

TRATAMIENTO DE LAS MENORRAGIAS DE ORIGEN OVÁRICO POR LA INSULINA (*)

por el doctor

J. SOLER JULIÁ

Del servicio de ginecología del Hospital de la Santa Cruz
y San Pablo.

VOGT publicó en el *Zent. für Gynäk.*, n.º 48, del año 1927, un artículo en el que hacía notar que la insulina, además de su acción sobre los hidratos de carbono, disminuía las reglas en duración y cantidad a las mujeres no diabéticas con menstruación normal, hecho que aprovechó para tratar las menorragias de origen ovárico. Afirma que inyectando durante tres o cuatro días seguidos, a partir del cuarto día de la menstruación, una dosis diaria de 40 ó 50 unidades de insulina, en dos veces, antes de las comidas, la hemorragia ha cesado siempre. Los resultados obtenidos en 50 enfermas, fueron tan concluyentes, que se atreve a afirmar que si las hemorragias no menstruales no cesan, es que la causa no está en el ovario. En efecto, en las hemorragias no menstruales, metrorragias debidas a fibroma, a un mioma submucoso, a una endometritis o a un cáncer, los efectos de la insulina son nulos y es inútil insistir. Además, para evitar los accidentes siempre posibles de hipoglicemia, es preciso hacer tomar inmediatamente, antes de las inyecciones, una dosis suficiente de hidratos de carbono bajo forma de azúcar, chocolate, agua azucarada, etc.

Dadas estas afirmaciones y el haberme dicho COTTE (de Lyon), que lo había empleado con buenos resultados, decidí ensayarlo. El primer caso lo menciono en la lección que sobre «Metrorragias de la menopausia» di el año pasado en el curso que organizó y dirigió el Dr. E. RIBAS RIBAS. Se trataba de una señora de 51 años, con intensas y duraderas hemorragias de menopausia. Le di 40 unidades en dos veces por día y durante dos días. Después de la segunda inyección la hemorragia disminuyó mucho para desaparecer al cuarto día. Al mes siguiente repetí las inyecciones porque la hemorragia era muy intensa, y disminuyó en seguida. Al otro mes no tuvo la menstruación. Después no he sabido más de ella.

En el Hospital de la Santa Cruz, en el servicio que dirige el Dr. PUJOL Y BRULL, hemos tenido ocasión de tratar tres casos.

L. M. (Historia 2215 del dispensario), de 32 años de edad, menarquía a los 16 años, 4/30. Casada, a los 20; ha tenido 4 partos, a término, con puerperios normales; del

último, hace 18 meses. Desde la edad de 19 años, la menstruación se hizo muy abundante y de 10 a 12 días de duración, adelantándose cuatro o cinco días; de manera, que son muy pocos los días que pasa sin hemorragias. Su cara y el color de las mucosas son de anemia. A la exploración nada anormal se encuentra en su aparato genital.

Diagnóstico: Menorragias por disovaria.

El 24 de noviembre de 1928 comienza el tratamiento que dura cinco días a razón de 30 unidades diarias en dos veces. Al tercer día la hemorragia ha disminuido mucho y al quinto día desaparece del todo. En diciembre, la menstruación dura cinco días y no es muy abundante. En enero dura ocho días, sólo abundante el 3.º y 4.º. La enferma se encuentra mucho mejor y nos recuerda que, desde los 18 años, no había menstruado tan bien. Quedó en volver si repetían las metrorragias y no ha vuelto.

M. S. (historia 2236 del dispensario), de 14 años de edad, soltera, menarquía a los 12 años, 7-8/30 muy abundante. Buena salud. La vemos en diciembre último y nos dice que, desde julio, la menstruación ha aumentado mucho en cantidad y duración; que le dura 15 días y más. Nada anormal se encuentra en su aparato genital.

Diagnóstico: Menorragias por disovaria.

