

MAYOR EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL ÚTERO HIPOPLÁSICO CON ESTROGENO AL CERVIX

Dr. RAFAEL DE LA PUENTE LANFRANCO

La existencia de hipoplasia uterina es de observación bastante frecuente para todo ginecólogo y, en especial, para aquellos que se dedican al estudio de la mujer estéril en la que su hallazgo es un hecho común.

Por esta razón y sobre todo en los casos de esterilidad primaria, su búsqueda debe ser de rutina en el estudio diagnóstico de la paciente, poniendo especial interés en descubrir las hipoplasias sub-clínicas, discretas, que pasan desapercibidas muchas veces y en las que sólo el examen histerosalpingográfico nos va a permitir objetivarlas y catalogarlas. Este hecho reviste mayor importancia dada la frecuencia con que se encuentran, simultáneamente, úteros hipoplásicos y genitales externos normales.

En el presente trabajo vamos a ocuparnos solamente de las hipoplasias uterinas, o sea defecto o deficiencia en el desarrollo y crecimiento uterino, sin llegar al grado de útero infantil o rudimentario.

Es necesario insistir en esta diferencia de grado, por la importancia que ella reviste, ya que, como hemos dicho, las primeras son muy frecuentes y se pueden tratar médicamente con éxito, en cambio la existencia de útero infantil es bastante rara, siendo poco o nada lo que podemos hacer para corregirla.

Ya desde los trabajos de BOUIN y COURRIER (2) en 1929, REYNOLDS en 1938 y MAC LEOD (4) en el mismo año, son conocidos los importantes y marcados efectos que el aumento de la vascularización uterina tienen en el crecimiento de este órgano y que, además, el efecto de los estrógenos en inducir el crecimiento del útero, podía deberse a su acción vasodilatadora o hiperémica sobre él y no a un efecto trófico específico en el miometrio.

Los defectos en la vascularización uterina pueden ser causa de hipoplasia o al menos un factor importante en su determinación.

Los mejores efectos o éxitos de la terapia estrogénica para inducir el crecimiento uterino, se obtiene cuando éstos se administran localmente en las paredes uterinas mismas. FERREIRA GOMEZ (3) en 1947, con trabajos experimentales en conejos, demostró que la inyección de estrógenos (monobenzoato

de estradiol) en un cuerno uterino, producía mayor desarrollo de éste que el resto del órgano y que el crecimiento del útero en general era comparable al obtenido por dosis mucho mayores de estrógenos administrados por vía intramuscular.

Estas observaciones dan importancia al tratamiento local estrogénico de la hipoplasia uterina, pues hay un marcado y máximo efecto en el sitio de su administración.

M A T E R I A L

El presente trabajo lo hemos llevado a cabo en el Centro Peruano de Fertilidad Matrimonial, sobre un total de 100 pacientes no seleccionadas, que nos consultaron por su problema de falta de descendencia, en las que se objetivó la existencia de hipoplasia uterina.

Las edades de dichas pacientes fluctuaron entre los 20 años como mínimo y los 37 años como máximo, con una edad promedio de 29.3 años.

El tiempo de esterilidad involuntaria osciló entre los 4 meses y los 14 años como extremos, con un promedio de 3.3 años de matrimonio sin descendencia.

Correspondieron a esterilidad primaria el 78 por ciento de los casos; a esterilidad secundaria el 19 por ciento y a infertilidad el 3 por ciento de ellos.

El 18 por ciento de estas pacientes referían amenorreas frecuentes, de 2 hasta 8 meses de duración, habiendo 4 casos que sólo menstruaban con tratamiento.

Con relación a su régimen catamenial encontramos que el 58 por ciento eran normales en este sentido; el 37 por ciento presentaban hipomenorrea y el 5 por ciento restante, antecedentes de hipermenorrea.

Correspondieron a hipoplasia uterina franca el 53 por ciento de los casos y a discreta hipoplasia el 47 por ciento.

M E T O D O

El examen histerosalpingográfico que practicamos en forma rutinaria a todas las pacientes que nos consultan por esterilidad matrimonial, nos ha permitido establecer el diagnóstico de hipoplasia, así como también apreciar el grado de ésta.

