

Las Pelipatías Vegetativas (1)

E. García Triviño

J A E N

Por encargo del actual Presidente de la Sociedad Ginecológica Andaluza, profesor Salvatierra, tenemos el honor de presentar a esta VIII Reunión de dicha Sociedad, el tema siempre apasionante, de las Pelipatías Vegetativas. Lo hacemos sólo como introducción del tema o planteamiento del problema, con el ferviente deseo de que las aportaciones que se hagan al mismo y la discusión final, esclarezcan muchos puntos que aún hoy figuran en el terreno de lo ignorado o de lo hipotético.

Aspecto doctrinal.

La posibilidad de que una disregulación neuro-vegetativa dé el contenido de la Pelvis femenina —al margen de toda etiología vulgar— pueda engendrar perturbaciones con proyección clínica, fue idea genial de Gaus. Con ella, creó un nuevo capítulo de la Ginecología, con

conceptos patogenéticos nuevos y con original nomenclatura. Clínicamente, en su concepto, se traducirían estas Peli, o Pelvipatías vegetativas, por florida sintomatología subjetiva y escasos o nulos hallazgos exploratorios. Se trataría de auténticas "ginecopatías sine materia".

Investigaciones posteriores y la comprobación clínica reiterada, vinieron a demostrar que, si bien algunas de estas enfermas (al principio de la dolencia, quizás todas), tenían exploración negativa, pasado el tiempo, todas presentaban alteraciones anatómicas comprobables y por cierto, muy típicas. Es decir, que lo que pudo empezar por un trastorno funcional y de sintomatología subjetiva, terminaba en auténtica organopatía, con lesiones comprobables en la clínica, en el quirófano y en el laboratorio. Así cobró actualidad la Retroflexión

(1) Ponencia presentada a la VIII.^a Reunión de la Sociedad Ginecológica Andaluza.

(que con tanta frecuencia acompaña a esta dolencia), pero ya interpretada como una consecuencia más de la misma y no como causa prima de las molestias. La antigua Parametritis posterior de Frueund, se identifica también como consecuencia orgánica y remota de la disregulación vegetativa (al margen de toda etiología inflamatoria), siendo su primer paso, lo que luego hubo de llamarse Parametropatía Espástica de Martius. La Ovaritis Escleroquística, como la repercusión en la gonada, y considerada como Degeneración poliquística o Hipertecosis ovárica. Las Metritis parenquimatosas y los Uteros Fibromatosos, repercusión uterina del mismo proceso. Como las Neuritis simpáticas de Cotte, que motivarían las Plexalgias hipogástricas de Faure. Como las alteraciones vasculares que crearían el Varicocele pélvico, etc., etc.

Pero veamos, ¿qué es lo que en esencia ha creado la perturbación funcional primero y orgánica después? Cómo actuaría la disregulación vegetativa; Castaño lo dijo antes que nadie; un mecanismo vascular; una CONGESTION PELVICA. Una congestión, primero activa y sostenida, y luego pasiva, que crearía edema y con el edema, hipoxia tisular, y con la hipoxia, esclerosis. Por ambas fases pasarían todos los genitales de la mujer, siendo su efecto más ostensible, en Utero, Parametrios, Gonada, paredes vasculares y elementos nerviosos. El pro-

ceso sería reversible en la fase inicial, pero no ya en la fase orgánica que debe considerarse definitiva e irreversible. Taylor tuvo el acierto, a la luz de estos nuevos conceptos, de llamar a esta dolencia, SINDROME DE CONGESTION-FIBROSIS. Síndrome, en atención en que podía tener etiología varia y no constante y congestión-fibrosis, en atención a los dos hechos fisiopatológicos más ostensibles y característicos. Esta denominación ha sustituido a la primitiva de Gaus, no negando en absoluto, que se deba todo a aquella disregulación neuro-vegetativa o neuro-hormonal, como sería más correcto denominarla hoy.

