



# Síntomas y síndromes en relación con el ciclo menstrual<sup>1</sup>

Conrado Zuckermann

## Diversos criterios y complejidad del problema

La literatura médica en relación con los múltiples síntomas y variados síndromes que pueden presentarse en relación con el ciclo menstrual es muy numerosa y, sobre todo, llama la atención la diversidad de criterios, las opuestas opiniones y las terminologías empleadas, a veces bizarras.

Señalaremos sucintamente algunos de los conceptos existentes, para referirnos posteriormente al criterio que sustentamos en lo referente a los trastornos que pueden sobrevenir en relación con el ciclo menstrual.

Abramson y Reid<sup>1</sup> consideran que la dismenorrea primaria o funcional, no asociada con patología pélvica, es más frecuente de lo que se supone y, a veces, poco atendida. Achard<sup>2</sup> recuerda que a la dismenorrea dolorosa se le llama algomenorrea o menalgia; considera que la dismenorrea es un síndrome de diversos aspectos, de variados síntomas originados en causas múltiples, algunas muy difíciles de investigar.

Aguerre<sup>3</sup> señala que la dismenorrea es un síndrome que existe desde que la mujer surgió en el planeta, considera que el término algomenorrea indicaría sufrimiento menstrual y yuxtamenstrual y el de dismenorrea comprendería toda desviación de la menstruación y en su estudio la tensión premenstrual.

Ahumada, Salaber y Ahumada<sup>4</sup> señalan que la “dismenorrea constituye un capítulo confuso y sumamente complejo, en el que los autores no han conseguido todavía ponerse de acuerdo en lo que a su definición, naturaleza y clasificación se refiere”. Clínicamente consideran la existencia de las formas premenstruales y la intramenstrual, con la variedad membranosa.

<sup>1</sup> Trabajo presentado en la Sesión Ordinaria de la AMGO el 9 de julio de 1959. Reproducido de: Zuckermann C. Síntomas y síndromes en relación con el ciclo menstrual. Ginecol Obstet Mex 1959;14:399-450.



Aróstegui, Armstrong, Unanue Pérez, Rodríguez Baz, Alfonso Pérez Díaz y Domínguez Ávila<sup>6</sup> señalan que al conjunto de alteraciones locales y generales que acompañan normalmente a la menstruación, se le conoce con el nombre de molimen (esfuerzo) menstrual o catamenial. A veces es difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico. Anotan que “la dismenorrea, algomenorrea, menalgia, menorralgia o dolor de ijada, como corrientemente se llama, es el dolor que precede o acompaña a la hemorragia menstrual”. Agregan que “el prefijo *dis* hace pensar en una menstruación difícil, pero no es en este sentido en el que se emplea”.

Bickers y Woods<sup>7</sup> recuerdan el nombre de menorralgia utilizado por Hamblen y se refieren a la tensión premenstrual en la semana que precede al flujo menstrual. Bickers,<sup>8</sup> en su monografía de la menorralgia, sufrimiento menstrual, anota que: “Es una paradoja de la naturaleza que la menstruación y el parto, funciones fisiológicas vitales para la supervivencia de las especies, se acompañen a menudo de dolor, mientras que otras funciones también necesarias para la supervivencia del individuo, como la micción y la defecación, se realicen sin dolor, en ausencia de enfermedad. Más tarde dice: “El sistema hipófisis-corteza suprarrenal debe desempeñar un papel importante en la adaptación del organismo al estrés del ciclo menstrual. Es sabido que el lóbulo anterior de la hipófisis produce activamente las hormonas gonadotrópicas.

Tal vez la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) es secretada igualmente en cantidades más grandes en el periodo premenstrual y esto, muy bien, puede activar la corteza suprarrenal como para que sea uno de los factores que favorecen la retención de sodio y la fijación del agua.

Binet<sup>9</sup> considera que la dismenorrea está esencialmente caracterizada por la percepción dolorosa de las contracciones uterinas en la

menstruación; el fenómeno es comparable con el de los dolores del parto o del aborto. Considera la crisis intermenstrual como ovulación dolorosa.

Bishop<sup>10</sup> señala que el término “dismenorrea” indica contracciones uterinas dolorosas que se asocian con la hemorragia menstrual. Después admite que la dismenorrea puede ser premenstrual y que el dolor puede ser ovárico.<sup>11</sup>

Botella Llusia<sup>12,13</sup> llama enfermedad menstrual a la exageración de la “molimina menstrualia” que llega a constituir un verdadero estado patológico; comprende en ella la dismenorrea, la tensión premenstrual, el edema menstrual, los trastornos nerviosos en especial la cefalea, las hemorragias extragenitales y los trastornos sanguíneos.

Brazil Pellanda<sup>15</sup> señala que en 90% de las personas que sufren gestosis, eclampsia, toxemia gravídica, existió el antecedente de tensión premenstrual. Acepta, además, que ésta es el resultado de retención hídrica en relación con la estimulación cortico-suprarrenal de origen hipofisario. Capallera<sup>17</sup> recuerda el nombre algodismenorrea y anota que la llamada dismenorrea esencial actualmente no se acepta.

Castro Caldas<sup>20</sup> considera que la dismenorrea esencial es un importante padecimiento por el sufrimiento que la caracteriza como por la periódica inactividad que produce. Entre las teorías anota la vascular, por isquemia, lo que le hace compararla con lo que acontece en la angina de pecho y en la claudicación intermitente.

Colombo<sup>23</sup> inicia su capítulo de dismenorrea afirmando: “he aquí un término extremadamente confuso, de tal modo que no existe acuerdo acerca de lo que debe entenderse como dismenorrea”. Curtis<sup>28</sup> considera que la dismenorrea es “menstruación dolorosa y difícil”; sin embargo, después agrega la “dismenorrea nasal” con síntomas de coriza y, además, menciona:

náuseas, vómitos, abatimiento, dolor de cabeza, constipación, etc. Incluye en la dismenorrea el dolor intermenstrual (de la ovulación).

Ehrenfest<sup>32</sup> usa el término algomenorrea como sinónimo de dolor menstrual y exmenorrea para todo malestar exagerado en cualquier parte fuera de la pelvis; la palabra dismenorrea comprendería a las dos anteriores.

Escudero Ortuño<sup>34</sup> recuerda que desde 1902 Schroeder y Kraft-Ebing describieron una psicosis menstrual que, más tarde, no admite Vallejo Nájera. Señala que el síndrome de tensión premenstrual se refiere a una presión angustiada y que los trastornos nerviosos pueden ser muy variados, pudiendo observarse manifestaciones epilépticas de ritmo menstrual.

Falls<sup>35</sup> anota que existe dismenorrea secundaria asociada con menstruación anovulatoria. Fitzgerald,<sup>38</sup> a propósito del dolor en Ginecología y en relación con la menstruación, señala el dolor intermenstrual, el premenstrual y el menstrual o dismenorrea.

Fluhmann<sup>39</sup> señala la posible existencia del dolor intermenstrual 14 días antes de la menstruación; estudia en un mismo capítulo la mastalgia premenstrual, el dolor intermenstrual, la dismenorrea y otros síntomas ligados a la menstruación. Divide a la dismenorrea en dos formas principales, una de ellas sería la intrínseca, primaria, idiopática, esencial o funcional, y la otra sería secundaria, adquirida o extrínseca.

Fuster Chiner<sup>40</sup> anota que la palabra dismenorrea se utiliza para significar la menstruación, que es anormalmente dolorosa; la divide en primaria, esencial o sin lesiones demostrables y la sintomática, secundaria, con lesión bien definida; comprende en su trabajo al síndrome de tensión premenstrual. Golub, Lang, Menduke y Gordon<sup>41</sup> señalan que la dismenorrea tiene variaciones

espontáneas en relación con el tiempo; es decir, con su evolución.

Goldzieher<sup>43</sup> anota que "el complejo sintomático sintetizado bajo el título de dismenorrea incluye sensaciones dolorosas que, en parte, se deben a contracciones del útero y en parte a algún otro mecanismo".

Gómez Mont<sup>44</sup> coloca la dismenorrea como parte de la tensión premenstrual y se refiere, posteriormente,<sup>45</sup> a los diversos mecanismos que pueden causar dismenorrea esencial, mencionando los siguientes: excitabilidad psíquica de la enferma; exagerada excitabilidad uterina; congestión pélvica de causa psicológica, infecciosa o tumoral; desequilibrio hormonal entre estrógenos y progesterona; respuesta excesiva del miometrio a la isquemia de los vasos uterinos; reacción alérgica del miometrio a los productos derivados de un endometrio isquémico; obstrucciones uterinas por causas orgánicas o por defectos de posición; contracturas uterinas exageradas para eliminar coágulos sanguíneos.

Hamblen<sup>52</sup> estudia sucesivamente la dismenorrea, las anormalidades dermatológicas, la ciclomastopatía, la jaqueca menstrual y otros síntomas cíclicos (tensión premenstrual, epilepsia menstrual, psicosis menstruales). Considera a la dismenorrea un complejo sintomático y no como enfermedad, caracterizado por dolor pélvico que coincide frecuentemente con diversas crisis emocionales, ambientales, vasomotoras y psicósomáticas. Asimismo, considera que hay dos tipos fundamentales de dismenorrea, la de causa conocida o tipo orgánico y la de causa desconocida o tipo funcional. Piensa que la tensión premenstrual puede presentarse desde el decimocuarto día del ciclo, con duración hasta el momento de aparecer el flujo menstrual, o pocos días después.



Haus, Goldzieher y Hamblen<sup>53</sup> señalan que todos los ciclos anovulatorios que observaron fueron sin dolor. Recuerdan la multiplicidad de teorías existentes que tratan de explicar la dismenorrea funcional. Hellman<sup>54</sup> considera que en la Ginecología moderna el término dismenorrea indica dolor antes y durante el flujo menstrual. Termina el capítulo respectivo refiriéndose a la “mittelschmerz” de los autores alemanes, que es el dolor a la mitad del ciclo y que corresponde a la ovulación. Herschberg<sup>55</sup> considera que en el síndrome premenstrual los síntomas pueden ser de la esfera genital y extragenital.

Jeffcoate<sup>59</sup> estudia sucesivamente la dismenorrea, estado de tensión premenstrual, la jaqueca menstrual, la mastalgia premenstrual, las ulceraciones cíclicas bucales y vulvares, la alergia pélvica, la menstruación vicariante y la epilepsia menstrual. Considera como verdadera dismenorrea aquella en que el dolor nace en el útero en relación con la contracción muscular.

De Kanter<sup>61</sup> considera que la dismenorrea es más bien un síntoma que una entidad patológica y que se sintetiza su definición como “menstruación difícil o dolorosa”. Klein y Carey<sup>62</sup> señalan que no existe evidencia de cambios cíclicos del balance del sodio o de retención de sodio en el ciclo menstrual normal.

