

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA CERVICITIS EROSIVA

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos De Guatemala

P O R

OTTO ROBERTO PORTILLO ARRIOLA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, julio de 1967

PLAN DE TESIS

CONTENIDO:

- I. Introducción
- II. Diagnóstico positivo: Cervicitis Erosiva y Neuritis Sacra;
Cuadro clínico.
- III. Diagnóstico Diferencial: Congestión Pelviana; Parametropatía
Espástica.
- IV. Anatomía de la Región
- V. Fisiología del Dolor
- VI. Casuística: Tratamiento y Resultados.
- VII. Conclusiones
- VIII. Bibliografía.

INTRODUCCION

La oportunidad que me brindó la estancia en la Consulta Externa de Ginecología del Hospital General, en calidad de Interno; despertó en mi el interés de investigar la relación que pudiera tener el antecedente del dolor en el bajo vientre acusado por las pacientes y el hallazgo al examen ginecológico de Cervicitis.

Este criterio fué analizado con el Jefe de la Consulta Externa Dr. J. Augusto González R., quién se mostró entusiasta de mi interés por este tema é indicó sus ideas de la relación directa entre la cervicitis y la Neuritis del plexo Sacro, posible originantes del síntoma dolor acusado con cierta frecuencia por éstas pacientes. También comentó la existencia relativamente frecuente de Cistalgia en éstas enfermas que posiblemente tiene el mismo origen.

La desaparición de los síntomas dolorosos acusados por las pacientes con el tratamiento y la curación de ésta enfermedad, hacen pensar que muy probablemente existe una relación directa entre la Cervicitis Erosiva y la causa del dolor.

Fué por ello que me decidí a tomar este tema como punto de tesis de graduación Profesional, con la esperanza de despertar el entusiasmo y decisión en los médicos y estudiantes de investigarlo en sus pacientes.

CUADRO CLINICO

CERVICITIS EROSIVA:

La Cervicitis es una inflamación del cuello uterino; es frecuente é importante. Sus principales causas son la genococcia, los traumatismos cervicales y las infecciones ocasionadas por el aborto y el parto; sin olvidar las complicaciones de las cauterizaciones endocervicales, aplicaciones de radio y la amputación del cuello. La mayor parte de las veces se trata de una endocervicitis y la afección del orificio externo mantiene la infección localizada en el interior del canal; la cervicitis puede tener lugar por relaciones sexuales, irrigaciones con agua no estéril, el manipuleo con instrumentos. Recordemos que la modificación anatomopatológica más importante en la cervicitis y en la endocervicitis es la Hiperplasia de las glándulas crónicamente infectadas y con hipersecreción, esta modificación provoca un drenaje insuficiente que mantiene la infección y que puede ser provocada por una obstrucción del canal cervical por granulaciones o estrecheces o por una oclusión microscópica de los acini glandulares.

La excesiva producción de moco macera los tejidos, esto produce más inflamación y mayor obstrucción o mayor prelación de tejido glandular, que a su vez da más secreción; la cervicitis extensas van acompañadas de huevos de Nabeth que no son más que quistes glandulares, hay formación de pólipos de la mucosa y la aparición de zonas rojizas vascularizadas en la cara vaginal del cuello y erosiones. En la cervicitis por rasgadura post-parto, hay coexistencia de ectropión de la mucosa e hiperplasia del tejido glandular sin que haya una infección importante, generalmente hay una infección bacteriana mo-

derada causada por gérmen de escaza virulencia.

La Cervicitis en la virgen puede ser causada por trastornos emocionales y la hipersecreción cervical glándular es parecida a la hipersecreción nerviosa de la mucosa; la secreción excesiva de moco macera la mucosa y la maceración da lugar a las erosiones, el tejido neoforado que contiene glándulas en el cuello y en las erosiones, determinan la secreción.

SINTOMAS: Flujo más o menos abundante, seroso, seropulento, sanguíneo-purulento; algunas enfermas se quejan de pequeñas hemorragias post-coito. Se considera como complicación de la cervicitis la infección de la vejiga urinaria, localizada en el trígono vesical y en la uretra, éstas lesiones persisten hasta que desaparece la cervicitis por curación de la misma o extirpación del cuello.

A esta sintomatología clásica, agregamos el síntoma que frecuentemente hemos observado en nuestras paciente: DOLOR referido al útero, ovarios, cintura, "colita" o espalda, la intensidad del dolor puede ser tan severa como para provocar la invalidéz temporal de la paciente en el desempeño de sus ocupaciones habituales.

Al examen físico de la paciente solo se encuentra una cervicitis o endocervicitis más o menos intensa, a la palpación del útero y de los anexos, dolor intenso, no hay fiebre; al hacer la palpación de los nervios sacros en el primer y segundo agujeros sacros encontramos un dolor exquisito, localizado en ese punto e irradiado al útero o a los ovarios, cintura o muslos el equivalente al signo de Vallai, típico a todas las neuritis.

La mayor o menor extensión de la cervicitis no influye en el dolor, pero si hemos observado que la endocervicitis provoca dolores más intensos, aún cuando ésta sea poco extensa.

El diagnóstico que hacemos en estos casos es "Cervicitis Erosiva" y Neuritis Sacra"; el síndrome puede estar solo, puro o con patología asociada, anexitis aguda o crónica, simple o tumoral, diabetes, paludismo, anemia, desnutrición etc. etc. y los elementos para el diagnóstico positivo son: Una Cervicitis Erosiva de grado variable, o endocervicitis glandular quística y el dolor localizado en el plexo sacro I o II agujero sacro, éstos son los signos positivos para el diagnóstico; los síntomas son el dolor referido por la paciente y que lo localiza en el útero, ovarios, cintura o cadera y espalda.

DATOS SEMIOLOGICOS, CLINICOS Y PATOLOGICOS DE LA NEURITIS:

NEURITIS: (G. Neuron - Nervio-itis Inflamación)

Inflamación de uno o varios nervios, corrientemente asociado a degeneración. Causada por traumatismos, venenos, infecciones, (toxi-infecciones: malaria, difteria, tifoidea, beberi, drogas, alcohol, plomo y mercurio. Taber's Sinonimia Neuralgia: Dolor espontáneo o paroxístico sobre el trayecto de los nervios.

ETIOLOGIA: Intoxicación exógena; plomo, alcohol, arsénico, mercurio; discrasia o autointoxicación: diabetes, cáncer, infección, tifoidea, difteria, malaria, en muchos casos esta infección no es más que una intoxicación causada por las toxinas solubles de los microbios, es decir una toxiinfección (difteria) paludismo (lepra); hay otras causas más o menos oscuras por alteraciones vasculares (Jaffey Achard en la tabes; Gollet Brugsh. La neuritis traumática puede ser provocada, no solo por la herida del nervio, sino también por la contusión, la tracción y la compresión por movimientos musculares forzados, desgarros y elongaciones por lujaciones y fracturas, la tracción ejercida sobre la cabeza del feto o en los miembros en el cuerpo del parto, propagación de una infección, caries, sífilis osea, enfermedades de las articulaciones. Recordamos brevemente que las neuritis pueden provocar trastornos motores (paresias, parálisis), trastornos sensitivos (dolores, hormigueos, piquetazos). Signos confirmados por el observador: trastornos vasomotores; enfriamiento; trastornos tróficos que pueden llegar hasta la producción del glositis, caída del vello, uñas estriadas quebradizas, etc., modificaciones de las reacciones eléctricas; trastornos intelectuales acom-

pañan a las neuritis alcohólicas, a veces en las gravídicas o puerperales, son a veces tan marcadas que constituyen la psicosis polineurítica de Korsakoff. Según que predomine tal o cual síntoma de neuritis, puede ser de tipo motor, sensitivo o seudotabético, cuadro realizado especialmente por el alcoholismo la diabetes y el arsenicismo caracterizandose por los trastornos sensitivos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA CONGESTION

PELVIANA

Dolor hipogástrico o en ambas fosas ilíacas como sensación de peso, estriamientos, hinchazón y ptosis; puede predominar en un solo lado o bien "dolor de riñones", lumbago localizado en la región lumbosacra o en las articulaciones sacroilíacas.

Leucorrea de aspecto baboso como clara de huevo, turbia por descamación del epitelio vaginal, no es purulenta ni fétida, se acompaña de prurito vulvar.

Hay CISTALGIA con orina clara diferente a la orina de la cistitis, en el recto hay algias parecidas a las de las crisis hemorroidales, hay hinchazones de las várices de los miembros inferiores que traducen el estancamiento sanguíneo corriente arriba.

Dispareunemia que puede generar frigidéz, anafrodisia y esterilidad secundaria que no es rara.

Puede haber irregularidad menstrual sin ofrecer tipo característico, pueden haber menometrorragias, muestran sangre negra, espesa con coágulos. El ciclo generalmente es largo, la regla puede ser precedida por un resumamiento sanguíneo escaso, antes de que se establezca el verdadero flujo menstrual, o bien pueden ser extremadamente cortas; el tipo más frecuente es de dos tiempo. El ritmo de los síntomas de la congestión pelviana son típicas; Un máximo premenstrual, más largo y cesan al aparecer el flujo; otras se quejan durante el período intermenstrual, otras durante los dos pe-

riodos y algunas llegan a no tener mas que algunos pocos días buenos durante el mes coincidiendo cuando el flujo menstrual es mas abundante .

El cuerpo uterino se encuentra un poco grande, casi vertical en la posición llamada "anteflexión hacia atrás" o en franca retroversión, un signo importante es: el DOLOR DEL FONDO UTERINO, despertado por la presión del dedo entre la mano vaginal y la abdominal, el útero es blando, el cuello no presenta mayor alteración, los anexos pueden estar aumentados de tamaño; blandos y dolorosos, signos que traducen la congestión pelviana, también hay dolor a nivel de los ligamentos utero-sacro, las paredes vaginales pueden estar edematizadas dolorosas. En el cuello no hay lesión. Del estado de congestión pelviana se excluye categoricamente el factor infección, pues desde que esta aparece no existe el síndrome de congestión, causan este estado condiciones mecánicas; vicios de posición del cuerpo uterino, fondo de sacro de Douglas muy profundo, aunque hay que pensar que el estado congestivo, reblandeciendo las estructuras anatómicas podrían provocar los vicios de posición. El estado vascular preside los hechos anatómicos y a los síntomas que se manifiestan; el estado vascular es susceptible de ser provocado por dos factores importantes: El factor Hormonal estrógeno que dá retención hídrica, disminución de la resistencia capilar y edema más o menos localizados y el factor nervioso, causado por el sistema neurovegetativo, simpático y el diencéfalo.

