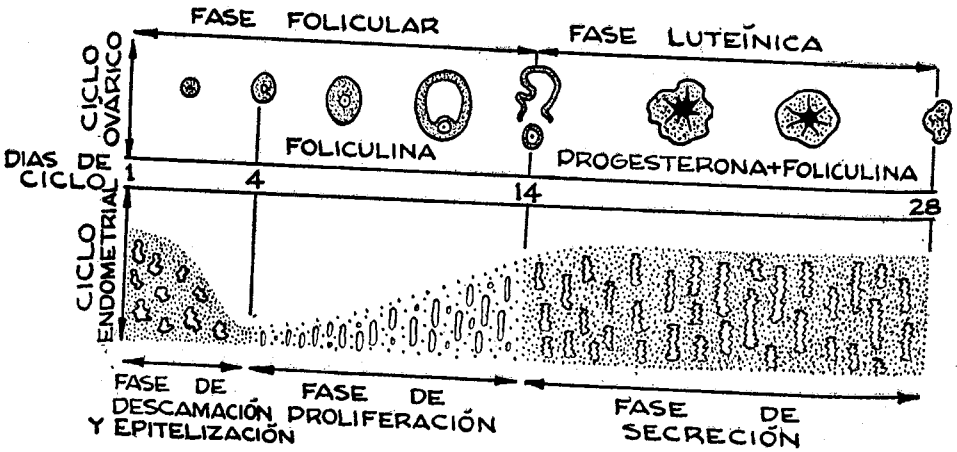
La capa basal no sufre ninguna modificación, mientras la funcional, disgregada, como queda dicho, se elimina con la sangre menstrual desde el segundo día de hemorragia.

Las células glandulares se multiplican y epitelizan la herida endometrial, con lo que cesa la hemorragia e inmediatamente recomienza la fase de proliferación del ciclo.

Es el ovario, pues, quien dirige o regula las distintas transformaciones que durante el ciclo genital experimenta el endometrio y de allí las íntimas relaciones que existen entre ambos ciclos: la finalidad del ciclo ovárico es liberar un óvulo en condiciones de ser fecundado y el objeto del ciclo uterino, condicionado por el ovario, es crear condiciones propicias en el endometrio para que pueda anidar el huevo.

La mujer, se ha dicho, "florece mensualmente en un anhelo de fecundación."

El esquema siguiente expone gráficamente las relaciones que guardan entre sí estos dos ciclos:



Representación esquemática de las relaciones entre el ciclo ovárico y el endometrial.

Fase folicular:

TIEMPO	CICLO OVARICO	CICLO UTERINO O ENDOMETRIAL
Del 4º al 13º día.	Maduración del folículo.	Fase de proliferación.

Ovulación:

TIEMPO	
14º día.	Liberación del óvulo.

Fase Luteínica:

TIEMPO	CICLO OVARICO	CICLO UTERINO O ENDOMETRIAL
15º a 28º días del ciclo.	El óvulo está preparado para la fecundación. Formación del cuerpo amarillo.	Fase de secreción.

Menstruación:

TIEMPO	CICLO OVARICO	CICLO UTERINO O ENDOMETRIAL
1º al 4º día del ciclo.	El óvulo muere infecundo; el cuerpo amarillo involuciona; otro folículo comienza a madurar.	Fase de disgregación y regeneración.

Cuando un folículo madura en el ovario, en el endometrio se produce la fase de proliferación.

Después de la ovulación se constituye el cuerpo amarillo (glándula de secreción interna), y en el endometrio tiene lugar la fase secretora, es decir, la formación del embriotrofo destinado a proveer de alimentos nutricios al embrión durante los primeros estadios de su evolución, ya que el huevo humano es pobre en reservas alimenticias (oligolecito).

Si la fecundación no se produce el óvulo muere infecundo; el ciclo mensual se denomina entonces difásico o infértil, como ya queda dicho; la mucosa uterina no cumple el papel para el cual había sido preparada; el óvulo muere; el cuerpo amarillo involuciona y la capa más superficial del endometrio se disgrega y elimina juntamente con el óvulo.

"La menstruación es pues el aborto de un óvulo y exterioriza el fracaso de un proceso que debió terminar con la fecundación."

El ovario como glándula de secreción interna actúa sobre el endometrio para producir los cambios operados en él, ya descritos, por medio de sus dos hormones:

1º—El estradiol, llamado corrientemente hormón folicular o foliculina, es producido por el folículo madurante y actúa estimulando la capa basal del endometrio para la regeneración de la funcional. Se puede decir que es el hormón de crecimiento de la mucosa uterina.

2º—La progesterona, proveniente del cuerpo amarillo, que estimula a la foliculina para producir la secreción de la mucosa uterina ya proliferada.

A este proceso no son indiferentes otros órganos femeninos, pues participan de él aunque sea en menor parte tanto las trompas uterinas como la vagina y las glándulas mamarias.

Si bien es cierto que ha quedado explicado el proceso seguido por el endometrio, merced a la influencia ovárica, para llegar periódicamente a producir la hemorragia uterina conocida como menstruación, para explicarla mejor es necesario recordar la vascularización del endometrio.

Posee éste un doble sistema de irrigación: *a)* La capa basal tiene vascularización propia, la irrigan arteriolas provenientes del miometrio; *b)* A la capa funcional la nutren los capilares llamados arteriolas espiraladas, pues se presentan enrolladas en la basal, debido a que el crecimiento de éstos es más rápido que el de la capa funcional. Es característica de estos vasos el ser terminales y en poseer un ritmo contráctil muy evidente.

Antes de la menstruación se produce una marcada vasoconstricción con isquemia del territorio correspondiente seguida de una dilatación y extravasación sanguíneas.

Las observaciones clínicas y experimentales parecen indicar también que la menstruación sobreviene a causa de una caída brusca en el nivel de los estrógenos y de la progesterona.

El proceso de reparación y regeneración del endometrio subsiste a expensas de la basal ya que los vasos que irrigan a ésta no se contraen durante la menstruación y aseguran así su vitalidad.

Presenta una fragilidad mayor el sistema capilar periférico durante el período pre-menstrual y de allí la frecuencia de los hematomas por traumatismos insignificantes.

La sangre menstrual es incoagulable debido posiblemente a la acción de fermentos trípticos originados en el endometrio funcionante y que atacan al fibrinógeno.

El proceso de la hemostasia en la menstruación es debido a un doble mecanismo: por un lado la contracción miometrial mediante la cual se comprimen los vasos que atravesando el músculo uterino llegan a la mucosa y que disminuyen así el aporte sanguíneo; por el otro, la disminución de la amplitud de la cavidad uterina que hace coaptar las paredes del órgano y con ellas la capa basal al descubierto, impidiendo así toda pérdida sanguínea.

Excepción hecha de este fenómeno mecánico, si se quiere, el mecanismo definitivo está a cargo de la basal misma que al proliferar epiteliza la herida que ha dejado la disgregación de la funcional.

Visto ya el ciclo sexual difásico se comprenderá qué características debe reunir una hemorragia uterina para ser considerada como menstruación:

1º—"La pérdida sanguínea debe provenir de los capilares que quedan abiertos al disgregarse un endometrio que por acción ovárica ha pasado por las fases de proliferación y secreción. La hemorragia condicionada por la eliminación de un endometrio únicamente proliferado no es una menstruación sino una metrorragia."

2º—"La hemorragia uterina debe ser cíclica, esto es, presentarse con intervalos regulares. Como tipo más frecuente se acepta el de cuatro semanas, es decir, cuando el intervalo entre el comienzo de dos menstruaciones es de 28 días. Aun en condiciones normales es posible observar una desviación hasta de 8 días en más o en menos (reglas cada 20 ó 36 días)."

3º—"La hemorragia debe cohibirse espontáneamente después de un cierto tiempo, por lo general 3-4 días; el máximo considerado normal es de 8 días."

"En lo que respecta a la pérdida sanguínea menstrual las variaciones individuales son grandes; mujeres sanas menstruan en escasa cantidad y otras en las mismas condiciones lo hacen en

forma abundante, por eso no se puede juzgar sin más como patológicos a los períodos que duran sólo 1-2 días o aquéllos de 6-7 días.''

''Lo que tiene importancia es el tipo menstrual habitual y sólo sus variaciones deben ser consideradas como anomalías, por ejemplo: el caso de una mujer que habiendo tenido siempre períodos menstruales de dos días de duración, modifica su tipo a siete días. Esto vale también en lo que respecta al ritmo menstrual; una mujer que desde la menarquia haya reglado cada 20 días, tendrá un ciclo anormal cuando el tipo se modifica a 28-30 días.''

4º—''La sangre menstrual es incoagulable quizás por la destrucción del fibrinógeno. La eliminación de coágulos, que no se presentan en una regla normal, demuestra una pérdida sanguínea abundante, que impide un contacto íntimo del fibrinógeno con los fermentos trípticos. La presencia de coágulos no permite diferenciar una regla muy profusa de una pérdida patológica, únicamente atestigua una hemorragia abundante.''

5º—''El examen microscópico de la sangre menstrual revela disminución de eritrocitos (3.000,000 por milímetro cúbico aproximadamente), y marcada leucopenia (3,000 por milímetro cúbico), con linfocitosis.''

Si bien es cierto que acompañan a la menstruación, en una gran mayoría de mujeres, signos locales y generales, que englobados bajo el nombre de ''molimen catamenial'' y que están caracterizados por cefalalgias, precordialgia, palpitaciones, vértigos, irritabilidad, sensación vaga de malestar, etc., lo es también que durante el ciclo sexual difásico normal pueden aparecer trastornos sobrevenidos antes, con y después de la menstruación.

Durante el período pre-menstrual unido a los variados síntomas que caracterizan al molimen catamenial algunas mujeres pueden también presentar mastalgia, flujo, pequeña metrorragia, dolor pelviano, etc.

Clínica e histológicamente existen íntimas relaciones entre el ciclo sexual y la glándula mamaria, pues bien conocido es el desarrollo mamario que coincide con la menarquia, sobre todo en las niñas con menarquia precoz, así como también la tensión periódica en cada menstruación y la atrofia de estas glándulas en la menopausia.

El tejido conjuntivo como el epitelial de la mama, está vinculado con el ciclo sexual, por lo que es evidente que pueda hablarse ya de un ciclo mamario mensual caracterizado por proliferación de los acinos y conductos galactóforos en la fase folicular; por congestión, hipertrofia y descamación epitelial en la fase luteínica; y por descamación más acentuada y hasta secreción de unas gotas de calostro en la fase menstrual.

Estas modificaciones cíclicas se traducen la mayoría de las veces por un cuadro de tensión dolorosa de la mama más o menos intenso que se inicia aproximadamente una semana antes de la regla: es la mastalgia o mastodinia pre-menstrual, que bien puede abarcar a las dos glándulas, a una sola y aun a algunos lóbulos. Con datos tan poco precisos sobre su etiopatogenia, el tratamiento de esta dolencia, la mayor parte de las veces opoterápico, es ineficaz.

En cuanto al flujo que a veces padecen algunas mujeres poco antes de su regla, puede ser debido a pólipos mucosos uterinos o a pseudoerosiones cervicales que por la hiperhemia y por una mayor actividad de las glándulas vulvares segregan una pequeña cantidad de líquido.

La congestión pelviana pre-menstrual asociada a una estasis sanguínea puede provocar hemorragias por diapédesis, pérdida sanguínea que a veces también puede ser favorecida por pólipos mucosos, pseudoerosiones o por endometritis, pero que en todo caso, sobre todo cuando se repiten a menudo, deben ser investigadas por el ginecólogo.

Y si estos síntomas y algunos más se presentan poco antes de la menstruación, durante ella, es el dolor designado con el nombre de dismenorrea, menalgia o algomenorrea, el que suele a veces intranquilizar a algunas mujeres. Este síntoma merece consideciones más amplias, las que serán expuestas al hablar de la patología de los trastornos menstruales.