Kotz y Parker<sup>64</sup> se refieren a la importancia según la biopsia endometrial de la deficiencia lútea y de la excesiva actividad folicular en la dismenorrea. Anotan, sin embargo, normalidad endometrial en 30% de los casos. A este respecto Marín Bonachera<sup>72</sup> señala que la dismenorrea no va ligada a un cuadro histológico constante en el endometrio.

Kreis<sup>65</sup> señala, desde hace 30 años, que la dismenorrea no es sino el malestar menstrual y que la dismenorrea esencial es la “sine materia”; considera que es erróneo emplear el término

de dismenorrea intermenstrual; para las crisis dolorosas menstruales utiliza la denominación metralgia espasmódica.

Laffont<sup>67</sup> afirma que la dismenorrea es la queja del útero percibida cuando se realiza la menstruación. Considera como falsas dismenorreas a las originadas en lesiones orgánicas extragenitales o en estado psíquico particular. Señala que la dismenorrea primaria es la que aparece desde la pubertad y secundaria la que sobreviene posteriormente. En capítulo aparte estudia lo referente a los dolores: intermenstrual (al que llama dismenorrea intermenstrual), el premenstrual, el postmenstrual, etc.

Manzur y Ortega<sup>71</sup> anotan que “se da el nombre de dismenorrea primaria a las menstruaciones dolorosas que aparecen cuando empieza la pubertad, o meses, o incluso dos o tres años después y que no está asociada con ninguna alteración patológica demostrable. Se le da también el nombre de dismenorrea esencial, intrínseca, espasmódica e idiopática”. En su primera conclusión dice “etiológicamente es más correcto designar algomenorrea primaria, o algia catamenial primaria, al padecimiento descrito”.

Martín Madrid<sup>73</sup> recuerda que Frank, en 1913, designó con el nombre de tensión premenstrual al conjunto de síntomas que aparecen en el premenstruo y desaparecen bruscamente con el comienzo del flujo menstrual. Martínez<sup>74</sup> considera síndrome premenstrual al conjunto de signos y síntomas que sufren algunas mujeres entre la ovulación y el comienzo de la menstruación y que tiene carácter funcional. Afirma que es inapropiado el nombre tensión premenstrual por ser ambiguo y referirse solamente a los senos y a la “tensión nerviosa”. Considera que se debe a trastornos del metabolismo del agua y del colesterol.

Mazer e Israel<sup>76</sup> estudian como síndromes relacionados estrechamente con el ciclo

menstrual los siguientes: dismenorrea, tensión premenstrual, hemicránea menstrual, hiperplasia mamaria anormal, dolor intermenstrual cíclico y menstruación sustitutiva. Consideran a la dismenorrea un síntoma y la iguala con menstruación dolorosa. A propósito de la tensión premenstrual anotan entre sus causas la retención de sodio y el hiperestrogenismo; el síndrome estaría constituido por un conjunto de síntomas aparecidos en los albores de la menstruación y que desaparecen al sobrevenir el flujo menstrual. Con respecto al dolor intermenstrual afirman que generalmente dura no más de dos días, que corresponde a la ovulación y que puede acompañarse de pequeña hemorragia uterina. Medina Gómez<sup>78</sup> señala que la dismenorrea es un trastorno sensitivo, casi siempre constituido por dolor que precede o acompaña al flujo menstrual. Medina<sup>79</sup> utiliza para el dolor menstrual el nombre algomenorrea, sinónimo de menalgia y de odinomenorrea. A la forma membranosa le llama algomenorrea membranosa.

Morales<sup>80</sup> afirma que la menstruación dolorosa recibiría los nombres de menalgia o algomenorrea y que el término dismenorrea tendría una connotación más amplia. A propósito de las dismenorreas esenciales señala que “gran número de ellas no pasan de ser dismenorreas sintomáticas difíciles de diagnosticar por el examen clínico corriente”.

Munro Kerr y colaboradores<sup>82</sup> consideran que la dismenorrea es un término que se aplica a varios tipos de dolores que sufre la mujer cerca o durante el periodo menstrual. Con respecto al dolor intermenstrual usa la denominación de *half-time pain*, es decir, dolor a la mitad del tiempo.

Obliglio<sup>84</sup> estudia las alteraciones periódicas del psiquismo en relación con la menstruación y discute lo referente a las psicosis catameniales y al problema de la responsabilidad femenina. Vale la pena, porque es pena, transcribir un párrafo

de su trabajo: “La menstruación es, a nuestro juicio, para la mujer, el mayor mal que la ata a su condición de hembra, pues desde la pubertad hasta el climaterio recibe choques emocionales, sensaciones nuevas y estados anímicos, que grabándose en su psiquismo perdurarán durante toda la vida”.

Parellada<sup>86</sup> anota “que en los días vecinos a la menstruación y en los propiamente menstruales existen trastornos en la regulación del metabolismo del agua”; agrega que “tales trastornos serían especialmente perceptibles en los días premenstruales, que son los que, por nuestra parte, hemos observado de una manera predominante la confluencia en la aparición de manifestaciones comiciales”.

Peralta Ramos<sup>87</sup> señala que la dismenorrea membranosa se manifiesta por dolor y expulsión en forma de colgajos o en bloque de la mucosa uterina; el dolor premenstrual y menstrual. A propósito de las discusiones patogénicas de esta particular dismenorrea y en final ironía recuerda la frase de Georget de que “el útero no es más que una mala pera aporreada”.

Pérez Mata<sup>88</sup> en su tratado especial señala que la dismenorrea es una manifestación dolorosa, cualquiera que sea su localización, en relación con la menstruación, y la considera un síndrome. La divide, fundamentalmente, en dos grandes categorías: de causa genital y no genital. Pinto Grote<sup>90</sup> califica como psicógenas las dismenorreas “que aparecen en casos de exploración genital absolutamente negativa y que suelen aparecer con mayor frecuencia en las mujeres jóvenes, solteras o casadas estériles”.

Pozzi<sup>91</sup> señala que la dismenorrea es la indisposición, el malestar que acompaña a la menstruación y que es, además, la menstruación penosa, difícil. Robecchi,<sup>96</sup> a propósito del síndrome intermenstrual, señala que los tres



síntomas fundamentales son: dolor, hemorragia y leucorrea, sobre todo lo primero; recuerda que ha sido llamado “síndrome del día quince” y “regla de la quincena”. Roux<sup>98</sup> afirma que la dismenorrea es un término impreciso y que sólo indica dificultad del flujo menstrual.

Rubin,<sup>99</sup> a propósito de dismenorrea, menciona primeramente su origen psíquico y enseguida diversos estados patológicos: dismenorrea externa o uterina, inflamaciones anexiales y paramétricas, insuficiencia de sustancias anticoagulantes y, además, modificaciones endocrinas y otras. En relación con la tensión premenstrual señala retención de agua, edema e hipoglucemia.

Salamero Reymundo<sup>101</sup> señala la gran cantidad (24) de teorías orgánicas y psíquicas señaladas en la etiología del “síndrome de tensión premenstrual”. Salerno<sup>103</sup> considera que la menstruación dolorosa únicamente debe llamarse algomenorrea y que dismenorrea es “el conjunto de expresiones patológicas neuropsíquicas referidas al aparato genital en la fecha de la menstruación”. Simmons<sup>107</sup> señala que la retención de sodio aumenta el líquido extracelular y es una de las causas de la tensión premenstrual.

Slocker Castro y Marín Bonachera<sup>108</sup> usan la palabra dismenorrea tanto para los dolores premenstruales, como menstruales e intermenstruales. En otro trabajo Marín Bonachera<sup>72</sup> señala que la verdadera dismenorrea funcional es el dolor uterino por espasmo o cólico del órgano. Stoeckel y Reifferscheid<sup>112</sup> consideran que la dismenorrea es el conjunto de molestias durante la menstruación, cuando son exageradas y trastornan profundamente la salud; ellas son distintas neuralgias, trastornos gastrointestinales, exagerada excitabilidad nerviosa y otras manifestaciones locales y generales. Swyer<sup>114</sup> a propósito del tratamiento del síndrome premenstrual, emplea la denominación síndrome tensión-dolor.

Terrades y Mascaro<sup>115</sup> consideran que la dismenorrea es simplemente un accidente doloroso que se presenta con motivo de la menstruación; afirman que “en rigor no puede admitirse la dismenorrea esencial más que como una confesión de nuestra insuficiencia para encontrar la causa en ciertos casos”.

Torpin, Woodbury y Child<sup>117</sup> consideran que los factores etiológicos en la dismenorrea pueden agruparse así: mecanismo obstructivo, insuficiencia circulatoria, actividad desorganizada, bajo umbral a los estímulos sensoriales y otros factores. Urrutia Ruiz<sup>118</sup> separa el síndrome dismenorrea del correspondiente a la tensión premenstrual y se refiere principalmente a las diversas teorías que pueden explicar la dismenorrea llamada esencial: miometrial, neurogénica, vasomotora, endocrina, alérgica y psicomática. Recuerda que en 1934 Sellers consideró a la dismenorrea como un problema aún no resuelto, desafiante y retador.

Usandizaga Soraluca<sup>119</sup> afirma que suele designarse a la regla dolorosa con el nombre dismenorrea; señala que los nombres algomenorrea o menalgia se aplican a dichos dolores y el de molimina menstrualia a las restantes manifestaciones. Recuerda que Greenblatt y sus colaboradores encuentran dismenorrea en casos con ciclos anovulatorios. Wallace<sup>122</sup> a propósito de la dismenorrea primaria señala las diversas teorías etiológicas: obstructiva, hipoplásica, polaridad uterina (disfunción), cambios degenerativos en la sumministrazione nerviosa al útero, teoría isquémica muscular, formación residual excesiva, bajo umbral del dolor, factores psicológicos, anomalías uterinas y pélvicas, dismenorrea ovárica, congestión pélvica sanguínea por retención de agua.

Weinstein<sup>123</sup> señala la gran frecuencia de la dismenorrea; considera como un hecho establecido que los ciclos anovulatorios tienen reglas indolo-

ras; anota que el dolor en la dismenorrea, puede empezar uno o dos días antes de la iniciación del período o coincidir con éste.

### APRECIACIÓN DE LOS HECHOS

La vida de la mujer desde la menarquía hasta la menopausia es una serie de ciclos, ya sea menstruales o gravídicos y en relación con ambos pueden observarse diversos síntomas que cuando son acentuados merecen toda la atención del tocoginecólogo. Apreciamos que en la calificación de su intensidad intervienen diversos factores, sobre todo los constituidos por la sensibilidad de la enferma, por su dintel al dolor y por el mayor o menor aprecio que realice de las alteraciones o modificaciones que observe en relación con los estados menstruales o gravídicos.

