



Hace 55 años

El dolor pélvico durante el embarazo

Manuel MATEOS FOURNIER¹

Primera parte

PREÁMBULO

Al haber sido invitado para participar en el desarrollo del Symposium sobre algunos aspectos del dolor en gineco-tología, sentí una inquietud especial por cuanto significan esas dos grandes partes que llenan el tema y que son la máxima preocupación de nuestra vida: el dolor y la mujer.

El dolor que tortura y hace sufrir al ser viviente y que marca la parte humillante de nuestra ciencia, cuando nos derrota y no podemos suprimirlo. Y la mujer que es el ser a quien está encomendada la perpetuación de la especie; principio y fin de la vida y quien no debería sufrir dolores, menos aún, en las excelsas funciones de la reproducción.

El dolor es el fin de todos los esfuerzos del hombre que ha luchado durante siglos para mitigarlo o para abolirlo y, en último término, para divorciarlo de la muerte, para que ésta no sea necesariamente dolorosa, como casi siempre lo es.

En la historia de cada ser está un pasado doloroso, cualquiera que sea su condición de hombre o mujer, grande, notable o vulgar; y así vemos aún en la expresión popular de una canción nuestra, que habla de una realidad, de que

se nace en el dolor y se muere sufriendo. En efecto, no podemos apartarnos del dolor en toda nuestra vida. Somos esclavos del dolor.

En los remotos tiempos de la historia, el dolor se consideró como obra del demonio que trataba de destruir torturando y entonces surgieron las magias y los hechizos para desterrarlo. El desconocimiento de sus causas, su forma variada, intempestiva y cruel, fue y ha sido tomado como castigo de Dios por los pecados cometidos, a pesar de que lo sufren muchas veces intensamente quienes no los han cometido en una vida ejemplar de santidad.

Por muchos años y en medios de incultura y fanatismo que prevalecen aún en la actualidad, aquí y en muchas partes del mundo, se considera una manifestación de la voluntad divina, contra la cual no se debe osar poner remedio. Esa demencia muchas veces colectiva que lleva en ciertos medios a soportar los sufrimientos con estoicismo extraordinario, ha llegado a ser considerada como un medio de purificación del espíritu en varias religiones, dentro de las que están las orientales, que consideran al dolor un requisito necesario para reencarnar y gozar de una siguiente vida feliz con los antepasados.

Desde otro punto de vista, el dolor ha sido considerado necesario para la conservación de la especie. Es el aviso o señal del daño contra el cual hay que defenderse, por lo que llega a ser una necesidad biológica.

Únicamente que esto es sólo una verdad parcial, pues hay muchos dolores inútiles, como los del moribundo; inútiles e injustos como los de la mujer al dar a luz, como premio a esa fuerza misteriosa y creadora, incommensurable y divina que engendra la vida. Mentira es la finalidad biológica de estos dolores que sufre la mujer,

¹ Profesor de Clínica de Obstetricia en la Facultad Nacional de Medicina. Trabajo leído en la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia el 22 de agosto de 1957. Reproducido de: Mateos-Fournier M. El dolor pélvico durante el embarazo. Ginecol Obstet Mex 1958;13:50-74.

como mentira es que sea necesario el dolor para que la mujer ame verdaderamente a sus hijos. En busca de esta relación he practicado largas encuestas con mis enfermas, comprobando su falsedad.

El dolor es para nosotros una de tantas manifestaciones de los padecimientos y, por consecuencia, en todas partes donde se encuentre, allí está la enfermedad. Si el embarazo es doloroso, también es una enfermedad, y a pesar de que los seres tengan que reproducirse con dolor no por eso debemos considerar que es un estado normal. Nacimos de la enfermedad de nuestra progenitura y nuestros hijos nacieron de la enfermedad que originó la nidación del huevo fecundado, que parasitó a la madre, originando en su crecimiento múltiples trastornos y dolores, por presiones mecánicas al ocupar espacios destinados a otros órganos, más los desequilibrios funcionales que implican los procesos de asimilación y desasimilación del feto y los fenómenos y transformaciones necesarias que sufre el organismo materno para que tenga lugar el parto.

Esa enfermedad se llama embarazo y, aunque repugna la idea a los sabios, las mujeres lo aceptan porque ellas son las que sufren y de acuerdo como se sienten, ajenas a los términos y conceptos académicos, calculan la edad de su embarazo en meses de enfermedad.

Este preámbulo, que toca linderos filosóficos, quizá sea considerado superfluo y ajeno a la esencia del tema, pero de todos modos no he resistido a la tentación de esbozar mi manera de pensar al respecto.

ANATOMÍA

Desde el punto de vista anatómico, la pelvis es la cintura ósea formada por los huesos ilíacos, el sacro y el coxis. Están unidos por articulaciones y ligamentos. El embarazo modifica ambas, cambiando la situación absoluta y relativa de la pelvis, modificándola en su forma y diámetros, alterando la actitud general del cuerpo por cambios en la columna vertebral, y modificando la marcha a causa de la movilidad especial que adquieren las articulaciones pelvianas. Todas estas variaciones son casi siempre dolorosas en mayor o en menor grado.

ARTICULACIONES

Hay cambios indudables perfectamente demostrables. Las mediciones practicadas en la misma mujer madura fuera

del embarazo y al término de éste, denotan diferencias evidentes. El ablandamiento de las articulaciones permite una ampliación de gran utilidad para el parto. Este ablandamiento se lleva a cabo bajo impulsos hormonales: la relaxina de origen ovárico. Su evaluación fue motivo para idear una reacción biológica para el diagnóstico del embarazo. Y así como en la de Aschein Zondeck, Friedman y similares se buscan transformaciones al nivel de los órganos genitales del animal testigo, en ésta, se trata de apreciar el ablandamiento inmediato que sufren las articulaciones pélvicas del animal, que, como se comprende, es de muy difícil apreciación. De ser exacta esta reacción podría tener hasta una importancia pronóstica, si se toma en cuenta que un número considerable de mujeres en quienes se juzgó al principio, y sólo desde el punto de vista mecánico, muy difícil o imposible el parto, la ampliación y movilidad conseguidas en las articulaciones al término del embarazo permitieron un parto espontáneo y feliz.

Fuera del embarazo, las articulaciones sacro-iliacas tienen un movimiento mínimo, casi nulo, como sucede en el hombre. Sin embargo, conforme avanza el embarazo, los ligamentos se hacen blandos, el cartílago se adelgaza, la vascularización local mejora y aumenta la sinovia. Esto permite, en el parto, los movimientos de nutación y contranutación que ejecuta el sacro. En ciertas anomalías pélvicas y distocias consecutivas, estos movimientos se pueden acentuar o facilitar por posiciones especiales de la parturienta, como la posición colgante de Crouzat Walcher.

Al nivel del pubis sucede un fenómeno semejante más claro y ostensible: a los rayos X es posible apreciar una separación de 2 a 3 cm.

En la articulación sacrocoxígea sucede el mismo fenómeno; el cual facilita la retropulsión del coxis (limitada por los ligamentos sacro-iliacos), en el último término del descenso de la cabeza dentro del canal del parto.

Todos estos procesos de ablandamiento son más fáciles y evidentes en la mujer joven, con tejidos menos fibrosos y más dispuestos a los cambios por los impulsos hormonales. Por eso es que la mujer vieja, en la que no son posibles estas ampliaciones, tiene partos más difíciles, por lo que se les recomienda, más que a la joven, el ejercicio y la marcha cotidiana con el objeto de influir mecánicamente en estos necesarios ablandamientos.

Pero, si por un lado encontramos beneficio en este proceso, por otro está el dolor que origina la movilidad

de las articulaciones en las diferentes actitudes, cambios de posición de la mujer o durante la marcha.

CALCIO

El organismo femenino, durante el embarazo, sufre una serie de cambios metabólicos y, en el caso particular del calcio, las variaciones en la movilización y utilización de este mineral explican, en más o en menos, los dolores pélvicos que sufre la gestante. Su organismo sufre una decalcificación con manifestaciones precoces y, a pesar de las ideas recientes que tratan de restarle importancia al calcio como agente principal en la génesis de estos dolores, los conocimientos basados en vastas experiencias han planteado, con una verdad indiscutible, que las sales minerales son indispensables para la vida y su equilibrio es necesario para el cumplimiento de múltiples funciones; fundamentalmente el sodio, el magnesio, el potasio y el calcio.