COMO SE PRODUCE EL DOLOR:

Creemos que la Cervicitis o endocervicitis abre la puerta a la toxificación y el acceso de ésta al plexo sacro y este por sus conecciones con

los plexos hipogástricos inferior y superior, que inervan el útero y los ovarios, hacen sentir el dolor allí, y es en esta forma como una cervicitis provoca una neuritis del plexo sacro, que se manifiesta por dolor localizado en el útero o en los ovarios, sin que haya una lesión orgánica ni infección en dichos órganos.

Las bases técnicas que sustentan este estudio son las siguientes:

Comenzamos por recordar que el canal sacro aloja el fondo del sacro terminal de la dura madre raquídea, el filum terminal de la médula y los nervios que forman la cola de caballo, éstos nervios se introducen en los conductos laterales y se bifurcan en dos ramas, una anterior que se dirige al agujero sacro anterior correspondiente y una rama posterior del V par lumbar y las ramas anteriores de la I. II. III y IV pares sacros; éste plexo se anastomosa con el plexo lumbar por la rama que desde el IV par lumbar desciende a anastomosándose con el plexo sacrocóccigeo por la rama descendente de la rama anterior del IV par sacro y con el gran simpático por numerosos filetes que del plexo van a los ganglios sacros. El plexo da ramas colaterales y rama terminal, las colaterales son diez y se dividen en anteriores y posteriores, las cinco anteriores son el nervio obturador interno, el anal o hemorroidal, el del elevador del ano, el pudendo interno y nervios viscerales que son numerosos para el recto, vejiga que se unen con numerosos ramos simpáticos para constituir el plexo hipogástrico; las colaterales posteriores son el nervio glúteo superior, el nervio piramidal, el gemino superior y del cuadro crural y el glúteo inferior o ciático menor. La rama terminal del plexo es el nervio ciático mayor.

Se dá el nombre de plexo sacrocóccigeo a las anastomosis que forman en-

tre sí las ramas anteriores del IV y V par sacro y el nervio coccígeo, por delante del sacro y del coxis, este plexo da ramas anteriores que van al plexo hipogástrico y ramas posteriores que van hacia atrás para anastomosarse con las ramas posteriores de los últimos nervios sacros y terminan en la piel y coxis. Finalmente recordamos que el simpático sacro de ramas internas: óseas hemorroidales y vasculares; para la arteria sacra media y ramas anteriores que forman el plexo hipogástrico, del cual parten el plexo hemorroidal, el plexo vesical y en el hombre el plexo prostático y vesico seminal y en la mujer el plexo vaginal y el plexo uterino (Testut).

Ahora bien, para comprender el dolor visceral y particularmente el dolor genital, es necesario conocer sus centros de origen y vías de conducción y para ello es indispensable estudiar la constitución anatómica y fisiopatología del sistema neurovegetativo.

ANATOMIA Y FISIOPATOLOGIA DEL DOLOR

Para comprender el dolor visceral y más particularmente el genital, es necesario conocer sus centros de origen y vías de conducción y para ello es indispensable estudiar la constitución anatómica y la fisiopatología del sistema neurovegetativo.

Anatómicamente tenemos que estudiar:

- 1.- Los centros neurovegetativos
- 2.- El sistema simpático
- 3.- El sistema parasimpático
- 4.- El neurovegetativo periférico y la innervación de los órganos genitales internos.

a) Los centros neurovegetativos son el Tálamo Dorsal, que actúa como centro somático y el Tálamo Ventral que actúa como centro Vegetativo. También se encuentra el hipotálamo que no es más que una división del Tálamo Ventral. Todos éstos centros se hayan entrelazados funcionalmente y se conectan con la corteza cerebral, el cuerpo estriado, el cerebelo y con otros centros del neuroeje.

Otros centros importantes del diencefalo son el hipotálamo y el tálamo, además se consideran los localizados en los tálamos ópticos, cuerpo estriado, corteza cerebral y cerebelo.

El sistema neurovegetativo tiene función autónoma pero lo hace bajo el control de los centros de la vida de relación, los cuales a su vez son influenciados por el sistema vegetativo. Ultimamente se acepta cada vez más la influencia psíquica sobre las funciones genitales y muy especialmente en la

aparición de los síndromes dolorosos.

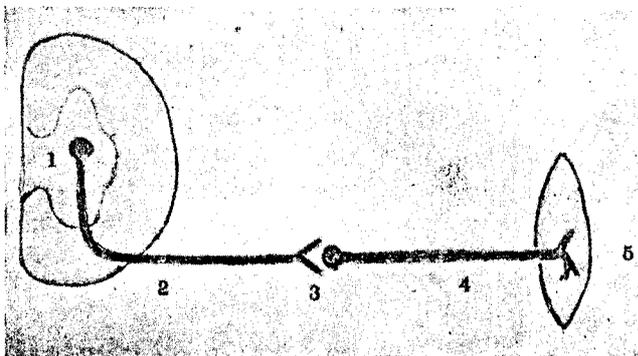
b) El sistema simpático comprende a su vez el estudio de:

- a) Los ganglios paravertebrales
- b) Los nervios Esplacnicos
- c) El Plexo Hipogástrico Superior
- d) El Plexo Hipogástrico Inferior

Antes de entrar en detalles de éstas estructuras anatómicas, queremos señalar las características anatómicas y aún funcionales de las fibras nerviosas simpáticas: salen de la médula UNICAMENTE de los SEGMENTOS TORAXICOS Y LUMBAR, que es donde se originan y en la Fig. 1, se puede apreciar esas características: que NO llegan directamente a las vísceras que antes de llegar a ellas establecen sinapsis con otras células en los ganglios somáticos, lo cual las diferencia de las vías eferentes, destinados a los músculos voluntarios, que desde su centro de origen van directamente sin interrupción, al músculo al que están destinados. En la fig. 1 se puede apreciar en la neurona medular; 1, la fibra pregangliónica; 2, el ganglio simpático; 3, la fibra post-gangliónica; 4, el órgano efector.

FIGURA # 1

DISPOSICIÓN DE LAS VIAS EFECTORAS SIMPATICAS



LA DE PARAMETROPIA ESPASTICA:

O dolor espasmódico de la fibra muscular lisa del tejido conjuntivo de la Pelvis, especialmente en los ligamentos uterosacros, ya que ellos son propensos a contracción espasmódica, hay que tener presente, que todo el tejido conjuntivo de la pelvis contiene fibras musculares lisas. Si el espasmo dura largo tiempo, se produce infiltración en los tejidos que parece ser debido a la isquemia; como consecuencia el tejido uterosacro se engrosa y se endurece; éstas alteraciones crean un cuadro sintomático que es lo que se llama parametropatía espástica. Los síntomas que presentan las pacientes son dolores en el vientre, dolores en la región sacra, a veces espasmos intestinales, probablemente debido a su vecindad inmediata con el intestino, el ligamento sacro uterino izquierdo se contrae más que el derecho, por lo cual la retracción y el engrosamiento es más fácilmente perceptible a la izquierda que a derecha, como consecuencia el útero está desviado hacia atrás y a la izquierda.

Las causas de éste síndrome, pueden ser varias: inflamación crónica de la vagina, del cuello, del canal cervical y del cuerpo del útero. El engrosamiento del parametrio no es la consecuencia de invasión microbiana procedente del cuello o la vagina, no se trata de una paramatritis, sino de una parametropatía espástica. Hay otras causas que pueden provocar la parametropatía espástica; tales como los pesarios intrauterinos, las actividades sexuales anormales; coito interrumpido, el problema psicológico originado por el apego a la moral, a la religión que hace ver en las relaciones sexuales un pecado o cosa reñida con la ética y la moral, el uso de anticoncepcionales que repugnan al instinto o a la conciencia y el deseo insatisfecho de tener familia.

La repetición de los estímulos pueden hacer que la musculatura lisa del sistema ligamentoso del útero se contraiga permanentemente y provoque dolor en la región sacra; los fenómenos de contracción dolorosa, pueden ser originados por causa psíquica, el miedo, la repugnancia, la angustia, deseos sexuales insatisfechos, etc. Las contracciones de la musculatura lisa, se producen selectivamente en las prolongaciones posteriores de los parametrios, y esa es la razón de la localización del dolor en la región sacra. Estos dolores son síntomas corrientes en los estados irritativos simpaticotónicos de origen afectivo.

Esto explica que este síndrome se presenta con mayor frecuencia en épocas de ansiedad o de gran tensión nerviosa, de alegría o de gran excitación.

Este síndrome se asocia frecuentemente con estreñimiento espasmódico que se explica por su localización preferente en el lado izquierdo en donde las relaciones anatomotopográficas son más íntimas entre la ilíaca y el recto con el tejido conjuntivo del parametrio que en el lado derecho; las relaciones con el sistema vascular, linfático y con los nervios son también más íntimas en el lado izquierdo.

Los estados de retracción se ponen en evidencia no sólo por la palpación, sino también por el llamado dolor de movilización, que consiste en el dolor que se produce al empujar con el dedo el cuello uterino hacia el lado opuesto, la exploración bajo anestesia local, es muy útil pues hace desaparecer la contractura y el dolor.

El tratamiento descansa en el diagnóstico etiológico, así cuando las causas son puramente afectivas y simpaticomotoras, la explicación es amplia de la

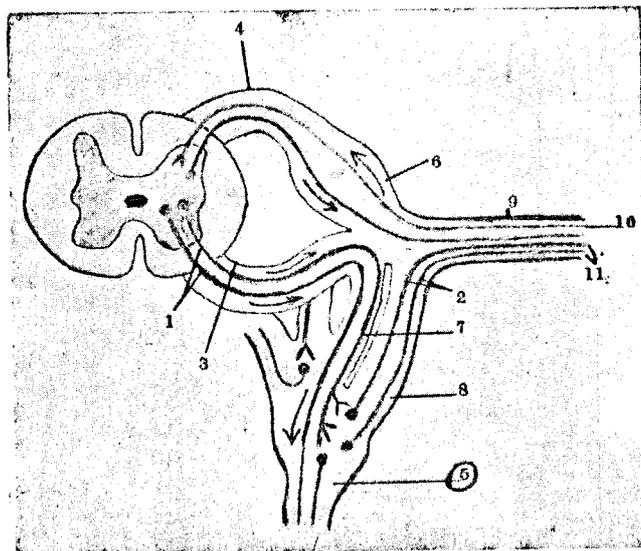
dolencia a la paciente de resultados sorprendentes, como medicamentos que puede usar, Vitamina B y complejo de vitamina B, inyecciones vaginales calientes a la aplicación de tapones de boroglicerito que actúa estimulando las secreciones.