Los exámenes ginecológico e histerométrico, que también hacemos rutinariamente, no revelaron, en varios casos, la hipoplasia existente, por lo que insistimos en la necesidad del examen radiográfico en este tipo de pacientes.

La droga usada en todos los casos fue el Benzoato de Estradiol, en solución oleosa, ampolla de 5 mgms.

La inyección de la hormona la hacemos preferentemente en el labio anterior del cervix, el cual ha sido previamente desinfectado y fijado con una pinza de Schroeder; usamos para este fin una aguja hipodérmica de calibre N° 18, de bisel corto y una jeringa de 5 cc.

Acostumbramos administrar 10 inyecciones de estrógenos por paciente, repartidas en dos o tres ciclos menstruales, de preferencia en la primera mitad de éste y con un intervalo de 2 ó 3 días entre cada una.

La dosis usada fue de 10 mgs. de estrógenos por inyección, aunque comenzamos nuestra serie con dosis más bajas, 3 ó 5 mgs. en la primera y segunda aplicación, para apreciar la tolerancia de la paciente.

En todos los casos acostumbramos administrar Progesterona de 100 mgs., una ampolla, en el día 18 ó 21 de cada ciclo.

En 14 de nuestras pacientes, hemos hecho más de dos ciclos mencionados y 21 de ellas no llegaron al término de los mismos, lo que nos da un promedio de 10.5 inyecciones por paciente y 80.39 mgs. como dosis total promedio.

Al finalizar el tratamiento o al mes siguiente, practicamos a cada paciente una histerosalpingografía de control para apreciar los resultados obtenidos.

EFFECTOS SECUNDARIOS

En el 27 por ciento de las pacientes que hemos tratado se presentaron como efectos secundarios desagradables: hipertermia discreta, náuseas, calofríos, dorsalgia o raquialgia, sensación vertiginosa, cafolea, angustia, dolor discreto a hipogastrio. Estos síntomas que se presentaron generalmente después de la primera inyección de estrógenos, no tuvieron mayor significación y su duración fue de unas pocas horas desapareciendo con medicación sintomática o bien espontáneamente.

RESULTADOS

En los 66 pacientes que cumplieron su tratamiento y en las que pudimos tener comprobación final de los resultados, ya sea por la histerosalpingografía de control o por el éxito de una gestación, éstos son los siguientes:

19 Gestaciones	28.7 %
18 Normalizaciones	27.3 %
13 Mejorías	19.6 %
16 Fracasos	24.4 %

Uniendo el porcentaje de las pacientes que gestaron con el de las que normalizaron el tamaño de su útero, sin entrar en gestación, tenemos en realidad un 56 por ciento de buenos resultados. Si a este porcentaje le agregamos el de los casos en que sólo se obtuvo mejoría, tenemos un 75.6 por ciento de resultados satisfactorios.

Los casos que normalizaron el tamaño de su útero y no han gestado, se debe al hecho de que no sólo este factor estaba comprometido en su problema de falta de descendencia.

A continuación exponemos el cuadro 1, en el cual resumimos los datos más importantes de las 66 pacientes, en las que se obtuvo comprobación final de los resultados.

CUADRO Nº 1

RESULTADOS	EDAD	ESTERILIDAD		HIPOPLASIA	
	PROMEDIO	PRIM.	SECUND.	FR.	DIS.
19 Gestaciones	27.8	14	5	9	10
18 Normalizaron	28	12	6	7	11
13 Mejoraron	29	12	1	10	3
16 Fracasaron	29.3	11	5	10	6

Analizando este cuadro podemos apreciar que:

La edad de las pacientes influye en el éxito del tratamiento, pues los mejores resultados los hemos obtenido justamente en las series de casos con menor edad promedial.

Respecto al tipo de esterilidad vemos que los mejores resultados se han obtenido en los casos de esterilidad primaria, pues tenemos buenos resultados (sumando las gestaciones, normalizaciones y mejorías) en 38 de ellos, que corresponden al 77.5 por ciento de los casos de esterilidad primaria; obtuvimos idénticos resultados en 12 casos de esterilidad secundaria, o sea en el 70.4 por ciento.

