

# REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA

Director: C. JIMENEZ DIAZ. Secretarios: J. DE PÁZ y F. VIVANCO

Redacción y Administración: Antonio Maura, 13. Madrid. Teléfono 22 18 29

TOMO LIX

30 DE NOVIEMBRE DE 1955

NUMERO 4

## REVISIONES DE CONJUNTO

### LAS CEFALÉAS DE ORIGEN GINECOLÓGICO

V. SALVATIERRA.

Profesor Adjunto.

Cátedra de Ginecología de la Facultad de Medicina  
de Valencia.

Profesor: F. BONILLA.

Todos los informes indican que el dolor de cabeza es mucho más frecuente en mujeres que en hombres. Según FINDLEY (1952), el 20 por 100 de las mujeres que acuden a la consulta ginecológica se quejan espontáneamente de cefalea. Según CLAVERO (1935), el número asciende al 37,5 por 100 de las pacientes hospitalarias, subiendo al 73 por 100 en la clientela privada, que es sometida a una inquisición más cuidadosa y directa.

La proporción varía en los distintos tipos de cefalea. Por lo que respecta a la jaqueca, entre 210 pacientes, 170 eran mujeres (79,44 por 100), según SIMARRO (1951). La predominancia femenina se acentúa en otros tipos de cefalea crónica (FRIEDMANN, BRENNER y MERRITT, 1946).

Desgraciadamente, una lamentable confusión y vaguedad existe en la mayoría de trabajos sobre el asunto, precisando muy pocos lo que entienden por jaqueca. Un término muy usado es el de "jaqueca menstrual"; pero la lectura de la mayoría de casos publicados demuestra que no se trata de auténtica migraña de curso bifásico, sino de una cefalea más o menos intensa, generalmente no paroxismal (por ejemplo, el caso de DOSAL, DEL PIÑAL y GÓMEZ MANTILLA, 1953).

Es muy conveniente diferenciar bien estos síndromes, y en la exposición siguiente nos referiremos con la palabra jaqueca únicamente a los que transcurren con arreglo a descripciones conocidas. Para la fisiopatología y clasificación de las cefaleas remitimos a los trabajos de BUTLER y THOMAS (1947), BLUMENTHAL y FUCHS (1951) y otros, así como al libro de WOLFF (1951). Aquí nos limitaremos a re-

producir la clasificación fisiológica de BUTLER y THOMAS, que nos servirá de base a la ulterior discusión.

### CUADRO I

#### CLASIFICACION FISIOLÓGICA DE LAS CEFALÉAS (BUTLER y THOMAS).

1. Cefalea vascular.
  - a) Migraña o jaqueca.
  - b) Cefalalgia histamínica.
  - c) Cefalea por tensión nerviosa.
2. Cefalea psíquica (sensación de dolor).
3. Cefalea por tracción: intracraneal.
  - a) Pérdida de líquido: postraquianestesia.
  - b) Tumores de cerebro o meninges.
  - c) Adherencias o hematomas post-traumáticos.
4. Irritación de nervios craneales o faciales: extracraneal.
  - a) Nariz y senos paranasales.
  - b) Visión y músculos oculares.
  - c) Oídos, boca y dientes.
  - d) Cuero cabelludo, cara y cuello.
5. Tracción e irritación nerviosa: intr. y extracraneal.
  - a) Post-traumática precoz.
  - b) Inflamación de cerebro y meninges.
6. Cefalea mixta: tóxica.

### I

#### LA CEFALÉA EN EL MATERIAL DE LA CLÍNICA GINECOLÓGICA UNIVERSITARIA DE VALENCIA.

Una revisión del material de la Clínica Ginecológica de Valencia reveló entre 3.000 historias 534 casos de mujeres que acudieron a la consulta, entre otros motivos, específicamente por cefalea. O sea, que aparte de mostrar una determinada sintomatología ginecológica subjetiva u objetiva, se quejaron espontáneamente de dolor de cabeza. En 30 ca-

sos no pudo encontrarse alteración genital o endocrinosexual de ninguna clase, ni relación alguna de la cefalea con el ciclo. Eliminando estos casos, quedan 504 pacientes en las que coexistía la cefalea con un síndrome genital, y que van a ser motivo de nuestro análisis.

*Caracteres de la cefalea.*—Únicamente en 11 casos se trataba de una auténtica jaqueca. Los datos más importantes recogidos respecto a las relaciones entre esas jaquecas y la función genital quedan resumidos en el cuadro II.