Durante el período post-menstrual dos son los síntomas que a veces suelen llamar la atención tanto del médico como de la paciente: flujo y pequeñas hemorragias.

Es bien sabido que después de la menstruación el medio vaginal se alcaliniza y una colpitis a tricomonas, aparentemente curada, se agudiza, pues la sangre menstrual favorece la eclosión de

las formas quísticas del parásito, el cual encuentra un medio apropiado a su desarrollo y vivencia. De allí la conveniencia terapéutica de acidificar el medio con lavados de ácido láctico, por ejemplo.

Las pequeñas hemorragias o simplemente el flujo hemorrágico obedece a fenómenos de diapedesis o bien es la manifestación de un proceso íntimo del útero que bien puede ser una simple erosión o un pólipo, una endometritis, un mioma, etc.

Y no debemos olvidar tampoco que en el período intermenstrual algunas mujeres pueden presentar sacralgias, ligero dolor abdominal inferior, excitabilidad, nervosismo y más raramente una pequeña hemorragia entre el 11º y 16º días del ciclo. Son las metrorragias de la ovulación y que como los demás síntomas aparecidos en este período parece que guardan una relación directa con la puesta ovular y no requieren ninguna terapéutica.

II.—PATOLOGIA DE LOS TRASTORNOS MENSTRUALES

Descrita aunque someramente la parte histofisiológica de la menstuación, es necesario ahora analizar los trastornos que sufre, para lo cual es indispensable recordar que en toda anamnesis menstrual deben tenerse en cuenta dos elementos: el ritmo de la regla y la cantidad de sangre perdida.

El ritmo, o sea la periodicidad con que aparece la menstruación, está regido por el ovario y depende de la forma en que se cumplen los procesos de maduración folicular, ovulación y transformación luteínica.

Como ya quedó explicado, la fase de maduración folicular normalmente dura de 10 a 12 días, es decir, del 3º al 15º días del ciclo, tiempo durante el cual prolifera el endometrio para formar un nido al huevo.

Sabemos también que la fase del cuerpo amarillo dura unos 13 días, del 15º al 28º días del ciclo, tiempo durante el cual se segregan en el endometrio los elementos que servirán para nutrir al embrión al comienzo de su desarrollo.

Constituye esto, pues, el ritmo típico de 4 semanas, o sea reaparición de la menstruación a los 28 días de iniciada la anterior. Pero se aceptan como normales, variaciones de 8 días en más o en menos, de tal manera que debemos considerar como bueno un ritmo máximo de 35-36 días, como un ritmo mínimum de 20-21 días.

Se debe juzgar el tipo menstrual habitual y no una anomalía del ciclo aisladamente para considerarla patológica.

Si se acorta tenemos uno de los trastornos menstruales: la Polimenorrea: las menstruaciones en este caso aparecen con intervalos menores de 21 días; y si se alarga: la Oligomenorrea, en la cual las menstruaciones se espacían más de 35 días.

Mientras el ritmo es regido por el ovario, la cantidad de sangre eliminada depende de la contracción uterina, de la congestión pelviana y de la epitelización de la basal. Esta cantidad normalmente oscila entre 50 y 150 gramos y tiene lugar durante 3 ó 4 días; pero hay que tener en cuenta el tipo menstrual habitual para considerar normal la cantidad de sangre perdida; y siendo así no importan los períodos de 2 como de 8 días.

El aumento de la cantidad de la hemorragia menstrual se denomina: Hipermenorrea; y la pérdida escasa de la misma: Hipomenorrea.

De lo dicho se desprende que puede hacerse la siguiente clasificación de los trastornos menstruales:

Anomalías cíclicas:
- Polimenorrea
- Oligomenorrea
- Hipermenorrea
- Hipomenorrea.

En estos casos, aun perturbado en parte, existe ciclo ovárico con sus fases folicular y luteínica así como también ciclo endometrial completo con fases de proliferación, secreción y disgregación.

Anomalías acíclicas:
- Amenorrea
- Metropatía hemorrágica.

En la primera, falta el ciclo ovárico; y en la segunda se cumple sólo una fase: ciclo monofásico.

Polimenorrea:

Ya quedó explicado que es el trastorno del ritmo menstrual caracterizado por la aparición de las reglas con intervalos menores de 21 días causada por una perturbación del ciclo ovárico. Es la expresión de una insuficiencia ovárica leve (insuficiencia generativa de primer grado).

Los exámenes histológicos del endometrio de mujeres polimenorreicas en diferentes períodos del ciclo demuestran que la fase de proliferación de la funcional dura del 4º al 13º día como en una persona normal; el período de secreción se inicia a los 15 días, como también se verifica corrientemente, pero, y ésta es la parte anormal, en lugar de persistir 13 días, la capa funcional se elimina antes.

Siendo como ya se dijo que el endometrio es el reflejo de la actividad ovárica, del estudio de éste se deduce lo siguiente: la primera mitad del ciclo ovárico, es decir, la fase folicular, se cumple regularmente; en cambio, la segunda, o sea la luteínica, está acortada. El cuerpo lúteo tiene, pues, una vida breve y entra muy luego en regresión; por consiguiente, ya no teniendo la capa funcional del endometrio ese sostén hormonal, se disgrega y la menstruación se produce.

Cuando el cuerpo amarillo involuciona casi inmediatamente después de haberse constituído, es cuando se tiene el período más breve entre dos menstruaciones.

La polimenorrea ya se observa en mujeres jóvenes con signos de insuficiencia ovárica somática y trófica hipoplasia, infantilismo genital); como en pacientes próximas al climaterio donde marca el primer signo de insuficiencia ovárica menopáusica. Muchas hemorragias de este período no son más que polimenorreas.

Toman también participación en la etiología de esta afección los procesos inflamatorios crónicos anexiales en los cuales la polimenorrea es debida a adherencias, cicatrices, desplazamientos, los cuales dificultando la circulación pelviana resienten el funcionamiento ovárico.

Por una verdadera repercusión sobre el funcionamiento del ovario se explica también que muchas afecciones extragenitales se acompañen de polimenorrea: tuberculosis pulmonar, coxalgias bacilosas, lesiones cardíacas, nefritis, paludismo, sífilis, anemias, etc.

El tratamiento de esta afección es de preferencia etiológico: si la causa es la insuficiencia ovárica primitiva, se tratará como tal; si la insuficiencia es de la función generativa, el tratamiento difiere según sean mujeres jóvenes o premenopáusicas así como también si se presenta como síntoma aislado o juntamente con otros que denuncian la insuficiencia de las restantes funciones ovarianas.

En las polimenorreas del comienzo de la adolescencia modifican el estado general y por consiguiente la función ovárica también, los excesos de todas clases: trabajo, deporte, alimentación, etc.; en tales casos bastará con corregir la causa. Pero, con todo, si eliminada ésta, no se logra ningún beneficio, se estimulará la glándula con aplicaciones de diatermia.

Ya que estas mismas causas pueden afectar en la madurez sexual, el tratamiento se conducirá en la misma forma. Sin embargo, cuando todos estos tratamientos fracasan y los síntomas son muy molestos (casos en los que los períodos aparecen cada 16-18 días), hay que recurrir al tratamiento opoterápico: progesterona por vía oral o parenteral: 5 a 10 miligramos diarios comenzando 3 ó 4 días antes de la regla y terminando el 24º día del ciclo.

Si además de la polimenorrea se descubren síntomas de insuficiencia de las funciones somática y trófica, hay que agregar estrógenos al tratamiento anterior, recordando siempre que en éstos como en tantos otros casos, es bastante difícil dar patrones rígidos de tratamiento, por lo que la observación puede señalar una pauta a seguir.

Se tratará también como una verdadera insuficiencia ovárica la polimenorrea de las premenopáusicas, en las cuales se recurrirá como último medio, a la castración roentgenoterápica, cuando ésta no se modifica o se acentúa aun más.

La polimenorrea por insuficiencia ovárica secundaria no requiere un tratamiento especial dirigido a la glándula misma. Es preferible en tales casos dirigirse a levantar el estado general: régimen higiénico-dietético, alimentación adecuada, actividad intelectual y física razonable, tónicos generales, climatoterapia, etc.

Oligomenorrea:

Ya quedó explicado que en este trastorno menstrual existe un alargamiento del tiempo que separa a dos menstruaciones. Las reglas no se presentan normalmente; son muy tardías, con intervalos a veces de 50 a 70 o más días; pero siempre hay que tomar en cuenta que si los ciclos se espacían demasiado (menstruaciones cada tres o más meses), ya no se trata de oligomenorreas sino de amenorreas cortas.

Como la polimenorrea, la oligomenorrea tiene también su origen en un trastorno en el funcionamiento del ovario; es la exteriorización típica de un estado de insuficiencia ovárica, primitiva o secundaria aun más acentuado todavía que la insuficiencia que condiciona a aquélla.

En este trastorno la fase folicular está alargada, sea porque el folículo no comienza su maduración inmediatamente después de la menstruación dejando un espacio de varios días, los que representarán precisamente el atraso con que aparecerá el período siguiente; sea porque el folículo involuciona pronto, sufre atresia, por su bajo potencial de vitalidad, dando lugar a que un nuevo folículo comience el mismo camino, resultando de todo esto un atraso en el tiempo normal de maduración, atraso que representa los días que tarda en aparecer la nueva menstruación.

Sucede a veces que las oligomenorreas se acompañan de menstruaciones escasas (hipomenorrea), lo cual es debido a insuficiente congestión pelviana y déficit de la función trófica del ovario; pero a veces también las menstruaciones son muy abundantes; en tales casos se impone un examen ginecológico detenido para eliminar un aborto, un embarazo ectópico o una metropatía hemorrágica.

Ya que ésta no es más que la manifestación de una insuficiencia ovárica, es hacia ella que hay que dirigir el tratamiento.

Al igual que en la polimenorrea, hay que buscar y tratar las causas generales antes de instituir un tratamiento estimulante o substitutivo de la función ovárica.

De todos modos, el tratamiento hormonal está indicado; y, aunque ya se dijo que no existe un patrón rígido de administración opoterápica, en general se hace un tratamiento único en la siguiente forma: "en los días del ciclo 1, 5, 10, 15, 20, 25 se inyectan 5 miligramos de benzoato de estradiol"; si al final del tratamiento aparece una hemorragia, se espera el curso ulterior de los períodos, pues no es raro observar su regularización; si esto no sucediera, se repite la terapéutica en la misma forma después de algunos meses.

Si es muy acentuada la oligomenorrea, de acuerdo con un ciclo ideado por el ginecólogo, se inicia el tratamiento en cualquier momento con una dosificación que queda al criterio del profesional.

Hipermenorrea:

En esta anomalía las reglas se presentan con ritmo regular de 4 semanas, pero en cambio la cantidad de sangre perdida es abundante, ya sea porque durante los 3-4 días normales la cantidad es más profusa que corrientemente o porque tarda hasta 7 días y los últimos son notables por la excesiva cantidad.

Cuando una menstruación pasa de 8 días, cualquiera que sea la cantidad de sangre perdida, ya no se trata de una hipermenorrea sino de una metrorragia.

Son causas de hipermenorrea todos aquellos factores que obstaculizan la epitelización de la basal; las que favorecen la congestión pelviana o que dificultan la contracción miometral.

Los miomas uterinos intersticiales, así como los que se desarrollan hacia la cavidad, son tumores que muy frecuentemente determinan hipermenorrea ya que modifican la estructura muscular, dificultan por consiguiente la contractilidad del órgano.

Causas de esta afección son también los procesos inflamatorios crónicos (anexitis) pues las cicatrices y adherencias no solamente dificultan la contracción uterina, sino que favorecen la hiperhemia crónica pelviana.

