

ciadas con falta de vascularización, la ulceración crónica y la degeneración crónica no son infrecuentes.

Después de describir las alteraciones anatomopatológicas, el autor se ocupa del tratamiento, señalando que cuando se tiene en cuenta la avascularización producida por este tipo de lesiones, resulta evidente que poco puede hacer el tratamiento conservador. A pesar de los informes entusiastas presentados por los defensores de las aplicaciones locales de pasta de radón o de hojas de aloe vera, el autor, al parecer, sólo ha visto aquellos pacientes que no respondieron a este sencillo tratamiento. Como la reacción patológica es progresiva e irreversible, el autor considera que sólo puede esperarse una curación permanente cuando todo el tejido lesionado ha sido extirpado hasta una zona con buena irrigación sanguínea. Si esta extirpación no es lo bastante amplia, fracasarán las operaciones reconstructivas, pudiendo producirse después degeneración alrededor o por debajo de la zona de la primitiva extirpación. Debe subrayarse de nuevo que el intenso dolor y el prurito se alivian tan pronto como han sido extirpados los tejidos lesionados. El problema que queda es el de la reconstrucción del defecto cutáneo creado por la extirpación quirúrgica.

Algunos defectos pueden cerrarse mediante sutura primaria después de diseccionar adecuadamente por debajo los colgajos de tal modo que puedan ser movilizables sin tensión. La mayoría de los defectos cutáneos, por su naturaleza y tamaño, habrán de ser cubiertos por un injerto o colgajo de piel.

GINECOLOGÍA

LA HORMONA MASCULINA EN GINECOLOGÍA

Dr. ALFRED A. LOESER

ANTES de ocuparnos de las indicaciones de la testosterona en diversas afecciones de la mujer, veamos algunos de sus efectos generales en el organismo femenino.

1.º La testosterona aumenta la retención de sodio y potasio y da lugar a la retención de nitrógeno. En consecuencia, el tratamiento con testosterona produce siempre un aumento de peso corporal debido a que el agua es retenida por la presencia de sodio y nitrógeno. Este aumento de peso se pierde rápidamente con la suspensión del tratamiento.

2.º La testosterona actúa especialmente sobre el sistema hematopoyético aumentando el número de eritrocitos y de hemoglobina. Ejerce una acción estimulante sobre la médula ósea, sobre todo en los casos de anemia normocítica e hipocrómica.

3.º La testosterona actúa al mismo tiempo sobre el metabolismo del calcio y del fósforo, disminuyendo su excreción.

Los mecanismos de acción de la testosterona en el organismo femenino son probablemente cuatro, a saber:

1.º Antigonadotrópica, inhibiendo el mecanismo hipotálamohipofisario de liberación de gonadotropinas.

- 2.º Antiovárica, inhibiendo la formación del folículo o del cuerpo lúteo.
- 3.º Antiestrógena, neutralizando directamente los estrógenos sanguíneos y tisulares.
- 4.º Antihemorrágica, contrayendo el miometrio y actuando por la constricción de los vasos sanguíneos.

En estado normal, son los estrógenos los principios activos en el organismo de la mujer y predominan sobre los andrógenos, pero si se hacen excesivos deben ser neutralizados por los principios andrógenos a fin de mantener el equilibrio endocrino masculinofemenino. Es con este objeto exclusivamente que se debe emplear la hormona masculina en ginecología.

La terapéutica andrógena es un arma de doble filo, ya que si bien un gran número de síntomas desagradables pueden mejorar con testosterona complementaria, dosis elevadas pueden provocar trastornos, aunque reversibles, muy desagradables, tales como hipertricosis, acné, modificación de la voz, aumento de la libido, etc. Por esto creo que la dosis mensual nunca debe exceder de 300 mg. en inyección ó 600 mg. por boca.

Puede estar indicada la testosterona en las siguientes afecciones:

a) Estados hiperestrogénicos, que comprenden: hipermenorrea, metrorragia, menorragia; fibroma uterino; endometriosis; menopausia; hemorragias intracíclicas; dismenorrea; esterilidad; trastornos de la micción; mastopatías, mastitis crónica, fibroadenoma de mama.

b) Otras indicaciones: enfermedad inflamatoria pelviana; vómitos incoercibles del embarazo; prematuridad del recién nacido; estados hipopituitarios; osteoporosis de la menopausia; supresión de la lactación; cáncer de mama.

Un principio muy importante que es necesario tener presente siempre que se emplea testosterona en el tratamiento de alguna afección ginecológica es que debe iniciarse su administración antes de la maduración del folículo o antes de que se forme el cuerpo amarillo, porque es en esta forma como se obtienen los mejores resultados con dosis mínimas.

