



Hace 55 años

Algunos aspectos del dolor en gineco-tocológica

Conrado ZUCKERMANN

Primera parte comentarios

A pesar de los excelentes trabajos del Dr. Graham, del Dr. Velasco Polo, de la Dra. García Sancho de Penichet y del Dr. Urrutia, seguramente ustedes están un poco fatigados, la hora es algo avanzada y, además, es difícil en corto plazo hacer un comentario total de estudios de esta calidad. Por lo tanto, presentaré algo muy breve, conciso y, en lo posible, refiriéndome a aquellos hechos que consideré de mayor importancia, de trascendencia, en el ejercicio del ginecólogo. Hay otro motivo para que procure ser breve: el hecho de que hasta este momento conozco los trabajos; si me los hubieran entregado con anticipación, habría elaborado un comentario detenido, detallado, lo que no es posible al momento de oírlos e ir tomando apuntes. Creo, sin embargo, que esto es benéfico para hacer algo breve. Hay otro motivo para ser breve; hace un rato, cuando estábamos en el refrigerio, alguno de los doctores que había presentado su trabajo me dijo: “Maestro, ¿cómo viene usted del “bisturí”?; y le dije “Con poco filo”. Existe, además, otra causa para que sea conciso y bondadoso; el hecho de que los autores no van a poder contestar, por disposición reglamentaria.

Vamos a referirnos, inicialmente, al trabajo del Dr. Graham y de la Dra. García Sancho de Penichet. Es valioso, y para nosotros tiene la ventaja de que ya lo conocíamos por haber sido desarrollado en el Instituto Nacional de Cancerología. Conocíamos su estadística y los resultados halagadores que han obtenido en esta cirugía.

Creo que el problema del dolor en el cáncer ginecológico es de gran importancia; que su resolución requiere una gran prudencia, estudio y comedimiento y que, en el tratamiento del dolor de la cancerosa avanzada, la cirugía no deberá realizarse sino cuando los otros procedimientos: medicamentosos, por inyecciones, por novocainizaciones o alcoholizaciones, psicoterapia, etc., sean insuficientes. Las indicaciones para realizar procedimientos quirúrgicos deberán ser motivo de cuidadosa selección. Esto traerá como consecuencia que los resultados sean cada día mejores, aunque el número, la estadística, no aumente demasiado.

Debo señalar una pequeñísima divergencia. Decía el Dr. Graham que el dolor es síntoma constante del cáncer ginecológico avanzado; tiene razón en elevadísimo porcentaje de casos; sin embargo, ustedes saben, han visto, cánceres avanzados ginecológico-pélvicos sin dolor, con metástasis al hígado, al pulmón, con propagaciones a lugares alejados y, sin embargo, sin dolor o con poco dolor.

Señalaba este autor, con toda atingencia, los diversos tipos de dolores observados en la cancerosa, sobre todo en la cancerosa del cérvix uterino, que es a lo que se refiere principalmente el trabajo y observaciones. Marcaba el dolor localizado, el dolor difuso, el dolor raquídeo. Conveniría agregar, por su frecuencia, los dolores irradiados a los miembros inferiores; son estos dolores intensos en los miembros inferiores los que ocasionan la solicitud de un tratamiento que los mitigue; además, llegan a producir cojera de las enfermas.

Es propio señalar, por último, que en muchos casos una cirugía derivativa, urinaria, intestinal, es capaz de terminar con dolores espasmódicos de las cancerosas. Hemos tenido

varios casos de enfermas en los que gracias a derivación urinaria, a derivación intestinal, a una anastomosis, se ha logrado suprimir o disminuir los dolores de tipo cólico.

Quiero señalar otro hecho interesante que para nosotros tiene valor. La cirugía del simpático pélvico en la cancerosa fue realizada en México hace años; hace 30 años se hacía la resección del presacro en la cancerosa avanzada del cuello de la matriz; esta cirugía para dolor en cáncer pélvico-ginecológico, para nosotros y para muchas otras gentes, está casi abandonada y ya casi no se hace. Es tal el avance terapéutico logrado por otros procedimientos que, ni en unión con los vaciamentos, ni con la linfadenectomía, nos decidimos a realizar la resección del presacro como tratamiento o como colaboración del tratamiento del dolor de la cancerosa uterina avanzada. Tómese en cuenta que las algias más intensas y rebeldes de estas cancerosas se realizan a través de nervios de la vida de relación.