Desde el principio del embarazo, el calcio materno se moviliza para fijarse en el embrión, lo que se traduce clínicamente por una deficiencia en la madre, manifestada por la aparición precoz de caries dentales, dolores articulares y óseos. Se calcula en 8 g la cantidad de calcio fijado en el embrión al segundo mes y en 40 a 50 g al término del embarazo. Si existe deficiencia en estos aportes podrá presentarse anormalidad en el desarrollo y crecimiento del niño, atraso en su dentición, y disminución de la fortaleza de su esqueleto, con retraso en la marcha.

Los requerimientos de calcio por el producto le significan a la madre una disminución en su organismo que se calcula en 5%; descenso que se acentúa en las mujeres con embarazos de repetición.

La mujer cuenta con una reserva de calcio en su organismo, que va suministrando al feto en forma progresiva aumentando conforme la edad del embarazo es mayor. Se comprende que esta reserva no es uniforme, así como tampoco su forma de utilización, y de aquí la divergencia en las manifestaciones clínicas, sobre todo en lo que a nuestro problema se refiere, es decir a los dolores pélvicos en articulaciones y huesos. El aporte de calcio al organismo materno por alimentos adecuados y suficientes o por medicamentos, puede completar las necesidades materno-fetales sin mengua en la salud de ambos. Es indispensable una dosis diaria media de 2 g, con la cual quedan prevenidas las manifestaciones de hipocalcemia, dentro de las cuales está el síndrome doloroso pelviano.

El calcio se deposita en los huesos bajo la forma de fosfato de calcio, de tal manera que el fósforo también es necesario, e interviene en el metabolismo del calcio. El potasio existe en proporción inversa: baja, mientras que el calcio aumenta y viceversa; en la toxicosis gravídica (náuseas y vómitos) y en la eclampsia, en donde las cifras de potasio son elevadas, las de calcio se encuentran disminuidas, por lo que, de paso, mencionamos que la administración temprana del calcio disminuye la toxicosis y previene la eclampsia. Además, el calcio tiene acción sobre la motilidad uterina, lo que ha llevado a algunas casas productoras de medicamentos a utilizarlo asociado con otras sustancias de acción oxitócica en la inducción y conducción del parto.

El magnesio tiene acción antagonista a la del calcio, y de aquí su utilización en la eclampsia, tetania y otros padecimientos semejantes, por su evidente acción anti-convulsivante.

Todo lo anterior demuestra la importancia que tienen los minerales en la mujer embarazada y la necesidad de suministrarlos combinados, pues no actúan aisladamente. El calcio administrado en forma adecuada previene y alivia los dolores pélvicos de la gestante, pues las alteraciones metabólicas de este electrólito producen modificaciones al nivel de los huesos y articulaciones, más ostensibles por su manifestación dolor, en aquellos lugares como la pelvis y columna vertebral, que soportan el peso o que juegan un papel importante en ciertas funciones especiales, como la marcha o la estación de pie.

SINTOMATOLOGÍA, PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

Llama la atención la extremada frecuencia de los dolores lumbares en las mujeres y no solamente en la embarazada, sino también en la que no lo está. De tal manera que es un hecho común que las mujeres que desean expresar que tienen un padecimiento ginecológico, dicen que están enfermas de la cintura.

Es indudable que algunos padecimientos, como los prolapsos genitales, tienen una manifestación dolorosa en la porción lumbar por el peso del contenido abdominal y la tracción de los ligamentos útero-sacos; la menstruación, sobre todo en las mujeres con retroposición del útero, y todos aquellos estados congestivos pelvianos, se reflejan en forma molesta con pesadez lumbosacra o dolor de esa región; las lesiones anexiales, las compresiones por

tumores y, en última instancia, las contracciones uterinas en las amenazas de aborto, abortos y partos, se manifiestan por dolor lumbar propagado al bajo vientre y a las ingles.

Pero, aún en ausencia de todas estas circunstancias, una gran proporción de mujeres son inválidas de la cintura. ¿Por qué? La razón es única: el tacón de los zapatos. Es la esclavitud que impone la moda y que forma parte de uno de tantos artificios a los que la mujer recurre para mejorar su físico y aparecer más bella y atractiva. El zapato con tacón alto hace la pierna esbelta y bella y proporciona elegancia a la forma; a la mujer con zapatos de tacón bajo se le ven las piernas gordas y gruesas. El tacón mejora su estatura proporcionalmente a su dimensión, pero por razones de equilibrio y para no caer hacia adelante es necesario acentuar la curvatura lumbar, lo que hace que las caderas, abultadas en ellas de por sí, se hagan más prominentes. El cuerpo necesitará erguirse para mantener el centro de gravedad y entonces el pecho, natural o artificial, se levanta y proyecta triunfalmente hacia adelante; la mujer no renunciará a estas opulencias y mejoras que procuran los tacones, aunque ello le signifique dolor en la cintura, caídas, dificultades en la marcha y entorsis del cuello del pie.

A esta antigua costumbre se añadieron en otra época, modas absurdas como la del corsé que ceñía la cintura al máximo, modificando hasta la forma del tórax y comprimiendo las vísceras, dañando seriamente sus funciones y originando dolores y sufrimientos múltiples. Por fortuna, aquello desapareció en todo el universo, quizá por haber variado el sentido estético del hombre o porque la mujer, de tanto sufrir, dio el grito libertario que la emancipó de ese terrible yugo.

Si el tacón significa un motivo de dolor pelviano en la mujer no embarazada, se comprende lo que sucede en la que sí lo está. El vientre inicia su crecimiento y entonces comienza a pesar el cuerpo hacia delante; el centro de gravedad se moviliza hacia atrás y se tiene, necesariamente, que acentuar la lordosis, tanto más pronunciada, mientras más alto sea el tacón que use la mujer. La lordosis se hace bien manifiesta al cuarto y quinto mes y al sexto o séptimo mes, origina, por sí misma, dolores en la cara lateral del abdomen, en las regiones inguino-crurales y en la porción lumbosacra, territorios que corresponden principalmente a los nervios abdomino-genitales y genito-crurales.

Frecuentemente el médico no atiende detalles que a primera vista son vulgares y para los cuales no tiene tiempo

o no desea ocuparse de ellos. Me refiero a las posturas que en todos los actos de la vida diaria acentúan el ángulo lumbosacro. Nuestros consejos se orientarán para conseguir, en los movimientos y actitudes, la disminución de la lordosis. En los esquemas del Dr. Harrison está claramente ilustrada la forma correcta e incorrecta en los actos de cargar, sentarse y dormir. Son consejos para enfermos de la articulación sacrolumbar, pero, por su similitud, son aplicables muy fundadamente a la mujer embarazada.

La forma de sentarse correctamente, sobre todo cuando debe permanecer así mucho tiempo la mujer, como es en el cine, teatro, televisión, espectáculos deportivos y marchas prolongadas en automóvil, es hundiendo las asentaderas en el asiento, recargándose en el dorso, haciendo convexa hacia atrás la columna, procurando así que desaparezca la lordosis. Procurará elevar las rodillas, en un plano más elevado que la cadera; manejando, esto se consigue echando el asiento hacia adelante. Al dormir debe acostarse de lado con las piernas flexionadas, encorvada como si tratara de acercar la barba a las rodillas. Una pierna puede estar extendida y la otra flexionada y no debe dormir en cama excesivamente blanda.

No debe cargar bultos pesados, menos aún por encima de la pelvis, pues esto requiere encorvarse hacia atrás y poner en tensión los músculos sacro-lumbares, lo que lastima también la articulación lumbosacra. Si necesita recoger o levantar un objeto del suelo, debe ponerse en cuclillas evitando inclinarse hacia adelante con las piernas extendidas.

Estos consejos son más importantes cuando se trata de mujeres embarazadas que trabajan en ocupaciones industriales y a quienes no se les puede sustraer a los ejercicios, movimientos y esfuerzos que conciernen a sus empleos, por ser ellas el sostén de la familia o coadyuvar a su sostenimiento.

Según nuestra legislación, pueden trabajar hasta un mes antes del parto. Dentro de un plan higiénico y humano se les debe guardar especiales consideraciones y procurarles menores esfuerzos, impartiendo, dentro de los cuidados prenatales, los consejos necesarios acerca de las posturas y esfuerzos que les restan molestias y dolores. Hay que preservarles de la fatiga y de la estación prolongada de pie, procurándoles descansos razonables. Igualmente, las mujeres de oficina que hacen trabajo de escritorio requieren actitudes y posturas especiales que las preserven de los dolores lumbares.