Pero esa disregulación neuro-endocrina, debe ser el eslabón final de una cadena causal. Causas primas deben tenerse en cuenta. La medicina sico-somática, y la mejor comprensión de este problema, esclarecieron mucho la raíz del proceso: Influjos emocionales, corticales, actuarían sobre el Centro Sexual de Hipotalamo que por doble vía, endocrina y vascular (o neurovascular) engendrarían la CONGESTION. Vía Hipofisis, con hiperestimulación gonadal y aumento de asteroides ováricos (todos de intensa acción vasodilatadora). Vía nerviosa, Simpática, actuando sobre los propios Vasodilatadores pélvicos. El desajuste sexual de estas enfermas, al menos de la inmensa mayoría de ellas, es evidente y surge incluso, en el análisis más elemental.

Ante evidencias diarias, ha prendido el concepto actual de Roemer, de que se trataría, pues, de auténticas Neurosis Orgánicas Ginecológicas. Como en toda Neurosis, al factor emocional se añade la participación de la personalidad. De ahí, que el mismo ente exógeno, no cree la misma respuesta en dos individuos distintos. Todo dependerá de la valoración que la mujer haga de su conflicto sexual. Por eso Roemer les llama Neurosis "nucleares", o de la Personalidad. La cadena etiopatogénica podría resumirse así: Componente sicodinámico (suma de factor exógeno emocional y Personalidad); por vía Hormonal y Nerviosa, crearían la disregulación orgánica, con congestión (activa primero, edema) y esclerosis final y congestión pasiva.

No puede negarse que otras posibilidades etiológicas, no conduzcan al mismo efecto regional, incluso, noxas de origen cervical o entérico, en agresiones sucesivas y quizás mínimas, y que como toda flogosis, engendren congestión primero y esclerosis o fibrosis después, pero el mecanismo siccosomático, nos parece predominante y llegamos a esa conclusión por propia experiencia, tratando de comprender a muchas de estas mujeres que tanto sufren y hacen sufrir.

ASPECTO CLINICO

Sintomatología.

En la vertiente somática, que co-

mo ginecólogos hemos de considerar en primer lugar, se trata de mujeres de cualquier constitución (quizás predomine la Asténica), de edades casi siempre comprendidas entre los 30 y los 40 años y de vida sexual activa, es decir, de mujeres casadas (alguna vez pudimos comprobarlo en solteras). Han sido madres de uno o dos hijos y ya hace años que son estériles voluntarias y casi siempre, por coito interrumpido.

Aquejan una serie de molestias extragenitales, de marcado cariz neurovegetativo, tales como cefaleas, insomnio, palpitaciones, dispepsia flatulenta, estreñimiento o crisis diarreicas. En genitales, Lumbo-sacralgia, dolor sordo, en hipogastrio y fosas ilíacas; dolor que no precisa calmantes, pero es permanente, mayor según avanza la jornada diaria, mayor siempre en el premenstruo, con liviano alivio en la menstruación o en los días del postmenstruo, para en seguida recuperar su intensidad anterior. Con frecuencia, acusan sensación de peso sobre el recto y a veces, dolor vivo al deponer, al expulsar gases o al sentarse deprisa. Estas molestias se acentúan siempre post-coito. Sensación de "calor" en su genitales externo y sensación de pinchazos, de agujonazos que ellas refieren "al cuello de la matriz". Sus menstruaciones suelen ser abundantes, pero no irregulares. Una Leucorrea glerosa, no irritante, pero abundante, la refieren también como cosa muy frecuente.