CUADRO II

## FUNCION GENITAL EN LA JAQUECA AUTENTICA

Número de casos: 11.	
Edad: 29 a 41 años.	
Presentación:	
Premenstrual solo .....	4
Menstrual solo .....	3
Extra e intramenstrual .....	4
Carácter de la menstruación:	
Normal .....	8
Hipomenorrea .....	2
Hipermenorrea .....	1
Asociada a tensión premenstrual .....	4
Asociada a otras alergias o disvegetosis: asma, diarrea .....	3
Estado del aparato genital:	
Normal .....	7
Congestión .....	4

Los restantes casos tienen un carácter más polimorfo y más vago. La falta de precisión de muchas historias nos impide realizar un análisis detenido de sus características. En general, presentaban uno de estos tres tipos:

- frontal (70 por 100).
- bitemporal (10 por 100).
- occipital (20 por 100).

La mayor parte de las consultantes admitió que la cefalea era más frecuente e intensa en el período premenstrual.

*Datos ginecológicos.*—Aparecen resumidos en las tablas adjuntas.

*Edad.*—Existe un predominio de mujeres en edad sexual, especialmente de más de 30 años, o sea en la segunda mitad del período reproductivo. La proporción de cefaleas en jóvenes es, sin embargo, relativamente elevada, teniendo en cuenta el escaso número de mujeres de menos de 20 años que acuden a la Clínica. En cambio, la incidencia de cefalea en mujeres menopáusicas y de edad superior a los 50 años es proporcionalmente pequeña.

CUADRO III

## DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN LA EDAD

EDAD	Número	Por 100
Menos de 19 años.....	36	7,1
20 a 29 años .....	120	23,8
30 a 39 años .....	204	40,0
40 a 49 años .....	108	21,4
50 a 59 años .....	33	6,5
Más de 60 años .....	5	0,5

*Estado hormonal.*—El cuadro IV distribuye los casos según el momento de la vida sexual. El 81,5 por 100 eran mujeres en la plenitud sexual, presentando menstruaciones más o menos regulares. Un tercio de estas mujeres aquejaban síntomas más o menos numerosos, pero claros, de tensión premenstrual. Un quinto más, podían etiquetarse como hiperfoliculínicas, basándose tanto en la clínica como en la citología vaginal y la biopsia de endometrio. Sólo 18 pacientes (el 4,3 por 100 del grupo de mujeres "maduras") fueron diagnosticadas de insuficiencia ovárica.

La incidencia de cefalea en climatéricas, menopáusicas y castradas es pequeña, tanto en cifra absoluta como relativa. Sin embargo, en los casos registrados, el motivo de la consulta fué, precisamente y sobre todo, el dolor de cabeza. Debemos advertir que a nuestra Clínica acude un número muy pequeño de mujeres por trastornos climatéricos, lo que ignoramos si se debe a peculiaridades de nuestra población, o al hecho ya señalado de la disminución progresiva del síndrome patológico climatérico.

Destaca una cierta abundancia de muchachas dentro del primer año de la menarquia (21 casos, 4,1 por 100), generalmente presentando una metropatía virginal. Interesa destacar que muchas de ellas eran domésticas, procediendo de pueblos lejanos, y habiendo llegado a la ciudad a servir hacía relativamente poco tiempo.

Las embarazadas con dolor de cabeza estaban todas dentro del primer trimestre de la gestación. Señalemos que la mayor parte eran solteras y casi todas pedían una confirmación de su embarazo.

CUADRO IV

## CEFALEA Y ESTADO HORMONAL DE LA MUJER

	Número	Por 100
Menarquia .....	21	4,1
Climaterio .....	18	3,5
Menopausia .....	24	4,7
Castración .....	6	1,2
Madurez sexual .....	411	81,5
Tensión premenstrual...	141	
Hiperfoliculinismo .....	78	
Insuficiencia ovárica ...	18	
Equilibrio endocrino ....	174	
Embarazo .....	21	4,1

*Antecedentes obstétricos.*—De las 411 mujeres con menstruación, 48 (11,4 por 100) eran vírgenes; 51 (12,4 por 100), eran estériles primarias, y 15 (3,6 por 100), eran infértiles después de aborto, parto prematuro o embarazo ectópico. Las restantes 297 (72,5 por 100) presentaban una paridad media bastante elevada (3,6 partos), siendo la incidencia de aborto de alrededor de un 30 por 100, en la mayor parte de los casos por probable provocación. Los antecedentes de partos distócicos y catastróficos no eran más frecuentes de lo normal.