Por perturbación en la contracción miometral e hiperhemia pelviana es como se explica que favorezcan la hipermenorrea, las malas posiciones uterinas, los úteros infantiles, hipoplásticos, etc.

Las multíparas o aquéllas que han sufrido infección puerperal padecen corrientemente de hipermenorrea porque la contracción uterina en estos casos es insuficiente por miometritis consecutiva.

No se debe olvidar también que un gran número de procesos extragenitales son corrientemente causa de hipermenorrea, ya porque dejan como secuela una contracción uterina insuficiente, ya favoreciendo la congestión pelviana. Así se explica que sufran esta afección, muy a menudo, las asténicas con hipodesarrollo de todo el sistema mesenquimatoso, las varicosas, las que desempeñan ocupaciones excesivamente sedentarias, las que padecen cardiopatías descompensadas, las que presentan esclerosis de los vasos, hipertensas, etc. El coito interrumpido, la masturbación, las representaciones eróticas, explican esta anomalías en algunos casos.

El tratamiento es sintomático durante el período menstrual y durante el intervalo, trata de suprimir la causa provocadora de tan incómoda afección.

Se recurre a las substancias o medios físicos que estimulan la contracción uterina y disminuyen la congestión pelviana.

Como estimulantes de la contracción uterina se usa bolsa de hielo y los preparados de cornezuelo de centeno. Para disimular la congestión: el reposo, la administración de compuestos de hidrastis, viburnum, hamamelis.

Hipomenorrea:

Es otro trastorno menstrual caracterizado no solamente por una menstruación de muy corta duración 1 ó 2 días, sino porque es mínima la cantidad de sangre perdida, siendo a veces unas gotas las que marcan la terminación de un ciclo y la iniciación de otro.

Se observa en mujeres asténicas, en casos de hipoplasia uterina, en ciertos procesos inflamatorios crónicos de los anexos (anexitis) sobre todo en aquéllos de naturaleza tuberculosa.

En la Consulta Externa de Ginecología, tuvimos la oportunidad de ver varias anexitis tuberculosas, cuyas mujeres presentaban como síntoma capital una hipomenorrea.

La congestión pelviana en las hipomenorreicas es tan mínima que hasta un útero insuficientemente contráctil es suficiente para detener la hemorragia en poco tiempo.

El tratamiento debe dirigirse a combatir la insuficiencia ovárica, para lo cual se emplean estrógenos, los cuales ya sabemos que aumentan la congestión pelviana.

Se recurre asimismo a aplicaciones de diatermia que no solamente cumplen con aquella medida sino que obran sobre los procesos anexiales no tuberculosos; sin descuidar la medicación que levante el estado general de estas pacientes, afectado en la mayor parte de los casos.

Amenorrea:

Expuestas ya las anomalías cíclicas, entraremos a analizar la amenorrea y la metropatía hemorrágica que dentro de la clasificación, constituyen las anomalías acíclicas por las razones ya relatadas en otra parte de estas consideraciones.

La falta de la menstruación se conoce con el nombre de amenorrea, la cual, si bien es cierto que puede deberse a lesión del útero y del ovario (imprescindibles para la menstruación) deben considerarse como verdaderas a aquéllas que traducen una insuficiencia funcional grave del ovario mismo.

La amenorrea traduce, pues, la anulación transitoria o definitiva de la función generativa de ese órgano; mientras que en las pseudoamenorreas, la integridad funcional ovárica explica la menstruación, menstruación que no se presenta debido a causas más bien mecánicas que anatómicas.

En estas pacientes tienen lugar los ciclos completos, tanto ovárico como uterino, y sin embargo, no hay pérdida sanguínea visible: obliteración congénita o adquirida del cuello uterino, de la vagina, imperforación del himen, etc. Desde ya debemos decir que en tales casos la hemorragia menstrual, puede acumularse en la vagina dando lugar al hematocolpos; o en el útero, constituyendo la hematómetra.

Se deben clasificar también como pseudo-amenorreas, aquellos casos en que la pérdida sanguínea no se presenta por la destrucción sufrida por un endometrio; tales por ejemplo cuando ha habido una cauterización muy intensa, raspado demasiado enérgico, etc.; existe aquí el ciclo ovárico normal, pero falta sin embargo, la menstruación.

La amenorrea debida al cese del ciclo ovárico se observa en: la agenesia de ambos ovarios, la destrucción total del plasma germinativo por procesos tumorales del ovario (ambos relativamente raros); así como también cuando estando anatómicamente intactos están alterados funcionalmente: es la amenorrea funcional, que por cierto constituye la casi generalidad de los casos.

Ya que el plasma germinativo es de una extraordinaria labilidad y sensibilidad, provocan la amenorrea numerosas causas, y muchos procesos tóxicos, infecciosos, disendocrínicos y metabólicos ejercen sobre el mismo, una influencia desfavorable. Por esta circunstancia la amenorrea puede presentarse en el curso de enfermedades infecciosas agudas y crónicas, como la fiebre tifoidea, septicemias, reumatismo articular, paludismo, tbc, sífilis, hiper e hipotiroidismo, uremia, diabetes, adiposidad, alcoholismo, morfinismo, etc.

En algunos casos la causa aparente no es conocida perfectamente; en éstos es necesario, entonces, admitir una insuficiencia primitiva del plasma germinativo. Se trata de ovarios con un potencial de vitalidad congénitamente bajo, agotándose por consiguiente muy precozmente. Hay también amenorreas que reconocen como origen trastornos psicosomáticos.

Puede presentarse la amenorrea en forma brusca o en forma paulatina, en las mujeres que ya han menstruado. Existen sin embargo, casos de pacientes que a pesar de su edad no han tenido nunca menstruación; se puede, pues, designar a éstas como amenorréicas primarias y a las primeras, como amenorréicas secundarias.

Tanto las unas como las otras pueden presentar una sintomatología leve o grave. En los primeros casos se trata de insuficiencia ovárica disociada, se conservan las funciones somática y trófica y como la que no existe es la función generativa, falta la menstruación. En los segundos, existe insuficiencia ovárica total y a la falta de menstruación hay que agregar los trastornos propios de la función somática.

El tratamiento tomará en cuenta si son primitivas o secundarias. Unas y otras son susceptibles de procedimientos físicos; ondas cortas, diatermia; así como también de medicación hormonal, estimulante o substitutiva, la cual naturalmente deberá estar de acuerdo con el grado mismo de disfunción ovariana, de las alteraciones endometriales y del estado general.

Y, si para la amenorrea recurrimos a tratamientos médicos, en casos de pseudo-amenorreas, tomando en cuenta la causa que obstaculiza la salida de la sangre menstrual, se recurre a tratamientos cruentos; perforación del himen en la parte más saliente de la membrana con resección de los colgajos, ya sea con bisturí o por medio del galvano o la electrocoagulación; permeabilización de la vagina, así como del cuello uterino, etc.

Metropatía hemorrágica:

Esta afección también es debida a una anomalía acíclica de la función ovárica. El substractum de ella reside precisamente en este órgano y es explicable por la persistencia de un folículo madurante. No habiendo estallado el folículo dicho, no puede formarse el cuerpo amarillo y falta, por consiguiente, la segunda fase, la luteínica. Sólo tiene lugar la fase folicular por lo cual se trata de un ciclo monofásico.

El folículo no estallado conserva la función hormonal y la producción prolongada de estrógenos determina en el endometrio, modificaciones características.

Si el endometrio, como ya sabemos, prolifera merced al estrógeno y si en esta afección dicho hormón actúa durante un tiempo anormalmente largo, sufre la mucosa uterina como consecuencia, una proliferación anormalmente exhuberante, se hiperplasia.

Histológicamente "la mucosa está muy espesada, las glándulas irregulares, dilatadas, quísticas y lo que es más importante, sin signos de secreción, hecho este último fácilmente explicable, puesto que no tiene cuerpo amarillo en el ovario."

Llegado el endometrio a cierto grado de hiperplasia su nutrición se resiente porque no se desarrollan paralelamente con él los vasos que lo irrigan, dando como consecuencia que se necrosan algunas zonas, las cuales al desprenderse abren dichos vasos, produciéndose así las hemorragias que son el síntoma capital de esta afección.

Mientras persiste el estímulo del hormón folicular también persisten las metrorragias, ya que si algunas heridas de las zonas eliminadas se epitelizan otras nuevas se necrosan.

Si la causa de esta afección es la persistencia de un folículo que a veces puede alcanzar el volumen de una nuez, esta persistencia prácticamente se desconoce todavía; se ha pensado en una hiperproducción del factor folículo estimulante, así como en una debilidad del óvulo que impediría la maduración completa del folículo y su estallido.

Sintomatológicamente es necesario analizar tres variedades: en la primera, la persistencia folicular es relativamente corta; las pacientes tienen únicamente una pérdida sanguínea de 6-8 ó 10 días la cual sobreviene cada 28 ó 35 días. Persiste aquí el folículo solamente de 4-5 semanas, eliminándose el endometrio anormalmente proliferado al iniciar aquél su atresia, dando lugar a una hemorragia que las pacientes creen en una menstruación abundante por lo cual se le llama a esta variedad pseudo-hipermenorrea.

En la segunda, la persistencia folicular es de tipo mediano y las metrorragias de 10-20 días de duración; la pérdida no aparece en la fecha menstrual habitual sino con un atraso de 8 a 12 días.

Y en la tercera variedad la persistencia del folículo es de tipo largo y por consiguiente la acción estrógena más dilatada. Siendo así hay una mayor hiperplasia del endometrio y las hemorragias, escasas al principio y a veces con coágulos, aparecen después de 6 u 8 semanas de amenorrea. Con altos y bajos la hemorragia es

siempre persistente y puede simular un aborto, por lo que también se designa a ésta con el nombre de tipo aborto, a pesar de que faltan dolores de tipo cólico que bien la diferencian.

El diagnóstico de certeza en estas tres variedades lo hace el estudio histológico del endometrio, pues numerosas afecciones pueden simular la metropatía hemorrágica desde el punto de vista clínico.

Conste, que en este caso el raspado explorador no tiene solamente la finalidad diagnóstica, sino también un fin curativo, por lo que se prescindirá únicamente de él en determinados casos, tal por ejemplo en caso de vírgenes con hemorragia poco profusa.

Cuando se sospeche una alteración sanguínea es recomendable y presta grandes servicios un examen hematológico.

Para el tratamiento de esta afección dos circunstancias hay que tomar en cuenta: que se trate de mujeres jóvenes y premenopáusicas: y de que se persiga detener la hemorragia regularizando la función ovárica o anulándola definitivamente llegado el caso.

En las mujeres jóvenes desfloradas la medicación perseguirá la luteinización del folículo para transformar el ciclo monofásico en difásico por medio de preparados comerciales de gonadotrofinas coriónicas o gonadotrofinas humanas administradas en este caso, en forma de transfusiones de sangre de mujeres embarazadas en el curso del segundo o tercer mes.

Se logra también la transformación del endometrio hiperplasiado en endometrio secretorio, recurriendo a la progesterona por vía bucal o parenteral.

Para disminuir la hemorragia durante el tratamiento se utiliza ergotrato o neo-gynergeno, así como reposo en cama con bolsa de hielo en el hipogastrio.

Si a pesar del tratamiento médico persiste la hemorragia, se recurre al raspado uterino.

Conseguido el cese de la hemorragia, ya sea con tratamiento médico o cruento, se buscará cumplir la segunda finalidad o sea regularizar la función ovárica, estimulando al órgano por medio de aplicaciones de diatermia, ondas cortas, etc., o modificando el estado general.

Pero si, a pesar de todo, la hemorragia recidiva con intervalos más o menos cortos, se debe recurrir a la castración quirúrgica resecando tres cuartos de ambos ovarios.

