

SINDROME DE SEDILLOT

CONFERENCIA DICTADA POR EL PROFESOR ALFONSO URIBE U., en el Hospital de San Juan de Dios, Departamento Médico, el 22 de Agosto de 1940.

Tomada por el alumno de 5º año, Julio César Botero J.

Se presentó a mi consulta una señora casada, madre de tres hijos, cuyo matrimonio databa de tres años. En los dos primeros años hubo dos embarazos de los cuales nacieron dos niños. Luégo una interrupción por espacio de cuatro años, al final de los cuales vino un nuevo embarazo. Durante los cuatro de esterilidad, comenzó a sufrir de un estado psíquico caracterizado por angustia, con fobias del tipo nosofobia (miedo a la enfermedad); a veces se sentía leprosa, otras tuberculosa, cuando cualquiera circunstancia exterior a ello la inducía. Durante el período de embarazo del último niño, desaparecieron esas fobias, y a los tres meses de estar lactando a su hijo, reaparecieron con caracteres más agudos. Angustia y un estado orgánico verdadero, caracterizado por trastornos digestivos del tipo de atonía gastrointestinal, constipación, dolor intenso de la región cólica izquierda y de la región ceco-apendicular y a la vez genital, sistematizado por presencia de flujo mucoso, blanco, muy abundante y molestias vaginales para el coito. Al examen genital se encontró una matriz muy grande en el cuerpo, algo hipertrófiada en el cuello, donde se notaban bastantes huevos de Naboth y había al mismo tiempo dolor de la matriz y del fondo de saco posterior. Al examen microscópico no se pudo comprobar nada que hiciese sospechar una metritis sobrevenida durante el puerperio o por una afección venérea conyugal. Su madre que la acompañó a la segunda consulta, dijo que todos los trastornos que su hija presentaba, eran sólo la consecuencia de "la moda", pues para seguir ésta, había resuelto no tener hijos y durante el período de esterilidad, había utilizado para ello el coito interrumpido, es decir, eyaculando su esposo la esperma fuera del canal vaginal. Sobrevió accidentalmente este nuevo embarazo, pero después del puerperio había vuelto a sus relaciones anormales, como antes, lo que motivaba la reaparición del mismo estado. Había que darle, pues, crédito a la madre. La historia clínica que sirvió de base para esta

descripción se roza con la ginecología y la obstetricia, pero al mismo tiempo tiene mucha relación con la clínica interna.

Es una banalidad repetir que una gran mayoría de los matrimonios ejecutan la contraconcepción con cualquier método, los cuales se pueden resumir en tres categorías: 1) puramente químicos que tratan de destruir el espermatozoide directamente en las vías genitales; 2) puramente mecánicos, entre los cuales hay uno que parece no tener mayor peligro para la mujer, como es el condón masculino o femenino y otros mecánicos de mayor interés, obstruyendo el útero con diferentes tipos de pesarios intrauterinos que por acción local provocan una serie de trastornos locales que caen dentro del dominio de la ginecología; 3) métodos derivados de la misma fisiología del coito, tendiendo unas veces a barrer el espermatozoide por un lavado mecánico o bien el coito interrumpido que parece ser en nuestro medio el preferido. Estos últimos métodos, que de por sí no van a determinar localizaciones patológicas sobre el útero o anexos, son los que tienen un verdadero interés médico, como factor etiológico y causal de numerosos desarreglos orgánicos.

Buscando en la literatura notas respecto al cuadro patológico que tales costumbres pueden desarrollar, pude encontrar dos artículos de Sedillot, uno de 1931 y otro de 1935, publicados en la revista "Les Progres Medical", en donde describe él un síndrome que denomina "Síndrome de las mujeres fraudulentas", caracterizado por una tríada sintomática, que tiene caracteres que se apoyan en el útero, en el sistema neurovegetativo y en el psiquismo femenino. Debiera llamarse, pues, por ser este autor quien claramente ha llamado la atención sobre él, "Síndrome de Sedillot". Está constituido por una metropatía, con trastornos neurovegetativos y endocríneos y un estado psíquico especial. Anota como elementos más típicos de la metropatía, las alteraciones de la menstruación en el sentido de la disminución progresiva del volumen de las reglas, sin llegar a la amenorrea completa, de manera que mujeres que tenían antes reglas normales pasan poco a poco a una verdadera oligomenorrea. Anota como hecho dominante en el estado neuroendoerino, un aumento de función de la tiroides hasta sostener que las fraudulentas son verdaderas basedowianas, si no manifiestas, al menor larvadas. Y como características del estado psíquico, una neurosis de angustia acompañada de fobias.

Durante mis observaciones he comprobado siempre que se me ha ocurrido sospechar esos trastornos, la oligomenorrea, y también, que ordinariamente estas enfermas tienen un estado orgánico del útero caracterizado por un mayor volumen, y doloroso, tanto éste como el fondo de saco posterior, sin que al examen se encuentren lesiones anexiales ni de los parametros que expliquen este estado

doloroso. Además es frecuente observar los huevos de Naboth, y hasta en alguna ocasión hice observar al microscopio el exudado de uno de esos quistes y se encontró estéril. Si no se encuentra razón para explicar la metropatía por un estado infeccioso o inflamatorio, tiene uno que atenerse a una patogenia congesitiva debida al trastorno nervioso y vascular en esa zona.