En lo que se refiere al ciclo menstrual y desde el punto de vista de las manifestaciones, molestias, dolores o diversas perturbaciones, debemos señalar que éstas ocurren o pueden ocurrir durante todo el ciclo menstrual y que se observan sobre todo en el intermenstruo, en el premenstruo, durante la menstruación y con menos frecuencia después de la menstruación.

Las alteraciones menstruales a que nos vamos a referir son aquellas que conciernen a síntomas tanto *genitales* como *extragenitales*, tanto locales como generales, en relación con los más diversos aparatos y sistemas de la economía y debemos marcar que quedan desde luego separadas las modificaciones menstruales que se refieren a la fecha de presentación del flujo menstrual, a la cantidad de escurrimiento y a la duración de su existencia. No podemos decir lo mismo en relación con las características del flujo menstrual, pues ya veremos posteriormente que existen algunas formas de alteración menstrual, de las denominadas dismenorreas, en que si se aprecian cambios en la calidad de lo expulsado del

endometrio; nos referimos particularmente a la llamada dismenorrea membranosa.

Durante el ciclo genital menstrual, cuya más ostensible manifestación es el flujo catamenial, pueden observarse síntomas en los diferentes momentos de su evolución, como anteriormente ya hemos señalado y tres son los grupos sintomáticos que por su tiempo de presentación merecen justificadamente nuestra atención.

En primer lugar debemos considerar el *síndrome intermenstrual* que coincide con la puesta ovular del folículo y que generalmente se caracteriza por sensación de molestia, de pesantez, de aumento de tamaño, de adolorimiento y aun de dolor en la zona abdomino-pélvica, frecuentemente de un solo lado, y que puede acompañarse de flujo seroso, de flujo hemorrágico. Además pueden presentarse manifestaciones generales, sobre todo del sistema nervioso, caracterizado por malestar general, inquietud, astenia y dolor lumbar.

El conjunto sintomático que le sigue inmediatamente por orden cronológico, es el *síndrome premenstrual*, que es uno de los que más ha dado lugar a trabajos médicos, especialmente en los últimos años, y que fue descrito por Frank con el nombre de tensión premenstrual, probablemente porque apreció el estado de presión angustiosa, de tensión emocional, de plenitud abdominal, de peso en el bajo vientre, que presentaban estas personas en ese momento del ciclo.<sup>6,23,36,48,52,81</sup>

Las alteraciones que pueden presentarse en los siete a catorce días que preceden a la menstruación, son múltiples y justo es señalar que Vignes<sup>121</sup> en su libro sobre fisiología ginecológica, desde hace treinta años había marcado las múltiples modificaciones que pueden observarse en relación con la menstruación y que se refieren a la sangre en sus diversos componentes, a la circulación y en general al aparato cardiovascular, al metabolismo, a los aparatos digestivo,



respiratorio, urinario, a la piel, a las glándulas mamarias, a las glándulas de secreción interna (especialmente tiroides, suprarrenal, hipófisis y páncreas) y al sistema nervioso, señalando entre ellas la cefalea, las crisis epilépticas, las alteraciones emocionales. Además Vignes se refiere justificadamente a las modificaciones del instinto sexual en ese momento del ciclo, que generalmente se manifiestan por aumento en la libido.

Igualmente Schröder<sup>105</sup> en la misma época, en su patología de la menstruación, anota los fenómenos clínicos anormales durante la ovulación, los correspondientes a la segunda mitad del ciclo y los que conciernen al período menstrual a los que denomina dismenorrea. La descripción de los síndromes premenstrual y del menstrual, los apreciamos como apropiado reflejo de lo que acontece en la práctica ginecológica.

Entre sus comentarios existe curioso párrafo que reproducimos: “así como se habla de toxicosis del embarazo, parece lógico admitir la existencia de toxicosis menstruales o mejor dicho premenstruales, puesto que “las rosas se marchitan en sus manos inmediatamente, el bizcocho no sube y las conservas se echan a perder”. Señala Schröder que precisamente en la fase premenstrual pueden existir variados trastornos: sensación de plenitud y de compresión en el vientre, molestias abdomino-digestivas, tenesmo vesical, palpitaciones, etc.; síntomas que desaparecerían en cuanto comienza la regla. Recuerda que Jolly señala que durante el premenstruo se exaltan manías, hebefrenias y catatónias, histeria y epilepsia y que según Marx en las psicópatas predominan los impulsos en esa fase premenstrual.

Es posible que hoy en día la llamada tensión premenstrual o *síndrome premenstrual*, esté demasiado buscado por los clínicos y es factible que en algunos casos sea un achaque yatrogénico; es decir, imaginativo, formado por

el médico y en otras ocasiones algo inducido o exagerado. Lo anterior no invalida que trastornos físicos y psíquicos se presenten con frecuencia en relación con la próxima aparición del flujo menstrual y como decía antes, estas manifestaciones son múltiples y se pueden caracterizar por dolor pélvico-abdominal bajo, medio y lateral, sensación de peso y de molestia suprapúbica, lumbago, prurito vulvar, presencia o aumento de flujo cérvico-vaginal, constipación o diarrea, polaquiuria, disuria o al revés, alguna retención vesical, molestia y crecimiento mamario, modificaciones del apetito, tos, disnea, erupciones cutáneas diversas, astenia, hiperemotividad y muchas otras manifestaciones nerviosas, a las que en seguida nos referiremos.

El problema de las alteraciones psíquicas de la mujer en relación con la menstruación, se particulariza precisamente en la época premenstrual. Se observan en realidad bajo las formas más variables y variadas, desde una sencilla inestabilidad emocional, angustia, hasta verdadera agresividad, manía y aun llegarse a constituir lo que algunos han llamado psicosis premenstrual. Todo ello sin olvidar la cefalea y la jaqueca premenstruales, las crisis epilépticas aparecidas o exageradas en esta época, los estados confusionales de la misma cronología y otros que han hecho asegurar que la vida psíquica de la mujer en relación con la menstruación es capaz de presentar marcadas modificaciones, algunas de ellas en el terreno de la peligrosidad, como pueden ser la agresividad antes señalada, cleptomanía, tendencia al suicidio, etc.

Macedo<sup>70</sup> señala que la epilepsia femenina, en sus diversas formas, tiene o puede tener significado erótico de descarga sexual, cuando se observa que sus manifestaciones son periódicas y en relación con la menstruación. Katharina Dalton<sup>29</sup> señala como resultado del estudio de 276 enfermas mentales admitidas en nosocomios de Londres, que 46 presentaban episodio agudo



en relación con menstruación o premenstruo. Además 53% de personas en esas mismas épocas habían manifestado tendencia al suicidio, 47% depresión y 47% de esquizofrénicas fueron precisamente admitidas en esos momentos del ciclo.

No debe olvidarse que en la vida moderna, en la actualidad, la mujer desempeña funciones en las cuales su sistema nervioso, sus órganos de los sentidos y su control psíquico son de primera importancia. No referimos especialmente al trabajo en el manejo de máquinas de precisión, de motores (piloteo de aviones, automóviles, etc.); en relación con ello recuerdo un choque automovilístico que tuve con una dama en que hubiera deseado preguntarle en qué momento del ciclo estaba, aunque pienso que precisamente se trataba de la semana premenstrual, dado que vista, cálculo y prudencia le fallaron con gran daño de mi bolsillo.

Después de las *alteraciones intermenstruales* y de las *premenstruales* debemos señalar las que pueden sobrevenir junto con el flujo menstrual, y de las cuales la más marcada es precisamente el dolor con los más variados caracteres, situado en la zona abdomino-pélvica y que con frecuencia es medio y adopta la forma de cólicos. Con frecuencia estos dolores se observan principalmente en el primero y segundo día. Los dolores, además, pueden percibirse en la zona lumbar, en las fosas iliacas, en las regiones inguinales e incluso en otras localizaciones, pero con menos frecuencia. En lo que al flujo menstrual propiamente se refiere, uno de los tipos de alteraciones más especiales y relatados, es la expulsión de membranas constituidas por restos del endometrio, que por conservarse en pedazos de mayor o mediano tamaño, al expulsarse se observa que lo hacen precedidas de dolor, de cólico uterino.<sup>87</sup> Sin embargo, hemos observado expulsión de membranas, de colgajos endométricos sin dolor, es decir con ausencia de cólico expulsivo.

Las alteraciones en otros aparatos o sistemas, concomitantes con el flujo menstrual, pueden ser muy diversas y generalmente son menos marcadas que las señaladas en relación con la época premenstrual. En lo que concierne al postmenstruo, los dolores, las molestias y otras alteraciones que raramente suelen observarse, son generalmente menos intensas que las anteriormente mencionadas; sin embargo, debemos marcar que con relativa frecuencia hemos observado diversos flujos (seroso, mucoso, de color marrón, etc.), laxitud psicomotora, disminución de la libido, etc.

### SEMIOLÓGÍA Y PROCEDER CLÍNICO

Tomando en cuenta lo observado y la bibliografía, pensamos que: la denominación de *síndrome premenstrual* es probablemente más apropiada que la de tensión premenstrual; la palabra *dismenorrea* conviene aplicarla a las alteraciones locales, regionales o generales (síndrome menstrual) en relación precisamente con los días del flujo menstrual y pudiera aplicarse cuando más a los que inmediatamente lo preceden (1 o 2 días previos); el término *menalgia* es propio para denominar los dolores periódicos abdomino-pélvicos en relación con el ciclo menstrual (mensual) y puede ser por lo tanto intermenstrual, premenstrual y el intramenstrual o propiamente menstrual.

Las manifestaciones antes señaladas se observan en frecuencia variable, según los autores. Abramson y Reid Duncan<sup>1</sup> anotan que en 90% de las personas observadas en busca de dismenorrea, existía malestar y entre 45 y 65% mayores síntomas. Achard<sup>2</sup> señala que de 3 a 10% de las mujeres tienen dolor menstrual. Fluhmann<sup>39</sup> transcribe las diversas cifras de varios observadores que oscilan de 2.8 a 89.6% en lo relativo a dismenorrea. Hamblen<sup>52</sup> dice que entre las jóvenes estudiantes del 6 al 12% experimentan dismenorrea; señala que "los datos proporcio-



nales por las estadísticas de dismenorrea entre las trabajadoras industriales no pueden tomarse en consideración, ya que la molestia menstrual puede ser excusa” y no una realidad clínica. Justificadamente Jeffcoate<sup>59</sup> señala que la frecuencia de la dismenorrea varía mucho con la edad, estado social, escolaridad, ocupación, etc. Mazer e Israel<sup>76</sup> señalan para la dismenorrea “primaria” incidencia variable de 3 a 47% anotando en sus observaciones promedio de 8%.

