

huevos, cereales, verduras y frutas; tratando de evitar el nacimiento de niños muy desarrollados, pues conservo penosa impresión de algunos casos en que el nacimiento de niños en superavit de vitalidad, ocasionó desastres que terminaron a veces con la vida de ambos seres.

Conclusión.—La alimentación adecuada de la mujer durante el embarazo, es un factor esencial para evitar o suprimir algunos de los trastornos y toxemias que complican este estado.

Tejido celular del parametrio cervical *

Por el Dr. ROSENDO AMOR E.

En varias ocasiones he tenido la oportunidad de presentar a ustedes modestas comunicaciones relacionadas con el aspecto más interesante y útil del tejido celular pélvico: el de la clínica y el de la terapéutica y algunas referencias anatómo-fisiológicas, más indispensables para su mejor comprensión. Me ha parecido útil presentar ahora un estudio semejante y hasta cierto punto complementario de los anteriores: el del tejido celular del parametrio cervical, situado en los límites de los genitales externos con los internos, o sea en donde se unen la vagina y la matriz, zona anatómicamente poco extensa, de muy pequeñas dimensiones, pero muy rica en componentes celulares de variada estructura que acrecientan el interés de esta pequeña región de apariencia insignificante, pero centro de origen de múltiples y en ocasiones raras manifestaciones clínicas, especialmente de tipo doloroso y espasmódico, que en no pocas veces alcanza lugares y órganos lejanos como si se tratara de un centro focal doloroso, de donde irradiaran manifestaciones a distancia.

Hay cierta confusión actualmente en el término de parametrio cuando se refiere a la patología y a la clínica, confusión derivada del sitio de las lesiones que afectan el tejido celular que rodea la matriz, pues de hecho existen dos zonas parametriales claramente separables, la del cuerpo y del cuello, ambas muy interesantes pero con diferencias anatómo-clínicas cada vez más acentuadas, que

* Trabajo de turno reglamentario, leído en la sesión del 9 de julio de 1941.

obligan a considerarlas por separado. Su designación resultaría más precisa con las denominaciones de parametrio del cuerpo y parametrio cervical. Las mismas diferencias encontramos en otro término ginecológico inadecuado, el endometrio, que por iguales razones debería decirse endometrio del cuerpo y endocervix; ahora bien, como el tejido celular del cuello tiene marcadas afinidades anatómicas y clínicas con el de la misma clase situado inmediatamente arriba o sea el de la porción más inferior del cuerpo, en su vecindad con el cuello propiamente dicho y también con el situado inmediatamente abajo, o sea el tejido paracólico vecino y confundible con el parametrio cervical en la porción más alta de la vagina, en su bóveda y en sus fondos de saco, a nivel de la inserción vaginocervical de la matriz, resulta conveniente y útil formar con este pequeño conjunto de tejido celular pélvico, una sola unidad anatómica y por lo mismo clínica. Según mi manera de pensar, encuentro natural y justificada la formación de tres grupos mayores, que pueden constituir por sí solos y de una manera general unidades anatómicas y clínicas diferenciables entre sí. Estas son, el tejido celular del cuerpo, el del cuello y el de la vagina, pero en particular el pequeño conjunto cervical que he descrito y que considero con la designación de parametrio cervical, porque si anatómicamente dan orientación las denominaciones de parametrio, paracolpo, paracistium, paraproctum, etc., algunos de éstos se prestan a confusión como acabamos de verlo con el de parametrio, que no lo distingue del parametrio del cuello, sino que lo engloba con el del cuerpo; vemos después cómo existen motivos suficientes para diferenciarlos, llamándolo por su verdadero nombre que es el de paracervix o parametrio de esa parte de la matriz designada con el nombre de cuello y que tiene tan especiales diferencias anatómicas, fisiológicas, clínicas y terapéuticas.

En esta ocasión vamos a prescindir del parametrio propiamente dicho, colocado a los lados del cuerpo uterino o sea el relleno de los ligamentos anchos y el más extenso por cierto, de todos los parametrios, limitándome al tejido celular del cuello propiamente dicho, que comprende el del istmo, el del tejido celular supravaginal y el que rodea la porción saliente dentro de la cavidad vaginal misma y que por su situación, sus prolongaciones sobre los fascias de la región dependientes de la que cubre el diafragma

pélvico, derivada a su vez de la obturatriz, por las íntimas conexiones que hacia atrás tiene sobre las fuertes prolongaciones o ligamentos útero-sacros y porque normalmente es el tejido más condensado y resistente de la región, constituye un admirable dispositivo que da apoyo y ayuda a sostener armónicamente el equilibrio de los genitales internos, de manera que cualquiera alteración inflamatoria que modifique la estructura de este tejido, cambiará la posición anatómica y la funcionabilidad de los mismos.