Vemos que los resultados son más favorables en los casos de hipoplasia discreta, en efecto, 10 de los 19 que gestaron y 11 de los 18 que normalizaron su hipoplasia, correspondieron a este grado; en cambio, en los casos en que solamente obtuvimos mejoría o bien fracasos, la mayor parte de ellos eran de franca hipoplasia, 10 de las 13 mejorías y 10 de los 16 fracasos.

A continuación presentamos un cuadro en el cual resumimos los datos más importantes de las 19 pacientes que gestaron:

CUADRO N° 2

CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES QUE GESTARON DESPUES DEL TRATAMIENTO CON ESTROGENOS AL CERVIX

EDAD	TIEMPO DE MATRIMONIO		EXITO POST TRATAMIENTO	EMBARAZO	PARTO	FETO	
	AÑOS-MESES		(en meses)			V	M
34	8	—	1	Normal	Eutoc.	sí	—
36	14	—	1	"	Ces.	sí	—
24	2	—	5	"	Eutoc.	—	sí
30	5	—	3	"	Ces.	sí	—
28	1	—	5	"	"	sí	—
23	—	8	5	"	Eutoc.	sí	—
27	3	—	8	"	"	sí	—
24	2	—	4	"	Ces.	sí	—
29	4	—	2	3 1/2 m.	—	—	—
28	2	—	4	5 m.	—	—	—
29	4	—	6	5 m.	—	—	—
23	1	7	1	7 m.	—	—	—
20	1	—	4	7 m.	—	—	—
25	2	—	4	Normal	Eutoc.	sí	—
25	8	—	1	3 m.	—	—	—
29	1	—	12	Normal	Eutoc.	sí	—
28	1	—	5	"	Ces.	sí	—
29	1	—	4	2 m.	—	—	—
28	1	—	2	6 m.	—	—	—

Ya hemos comentado que la edad de estas pacientes fue la menor de nuestra serie de casos. El tiempo de matrimonio sin descendencia que tenían las pacientes al momento de iniciar el tratamiento, ha fluctuado entre los 8 meses y los 14 años como valores extremos. La gestación se obtuvo entre 1 mes y 12 meses de terminado el tratamiento, con un promedio de 4 meses. La evolución del embarazo fue normal en las 11 pacientes que han llegado al final de éste.

El parto fue eutócico en 6 casos y por operación cesárea en los 5 restantes. La indicación de la cesárea fue por diversas razones, pero es conveniente destacar que el porcentaje alto de ésta, se debe al hecho muy especial de tratarse de pacientes de esterilidad que han logrado una gestación, después de haber esperado y luchado por este hijo durante largo tiempo, lo que no nos permitía exponer a éste un parto por las vías naturales si no contábamos con todas las garantías y seguridades de éxito.

En 10 casos el producto de la concepción fue un niño vivo y sano; un caso falleció a las pocas horas de nacido, por presentar una malformación congénita debida seguramente a una virosis que presentó la madre en el primer trimestre del embarazo.

B. de S. Edad 29 años, esterilidad primaria, tiempo de matrimonio: 7 meses.

Histerosalpingografía antes del tratamiento: franca hipoplasia uterina (Fig. 1); histerosalpingografía de control: marcado aumento del tamaño uterino (Fig. 2).

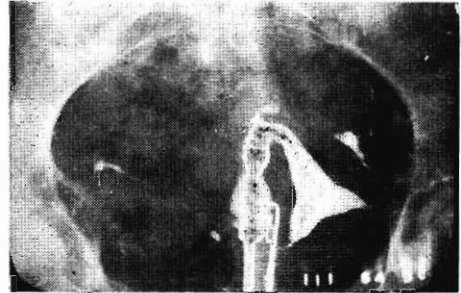


Esta paciente tuvo una gestación normal y parto eutócico en setiembre de 1964.

Esta paciente gestó posteriormente, teniendo un parto eutócico y a término.