Usandizaga<sup>119</sup> anota frecuencia variable de 3 a 90% según los autores y las estadísticas. En algunas estadísticas la frecuencia de dismenorrea es realmente grande; Reyes Torres<sup>94</sup> en colegios secundarios de Quito (Ecuador), encontró entre 1,000 escolares que contestaron a la encuesta: 188 con ligera dismenorrea, 271 con el mismo síndrome de mediana intensidad y 290 con intensa dismenorrea. Nosotros entre 3,000 historias revisadas de personas de las más diversas clases sociales, de edad variable de 15 a 45 años y sin tomar en cuenta factores especiales (ocupación, soltera o casada, múltipara o nulípara, etc.) anotamos en cifras globales: 45 con síndrome intermenstrual, es decir 1.5%; 320 con síndrome premenstrual, es decir algo menos de 11% y 410 con síndrome menstrual, es decir algo más de 13.5%.

Sólo hemos tomado en cuenta aquellos síndromes que ameritaban medicación, algún descanso y que marcadamente eran relatados por los pacientes. Debemos anotar que en el síndrome menstrual o dismenorreico están anotados aquellos casos con síntomas desde uno o dos días antes del flujo catamenial.

También es de anotarse que en algunas observaciones existió asociación de estos síndromes en la misma paciente pero que ello no fue muy frecuente, no pasando de 1%. Conviene agregar que los diversos síntomas y variados síndromes que pueden presentarse en relación con el ciclo

menstrual, tienen de especial que no siempre son constantes, iguales en la misma enferma, sino que en ausencia de terapéutica o con tratamiento de discutible acción y eficiencia, pueden presentarse y así lo hemos observado, grandes modificaciones (en más o en menos) y aun su desaparición, todo ello en relación con el transcurso del tiempo el matrimonio y las relaciones sexuales, la gravidez, parto y abortos, la educación y el ambiente, el régimen alimenticio, la manera de vivir y los deportes.

Conviene advertir que si una persona siente dolor, gran molestia y otros trastornos en algún momento del ciclo menstrual y esto ocurre una sola vez o sólo esporádicamente, no se debe hablar de alteración en relación con lo catamenial; en cambio, si los síntomas o síndromes se presentan periódicamente en relación con el ciclo sí debe aceptarse su categoría clínico-nosológica.

El *síndrome intermenstrual*, sobre todo la menalgia a la mitad del ciclo, lo que algunos<sup>5,59</sup> han llamado dolor de la ovulación, la hemos visto principalmente constituida por dolor en abdomen inferior, casi siempre de un solo lado; muy rara vez la intensidad ha obligado a medicación analgésica intensa. A pesar de lo anterior estamos de acuerdo en que el dolor intermenstrual puede ser en ocasiones condición que lleva a intervención quirúrgica como dice Me Laughlin<sup>77</sup> y ya hemos publicado a ese respecto casos comprobados de hemoperitoneos ováricos,<sup>127,128</sup> pero marcando lo excepcional del hemoperitoneo quirúrgico por ruptura folicular.

El *síndrome premenstrual* lo hemos observado sobre todo ocupando el tiempo correspondiente a la semana que precede al flujo catamenial y casi siempre los síntomas han sido los siguientes: dolor y otras alteraciones mamarias, cefalea e hiperemotividad, molestia e hinchazón abdominal subumbilical, lumbago y sacralgia, trastornos urinarios muy diversos; con menor

frecuencia: gran irritabilidad nerviosa, insomnio, dermatopatías, dolores articulares, prurito vulvar, exacerbación libido, náusea, estreñimiento o diarrea, etc. Terzi<sup>116</sup> relata caso de dolor vesicular intenso sin litiasis, premenstrual, curado por estrógenos y vagolíticos.

El problema de las alteraciones psíquicas y, en general, del sistema nervioso de la mujer en el premenstruo y en los días catameniales propiamente dichos, ocuparía gran espacio y de acuerdo con lo observado y la documentación al respecto puede sintetizarse señalando la inestabilidad emocional; es decir, variaciones que van de la angustia, agresividad y manía o algo cercano a ello, hasta la indiferencia, abulia y apatía. Además debemos recordar la observada exageración en relación con la menstruación, sobre todo con la próxima menstruación, de síntomas o padecimientos propios de la paciente: epilepsia, temblores, jaqueca, etc. Igualmente, suelen observarse modificaciones de la memoria, sobre todo de tipo amnésico, alteraciones sensoriales, especialmente de la vista, disminución general de la capacidad psíquica e incluso estados de ligera o inicial confusión mental. Lo anterior plantea el problema del trabajo de la mujer en relación con su ciclo menstrual.

Otros temas igualmente valiosos son la tranquilidad hogareña, la conyugal armonía, etc., y no es demasiado frecuente (de acuerdo con lo observado) la ineptitud o peligrosidad femenina catameniales; si deben ser motivo de averiguación, de atención, las alteraciones psíquicas y físicas, sobre todo en personas que laboran en servicios donde pueda ponerse en peligro, la vida propia y la de los demás. Bickers y Woods<sup>7</sup> afirman que los datos policíacos de París en la primera década de esta centuria muestran notable aumento de criminalidad femenina en la semana premenstrual. Señalaremos a propósito de la armonía conyugal que es posible que esa

vida cambiante y periódica de la mujer sea incentivo, estímulo amoroso y fuente de atracción o repulsa con sus consecuencias sobre la felicidad humana y la persistencia de la especie.

La *dismenorrea o síndrome intramenstrual o menstrual* está constituida principalmente por dolor suprapúbico, sobre todo de tipo cólico, acompañado a veces de lumbago, adolorimiento subumbilical medio y lateral, polaquiúria o disuria; además con alguna frecuencia astenia, malestar general y náuseas. La dismenorrea membranosa o exfoliativa se observa poco; cuatro casos clínicos entre tres mil personas y sólo en dos de ellos existían dolores de intensidad mayor que mediana.

Ahora marcaremos otros hechos que consideramos de gran valor en el estudio de estas pacientes; nos referimos a la conducta apropiada del examen de estas enfermas. Es precisamente la paciente con síntomas o síndromes relacionados con el ciclo menstrual una de las que más necesita prolijo y cuidadoso estudio y valorización, pudiéramos decir total y detallada.

Conformación-constitución, edad aparente y real, concepto inicial social y psíquico de la enferma, serán casi siempre lo primero que se aprecie. Enseguida el interrogatorio nos permitirá averiguar la clase de síntomas o síndromes que aquejan a la paciente y si existen desde la menarquia, poco tiempo después de ella o después de varios años. A continuación anotaremos lo referente a los demás datos de sus ciclos menstruales y gravídicos, a sus antecedentes normales y patológicos y los síntomas existentes en los diversos aparatos y sistemas. La exploración física no solamente deberá realizarse en lo que a ginecología concierne, sino ser, pudiera decirse de cabeza a pies, todo ello con gran comedimiento y discreción. La exploración mamaria, sobre todo por el interrogatorio y palpación permitirá frecuentemente averiguar si existen



manifestaciones de mastopatía (en sus diversas formas) en relación con el ciclo menstrual.

Tacto vaginal (en caso posible), palpación abdominal, tacto rectal y examen con espejo nos conducirán en una o más exploraciones al conocimiento de lo que se denomina lesión ostensible o palpable, que pueden explicar o no, las manifestaciones en relación con el ciclo menstrual. Durante el curso del examen o de los exámenes (una o más consultas) se habrá podido apreciar las características psíquicas de la persona, sus condiciones ambientales, en el matrimonio y otras circunstancias.<sup>49, 97</sup>

A veces con este conjunto de datos se puede formar un juicio aproximado del cuadro patológico, pero casi siempre otras exploraciones se imponen. Son ellas: exámenes de laboratorio, radiografías (utero-salpingianas a veces), etc., y sobre todo la cuidadosa valoración ovárica de la paciente. Para ello contamos con el aspecto somático, los datos de sus ciclos genitales, la curva térmica basal, la colpocitología, la biopsia de endometrio, las dosificaciones hormonales en sangre y orina, la cristalización del moco cervical, etc.<sup>6,11,14,52,63,69</sup>

Sólo con el estudio cuidadoso, esmerado de estas pacientes se podrá llegar a determinar con certeza o aproximación la categoría de sus síntomas o síndromes menstruales o paramenstruales (en relación con el ciclo menstrual) y sobre todo de sus probables causas lesionales o funcionales. Los síndromes premenstruales y las dismenorreas, consideradas como “esenciales” o “idiopáticas”, disminuyen mucho en esta forma y las posibilidades de curación aumentan.

Desde el punto de vista ginecológico convendrá precisar la existencia de alteraciones anexiales (ováricas, salpingianas) sobre todo tumorales, de iguales lesiones en la matriz, de distopatías uterinas, estenosis cervicales, endometriosis en

sus diversas localizaciones, y de todo lo referente a la función ovárica como ya hemos señalado. Conill<sup>24</sup> anota la existencia de dismenorrea con dolores muy intensos por tumor que denomina “mülleronla” y que considera no endometriósico.

En lo general no deberá olvidarse que alteraciones aparentemente sin relación con el cuadro dismenorréico, etc., puede favorecer su existencia; nos referimos a: constipación, alergias, lúes, tuberculosis, anemias diversas, ptosis viscerales, enflaquecimiento, hábito exagerado de fumar, alcoholismo, ejercicios físicos intensos, diversas alteraciones endocrinas, reumatismo, apendicitis crónica, colecistitis crónica, rinitis, etc.

Clavero Núñez<sup>22</sup> señala la importancia del factor psíquico en la génesis de la dismenorrea, refiriéndose principalmente a la influencia de las impresiones, del cautiverio, de la tensión de espíritu, los choques morales, las supersticiones, la “ansiedad de espera” de las que no desean hijos y de las que los desean vivamente.

Sierra Londoño<sup>106</sup> se refiere a las indudables relaciones existentes entre los síndromes menstruales y las manifestaciones psiconeuróticas ligadas a prácticas anticoncepcionales, masturbación, etc., es decir a lo denominado como síndrome de Sedillot. En lo particular deberá realizarse estudio de los problemas sexuales sin olvidar que la frustración sexual en sus múltiples formas y la infertilidad propia o ajena<sup>7 52 109</sup> pueden colaborar al establecimiento de síntomas en relación con los ciclos menstruales. El examen y conversación con el esposo pueden ser indispensables.

Todo lo anterior señala evidentemente la importancia de valorar además de los hechos físicos y propiamente ginecológicos, lo referente a los factores psíquicos y al aprecio debido de la personalidad de la consultante, de su vida y de su ambiente.

## CONDUCTA TERAPÉUTICA

Ganada la confianza de la enferma por lo menos en relación con buena atención diagnóstica, pasaremos a referirnos al problema terapéutico. Si se pregunta a cada ginecólogo, a cada clínico, cómo trata a sus pacientes con las alteraciones a que nos estamos refiriendo, se observará la gran cantidad de medicaciones y el relativo éxito de muchas de ellas, en ocasiones en relación con su acción farmacológica y en otras con los cuidados higiénicos aconsejados y sobre todo con la confianza e influencia que tenga el médico en la paciente.