El ejercicio y el movimiento, pasado el periodo de las náuseas y de los vómitos, se debe aconsejar para mejorar la circulación de los miembros inferiores, prevenir edemas y mejorar el tono muscular. Estas medidas previenen en cierta forma los dolores pelvianos y mejoran el pronóstico del parto. Lo mismo se recomienda a la mujer desocupada que lleva vida inútil y sedentaria y que ocupa largas horas sin movimiento en reuniones sociales y juegos de baraja y tejido.

En otro tipo de mujeres, acostumbradas a la vida deportiva, se les podrán permitir ciertos deportes cuidando de la fatiga, de los esfuerzos violentos, brincos, carreras, pues, además de que pueden significar motivo de amenaza de aborto, no las beneficia ni previenen las dolencias pelvianas. La marcha, la natación suave en agua templada, sin clavados, y aún el golf moderado, pueden ser de utilidad en la primera mitad del embarazo.

Todas estas consideraciones se refieren a la mujer normal. Pero cuando se trata de estados patológicos preexistentes al embarazo, como lumbagos crónicos, neuritis o escoliosis dolorosas, éstos se agravan con el embarazo, cualquiera que sea la conducta que se siga. Los cuidados apuntados aminoran el sufrimiento, pero no lo hacen desaparecer.

Las artritis reumatoides de la quinta lumbar en su articulación con el sacro se agravan especialmente por el reblandecimiento que sufren los ligamentos articulares con el embarazo y el cambio de postura de la columna vertebral y todas las alteraciones mecánicas del lugar. El dolor, entonces, no se limita a la pelvis, sino que sube a la espalda, porque la artritis también ataca las articulaciones de más arriba.

Es necesario hacer notar que no todos los dolores de este lugar se deben considerar incluidos en el síndrome doloroso articular, músculo-ligamentoso. Hay mujeres que padecen realmente de los riñones y la frecuencia del dolor articular que hace pensar en el puede hacer omitir esta posibilidad. La pielonefritis, sobre todo derecha, es frecuente y se puede calificar de lumbago. Los trastornos disúricos, la fiebre y una cuidadosa valoración de los síntomas pueden aclarar el diagnóstico.

Otras enfermas hablan de un enfriamiento después de un periodo de sudoración y de corrientes de aire frío en la génesis del dolor. La verdad es que también puede haber dolores bajos sacrolumbares por lesiones anaxiales o compresiones tumorales. La percusión o presión con el pulgar

permiten aclarar si el dolor es visceral y referido, pues en este caso, la maniobra no los modifica. En cambio, la lesión articular o la de hueso, se agrava con estas maniobras.

Las lesiones del cartílago articular de la quinta lumbar y sacra, como los cartílagos de otras articulaciones intervertebrales que son el cojín o soporte elástico de la columna y que están influidos por los cambios hormonales del embarazo, algunas excepcionales ocasiones, puede significar padecimiento doloroso agudo, cuando el núcleo pulposo del cartílago se hernia parcial o totalmente, comprimiendo el nervio raquídeo y a merced del movimiento o esfuerzo violento. Por fortuna, esto no se ve con frecuencia.

NEURITIS

De éstas, voy a referirme brevemente a la ciática que está dentro del terreno que nos ocupa. Es muy frecuente en la mujer embarazada y se ha querido explicarla por la compresión que sufren sus raíces de origen por la cabeza fetal profundamente encajada. Lógicamente esto es posible, como lo pueden ser las tumoraciones intrapelvianas, pero dado el caso de que el dolor se presenta en la embarazada desde la primera mitad del embarazo y aún con productos altos y situaciones transversales no es posible aceptar esta etiología. En verdad creo que su causa no es bien conocida y podríamos aducir, dentro de lo probable, su origen tóxico y discrásico, posiblemente reumatismal.

El tratamiento de los dolores pelvianos está en la observancia de los cuidados higiénicos enunciados, género de vida y alimentación adecuada en plan de evitar la hipocalcemia; las recomendaciones posturales, el uso del tacón y de faja adecuada para sostener sobre todo el abdomen con tendencia pendular; el ejercicio razonado, la marcha adecuada y el abrigo conveniente que preserve de los enfriamientos y en último término el tratamiento medicamentoso antiálgico y antirreumático.

El ablandamiento doloroso de las articulaciones de la pelvis, pubis y sacro-ílicas puede recibir un alivio muy evidente por medio de vendajes apretados de tela adhesiva al nivel de los trocánteres, con el cual se fijan y aproximan las superficies articulares, tal y como una entorsis de puño o cuello del pie, muy dolorosa a la marcha y con los movimientos, mejora notablemente con vendajes que fijan las articulaciones lastimadas.

El tratamiento médico es coadyuvante usándose, principalmente, además del calcio y otros minerales ya

apuntados, la vitamina B1 a una dosis media de 150 miligramos diarios por vía oral o 100 miligramos por vía parenteral. Semejantes propiedades antineurálgicas y antineuríticas se atribuyen a la vitamina B12 a dosis altas de 5000 microgramos cuyo inconveniente principal es su elevado costo.

La aspirina y derivados y el piramidón, dentro de los cuales hay una enorme cantidad de productos medicinales con asociaciones diversas, dan alivio y mejoran sintomáticamente los dolores.

El yodo y los yoduros solos o asociados con la vitamina B1 por vía intramuscular o endovenosa son medicamentos de utilidad.

No insistimos en la farmacología y farmacodinamia de los medicamentos por ser prolijo e innecesario y por considerar que el aspecto panorámico del problema es suficiente, marcando exclusivamente los puntos de interés por recordar.

Segunda parte

ALGUNOS ASPECTOS DEL DOLOR EN GINECO-TOCOLOGÍA

Alfonso Álvarez Bravo

Comentarios

Quiero agradecer a la Mesa Directiva de nuestra Asociación el haberme nombrado para abrir los comentarios relacionados con esta parte del Simposium y, al mismo tiempo, quiero felicitar a la Mesa Directiva por la organización de estos Simposia que nos han permitido oír trabajos realmente de gran utilidad y de gran valor.

En relación con los trabajos que hemos oído hoy, quiero hacer la aclaración de que no tuve la oportunidad de leerlos previamente y, si hago esta aclaración es, simplemente, para pedir una disculpa a los autores de esos trabajos porque quizá el comentario que haga sea un poco superficial y no a la altura de su gran calidad.

El primer trabajo, del profesor de Clínica Ginecológica de la Universidad de Guadalajara, Dr. Gallo, hombre ampliamente conocido por su dedicación y conocimiento de nuestra especialidad, se refiere al dolor ginecológico funcional. El Dr. Gallo, con su agudeza habitual, ha definido el dolor funcional utilizando un ejemplo que, realmente, es claramente evidente de un cuadro doloroso funcional de origen psicossomático. A partir de esa historia clínica, referida en esa forma, el Dr. Gallo con toda propiedad se

ha referido a los capítulos de incidencia, características particulares del síntoma, dolor en los casos funcionales, el diagnóstico de los mismos, la anatomía patológica de las condiciones que frecuentemente se asocian a él, la fisiopatología considerada en los tres aspectos fundamentales que lo determinan, es decir, el factor vasomotor, el hormonal y el psíquico; la psicodinamia o, dicho en otros términos, la patogenia o modo de producción de esos elementos etiológicos y, finalmente, el tratamiento de los mismos. En este preciso trabajo se ha hecho alusión particularmente al dolor de origen psíquico, es decir, se ha referido el Dr. Gallo a aquellos casos en que un mecanismo psicodinámico determina un padecimiento doloroso sin una realidad clínica que explique el dolor. Creo que, por otra parte, tenemos que hacer alusión a otro tipo de dolores que me parece a mí deben de ser considerados como propiamente funcionales, es decir, algunos dolores en los cuales si bien quizás puede haber una participación psíquica, se explican directamente por una alteración funcional en la esfera pélvica. Dentro de ellos, algunos tipos de congestión pélvica. Es verdad, como se ha explicado aquí claramente, que el fenómeno vasomotor puede tener un origen psíquico puramente; pero es también cierto que la congestión pélvica puede tener otras causas y ese trastorno funcional de la irrigación pélvica puede determinar dolor. Dentro de él está, por ejemplo, el llamado síndrome de Sedillot, al que se refería el Dr. Gallo, que no es, pura y simplemente, psíquico. Este síndrome de Sedillot, o síndrome de las mujeres fraudulentas, que frecuentemente se encuentra en las mujeres que hacen anticoncepción, es mucho más frecuente en los casos en que esa anticoncepción se hace por coito interruptus y no en los casos, por ejemplo, en que se hace por coitos condomatus, diafragmas, etc., etc. Lo cual quiere decir que no es un problema psíquico originado propiamente en la anticoncepción, sino que está originado en la repetición de coitos interrumpidos que dejan un estado de congestión pasiva prolongada y da, como consecuencia finalmente, un estado congestivo más o menos persistente que puede explicar ese dolor.