Ahora consideraremos y estudiaremos aisladamente las partes constitutivas del Sistema simpático:

a) GANGLIOS PARAVENTEBRALES: Se encuentran a ambos lados de la columna vertebral, se comunican entre sí por haces de fibras nerviosas; la mayor parte de ellos reciben fibras procedentes del nervio raquídeo correspondiente, desde VII y VIII nervio Cervical Raquídeo, hasta el II y III nervio raquídeo lumbar. Según Pi Señor, las fibras simpáticas salen de la columna gris lateral de la médula por la raíz anterior del nervio raquídeo y de ahí se dirigen al ganglio simpático formando en ramo comunicante blanco y se comporta como puede apreciarse en la Fig. 2, que muestra esquemáticamente el origen, trayecto y comportamiento de las fibras simpáticas, que pueden terminar en el ganglio paravertebral correspondiente o seguir al siguiente paravertebral correspondiente o seguir al siguiente paravertebral o al ganglio paravertebral.

FIGURA # 2

DISPOSICION DE LAS FIBRAS NERVIOSAS EN LOS RAMOS
COMUNICANTES SEGUN "PI SUÑER"

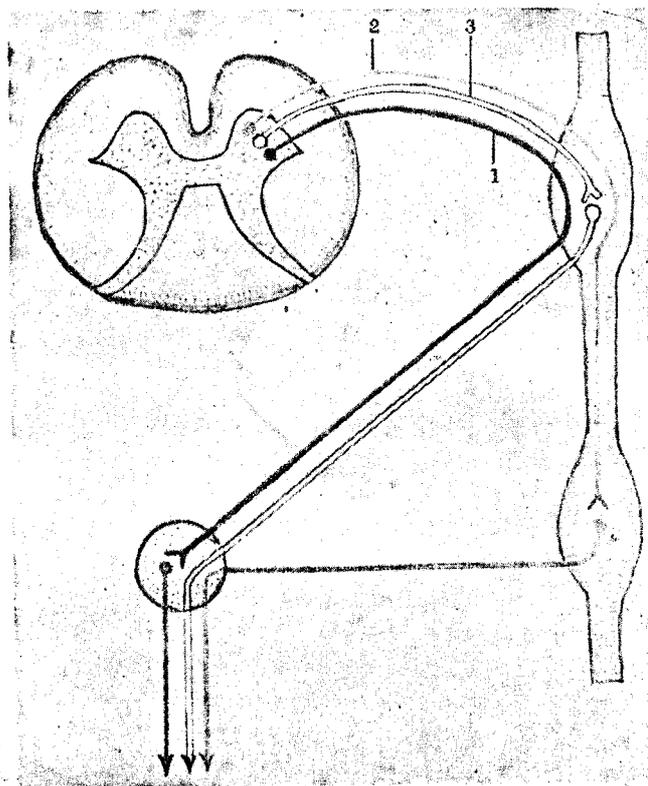


- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. Fibras Preganglionares | 7. Ramo comunicante blanco |
| 2. Fibras Postganglionares | 8. Ramo comunicante gris |
| 3. Raíz anterior | 9. Nervio Raquídeo |
| 4. Raíz posterior | 10. Fibra sensitiva |
| 5. Ganglio simpático de la
cadena Paravertebral. | 11. Fibras Simpáticas Aferentes. |
| 6. Ganglio sensitivo. | |

En la figura No. 3. se pueden apreciar las fibras que no terminan en ganglio paravertebral correspondiente, unas siguen al ganglio paravertebral siguiente que corresponde a otra metámera, o sigue hacia la periferia para establecer sinapsis en los ganglios yuxta murales o intramurales; en la Fig. 3, se puede ver la disposición de estas fibras simpáticas según Jayles, 1, es la fibra preganglionar que pasan por el ganglio Paravertebral correspondiente SIN establecer Sinapsis, la cual va a realizar con otro ganglio que corresponde a otra metámera; 3, Fibras Preganglionares que establecen sinapsis en el Ganglio Paravertebral correspondiente.

FIGURA # 3

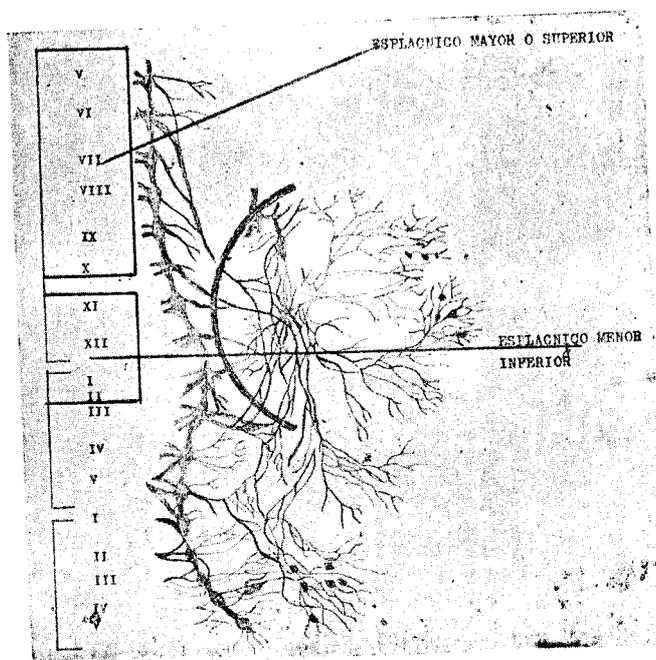
DISPOSICION DE LAS FIBRAS SIMPATICAS SEGUN "JAYLE"



- 1.- Fibras preganglionares que establecen sinapsis en los ganglios pre-vertebrales, después de atravesar la cadena paravertebral.
- 2.- Fibras Pre-ganglionares, que pasan por el ganglio paravertebral correspondiente sin establecer sinapsis, la cual efectúan en otro ganglio correspondiente a otra metámera.
- 3.- Fibras pre-ganglionares, que establecen sinapsis en ganglio de la cadena paravertebral.

FIGURA # 4

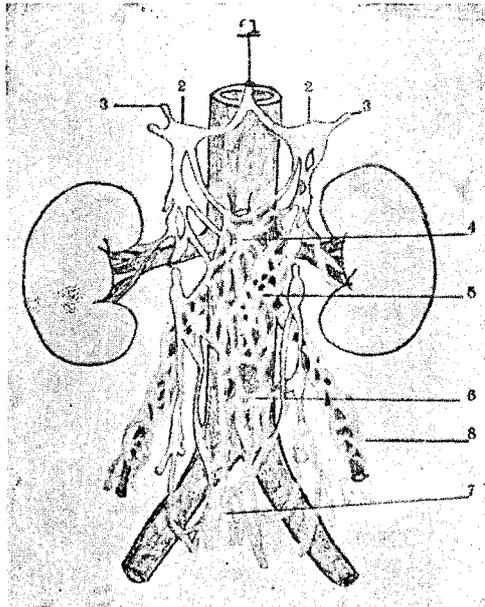
DISTRIBUCION DE LOS PLEXOS SIMPATICOS, SEGUN
"JACKSON Y MORRIS"



La gráfica muestra la formación de los nervios esplácnicos, a cuya constitución concurren las ramas XI y XII Torácico y I y II Lumbar para el Esplácnico menor o inferior y V y X Tóraxico para el Esplácnico mayor o superior.

FIGURA # 5

RELACIONES DE LOS PLEXOS SOLARES, MESENERICOS E HIPOGASTRICO ENTRE SI CON EL NEUMOGASTRICO.



- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 1.- Vago (Neumogástrico derecho) | 5.- Plexo Intermesentérico |
| 2.- Ganglios Semilunares | 6.- Ganglio Mesenterico Inferior. |
| 3.- Nervios Esplácnicos | 7.- Plexo Hipogástrico |
| 4.- Ganglio Mesentérico Superior | 8.- Plexo espermático. |

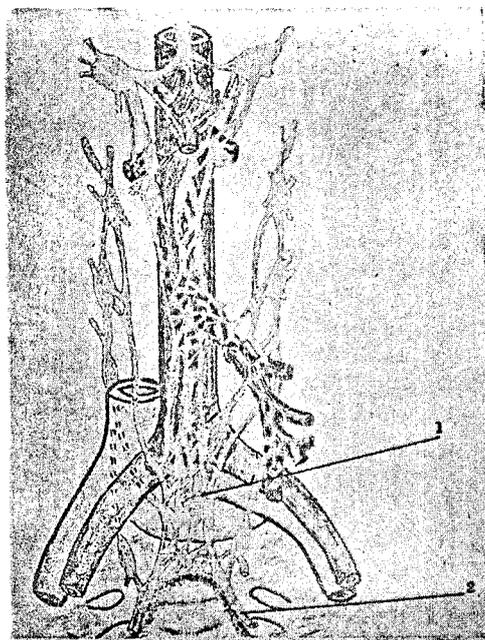
Las fibras preganglionares o de conexión del esplácnico superior o mayor, se ramifican en los ganglios semilunares y en otros ganglios del plexo cefálico o solar. en los ganglios mesentéricos superior, en el renal, espermático relación del plexo hipogástrico superior con los plexos intermesentérico, ganglio mesentérico, especialmente visible en la figura 6.

Las fibras del esplácnico superior por medio de anastomosis en el ganglio semilunar, en el plexo cefálico o solar, en el plexo renal, ganglio mesentérico inferior é incluso en el nervio presacro de Latarjet. En los ganglios se establecen sinapsis y las fibras postganglionares siguen

las arterias y terminan en los organos del aparato digestivo y anexos, hígado, páncreas, bazo, riñón, ovario, trompas y parte del útero.

FIGURA # 6

RELACION DEL PLEXO HIPOGASTRICO SUPERIOR CON LOS PLEXOS INTERMESENTERICO, GANGLIO MESENTERICO INFERIOR, NERVIOS ESPLACNICOS, GANGLIOS Y VAGO.



1.- Plexo hipogástrico Superior

2.- Nervios Hipogástricos.

c) PLEXO HIPOGASTRICO SUPERIOR: Los ganglios paravertebrales dan numerosas ramas que a nivel de la bifurcación de la arteria aorta abdominal, se entrelazan en tal forma que dan origen a una malla que es la que constituye el plexo hipogástrico superior; a veces se presenta en forma de cinta aplanada y es el que constituye el llamado nervio presacro de Latarjet, que realmente no es presacro sino que está situado por delante del cuerpo de la IV y V vértebra lumbar. Se bifurca y dá origen a los nervios hipogástricos, ver la Fig. 6,

Las fibras post-ganglionares terminan en los organos de la parte inferior del abdomen: colon descendente, sigmoide, recto, vejiga urinaria, órganos femenales exceptuando los ovarios, las trompas y una parte del útero, cuya innervación procede de la parte superior del abdomen.