El día 10 comienza el tratamiento con 30 unidades de insulina en dos veces; el 11, igual dosis y se suspende el tratamiento por haber cesado la hemorragia. El día 21 reaparece la hemorragia y se le inyectan 30 unidades diarias hasta el 25 en que cesa la hemorragia. El día 2 de enero tiene la regla que dura hasta el 8. En febrero, después de 5 días de menstruación, continúa abundante, por lo cual se inyectan 40 unidades diarias en dos veces durante cinco días y cesa la hemorragia. En marzo, vino a decirnos que hacía tres días tenía la menstruación bastante abundante, y le aconsejamos aguardara dos días, pasados los cuales le reanudaríamos las inyecciones si fuera necesario. No hubo necesidad. En abril, no la vimos y tampoco en lo que va de mayo; lo cual nos hace suponer que ha menstruado mejor.

C. F. (historia 430), de 35 años de edad; menarquía a los 12 años, 2-3/26, bastante abundante; 5 embarazos, 3 partos buenos, 2 abortos provocados de 3 meses (los dos embarazos últimos), el último incompleto, por lo que ingresa en el hospital el 14 de diciembre de 1927 y se le practica un raspado. En febrero de 1928 vuelve a menstruar 3 días, muy abundante. El día 16 del pasado abril viene a decirnos que,

(*) Comunicación presentada a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Barcelona. Sesión 10 mayo 1929.

desde agosto, la regla es muy abundante, hasta el punto de que son muchos los meses que se ve obligada a guardar cama unos días. Ahora hace 4 días que la hemorragia es muy abundante. No se encuentra nada anexial ni uterino. Se le inyectan 40 unidades de insulina diarias durante tres días y cesa por competo la hemorragia.

F. M. de 38 años, menarquía a los 14 años 4/30, regular cantidad; ningún embarazo. Viene al consultorio particular quejándose de que hace más de un año la menstruación es más abundante y duradera, lo cual la deja extenuada. Enferma obesa, de exploración algo difícil, a pesar de lo cual podemos afirmar que nada anexial existe; el útero parece regular y la histerometría de 7 y medio centímetros. Diagnosticamos: probables menorragias por disovaria, e instituímos el tratamiento por la insulina a dosis de 40 unidades diarias sin obtener resultado alguno. Al mes siguiente se repiten las menorragias y se insiste en el tratamiento por la insulina también sin resultados, visto lo cual se le propone la castración por radioterapia que, por razones especiales, no acepta y prefiere la operación. Practiqué histerectomía, encontrando en el fondo lateral izquierdo un fibroma del tamaño de una avellana que se hacía sub-mucoso.

En los casos expuestos vemos que, cuando se ha tratado de hemorragias de origen ovárico, la insulino-terapia ha producido los efectos descritos por VOGT. En el último citado, en que incurrí en un error de diagnóstico, los efectos de la insulina fueron nulos.

Ahora bien; ¿cómo explicar estos defectos?

Estamos convencidos de que la insulina tiene una acción electiva sobre el ovario, pero si bien esta acción es fácil comprobarla, en cambio, es, por hoy, muy difícil precisar su mecanismo.

Dice CORTE, y tiene razón, que no es admisible la idea de que la insulina obra como hemostático gracias a la albúmina que contiene; es decir, por acción análoga a la que obra el suero animal, puesto que sus efectos sólo son beneficiosos en las menorragias de origen ovárico.

Sabemos que normalmente la menstruación va acompañada de un estado de hipervagotonía con hiperglicemia, el cual, no obstante, está equilibrado por el cuerpo amarillo que excita al simpático, y tiende así a restablecer el equilibrio vago-simpático. Ahora bien; ¿es disminuyendo la hiperglicemia o actuando sobre el sistema vago-simpático que obra la insulina? Es difícil explicarlo, pero lo que sí podemos afirmar es que existe una relación íntima entre la insulina y el ciclo ovárico, relación comprobada por observaciones clínicas y experimentales.

Experimentalmente son curiosos los hechos citados por HABERLAND y VOGT, en el *Zent. für Gynä.*, n.º 23, año 1927, referentes a infecundidad temporal obtenida en ciertos animales mediante inyecciones de insulina.