Igualmente, hay otras condiciones que si bien se pueden tomar como psíquicas y, en efecto, son psíquicas, tienen un estadio anterior que determina reflejos condicionados, es decir, que estos dolores se explican por la repetición de un acto que determina dolor y que después graba, como reflejo condicionado, una relación precisa entre ese acto y el dolor. Y aunque no vuelven

a repetirse las condiciones originales, la enferma va a sentir dolor. Ejemplo de él es, el originado en enfermas que tienen excitaciones sexuales incompletas en que se lleva a cabo, simplemente, esa parte premonitoria de estimulación amorosa sin coito, en la cual existe una congestión pélvica y hay dolor. Este hecho repetido, aunque sea a distancia y aunque no vaya a determinar, como en el ejemplo que pusimos antes, una congestión pélvica permanente, sí determina, o puede determinar, un reflejo condicionado que lo relaciona, y asocia esas actividades amorosas con la producción de dolor.

Existe otro tipo de dolor propiamente funcional en el que no hay un acuerdo exacto en cuanto a su patogenia, que es difícil de explicar, pero que se presenta, como hemos visto, constantemente. Es el dolor ovárico post-ovariectomía. El dolor ovárico post-ovariectomía se presenta con tanta más frecuencia cuanto mayor cantidad de tejido ovárico se ha reseca, e igualmente es mucho más frecuente cuando se ha hecho la ovariectomía total en uno de los lados, es decir, en la ovariectomía unilateral. La explicación que dan a este tipo de condiciones es que la disminución del tejido ovárico y, por lo tanto, la producción de brotes foliculares pequeños, determina una reducción en la producción de estrógenos en cada brote folicular, la cual, a su vez, determina un freno menor de la hipófisis. Entonces, hay una exaltación de la actividad gonada estimulante en lo que se refiere a la estimulación del folículo y, como consecuencia de ello, viene una segunda fase en la cual los folículos se desarrollan más que normalmente y determinan un aumento de la tensión dentro del parénquima ovárico reducido, con producción de dolor. La comprobación que ofrece Netter a esta explicación es que estas enfermas mejoran notablemente cuando se les administran pequeñas cantidades de esteroides que sean capaces de frenar a la hipófisis. Y así aconseja administrar, por ejemplo, una lingüeta de diez miligramos de metil-androstenediol durante los primeros 15 días del ciclo en enfermas que sufren de esta condición dolorosa post-ovariectomía.

En relación con el tratamiento quirúrgico, y no obstante que el Dr. Gallo ha hecho hincapié en ello, yo creo que vale la pena volver a insistir que el tratamiento quirúrgico no se justifica más que cuando existen otras condiciones orgánicas.

Hago este hincapié ya señalado por el Dr. Gallo, porque quizás aquí también nos están oyendo algunos médicos

generales y médicos jóvenes y es conveniente dejar establecido que el tratamiento quirúrgico debe tener una indicación claramente precisada por condiciones particulares de los órganos pélvicos.

Como ven ustedes, realmente me ha entusiasmado oír el trabajo del Dr. Gallo y lo felicito muy sinceramente por esta aportación tan interesante.

El segundo trabajo que hemos oído es del profesor de Gineco-Obstetricia de la U.N.A.M., Dr. Manuel Mateos Fournier, relacionado con un tema bastante difícil de abordar como es el del dolor pélvico no relacionado con condiciones patológicas que lo expliquen. Hablar del dolor pélvico en el embarazo con situaciones claramente precisas, como son: anexitis, torsión de un quiste, degeneración roja de un fibromioma, etc., es bien sencillo. Pero hablar del dolor pélvico en el embarazo simplemente como manifestación directa de un embarazo que consideramos normal, realmente es difícil; yo no hubiera sabido cómo abordar esta situación.

Estoy de acuerdo con el Dr. Mateos Fournier, en términos generales, con sus ideas y particularmente en lo que hace a la importancia que tienen todas esas condiciones de postura, todas esas variaciones en el desalojamiento que se hace hacia adelante del centro de gravedad, que en la mujer fuera del embarazo se encuentra en la cara anterior de la quinta lumbar y que, conforme progresa el embarazo, se desaloja hacia adelante, lo que obliga a la mujer a echar su tronco hacia atrás, con objeto de llevar ese centro de gravedad a una situación de estabilidad semejante a la que tenía originalmente. Todas esas cosas obligadas por los vicios de costumbre o por las necesidades de estética, etc., naturalmente contribuyen en forma importante a esta situación.

Algunos puntos fueron señalados como discutibles por el Dr. Fournier. Uno de ellos, que se ha discutido mucho, es si realmente el embarazo es una enfermedad o no. Si se pregunta a una mujer que ha pasado por todas estas molestias propias del embarazo, no creo que haya mucho que discutir y seguramente dirá que no lo considera como muy normal. Si se estudia esto desde el punto de vista de la esencia misma del fenómeno, entonces sí hay posibilidad de discusiones. Uno de los argumentos que quizá sea muy importante es, precisamente, el que ofrece la escuela rusa, que considera que las molestias del embarazo e inclusive los dolores del parto, son condiciones obtenidas a través del tiempo, a través del psiquismo de las

pacientes en forma anormal y otra vez precisamente por reflejos condicionados, mismos reflejos condicionados que tratando de ser eliminados han dado origen, por ejemplo, al método psicoprofiláctico del parto indoloro en donde precisamente todos esos fenómenos de tensión originados en la asociación de la contracción uterina y el dolor han sido o tratan de ser nulificados, suprimiéndolos a base de crear otros nuevos.

Un párrafo importante en el trabajo del Dr. Mateos Fournier, también muy en discusión en la actualidad, es el que se refiere al metabolismo del calcio. Algunos autores consideran que el metabolismo del calcio en la mujer no es tan intenso como parece, como lo demuestran, precisamente, los balances de este mineral que indican una necesidad aproximadamente de esta sustancia de 8 a 9 mg cada 24 horas. Estos 8 o 9 mg cada 24 horas pueden ser aportados comúnmente por tres vasos de leche o por dos tortillas, es decir, que quien toma tres vasos con leche o dos tortillas, fácilmente tiene el requerimiento que habitualmente se necesita en un embarazo. Esto ha hecho pensar a estos autores que muy probablemente la hipocalcemia durante el embarazo se presenta solamente en condiciones de pobreza muy particular o en condiciones de alimentación muy original, como sucede en algunas regiones de Oriente, particularmente en China, en donde la alimentación, fundamentalmente a base de arroz, o exclusivamente a base de arroz, determina un aporte mínimo o nulo de calcio y entonces sí pueden encontrarse estas situaciones. A propósito de este mismo punto, se discute actualmente el asunto de las caries dentarias. Se considera que la caries dentaria no es tampoco un problema de hipocalcemia, puesto que el calcio se encuentra en la parte central del diente y la dentina en la parte externa y, precisamente, la caries es una erosión de la dentina y no de la parte nuclear del diente. En segundo lugar, se ha podido reproducir la caries dentaria por un mecanismo semejante al que se dice existe en el embarazo y que consiste en un aumento de derivados fluorhídricos en la saliva.