Cuando se trata de mujeres en período premenopáusico debe ensayarse también el tratamiento médico, pero en ellas, si éste fracasa, se está en más libertad de sacrificar tanto los ovarios como el útero.

La castración se puede obtener por rayos X o por radio, previo un raspado explorador, el cual no solamente sirve de medio de diagnóstico sino que con él bien puede obtenerse la curación, la cual se observa con más frecuencia en estas pacientes que en las mujeres jóvenes.

Si se recurre al tratamiento quirúrgico, histerectomía vaginal o abdominal, es conveniente siempre conservar los ovarios si éstos no tienen otra lesión macroscópica que la que condiciona una metropatía hemorrágica.

Dismenorrea:

Para terminar el análisis de los trastornos menstruales y aunque la dismenorrea no es un cuadro nosológico definido, sino un síntoma, debemos exponer aquí las principales modalidades que la caracterizan.

El uso ha consagrado el término dismenorrea para designar al dolor que precede o acompaña a la hemorragia menstrual, pero es más propio el de algomenorrea o menalgia con que suele designársele.

Un trastorno de la contracción uterina o un espasmo del miometrio es el factor que produce el dolor menstrual; tiene como substractum lesiones demostrables o no, por lo cual el tratamiento etiológico es a menudo difícil, tanto más cuanto que una misma etiología en algunos casos puede producir dolores y en otros no.

Sólo el 16.25 por ciento de las mujeres carecen de molestias durante el ciclo menstrual; el resto padece, desde una ligera molestia: pesadez en el hipogastrio y miembros inferiores, leves modificaciones del estado general; hasta el dolor intenso con repercusión sobre otros aparatos: náuseas, vómitos, artralgias, cefalalgias, postración, excitabilidad, etc.

Muchas clasificaciones se han hecho de la menalgia:

a) Primitiva.—La que aparece con la menarquia.

b) Secundaria.—La que sobreviene después de un período de menstruaciones indoloras.

c) Sintomática.—Cuando el examen clínico-ginecológico pone en evidencia la causa que la produce.

d) Esencial o idiopática.—Cuando, a pesar de un examen minucioso, no se descubre lesión capaz de explicarla, aunque el hecho de no encontrarla no justifica el que no exista.

e) Pre-menstrual o congestiva.—El dolor precede a la hemorragia menstrual; es debida a lesiones anexiales, el dolor pelviano es difuso y a veces se traduce por una sensación de pesadez intensa en el abdomen inferior.

f) Intramenstrual, obstructiva, mecánica o expulsiva.—El dolor acompaña a la menstruación, es de tipo cólico, asienta en el hipogastrio y se propaga a la región sacrolumbar.

De acuerdo con la etiología de esta afección, se la divide en dos grandes grupos: de origen genital o local; y de origen extragenital o general.

La dismenorrea es síntoma casi constante en muchas afecciones genitales; es así como la vemos martirizar a mujeres que presentan salpingo-ovaritis, degeneración quística del ovario, varicocele pelviano, parametritis crónica, hipoplasia genital, displasias uterinas, miomas, estenosis cervical, etc.; como también se manifiesta en algunos estados constitucionales (astenia, hipoplasia), en algunos estados psíquicos especiales (neurastenia, histeria), y aun en lesiones cardíacas descompensadas.

Aunque las causas, como vemos, son numerosas, el dolor se produce por dos mecanismos fundamentales que son precisamente los que han servido para clasificar a las menalgias en congestivas y en expulsivas o mecánicas.

En la primera la hiperhemia pelviana premenstrual está exagerada. Varios días antes de la regla la enferma experimenta sensación de plenitud en la pelvis y dolor que se propaga hacia el sacro y los muslos, aumentando naturalmente a medida que la congestión se exagera, y calmándose gradualmente cuando sobreviene la menstruación, la que en este caso actúa como una sangría.

Se observa sobre todo en las parametritis crónicas, o en las que padecen de varicocele pelviano, cardiopatías descompensadas, etc., así como en las que sufren procesos inflamatorios crónicos de los órganos genitales internos y vecinos; en tales casos el dolor es determinado por la distensión de los tejidos inflamados.

En la segunda variedad, mecánica o expulsiva, los dolores comienzan con la menstruación o un poco antes, son de tipo cólico, muy semejantes a los del parto o aborto, lumbo-abdominal con propagación a la vejiga y al ano; en casos intensos aparecen náuseas, vómitos, etc.

En esta variedad el dolor se produce por modificación del producto menstrual, por la presencia de obstáculos que se oponen a su eliminación o por hipermotilidad uterina.

Si los fermentos proteolíticos no disgregan completamente la capa funcional del endometrio, éste es expulsado con el producto menstrual: nos encontramos entonces con una dismenorrea membranosa. Caracteriza a ésta "la eliminación dolorosa de parte o de toda la mucosa uterina incompletamente disgregada. Tienen los dolores una intensidad particular, comienzan con las primeras gotas de sangre y adoptan las características de los dolores del parto. Son verdaderos cólicos uterinos que cesan al segundo o tercer días con la eliminación de colgajos de la mucosa seguida de una hemorragia."

En algunos casos por el dolor y porque las membranas expulsadas han sido confundidas con restos ovulares, la dismenorrea dolorosa puede a veces simular un aborto o un embarazo ectópico.

Muchos son los obstáculos que pueden oponerse a la libre salida del producto menstrual, ya puede ser un mioma submucoso, sobre todo si está situado en el istmo, como una retroflexión uterina, una estenosis cervical congénita o adquirida, una hipoplasia uterina en hiperante-flexión con cuello que no se reblandece durante el período menstrual, etc. Todos estos factores imponen a la musculatura uterina un trabajo excesivo para expulsar a la capa funcional disgregada.

El tratamiento, como en casi todas las afecciones ya descritas, debe ser etiológico, llevándolo sobre la afección que la ha determinado, complementado por el sintomático del ataque dismenorreico durante el período menstrual. Para cumplir con éste se ordena reposo en cama; calor húmedo localmente; analgésicos, antiespasmódicos y opiáceos.

El tratamiento que trata de suprimir la causa se enfocará sobre las salpingo-ovaritis, miomas, insuficiencia ovárica, dilatación cervical, corrección de las malas posiciones uterinas, etc.

"En estos últimos tiempos la observación clínica ha revelado que las inyecciones de progesterona atenúan manifiestamente y pueden hacer desaparecer el dolor menstrual, aun cuando no esté aclarado su modo de actuar." Por tal razón se deben inyectar diariamente 5 miligramos de progesterona 5 días antes de la menstruación repetidas durante 2 ó 3 ciclos seguidos; sin descuidar levantar el estado general con medidas higiénico-dietéticas propias a cada enferma.

III.—CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS

Aunque en la descripción de los cuadros clínicos fueron descritas las referencias que son de tomar en cuenta para el diagnóstico de las distintas anomalías menstruales, para complementarlo no debemos olvidar el interrogatorio tanto de la historia menstrual como de la sexual, ya que de la clara exposición de ellas pueden deducirse conclusiones importantes al fin que nos proponemos.

Es oportuno, por consiguiente, investigar la época de la menarquia, saber si fue precoz o tardía, y en su caso, dirigir nuestra investigación a las causas generales o locales que pudieran haber influído en la época de su aparecimiento.

El tipo menstrual es de tomarlo muy en cuenta en cuanto a los cambios que pueda sufrir, siempre que, como quedó explicado, éstos sean de uno a otro ciclo, ya que la normalización de una posible anomalía durante tres o más períodos, no implica anuncio alguno de anormalidad menstrual.

Igual razonamiento debemos seguir en cuanto a la cantidad de sangre menstrual se refiere. Poca, o abundante, dentro de ciertos límites, anunciará una anomalía menstrual, siempre que la irregularidad sea notoriamente marcada de uno a otro período.

La presencia de coágulos indica, como ya sabemos, una abundante hemorragia menstrual, pero si en ella se descubren restos endometriales, es conveniente investigar con cuidado si se trata de una simple dismenorrea membranosa o si estamos en presencia de un aborto.

El dolor debe considerarse ligado a la menstruación: puede precederla, acompañarla y seguirla. En su caso, necesitan tomarse en cuenta todas las modalidades que pueda presentar, y descubrir si se trata de un aborto o si estamos ante un caso de menalgia.

Hay que tomar en consideración también la fecha de las dos últimas reglas, para saber a ciencia cierta si éstas se han sucedido con períodos más o menos regulares, así como el tiempo que ha mediado entre una y otra en los últimos períodos.

Es importante la historia sexual de la paciente por cuanto que nos pone en conocimiento del número de partos, abortos, etc. De nuestro interrogatorio concluiremos si los unos han sido normales como si los otros han sido espontáneos. Por ella sabremos también la evolución que hayan sufrido los puerperios: si normales, febriles, etc.

Aunque es difícil valorar la importancia que los factores psíquicos puedan tener en la producción de los trastornos menstruales, es de tomarlos muy en cuenta, ya que si el mecanismo íntimo por el cual el factor psicogénico influenciaría el ovario de una manera sostenida no se halla suficientemente aclarado, sí es comprobable la influencia que ejerce sobre los trastornos menstruales. A la Consulta de Ginecología asistieron casos cuya anamnesis señaló como causa desencadenante un factor emocional. Y, ¿cuántas veces la alteración del ciclo no es la resultante del temor a un embarazo o infecciones, o como consecuencia de perversiones sexuales?

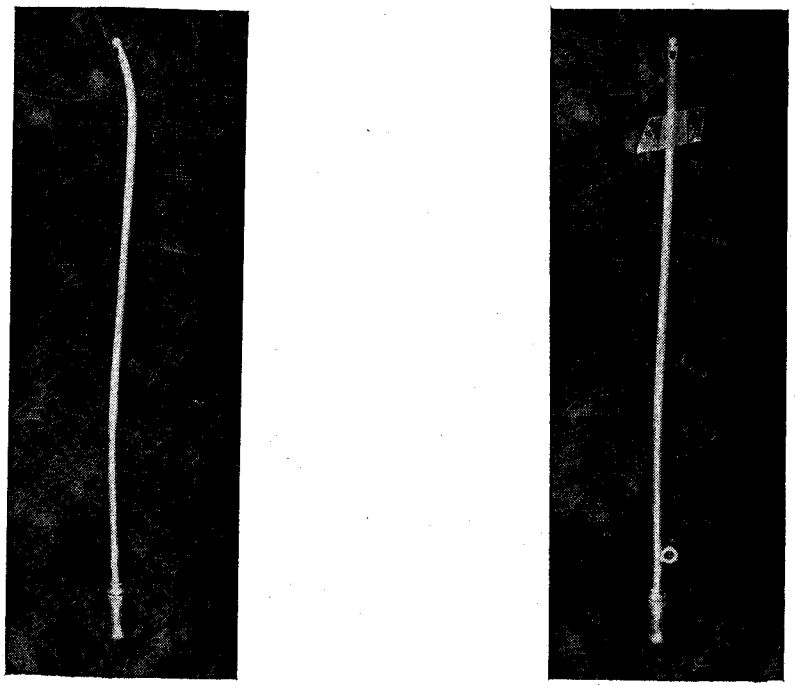
Lógico es, por consiguiente, tomar también muy en cuenta el psiquismo de las pacientes, tanto para descubrir la causa de la anomalía sexual, como para encauzar en igual forma su tratamiento.

El examen ginecológico debe hacerse metódica y detenidamente, ya que él solo puede hacernos descubrir la causa de muchos trastornos menstruales. Dejamos anotada en los capítulos anteriores la causa de algunas pseudoamenorreas; y, ¿cuántos trastornos menstruales no son explicados por malformaciones o desviaciones uterinas, hipoplasias genitales, presencia de tumores, etc., etc., los cuales solamente el examen ginecológico pone en evidencia?