Si algún síntoma o determinado síndrome necesita particularizar terapéutica es el relacionado con el ciclo menstrual; al hacerlo se deberá tomar en cuenta la probable o probables causas y lo referente al tiempo y categoría de las alteraciones. Además conviene no olvidar en esta categoría de trastornos, que los efectos pueden variar según el momento de aplicación de la terapéutica.

Nos referiremos primeramente a la psicoterapia elemental, básica o menor que el ginecólogo hace frecuentemente quieralo o no lo quiera, nótelo o no; ella unida a medicación indicada por la categoría en tiempo e intensidad del síntoma o síndrome puede conducir a mejoría o curación.<sup>34,41,61 90,93,97,101,104</sup>

Esta psicoterapia y otra mayor hecha por especialistas en la materia puede estar indicada. Lo que no aceptamos es la sugestión en hipnosis, en estos casos; sin embargo algunos sí la emplean.<sup>66</sup>

Otro procedimiento que directamente no aprobamos es el uso de placebos, es decir drogas inertes cuyo efecto ha sido sugerido por el médico pero que farmacológicamente está ausente.<sup>85</sup> La palabra placebo indicando "complacer al paciente". Hemos dicho que directamente no lo realizamos pero es probable que de manera

indirecta sí acontezca al emplear medicaciones cuya dosis y composición no siempre corresponden al efecto buscado y que a veces se obtiene por la sugestión médica a la paciente.

A propósito de psicoterapia y en personas en que se inicia la época nubil, podrá ser útil hacerles conocer "lo que toda joven mujer debe saber" sobre estos asuntos.<sup>95</sup> Se ha señalado que diversos ejercicios físicos torácicos (respiratorios), abdominales y de los miembros inferiores, modificando condiciones circulatorias y posturales pueden curar dismenorreas.<sup>42</sup>

En la actualidad lo que más se está empleando en el *síndrome premenstrual*, y aun en la *dismenorrea*, es la medicación tranquilizadora a base de los ya demasiado numerosos calmantes o atarácicos, que consideramos apropiados cuando el fenómeno hiperemotivo es el dominante. Nos parece inútil señalar dosis y nombres, sólo recomendamos cautela en su aplicación, lo que no siempre se logra por la facilidad con que la paciente puede obtener el fármaco. En el *síndrome premenstrual* se sigue recomendando, a pesar de las dudas existentes, la dieta baja en cloruro de sodio, la medicación a base de cloruro de amonio y diferentes diuréticos.<sup>31,50,81</sup>

Para el mismo síndrome las medicaciones se han multiplicado, señalaremos algunas: anti-histamínicos (por el posible origen alérgico), complejo B, en el todo vitamina B-1 (por su probable acción en el hígado en la transformación e inactivación de esteroides), vitamina A,<sup>55</sup> vitamina C, vitamina D, antiespasmódicos y las medicaciones opoterápicas más diversas: estrógenos,<sup>40</sup> progesterona<sup>48,65,93</sup> y derivados,<sup>47</sup> andrógenos,<sup>68,83,101</sup> cortisona, ACTH,<sup>120</sup> tiroides, gonadotropinas, insulina, etc. Estas medicaciones no las utilizamos sino después de valorar el equilibrio endocrino del la paciente y tomando además en cuenta, edad, otros estudios funcionales y paridad.



En la *dismenorrea*, especialmente en la menalgia menstrual si no existe indicación en relación con estenosis cervical, distopia, tumor, etc.<sup>4,23,50</sup> la medicación más empleada es la analgésica, antiespasmódica, sedante, a base de aspirina, fenacetina, papaverina, amidopirina, fenobarbital, sulfato de magnesio, acetilcolina, curare, codeína, atropina hioscina, etc.<sup>23,43,50,89,92,104,108,111</sup> No debe olvidarse que se trata sólo de sintomática y momentánea acción y que otros tratamientos deben realizarse con finalidad curativa; también se han usado a este respecto los atarácicos,<sup>21,92</sup> igualmente Vitamina B1, Vitamina P (rutina), etc. Desde hace años hemos usado al igual que otros ginecólogos<sup>33,47,92</sup> la opoterapia progesterónica con resultados medianos para nosotros.

Debe recordarse que la opoterapia en el síndrome premenstrual, en la *dismenorrea*, como en otras circunstancias varía en su acción de acuerdo con el momento de su aplicación en el ciclo, la dosis, el producto empleado, etc.

Hemos iniciado el uso del lutrexin, relaxin, URF (factor relajante uterino), sustancia hormonal, hidrosoluble, de origen lúteo y apreciamos que si tiene acción sobre el dolor-cólico uterino de la menstruación; nuestra experiencia es corta. Abramson y Reid,<sup>1</sup> Achard,<sup>2</sup> Cáceres,<sup>16</sup> Jones y Smith<sup>60</sup> informan buenos resultados. Los estrógenos también han sido preconizados<sup>40,53,57,113</sup> para la *dismenorrea*. El motivo principal para su empleo es provocar ciclos anovulatorios, indoloros.<sup>10,30,46,123</sup>

Los andrógenos<sup>37,58,92</sup> hace años han sido empleados para la *dismenorrea*, afirmándose mejoría en buen porcentaje. Otras opoterapias como la tiroidea;<sup>63,120</sup> y diferentes procedimientos (radioterapia hipófisis) han sido igualmente empleados.<sup>59</sup> La progesterona ha sido también empleada en la no exfoliativa,<sup>33,79</sup>. Los estrógenos en la semana anterior al flujo menstrual

han sido empleados en la *dismenorrea* membranosa.<sup>40</sup> Carmona<sup>18</sup> señala que la *dismenorrea* membranosa es empeorada por la medicación progesterónica.

Con justicia, Murray<sup>83</sup> señala que la androgenoterapia no debe emplearse en presencia de acné, hipertrichosis, hipoplasia genital e indudable hiposterogenismo. Fuera de esas circunstancias, el mismo autor considera útil su empleo, tanto en el síndrome premenstrual como en la *dismenorrea* dolorosa. En lo que se refiere a procedimientos quirúrgicos, ellos se emplean o pueden emplearse, sobre todo, en la *dismenorrea*, en el síndrome menstrual, con dolor *abdomino-pélvico* intenso, en diversas circunstancias.

Primeramente, cuando existen lesiones palpables curables por procedimiento operatorio, nos referimos a la dilatación por estenosis cervical, el tratamiento de tumores uterinos o anexiales, de endometriosis y el de distopias uterinas. Bishop<sup>10</sup> recuerda que al hacer la dilatación cervical se destruyen o pueden destruir (por elongación, etc.) terminaciones nerviosas. Conill<sup>25</sup> señala que en vírgenes se puede dilatar el cérvix con Hegar introducido a través de una pequeña incisión hecha en el fondo uterino, a favor de la laparotomía suprapúbica; asocia a la dilatación la resección del presacro.

Cuando diversas medicaciones y procedimientos hubieran fracasado a pesar de no haber lesiones palpables o en asociación con el tratamiento de ellos, en la *dismenorrea* se ha usado hace varios lustros la cirugía del simpático-pélvico.<sup>27</sup> Cotte,<sup>26</sup> desde 1924, realizó la resección del plexo presacro en la *dismenorrea* dolorosa, y en su libro publicado en 1932 anota los hechos principales de 125 observaciones. Sala y Mola<sup>100</sup> se muestran satisfechos de los resultados obtenidos por la resección del presacro asociada, a veces, a la exéresis de un segmento de los ligamentos infundíbulo-pélvicos. Horno Liria<sup>50</sup> señala

indicación de la simpatectomía pelviana de Cotte (neurectomía presacra) en la dismenorrea llamada esencial, anotando buenos resultados.

Solís Segura,<sup>110</sup> en su tesis recepcional, en 1931, fundado en observaciones tratadas en unión nuestra, se refiere al buen resultado obtenido por la resección del plexo presacro y de los nervios ováricos. Weinstein<sup>123</sup> señala que la simpatectomía hipogástrica superior (presacro) debe reservarse para casos bien seleccionados. Wiseman y Tilomas,<sup>124</sup> en dismenorreas de origen ovárico, ha empleado denervación ovárica seccionando el ligamento infundíbulo-pélvico cerca de la glándula; anota buenos resultados.

Castaño,<sup>19</sup> desde 1934, preconiza en las dismenorreas acompañadas de congestión ovárica, la sección y ligadura de los pedículos infundíbulo-ováricos. Nosotros,<sup>125</sup> en 1930, dimos a conocer varias observaciones de cirugía del simpático pélvico, resecando en unas sólo el presacro, en otras presacro y nervios del pedículo ovárico, y en otras sólo estos últimos. Más tarde,<sup>126</sup> en 1938, nos referimos a las diversas técnicas para realizar la resección nerviosa presacra y la resección de los nervios ováricos; la estadística de este trabajo fue de 180 reacciones del presacro y seis enervaciones ováricas.

Es de recordarse que algunos fracasos están originados por resección incompleta del presacro.<sup>75</sup> Además, es curioso e importante que en casos de dismenorrea se ha observado curación o mejoría, a pesar de que el examen de lo extirpado al hacer resección del plexo hipogástrico superior 1 (presacro) demostró ausencia de hiletos nerviosos.<sup>51</sup>

Actualmente ya no se escribe, y pudiera decirse ya no se piensa, en realizar histerectomía por muy intensa que sea una dismenorrea; por lo contrario, se procura recurrir a los medios menos traumatizantes, como por ejemplo, la inyección con novocaína (o sustancia parecida)

de los ligamentos úterosacros.<sup>98</sup> En *síntesis*, en el tratamiento del *síndrome premenstrual* lo más utilizado son medidas higiénicas, psicoterapia, atarácicos y la terapéutica en relación con factores locales, regionales o generales que pueden favorecer o causar el síndrome.

En la *dismenorrea*, lo más empleado son los analgésicos-antiespasmódicos, los nuevos derivados lúteos (y esteroides en general) de poder relajante u otro y todas las medidas terapéuticas (quirúrgicas, etc.) indicadas por la intensidad del dolor y en relación con lesiones apreciadas. A propósito de ello, debemos confesar que dichas lesiones pueden, en ocasiones, sólo observarse al laparotomizar, ejemplo de ello es el varicocele infundíbulo-pélvico y la esclerosis y quistificación ováricas muy acentuadas. Con respecto a la cirugía simpática (presacro, nervios ováricos) sólo deberá emplearse en casos seleccionados, en aquellos en que otras terapéuticas hubieran fracasado y, además, en ocasiones asociarse con el tratamiento quirúrgico de las alteraciones uterino-anexiales confirmadas.