La exploración ginecológica es muy homogénea, podíamos decir, que constante: Cierta cianosis de la portio, que es además, hipertrífica, con variados grados de Ectopia y con abundante moco, filante. Al tacto, ese cuello, está siempre retropuesto, por tracción de unos Uterosacros tensos, inextensibles y extraordinariamente sensibles. Todo intento de movilización del cuello arranca ayes de dolor. El cuerpo uterino puede estar normalmente posicionado, pero lo frecuente es encontrarlo en Retroversión y muy pocas veces, en Retroflexión. Podemos encontrarlo pastoso, o duro, fibromatoso, pero en todo caso, aumentado y rara vez, disminuido de tamaño, siendo siempre sensible. No solemos encontrar lesiones groseras anexiales, pero si los ovarios se hacen tactables, llama la atención su dureza y su sensibilidad. El tacto a nivel de las Espinas Ciáticas, es muy doloroso (Signo de Castaño.) Todas las exploraciones hematológicas, descartan en ellas, la flogosis. La Celioscopia, es poco demostrativa.

La laparotomía encuentra siempre el utero "geográfico" con zonas blanquecinas, de esclerosis y zonas violáceas, de congestión. Siempre está hundido en la pelvis, en Retroversión más o menos acusada. Si pretendemos hacer una Histerectomía total, vemos cómo está *anclado* en el fondo de la pelvis, por la brevedad parametral y, cómo hasta que no están seccionados los Uterosa-

cros, el utero no se nos viene a las manos. Las dilataciones venosas en los Suspensorios, son evidentes siempre, como en pleno parametrio; son las mujeres de fácil hemorragia venosa y de difícil hemostasia. Los ovarios son polimicroquísticos, a veces, con folículos hemorrágicos. Es constante el hallazgo de una especial retracción en el Ligamento Superior izquierdo que lleva a los Anexos de ese lado, a la inmediata proximidad del Asa sigmoidea.

En la vertiente síquica, en la que el Ginecólogo, con mejor voluntad que preparación, tiene siempre que entrar, encontramos los siguientes datos: Son mujeres introvertidas, poco explícitas en sus manifestaciones, de difícil interrogatorio y con las que es difícil sintonizar. Muy susceptibles a todo aquello que signifique menosprecio a sus padecimientos. El "no tiene usted nada" o el "todo son nervios" es la mejor manera de romper con ellas definitivamente. Ellas están convencidas de que son portadoras de enfermedad grave (incluso es muy frecuente en ellas la obsesión cancerosa). Son desconfiadas de la sagacidad del Médico, ante diagnósticos contradictorios que ya han oído. Son desconfiadas de la eficacia del Médico, ante los resultados nulos de diversos tratamientos que ya han cumplido, incluso, tratamientos quirúrgicos, que tampoco las curaron. Por esta su manera de ser, ya entrar en la consulta predispuestas contra el Médico, muy dadas a la

controversia, a poner en evidencia a los otros Médicos que ya las han visto y a ayudar lo menos posible a su curación. Y sin embargo, buscan al Médico una y otra vez. Se advierte en ellas, esa ambivalencia neurótica de, por un lado, *querer curarse* y por otro, de *resistirse a la curación*, conservando su enfermedad, a la que están aferradas, quizás de modo finalista. Por eso "fijan" tanto su síntoma neurótico y son tan poco dadas a aceptar alivio y el "estoy igual o peor" lo tienen siempre a flor de labios, cuando vuelven a comunicarnos los resultados de los tratamientos aconsejados en la consulta anterior. Son por todo, enfermas bien distintas de aquéllas, que portadoras de una auténtica ginecopatía, colaboran tan decididamente con el Médico en busca de la solución de su caso.

Diagnóstico.

Si nos percatamos pronto del tipo de enferma que tenemos delante y con paciencia y habilidad les demostramos vivos deseos de ayudarle, si en una palabra, logramos sintonizar con ellas, entonces ya tendremos sus problemas en la mano y el diagnóstico será fácil. ¡Lo único fácil en ellas!, pues, además, ya hemos señalado lo constante de la sintomatología exploratoria.