Pero, si tan importante es el examen genital, no lo es menos el examen general. A veces hay que extremarlo para descubrir el por qué de muchos trastornos menstruales. Desde la apreciación de la simple apariencia, la constitución, el peso, la talla, etc., hasta la investigación de los caracteres sexuales secundarios, nada debe pasarse por alto.

La existencia de enfermedades generales que sólo el examen detenido pone en evidencia, puede explicar, como ya queda dicho también, la coexistencia o la recrudescencia de tantas anomalías menstruales.

Unido a todos estos sistematizados exámenes que no deben dejarse de efectuar, y como ya lo dejé expuesto en la introducción del presente trabajo, ocupa lugar de preferencia para el diagnóstico, la biopsia del endometrio.



Cánula de Randall, modificada por el Doctor Luis F. Galich. La modificación consiste en la pequeña argolla que no solamente orienta la escotadura, sino que sirve como punto de apoyo para facilitar las maniobras.

Biopsia por aspiración:

1. Definición.—2. Técnica.—3. Ventajas.—4. Indicaciones y contraindicaciones.

1. *Definición.*—Biopsia por aspiración del endometrio, es un método diagnóstico y en ocasiones terapéutico, por el cual se obtiene mediante una cánula especial, fragmentos de tejido endometrial para su estudio histológico.

La cánula que se emplea para este objeto tiene una escotadura en su extremo distal, la que tiene por objeto desprender el endometrio. Hay diversos modelos de estas cánulas, pero los más empleados son el de Randall y el de Novak.

2. *Técnica.*—Es un procedimiento de oficina. Una vez descubierto el cuello y aplicado una solución antiséptica, se introduce la cánula haciéndola llegar hasta el fondo del útero. Se trae la cánula hacia afuera manteniéndola aplicada contra la cara anterior de la cavidad uterina, después se reintroduce y se aplica a la cara lateral derecha, luego a la izquierda y por último a la posterior. En cada cara pueden hacerse dos o más raspados.

La cánula va llenándose de fragmentos de endometrio que se colocan en solución de formol al 10 por ciento; o bien antes de retirarla de la cavidad, se aspira con una jeringa o aparato de succión, recogiendo los fragmentos en la solución de formol. Otra manera de proceder es la de aspirar los fragmentos y pasarlos por una solución de citrato de sodio, separándolos así de la sangre.

El procedimiento no causa ninguna molestia seria a la paciente y por lo tanto no requiere anestesia. Algunas, demasiado susceptibles, acusarán más dolor que la generalidad, pero con tacto por parte del examinador puede muy bien hacerse la biopsia. Otras veces el orificio del cuello es tan cerrado que no permite el paso de la cánula; en este caso se fija el cuello con una pinza y se vuelve a intentar el paso; si a pesar de ello no se logra, se recurrirá a dilatar el orificio previamente. El obstáculo al paso de la cánula puede localizarse a nivel del istmo. Se sigue el mismo procedimiento.

Después de la biopsia la enferma puede retirarse de la clínica o bien reposar por algunos minutos. No hay ninguna molestia post-operatoria.

Todo el procedimiento debe ser ejecutado con suavidad, con el fin de evitar los peligros de todo raspado, especialmente la perforación.

3. *Ventajas.*—Para el médico: la de ser un procedimiento que puede ser usado con toda confianza en la propia oficina, no requiriendo instrumental complicado, ni anestesia, ni ayudante. Las pacientes lo aceptan de buen grado y puede repetirse cuantas veces sea necesario.

Para las pacientes: no es un examen incómodo o doloroso y además no requiriendo anestesia ni mayor preparación, es económico. Otra ventaja es que no expone a complicaciones cuando se siguen sus indicaciones.

4. *Indicaciones y contraindicaciones.*—Cuando se desea determinar la naturaleza de trastornos menstruales de carácter endócrino. Nos permite tomar una idea de la evolución del endometrio y por consiguiente determinar si las hormonas del ovario cumplen su función y si el endometrio responde a su estímulo. En estos casos muy bien pueden practicarse biopsias múltiples, en diferente día del ciclo sexual y llegar por su estudio a conclusiones valiosas.

Para determinar si hay o no ovulación. En este caso se hará una biopsia del endometrio el primer día de la menstruación. Si la ovulación se ha efectuado se obtiene el cuadro histológico característico y por el contrario, si no se ha efectuado, nos hallaremos con endometrio estrogénico.

Diagnóstico de lesiones. Si se sospecha un cáncer del fondo, una tuberculosis del endometrio u otra lesión neoplásica o no, la biopsia es un auxiliar precioso. Con ella hemos logrado confirmar o llegar al diagnóstico de cánceres o tuberculosis del endometrio.

Ocasionalmente, es una medida terapéutica. Por la estimulación endócrina que provoca el simple hecho de entrar a la cavidad uterina y de rasparla, muchos trastornos menstruales se corrigen, o bien en diferentes ocasiones, la biopsia del endometrio ha coadyuvado a que un óvulo fecundado se implante y anide, curando así algunos casos de esterilidad.

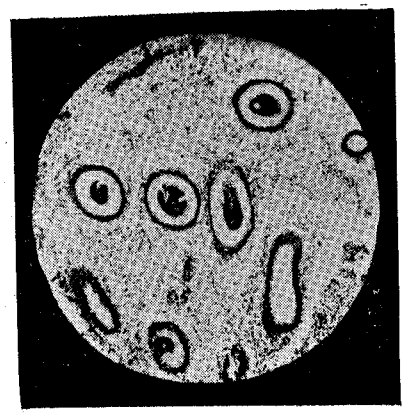
Contraindicaciones. Son muy escasas, y la principal, o casi la única, es cuando hay infección de la cavidad uterina o de los anexos.

Por eso y para evitar un recrudecimiento de los fenómenos inflamatorios, nunca debe practicarse una biopsia del endometrio sin antes haber hecho un examen cuidadoso del aparato sexual y de haber indicado y obtenido una prueba de sedimentación eritrocítica.

El embarazo también debe mencionarse como una contraindicación, haciendo notar que se ha exagerado el papel provocador de contracciones uterinas de estas maniobras. Pero como hay algunos úteros demasiado sensibles, es mejor tomar ciertas precauciones.

Para finalizar, es también contraindicación la presencia de hemorragia abundante, ya que en este caso no tendrá ningún valor terapéutico la biopsia del endometrio. Debe entonces recurrirse al raspado corriente, instrumental o de otro tipo.

Endometrio en fase luteínica.



Endometrio en fase estrogénica. Se hace notar la aparición de glándulas concéntricas, figuras que se observan a menudo en esta fase.

Endometrio en estado secretorio avanzado. Hemorragias intersticiales abundantes. Se nota una glándula,

IV.—ESTADISTICA DE LOS TRASTORNOS MENSTRUALES OBSERVADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL EN 1,740 PACIENTES

1.—Vulvo-vaginitis a tricomonas	285	casos	16.4%
2.—Cervicitis erosiva diferentes grados	250	„	14.4%
3.—Anexitis diversos grados evolución	250	„	14.4%
4.—Trastornos menstruales	150	„	8.6%
5.—Rasgaduras perineales	95	„	5.5%
6.—Lúes	70	„	4.4%
7.—Vulvo-vaginitis a gonococo	51	„	2.8%
8.—Cisto y rectocele	50	„	2.8%
9.—Fibromas uterinos	50	„	2.8%
10.—Retroposición uterina	50	„	2.8%
11.—Cervicitis glandular crónica	49	„	2.8%
12.—Abortos	45	„	2.6%
13.—Neos del cuello uterino	40	„	2.3%
14.—Quistes del ovario	32	„	1.8%
15.—Prolapso uterino distintos grados	31	„	1.8%
16.—Papilomas venéreos	25	„	1.4%
17.—Trastornos menopáusicos	25	„	1.4%
18.—Esterilidad secundaria	25	„	1.4%
19.—Esterilidad primaria	23	„	1.3%
20.—Vulvo-vaginitis senil	20	„	1.1%
21.—Bartolinitis	17	„	1.0%
22.—Metritis	17	„	1.0%
23.—Metrorragias post-aborto	16	„	0.9%
24.—Ectropión mucosa cuello uterino	13	„	0.7%
25.—Pólipos del cuello uterino	12	„	0.7%
26.—Rasgaduras del cuello uterino	10	„	0.6%
27.—Carúncula uretral	10	„	0.6%
28.—Linfogranuloma venéreo	10	„	0.6%
29.—Hipoplasia genital	8	„	0.4%
30.—Ulceraciones de la vulva (no luéticas)	5	„	0.3%
31.—Neos del cuerpo uterino	4	„	0.2%
32.—Cáncer de la vagina	1	„	0.1%
33.—Estenosis del cuello uterino	1	„	0.1%
	1,740	casos	100.0%

Consideraciones:

Como se ve, acudieron a la Consulta quejándose específicamente de trastornos menstruales el 8.6%.

Sobre la misma cantidad de 1,740 pacientes acudieron por dolor, fiebre, hemorragia y otros trastornos clasificados entre las anexitis, 178 casos, que elevan el porcentaje de trastornos menstruales propiamente dichos a 18.9% (o sean 328 casos).

12.8% de las pacientes que acudieron a la Consulta presentaron, como síntoma predominante, trastornos menstruales.

Cuadro que demuestra la causa de los trastornos menstruales propiamente dichos observados en la Consulta Externa de Ginecología del Hospital General sobre 328 pacientes.

Anexitis en diversos grados de evolución	119	casos	36.3%
Posibles trastornos endócrinos	75	„	22.9%
Tumores	40	„	12.2%
Mal estado general (anemias, desnutrición, etc.)	43	„	13.1%
Desviaciones uterinas	20	„	6.1%
Climaterio	15	„	4.6%
Tuberculosis	4	„	1.2%
Gonococcia	3	„	0.9%
Atrofia del endometrio	1	„	0.3%
Causa desconocida	8	„	2.4%
	328	casos	100.0%

9.5% de los casos anteriores presentaron como antecedente un parto o un aborto.

Cuadro que demuestra los grupos de edades de las pacientes con trastornos menstruales.

Menores de 15 años.	12 casos	8.0%
De 15 a 19 años inclusive.	31 „	20.6%
De 20 a 24 años inclusive.	25 „	16.7%
De 25 a 29 años inclusive.	41 „	27.4%
De 30 a 39 años inclusive.	35 „	23.3%
Mayores de 39 años.	6 „	4.0%
	150 casos	100.0%

HISTORIAS CLINICAS GINECOLOGICAS

Observación número 387. Fecha: 13 de Diciembre de 1945.
Nombre: M. T. Edad: 10 años. Oficios: domésticos.
Originaria y vecina de esta capital.
Motivo de la consulta: trastornos de la regla.

Historia Menstrual: Menarquia, 15 años. Tipo, 4/30.
Cantidad, escasa. Dolor, sí.
Fecha de las dos últimas reglas, 22 de Noviembre y 12 de Diciembre de 1945.
Alteraciones de la regla, últimamente le viene cada 15 días.
Dolor o hemorragia intermenstrual, no.

Historia Sexual: Casada, sí. Hace 4 años.
Partos, 0.
Puerperios, 0.
Abortos, 0
Complicaciones, ninguna.
Contracepción, no.

Operaciones anteriores: ninguna.
Historia médica anterior: No da datos.

Enfermedad actual: Viene padeciendo desde hace mucho tiempo de dolor de cintura el cual aumenta durante la regla. Ultimamente ésta se le ha estado adelantando pues le viene cada 15 días.

Examen de la enferma: Apariencia, sana. Constitución, asténica.

Peso: 111 libras. Estatuta, 58 pulgadas. Temperatura, 37°. Pulso, 70 × minuto. Presión arterial, 135/70.