Es muy importante precisar el origen y las relaciones del plexo hipogástrico superior con otras formaciones nerviosas; se forma con fibras que proceden del ganglio mesentérico, que está situado alrededor de la arteria mesentérica inferior, constituye un importante centro en donde se entrecruzan cuatro corrientes nerviosas según Jayle: a) una superior que desciende del plexo solar (o celíaco) a través de los nervios renomesentéricos e intermesentéricos (ver las Figs. 5 y 6.) b) Otra corriente posterior que procede de la cadena Laterovertebral. c) Las otras son consideradas como eferentes, una inferior constituida por las raíces superiores del plexo hipogástrico superior y una anterior que dá origen al plexo cólico inferior.

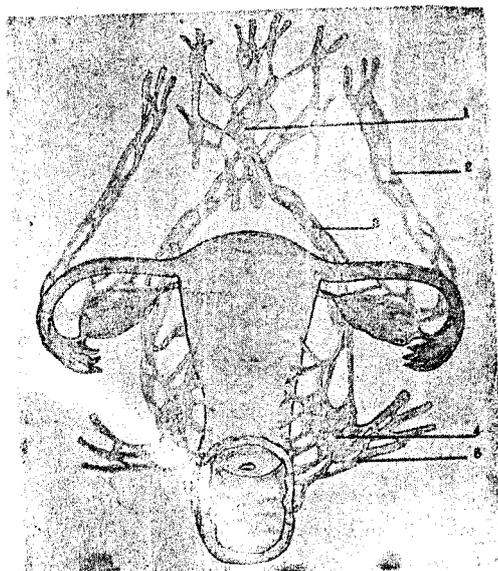
Es muy importante recordar y tener presente en las ramas aferentes los nervios intermesentéricos, los renomesentéricos y los viscerolumbares. Los intermesentéricos provienen del plexo solar y contribuyen a su formación fibras pro-

cedentes del vago. Los renomesentericos provienen de ganglios solares del grupo aórtico renal y reciben en su curso algunos filetes procedentes del grupo semilunar y del plexo mesentérico superior que se une a los mismos. Por todo esto el plexo hipogástrico superior, establece relaciones con el plexo solar, el celíaco y a través de los nervios renomesentéricos con algunos ganglios del grupo aórtico renal. También existen conexiones con importantes centros viscerales. La importancia clínica de esto es de mucha importancia, ya que explica algunos fenómenos viscerales que de otro modo podrían interpretarse erroneamente.

d) PLEXO HIPOGASTRICO INFERIOR: Constituye un importante centro nervioso que debe ser considerado, según JAYLE, como transmisor, emisor y de paso. También se le da el nombre de plexo pelviaperineal de DELMAS o de ganglio de FRANKENHAUSER, está constituido por fibras que vienen de los nervios hipogástricos y de los nervios erectores, algunos de los cuales establecen sinapsis y otros pasan directamente a los órganos viscerales. Aparece como una lámina rectangular que forma una red con diversos engrosamientos; de él se desprenden ramas vasculares que se distribuyen en las arterias hipogástricas, por las venas de la pelvis y ramas viscerales que van al recto, útero, vagina, y uréteres, ver fig. 7 y 8. En la fig. 7 se aprecia la formación y origen del plexo hipogástrico inferior: 1, se ve que al plexo hipogástrico superior le llegan fibras; 2, es el plexo espermático; 3, son los nervios hipogástricos superior; 4, el plexo hipogástrico inferior; 5, nervios erectores de ECKARDT, que envía fibras para su formación.

FIGURA # 7

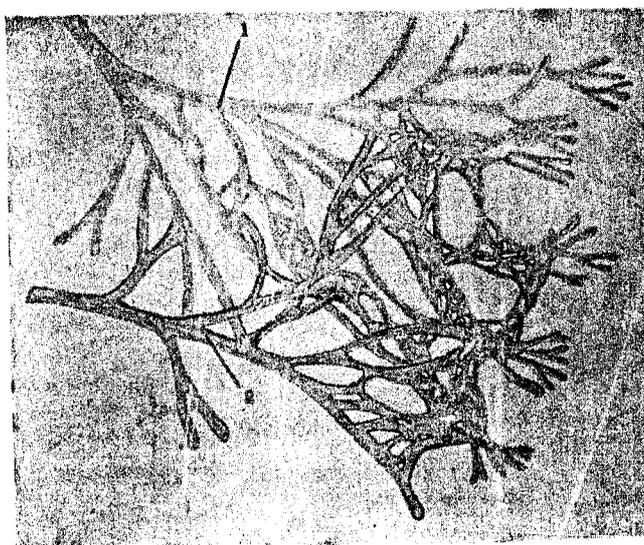
ORIGEN Y FORMACION DEL PLEXO HIPOGASTRICO
INFERIOR



A través de los nervios hipogástricos (3) llegan fibras procedentes del plexo hipogástrico superior (1). Concurren además en su formación fibras procedentes de los nervios erectores de "ECKARDT" que envía fibras para su formación.

FIGURA # 8

FORMACION Y CONSTITUCION DEL PLEXO HIPOGASTRICO
INFERIOR



En su constitución contribuyen fibras simpáticas (1), y fibras parasimpáticas (2), de este plexo salen ramas que van a inervar el útero, vagina, vejiga, ureter, recto y vasos.

Los nervios del útero salen de la parte anterosuperior del plexo y se distribuyen por el útero, cuerpo y cuello uterino.

El cuerpo uterino recibe sus ramas del nervio lateral del útero, según Latarjet, está formado por varios haces, que nacen en el borde anterior del plexo, para subir a lo largo del útero junto con la arteria uterina y de allí salen los ramos destinados a dicho órgano. Termina a nivel del ángulo uterotubárico distribuyendo filetes en dicha región, particularmente con los nervios tubo-ováricos. Constituyen un importante centro nervioso, pues en su formación concurren fibras y células simpáticas y parasimpáticas, origen de importantes reflejos algioógenos (doloroso), se hace notar que por intermedio de este plexo se establece conexión nerviosa con los órganos genitourinarios, además del sistema vascular, lo que puede explicar la influencia recíproca entre éstos órganos y los genitales (recomendamos a propósito que en la cervicitis es tan frecuente encontrar signos de disuria que esto constituye uno de los síntomas clínicos de la cervicitis).

e) SISTEMA PARASIMPATICO: Se forma con fibras nerviosas que emergen por encima y por abajo del origen de las fibras simpáticas. Las fibras del parasimpático salen del bulbo raquídeo y de la médula sacra; son fibras que llegan hasta los ganglios periféricos, donde establecen sinapsis de los cuales salen fibras postganglionares que se reparten entre las células. Estas fibras constituyen el parasimpático muy semejante al simpático pero no igual. El Parasim-

pático Sacro nace del segmento II, III y IV lumbar. Las neuronas conectoras residen en el asta lateral de la sustancia gris y la columna formada por éstas neuronas se extiende desde el II y III nervio sacro hasta la terminación de la médula.

Las fibras salen de las raíces anteriores de los nervios sacros II y III siguen la cola de caballo, contribuyen a formar el plexo pudendo y abandonan este plexo en forma de finos cordones que forman los nervios erectores de Eckardt. Ver las Fig. 7 y 8.

La sinapsis ganglionar se halla en los órganos mismos o en su proximidad por esta razón las fibras se distribuyen por el conlon descendente sigmoide, vejiga, vagina y glándulas. La excitación parasimpática sacra contrae el colon y el recto provocando la defecación, contrae también la fibra lisa de las paredes vesicales que relaja el esfínter interno produciendo la micción.

d) NEUROVEGETATIVO PERIFERICO, INERVACION DE LOS ORGANOS GENITALES INTERNOS

Desde los ganglios, el sistema neurovegetativo extiende sus fibras a todo el cuerpo, pero especialmente a las víceras, cuyas funciones involuntarias regula. La formación de grandes plexos, desde el neuroeje hasta el órgano inervado constituye la principal característica del neurovegetativo; en los plexos se encuentran ganglios. Además de los órganos a que van destinados, también alcanzan a los vasos, glándulas y los músculos de la vida de relación; por tanto no hay ningún órgano que no se encuentre bajo la influencia fisiológica del sistema neurovegetativo.

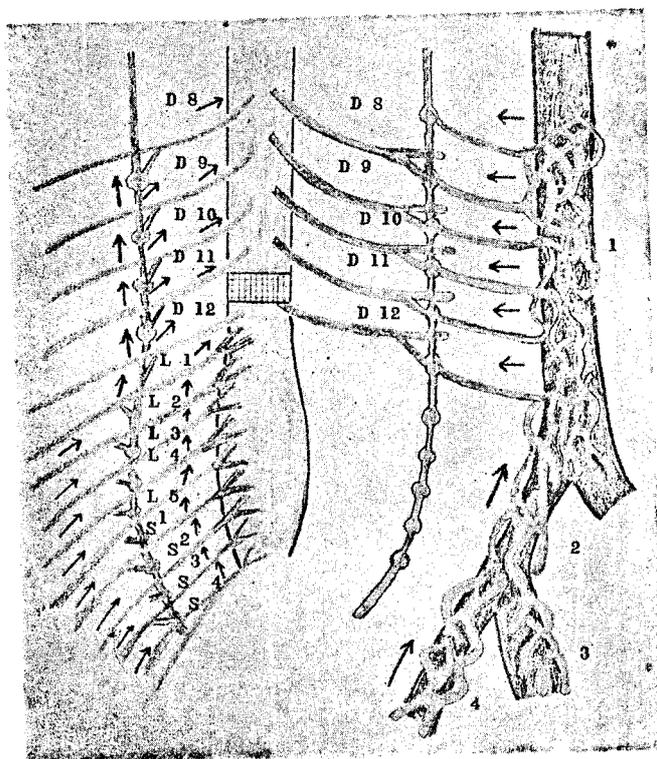
Los plexos viscerales forman un gran sistema dotado de propiedades particulares, entre las cuales hay que señalar su sensibilidad especial al estado

químico y por ende funcional de los tejidos . Este sistema se relaciona con el nervioso central, con la ayuda de fibras del centro y al vegetativo interticial periférico coordinando sus actividades .

En la INERVACION DE LOS ORGANOS GENITALES INTERNOS, intervienen las fibras procedentes de los segmentos X y XII dorsales, las raíces lumbares y la II y III sacras . Head pone los anexos en relación con los segmentos X dorsal, I Lumbar; el útero con los segmentos anteriores y además con los sacros del II al IV. Para DONNATY Y VANUNCCHI, los anexos estarían en relación con los segmentos XII dorsal y I Lumbar. Según GASKELL el cuerpo uterino estaría en conexión con los segmentos Lumbares, I, II y III, y para ABUREL, con el XII dorsal al I sacro, mientras que el cuello estaría en relación con los dos últimos segmentos lumbares y el II, III y IV Sacros, para DEHAN, el ovario estaría en relación con el X dorsal, la trompa con el XI y XII dorsales, con todas las raíces lumbares y con el II y III Sacros .