Comprobaremos en seguida, que el conflicto sexual está siempre presente: NO MAS HIJOS, sea como sea. Unas veces, sostienen su

actitud, argumentando razones económicas o sociales; otras, por los sufrimientos de sus embarazos (cargados siempre, de Disneurovegetosis). Nos han confesado, que sus impulsos sexuales son reprimidos, llegando incluso a anular el orgasmo, por creer que así es menos fácil el embarazo y si tienen además, problemas de conciencia —lo que es frecuente en nuestro medio y más si es el marido, el que impone la restricción— nos han llegado a confesar "si no gozo, peço menos". A UNA SEGURA INSATISFACCION SEXUAL puede agregarse a la larga, cuando vuelven a querer ser madres y ya la perturbación ovárica las ha hecho estériles, una última insatisfacción maternal, tardía y torturante.

Pronóstico.

Siempre sombrío como el de cualquier neurosis. La curación es muy difícil, menos, en el estado actual de nuestros conocimientos y en el estado actual la colaboración del siquiatra, al menos, en los medios en que nos desenvolvemos y con enfermas que no pueden sostener un tratamiento sicoterápico prolongado.

Tratamiento.

No conocemos ninguno auténticamente eficaz. Tenemos un gran pesimismo frente a este problema. Estas enfermas son para nosotros

una auténtica obecisión, pues, además, son cada día más frecuentes y el problema va invadiendo escalas sociales más bajas, donde la incultura y la escasez de medios para su curación, hacen aún más difícil el problema.

Todos los Sicoactivos y sedantes vegetativos, han fracasado, en nuestras manos, al menos.

Los Andrógenos, en los que pusimos entusiasmo, por su efecto descongestionante pélvico y su efecto sicobiológico, sólo las han aliviado temporalmente.

Los Vasocostritores, han seguido la misma mala fortuna.

Los Siquiatras, nos las devuelven con el diagnóstico de Neurosis, que ya estaba hecho y con el argumento de que la enferma no puede entregarse a un profundo sicoanálisis y a una larga sicoterapia. Y entonces, somos nosotros, *siquiatras a la fuerza*, los que hemos de emprender el tratamiento: Sensación de comprensión de sus problemas. Eliminación de sus temores de grave dolencia. Explicación del mecanismo de su enfermedad y de la solución NATURAL que puede curarlas, nos ha servido de bastante y a veces, un nuevo embarazo, trajo una curación definitiva, aunque por desgracia, no siempre, ni siempre es fácil de lograr, en procesos avanzados.

Hemos recurrido a los tratamientos locales, antes más que ahora. De ellos, hemos de confesar haber tenido muchos éxitos con la Electrocoagulación de la Ectopia, y no sólo han desaparecido los síntomas subjetivos, sino que al compás que el cuello se normaliza, el parametrio se hacía elástico e insensible. Unas veces, hemos creído que podríamos atribuir el éxito a la sicoterapia de "eliminación", pues si a la mujer ya le habían dicho que tenía "úlceras de la matriz" hasta que no la eliminábamos, no desaparecía su Angustia. Pero otras veces, lo hemos hecho, no lo hemos dicho, la enferma no sabía que tenía "úlceras" y también ha curado. Eso nos ha hecho admitir, que quizás a veces, esa Parametropatía dolorosa, fuera linfógena, de arranque en la Cervicitis y, por tanto, vulgar.

La Cirugía del dolor (Operación de Castaño, Cotte), Suspensiones ligamentarias, etc., etc., son cada día menos practicadas ante sus escasos resultados y si acaso, resultados transitorios. La Histerectomía, TOTAL es INEFECTIVA, pues sólo cura los dolores rebeldes de las fases avanzadas o de fibrosis y la aconsejamos en las mujeres próximas a la menopausia, pero nunca en mujeres jóvenes, pues su conflicto sexual, lo agravamos. Aunque hallamos eliminado el "foco" de su Neurosis y

sepan que no pueden ya tener embarazos, la mutilación, las empeora y las deprime más.

Ante tan desolador panorama terapéutico, esperamos que esta

Asamblea elimine nuestros yertos y abra nuestro pecho a la esperanza de serles útil a estas desgraciadas enfermas. Esa ayuda, la pedimos muy sinceramente.