No sólo pretendo limitar el presente trabajo al parametrio cervical dentro de esta nueva concepción, uniendo en una sola unidad anatómo-clínica las cuatro pequeñas porciones del tejido celular pélvico fuertemente unidas por su destino patológico y que son: el tejido celular, que comienza en la porción más baja del cuerpo uterino, en sus límites con el istmo, y que continúa sin interrupción con la totalidad del tejido celular del cuello propiamente dicho y termina en la porción más alta del paracolpo, limitrofe con el del cuello y especialmente con el tejido celular de los fondos y bóveda vaginal, incluso algunas prolongaciones en dirección de los ligamentos útero-sacros, tan frecuentes en las infiltraciones neoplásicas que se observan en esta dirección. Desde el punto de vista causal no pretendo considerar otro motivo por ahora que el desgarro traumático, obstétrico, quirúrgico, etc., como causa de las lesiones de condensación conjuntiva y de algunos de los síndromes dolorosos que cada día son más conocidos en el campo de la clínica ginecológica.

Los desgarros del cuello, cualquiera que sea la acción vulnérante que los produzca, dan lugar a la presencia de una herida más o menos infectada, que con frecuencia se prolonga después de dividir la musculatura del cuello a los fondos vaginales en cualquiera dirección y en la profundidad hasta alcanzar en ocasiones, la porción más alta del cuello y la más baja del cuerpo uterino, incluso la vagina en sus fondos y tercio o cuarto superior, heridas que de no ser reparadas inmediatamente y dentro de un plazo prudente, buscando cicatrices laminarias con el mínimo de tejido cicatricial, se forman cicatrices gruesas como queloidicas, por gemación de la herida, llenándose el hueco del desgarro por yemas carnosas que a la postre llegan a constituir un block cicatricial o gruesas cicatrices patológicas, que alteran profundamente la ana-

tomía y función de los órganos genitales internos, especialmente su motilidad y sensibilidad, cicatrices que en general comprenden las zonas ya indicadas, cuyos infiltrados conjuntivos y fuertes condensaciones se encuentran dotadas de un gran poder de retracción cada vez mayor y a veces tan enérgico que cambia exageradamente la posición de alguno o de todos los genitales internos y en particular de la matriz que requiere nuevas, exageradas y generalmente definitivas actitudes de posición: como versiones, posiciones, flexiones y desviaciones. Las más desobedientes a cualquier tratamiento son sin duda alguna las producidas por las celulitis crónicas del parametrio cervical, en el sentido y amplitud que vengo asignándoles, por lo tanto, las más patológicas, si se me permite esta expresión, y las más dolorosas y molestas. Nuestra consulta hospitalaria alcanza no menos de un 70% de mujeres con desgarros en estas condiciones, siendo el orden de su frecuencia: 1).—Los desgarros izquierdos; 2).—Los posteriores e izquierdos (infiltración mixta); 3).—Los desgarros derechos, y 4).—Los del tipo anterior.

Vale la pena hacer referencia aquí a una forma especial de paracervicitis que se constituye lentamente y es originada por pequeñas dislaceraciones, estados infecciosos o ulcerativos de la mucosa del cuello, por raspas infortunadas, cauterizaciones enérgicas, aplicaciones de sustancias cáusticas, dilataciones cervicales más o menos violentas, etc., que producen cierto estado inflamatorio crónico y que por contigüidad, van profundizando lentamente el tejido muscular del cuello, hasta alcanzar el tejido celular del parametrio que se endurece de una manera lenta y gradual, provocando por lo mismo aumento de diámetro y de consistencia; se trata de una forma de paracervicitis generalmente benigna. Los desgarros del grupo 1, los izquierdos, son los más profundos y por lo mismo aquellos en que el volumen de las cicatrices es mayor y las manifestaciones patológicas más numerosas y graves. En este caso los desgarros pueden ser únicos o múltiples, a veces en forma de una V abierta hacia afuera, quedando un fragmento del labio anterior o del posterior, medio suspendido. El mecanismo traumático, generalmente una distocia y aplicación del forceps, produce un arrancamiento a medias o un arrancamiento completo, quedando, cuando ha concluido la reparación de esta pérdida de substancia, un