Genitales externos: una pequeña mancha de Sänger.

Vagina: normal.

Cuello: pequeño. Emana poca sangre por el orificio.

Utero: pequeño en anteflexión.
Anexos: normales.
Sistema Urinario: disuria.
Sistema Digestivo: normal.
Huesos de la Pelvis: normales.
Otras alteraciones: ninguna.

Exámenes de Laboratorio:

Gonococo, negativo.
Wassermann, negativo.
Biopsia del endometrio por aspiración: "Endometrio durante la fase estrógena primaria. 22 de Diciembre de 1945."

Diagnóstico: Dismenorrea y Polimenorrea. Esterilidad primaria.
Tratamiento: Estilbestrol, ½ miligramo durante la primera mitad del ciclo.

Observación número 396.—Fecha: 27 de Diciembre de 1945.
Nombre: L. E. Edad: 30 años. Oficios: domésticos.
Originaria y vecina de esta capital.
Motivo de la consulta: metrorragia.

Historia Menstrual: Menarquia, 14 años. Tipo, 5/irregular.
Cantidad, abundante. Dolor, sí; bastante.
Fecha de las dos últimas reglas, 3 de Noviembre al 17 de Diciembre.
Alteraciones de la regla, pasa hasta 6 meses sin ella; después le viene muy abundante (hemorragias).
Dolor o hemorragia intermenstrual, no.

Historia Sexual: Casada, sí. Hace 9 años.
Partos, 0.
Puerperios, 0.
Abortos, 2 (de 3 y 2 meses respectivamente).
Complicaciones, hemorragia.
Contracepción, sí (preservativo).

Operaciones anteriores: ninguna.
Historia Médica anterior: Ha sido sana.
Enfermedad actual: Desde un principio la regla le ha sido muy irregular; pasa a veces hasta 6 meses en amenorrea y después un mes con mucha hemorragia. Padece de flujo irritante. Conducta sexual, normal.
Examen de la enferma: Apariencia, sana. Constitución, astética (masc.)
Peso, 110 libras. Estatura, 58 pulgadas. Temperatura, 37°. Pulso, 72 × minuto. Presión Arterial, 120/60.
Genitales externos: Hipertricosis tipo masculino.
Vagina: normal.
Cuello: normal.
Utero: normal.
Anexos: normales.
Sistema urinario: normal.
Sistema Digestivo: estreñimiento alternando con diarrea.
Huesos de la Pelvis: normales.
Otras alteraciones: Ha perdido 23 libras. Exoftalmos. No se hizo Metabolismo Basal.

Exámenes de Laboratorio:

Wassermann, negativo.
Biopsia del endometrio: "Endometrio poliposo, sin caracteres neoplásicos malignos." 3 de Enero de 1946.
Rayos X. Silla turca: "La silla turca muestra ligero ensanchamiento en el sentido antero-posterior, pero no se observan señas de destrucción." 28 de Diciembre de 1945.

Diagnóstico: Oligo y Polimenorrea. Esterilidad primaria. Amenorrea con crisis de menorragia. Probable lesión de la hipófisis.

Tratamiento: Tiro-ovario. Estilbestrol de ½ miligramo.
Observación número 577. Fecha: 13 de Mayo de 1946.

Nombre: E. de C. Edad: 37 años. Oficios: domésticos.
Originaria de Escuintla y vecina de esta capital.
Motivo de la Consulta: trastornos de la regla.

Historia Menstrual: Menarquia, 18 años. Tardía. Tipo, 3/irregular.
Cantidad, regular. Dolor, sí.
Fecha de las dos últimas reglas, 27 de Abril de 1946. Antes amenorrea.
Alteraciones de la regla, se le retrasa hasta 3 meses.
Dolor o hemorragia intermenstrual, no.

Historia Sexual: Casada, sí. Hace 17 años.
Partos, 6 normales.
Puerperios, normales.
Abortos, 3 (el último hace 6 meses).
Complicaciones, ninguna.
Contracepción, no.

Operaciones anteriores: ninguna.
Historia Médica anterior: Ha sido sana.
Enfermedad actual: Desde hace dos años sufre trastornos de la regla: amenorrea a veces de 3 meses acompañada de cólico; después hemorragia de meses con coágulos. Padece—además—de ardor y prurito en los órganos genitales y el ano.
Examen de la enferma: Apariencia, sana. Constitución, normal.
Peso, 117 libras. Estatura, 61 pulgadas. Temperatura 37°. Pulso, 70 × minuto. Presión arterial, 130/65.
Genitales externos: bartolinitis crónica bilateral.
Vagina: bridas en la cúpula vaginal. Mucosas enrojecidas.
Cuello: manchas rojas. Orificio emana flujo sucio.
Utero: pequeño.
Anexos: derechos dolorosos.
Sistema urinario: normal.
Sistema digestivo: normal.
Huesos de la Pelvis: normales.

Otras alteraciones: Várices de las piernas y diastasis de los rectos.

Exámenes de Laboratorio:
Gonococo, negativo.
Wassermann, negativo.
Tricomonas, negativo.
Biopsia del endometrio: "Mucosa en estado secretorio, con baja proliferación glandular."

Diagnóstico: Anexitis crónica. Hipomenorrea.
Tratamiento: Ondas cortas. Amniotina, 30,000 unidades antes de la regla.

Evolución:
27 de Agosto, después de haberse inyectado amniotina la regla se ha retrasado desde el 12 de Agosto. Aumentó el prurito.
4 de Septiembre; el 29 de Agosto principió con hemorragia abundante y dolorosa que en la presente fecha aun le persiste igual.

Observación número 620. Fecha: 11 de Junio de 1946.
Nombre: J. V. Edad: 35 años. Oficios: domésticos.
Originaria de Alta Verapaz; y vecina de esta capital.
Motivo de la consulta: flujo.

Historia Menstrual: Menarquia, 13 años. Tipo, 2-3/30.
Cantidad, escasa. Dolor, sí, lumbar.
Fecha de las dos últimas reglas, Febrero de 1946.
Alteraciones de la regla, escasa y siempre se acompaña de dolor.
Dolor o hemorragia intermenstrual, no.

Historia Sexual: Casada, sí. Hace 10 años.
Partos, 1 normal.
Puerperios, normales.

Abortos, 0.
Complicaciones, 0.
Contracepción, no.

Operaciones anteriores: ninguna.

Historia Médica anterior: catarros nasales muy a menudo.

Enfermedad actual: Desde el mes de Febrero tiene flujo, blanco-amarillento, espeso. Desde esa fecha no le viene la regla (amenorrea de 4 meses).

Examen de la enferma: Apariencia, sana. Constitución, normal.

Peso, 114 libras. Estatura, 60 pulgadas. Temperatura, 37°. Pulso, 75 × minuto. Presión sanguínea, 125/60.

Genitales externos: ulceración de la horquilla. Lo demás normal.

Vagina: mucosas enrojecidas (vaginitis).

Cuello: normal.

Utero: echado para atrás.

Anexos: normales.

Sistema urinario: normal.

Sistema digestivo: normal.

Huesos de la Pelvis: normales.

Otras alteraciones: ninguna.

Exámenes de Laboratorio:

Tricomonas, positivo.
Gonococo, negativo.
Biopsia endometrio: "Mucosa uterina en estado proliferativo. No hay signos de cáncer."

Diagnóstico: Amenorrea secundaria. Vaginitis aguda a tricomonas.

Tratamiento: 10 miligramos progesterona por 3 veces. Vagicaps.

Observación número 723. Fecha: 23 de Julio de 1946.

Nombre: M. L. G. Edad: 21 años. Oficios: domésticos.

Originaria de Mazatenango. Vecina de esta capital.

Motivo de la consulta: flujo y trastornos de la regla.

Historia Menstrual: Menarquia, 15 años. Tipo 3/30.
Cantidad, regular. Dolor, no.
Fecha de las dos últimas reglas, 17 de Junio de 1946.
Alteraciones de la regla, se le atrasa hasta 2 meses.
Dolor o hemorragia intermenstrual, no.

Historia Sexual: Casada, sí. Hace 6 años.
Partos, 0.
Puerperios, 0.
Abortos, 0.
Complicaciones, 0.
Contracepción, no.

Operaciones anteriores: Apendicectomía. Exploración de anexos: negativa.

Historia Médica anterior: Padeció de fiebre tifoidea hace algunos años.

Enfermedad actual: Desde hace algunos meses la regla se atrasa; a veces pasa sin ella hasta 2 meses. La última se produjo el 17 del mes pasado.

Examen de la Enferma: Apariencia: sana. Constitución: normal.

Peso, 108 libras. Estatura, 58 pulgadas. Temperatura, 37°. Pulso, 75 × minuto. Presión sanguínea, 120/60.

Genitales externos: normales.

Vagina: mucosas enrojecidas. Presencia de flujo blanco-amarillento, viscoso.

Cuello: normal.

Utero: normal.

Anexos: normales.

Sistema urinario: normal.

Sistema digestivo: normal.

Huesos de la Pelvis: normales.

Otras alteraciones: ninguna.

Exámenes de Laboratorio:

Tricomonas, positivo.
Gonococo, negativo.

Biopsia del endometrio: "Mucosa uterina en estado proliferativo poco avanzado." 19 de Agosto de 1946.

Diagnóstico: Hipomenorrea. Vulvo-vaginitis a Tricomona. Esterilidad primaria.

Tratamiento: Picatyl. Estilbestrol, 0.001 gramos. Progesterona, ampollas de 0.005 gramos.

Observación número 795. Fecha: 10 de Septiembre de 1946.
Nombre: V. P. Edad: 23 años. Oficios: domésticos.
Originaria y vecina de esta capital.
Motivo de la consulta: amenorrea.

Historia Menstrual: Menarquia: 15 años. Tipo: 8/30.
Cantidad, abundante. Dolor, sí.
Fecha de las dos últimas reglas, Junio 3 y Junio 27 de 1946.
Dolor o hemorragia intermenstrual, no.

Historia Sexual: Casada, sí. Hace 8 años.
Partos, 0.
Puerperios, 0.
Abortos, 0.
Complicaciones, 0.
Contracepción, no.

Operaciones anteriores: ninguna.
Historia Médica anterior: Ha sido sana.
Enfermedad actual: La regla de Junio se adelantó. Apareció a los 24 días y desde entonces no ha vuelto a tenerla.
Examen de la enferma: Apariencia: sana. Constitución: normal.
Peso, 110 libras. Estatura, 60 pulgadas. Temperatura, 37.3°. Pulso, 76 × minuto. Presión sanguínea, 130/70.
Genitales externos: normales.

Vagina: normal.
Cuello: normal.
Utero: en anteflexión; móvil, indoloro, pequeño.
Anexos: normales.
Sistema urinario: normal.
Sistema digestivo: normal.
Huesos de la Pelvis: dolor de cintura.
Otras alteraciones: ninguna.

Exámenes de Laboratorio:
Biopsia del endometrio: "Estroma deciduiforme; fase luteínica, glándulas en poca actividad, algunas dilatadas.

Diagnóstico: Amenorrea secundaria. Esterilidad primaria. Probable quiste luteínico.
Tratamiento Dietiletilbestrol de 0.005 gramos.

Observación número 1103. Fecha: 19 de Septiembre de 1947.
Nombre: C. M. Edad: 23 años. Oficios: domésticos.
Originaria de Huehuetenango. Vecina de esta capital.
Motivo de la consulta: Menorragia.

Historia Menstrual: Menarquia, 14 años. Tipo, 8/30.
Cantidad, escasa. Dolor, sí.
Fecha de las dos últimas reglas, 12 de Agosto; 4 de Septiembre de 1947.
Alteraciones de la regla, le tarda varios días; la última persiste a la fecha.
Dolor o hemorragia intermenstrual, no.