Doy las más expresivas gracias a la Dra. García Sancho de Penichet por haber recordado que hace 30 años en México se realizaron las primeras cordotomías laterales por el maestro Dr. Darío Fernández, por un lado, y por nosotros, por otra parte.

Quiero señalar, a propósito de la cordotomía, que es una intervención que en las manos hábiles de la Dra. de Penichet está dando buenos resultados; pero que, sin embargo, como ella ya lo dijo con toda franqueza, suele acompañarse de algunas molestias postoperatorias y que en la selección debe existir trabajo muy bien fundamentado.

Nosotros consideramos, de acuerdo con las observaciones al respecto, que existen resultados no satisfactorios en algunas diabéticas, aunque sea diabetes que se crea controlable por insulina o por otros procedimientos; en personas de mayor edad, muy grandes; en personas con alteraciones vasculares de tipo trombótico, embólicos y en aquellas con fragilidad vascular y con tendencia a hemorragia. En estas enfermas puede presentarse conmoción medular, alteración medular, en que los trastornos esfinterianos, tróficos y motores son mucho mayores y más duraderos de los que acontece en la mayoría de las observaciones.

Creo, con esto, haberme referido en forma muy sintética al problema tan importante del tratamiento del dolor de la cancerosa gineco-pélvica.

Para terminar, señalaré que en el manejo de la cancerosa gineco-pélvica con dolores intensos, la aplicación de procedimientos debe ser gradual y no debe llegarse a la cirugía sino después de una cuidadosa selección y de haber

visto si otros medios menos traumatizantes son capaces de dar calma satisfactoria durante el tiempo que calculemos va a vivir la enferma, dado que está en ella presente un cáncer ginecológico-pélvico muy avanzado.

Voy a referirme, en seguida, al trabajo, tan útil, del Dr. Velasco Polo. El estudio es particularmente interesante para los ginecólogos porque nos ha presentado el panorama impresionante de la gran cantidad de padecimientos no ginecológicos que son capaces de dar origen a sacralgia y a lumbalgia.

Aprecio que el problema del dolor sacral o lumbar, no ginecológico, nos interesa mucho a las personas que cultivamos la especialidad ginecológica y nos interesa para no tratar de atribuir a fenómenos ginecológicos lesionales o funcionales, dolores sacrales o dolores lumbares. Es posible, sin que en ello exista la menor crítica al Dr. Velasco Polo, que habría sido útil conocer una síntesis de los cuadros clínicos de estos dolores no ginecológicos lumbares y sacrales, que se presentan en la mujer para que, cuando estos dolores fueran motivo de consulta, supiéramos lo que deberíamos hacer. ¿Por qué no lo hizo? No lo hizo por el tiempo; no lo hizo porque haberlo realizado tal vez era complicado, porque el tema es muy extenso y porque como nos ha demostrado con su magnífica estadística, el número de padecimientos no ginecológicos que dan estos dolores, es muy grande.

Hace varios años publicamos (en el año 1935 salió la primera edición) un libro llamado *Patología Quirúrgica*, en el que nos ocupábamos de los padecimientos de la cabeza, cuello y raquis; cuando se publicó, algún médico me preguntaba el motivo por el cual en un texto quirúrgico aparecía desarrollado el tema "reumatismo vertebral". Le informaba que este nombre empleado por el gran clínico Gregorio Marañón, en un libro al respecto, engloba alteraciones vertebrales, infecciosas crónicas, metabólicas, tróficas, que producen modificaciones en la columna espinal y que causan dolores y otros síntomas. Es útil conocer este padecimiento, o conjunto de padecimientos, para no confundirlos con muchos otros; para identificarlo debidamente por su cuadro clínico, por la imagen radiográfica y por la evolución que sigue.

El Dr. Velasco Polo nos ha presentado, en una estadística comparable a otras nacionales y extranjeras, gran número de padecimientos de esas regiones. Tal vez hubiera sido conveniente referirse a las lumbalgias posturales, dolores de la mujer que no son precisamente ginecológicos,

pero que están ligados a las labores de nuestras mujeres, en domicilios, fábricas, etc. Igualmente señalar algo de las alteraciones de la estática en relación con la columna vertebral.

También me llamó la atención la ausencia en su casuística de la enfermedad de Kümmel-Verneuil, alteración postraumática, que, en ocasiones, puede ser motivo de dictámenes médicos legales o del trabajo.