FIGURA # 9

ESQUEMA DE LA POSIBLE CONDUCCION DE LOS IMPULSOS DOLO-
RIGENOS DE ORIGEN VISCERAL POR LOS PLEXOS PERIARTERIALES
SEGUN "PI SUÑER"



- 1.- Arteria aorta
- 2.- Arteria ilíaca
- 3.- Arteria Ilíaca externa
- 4.- Arteria Ilíaca Interna

- D.- Ganglios y ramas comunicantes dorsales.
- L.- Ganglios y ramas comunicantes lumbares
- S. Ganglios y ramas comunicantes sacro. En rayado zona medular de supuesta interrupción de las vías sensitivas medulares.

FISIOLOGIA DEL SISTEMA NEUROVEGETATIVO:

El estudio de la fisiología del sistema neurovegetativo, comprende el estudio:

- 1.- Estudio de las vías sensitivas aferentes neurovegetativas.
- 2.- Los reflejos de los centros vegetativos y en los somáticos.
- 3.- Origen y transmisión de los estímulos dolorosos. Fisiopatología del dolor.

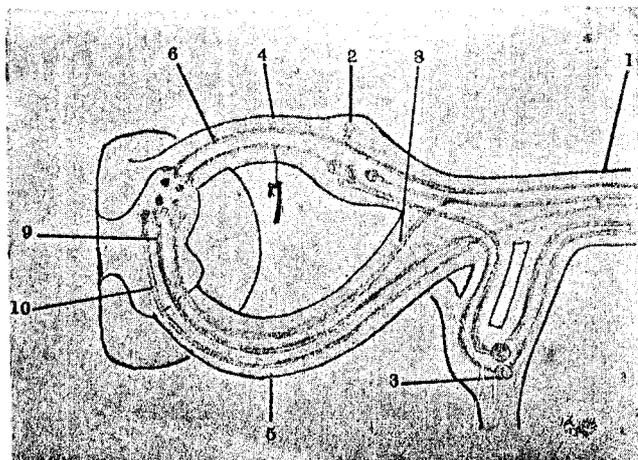
1.- Vías sensitivas aferentes neurovegetativas: Para unos las vías sensitivas que regulan la función de algunos órganos como por ejemplo el vaciamiento de la vejiga y del recto, pasan a través de los nervios Parasimpático Pelviano y los impulsos dolorígenos por las vías simpáticas, En consecuencia podría deducirse que el más importante papel en la transmisión de los impulsos dolorígenos viscerales correspondería al simpático. También la mayoría de los investigadores aceptan que gran cantidad de fibras centripetas siguen la vía parasimpática, a través de los nervios erectores. Según Adson y Leriche el Esplácnico es el nervio sensitivo intra-abdominal por excelencia y para ellos solo es un nervio ganglionar. Por el contrario otros nervios como los hipogástricos son mixtos. Según Pi-Suñer hay fibras aferentes sensitivas en todos los nervios vegetativos. En conclusión las fibras sensitivas ganglionares o las parasimpáticas. Es importante recordar el hecho de que el plexo hipogástrico, se continúa con el plexo solar, estableciéndose éstas relaciones por vía ascendente y descendente, ver las Fig. 5 y 6. También se concede gran importancia a la posibilidad de transmisión por los plexos periarteriales hasta la aorta, y desde el plexo periaórtico a la cadena simpática paravertebral y luego medular. Ver fig. No. 9 que es un esquema de la posible conducción de los impulsos dolorígenos de origen visceral

por los plexos periarteriales, según Pi Suñer.

Lehmann sostuvo la tésis que la sensibilidad dolorosa profunda puede ser transmitida por las raíces anteriores del nervio raquídeo, es decir que en las fibras correspondientes procedería de la inervación simpática y llegarían a la médula por las ramas comunicantes; esto explicaría porqué en algunos ca sos la rizotomía posterior no cura el dolor de los órganos profundos y en cambio la sección de las posibles vías sensitivas viscerales en las ramas anterio res y posteriores de los nervios raquídeos. Viendo la figura 10 se deduce que hay fibras sensitivas en las raíces anteriores: Las posteriores mas importantes como vías accesorias o complementarias.

FIGURA # 10

POSIBLES VIAS SENSITIVAS VISCERALES EN LAS RAMAS POSTERIORES Y ANTERIORES DE LOS NERVIOS RAQUIDEOS, SEGUN "FOIESTER"



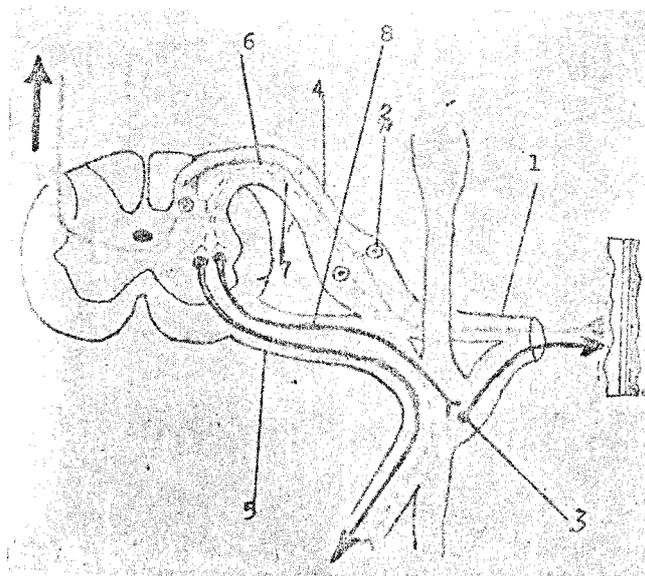
- | | |
|--|--|
| 1.- Nervio Raquídeo | 8.- Fibra Simpática sensitiva en la Raíz anterior con Soma Neuronal |
| 2.- Ganglio raquídeo | 9.- Fibra sensitiva Simpática con su Soma Neuronal en el Ganglio de la Cadena Simpática Paravertebral. |
| 3.- Ganglio simpático | 10.- Fibra Sensitiva con Soma Neuronal en la Sustancia. |
| 4.- Raíz posterior | |
| 5.- Raíz anterior | |
| 6.- Fibra simpática aferente | |
| 7.- Fibra simpática sensitiva con sinapsis en el Ganglio | |

Actualmente, aunque en forma no exclusiva, la más importante del dolor se considera como vía de los órganos al neuroeje aquella que se hace por fibras que se comportan como las del sistema somático. Las fibras llegarían directamente de las víceras sin sinapsis interpuesta, tal como neuronas sensitivas somáticas y tendrían su soma en el ganglio sensitivo raquídeo, Ver la Fig. 11.

Aquí se muestra como éstas fibras establecerían sinapsis medular en la sustancia grís de las astas laterales o de la columna de Clarke según la naturaleza de las sensaciones y los axones de éstas neuronas medulares alcanzarían después los centros superiores, Fig. 11 en la médula descenderían las vías vegetativas junto con los conductores somáticos, por los cordones posteriores, los laterales y los fascículos espinotálamicos laterales (seguir estudiando la fig. 11) éstas fibras van al tálamo óptico, al hipotálamo y al cerebelo.

FIGURA # 11

POSIBILIDAD DE TRANSMISION DE ESTIMULOS VISCERALES POR LAS VIAS CEREBRO ESPINALES PERCIBIENDOSE COMO DOLORES EN LA ZONA CUTANEA CORRESPONDIENTE



- 1.- Nervio Raquídeo
- 2.- Ganglio Raquídeo
- 3.- Ganglio Simpático
- 4.- Raíz Posterior
- 5.- Raíz Anterior
- 6.- Fibra Simpática Aferente

- 7.- Fibra Simpática con Sinapsis en el Ganglio Raquídeo
- 8.- Fibra Simpática Sensitiva en la Raíz anterior con su Soma Neural en el Ganglio Raquídeo.

REFLEJOS EN LOS CENTROS VEGETATIVOS Y LOS SOMATICOS:

Los reflejos vegetativos son los que permiten interpretar debidamente el origen y el mecanismo del dolor visceral; los reflejos vegetativos comprenden;

REFLEJOS VEGETATIVOS PROPIAMENTE DICHOS;

REFLEJOS AXONICOS

REFLEJOS GANGLIONARES

REFLEJOS NEUROAXILES

Reflejos Vegetativos propiamente dichos;

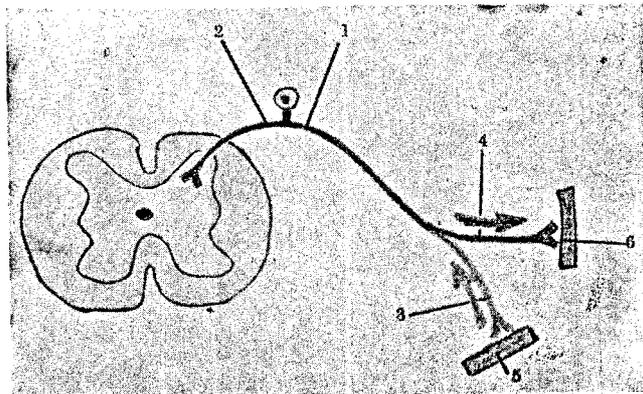
Se origina por excitaciones en los órganos viscerales los reflejos mixtos somático-vegetativo, sensitivo viscerales, Es decir, estímulos sensoriales somáticos que predominan sobre los efectos viscerales o viceversa.

Reflejos Axónicos:

Según LANGLEY es un reflejo intraneural; la corriente sube por la fibra aferente de la neurona sensitiva y al llegar a una bifurcación derivaría por ella, dando lugar a una respuesta vascular sin que intervenga centro neural de ninguna clase, ni ninguna sinapsis; como un reflejo axónico se explica la reacción que provoca la excitación del ganglio central de un nervio simpático. Ver Fig. 12 donde uno, representa el ganglio raquídeo, 2, la raíz posterior; 3, la fibra aferente; y 4, la fibra eferente vascular; 5, la fibra eferente; 6 un vaso.