Historia Sexual: Casada, sí. Hace 8 años.
Partos, 1, hace 6 años.
Puerperios, normales.
Abortos, 0.
Complicaciones, ninguna.
Contracepción, no.

Operaciones anteriores: ninguna.

Historia Médica anterior: Ha sido sana.

Enfermedad actual: La última regla se le adelantó, pues apareció 8 días antes de la fecha probable; se ha prolongado hasta hoy, es abundante, sangre con coágulos negros. Al principo mucho dolor.

Examen de la enferma: Apariencia, sana. Constitución, normal.

Peso, 123 libras. Estatura, 59 pulgadas. Temperatura, 37°. Pulso, 75 × minuto. Presión sanguínea, 130/60.

Genitales externos: normales.

Vagina: normal.

Cuello: duro. A través del orificio emana sangre.

Utero: duro, doloroso.

Anexos: normales.

Sistema urinario: normal.

Sistema digestivo: normal.

Huesos de la Pelvis: normales.

Otras alteraciones: ninguna.

Exámenes de Laboratorio:

Biopsia del endometrio: "Endometrio en fase estrógena."

Diagnóstico: Metropatía hemorrágica.

Tratamiento: Progesterona.

Observación: número 1155. Fecha: 9 de Diciembre de 1947.

Nombre: F. A. de R. Edad: 32 años. Oficios: domésticos.

Originaria de: San José Pinula; y vecina de esta ciudad.

Motivo de la consulta: amenorrea de 4 años.

Historia Menstrual: Menarquia, 14 años. Tipo, 3/30.
Cantidad, irregular. Dolor, sí.
Fecha de las dos últimas reglas, hace 4 años.
Alteraciones de la regla, al principio le era dolorosa; últimamente ya no.
Dolor o hemorragia intermenstrual, no.

Historia Sexual: Casada, sí. Hace 14 años.
Partos, 3 normales.
Puerperios, normales.
Abortos, 1 (de 7 meses hace 9 años) espontáneo.
Complicaciones, ninguna.
Contracepción, no.

Operaciones anteriores: ninguna.

Historia Médica anterior: Paludismo en distintas ocasiones.

Enfermedad actual: Hace 9 años tuvo un aborto y desde entonces ya no ha tenido familia. Hace 4 años padeció de paludismo y en esa ocasión se le suspendió la regla sin haberle venido hasta la fecha. Ocasionalmente sufre de flujo escaso, blanco amarillento. Se ha atrasado varias veces.

Examen de la enferma: Apariencia, sana. Constitución, asténica.

Peso, 115 libras. Estatura, 60 pulgadas. Temperatura, 37° C. Pulso, 70 × minuto. Presión sanguínea, 120/ 60.

Genitales externos: normales.

Vagina: presencia de flujo blanco-amarillento, viscoso, escaso.

Cuello: con una rasgadura hacia la derecha.

Utero: Se palpa un tumor duro e irregular en la cara posterior del istmo.

Anexos: normales.

Sistema urinario: a vecs dusuria.

Sistema digestivo: normal.

Huesos de la Pelvis: normales.

Otras alteraciones: ninguna.

Exámenes de Laboratorio:
Tricomonas, negativo.
Gonococo, negativo.
Wassermann, negativo.
Biopsia del endometrio: "Endometrio en fase estrogénica."

Diagnóstico: Amenorrea secundaria. Fibroma del Utero.

Tratamiento: Estilbestrol de 1 miligramo durante 30 días.
Después: primera mitad del ciclo, estilbestrol; segunda mitad, 30 miligramos de progesterona en total.

Observación número 1467. Fecha: 29 de Noviembre de 1948.
Nombre: M. B. Edad: 32 años. Oficios: domésticos.
Originaria y vecina de esta capital.
Motivo de la consulta: metrorragia.

Historia Menstrual: Menarquia, 13 años. Tipo, 3/30.
Cantidad, escasa. Dolor, sí, 3 días antes de la regla y más acentuado en la fosa ilíaca izquierda.
Fecha de las dos últimas reglas, 18 de Agosto y 18 de Septiembre.
Alteraciones de la regla, algunas veces le tarda más de los tres días corrientes.
Dolor o hemorragia intermenstrual, no.

Historia Sexual: Casada, sí. Hace 18 años.
Partos, 3; el último en 1920.
Puerperios, normales.
Abortos, 0.
Complicaciones, ninguna.
Contracepción, no.

Operaciones anteriores: Salpingo-oforectomía derecha; salpingectomía y apendicectomía.

Historia Médica anterior: Reumatismo hace algún tiempo.

Enfermedad actual: Tiene 13 días de tener hemorragia genital profusa, roja, con coágulos; el primer día tuvo dolor de cintura. En el mes de Octubre la regla le vino solamente una noche.

Examen de la enferma: Apariencia, sana. Constitución, normal.

Peso, 115 libras. Estatura, 1.53 metros. Temperatura, 37.1° C. Pulso, 68 × minuto. Presión sanguínea, 120/65.

Genitales externos: normales.
Vagina: mucosas pálidas.
Cuello: emana sangre por el orificio.
Utero: pequeño, duro, en anteflexión.
Anexos: libres.
Sistema urinario: normal.

Sistema digestivo: normal.
Huesos de la Pelvis: normales.
Otras alteraciones: ninguna.

Exámenes de Laboratorio:
Tricomonas, negativo.
Gonococo, negativo.
Biopsia del endometrio: "Endometrio en fase proliferativa."

Diagnóstico: Metrorragia hormonal. Endometrio proliferativo.
Tratamiento: Quirúrgico, raspado del endometrio.

Observación número 1498. Fecha: 22 de Diciembre de 1948.
Nombre: M. G. Edad: 20 años. Oficios: domésticos.
Originaria de Mataquescuintla. Vecina de esta capital.
Motivo de la consulta: Hipomenorrea.

Historia Menstrual: Menarquia, 15 años. Tipo, 2/60 irregular.
Cantidad, escasa. Dolor, sí, antes de la regla.
Fecha de las dos últimas reglas, 13 de Septiembre y 15 de Noviembre de 1948.
Alteraciones de la regla, constantemente se le atrasa.
Dolor o hemorragia intermenstrual, no.

Historia Sexual: Casada, sí. Hace 2 años.
Partos, 0.
Puerperios, 0.
Abortos, 0.
Complicaciones, 0.
Contracepción, no.

Operaciones anteriores: ninguna.
Historia Médica anterior: Sarampión. Parotiditis.

Enfermedad actual: Desde hace mucho tiempo la regla se le viene atrasando, a veces un mes, y en otras ocasiones ha pasado hasta 8 meses sin ella.

En la época que le debía aparecer, solamente siente dolor abdominal en forma de cólicos con irradiación hacia la región lumbar.

Examen de la enferma: Apariencia, sana. Constitución, normal.

Peso, 110 libras. Estatura, 149 centímetros. Temperatura, 37° C. Pulso, 65 × minuto. Presión sanguínea, 120/60.

Genitales externos: normales.

Vagina: normal.

Cuello: normal.

Utero: pequeño, libre.

Anexos: Ovario derecho aumentado de tamaño; ovario izquierdo; normal.

Sistema urinario: Polaquiuria y disuria.

Sistema digestivo: normal.

Huesos de la Pelvis: normales.

Otras alteraciones: ninguna.

Exámenes de Laboratorio:

Orina, normal.

Sedimentación sanguínea, 28 mm. en media hora.

Biopsia del endometrio: "Endometrio proliferativo con formación polipoide en glándulas de tipo estrogénico."

Diagnóstico: Oligomenorrea. Esterilidad primaria. Quiste del ovario derecho.

Tratamiento: Seguir los ciclos menstruales con dietil-etil-bestrol y progesterona.

Observación número 1508. Fecha: 5 de Enero de 1949.

Nombre: N. R. Edad: 35 años. Oficio: costurera.

Originaria y vecina de esta capital.

Motivo de la consulta: Leucorrea.

Historia Menstrual: Menarquia, 14 años. Tipo, 4/28.

Cantidad, regular. Dolor sí, antes de la regla.

Fecha de las dos últimas reglas, 1º de Mayo y 15 de Agosto de 1948.

Alteraciones de la regla: constantemente se le atrasa.

Dolor o hemorragia intermenstrual, no.

Historia Sexual: Casada, sí. Hace 20 años.

Partos, 2, el último en 1933.

Puerperios, normales.

Abortos 1, de 3 meses en 1945.

Complicaciones, ninguna.

Contracepción, no.

Operaciones anteriores: Laparotomía exploradora.

Historia Médica anterior: tifoidea.

Enfermedad actual: Desde hace un año la regla se le viene atrasando de 1 a 4 meses. Cuando le viene ésta es normal.

Padece además de flujo blanco-amarillento y prurito en los órganos genitales.

Examen de la enferma: Apariencia, sana. Constitución, normal.

Peso, 120 libras. Estatura, 1.58 metros. Temperatura, 37° C. Pulso, 68 × minuto. Presión sanguínea, 120/65.

Genitales externos: rasgadura perineal I.

Vagina: normal. Presencia de flujo blanco-amarillento viscoso.

Cuello: erosión grado I.

Utero: pequeño, en anteflexión.

Anexos: normales.

Sistema urinario: normal.

Sistema digestivo: normal.

Huesos de la Pelvis: normales.

Otras Alteraciones:

Lúes, (se está tratando en Profilaxia Sexual).

Tricomonas, positivo.

Gonococo, negativo.
Histerometría, 5 centímetros.
Biopsia del endometrio: "El raspado dió muy escaso endometrio. Informe: endometrio atrófico."

Diagnóstico: Oligomenorrea. Atrofia del endometrio. Rasgadura Perineal I. Cervicitis erosiva, I.
Tratamiento: Simular ciclos menstruales con dietil-etil-bestrol, 5 miligramos diarios durante 25 días y 5 miligramos progesterona durante los últimos 5 días.

Observación número 1511. Fecha: 10 de Enero de 1949.
Nombre: G. F. Edad: 21 años. Oficios: domésticos.
Originaria y vecina de esta capital.
Motivo de la consulta: atraso de la regla y dolor en la fosa ilíaca izquierda.

Historia Menstrual: Menarquia, 18 años. Tardía. Tipo, 2/30. Cantidad, regular. Dolor, sí, antes y durante la regla.
Fecha de las dos últimas reglas, 15 de Diciembre y 5 de Enero de 1949.
Alteraciones de la regla, con coágulos y se le viene atrasando.
Dolor o hemorragia intermenstrual, no.

Historia Sexual: Casada, sí. Hace 4 años.
Partos, 1, en 1948.
Puerperios, normales.
Abortos, 0.
Complicaciones, ninguna.
Contracepción, no.

Operaciones anteriores: ninguna.
Historia Médica anterior: Parotiditis, otitis, paludismo.

Enfermedad actual: Viene a curarse de dolor en la fosa ilíaca izquierda, suave, intermitente, que le aumenta con las reglas y al usar zapatos con tacón alto. Antes del parto en 1948 la menstruación le duraba 8 días; últimamente le tarda tres y se le retrasa de 15 días a un mes.

Examen de la enferma: Apariencia, desnutrida. Constitución, asténica.

Peso, 99 libras. Estatura, 1.48 metros. Temperatura, 37° C. Pulso, 65 × minuto. Presión sanguínea, 110/50.

Genitales externos: normales.
Vagina: normal.
Cuello: rasgado y con una erosión pequeña en el labio anterior.
Utero: en anteflexión.
Anexos: izquierdos, palpables. Derechos, libres.
Sistema urinario: normal.
Sistema digestivo: normal.
Huesos de la Pelvis: normales.
Otras alteraciones: ninguna.

Exámenes de Laboratorio:
Sedimentación sanguínea, 8 mm. en media hora.
Tricomonas, negativo.
Gonococo, negativo.
Biopsia del endometrio: "Endometrio de tipo estrogénico. Hay edema en algunas regiones del estroma y hemorragia intersticial.