Del trabajo del Dr. Fournier, una de las enseñanzas que debe sacarse es que existe una modificación importante, trascendental, de la estática músculo-esquelética del organismo materno. Y esa modificación, que obra sobre huesos, articulaciones y particularmente sobre músculos, explica esos dolores en la forma que acaban ustedes de oír en el trabajo de referencia. Dentro de las medidas que aconsejó el Dr. Mateos Fournier existe una que fue mencionada

brevemente y en la que yo quiero hacer hincapié: se refiere al soporte de maternidad. El soporte de maternidad es una gran ayuda y debe de aconsejarse. Es cierto que nosotros, en nuestro lenguaje habitual, le llamamos faja, igualmente que a la faja que se usa fuera del embarazo. En realidad, no es una faja, no se trata de fajar. Se trata de soportar y por eso este aparato ortopédico se aplica a la parte inferior del abdomen y se apoya en la cintura lumbar, en posición más alta, en dirección oblicua. Inclusive, existen soportes de maternidad que se auxilian de tirantes a los hombros, etc. Esto ayuda, realmente, como dice Beck: a cargar el embarazo; de tal manera que la tensión y el esfuerzo que tienen que hacer particularmente los músculos lumbares, disminuye. Esta tensión de los músculos lumbares es la que determina una fijación anormal, exagerada, de la parte posterior de los elementos pélvicos óseos y, por lo mismo, favorece la mayor separación del pubis y el relajamiento de los elementos anteriores que no tienen músculos tan poderosos. Y es esta falta de equilibrio entre los elementos de tensión posteriores y anteriores la que explica, en parte, este dolor.

Vuelvo nuevamente a suplicar a ustedes perdonen este comentario tan superficial; es lo que se me ha ocurrido que podría tener algún interés de comentarse a propósito de estos brillantes trabajos.

Algunos aspectos del dolor en Ginecoobstetricia MESA REDONDA

Carlos D. Guerrero

P. DR. GUERRERO: *¿Cuál es el mecanismo de producción de los calambres de las piernas?* (Supongo que se refiere el autor de la pregunta, a los calambres durante el embarazo; pero quedan en libertad los señores de la Mesa de explicar también los calambres fuera del embarazo).

R. DR. MATEOS F: El mecanismo de los calambres durante el embarazo no es una cosa perfectamente aclarada, ni determinada. Cuando se trata de los calambres en otras condiciones, por ejemplo, el calambre del deportista, por isquemia. El calambre de la mujer embarazada se ha pensado que sea causado por frío, aunque esto no es completamente exacto. Se habla también de causas semejantes a las que originan los dolores neuríticos, es decir, un origen tóxico, discrásico y reumatisal.

P. DR. GUERRERO: *¿Ninguna aclaración complementaria con relación a este tema?*

R. DR. GALLO: Yo pienso que en algunas ocasiones los calambres, aparte de lo ya mencionado, pueden ser debidos a hiperventilación. Los casos en que se provoque aumento del ritmo y profundidad respiratoria pueden originar los calambres por excesiva depleción de anhídrido carbónico y, obviamente, hay muchas condiciones durante el embarazo en que esto puede suceder.

P. DR. GUERRERO: *Dr. Mateos: ¿cómo manejaría Ud. los casos de mujer con muchos calambres?*

R. DR. MATEOS F: Nosotros acostumbramos, por lo que pudiera tener de verdad la influencia del frío, aconsejarles que se abriguen muy bien las piernas; recomendamos profilácticamente cierta actividad muscular, es decir, el ejercicio cotidiano que mejora la circulación en los músculos, teniendo en cuenta que la isquemia, en otro aspecto y en otras circunstancias, es factor para la producción de estas contracturas musculares. Y, desde el punto de vista medicamentoso, hablábamos nosotros de la acción anti-neurálgica y antineurítica de la vitamina B1. La instituímos como profiláctica y como curativa de esta manifestación de enfermedad.

P. DR. GUERRERO: OTRA VEZ AL DR. MATEOS: *¿es evidente la existencia de la relaxina y de qué estructura ovárica procede?* Dice ovárica, está aquí asumiendo que sea el ovario el que la produce, creo que es la primera cosa a discutir.

R. DR. MATEOS: Sí es de origen ovárico, y esto está perfectamente determinado. La relaxina es una tercera hormona, habiendo considerado primitivamente que existen dos hormonas: la foliculina y la progesterona. La relaxina es un derivado de la progesterona; es un compuesto semejante a la progesterona; su origen está perfectamente determinado: el folículo y el cuerpo amarillo del folículo.

P. DR. GUERRERO: *¿Conoce alguno de los miembros de la mesa, algunos elementos o experiencias para demostrar la existencia de la relaxina?*

R. DR. MATEOS: La única experiencia es la reacción biológica que trata precisamente de estudiar la acción de una hormona cuya naturaleza química no está perfectamente determinada, pero que tiene una acción indudable y evidente, sobre las articulaciones de la mujer embarazada. Nadie duda que

las articulaciones de la pelvis de la mujer en este estado se ablandan y, por los estudios que se han hecho en animales, principalmente en ranas, se ha tratado de demostrar este ablandamiento, dándole la valoración de un test especial.

P. DR. GUERRERO: Voy ahora a preguntarle al Dr. Graham (esto es para complementar su conferencia) *¿cuál es su conducta, cuál es el mecanismo práctico, la secuela práctica que sigue en los casos de cáncer genital que se acompañan de dolor?*

Entiendo que esta pregunta se refiere, por lo tanto, a saber qué hace primero, qué hace después, cuándo usa una cosa, cuándo usa otra.

R. DR. GRAHAM: Es menester estudiar a la enferma íntegramente para saber cómo se debe tratar el dolor que sufre; desde el interrogatorio y durante la exploración clínica, valorando la intensidad del síntoma dolor, nos daremos cuenta de cómo vamos a manejar a la paciente. En una enferma que sufre de cáncer pélvico avanzado y tiene dolores, y si estos dolores son leves, lo primero que tenemos que hacer es someterla a tratamiento con radiaciones y si ninguna de la variedad de radiaciones instituida es capaz de mejorar el síntoma dolor, entonces se someterá a tratamiento antiálgico con medicación, de la cual existen numerosos preparados, unos derivados del ácido acetil-salicílico, otros de la pirazolona; posteriormente pasaremos, si el dolor no cede, a drogas de acción más intensa, como son los productos de síntesis semejantes a la acción de los derivados de las sales de opio, hasta llegar en algunas ocasiones a la morfina, droga que usamos en muy pocos casos y por poco tiempo, ya que antes de llegar a producir hábitos de toxicomanía, procuramos siempre hacer tratamiento quirúrgico del dolor. Es en las pacientes con cáncer pélvico avanzado en que no es posible detener la marcha del padecimiento y los dolores que produce, con la medicación anotada anteriormente, en las que instituímos tratamiento según la localización del dolor, frecuentemente con alcoholizaciones, en algunas de ellas con rizotomías; pero la paliación por estos medios lo habitual es que sea efímera, de allí que pronto tengamos que decidir hacer, en la gran mayoría de ellas, cordotomía. Ese tratamiento quirúrgico que nos da una cesación de los fenómenos dolorosos casi en un 100% de los casos, se puede instituir aún en personas con un mal estado general, debido a la inocuidad de la intervención, que habitualmente se

hace bajo anestesia local. La verificamos en mujeres que pensamos van a tener una supervivencia no menor de tres meses. La desaparición del dolor es dramática, una vez hecha la cordotomía y en el postoperatorio lo habitual es que las pacientes mejoren del estado general, debido a que ya no es necesario administrar drogas, que en su mayoría son tóxicas. Además, se les hacen concomitantemente transfusiones sanguíneas y administración de antibióticos para la desinfección del proceso tumoral. Por descuido de nuestras Instituciones Hospitalarias he tenido en alguna ocasión la desgracia de presenciar en una paciente cordotomizada, la infestación por numerosas larvas de moscas de la vagina y vulva, que no obstante estar materialmente podrida en vida y con pésimo estado general, murió sin ningún dolor. La cordotomía también ocupa un lugar muy importante en algunos tratamientos de casos especiales, como lo son los de las pacientes tratadas por radiaciones en que se establecen intensos procesos de fibrosis pélvica que determinan dolores insoportables y en pacientes en que por sobredosificación de tratamientos físicos se producen lesiones destructivas que traen consigo dolores muy intensos en la pelvis, frecuentemente localizados al recto y a la vagina. Recuerdo el caso de una de estas pacientes que padeció una proctitis sumamente grave después de tratamiento con radiaciones, habiéndose producido gran escara en la pared anterior del recto y concomitantemente fístula recto-vaginal que se acompañó de dolores que no fue posible calmarlos con tratamiento medicamentoso produciéndose una curación de tipo dramático al hacerse la cordotomía; ésta fue una de las primeras pacientes sometidas a esta operación hace 4 años y actualmente se encuentra controlada de su padecimiento neoplásico cervicouterino, así como de las propagaciones tumorales a la pelvis, no existiendo en la actualidad como secuela de tratamiento más que una perforación del tabique recto-vaginal; el dolor ha desaparecido totalmente y no tiene ningún trastorno en la marcha, ni en sus esfínteres.