Dentro del sistema neurovegetativo y endocríneo no he comprobado nada que se parezca al Basedow ni al hipertiroidismo: sin embargo en alguna enferma se notaba una taquicardia paroxística intensa acompañada en ocasiones de temblor y con cierto enflaquecimiento que podía atribuirse a un aumento del metabolismo basal, pero al sobrevenir un embarazo desapareció esa taquicardia, amamantó la criatura hasta los ocho meses y un mes después continuó con sus prácticas anormales en el coito, reapareciendo el anterior estado.

Dentro del estado psíquico, a no dudarlo, la observación de Sedillot es evidente: es siempre una situación angustiosa, en un principio con caracteres depresivos, una verdadera tristeza, y más adelante fobias, verdaderas nosofobias que se van caracterizando lentamente.

Refiriéndome al estado morboso orgánico verdadero, siempre lo he encontrado como abdominal con trastornos digestivos de caracteres muy variados, pero el que más he visto es el atónico localizado especialmente en el estómago, con digestiones lentas, dolor epigástrico, a veces simulando el de tipo de úlcera del estómago o hiperclorhidria. Con frecuencia simula una ptosis gástrica, que no se explica porque haya existido una distensión abdominal excesiva, o un enflaquecimiento rápido, ni de acuerdo con el hábitus de la enferma, acompañado esto de constipación rebelde de tipo atónico. Naturalmente se encuentran zonas dolorosas especialmente en la región cecoapendicular que se confunden a veces con verdaderos estados de apendicitis crónica, que han llevado en varias ocasiones a practicar una intervención quirúrgica con apéndices sanos o con afecciones muy benignas insuficientes para explicar los fenómenos apendiculares de las enfermas.

Patogenia.—Si uno quiere explicar este síndrome patogénicamente, se presentan necesariamente tres teorías: 1^a) trata de explicar la producción de este cuadro morboso por alteraciones endocríneas de punto de partida holohormonal (propias hormonas) o hétero hormonal (hormonas extrañas) por falta de las hormonas masculinas que puedan ser necesarias para el normal funcionamiento endocríneo de la mujer; 2^a) por alteraciones vagosimpáticas ocasionadas por un coito en condiciones anormales; 3^a) psicogenética según la cual sería una alteración psíquica la primitiva y

que a la larga obrando por mecanismo psiconervioso y psicoendocríneo, mecanismos hoy perfectamente conocidos, es capaz de despertar una serie de trastornos localizados en el organismo en general, en las glándulas endocríneas y en el aparato genital en particular.

Teoría neurovegetativa.—Todas tres tienen razones en su favor. Si se considera desde el punto de vista de la fisiología la influencia del coito sobre el organismo de la mujer, recuerda uno el hecho de que al instalarse las relaciones sexuales en la mujer, aparece en ella una serie de transformaciones. Hay una repercusión general sobre todo su organismo, particularmente sobre algunas glándulas de secreción interna: parece que en ese momento se completaran las funciones orgánicas de la mujer, que viniera la total maduración de los órganos genitales. Y no sólo la función genital se hace completa sino que particularmente el tiroides sufre transformaciones caracterizadas por un aumento de su volumen. Los ovarios sufren modificaciones marcadas. Durante las nuevas reglas desaparecen ciertos accidentes propios de las vírgenes, caracterizados por dismenorreas y secreciones uterinas. Y también los trastornos del tipo vasomotor comunes en las mujeres vírgenes sobre todo las acrociánosis, los trastornos de la piel como urticaria, prurito, oleadas de calor, etc. Se conoce la influencia fisioterapéutica de la instalación de las relaciones sexuales en la mujer para el tratamiento de la clorosis, entidad muy frecuente en otro tiempo y que todos los médicos trataban buscando un pronto matrimonio a la enferma. Y enfermedades como el acné en su tipo juvenil desaparecen una vez que se inician las relaciones sexuales.

Si se estudian los fenómenos locales que muestra la fisiología del coito, sébese que durante él hay un estado de congestión activa de los órganos genitales que lleva por una parte a la repleción de los cuerpos cavernosos clitoridianos y de la vulva y por otra a la congestión del útero y sobre todo de los ovarios, fenómenos que parecen indispensables para el funcionamiento ovárico y uterino normales de la mujer. Pero esta congestión es pasajera: rápidamente cede si el coito es completo y más si ha habido orgasmo. Todo ello va acompañado de repercusión vagosimpática del organismo caracterizada por alteraciones de la secreción salivar y sudoral, alteraciones en la musculatura y en la sensibilidad. Hay, pues, una serie de fenómenos de la más variada naturaleza durante el coito, que se deben a una onda vagosimpática que se inicia con el elemento simpático y termina con el vagal. Al principio hay excitación del organismo y luego relajación general y calma. Una relación sexual incompleta como la que se ocasiona con los métodos anticonceptivos, la ausencia o al contrario la excesiva frecuencia de las rela-