### ALGUNAS SUGERENCIAS

Hemos procurado estudiar los síntomas y síndromes en relación con los ciclos catameniales, apreciando que son perturbaciones acentuadas físico-psíquicas en relación con la menstruación, exceptuando las que se refieran al ritmo y cantidad del flujo sanguíneo. El límite entre lo normal y lo patológico, en lo que hemos descrito, es difícil de señalar, y por ello hemos insistido que se trata de modificaciones acentuadas, de aquellas indudablemente existentes y en lo posible comprobadas. La naturaleza subjetiva de muchos de los síntomas y lo sutil que puede ser el problema, dificulta la comprobación.

Recaséns,<sup>92</sup> justificadamente, recuerda la clasificación de Haman, en dismenorreas severas en que la paciente se ve obligada a guardar cama,



las moderadas que se limitan a tomar calmantes y las ligeras que no ameritan medicación alguna. Aceptada o apreciada su existencia, la busca de causas o condiciones favorecedoras debe ser prolija y la terapéutica particularizada a cada caso y procurando ser atinado o eficaz desde el principio para conservar la confianza de la paciente. Salvo lesiones muy ostensibles y casi seguramente causales el tratamiento quirúrgico no será inmediato.

Consideramos que el *síndrome premenstrual* y la *dismenorrea* constituyen aún problemas apasionantes y muchos temas pueden ser motivo de estudio e investigación, señalaremos algunos: premenstruo y epilepsia, premenstruo y delirios, aptitud al trabajo y menstruación, estado mental y ciclos menstruales, función ovárica y síntomas paramenstruales, dismenorrea y lesiones ováricas, endometriosis y dismenorrea, estrés y síndromes premenstrual y menstrual, y muchos más que pueden aclarar algunas dudas y colaborar a la mejor solución de situaciones clínicas y médico-sociales.

Concluyo con Salerno<sup>102</sup> expresando en sincera confesión lo dicho ya por el viejo y experimentado ginecólogo: “el dolor de la mujer ha sido el dolor de toda mi vida”.

## RESUMEN

1. Llama la atención la diversidad de criterios, opiniones opuestas y variadas denominaciones existentes para los síntomas y síndromes relacionados con el ciclo menstrual.
2. A veces es difícil señalar el límite entre lo normal y lo patológico en lo que a síntomas que acompañan o preceden al ciclo menstrual concierne.
3. Los síntomas y síndromes relacionados con el ciclo menstrual son múltiples y en el estudio no están incluidas las alteraciones del ritmo ni lo referente a cantidad y duración del flujo catamenial.
4. Entre las denominaciones se anotan: síndrome premenstrual, tensión premenstrual, síndrome de tensión premenstrual, síndrome de tensión-dolor premenstrual; dismenorrea, menorralgia, manalgia, odinomenorrea, algomenorrea, algodismenorrea, menstruación dolorosa, metralgia, algia catamenial, síndrome menstrual, síndrome intramensual, síndrome transmensual; síndrome intermenstrual, crisis intermenstrual, ovulación dolorosa.
5. Se afirma que la vida de la mujer desde la menarquia hasta la menopausia es una serie de ciclos, ya sea menstruales o gravídicos y que diversos síntomas pueden presentarse en relación con ellos.
6. Los síntomas o los síndromes respectivos pueden observarse en el intermenstruo, el premenstruo, durante la menstruación y con menos frecuencia después de ella.
7. Los mencionados síntomas y síndromes pueden referirse tanto al área genital y mamaria como a topografías extragenitales.
8. En el *síndrome intermenstrual* lo que suele observarse más frecuentemente es malestar, pesantez, adolorimiento y aun dolor en la zona abdómino-pélvica, generalmente de un solo lado.
9. En el *síndrome premenstrual* lo que mayormente puede anotarse es sensación de plenitud abdominal, molestia o dolor pélvico-abdominal, lumbago, alteraciones mamarias, diversas manifestaciones nerviosas y, sobre todo, psíquicas.
10. Durante el ciclo menstrual puede haber modificaciones psíquicas, a veces muy acentuadas y de gran importancia si llegan al terreno de la peligrosidad.
11. La mujer, sobre todo en la época actual, desempeña tareas fuera del hogar, de responsabilidad ante la colectividad.
12. En el *síndrome menstrual* lo más frecuentemente observado es el dolor abdomino-



- pélvico, lumbago, astenia, malestar general; además, lo referente a la expulsión de membranas endometriales.
13. La palabra *dismenorrea* puede convenir aplicarla a las alteraciones locales, regionales o generales en relación con los días del flujo menstrual y sobre todo a las que acontecen uno o dos días antes.
  14. La frecuencia con que los autores señalan la existencia de los diversos síndromes y síntomas relacionados con el ciclo menstrual es muy diversa y ello depende, por lo menos en parte, de su real variabilidad y de que intervienen la sensibilidad de la paciente y el criterio del médico.
  15. En 3,000 historias clínicas de pacientes entre 15 y 45 años anotamos como cifras globales se encontraron: 45 síndromes intermenstruales, 320 síndromes premenstruales y 410 síndromes menstruales.
  16. Las diversas manifestaciones relacionadas con los ciclos menstruales pueden variar en relación con el trascurso del tiempo, el matrimonio y las relaciones sexuales, la gravidez, parto y abortos, la educación y el ambiente, el régimen de alimentación, la manera de vivir y los deportes.
  17. En el estudio de las pacientes con síndromes o síntomas relacionados con el ciclo menstrual debe ponerse especial atención y hacerlo prolijamente.
  18. Comedimiento, discreción y cuidadoso examen, puede decirse de cabeza a pies, de lo genital y de lo extragenital, es lo que debe realizarse.
  19. El estudio psíquico de la enferma, referente a su ambiente y precisión en valorar la función ovárica y, en general, todo lo sexual, son hechos importantes.
  20. Con la exploración detallada y completa se logra identificar la causa del síntoma o síndrome.
  21. Los tratamientos que se proponen y se indican para los síntomas y síndromes relacionados con la menstruación; que son múltiples y variados.
  22. La psicoterapia es muy útil; no se consideran convenientes los placebos y la hipnosis.
  23. Lo más indicado en pacientes con síndrome premenstrual son los atarácicos, sedantes, diuréticos, etc.
  24. En el síndrome menstrual se utilizan, principalmente, analgésicos, antiespasmódicos, sedantes, medicación estrogénica que produzca ciclos anovulatorios indoloros. Recientemente, derivados del cuerpo amarillo de acción relajante.
  25. Con respecto a la cirugía en el síndrome menstrual, ésta se realiza de acuerdo con las lesiones identificadas. Además, se utiliza la dilatación cervical, la resección del presacro, etc.
  26. El síndrome premenstrual y el menstrual, o dismenorea constituyen problemas apasionantes y muchos temas en relación con ellos pueden y deben ser motivo de estudio e investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ABRAMSON, Daniel, y REÍD DUNCAN, E.: Primary dysmenorrhea. Treatment with relaxin. *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 12, Núm. 2, pp. 123 a 130. Filadelfia, Pen., U.S.A., agosto 1958.
2. ACHARD, Arturo: Dismenorrea. *Revista de Ginecología e d'Obstetricia*. Vol. 100, Núm. 3, pp. 547 a 568. Río de Janeiro, Brasil, marzo 1957.
3. AGUERRE, José A.: Dismenorrea y desensibilización hormonal. *Actas Ginecotológicas*. Año VI, Núm. 1, 2, pp. 1 a 12. Montevideo, Uruguay, enero-febrero 1952.
4. AHUMADA, Juan C, SALABER, Juan A. y AHUMADA, Jorge L.: *Tratado elemental de Ginecología*. López & Etchegoyen. Buenos Aires, Argentina 1952. Tomo I, pp. 146 a 154.
5. AMAYA LEÓN, Hernando: Dolor ovulatorio. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Vol. I, Núm. 1, pp. 24 a 26. Bogotá, Colombia, enero 1950.
6. AROSTEGUI, Gonzalo E., ARMSTRONG, Tomas R., UNANUE PÉREZ, Emilio, RODRÍGUEZ BAZ, LUIS, ALFONSO, JULIO R., PÉREZ DÍAZ, ROBERTO y DOMÍNGUEZ ÁVILA, I.: Disfunción