cuello muy irregular con un tubérculo sobre el lado enfermo; en otras ocasiones, además del desgarró izquierdo se hace otro, aunque de menor extensión sobre el derecho, por lo que al terminar la cicatrización, las infiltraciones y los endurecimientos del cuello son bilaterales. En el desgarró posterior e izquierdo es múltiple la dislaceración, predominando la profundidad, por lo que es muy frecuente encontrar bridas más o menos gruesas, verdaderos cordones de tipo queloidico, estrechamientos, repliegues, depresiones infundibulares y otras anomalías del fondo vaginal que predisponen con harta frecuencia a los estados inflamatorios e irritativos por la acción constante de las secreciones, generalmente abundantes y purulentas de estos cuellos. Por otra parte, en este mismo tipo de desgarrós, aparecen infiltraciones muy dolorosas hacia atrás, particularmente interesantes cuando las dislaceraciones son profundas y múltiples, entonces, los infiltrados conjuntivos y las cicatrices patológicas se vuelven tan gruesas que alcanzan a invadir los dos ligamentos útero-sacros, la totalidad del parametrio cervical posterior y también del tejido para-rectal, formándose con este motivo enormes masas de parametritis o de celulitis crónicas que se aprecian a través del fondo vaginal posterior; dan la sensación de una dureza pétrea dolorosa, acompañada siempre de anteposición uterina permanente y de grandes trastornos funcionales del recto y de la vejiga, así como de compresiones vasculares, estados irritativos y numerosas alteraciones nerviosas a distancia, verdadero síndrome doloroso genital completamente independiente de los que puedan resultar de los otros grupos y que en la mayoría de las veces amerita como único tratamiento eficaz y radical la histerectomía total. El tipo derecho, o sea el tercero, generalmente tiene desgarrós medianos o pequeños e igualmente el grupo cuarto o anterior. En todos estos grupos puede presentarse un agravamiento en las infiltraciones del tejido conjuntivo, aumentando su volumen por la participación que puede tomar el tejido celular laxo que rellena los espacios comprendidos entre los ases conjuntivos más condensados, de que acabo de hablar, y que en forma estrellada se dirigen normalmente, como ya se ha dicho, de la base del ligamento ancho al nivel del cuello hacia los lados, y hacia atrás los más resistentes y los más delgados, hacia adelante, es decir, que al afectarse el tejido paravesical o para-rectal, crecen los infiltra-

dos conjuntivos de esta zona y por lo mismo se vuelve casi completa la inmovilidad del cuello y por lo mismo de la propia matriz y sus anexos.

Las alteraciones del tejido celular pélvico dominan en verdad toda la Ginecología, dotado como está de una innervación y vascularización ideales y de todos los elementos defensivos indispensables a esta región central. Fuera de algunas descripciones generales, algo confusas por cierto, que engloban someramente las lesiones del tejido celular pélvico en general, dentro del concepto de afección exclusivamente uterina en sus relaciones con el cuerpo, no existen propiamente descripciones especiales, ni clasificación alguna adaptada a la realidad clínica de los síndromes dolorosos genitales a que dan lugar estas lesiones parametriales, aunque por otra parte sean perfectamente conocidos los estudios anatómicos e histológicos completos y magníficamente detallados que les sirven de fundamento; en tal virtud, es fácil agrupar y más aún, comprender, la agrupación natural que corresponde hacer al grupo de padecimientos que vengo describiendo, en cuatro clases principales:

- (a) Tipo anterior, el menos frecuente,
- (b) Tipo lateral izquierdo, bastante frecuente,
- (c) Tipo lateral derecho, algo frecuente,
- (d) Tipo posterior, muy frecuente.

Además, son comunes las combinaciones de estos tipos, sobresaliendo por su importancia la mixta, tipo posterior izquierdo, la más frecuente de todas, y el tipo bilateral que afecta profundamente el llamado ligamento suspensor de Mackenrodt, no obstante lo cual aparecen muy comúnmente los tipos puros de acuerdo con la clasificación indicada; desde luego la exploración del cuello uterino y de los fondos vaginales permiten apreciar la alteración anatómica tan profunda que sufre esa región, pues si normalmente goza de exquisita blandura y suavidad y si se deja fácilmente deprimir sin la más pequeña molestia, no pasa lo mismo cuando la infiltración parametrial la endurece y vuelve rígidos y dolorosos los fondos vaginales, dureza que vuelve además esa región exquisitamente sensible al dolor, a la acción sexual y a las prácticas más indispensables de higiene genital. Este dolor del fondo vaginal suele ser espontáneo con mucha frecuencia y exacerbable con cualquier motivo, como la micción, defecación, y todo género de