ciones sexuales que comúnmente es secuela de los medios anticonceptivos, provoca una clase de congestión permanente, porque no viene ese descenso de nivel de la marea sanguínea en el útero, en los ovarios y parametros, sino que subsiste una situación congestiva crónica de estos órganos, particularmente de los ovarios que parecen ser los que más se congestionan durante el coito. Esta persistente congestión será la causa de las alteraciones locales del útero, ovarios y parametros, y así algunos achacan la patogenia de las vérices pélvicas a los estados congestivos permanentes ocasionados por los coitos excesivos o incompletos. Consecutivamente se instalan los trastornos de secreción interna del ovario que necesariamente repercuten sobre la secreción de las demás glándulas especialmente sobre el tiroides que tiende a hipertrofiarse y acrecentar su función, pues el ovario es un freno para el tiroides. Igual cosa acontece a la hipófisis. Es sabido, por ejemplo, que al cesar las funciones ováricas en la menopausia hay un predominio de la hipófisis y del tiroides, y que al disminuir el funcionamiento ovárico en su episodio folicular persistiendo el luteínico, como pasa en el premenstruo, aumenta el volumen del tiroides.

Este hipertiroidismo puede ser el factor determinante de la angustia, de los fenómenos emotivos, del enflaquecimiento, etc.

Recuérdese que el tiroides es la glándula del psiquismo por excelencia.

Si se recuerda que precisamente en el parametrio posterior y en la zona de los ligamentos uterosacros, por consiguiente cerca al fondo del saco vaginal posterior, están localizados los plexos hipogástricos a que dan lugar las prolongaciones pélvicas del simpático, entre ellas el nervio de Latarjet, y que ellos tienen su centro medular simpático localizado entre la décima dorsal y la segunda metámera lumbar se puede explicar cómo interviene la congestión del sistema nervioso pélvico para ocasionar trastornos del centro simpático medular, que preside también la inervación simpática de los órganos del abdomen. En especial el colon izquierdo y derecho, así como el apéndice tienen su centro en la duodécima dorsal y primera lumbar; el ciego en la undécima metámera dorsal: hay, pues, una conexión clara entre las zonas pélvica y abdominal al través de las vías neurovegetativas que se extienden desde la parte dorsal baja hasta la lumbar media.

Teoría heterohormonal.—La ausencia de hormonas del organismo masculino que deben ser recibidas normalmente por la mujer, tiene muchos hechos en su apoyo. Si uno recuerda el fenómeno de la herencia por la impregnación, ve que los productos de concepción de un segundo varón, pueden parecerse a los productos de concepción de un primero. Tiene, pues, que admitirse como posibi-

lidad para que ello se produzca, la absorción seminal, el aprovechamiento seminal del primer varón que fué a modificar el organismo femenino hasta en sus células germinativas y produjo un fenómeno de herencia de ese tipo. Se conocen también hechos de absorción de esperma por el útero: así hay un caso clásico de ginecología, el de una mujer con prolapsus uterino en que toda excitación provocaba ampliación del orificio cervical y movimientos de succión por su útero que hasta absorbía líquidos. La vagina no parece ser órgano de absorción sino para determinados productos como los cristaloides, en cambio los coloides no parecen que se absorban bien. Otro hecho bien conocido y comprobado es que a medida que una mujer tiene relaciones sexuales, se presentan anticuerpos en relación con el espermatozoide: necesariamente ha habido pues, una absorción de esperma y un proceso de inmunidad contra esas células o albúminas extrañas. Y así aparecen muchos otros hechos que revelan la absorción.

Teoría psicogénica.—Parece estar bien cimentada merced a las teorías de Freud, pues dentro de estas teorías, que tienen hoy al menos parcialmente la aceptación universal, se puede explicar una serie de trastornos psíquicos y orgánicos por alteración en la libido misma o en la manera como se ejecuta el acto sexual. Pero el mismo Freud no admite para explicar el síndrome de angustia una etiología exclusivamente psicogénica, sino que requiere que haya dentro de su patogenia un factor orgánico también.

Respecto al tratamiento de esos estados, si claramente se puede definir su existencia y su etiología parece demostrada, la consecuencia terapéutica lógica será la normalización de las relaciones sexuales. Pero como esto sería "pedirle peras al olmo" necesariamente hay que buscar en la medicación la manera de alterar esa condición orgánica, esa situación neuroendocrínea y psíquica merced a una terapéutica medicamentosa. Y entonces surgen varias preguntas: ¿cuál es la medicación eficaz? ¿Será la endocrínea a base de hormonas femeninas o a base de hormonas masculinas? ¿O será una medicación que mire al sistema vagosimpático; medicación sedante en un sector de él o excitante del otro? ¿O será la intervención quirúrgica sobre el plexo hipogástrico para modificar esa congestión permanente?

Este breve bosquejo deja para ustedes estos interrogantes: ¿Existe verdaderamente un síndrome o una enfermedad de las mujeres, contraconcepcionistas? ¿Cuál es su patogenia? ¿Cuál su tratamiento?