P. DR. GUERRERO: *¿El Dr. Mateos desea aclarar algo con respecto a lo anterior?*

R. DR. MATEOS: Yo quiero decir, sin despreciar la enorme y vasta experiencia que tiene a este respecto el Dr. Julio César Graham, que nosotros también tenemos alguna por haber tratado enfermas de este tipo en nuestra vida profesional, y quiero decir de la cordotomía que, si perso-

nalmente nosotros no hemos hecho ninguna, sí conocemos sus efectos por lo que quiero hacer una observación sumamente importante y es que no se recurre a ella en una forma precoz; generalmente viene siendo un tratamiento tardío, para abolir el dolor cuando han fallado ya toda una serie de tratamientos y dentro de los cuales están los derivados del opio, y los compuestos como el sedol, la morfina, el demerol, y entonces se quiere sedar el dolor con cordotomías, cuando ya la enferma es toxicómana, y entonces ya no sirve absolutamente de nada porque, aunque realmente suprime las vías de conducción del dolor, la enferma sigue quejándose y clamando que tiene dolor, porque es toxicómana y necesita la droga. Eso es importante, porque si la cordotomía se hace precozmente, entonces es un gran recurso desde que la enferma se considera incurable. Yo tengo también conocimiento de algunas enfermas tratadas por uno de nuestros jóvenes y más distinguidos cirujanos, el Dr. Manuel Velasco Suárez, neurólogo ya de renombre internacional, que más allá de las cordotomías hace sección de las fibras talámicas. Entonces, las enfermas, además de que se les suprime el dolor, también entran en un estado de indiferencia al medio ambiente y válgame la expresión vulgar, se mueren “bobas”, indiferentes a todo cuanto pasa a su alrededor. Este es un recurso muy importante porque éste sí, aunque la enferma sea toxicómana, si se seccionan las fibras talámicas y se deja de sufrir.

Recientemente ha perfeccionado su técnica, penetrando con pequeño cincel por la bóveda orbitaria y conduciendo bajo los rayos X un fino electrodo que llega hasta la zona deseada, soltando la corriente y originando una mínima destrucción de tejido nervioso. Estas enfermas no pierden la personalidad y sí se les suprime el dolor. Los rusos están vivamente interesados en esta técnica mexicana, porque la otra está prohibida por las leyes soviéticas que proscriben operaciones o tratamientos que modifiquen la personalidad del ruso, aunque sea canceroso avanzado e incurable.

R. DR. GALLO: Quería yo referirme a otros recursos que son los hormonales. En realidad, en los casos de fibrosis posterior a radiación y en algunos casos de cáncer avanzado, se puede recurrir a la cortisona o a la ACTH y, como es bien sabido, hay un efecto de reblandecimiento de los tejidos por la acción anti inflamatoria de esas hormonas, y entonces se puede hacer que se baje muchísimo la dosis de sustancias analgésicas o bien que desaparezca la necesidad de usarlas.

En cuanto a las neurotomías, yo no tengo experiencia directa, pero he visto hacer un tratamiento que me ha impresionado por lo sencillo. Hay un cirujano en Guadalajara, el Dr. Hernández, que ha estado haciendo la singulectomía, que es la extirpación de la circunvolución del síngulo por medio del ultrasonido. Es un procedimiento extraordinariamente sencillo. Este médico nada más hace un par de trepanaciones, pone un pequeño embudo adaptado al lugar de la trepanación, lo llena con suero fisiológico y le pone el electrodo de ultrasonido por X minutos, de cada lado, y hay resultados realmente notables. Es un método que seda completamente el dolor y trae, si no la indiferencia completa de que habla el Dr. Mateos Fournier, sí una cierta baja en la emotividad de la enferma que es extraordinariamente valiosa. Creo que es de importancia valiosa comunicar estos resultados.

R. DR. URRUTIA: El Dr. Graham se refirió, en particular, al tratamiento del dolor en el cáncer avanzado, pero dejó sin explicar datos fundamentales en el manejo clínico y terapéutico de otras enfermas cancerosas. Debo aclarar que lo que voy a decir, es nada más lo que él omitió, por darle demasiado énfasis al capítulo del cáncer avanzado, y no para corregirle, pues bien conocida es su vasta experiencia en todos estos aspectos.

En resumidas cuentas, lo que voy a decir es una adición a su comentario, con unos datos que se dejó en el tintero.

Desde luego, él insistió, y con mucha razón, en que debe examinarse bien a la enferma, explorarla cuidadosamente y ver cuáles son las circunstancias que condicionan, en cada caso particular, el dolor. Hay enfermas que llegan muy infectadas y que, simple y sencillamente, corrigiendo su infección desaparece el dolor. Otras infectadas y con retención, como en el piometra, que se ha formado por una sinequia del cuello uterino consecutiva a la radiación, y que determina la obstrucción mecánica, con retención de secreciones y exudados que se infectan y quedan retenidos dentro del cuerpo uterino, provocando dolor y fiebre. En esas circunstancias, el interrogatorio y una meticolosa exploración física general y ginecológica llevan al descubrimiento del piometra, y rompiendo esas sinequias y facilitando el drenaje de ese útero, desaparecen la infección y el dolor. Otras veces, la enferma no ha sufrido todavía ningún tratamiento, tampoco vaya a pensarse que se trata de un cáncer avanzado, pero no llega quejándose, con dolores, no hay infección, se explora bien, se ve que es

un caso adecuado para tratamiento de radiaciones y las dosis iniciales, muchas veces (y en otras, hasta completar todo el ciclo de radiaciones) hacen desaparecer el dolor. Otras veces vemos que es la fibrosis en los parametrios, especialmente, lo que está probablemente comprimiendo tanto plexos nerviosos como el uréter y los dolores tienen una irradiación franca a la fosa lumbar. Al hacer el estudio clínico de estas enfermas, complementado con urografía excretora, se encuentra retención y principio de infección del aparato urinario alto. Entonces, un desenclavamiento de uréteres o bien una cirugía derivativa de uréteres, que el propio Dr. Graham expuso en su conferencia pasada, va a suprimir el dolor. En conclusión, esta pequeña adición al comentario del Dr. Graham persigue este objetivo: que la enferma sea explorada cuidadosamente, tratando de investigar en cada caso particular qué situación y circunstancia condicionan el dolor, para hacer la terapéutica etiológica más adecuada.

P. DR. GUERRERO: He aquí cuatro preguntas que creo tienen relación una con otra, para el Dr. Mateos: 1. *¿Cuál es el mecanismo de producción de los entuertos?* 2. *¿Quejándose frecuentemente las enfermas en el 7º mes del embarazo de molestias en la zona hepática, por compresiones del producto al estar sentadas, cómo es posible disminuir esas molestias, si la enferma se inclina más aún?* 3) La escuela alemana no recomienda la faja de maternidad. *¿No creen los ponentes que la faja disminuye el trabajo de los músculos rectos durante el embarazo y los debilita durante el parto?* 4) Hay dolores en las fosas ilíacas durante el embarazo, *¿a qué se deben?*

R. DR. MATEOS: Todos estos dolores tienen que ver naturalmente con el factor mecánico. El dolor del hipocondrio derecho, el dolor de la zona hepática, que es realmente un dolor de la costilla, es otra queja constante y frecuente de las enfermas. Y, realmente, la persona que hizo esa pregunta tiene muchísima razón, porque si nosotros aconsejamos que para suprimir el dolor lumbar que la enferma se encorve, que haga convexa la columna dorso-lumbar, por otro lado con esta postura se agrava la dolencia en el hipocondrio derecho. Normalmente, la matriz está inclinada hacia la derecha, por eso es que en ese lugar se encuentra fácilmente la molestia y en las personas que permanecen mucho tiempo sentadas esta dolencia llega a ser completamente intolerable. Desde el punto de vista

del tratamiento, nosotros aconsejamos a esas enfermas, no precisamente que se sienten en una actitud erguida e inconveniente desde el punto de vista del dolor sacrolumbar, sino que la enferma se ponga de pie. Cuando esa molestia es muy acentuada, le aconsejamos esto porque en esa forma alejamos el fondo uterino del reborde costal derecho y, por consecuencia, disminuye la presión, a causa del dolor. Si se tratara, por ejemplo, de una mujer que está en su casa y que la postura de convexidad le quita el dolor lumbar pero, en cambio, le origina otro, entonces aconsejamos que la enferma se acueste en una cama dura y del lado izquierdo. En esta forma, también, alejamos el fondo uterino del reborde costal derecho y del hígado, disminuyendo la presión en este lugar y por consecuencia el dolor. Será necesario, pues, compaginar qué es más importante en esa mujer, qué le duele más. Si es más inválida de la cintura, si le duele más ese lugar, o si le duele más el otro. Entonces, tenemos que ir compaginando una cosa con otra y muchas veces no podemos quitar las dos molestias, sino mitigar una en perjuicio de la otra.