Diagnóstico: Oligomenorrea. Cervicitis erosiva I.
Tratamiento: Mejorar el estado general.
Dikinson.

Evolución: 29 de Enero.—El estado general ha mejorado notablemente.

7 de Febrero.—Le vino la regla, abundante, con ligero dolor, le duró 5 días.

Gonococo, negativo.
Histerometría, 5 centímetros.
Biopsia del endometrio: "El raspado dió muy escaso endometrio. Informe: endometrio atrófico."

Diagnóstico: Oligomenorrea. Atrofia del endometrio. Rasgadura Perineal I. Cervicitis erosiva, I.
Tratamiento: Simular ciclos menstruales con dietil-etil-bestrol, 5 miligramos diarios durante 25 días y 5 miligramos progesterona durante los últimos 5 días.

Observación número 1511. Fecha: 10 de Enero de 1949.

Nombre: G. F. Edad: 21 años. Oficios: domésticos.

Originaria y vecina de esta capital.

Motivo de la consulta: atraso de la regla y dolor en la fosa ilíaca izquierda.

Historia Menstrual: Menarquia, 18 años. Tardía. Tipo, 2/30. Cantidad, regular. Dolor, sí, antes y durante la regla.
Fecha de las dos últimas reglas, 15 de Diciembre y 5 de Enero de 1949.
Alteraciones de la regla, con coágulos y se le viene atrasando.
Dolor o hemorragia intermenstrual, no.

Historia Sexual: Casada, sí. Hace 4 años.
Partos, 1, en 1948.
Puerperios, normales.
Abortos, 0.
Complicaciones, ninguna.
Contracepción, no.

Operaciones anteriores: ninguna.

Historia Médica anterior: Parotiditis, otitis, paludismo.

Enfermedad actual: Viene a curarse de dolor en la fosa ilíaca izquierda, suave, intermitente, que le aumenta con las reglas y al usar zapatos con tacón alto. Antes del parto en 1948 la menstruación le duraba 8 días; últimamente le tarda tres y se le retrasa de 15 días a un mes.

Examen de la enferma: Apariencia, desnutrida. Constitución, asténica.

Peso, 99 libras. Estatura, 1.48 metros. Temperatura, 37° C. Pulso, 65 × minuto. Presión sanguínea, 110/50.

Genitales externos: normales.

Vagina: normal.

Cuello: rasgado y con una erosión pequeña en el labio anterior.

Utero: en anteflexión.

Anexos: izquierdos, palpables. Derechos, libres.

Sistema urinario: normal.

Sistema digestivo: normal.

Huesos de la Pelvis: normales.

Otras alteraciones: ninguna.

Exámenes de Laboratorio:
Sedimentación sanguínea, 8 mm. en media hora.
Tricomonas, negativo.
Gonococo, negativo.
Biopsia del endometrio: "Endometrio de tipo estrogénico. Hay edema en algunas regiones del estroma y hemorragia intersticial.

Diagnóstico: Oligomenorrea. Cervicitis erosiva I.
Tratamiento: Mejorar el estado general.
Dikinson.

Evolución: 29 de Enero.—El estado general ha mejorado notablemente.

7 de Febrero.—Le vino la regla, abundante, con ligero dolor, le duró 5 días.

Observación número 1632. Fecha: 11 de Mayo de 1949.
Nombre: A. G. Edad: 45 años. Oficios: domésticos.
Originaria de Palencia y vecina de esta capital.
Motivo de la consulta: metrorragia.

Historia Menstrual: Menarquia, 15 años. Tipo, 3/30.
Cantidad, escasa. Dolor, no.
Fecha de las dos últimas reglas, 18 de Abril y 18 de Mayo de 1949.
Alteraciones de la regla, unas veces se le adelanta y otras se atrasa.
Dolor o hemorragia intermenstrual, no.

Historia Sexual: Casada, sí; hace 28 años.
Partos, 10, normales.
Puerperios, normales.
Abortos, 0.
Complicaciones, ninguna.
Contracepción, no.

Operaciones anteriores: ninguna.

Historia Médica anterior: Ha padecido desde hace tiempo de cólicos hepáticos.

Enfermedad actual: Desde hace algún tiempo la menstruación ya se le adelanta, ya se le atrasa. Ultimamente, desde el 6 del corriente mes le principió abundante hemorragia vaginal acompañada de cefalea y náuseas.

Coincidiendo con ella, le apareció también dolor en la fosa ilíaca derecha y ombligo, de forma intermitente, que juntamente con la hemorragia le aumentan al caminar.

Examen de la enferma: Apariencia, sana. Constitución, normal.

Peso, 119 libras. Estatura, 1.48 metros. Temperatura, 37°. Pulso, 70 × minuto. Presión arterial, 135/60.

Genitales externos: rasgadura del periné.

Vagina: mucosas pálidas. Secreción sanguinolenta.

Cuello: entreabierto, duro. Cervicitis grado I.

Utero: hacia atrás, fijo.

Anexos: palpables y dolorosos.

Sistema urinario: normal.

Sistema digestivo: anorexia.

Huesos de la Pelvis: normales.

Otras alteraciones: Bocio.

Exámenes de Laboratorio:
Sedimentación sanguínea, 16 mm. en 1 hora.
Biopsia del endometrio y del cuello.
"Endometrio en fase estrogénica.
Cuello, cervicitis glandular."

Diagnóstico: Anexitis crónica. Rasgadura antigua del periné. Cervicitis glandular.

Tratamiento: Diatermia. Reposo.

Observación número 1633. Fecha: 11 de Mayo de 1949.
Nombre: A. C. Edad: 26 años. Oficios: domésticos.
Originaria y vecina de esta capital.
Motivo de la consulta: "Reglas muy a menudo" (Hipermenorrea).

Historia Menstrual: Menarquia, 16 años. Tipo, 8/15.
Cantidad, abundante. Dolor, sí, de cintura antes y durante la regla.
Fecha de las dos últimas reglas, 1º y 15 de Abril de 1949.
Alteraciones de la regla, le viene cada 15 días.
Dolor o hemorragia intermenstrual, no.

Historia Sexual: Casada, sí. Hace 7 años.
Partos, 1 normal.
Puerperios, febril.
Abortos, 0.
Complicaciones, ninguna.
Contracepción, no.

Operaciones anteriores: ninguna.

Historia Médica anterior: Paludismo y Reumatismo.

Enfermedad actual: El 6 de Octubre de 1941 tuvo su único parto; desde esa época las reglas le vienen antes de tiempo, le aparecen cada 15 días.

Examen de la enferma: Apariencia, sana. Constitución, normal.

Peso, 110 libras. Estatura, 1.52 metros. Temperatura, 37°. Pulso, 70 × minuto. Presión arterial, 120/60.

Genitales externos: normales.
Vagina: mucosas violáceas.
Cuello: normal.
Utero: normal.
Anexos: derechos palpables y dolorosos.
Sistema urinario: normal.
Sistema digestivo: normal.
Huesos de la Pelvis: normales.
Otras alteraciones: no.

Exámenes de Laboratorio:

Sedimentación sanguínea, 20 mm. en 1 hora.
Biopsia del endometrio: "Endometrio en fase secretoria."

Diagnóstico: Anexitis crónica derecha. Esterilidad secundaria.
Tratamiento: Ondas cortas. Reposo.

Observación: número 1648. Fecha: 19 de Mayo de 1949.

Nombre: M. de A. Edad: 26 años. Oficios: costurera.

Originaria de Santa Lucía Cotzumalguapa y vecina de esta capital.

Motivo de la consulta: Amenorrea.

Historia Menstrual: Menarquia, 13 años. Tipo, 8/60.
Cantidad, abundante. Dolor, sí.
Fecha de las dos últimas reglas, 27 de Noviembre de 1948 y 27 de Enero de 1949.

Alteraciones de la regla, se presentan coágulos algunas veces.
Dolor o hemorragia intermenstrual, no.

Historia Sexual: Casada, sí. Hace, 10 años.
Partos, 3 normales.
Puerperios, normales.
Abortos, 0.
Complicaciones, ninguna.
Contracepción, no.

Operaciones anteriores: ninguna.

Historia Médica anterior: Paludismo y Parasitismo intestinal en repetidas ocasiones.

Enfermedad actual: Tiene ocho meses de irregularidades menstruales. Principió la menstruación a aparecerle cada dos meses en escasa cantidad. Se le retiró completamente desde hace tres meses.

Examen de la enferma: Apariencia, enfermiza. Constitución, asténica.

Peso, 95 libras. Estatura, 1.52 metros. Temperatura, 37°. Pulso, 65 × minuto. Presión arterial, 110/60.

Genitales externos: normales.
Vagina: mucosas pálidas.
Cuello: cervicitis erosiva I.
Utero: normal.
Anexos: normales.
Sistema urinario: normal.
Sistema digestivo: anorexia.
Huesos de la Pelvis: normales.
Otras alteraciones: anemia marcada.

Exámenes de Laboratorio:

Número de glóbulos rojos: 3.200,000 × mm3. Glóbulos blancos: 6,500 × mm3. Eosinófilos: 10. Lo demás normal.

Biopsia del endometrio: "Endometrio en fase intermedia; en algunas glándulas se aprecia más el aspecto progesterona. Conviene repetir muestra en alguna próxima menstruación."

Diagnóstico: Amenorrea constitucional.

Tratamiento: Ciclos menstruales a base de estrógenos y progesterona.

Evolución: A los cinco días de principiar con estrógenos le vino la menstruación.

CONCLUSIONES

A las Consultas Externas de nuestros hospitales, acude material en gran número y de gran interés que podría servir de base a importantes estudios, pero debido a la mala organización de tan útiles servicios se desperdicia, redundando en daño al paciente, quien no obtiene los resultados que espera; a los Centros Hospitalarios porque deben aceptar para ser internados, muchos casos que podrían ser tratados como ambulatorios; al Médico porque no aprecia en todo su valor las enseñanzas que de su labor diaria se desprenden y a la Ciencia Médica en general, porque nunca se ha logrado formar el espíritu de observación que es tan necesario para formar la Patología Nacional.

Los trastornos menstruales se presentan con gran frecuencia y no se les concede la importancia que merecen. Ellos revelan trastornos a veces muy serios y requieren un estudio detenido para llegar a su verdadera causa y a su efectiva terapéutica.

Los trastornos menstruales repercuten en mayor o menos grado sobre el estado general de las pacientes y sobre su psiquismo. Juegan, pues, un papel definitivo en la conducta de estas pacientes y en sus fenómenos patológicos generales.

Según hemos podido comprobar al analizar las historias clínicas de nuestras pacientes, la causa más frecuente de trastornos menstruales, reside en procesos inflamatorios anexiales. Esta noción debe estar presente siempre en el espíritu del ginecólogo y del práctico, tanto para reconocer la causa, indicar el tratamiento adecuado como para, quizá lo más importante, tomar medidas preventivas ante un parto, un aborto o una infección genital, gonocóccica o no.

Si bien es cierto también que el análisis de esas historias clínicas reveló un alto porcentaje de anomalías menstruales por posibles trastornos endócrinos, el uso de tratamientos opoterápicos, no está justificado antes de haber agotado las posibilidades diagnósticas. Por consiguiente es condenable la prescripción precipitada de estos potentes medicamentos.

C. Aparicio González S.

Vº Bº,
Luis F. Galich.

Imprímase,
C. M. Guzmán,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

Calatroni. Ruiz. Di Paola.—Endocrinología Sexual Femenina.

Crossen y Crossen.—Enfermedades de la Mujer.

Calatroni. Ruiz.—Terapéutica Ginecológica.

Jacob Hoffman.—Female Endocrinology.