Hipermenorrea, menorragia, metrorragia. — En estos casos son necesarias dosis fuertes de testosterona, 200 a 300 mg. mensuales por vía intramuscular, comenzando una vez que terminó la menstruación; en menometrorragias graves se puede llegar a 400 mg. Si se emplea la vía sublingual se puede administrar de 300 a 500 mg.

Fibroma uterino. — En estas enfermas son necesarios 300 a 400 mg. de testosterona por mes. Tienen una acción favorable sobre la menorragia y dismenorrea, pero es transitoria, de modo que se la empleará en aquellos casos en que se desea evitar la operación. Asimismo es ventajoso su empleo en el preoperatorio. También en las premenopáusicas con menorragias por pequeños fibromas, constituye la testosterona el tratamiento de elección hasta tanto la menopausia de por sí determine la desaparición espontánea del fibroma.

Endometriosis. — Son necesarias fuertes dosis para obtener un efecto apreciable (500 a 1.000 mg. por mes). Además, sólo se puede esperar una mejoría transitoria y nunca una curación radical. Su indicación es más bien para el pre y postoperatorio.

Menopausia. — En ciertos casos el tratamiento con andrógenos es preferible a los estrógenos. Es lo que ocurre, por ejemplo, en la mujer que tuvo un cáncer de mama, en cuyo caso están contraindicados los estrógenos, o en aquellas mujeres con antecedentes familiares de cáncer, o en las que pequeñas dosis de estrógenos producen hemorragias. En todos estos casos son suficientes 100 a 300 mg. mensuales de testosterona por vía bucal ó 50 a 100 mg. por implantación.

Se ha empleado con éxito en mujeres en menopausia la combinación de

andrógenos con estrógenos. En este caso la combinación más adecuada es la de 10 mg. de metiltestosterona por cada miligramo de dietilestilbestrol.

Hemorragia intracíclica. — En la mayoría de los casos este fenómeno es resultado de una hiperestronemia transitoria, estando indicado el tratamiento con testosterona en el caso de que la hemorragia se prolongue más de un día. La dosis es de 5 mg. diarios por vía bucal durante todo el período intermenstrual o 4 inyecciones subcutáneas de 25 mg. cada una, en la primera mitad del ciclo.

Dismenorrea. — Siendo tan variables sus causas, la testosterona no ha demostrado ser eficaz en todos los casos, no obstante los trabajos favorables que se han publicado; por lo tanto su empleo no está justificado en esta afección.

Esterilidad. — Puede ser útil la testosterona en la esterilidad cuando su causa está en la acidez de la secreción mucosa en el cuello uterino en la mitad del ciclo menstrual. En este caso se administran 150 mg. en total, durante la primera mitad del ciclo, fraccionada en pequeñas dosis.

Frigidez. — Está comprobado que los andrógenos producen en la mayoría de los casos un efecto afrodisíaco cuando se los administra a dosis elevadas. Su efecto es sólo temporal. No es en realidad muy aconsejable su empleo con este objeto.

Trastornos de la micción. — Se ha empleado con éxito la hormona sexual masculina para el tratamiento de trastornos de la micción en la mujer, especialmente en la nicturia.

Mastopatía, mastitis crónica, fibroadenoma de mama. — Se cree que estos trastornos de las mamas están vinculados con una hiperestronemia, de ahí que esté indicada la testosterona para neutralizar este exceso de estrógenos. Se administran en estos casos 250 miligramos mensuales, distribuidos uniformemente durante el ciclo menstrual, durante dos o tres meses. La aplicación local de andrógeno en forma de pomada o suspensión alcohólica puede ser igualmente eficaz.

Otras indicaciones. — Inflamaciones pelvianas. Está indicada en estos casos la testosterona por su efecto inhibitor sobre la hemorragia menstrual, con lo cual se consigue disminuir la congestión de la pelvis.

Vómitos incoercibles del embarazo. — Los andrógenos actúan en estos casos favorablemente, sobre todo al principio del embarazo, cuando hay una tasa elevada de estrógenos en sangre.

Prematurez del recién nacido. — Se ha observado un efecto estimulante del metabolismo y aumentos satisfactorios de peso administrando testosterona a estos niños.

Estados hipopituitarios. — La testosterona ha sido empleada con buenos resultados en el síndrome hemorrágico postraumático y postparto conocido con el nombre de *enfermedad de Simmonds*. Asimismo, los enfermos con síndrome de Cushing y enfermedad de Addison, respondieron bien a este tratamiento.

Osteoporosis de la menopausia. — También en esta afección se obtuvieron respuestas favorables a la administración de testosterona.

Supresión de la lactación. — Los andrógenos son capaces de suprimir la lactación por el mismo mecanismo que los estrógenos, pero el tratamiento debe iniciarse inmediatamente después del parto.