esfuerzos, entre otros la marcha; no permite ninguna actividad, molestias y enojosas circunstancias que se presentan aun cuando los infiltrados parametriales se localicen a uno solo de los sectores mencionados. En estos casos contrasta por el tacto, la blandura y depresibilidad del fondo de un lado con el del opuesto, fenómeno tan acentuado en ocasiones, que el dedo no puede introducirse entre la pared lateral de la vagina y el cuello, éste se encuentra enteramente pegado y lateralizado del lado enfermo. El estiramiento de los cordones fibrosos y cicatriciales que en el fondo vaginal le dan esta actitud defectuosa se vuelven inútiles cuando se intenta movilizar al cuello hacia el centro de la bóveda, a cambio de lo cual se provocan muy fuertes dolores. Estas condensaciones, verdaderas cicatrices patológicas, gruesas y de aspecto queloidico, que después de algún tiempo han alcanzado el máximo de retractilidad, producen una grave deformidad en la bóveda vaginal, con bridas, tabicamientos, estrecheces, depresiones infundibulares, repliegues anormales, cambios de dirección, forma, diámetro, del canal, que las vuelven enteramente patológicas cuando los desgarros han sido múltiples. En estas condiciones la vagina sufre con demasiada frecuencia de erosiones, ulceraciones y en general es el sitio de un estado irritativo que se puede prolongar indefinidamente, no sólo por la dificultad de limpiar esos recovecos con la frecuencia necesaria, sino por la alteración casi constante del PH. vaginal, en cuyas condiciones el proceso irritativo del escurrimiento cervical, que siempre es muy abundante, porque es constante la presencia de la cervicitis crónica hiperglandular, se vuelve crónico.

El tipo de parametritis A o sea el anterior, el más benigno de todos, da lugar a ciertas perturbaciones funcionales de la vejiga, como disuria, especialmente nocturna, cierto estado de incontinencia urinaria, especialmente bajo el esfuerzo, y todos los signos de una cervicitis crónica. En el tipo B predominan los dolores y los edemas: dolores ilíacos, sacros, cóxigeos, de la cadera y muslo y luego hasta la pierna; dolores bajo la acción del coito y de los lavados vaginales. En este caso, las compresiones que motivan semejante situación pueden hacerse directamente sobre el plexus sacro o alguna de sus ramas; dolores que sufren exacerbaciones nocturnas o diurnas con motivo de la marcha. Los edemas son generalmente por alteración circulatoria del sistema venoso; lo mis-

mo pueden encontrarse en los tobillos de una manera discreta; o más acentuados. Se han observado edemas de los párpados y de los dedos de la mano, transitorios, que se atribuyen no sólo a perturbaciones de origen vegetativo, sino de tipo endocrino. En el tipo C sucede lo mismo que en el anterior, pero en menor grado, excepto si coincide la asociación con el tipo B o izquierdo. En el tipo D predominan las manifestaciones rectales, del plexus sacro, coxígeo y estados neurálgicos del ciático; así como manifestaciones rectales, de cierta paresia intestinal, constipación más o menos acentuada, molestias a la defecación, presencia de grandes paquetes hemorroidarios, edemas de la porción inferior del vientre o de la raíz de los muslos; algunas veces cierto estado de estenosis por excesivo aumento y compresión de un block conjuntivo cicatricial que, al invadir ambos ligamentos útero-sacros, rodea y constriñe la luz del recto. Dentro de este mismo caso pudiéramos separar la infiltración retro-uterina de West y Gallard y que me propongo sea el motivo de alguna de mis próximas comunicaciones.

La parametritis cervical de origen obstétrico o quirúrgico, por su grande importancia y las características que vengo señalando, debiera llamarse "esclerosis dolorosa del centro parametrial" que como su nombre lo indica es esencialmente dolorosa. La explicación la encontraríamos en la compresión y estiramiento que sufren los hiletes nerviosos sepultados en la masa misma del parametrio y, además en la participación activa que toma la fibra muscular lisa, que al contraerse enérgicamente bajo la influencia irritativa que ejerce sobre los numerosos hiletes de los sistemas nerviosos central y vegetativo anastomosados, producen dolor, por lo que, son comunes las reacciones viscerales a distancia, que no siempre es fácil coordinar lógicamente con las inflamaciones parametriales de que me ocupó; pero en la mayoría de los casos es juicioso pensar en ellas si no se encuentra otro motivo, aunque se trate de manifestaciones dolorosas o espasmódicas de aparatos lejanos al genital, como el cardíaco y el respiratorio. La rica inervación simpática y parasimpática explican, pues, tales sucesos, dadas, como acabamos de decir, las innumerables conexiones que tienen entre sí y con la inervación central incluida en el centro parametrial tantas veces mencionado, zona más sensibilizada por la tendencia inexorable del tejido a una más apretada condensación y retracción, o