FIGURA # 12

ESQUEMA DEL REFLEJO AXONICO SEGUN "PI SEÑUR"



- 1.- Ganglio Raquídeo
- 2.- Raíz posterior de un nervio Raquídeo
- 3.- Fibra aferente.
- 4.- Fibra eferente vascular
- 5.- Piel
- 6.- Vaso.

c) REFLEJOS GANGLI ONARES:

Son muy discutidos y no todos los autores los aceptan; sin embargo la presencia en los ganglios de células neuronales y de sinapsis copiosas hacen pensar que pueden actuar como centro. SCHSARTZ Y KUNTZ, concluyen en que existen fibras aferentes sensitivas correspondientes al sistema neurovegetativo con somas neuronales periféricos, que establecerían sinapsis con neuronas ganglionares en las visceras; constituyendo así reflejos que no llegarían al neuroeje. Su importancia clínica es evidente, porque demuestra que la sección de determinadas nervios o plexos no cu-

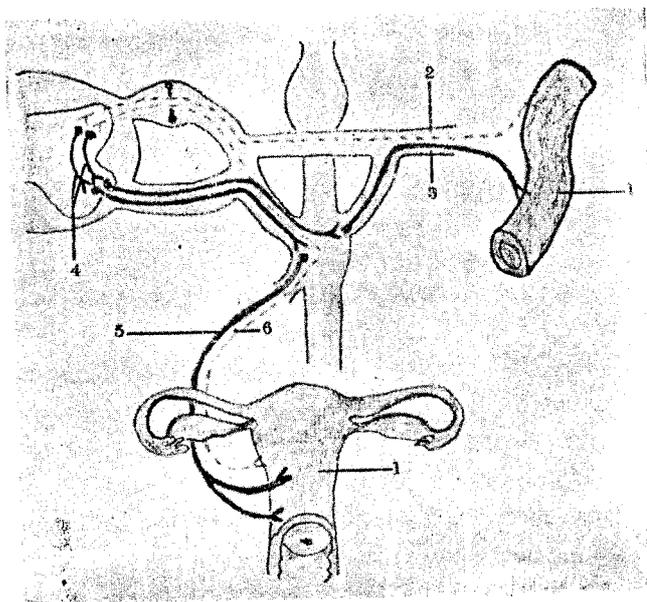
ra el dolor, pues no ha suprimido estos reflejos periféricos que no llegan al neuroeje.

d) REFLEJOS NEUROAXILES:

Los reflejos cortos en los órganos o cerca de ellos serían reflejos axónicos o bien reflejos ganglionares. Además de estos reflejos periféricos hay que contar con los que desenvuelven a distintos niveles del neuroeje; estos reflejos largos son los de menos difusión y se muestra más adecuados a una finalidad fisiológico, ver la Fig. 13 que muestra un reflejo neuroaxil, donde 1, es el aparato nervioso intramural (vaso); 2, fibra centripeta de largo reflejo vasomotor; 3, fibra centrífuga de largo reflejo vasomotor; 4, células interpolares medulares; 5, Fibras centrífugas, eferente visceromotora; 6, Fibra centripeta o aferente visceromotora.

FIGURA # 13

ESQUEMA DEL ARCO REFLEJO AUTONOMO



- 1.- Aparato Nervioso Intramuscular
- 2.- Fibra Centripetas del arco reflejo vasomotor
- 3.- Fibra centrífuga del arco reflejo vasomotor
- 4.- Células interpolares medulares
- 5.- Fibra centrífuga o eferente visceromotora.
- 6.- Fibra centripeta o aferente visceromotora.

3- ORIGEN Y TRANSMISION DE LOS ESTIMULOS DOLOROSOS. FISIOPATOLOGIA DEL DOLOR

El sistema nervioso espinal está íntimamente ligado con el sistema neurovegetativo. El dolor es producido por excitaciones repetidas que ascienden por vía centrípeta y llegan a la médula en cuyos segmentos se establece un foco de irritación el cual despierta el dolor en las dermatomas donde se distribuyen las fibras afectadas por eso se llama dolor referido, por localizarse en zonas determinadas que no son precisamente el punto de partida de la excitación que provoca el dolor. El dolor puede ser provocado por excitación directa de los nervios simpáticos que hay en la viscera, la cual puede reaccionar provocando reflejos que siente la enferma en territorios determinados, en las dermatomas o zonas de Head.

La sensibilidad de los órganos profundos es obtusa, al contrario de lo que sucede en la metámera y se conectan en la médula con sus fibras sensitivas somáticas y con las vegetativas procedentes de las vísceras es una sensación más localizada.

Los tipos de dolor son diferentes: El dolor profundo de los órganos es embotado, el dolor referido es agudo más punzante.

Las causas que provocan el dolor son varias, pueden ser mecánicas como la distensión, químicas, físicas, esquémicas.

Por los nervios hipogástricos o por los espláncnicos, pasan fibras que van:

- a) A los nervios raquídeos XII Dorsal, I y II lumbar, reflejándose en los territorios de éstos.
- b) Otras fibras atraviesan el ganglio mesentérico inferior, llegan al plexo solar

y a los esplácnicos, provocan el dolor en las regiones propias de los últimos pares dorsales.

c) Otras fibras llegan al nervio frénico, después de atravesar el plexo solar, reflejando las existaciones dorsales en el territorio de la médula cervical.

En conclusión se deduce que hay conductores que conectan las vísceras con el neuroeje y terminaciones sensitivas bien diferenciadas en las vísceras, las terminaciones y las vías tienen por función conducir los impulsos sensitivos.

CASUÍSTICA:

El material que sirvió de fundamento para el presente trabajo, fué obtenido de la papelería de pacientes de la Consulta Externa de Gi necología del Hospital General de Guatemala.

Durante el tiempo que el autor de practicante Interno de este Servicio, seleccionó todos los casos que consultaban por dolor en el bajo vientre más específicamente en los ovarios, cintura, y útero y que al exámen médico general y ginecológico se encontraba Cervicitis.

Como el número obtenido en esta forma fué de 20 casos estudia dos personalmente; se consideró oportuno analizar las papeletas de las pacientes que asistieron a ésta consulta de 1957 a 1961 inclusive. En la selección de éstas papeletas seguimos la misma norma, es decir, pacien tes que consultaban por dolor en el bajo vientre y que al exámen pélvico se encontró únicamente cervicitis.

Se obtuvieron 120 papeletas de las cuales se estudiaron 30 unica mente. Es por ello que el número total de casos analizados ascienden a 50 de los que 20 fueron estudiados personalmente y las 30 restantes son las que se analizaron su papelería exclusivamente.

A continuación se describen en forma somera los casos analizados.

CASUÍSTICA.

Caso # 1

Reg. 20509-58

Motivo de Consulta: Dolor de Ovarios, dismenorrea y flujo.
Exámen Pélvico: Utero y anexos normales, Erosión endocervical III; Dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Endocervicitis III; Neuritis Sacra.
Tratamiento: Dikenson, Orthovagil, Sulfas Orales A.S.A.

Caso # 2

Reg. 23870-58

Motivo de Consulta: Dolor Hipogástrico
Exámen Pélvico: Cuerpo Uterino y anexos normales, cuello erosión III
Dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Cervicitis erosiva III; Neuritis Sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral; Orthovagil Dikinson, A.S.A.

Caso # 3

Reg. 1633-58

Motivo de Consulta: Dolor de Ovarios, dismenorrea, infertilidad secundaria,
Exámen Pélvico: Cuerpo uterino y anexos normales, cuello erosión II. dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Cervicitis glándular quística; Neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, A.S.A. Orthovagil Dikinson.

Caso # 4

Reg. 35610-59

Motivo de Consulta: Dolor de hipogástrico.
Exámen Pélvico: Cuerpo Uterino y anexos normales cuello, erosión II
dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Cervicitis erosiva III, Neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, A.S.A.: Orthovagil Dikinson.

Caso # 5

Reg. 32537-60

Motivo de Consulta: Dolor hipogástrico, flujo Vaginal blanquesino
Exámen Pélvico: Cuerpo uterino y anexos normales, cuello, ero
sión II dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Cervicitis I, Neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, A.S.A. Orthovagil, Dickinson.

Caso # 6

Reg. 1512-56

Motivo de Consulta: Dolor en fosa ilíaca izquierda.
Exámen Pélvico: Cuerpo uterino en su perinvolución, anexos nor
males, amenorrea por lactancia. Cuello: Erosión
II dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Cervicitis Erosiva II, Neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, A.S.A. Orthovagil, Dickinson.

Caso # 7

Reg. 36130-59.

Motivo de Consulta: Dolor en fosa ilíaca izquierda, Dispareunia.
Exámen Pélvico: Cuerpo uterino y anexos normales, Cuello: erosión
II dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Cervicitis erosiva II, Neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, A.S.A. Orthovagil, Dickinson.

Caso # 8

Reg. 26007-60

Motivo de Consulta: Dolor fosa Ilíaca derecha irradiado a la pierna derecha.
Exámen Pélvico: Cuerpo Uterino y anexos normales.
Cuello: Erosión II, dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Cervicitis erosiva II, Neuritis sacara.
Tratamiento: Sulfoterapia II, A.S.A.; Orthovagil, Dickinson.

Caso # 9
Reg. 44232-59

Motivo de la Consulta: Dolor de la fosa ilíaca derecha, irradiado a la pierna derecha.
Exámen Pélvico: Cuerpo Uterino y anexos normales.
Cuello: erosión III dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Endocervicitis III, Neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, anticepcia Vaginal. A.S.A. Dickinson.

Caso # 10
Reg. 39760-59

Motivo de Consulta: Dolor de ovarios y flujo vaginal blanquesino.
Exámen Pélvico: Cuerpo Uterino y anexos normales.
Cuello: Quistes glandulares, dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Cervicitis Glandular.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, antisepcia vaginal. A.S.A. cuaterización de cada quiste.

Caso # 11
Reg. 66211-58

Motivo de Consulta: Dolor de ovarios, flujo vaginal
Exámen Pélvico: Cuerpo Uterino y anexos normales
Cuello: erosión II, dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Cervicitis erosiva II, Neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, antisepsia vaginal, A.S.A. Dickinson.

Caso # 12
Reg. 41031-59

Motivo de Consulta: Dolor de ovarios y flujo
Exámen Pélvico: Cuerpo Uterino y anexos normales,
Cuello: erosión III, dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Cervicitis erosiva III, neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia vaginal, antisepsia vaginal, Irgapirina Dickinson.

Caso # 13
Reg. 41901-59

Motivo de Consulta: Dolor de ambas fosas ilíacas.
Exámen pélvico: Cuerpo Uterino y anexos normales.
Cuello: Erosión Endocervical, Dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Endocervicitis II, Neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, antisepsia vaginal, Irgapirina, Dickinson.

Caso # 14
Reg. 10494-60

Motivo de Consulta: Dolor de ambas fosas ilíacas, flujo vaginal.
Exámen pélvico: Cuerpo uterino y anexos normales,
Cuello: Erosión I, dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Cervicitis erosiva I, neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, antisepsia vaginal A.S.A. Dickinson.

Caso # 15
Reg. 13933 - 60

Motivo de Consulta: Dolor fosa ilíaca derecha.
Exámen Pélvico: Cuerpo Uterino normal, Ovario derecho aumentado de tamaño.
Cuello: Quistes glandulares, dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Cervicitis glandular quística, neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, Orthovagil, Irgapirina, Cauterización de cada quiste.