- ovárica. Ucar, García y Cía. La Habana, Cuba, 1941, pp. 228 a 246.
7. BICKERS, William and WOODS, Maribelle: Premenstrual tensión. Its relation to abnormal water storage. The New England Journal of Medicine. Vol. 245, Núm. 12, PP- 453<sup>a</sup> 456- Boston, Mass., U.S.A., septiembre 20 1951.
  8. BICKERS, William: Menorralgia. Sufrimiento menstrual. Traducción. El Día Médico. Buenos Aires, Argentina 1955.
  9. BINET, André: La gycecologie indispensable. L'expansion Scientifique Francaise. París, Francia, 1947, pp. 396 a 400.
  10. BISHOP, P. M. F.: Endocrinología ginecológica para el médico práctico. Traducción Editorial Paz Montalvo. Madrid, España, 1954, pp. 73 a 80.
  11. BONILLA, F.: Estudio crítico de los métodos de valoración de la función ovárica. Lecciones de cátedra, Núm. 1, pp. 25 a 35. Barcelona, España, enero-febrero 1957.
  12. BOTELLA LLUSIA, José: Fisiología de la menstruación. Ponencia oficial. Segundo Congreso LusoEspañol de Obstetricia y Ginecología. Madrid, España, 1948.
  13. BOTELLA LLUSIA, José: La enfermedad menstrual. Cuadro clínico, etiología y tratamiento. Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Año XVII, Núm. 6, pp. 232 a 244, México, junio 1949.
  14. BOTELLA LLUSIA, José: Exploración de la función ovárica. Clínica y Laboratorio. Tomo LXV, Núm. 382, pp. 9 a 19. Zaragoza, España, enero 1958.
  15. BRAZIL PELLANDA, Erio: Consideracoes sobre a etiología da tensáo premenstrual e de suas relacões com a hipertensáo arterial e a eclampsia. Obstetricia y Ginecología Latino Americana. Vol. XIII, Núms. 1-2, pp. 8 a 20. Buenos Aires, Argentina, enero-febrero 1955.
  16. CÁCERES A., Eduardo: Tratamiento del complejo-síntoma de la dismenorrea. Reporte de la eficacia de un factor relajante uterino. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. VI, Núm. 6, pp. 361 a 364. Bogotá, Colombia, julio-agosto 1955.-
  17. CAPALLERA, Víctor M.: Dismenorrea. Revista Médica Veracruzana. Tomo XXXI, Núm. 3, pp. 2214 a 2219, marzo 1951. Veracruz, Ver., México.
  18. CARMONA B., Nicanor: Acciones, indicaciones y contraindicaciones de la progesterona. Revista de la Sanidad de Policía. Vol. XVII, Núm. 2, pp. 89 a 99. Lima, Perú, abril 1957.
  19. CASTAÑO, Carlos Alberto: La congestión pelviénne, son etiopathogenie et son traitement. Gynecologie et Obstétrique. Tomo XXIX, Núm. 2, pp. 104 a 115. París, Francia, febrero 1934.
  20. CASTRO Caldas, A. de: Dismenorrea esencial. Acta Gynecológica et Obstétrica Hispano-Lusitana. Vol. IV, Núm. 3, pp. 165 a 185, Porto, Portugal, 1955.
  21. CHAMBLIN, William D. and CORBIT, John D.: Chlorpromazine and chlorpromazine combinations in the treatment of dysmenorrhoea. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 74, Núm. 2, pp. 419 a 421. S. Louis, Mo., U. S. A., agosto 1957.
  22. CLAVERO NÚÑEZ, A.: Ginecología psicósomática. Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Año XVII, Núm. 8, pp. 307 a 315, México, agosto 1949.
  23. COLOMBO, Emilio: Los desórdenes de la menstruación y su tratamiento. El Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 1949, pp. 275 a 286.
  24. CONILL, Víctor: Dismenorrea y "mülleroma". Cirugía, Ginecología y Urología. Vol. VII, Núm. 5, pp. 287 a 290, Madrid, España, mayo 1954.
  25. CONILL MONTOBIO, Víctor: Cirugía del dolor en ginecología. Minerva Ginecológica. Año VII, Núm. 2, pp. 120 a 122, Torino, Italia, enero 1955.
  26. COTTE, Gastón: Chirurgie du sympathique pelvien en gynecologie. Masson et Cié., París, Francia, 1932, pp. 153 a 206.
  27. COTTE, Gastón: Resection of the presacrae nerve in the treatment of obstinate dysmenorrhoea. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 33, Núm. 6, pp. 1034 a 1040, S. Louis, Mis., U. S. A., junio 1937.
  28. CURTÍS, Arthur Rale: Ginecología. Traducción. Salvat, Barcelona, España, pp. 364 a 371, 1941.
  29. DALTON, Katharina: Menstruación and acute psychiatric illnesses. British Medical Journal, Núm. 5115, pp. 148 a 149, Londres, Inglaterra, enero 17, 1959.
  30. DIGNAM, W. J., WORTHAM, J. T. and HAMBLEN, E. C: Estrogen therapy of functional dysmenorrhoea: analysis of clinical results. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 59, Núm. 5, pp. 1124 a 1128, S. Louis, Mis., U. S. A., mayo 1950.
  31. DURLACH, J., LEMRRE, L., et LEPAGE, F.: Traitment du syndrome pre-menstruel et du syndrome douloureux pelvien par des dragées glutinisées de nitrate de potassium. Revue Francaise de Gynecologie et d'Obstétrique. Año 53, Núm. 1, pp. 17 a 24. París, Francia, enero 1958.
  32. EHRENFEST, Hugo: Menstruación y sus desórdenes. Revista Médico-Quirúrgica de Patología Femenina. Tomo VI, Núm. 1, Año VI, Núm. 63, pp. 39 a 62. Buenos Aires, Argentina, enero 1938.
  33. ELDEN, C. A. and WILSON, K. M.: The progesterone treatment for dysmenorrhoea. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 32, Núm. 1, pp. 91 a 96, S. Louis, Mo., U. S. A., julio 1936.
  34. ESCUDERO ORTUÑO, Alberto: Las alteraciones psíquicas del ciclo genital femenino. Medicamenta. Año XV, Núm. 306, pp. 299 a 303, Madrid, España, mayo 25, 1957.
  35. FALLS, Frederick H.: Secondary dysmenorrhoea. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 66, Núm. 4, pp. 816 a 822. S. Louis Mis., U. S. A., octubre 1953.
  36. FERGUSON, James Heny and VERMILLION, Margaret B.: Premenstrual tensión. Obstetrics and Gynecology. Vol. 9, Núm. 5, pp. 615 a 619, Nueva York, U. S. A., mayo 1957.
  37. FILLER, William: Administration preovular de la metiltosterona en la dismenorrea funcional. América Clínica, Vol. XVII, Núm. 6, pp. 439 a 442, Nueva York, U. S. A., diciembre 1950.

38. Fitzgerald, Carlos: El dolor en ginecología. Revista Médica del Hospital Obrero. Vol. 5, Núm. 2, pp. 117 a 190, Lima, Perú, abril-junio 1956.
39. FLUHMANN C, Frederic: Menstrual disorders. W. B. Saunders, Co., Filadelfia, Pen., U. S. A. 1939, pp. 261 a 285.
40. FUSTER CHINER, R.: La dismenorrea esencial y su tratamiento por las hormonas estrógenas. Clínica y Laboratorio, Tomo LII, Núm. 304, pp. 16 a 23, Zaragoza, España, julio 1951.
41. GOLUB, Leib J., LANG, Warren R., Menduke, Hyman and Gordon, Hans C: Teen-age dysmenorrhea. A statistical evaluation of the role of suggestion in treatment. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 74, Núm. 3, pp. 591 a 595. S. Louis, Mo., U. S. A., septiembre 1957.
42. GOLUB, Leib J., LANG, Warren, R., MENDUKE, Hyman and BROWN, James O.: Thera-peutic exercises for teen-age dysmenorrhea. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 76, Núm. 3, pp. 670 a 674. St. Louis, Mis., U. S. A., septiembre 1958.
43. GOLDZIEHER, Max A.: Fisiología y perturbaciones menstruales. Revista Médica de Chile. Año LXXVII, Núm. 9, pp. 551 a 561, Santiago, Chile, septiembre 1949.
44. GÓMEZ MONT, Francisco: Tensión premenstrual. Un importante síndrome frecuentemente olvidado. La Prensa Médica Mexicana, Año XX, Núm. 4, pp. 69 a 72. México, abril 30, 1955.
45. GÓMEZ MONT, Francisco: Dismenorrea esencial. La Prensa Médica Mexicana. Año XXII, Núm. 1, pp. 6 a 8, México, enero 1957.
46. GREEN-BLATT, Robert B., HAMMOND, D. O. and CLARK, Sarah L.: Membranous dysmenorrhea: studies in etiology and treatment. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 68, Núm. 3, pp. 835 a 844, S. Louis, Mis., U. S. A., septiembre 1954.
47. GREEN-BLATT, Robert B.: Uso de la noretisterona (17 etinil-19 nortesterona) en obstétrica y ginecología. Endocrinología, Vol. XXIV, Núm. 2, pp. 49 a 58, México, 1958.
48. GREENE, Raymond and DALTON, Katharina: The premenstrual syndrome. British Medical Journal, Núm. 4818, pp. 1007 a 1014, Londres, Inglaterra, mayo 9, 1953.
49. GUERRERO, Carlos D., MILLÁN, Alfonso y URRUTIA RUIZ, Manuel: La medicina psicosomática en ginecología y obstetricia. Ginecología y Obstetricia de México, Vol. V. Núm. 3, pp. 196 a 216, México, mayo-junio, 1950.
50. GUILLEMAN, .: Traitement des dysménorrhées. Gazette des Hopitaux, Año 129, Núm. 31, pp. 1075 a 1079, París, Francia, noviembre 10, 1956.
51. GUIXA Héctor M. y OTTURI, Juan Emilio: La resección del plexo hipogástrico superior en los procesos dolorosos pelvianos. Obstetricia y Ginecología Latino-Americana, Año X, Núms. 3-4, pp. 107 a 115, Buenos Aires, Argentina, marzo-abril 1952.
52. HAMBLEN, E. C: Endocrinología de la mujer. Traducción. Editorial Médico-Quirúrgica. Buenos Aires, Argentina, 1950, pp. 502 a 533.
53. HAUS, Loren W., GOLDZIEHER, Joseph W. and HAMBLEN, E. C.: Dysmenorrhea and ovulation: correlation of the effects of estrogen therapy on pain, the endometrium, and the basal body temperature. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 54, Núm. 5, pp. 820 a 828, S. Louis, Mo., U. S. A., noviembre 1947.
54. HELLMAN, Alfred M.: Dysmenorrhea. Cap. 47 (pp. 610 a 617) de la Gynecology, diseases and minor surgery. Compiled and edited by Robert J. Lowrie. Charles C. Thomas. Springfield, 111., U. S. A., 1952.
55. HERSCHBERG, A. D.: Les traitements non hormonaux du syndrome premenstruel. Comptes rendus de la Société Française de Gynécologie. Año XXV, Núm. 7, pp. 307 a 316, París, Francia, noviembre 1955.
56. HORNO LIRIA, Ricardo: Consideraciones sobre la simpactomía pelviana de Cotte. Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Año XXII, Núm. 4, pp. 105 a 111, México, abril 1954.
57. HULME, Harold B. and HOLMSTROM, E. G.: Stilbestrol treatment of dysmenorrhea. Obstetrics and Gynecology. Vol. I, Núm. 5, pp. 579 a 584, Nueva York, U. S. A., mayo 1953.
58. JACOBY, Adolph and RABBINER, Benjamín: Clinical evaluation of testosterone propionate and methyl testosterone in dysmenorrhea and menometrorrhagia. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 45, Núm. 4, pp. 697 a 700, S. Louis, Mo., U. S. A., abril 1943.
59. JEFFCOATE, T. N. A.: Principles of gynecology. Butterworth and Co., Londres, Inglaterra, 1957, pp. 500 a 518.
60. JONES, Georgeanna S. and SMITH, Frank: Treatment of the dysmenorrhea symptom complex. A preliminary report on the efficacy of a uterine "relaxing factor". American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 67, Núm. 3, pp. 628 a 633, S. Louis, Mo., U. S. A., marzo 1954.
61. KANTER, Hubert Ph. de: El aspecto psicológico de la dismenorrea. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. XIII, Núm. 73, pp. 140 a 146, México, marzo-abril 1958.
62. KLEIN, Luella and CAREY, June: Total exchangeable sodium in the menstrual cycle. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 74, Núm. 5, pp. 956 a 957. S. Louis, Mis., U. S. A., noviembre 1957.
63. KOTZ, Jacob and PARKER, Elizabeth: Primary dysmenorrhea and endocrine problem. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 34, Núm. 1, pp. 38 a 46, S. Louis, Mo., U. S. A., julio 1937.
64. KOTZ, J. and PARKER, Elizabeth: Endometrial patterns in dysmenorrhea. American Journal on Obstetrics and Gynecology. Vol. 37, Núm. 1, pp. 116 a 120, S. Louis, Mis., U. S. A., enero 1939.
65. KREIS, J.: A propos du diagnostic et du traitement de la dysmenorrhée. La Gine-cologie. Año 25, Núm. 4, pp. 193 a 210, París, Francia, abril 1926.
66. KROGER, William S. y FREDD, S. Charles: Ginecología psicosomática. Traducción. Salvat Editores, Barcelona, España, 1955, pp. 274 a 276.