sea una compresión y estiramientos más enérgicos, que sufre particularmente el ganglio más importante de la región, perteneciente al elemento vegetativo. Entre estos elementos nerviosos fuertemente apesados, se encuentran hiletes nerviosos selectivos, los nervie-cillos pélvicos o erectivos, los nervi-erigendi de Sedhard; esto podría ser una buena explicación de la frecuencia y lamentable frigidez que en mayor o menor escala sufren ciertas mujeres y también la explicación de ciertas paresias de la vejiga y del recto, manifestadas por insuficiencia de retención al esfuerzo y por la constipación habitual más o menos acentuada.

A pesar de todo esto no son raras las manifestaciones contrarias en tratándose especialmente de la indiferencia sexual, pues el estímulo vasodilatador no es imposible si recordamos el papel antagónico que le es conocido al sistema nervioso vegetativo. La presencia en la masa de los tejidos enfermos del ganglio de Frankenhauseu, explica, como ya se ha dicho al hablar de la inervación de esta pequeña zona, las variadas y lejanas y hasta extrañas manifestaciones sintomáticas, algunas de las cuales están aún amparadas por una oscura génesis hasta este momento. Podríamos, sin embargo, agrupar toda esta variada sintomatología dolorosa y espasmódica, de la siguiente manera: del estómago, intestino, corazón (arterias coronarias), renales, neuralgias del ciego y apéndice, hiperestesia del plexus hipogástrico, neuralgias de los nervios cervicales, de los intercostales, lumbo-abdominales, lumbo-iliacos, del ciático, crural, del plexus braquial, del trigémino, algunas artalgias, hemicráneas y desórdenes variados, como dilataciones pupilares, vómitos, pirosis, anorexias, salivación, meteorismo, sofocación, asma, taquicardias, etc. No he observado parálisis atribuibles claramente a estas lesiones, pero sí paresias vesicales e intestinales en el sentido indicado, zonas de anestesia y de hiperestesia y hasta ciertos estados de perversión gustativa y olfativa; también hinchazones de la mucosa nasal muy frecuentes y edemas. En ocasiones alguna inquietud e incomodidad de las pacientes que no pueden localizar y que no saben tampoco a qué atribuir, pero que refieren sentir vagamente molestia en la profundidad y en el centro de la cadera.

Desde el punto de vista del dolor tienen también mucha significación las compresiones de órganos y tejidos vecinos, los cambios

de posición, la fijeza o la dislocación uterina y muy particularmente las dificultades circulatorias y linfáticas, especialmente en el sistema venoso, como dilatación y estancamiento en los plexos genitales, circunstancia que agrava considerablemente la función menstrual, convirtiéndola en una verdadera menorragia y polimenorrea. Para mayor abundamiento, todas estas manifestaciones sintomáticas se pueden observar dentro de un cuadro de exaltación nerviosa propio del estado psicológico en que viven esas mujeres, por lo cual es incuestionablemente interesante estudiar minuciosamente todos los síndromes dolorosos genitales que son originados en la situación patológica del parametrio cervical.

En relación con el tratamiento, muy complejo por cierto y muy variado, no sólo para cada tipo de paracervicitis sino también para cada enferma, deberá ser expuesto por ahora de una manera general, pues el detalle por su importancia ameritaría un trabajo más largamente observado y experimentado. Puede decirse que el mayor número de los casos debe ser englobado en una terapéutica general de tipo médico y que, por lo mismo, la mayor parte de éstos no quedan protegidos por la acción quirúrgica franca, porque cualquiera intervención directa sobre las masas conjuntivas, resecándolas o seccionándolas para corregir actitudes y rectificar posiciones uterinas defectuosas, sería particularmente perjudicial, puesto que empeoraría el proceso de cicatrización patológica engrosándolo, se volvería a la misma o peor situación patológica; sin embargo, hay dos tipos de paracervicitis francamente quirúrgicas y extremadamente dolorosas, el tipo posterior, tipo West y Gallard, y el mixto izquierdo y posterior, cuyos síntomas dolorosos son de tal manera intensos y rebeldes que para suprimirlos no se puede hacer otra cosa que la histerectomía total, salvo que se prefiera y convenga más el uso constante e indefinido de analgésicos y de enervantes. La elección mucho dependerá del criterio particular de cada médico; pero según mi manera de ver este problema terapéutico, empeorarían así las condiciones físicas, psíquicas y mentales de las pacientes.