En clínica, no sólo se ha empleado la insulina contra las menorragias de origen ovárico, sino que se ha recurrido a ella en ciertas toxicosis que se creen relacionadas con una insuficiencia ovárica, y en particular contra los vómitos incoercibles del embarazo (HOFBAUER). VOGT ha empleado con éxito la insulina en dos enfermas, cuyo estado general dejaba mucho

que desear y estaban amenorreicas. En los dos casos hubo una rápida mejoría del estado general con aumento de peso, y reaparición de la menstruación.

CORTE dice que a primera vista parece que si la insulina inyectada bajo la piel de ciertos animales provoca una infecundidad temporal, y en la mujer actúa sobre las hemorragias menstruales, es porque inhibe o suspende la ovulación. Pero entonces, ¿cómo explicar que actúe igualmente en la insuficiencia ovárica y en la amenorrea? En estos últimos casos podrá atribuirse su actuación a la acción que ejerce sobre el metabolismo de los hidratos de carbono, o también por mejorar el estado general. No obstante, parece mejor admitir que la insulina obra a la manera de un fermento o una vitamina y que únicamente regulariza el ciclo de la ovulación. En su obra «Los trastornos funcionales del aparato genital de la mujer», dice que las menorragias de las jóvenes no están necesariamente ligadas a una hiperfunción, sino que mejor son atribuibles a una disfunción del ovario, y la mejor prueba está en que a las reacciones más o menos extensas, defendidas y practicadas por algunos cirujanos que creían normalizar así el funcionamiento del ovario, SIPPEL ha preconizado la idea de hacer injertos ováricos que actúan también favorablemente. Basta, pues, que la ovulación se normalice para que desaparezcan las hemorragias, lo cual explica que los injertos sean particularmente eficaces, puesto que con ellos realizamos la mejor opoterapia.

Es, pues, probable que la insulina actúe de manera idéntica; esto es, que por su acción directa sobre el ciclo ovárico haga ceder las hemorragias de origen ovárico.

WERMER, en un trabajo titulado: «Tratamiento de las hemorragias uterinas por los medicamentos diuréticos», publicado en el *Zentralb. für Gynäk.*, n.º 11, año 1928, llama la atención sobre la posibilidad de influenciar las menorragias por una hipersecreción endógena de pituitrina. La diatermia y los rayos X excitan el lóbulo anterior de la hipófisis. El lóbulo posterior se comporta como un regulador de la eliminación hídrica (diabetes insípida), y puede admitirse que toda eliminación excesiva de agua acarrea una hipersecreción del lóbulo posterior. Los experimentos permiten comprobar que, después de la administración de productos diuréticos, aumenta la cantidad de pituitrina del líquido céfalo raquídeo extraído por punción sub-occipital.

Aplicando estos conocimientos a la clínica administra la úrea en paquetes de 20 gramos, disueltos en agua, a la dosis de tres paquetes por día; dice, bastan por regla general dos días para obtener el resultado deseado; en 10, el efecto fué nulo, y tampoco se modificaron por la inyección directa de pituitrina, lo cual corroboraría el supuesto mecanismo de la acción de la urea, o sea, por hipersecreción de pituitrina. La misma interpretación, dice, podría darse a los resultados obtenidos por VOGT con la insulina.

Para terminar, podemos decir que la influencia de la insulina contra las menorragias de origen ovárico

es positiva, pero que el método debe someterse a más vastos ensayos, esperando que los biólogos harán los estudios necesarios para explicarnos por qué mecanismo produce los efectos descritos.

ovarique, grâce à laquelle celle-là exerce une influence positive sur les ménorragies d'origine ovarique.

RESUME

Il existe une relation intime entre l'insuline et le cycle

SUMMARY

There exists a close relationship between insulin and the ovarian cycle, in consequence of which the former exerts a positive influence upon menorrhagias of ovarian origin.