67. LAFFONT, A.: Manuel de Gynecologie. Masson. París, Francia, 1952, pp. 167 a 173 y 205 a 206.
68. LORENZO, L.: Andrógenos: su empleo en ginecología. Acta Ginecológica. Vol. IV, Núm. 6, pp. 555 a 564, Madrid, España, 1953.
69. LYON, Robert A.: Evaluation of dysmenorrhea by basal body temperature. Surgery, Gynecology and Obstetrics. Vol. 76, Núm. 6, pp. 729 a 731, Chicago, 111., U. S. A., junio 1943.
70. MACEDO, Gilberto de: Menstruación e epilepsia; sus correlaciones psicodinámicas. Obstetricia y Ginecología Latino-Americanas. Vol. VIII, Núm. 8, pp. 360 a 366, Buenos Aires, Argentina, agosto 1950.
71. MANZUR, Camilo y ORTEGA, Enrique: Dismenorrea primaria (Estudio de revisión y actualización). Ginecología y Obstetricia de México. Vol. VII, Núm. 6, pp. 437 a 448., México, septiembre-octubre 1952.
72. MARÍN BONACHERA, E.: El endometrio en las dismenorreas. Acta Ginecológica. Volumen II, Núm. 3, pp. 211 a 218, Madrid, España, 1951.
73. MARTÍN MADRID, Segundo E.: Tensión premenstrual. Su tratamiento. Archivos del Hospital Universitario. Vol. VIII, Núm. 1, pp. 55 a 57, La Habana, Cuba, enero-febrero 1956.
74. MARTÍNEZ, Héctor M.: A propósito del síndrome premenstrual. Aisa. Año IV, Núm. 42, pp. 2651 a 2654, febrero 1950, México.
75. MATHIEU, J. et MOUSSELO, J.: Les dysmenorrhées à opérer. Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique. Año 50, Núms. 9-10, pp. 283 a 288, París, Francia, septiembre-octubre 1955.
76. MAZER, Charles, e ISRAEL, León: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos menstruales y de la esterilidad. Traducción. José Bernades. Buenos Aires, Argentina, 1953. PP- 104 a 151.
77. MC LAUGHLIN, Edward Francis: Intermenstrual pain. A surgical condition. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 39, Núm. 4, pp. 684 a 689. S. Louis, Mis., U. S. A, abril 1940.
78. MEDINA GÓMEZ, Amado: Estudio clínico de la dismenorrea y su tratamiento. Endocrinología. Vol. XVIII, Núm. 1, pp. 1 a 7, México, marzo 1952.
79. MEDINA, José B.: Dismenorrea. Ginecología. Año 6, Núms. 5-6, pp. 231 a 252, pp. 273 a 284, Recife, Pernambuco, Brasil, octubre-diciembre 1951.
80. MORALES, Julio Manuel: Patología y clínica ginecológicas. (El Ateneo.) Buenos Aires, Argentina, 1951, pp. 58 a 62.
81. MORTON, Joseph H.: Premenstrual tensión. American Journal and Gynecology. Volumen 60, Núm. 2, pp. 343 a 352, S. Louis Mis., U. S. A., agosto 1950.
82. MUNRO KERR, J. M. y otros autores: Combined textbook of Obstetrics and Gynaecology. Livingstone. Edimburgo, Escocia, 1944, pp. 789 a 811.
83. MURRAY, Edmundo G.: Indicaciones y resultados de la androgenoterapia en la mujer. Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Año XXIII, Xúra. 1, pp. 24 a 27, México, enero 1955.
84. OBIGLIO, Julio R.: Perturbaciones de origen menstrual y responsabilidad. La semana • Médica. Año XLII, Núm. 2184, pp. 1553 a 1558, Buenos Aires, Argentina, noviembre 21, 1935.
85. PALENCIA CONTRERAS, José Pedro: El placebo, por qué es eficaz, aunque inactivo. Unidad Médica Nacional. Núm. 34, pp. 26 a 30, México, enero 1958.
86. PARELLADA, D.: Crisis epilépticas relacionadas con la menstruación y diuresis. Sinopsis Médica Internacional. Vol. 6, Núm. 4, pp. 18 a 22, La Habana, Cuba, agosto 1957.
87. PERALTA RAMOS, Alberto: La dismenorrea membranosa como factor de esterilidad. Boletín del Instituto de Maternidad de la Sociedad de Beneficencia de la Capital. Año XII, Núms. 1 y 2, pp. 59 a 73, Buenos Aires, Argentina, diciembre 1943.
88. PÉREZ MATA, J.: Dismenorrea. Salvat Editores. Barcelona, España, 1946.
89. PICALLO, Ramona: Tratamiento de las dismenorreas con buscapina compositum. Revista Española de Obstetricia y Ginecología. Año XV, Tomo XVII, Núm. 100, pp. 219 a 222, Valencia, España, julio-agosto 1958.
90. PINTO GROTE, Carlos: Problemas psíquicos en ginecología. Acta Médica de Tenerife. Vol. V, Núm. 3, pp. 209 a 219, Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias, febrero-marzo 1956.
91. POZZI, S.: Traité de Gynécologie clinique et opératoire. Masson et Cie, París, Francia, 1907, Tomo II, pp. 782 a 789.
92. RECASÉNS MÉNDEZ-QUEIPO DE LLANO, Manuel: Tratamiento de la dismenorrea esencial. Revista Española de Obstetricia y Ginecología. Tomo XI, Núm. 66, pp. 327 a 336, Valencia, España, noviembre-diciembre, 1952.
93. REES, Linford: The premenstrual tensión syndrome and its treatment. British Medical Journal. Núm. 4818, pp. 1014 a 1016, Londres, Inglaterra, mayo 9, 1953.
94. REYES TORRES, Olga: Incidencia e importancia de la dismenorrea y de otros trastornos menstruales en la adolescencia. Revista de Obstetricia y Ginecología. Vol. II, Núm. 6, pp. 30 a 37, Quito, Ecuador, diciembre 1956.
95. ROBBINS, Fred P.: Psychosomatic aspects of dysmenorrhea. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 66, Núm. 4, pp. 808 a 815, St. Louis, Mis., U. S. A., octubre 1953.
96. ROBECCHI, Emilio: La síndrome intermenstrual. Mineva Ginecológica. Vol. X, Núm. 23, pp. 939 a 940, Torino, Italia, diciembre 15, 1958.
97. ROGERS, Floyd S.: Emotional factors in gynecology. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 59, Núm. 2, pp. 321 a 327, St. Louis, Mis., U. S. A., febrero 1950.
98. ROUX, G.: Comment traiter une dysménorrhée douloureuse. Gazette des Hôpitaux. Año 128, Núm. 3, pp. 111 a 116, París, Francia, enero 21, 1956.

99. RUBÍN, I. C: Troubles gynécologiques d'origine psychique. Revue Francaise de Gynécologie et d'Obstétrique. Año 51, Núms. 3-4, pp. 80 a 94, París, Francia, marzo-abril 1956.
100. SALA, F. y MOLA, T.: Resultados a distancia de las intervenciones sobre el simpático pélvico femenino, practicados por síndromes dolorosos de diverso origen. Acta Ginecológica y Obstétrica Hispano-Lusitana. Vol. III, Núm. 2, pp. 139 a 154, Porto, Portugal, 1953.
101. SALAMERO REYMUNDO, F.: Aspectos psicológicos del síndrome de tensión premenstrual. Toko-Gynecología Práctica. Año XVIII, Núm. 168, pp. 17 a 24, enero, 1959, Madrid, España.
102. SALERNO, Enrique V.: Factores emocionales y síndrome dismenorréico. Anales de la Clínica Ginecológica y Cirugía Abdominal del Hospital Ramos Mejía. Vol. II, pp. 213 a 223, Años 1948, 1949, Buenos Aires, Argentina.
103. SALERNO, Enrique V.: Síndrome dismenorréico y electroencefalograma. Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Vol. XXXIV, Núm. 489, pp. 321 a 324, Buenos Aires. Vol. XXXIV, Núm. 489, pp. 321 a 324, Buenos Aires, Argentina, septiembre 1955.
104. SALERNO, Enrique V.: El síndrome dismenorréico y su tratamiento. Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Vol. XXXIV, Núm. 492, pp. 405 a 409, Buenos Aires, Argentina, noviembre 1955.
105. SCHROEDER, Roberto: Patología de la menstruación, pp. 336 a 356 del Tomo VI de la Biología y Patología de la mujer de Josef Halban y Ludwig Seitz. Traducción. Editorial Plus Ultra, Madrid, España, 1931.
106. SIERRA LONDOÑO, Darío: Síndrome de Sedillot o síndrome de las mujeres fraudulentas. Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer, Año XVII, Núm. 7, pp. 265 a 276, México, julio 1949.
107. SIMMONS, Raymond J.: Premenstrual tensión. Obstetrics and Gynecology. Vol. 8, Núm. 1, pp. 99 a 102, Nueva York, N. Y., U. S. A., julio 1956.
108. SLOCKER CASTRO, C. y MARÍN BONACHERA, E.: Tratamiento de la dismenorrea con bromuro de n-butil-hioscina. Acta Ginecológica. Vol. VI, Núm. 3, pp. 221 a 228, Madrid, España, 1955.
109. SNAITH, Linton and RIDLEY, Brenda: Gynaecological psychiatry. British Medical Journal, Núm. 4573, pp. 418 a 421, Londres, Inglaterra, agosto 28, 1948.
110. SOLÍS SEGURA, Jesús: Cirugía del simpático pélvico en la mujer. Tesis. Facultad de Medicina, México, 1931.
111. STACY, Leda J. and SHOEMAKER, Rosemary. The treatment of dysmenorrhea. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 33, Núm. 1, pp. 67 a 74, St. Louis, Mo., U. S. A., enero 1937.
112. STOECKEL, W. y REIFFERSCHIED, K.: Tratado de Ginecología. Traducción. J. Morata, Madrid, España, 1926, pp. 230 a 235.
113. STURGIS, Somers H. and MEIGS, Joe V.: The use of estradiol dypropionate in the treatment of essential dysmenorrhea. Surgery, Gynecology and Obstetrics. Vol. 75, Núm. 1, pp. 87 a 92, Chicago, 111., U. S. A., julio 1942.
114. SWYER, G. I. M.: Treatment of the premenstrual syndrome. British Medical Journal. Núm. 4927, pp. 1410 a 1412, Londres, Inglaterra, junio 11, 1955.
115. TERRADES, Francisco, y MASCARÓ, José M.: Ginecología del Médico Práctico. Salvat. Barcelona, España, 1949, pp. 314 a 319.
116. TERZI, Iginio: Síndrome neurovegetativa dolorosa biliar en periodo menstruale. Minerva Ginecológica. Vol. X, Núm. 4, pp. 164 a 169, Torino, Italia, febrero 1958.