Caso # 16
Reg. 00050-61

Motivo de Consulta: Dolor sacro Lumbar, flujo vaginal.
Exámen pélvico: Cuerpo Uterino y anexos normales.
Cuello: erosión II, dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Cervicitis erosiva II, neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, antisepsia vaginal, Irgapirina, Dickinson.

Caso # 17

Reg. 02570 - 61

Motivo de Consulta: Dolor fosa ilíaca derecha.
Exámen Pélvico: Cuerpo Uterino y anexos normales.
Cuello: Erosión II, Dolor nervios pélvicos
Diagnóstico: Cercicitis erosiva ii' Neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral. A.S.A. Orthovagil Dickinson.

Caso # 18

Reg. 20271-58

Motivo de Consulta: Dolor de Cintura: flujo vaginal.
Exámen Pélvico: Cuerpo Uterino prolapsado.
Cuello: Erosión II, dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Prolapso Uterino II, Rasgadura perineal II, Cervi-
citis erosiva IV, neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, antisepsia vaginal, Irgapirina
Dickinson.

Caso # 19

Reg. 01444-61

Motivo de Consulta: Dolor en fosa ilíaca derecha, ardor en la vulva.
Exámen Pélvico: Cuerpo uterino en retroversión reductible, anexos
normales.
Cuello: Erosión enconcervical IV, Dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Endocervicitis IV Neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, antisepsia vaginal A.S.A. Dickinson.

Caso # 20

Reg. 02153-61

Motivo de Consulta: Dolor en ambas fosas ilíacas.
Exámen Pélvico: Cuerpo uterino y anexos normales.
Cuello: Erosión II, Dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Cervicitis erosiva II, neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, oethovagil, A.S.A. Dickinson.

Caso # 21
Reg. 01099-62

Motivo de Consulta: Dolor hipogástrico y fosas ilíacas.
flujo vaginal.
Exámen Pélvico: Cuerpo Uterino y anexos normales.
Cuello: Erosión II, Dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Cervicitis Erosiva II, neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, Orthovagil, A.S.A. Dickinson.

Caso # 22
Reg. 03137-61

Motivo de Consulta: Dolor hipogástrico, flujo vaginal.
Exámen Pélvico: Cuerpo en retroflexión reductible, anexos norma-
les.
Cuello: Erosión I, dolor nervios pélvicos.
Diagnóstico: Cervicitis erosiva I, neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, antiseptia vaginal Irgapirina,
Dickinson.

Caso # 23
Reg: 29681-61

Motivo de Consulta: Dolor en fosas ilíacas y región Lumbar Flujo.
Incontinencia Urinaria de esfuerzo II.
Examen Pélvico: Cuerpo Uterino normal, anexos normales.
Cuello: Erosión II neuritis sacra. Incontinencia urinaria
de esfuerzo
Tratamiento: Sulfoterapia oral, ortovagil, A.S.A. Dickinson. Luego
ingreso para tratar continencia urinaria.

Caso # 24
Reg: 03802-61

Motivo de Consulta: Dolor en ambas fosas ilíacas, flujo vaginal.
examen Pélvico: Cuerpo Uterino en retroversión reductible anexos Normales.
Cuello: Erosión endocervical II. Dolor nervios Pélvicos.
Diagnóstico: Endocervicitis II neuritis sacra.
Tratamiento: Sulfoterapia oral, antiseptia vaginal Irgapirina, Dickinson,

Caso # 25

Reg: 00317-61

Motivo de Consulta:

Examen Pélvico:

Dolor en ambas fosas ilíacas, flujo vaginal.

Cuerpo Uterino en retroversión reductible, anexos normales.

Cuello: Erosión II dolor localizado en los troncos nerviosos pélvicos.

Diagnóstico:

Cervicitis erosiva II neuritis sacra.

Tratamiento:

Cauterización del cuello, Othovagil A.S.A.

Caso # 26

Reg: 41256-54

Motivo de Consulta:

Examen Pélvico:

Dolor fosa ilíaca derecha muy intenso.

Cuello Uterino, cuerpo anexos y genitales externos sanos, dolor localizado en las articulaciones. Sacro-ilíacas, antecedentes reumáticos desde niña.

Diagnóstico:

Reumatismo articular

Tratamiento:

Traslado a medicina general.

El caso se menciona como referencia comparativa.

Caso # 27

Reg. 20737-58

Motivo de Consulta:

Exámen Pélvico:

Dolor de ovarios.

Genitales externos e internos normales, dolor localizado troncos nerviosos pélvicos.

Diagnóstico:

Neuritis del plexo sacro; Distonia neuro vegetativa.

Tratamiento:

Diatermia B.I. Complejo, Bellergal.

Caso # 28

Reg. 05220-61

Motivo de Consulta:

Exámen Pélvico:

Ardor y dolor en la fosa ilíaca izquierda, sensación de Tumefacción en la fosa ilíaca del mismo lado.

Cuerpo Uterino y anexos normales.

Cuello: Erosión enconocervical II, dolor localizado en los troncos nerviosos pélvicos.

Tratamiento:

Antisepsia vaginal A.S.A. Dickinson.

Caso # 29

Reg: 05220-61

Motivo de Consulta:

Examen Pélvico:

Dolor en hipogastrico con irradiación hacia la cintura

Cuerpo Uterino y anexos normales.

Cuello: Erosión III, dolor localizado en los troncos nerviosos pélvicos.

Diagnóstico:

Cervicitis erosiva III neuritis sacra.

Tratamiento:

Sulfoterapia oral, antisepsia vaginal A. S. A. Dickinson

Caso # 30

Reg: 14234-60

Motivo de Consulta:

Examen Pélvico:

Dolor en el Vientre, abundante flujo vaginal.

Cuerpo Uterino y anexos normales.

Cuello: Erosión III. Dolor localizado en los troncos nerviosos pélvicos.

Diagnóstico:

Cervicitis erosiva III, Neuritis sacra, Dystonia Neuro-vegetativa.

Tratamiento:

Sulfoterapia oral, orthovagil A.S.A. Dickinson Anfotonicas.

Caso # 31

Reg: 05159-61

Motivo de Consulta:

Examen Pélvico:

Dolor en ambas fosas iliacas de gran intensidad.

Cuerpo Uterino en superinovolución por lactancia anexos normales.

Cuello: Erosión encocervical II. Dolor localizado en los troncos nerviosos pelvicos.

Diagnóstico:

Endocervicitis II. Neuritis sacra.

Tratamiento:

Sulfoterapia oral, Antisepsia vaginal, A.S.A. Dickinson

Caso #32

Reg: 13862-61

Motivo de Consulta:

Examen Pélvico:

Dolor en el Miembro irradiado a miembro inferior derecho

Cuerpo uterino y anexos normales.

Cuello: erosión II. Dolor localizado en los troncos nerviosos pélvicos.

Diagnóstico:

Cervicitis erosiva II. Neuritis sacra.

Tratamiento:

Sulfas oral antisepsis vaginal, Irgapirina, Dickinson.

Caso # 33

Reg: 06271-61

Motivo de Consulta:

Dolor intenso, espontáneo y continuo en la vagina.

Examen Pélvico:

Cuerpo uterino y anexos normales.

Cuello: Erosión endocervical II. Dolor nervios Pélvicos.

Diagnóstico:

Endocervicitis III, Neuritis Sacra.

Tratamiento:

Sulfas oral, Orthovagil. A.S.A. Dickinson.

Caso #34

Reg. 46124-59

Motivo de Consulta:

Dolor de Rabadilla en el vientre y flujo vaginal abundante

Examen Pélvico:

Cuerpo Uterino y anexos normales.

Cuello: Erosión III dolor localizado a troncos nerviosos pélvicos.

Diagnóstico:

Cervicitis erosiva III, Neuritis sacra.

Tratamiento: Sulfo oral, antisepsia, vaginal, A.S.A. Dickinson.

Caso # 35

Reg. 22910-60

Motivo de Consulta:

Dolor vientre, recto y ano continuo; flujo vaginal abundante.

Examen Pélvico:

Cuerpo uterino y anexos normales.

Cuello: Erosión III, dolor localizado a troncos nerviosos pélvicos.

Diagnóstico:

Endocervicitis III, neuritis sacra

Tratamiento:

Sulfas orales, antisepsia vaginal, Irgapirina, Dickinson.

Caso # 36

Reg. 26834-56

Motivo de Consulta:

Dolor fosas ilíacas, flujo y prurito vulvar.

Examen Pélvico:

Cuerpo Uterino prolapso; anexos normales.

Cuello: Erosión I, quiste glándulares, dolor nervios pélvicos.

Diagnóstico:

Prolapso genital II, rasgadura perineal II cervicitis erosiva glándular quística I Neuritis sacra.

Tratamiento:

Sulfas orales, antisepsia vaginal. A.S.A. cauterización quistes y erosión.

Caso # 37

Reg. 29057-55

Motivo de Consulta:

Dolor en ambas fosas ilíacas, con irradiación periumbilical

Examen Pélvico:

Cuerpo Uterino y anexos normales.

Cuello: Erosión endocervical II, dolor localizado en los troncos nerviosos pélvicos.

Diagnóstico:

Endocervicitis II, Neuritis del plexo sacro.

Tratamiento:

Sulfas orales, antisepsia vaginal, A.S.A. Dickinson

Caso # 38

Reg: 04064-67

Motivo de Consulta:

Dolor referido a fosa ilíaca izquierda.

Examen Pélvico:

Cuerpo Uterino prolapso II anexos normales, erosión II, dolor localizado en los troncos nerviosos pélvicos.

Diagnostico:

Endocervicitis II neuritis del plexo sacro. Prolapso genital II Rasgadura perineal I, II.

Caso # 39

Reg. 17303-58

Motivo de Consulta:

Dolor en ambas fosas ilíacas, flujo vaginal blanquecino

Examen Pélvico:

Cuerpo Uterino y anexos normales.

Cuello: Erosión I. dolor localizado a los troncos nerviosos pélvicos.

Diagnóstico:

Cervicitis erosiva I, neuritis sacra.

Tratamiento:

Sulfas orales; A.S.A. Orthovagil.

Caso # 40

Reg. 02955-67

Motivo de Consulta:

Dolor fosa ilíaca izquierda con irradiación Dorso Lumbar.

Examen Pélvico:

Cuerpo uterino y anexos normales.

Cuello: erosión II, dolor localizado en los troncos nerviosos pélvicos.

Diagnóstico:

Cervicitis erosiva II, Neuritis sacra.

Tratamiento:

A.S.A. Orthovagil Dickinson.