Es muy interesante lo que nos ha dicho sobre la protusión del disco y me felicito de haberlo oído de una persona de su calidad, porque es lo que hemos considerado hace años; que la mayoría de las personas con protusión de los discos intervertebrales pueden curar o mejorar sin operación y que la intervención quirúrgica es un recurso de indicación selectiva.

Es apropiado recordar el importante capítulo de los cánceres secundarios en el raquis lumbar y de las neoplasias con localización lumbar o sacra que pueden motivar dolores, además de enfermedades sistémicas como la de Hodgkin, el mieloma maligno y el linfoblastoma que pueden presentarse en estas topografías vertebrales.

Para terminar este comentario, y en relación con la recomendación que se nos hace de llamar al médico ortopedista en caso de duda, recordaré una anécdota de un distinguido maestro de la Facultad. Examinaba al alumno y le indicaba los malos resultados de las sucesivas medicaciones que el alumno señalaba al problema que le presentaba el catedrático; después de varias negativas a sus respuestas, el alumno le manifestó que tenía para todo una indudable y segura solución; al preguntársele cuál era, le indicó que la de llamarlo a él para que con su sabiduría y experiencia resolviera el asunto.

Vamos ahora a referirnos al trabajo del Dr. Urrutia sobre dismenorrea. El estudio es muy meritorio. En forma clara, precisa, nos trae a consideración el problema de la dismenorrea, especialmente en lo que concierne a las teorías que explican las llamadas dismenorreas esenciales. Nos ha citado la obra muy valiosa de Pérez Mata sobre el tema, publicada en 1946; igualmente otros muchos libros y trabajos como el de Fluhmann que se refiere a los desórdenes menstruales en general.

El Dr. Urrutia ha hecho una síntesis de un tema intrincado, en el cual hasta el nombre ha sido discutido; algunos le llaman menalgia, otros dismenia, etc.

La dismenorrea, menstruación difícil, dolorosa, algomenorrea de algunos autores, es muy frecuente y nos parece justo recordar los conceptos antiguos, pero muy certeros, de Pozzi que afirma que muchas mujeres presentan indisposición en la época menstrual; si ello se acentúa, si la menstruación es difícil, penosa, existe dismenorrea. Quedaría así fuera del síndrome la llamada dismenorrea intermenstrual o "mittelschmerz" de algunos autores alemanes.

En síntesis, dismenorrea, a pesar de opiniones contrarias, sería el nombre para un conjunto de fenómenos dolorosos en relación con el ciclo menstrual.

A propósito de teorías sobre dismenorrea esencial, tal vez hubiera convenido señalar las relaciones del síndrome con el "stress" de Selye.

Debo señalar que cada día, con mejores exámenes clínicos, con los progresos de los exámenes endocrinos y los de laboratorio, la llamada dismenorrea primaria, primitiva, esencial, etc., tiende a desaparecer. No porque todas las dismenorreas estén ligadas a fenómenos anatómicos, a lesiones uterinas, salpingianas, oválicas, vaginales, cervicales, sino porque se busca en cada enferma la causa tóxica, infecciosa, alérgica, nerviosa, etc., y si ya se sabe la causa, la dismenorrea ya no es esencial.

Para terminar, quiero señalar que la cirugía en el tratamiento de la dismenorrea ha sido también usada en nuestro país hace muchos años. Nosotros, hace varios lustros, publicamos en la *Revista Médica del Hospital General* un estudio sobre el tratamiento de los trastornos menstruales que sirvió de base a tesis recepcionales sobre cirugía del simpático pélvico, especialmente en la dismenorrea. Confieso, sin embargo, que ante la mejoría del diagnóstico y ante los progresos de la terapéutica, la cirugía de los simpáticos, orto-simpático, parasimpático, la resección del presacro, la cirugía de los pedículos ováricos, se efectúan cada vez menos.

Actualmente, la mayoría de las dismenorreas son tratadas medicamentosamente y, además, por psicoterapia, etc.

No me refiero al extenso capítulo de la terapéutica medicamentosa y sólo recordaré que, ante el insistente pedimento de consejo de un fabricante de medicinas, le indiqué que una preparación para tratar la dismenorrea sería un producto con mucho consumo, dado el gran número de personas que creen tener dismenorrea.