En lo que concierne al dolor de las fosas ilíacas, la causa es perfectamente clara y evidente: desde los primeros meses del embarazo está creciendo un cuerpo extraño dentro de la pelvis, que es el útero. Va haciendo compresiones aquí y allá, sobre los órganos contenidos en la pelvis y los nervios que pasan por ese lugar. Se entiende que esta presión mecánica puede producir molestias y aún dolor; cuanto más avanza el embarazo, más peso habrá sobre ese lugar. La mujer descansa algo y sólo un tiempo determinado y, al final del embarazo, cuando el segmento inferior se ha formado, por las contracciones indoloras y fisiológicas del embarazo, la presentación penetra en la pelvis, volviendo a acentuarse la presión, produciendo por consecuencia dolor. A propósito de lo que decía el Dr. Álvarez Bravo, la faja que sostiene el vientre disminuye el peso por medio del apoyo al nivel de la porción lumbar, dorsal y aún hasta los hombros, descargando la presión y disminuyendo el dolor.

En lo que concierne a la necesidad de procurar tonicidad de los músculos abdominales para mejorar el pronóstico del parto, ese es un cuento y consideramos que no es verdad. En primer lugar, la tendencia moderna en la atención del parto, cuando menos en nuestro medio y más aún en lo que concierne a la forma particular, personal de trabajar nuestra, no hacemos que la enferma utilice los músculos rectos del abdomen para dar a luz. Esas enfermas que

deberían tener músculos muy vigorosos para pujar 2 ó 3 horas para que la presentación baje a base del esfuerzo abdominal, ya se nos olvidó a nosotros el requisito y creo que existe una tendencia universal para modificar esta forma de atender a las mujeres en el parto. Ahora bien, en la forma antigua, o sea la expectante y muy clásica, las enfermas necesitan pujar varias horas y entonces sí puede ser que la tonicidad de los músculos abdominales sea una absoluta y gran necesidad. Por lo demás, no está menguada por el uso de la faja; muy por el contrario, el apoyo y el sostén no disminuye la tonicidad de los músculos. De tal manera que esa observación y pregunta a mí me parece equivocada. Ahora, en lo que concierne a los entuertos, las primerizas tienen menos entuertos que las múltiparas. ¿Por qué razón será? Por una razón fundamental, porque el tejido de la mujer múltipara está más relajado, que el de la mujer primipara. Entonces hay una retracción menos acentuada del útero en la mujer múltipara, en relación con el de la mujer primeriza. El útero necesita irse reduciendo, es un fenómeno mediante el cual el órgano va involucionando. Además, la retracción es un medio de defensa del órgano para expulsar su contenido. Cuando se trata de un órgano que está relajado, que ha perdido su elasticidad, entonces se llena frecuentemente de loquios, sobre todo si hay un vicio en su posición, como frecuentemente sucede en las mujeres múltiparas con retroversión o con anteversiones muy acentuadas. Hay retención de loquios y el útero trata de expulsar y de liberarse de su contenido mediante contracciones que, según su intensidad, así será el dolor. Entonces, la profilaxis estriba, no en dar medicación anti-espas-módica como generalmente se utiliza, ni en medicación analgésica, sino procurar muy precozmente y desde el momento en que la mujer da a luz, que haya una contracción sostenida y permanente del útero, para que el órgano retraído no albergue cuerpos extraños, como sangre, moco, serosidad. La ausencia de retracción origina contracciones depletivas, verdaderamente patológicas y muy dolorosas. Recomendamos pastillas de Ergotrate de Lilly, que se administran inmediata y precozmente en toda mujer en estado puerperal, en una proporción de tres al día, durante 3 o 4 días.

P. DR. GUERRERO: Aquí hay una pregunta para el Dr. Urrutia: *¿pueden los choques emotivos durante el principio del ciclo causar dismenorrea en el siguiente ciclo y repercutir en uno solo y no en muchos?*

R. DR. URRUTIA: Yo creo que los choques emotivos pueden repercutir y ser causa de dismenorrea en una persona que tiene un desorden de la personalidad. Pero en una persona normal y emocionalmente equilibrada, ese choque emotivo no forzosamente condiciona el que la menstruación siguiente vaya a ser una dismenorrea; pero personas pre-dispuestas, sí pueden hacerla.

P. DR. GUERRERO: La siguiente pregunta dice: *¿cuál es la vía del dolor durante la contracción uterina y cuáles las vías ontogénicas del dolor?* Reflejos condicionados, como causa de dolor. Disociación de la sensibilidad. Estas preguntas me parecen poco precisas.

R. DR. URRUTIA: La vía del dolor durante la contracción uterina es la siguiente: las fibras simpáticas del útero parten en dirección del ganglio de Lee-Frankenhauser, de donde se dirigen hacia arriba por los nervios hipogástricos al plexo pre-sacro, de donde salen cordones a las ramas del simpático lumbar, para penetrar más arriba a la médula, haciendo sinapsis a nivel de su porción dorsal inferior (11° y 12° segmentos dorsales), por medio de rami-comunicantes anteriores, alcanzan sus neuronas en un ganglio raquídeo y penetran por las raíces posteriores de la médula, llegando a la porción intermedio-lateral de la sustancia gris (cordón antero-lateral) donde irradia su influjo nervioso a neuronas propias de la sensibilidad dolorosa consciente, vecinas a ellas en esa metámera medular, y obedeciendo a la ley de especificidad de las sensaciones, la neurona sensitiva así excitada responderá por dolor. Pero ese dolor irá a proyectarse en la zona de distribución periférica correspondiente a los cilindro-ejes de las neuronas excitadas, obedeciendo a la ley de exteriorización de las sensaciones, o sea a las zonas de Head correspondientes, y en el caso particular del útero, van a tener su máxima localización en el hemiventre inferior. En resumidas cuentas, el dolor uterino es un dolor visceral reflejo.

Con lo anterior queda en parte contestada la pregunta que se refiere a las vías ontogénicas del dolor uterino.

Por lo que respecta a los reflejos condicionados como causa del dolor, debo empezar por recordar los términos en que se produce el fenómeno que tan bien estudiara Pavlov, y que desde entonces lleva su nombre unido al de reflejos condicionados: "reflejo que se produce y desarrolla gradualmente por la asociación regular de una función fisiológica con un suceso exterior, sin relación

alguna con ésta, una luz, un ruido por ejemplo; al cabo de un tiempo, la función fisiológica se inicia cuando se produce el suceso exterior". Aunque parece obvio suponer que ciertos reflejos condicionados puedan ser causa de dolor, de momento no recuerdo ejemplo alguno, pero similarmente sí puedo referir, que un fenómeno telúrico que sobrecoge a una mujer menstruando, al repetirse, en ciertas mujeres, por cierto muy susceptibles, puede motivar sangrado menstrual adelantado.

Yo creo que no hay lugar a ver en el dolor ginecológico la llamada disociación de la sensibilidad, tal y como es clásico en clínica neurológica, o sea "pérdida de la sensibilidad al dolor y a la temperatura, con conservación de la sensibilidad táctil y muscular", como se ve en la siringomielia.

R. DR. GUERRERO: Yo creo que no requiere aclaración especial la pregunta de reflejos condicionados como causa de dolor. Es obvio, ya dijo el Dr. Gallo, que cualquier persona que pueda tener el recuerdo del dolor siente dolor, como dijo a propósito de los amputados, de manera que no tienen ninguna aclaración especial.

NOTAS DE PRENSA

Contribución al estudio del dolor en la práctica ginecológica. Schockaer JA, Renaer M. *Year Book of Obst. & Gynec.* Greenhill JP. The Year Book Publisher, Chicago, 267;1955-56.