P. de P. Edad 29 años, esterilidad primaria, tiempo de matrimonio: 13 meses.

Histerosalpingografía antes del tratamiento: hipoplasia uterina discreta (Fig. 5); histerosalpingografía de control: tamaño del útero normalizado (Fig. 6).



Actualmente, esta paciente tiene 3 meses de gestación.

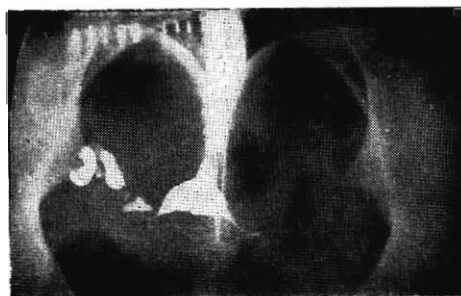
G. de C. Edad 23 años, esterilidad primaria, tiempo de matrimonio: 1 año.

Histerosalpingografía antes del tratamiento: franca hipoplasia uterina (Fig. 7); histerosalpingografía de control: tamaño del útero normalizado (Fig. 8).



A. de B. Edad 26 años, esterilidad secundaria, tiempo de matrimonio: 2 años y medio.

Histerosalpingografía antes del tratamiento: franca hipoplasia uterina (Fig. 9); histerosalpingografía de control: útero de tamaño normal (Fig. 10).



RESUMEN

1. Hemos tratado con estrógenos al cervix a 66 pacientes que consultaron por su problema de esterilidad matrimonial.
2. La edad promedio de estas pacientes fue de 29.3 años.
3. Correspondieron a esterilidad primaria el 78 por ciento de los casos; a esterilidad secundaria el 19 por ciento y a infertilidad el 3 por ciento de ellos.
4. De las pacientes estudiadas, el 53 por ciento presentaban franca hipoplasia uterina y el 47 por ciento discreta hipoplasia.
5. Tanto para el diagnóstico de la hipoplasia como para la apreciación y control de los resultados, nos basamos en el examen histerosalpingográfico.

6. Después del tratamiento, 19 mujeres gestaron; o sea el 28.7%.
7. Los mejores resultados se han obtenido: en los casos de esterilidad primaria, de hipoplasia uterina discreta y en razón inversa a la edad de las pacientes.
8. En el 27 por ciento de los casos se han observado efectos secundarios desagradables, tales como: hipertermia discreta, náuseas, calofríos, dorsalgia o raquialgia, cefalea, angustia, sensación vertiginosa, dolor discreto a hipogastrio.
9. La mayor caústica en este trabajo, así como la similitud en los buenos resultados con respecto a un trabajo anterior con menor número de casos, nos permite afirmar con mayor validez, en la eficacia de la terapia estrogénica para corregir la hipoplasia uterina.

S U M M A R Y

The author presents his experience in the treatment of uterine hypoplasia with local injections of estradiol. His group was formed by 66 patients suffering of sterility; the mean age was 29 years; 78% of the cases had primary sterility; 19% were of the secondary type and 3% corresponded to infertility.

After the treatment was completed there were 19 pregnancies, this is 28,7%. The best results were obtained in primary sterility and discrete hypoplasia of the uterus. 27% of the cases presented some side effects that were well tolerated.

The author believes that some cases of sterility due to hypoplasia of the uterus can be treated succesfully with local injections of estradiol.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—BETTINOTTI, A. E., ARENAS, N., MURRAY, E. G.: su libro Esterilidad Conyugal, 1956.
- 2.—BOUIN, P., and COURRIER, R.: Arch. Anat. Micr. 25:189, 1929.
- 3.—FERREIRA GOMEZ, A.: Rev. Española Obst. Ginec. 6-81:185, 273, 339, 1947.
- 4.—MACLEOD, J. and REYNOLDS, S. R. M.: Proc. Soc. exp. Biol., N. Y. 37:666, 1938.
- 5.—PUENTE, RAFAEL DE LA: Rev. Fertilidad Matrimonial: Vol. 1-1:73, 1964.