Caso # 41

Reg. 21299-61

Motivo de Consulta:

Dolor localizado en ambas fosas ilíacas.

Examen Pélvico:

Cuerpo Uterino y naexos normales.

Cuello: Erosión II; dolor localizado en los troncos nerviosos pélvicos.

Endocervicitis II, neuritis sacra.

Orthovagil; A.S .A. Dickinson

Diagnóstico:

Tratamiento:

Caso # 42

Reg. 19158-59

Motivo de Consulta:

Dolor en ambas fosas ilíacas; flujo post-abortum de 6 meses de evolución.

Examen Pélvico:

Cuerpo Uterino y Anexos normales.

Cuellos: Erosión endocervical III. Dolor localizado en los troncos nerviosos pélvicos.

Diagnóstico:

Endo-cervicitis III, Neuritis sacra.

Tratamiento:

Sulfoterapia oral; antisepsia vaginal A.S.A. Dickinson.

Caso # 44

Reg. 01264-58

Motivo de Consulta:

Flujo vaginal blanquesino, dolor en la fosa ilíaca izquierda con irradiación a muslo del mismo lado. Cuerpo uterino y anexos normales.

Cuello: Erosión II, dolor nervios pélvicos.

Cervicitis erosiva II, Neuritis sacra.

Diagnóstico:

Sulfas orales, A.S.A. Orthovagil, Dickinson.

Tratamiento:

Caso #45

Reg. 08061

Motivo de Consulta:

Dolor de ovarios, con irradiación a región sacra.

Examen Pélvico:

Cuerpo uterino y anexos normales.

Cuello: Erosión I, Dolor nervios.

Diagnóstico:

Cervicitis Erosiva I. Neuritis sacra.

Tratamiento:

Sulfas orales, A.S.A. Orthovagil, Dickinson.

Caso # 46

Reg. 00330-67

Motivo de Consulta:

Flujo vaginal abundante, dolor.

Examen Pélvico:

Cuerpo Uterino y anexos normales.

Cuello: Erosión II, dolor nervios pélvicos.

Cervicitis erosiva grado II, Neuritis sacra.

Diagnóstico:

Sulfas orales, Orthovagil, A.S.A. Dickinson.

Tratamiento:

Caso #47

Reg. 05192-60

Motivo de Consulta:

Dolor hipogástrico, flujo blanquesino, el dolor es de gran intensidad que hace llorar a la paciente.

Examen Pélvico:

Cuerpo uterino y anexos normales.

Diagnóstico:

Cuello; Erosión endocervical III. dolor nervios pélvicos.

Tratamiento:

Endocervicitis grado III. Neuritis sacra.

Sulfas orales, antisepsia vaginal, Irgapirina, Dickinson.

Cáso # 48

Reg. 02942-60

Motivo de Consulta:

Dolor de fosa ilíaca derecha, Leucorrea.

Examen pélvico:

Cuerpo uterino y anexos normales.

Diagnóstico:

Cuello: Erosión II dolor nervios pélvicos.

Tratamiento:

Cervicitis erosiva II, Neuritis sacra.

Sulfas orales, antisepsia vaginal, A.S.A. Dickinson.

Caso # 49

Reg. 27510-57

Motivo de Consulta:

Dolor fosa ilíaca izquierda, irradiando a la región subcosta.

Examen Pélvico:

Cuerpo uterino y anexos normales.

Diagnóstico:

Cuello: Erosión III, dolor troncos nerviosos pélvicos

Tratamiento:

Cervicitis erosiva III, Neuritis del plexo sacro.

Dickinson, Orthovagil, complejo B, Diatermia.

Caso # 50

Reg. 06241-56

Motivo de Consulta:

Dolor Hipogástrico de gran intensidad.

Examen Pélvico:

Cuerpo Uterino y anexos normales.

Diagnostico:

Cuello: Erosión I. Dolor en los troncos nerviosos Pélvicos.

Tratamiento:

Cervicitis erosiva I, Neuritis del Plexo sacro.

Diatermina, Orthovagil, Cauterización del Cuello.

Estos casos fueron tratados en su fase aguda, o sub-aguda con sulfonamidas por vía oral y en forma de jalea localmente hasta que pasaran éstas fases. Si acusaban dolor importante, se les recomendaban analgésicos por vía oral y luego se les practicaba Electro-goagulación y vigilaba en visitas posteriores hasta cicatrización del cuello uterino. En algunas oportunidades fué necesario volver a recauterizarlo para lograr cicatrización satisfactoria.

En todos los casos analizados en la papelería se encontró anotado que las pacientes dejaron de acusar los dolores de bajo vientre porque habían consultado. En experiencia personal puedo decir que investigué cuidadosamente este hecho y los resultados que en relación al dolor fueron efectivos. Esto me hace pensar que el tratamiento del cuello uterino curó también el problema de dolor acusado por las pacientes debido a Neuritis sacra. Esta curación se debe probablemente a la eliminación de la puerta de entrada de los gérmenes y sus toxinas a nivel del cuello uterino. Es difícil demostrar este hecho pero el estudio efectuado es bastante lógico.

CONCLUSIONES

- 1.- Se estudiaron 50 pacientes que asistieron a Consulta Externa de Ginecología del Hospita General, consultando por dolor del bajo vientre y que al examen se les encontró únicamente Cervicitis o Endo-Cervicitis de grado variable. De estas, 20 fueron vigiladas personalmente y 30 fueron extraídas de las papeletas de los años 1957 a 1961.
- 2.- Se comprobó que después del tratamiento y curación de lesión cervical, los síntomas dolorosos desaparecieron y por lo tanto, se trató de relacionar la sintomatología dolorosa con el proceso infeccioso del cuello uterino.
- 3.- La presencia de erosión en el cuello canal cervical o de quistes parece ser la puerta de entrada a los microbios o sus toxinas, que se localizan en los nervios del Plexo Sacro: Los cuales con sus conexiones con los plexos hipogástricos superior é inferior provocan el síndrome doloroso descrito y estudiado ampliamente en el presente trabajo.
- 4.- La Neuritis Sacra sería la consecuencia de la localización de los microbios o sus toxinas en los nervios sacros y por lo tanto la coincidencia de la neuritis sacra y cervicitis sería muy frecuente.
- 5.- El examen ginecológico, cuidadoso es indispensable para hacer el diagnóstico, la atención especial en la exploración de la pélvis a nivel de los agujeros I II es importante, ya que ahí se encuentra el dolor (punto de Vallai) irradiado al útero y a los ovarios.

- 6.- El tratamiento seguido por nosotros, estuvo a base de sulfonamidas por vía oral y local, analgésico y cauterización del cuello uterino.
- 7.- El síndrome doloroso es a veces tan intenso que puede provocar invalidez temporal, lo que es importante por los problemas económicos que acarrea.
- 8.- Se discute la Anatomía y Fisiología de la inervación simpática y parasimpática de los órganos genitales femeninos, con el objeto de demostrar las posibles vías seguidas por el dolor aquejado por nuestras pacientes y así relacionar la Neuritis Sacra con la lesión anatómica del cuello uterino.

BIBLIOGRAFIA

González R.J Augusto. Contribución al estudio del síndrome doloroso de la pelvis de la mujer. Guatemala. (sin notas tip) 15p.

_____. II Reporte. Contribución al estudio del síndrome doloroso de la pelvis de la mujer. Guatemala. s.p 1961. 20p.

Moragues Bernat, Jaime. Las infecciones puerperales, En su: Clínica Obstétrica. 8a. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1960. pp 274-305.

Novak, Edmund R. Georgeanna Seegar Jones y Howard W. Jones, Jr. Cervicitis y Pólipo cervical En su: Tratado de Ginecología. 7a ed. Trad, por Alberto Folch y Pi. México, Interamericana, 1966. pp. 204-218.

Parametría espástica. Revista de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (Guatemala) 4 (4):8-9, 1964.

Stajano, Carlos. La congestión pélvica. Montevideo, Universidad de la República, Facultad de Medicina, 1957. 101 p.

Testut L. y A. Latarjet. Nervios Raquídeos En su: Tratado de Anatomía Humana. 9a. ed. Barcelona, Salvat Ed. 1961. T.3, pp. 147-238.

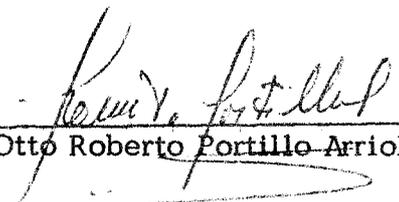
Usandizaga, Manuel, Emilio Gil Vernet y Emilio Molinero. El dolor en Ginecología Barcelona, Vergara Editorial, s.f. 198p.

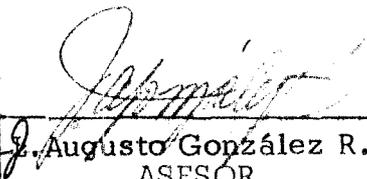


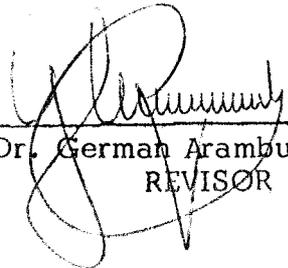
Vo.Box

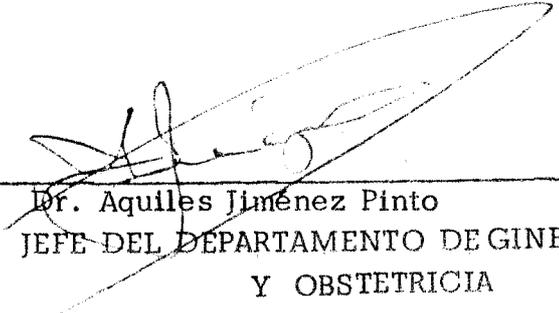
Ruth de Amaya
Bibliotecaria

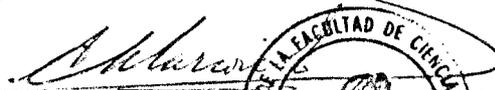
21/7/67

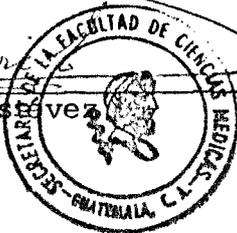

Br. Otto Roberto Portillo-Arriola

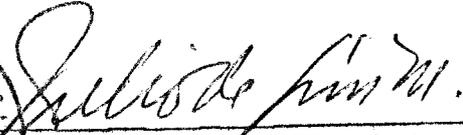

Dr. Augusto González R.
ASESOR


Dr. German Aramburú
REVISOR


Dr. Aquiles Jiménez Pinto
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA


Dr. Ernesto Alarcón Estévez
SECRETARIO




Dr. Julio De León Méndez
DECANO