Los autores señalan la importancia que tiene el hacer un diagnóstico diferencial en los diferentes padecimientos ginecológicos capaces de producir dolor, ya que la cirugía no siempre resulta eficaz en su alivio.

Las meticolosas observaciones clínicas en casos con dolor de origen ginecológico, la mayoría confirmada durante el acto quirúrgico, representan la base con la que los autores definen las características del dolor ginecológico.

Consideran cuatro clases de dolor: 1. Dolor de origen ginecológico, el cual se localiza usualmente en las zonas ventral y dorsal alrededor de 8 a 10 centímetros de profundidad. La zona dorsal cruza la mitad superior del sacro y el borde inferior de la ventral se encuentra a nivel de los arcos crurales y el borde superior del pubis. El dolor puede aparecer en ambas zonas o estar localizado en una sola; si es localizado, generalmente es de origen uterino

o parametrial; sin embargo, a menudo proviene de las trompas u ovarios. También puede estar localizado en el periné o la vagina sin señales de prolapso pudiendo ser ocasionado por trastornos circulatorios paravaginales o vaginitis. 2. Dolor referido en padecimientos ginecológicos. Este tipo de dolor se localiza, principalmente, en la cara anterior de los muslos pudiendo estar limitado al tercio superior de los mismos o llegar hasta la rodilla; parece ser primordialmente de origen uterino. 3. Dolor ginecológico de intensidad variable durante el ciclo menstrual. Este tipo de dolor es común, pero ocurren variaciones similares en algunos padecimientos artríticos y ortopédicos. La dismenorrea puede agregarse a este último tipo de padecimiento y a otros de origen ginecológico. 4. Dolor parietal, que depende casi invariablemente de condiciones locales de la pared abdominal; a no ser que un padecimiento ginecológico envuelva la pared abdominal directamente, generalmente no va acompañado de hiperestesia parietal.

El reposo casi siempre alivia todo tipo de dolor; pero mientras el reposo en decúbito dorsal generalmente alivia el dolor de origen ginecológico, el dolor de origen ortopédico o artrítico suele requerir una posición especial para ser mitigado. El movimiento tiene poco efecto sobre el dolor y los padecimientos ginecológicos crónicos. Una gran cantidad de síndromes ginecológicos dolorosos empiezan durante el embarazo o después de un parto o aborto y muchos son debidos a malposiciones uterinas y congestión pélvica. Los autores afirman que podrían evitarse muchas operaciones ginecológicas inútiles con un estudio cuidadoso de dichos síndromes dolorosos. *JAVIER MARTÍNEZ PACHECO.*

Dolor pélvico basado en trastornos vasculares y del sistema nervioso autónomo. Taylor, H. C, Jr. *Am J Obst & Gynec* 1954;67:1177-1196.

El autor hace una nueva comunicación de 100 casos y la compara con la primera que hizo en 1949 de 105 casos de lo que propone sea llamado “síndrome de congestión-fibrosis”, y que los autores franceses denominan “congestión pélvica”.

Entre los síntomas principales de este trastorno se encuentra, en primer lugar, el dolor abdominal en el bajo vientre, generalmente suprapúbico con tendencia a ser más notable en la fosa ilíaca derecha; de diferentes gra-

dos de intensidad; incrementado por el ejercicio, la fatiga mental y física y las relaciones sexuales. La dismenorrea secundaria fue un síntoma que ocurrió con frecuencia. El dolor sacrolumbar, más notable premenstrualmente y que aumentaba con el ejercicio, asociado al dolor descrito y raramente existente como síntoma principal, se presentó con bastante frecuencia. La leucorrea proveniente de hipersecreción cervical fue notada por las pacientes casi de manera constante.

Disuria, ciclomastalgia, tensión premenstrual, cambios en la cantidad y duración del sangrado menstrual fueron otros tantos síntomas menos notables y frecuentes en su aparición.

En un lote considerable de pacientes se presentaron infertilidad y abortos generalmente provocados.

Los trastornos psicossomáticos en la forma de tensión nerviosa, fatiga crónica, inestabilidad emocional, inmadurez psíquica, frigidez, trastornos gastrointestinales fueron de hallazgo frecuente.

Frecuentemente se halló historia de operaciones abdominales, primordialmente ovariectomías y apendicectomías, para erradicar el dolor.

Los hallazgos físicos fueron escasos en relación con la intensidad de los síntomas subjetivos. La hipersecreción cervical fue un hallazgo casi constante, en menos de la cuarta parte de los casos asociada a cervicitis crónica. El adolorimiento parametrial, principalmente a nivel de los ligamentos uterosacros, fue el más constante de los signos físicos, siendo, sin embargo, el más difícil de recoger y valorar. Se encontró hipertrofia uterina en la tercera parte de los casos. Las malposiciones uterinas, los crecimientos ováricos y la insuficiencia perineal fueron hallazgos menos constantes.

En vista de que la explicación más lógica de los signos y síntomas encontrados parece descansar en un trastorno de la fisiología vascular, el autor considera el término de “congestión pélvica” como el más propio. La base fisiopatológica de dichos trastornos vasculares parece ser de origen psicossomático, pero otros factores, tales como el hormonal, el anatómico o el postural, pueden también ser agravantes o determinantes de la congestión pélvica.

El tratamiento debe ser conservador tendiente a corregir: 1. La inestabilidad emocional de la paciente, y 2. Los trastornos anatómicos cervical, uterino, tubo-ovárico y perineal en los casos que lo ameriten.

La cirugía más radical (histerectomía) sólo puede justificarse en algunas pacientes de más de 35 años de edad con síntomas de larga duración, o cuando haya trastornos de sangrado o lesión pélvica que la justifique. *JAVIER MARTÍNEZ PACHECO.*

FRANCISCO GÓMEZ MONT. *Dismenorrea esencial.* La Prensa Médica Mexicana. Año XXII, N° 1, enero de 1957.

El autor analiza el aspecto clínico, el mecanismo fisiopatológico, el diagnóstico y el tratamiento de la dismenorrea esencial. Acepta el término de dismenorrea como sinónimo de dolor bajo abdominal en relación con la menstruación. Enumera las múltiples causas del dolor en ginecología y relaciona como determinante de estos fenómenos en una gran mayoría de casos, a la ovulación; asimismo, considera inconsistente semejante aseveración y acepta que el mecanismo fisiopatológico del dolor en algunos casos de dismenorrea esencial constituye una verdadera incógnita.

Propone dos tipos de tratamiento: el antihistamínico y el hormonal. En el primero, utilizando el efecto sedante y moderador de algunos fenómenos dolorosos, que poseen ciertos antihistamínicos, y en el segundo sugiere la aplicación de pequeñas dosis de testosterona (5 a 10 mg) diarias durante diez días del mes, o la utilización de estrógenos (dietilestilbestrol) 3 mg diarios durante 3 semanas.

En los casos rebeldes, o en los que se sospechen lesiones ginecológicas, la indicación será quirúrgica, aun cuando tuviera que recurrirse a una laparotomía exploradora. *DR.*

CENOBIO CASARÍN V.

Denervación uterina paracervical mediante sección a través del plexo cervical para el tratamiento de la dismenorrea. Paracervical uterine denervation by transection of the cervical plexus for the relief of dysmenorrhea. Joseph Bernard Doyle. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1955;1 70:1.

El trabajo se refiere al tratamiento a que fueron sometidas 73 pacientes con dismenorrea adquirida, operadas entre noviembre 1950 y julio 1954. Entre ellas, un grupo de 35 pacientes había padecido dismenorrea primaria originalmente. La edad promedio entre fue de 26 años, para las restantes, 29.

El autor concluye que la sección a través de la división cervical del plexo útero vaginal de Lee-Frankenhauser, practicada alrededor y por debajo del término de los ligamentos útero-sacos, permite la denervación sensorial del cérvix, del fondo uterino y el segmento proximal de las trompas.

El procedimiento puede practicarse durante una laparotomía o a través de una culdotomía.

La mejoría satisfactoria, tanto de los casos de dismenorrea adquirida con antecedente de dismenorrea primaria o sin él, en 69 de los 73 casos. La mejoría fue completa en 63 casos. Los resultados fueron parciales en 6 casos y se fracasó en 4.

No hubo trastornos de la vejiga o del recto.

Se evita la posible reconstrucción anatómica de los nervios seccionados, por la interposición de peritoneo parametrial posterior entre los ligamentos uterosacos y la porción superior de la vagina.

Dr. Boris Rubio L.