## CUADRO V

## ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS EN LAS CEFALÉAS

Mujeres con antecedentes de embarazos y partos.	297
En matrimonio legítimo .....	273
No casadas .....	24
Presentaban antecedentes de abortos .....	138
Antecedentes de embarazos o partos distócicos ...	51
Paridad media de este grupo: 3,6 partos.	
Virgenes .....	48
Esterilidad primaria .....	51
Infertilidad .....	15

**Antecedentes patológicos.**—En 21 casos, la mujer había sido tratada por lúes, aunque únicamente en tres de ellas se obtuvo en el momento de la consulta una reacción serológica positiva. En 42 casos había antecedentes tuberculosos inequívocos de localización genital, tratándose de vírgenes o de estériles primarias. En nueve casos apareció paludismo en la anamnesis.

En 37 casos, la mujer padecía una otitis crónica. En 17 había un defecto visual ignorado.

En los restantes casos no había antecedentes de interés.

**Sintomatología subjetiva.**—Prácticamente, el 80 por 100 aquejaban algias abdominopélvicas, casi siempre difusas, pero predominando en hipogastrio y fosas ilíacas, de preferencia la izquierda (véase cuadro VI). En cambio, la dismenorrea no fué particularmente frecuente.

## CUADRO VI

## SINTOMAS SUBJETIVOS ASOCIADOS A LA CEFALÉA

	Número	Por 100
Algias:		
Fosa iliaca izquierda...	78	15,4
Fosa iliaca derecha ...	66	13,1
Hipogastrio .....	39	7,7
Lumbosacra .....	69	13,7
Localización variable...	132	26,1
Extremidades inferiores.	9	1,7
Dismenorrea .....	54	10,7
Disporeunia .....	36	7,1
Prurito vulvar .....	45	8,9
Polaquiuria .....	87	17,2
Disuria .....	42	8,3
Estreñimiento .....	96	19,0
Diarrea .....	6	1,1
Meteorismo .....	21	4,1
Mareos .....	63	12,5
Náuseas .....	48	9,5
Escalofríos .....	21	4,1
Acúfenos .....	18	3,5
Sofocos .....	18	3,5
Palpitaciones .....	3	0,5
Ansiedad y tensión .....	171	33,9
Trastornos menstruales:		
Hipomenorrea .....	15	3,6
Hipermenorrea .....	135	32,8
Protomenorrea .....	33	8,0
Ataxia menstrual .....	18	4,5

Los trastornos urinarios, el estreñimiento (deposiciones con intervalos superiores a 48 horas), el mareo, la ansiedad y la náusea, acompañan casi siempre, aislados o reunidos, al dolor de cabeza en estas mujeres.

Desde el punto de vista de los caracteres de la menstruación, el 32 por 100 mostraban una hemorragia abundante de más de cinco días de duración. La hipomenorrea no es frecuente. El ritmo menstrual estaba bien conservado por lo general, y si existía alteración, tendía a ser aceleración o irregularidad, pocas veces retraso.

**Hallazgos objetivos.**—Hemos resumido en el cuadro VII las alteraciones encontradas en el aparato genital, enumerándolas con un orden topográfico. Desde luego, muchas mujeres presentaban dos o más de estas lesiones, y en cambio otras arrojaron una exploración normal. En 73 mujeres no pudo encontrarse lesión apreciable (14,4 por 100 del total). La cefalea se consideró no obstante como vinculada en principio al aparato endocrino-genital, por presentar relaciones con el ciclo menstrual y con el estado sexual de la mujer.

## CUADRO VII

## HALLAZGOS OBJETIVOS EN LAS CEFALÉAS

	Número	Por 100
Vulvitis .....	24	4,7
Desgarro del periné .....	21	4,1
Alteraciones de la vagina:		
Colpocèle .....	33	6,5
Colpitis .....	24	4,7
Colpitis senil .....	6	1,1
Estenosis atrófica .....	24	4,7
Retracción cicatricial...	15	2,9
Cervicitis .....	186	36,8
Más desgarro de cervix.	42	8,3
Más poliposis .....	12	2,4
Parametritis .....	6	1,1
Acort. de parametrio...	12	2,4
Infiltración .....	9	1,7
Sensibilidad a presión.	357	69,6
Desplazamiento del útero ...	69	13,7
Retroflexión uterina móvil.	63	12,5
Fija, adherente .....	27	5,3
Subinvolución de útero .....	9	1,7
Mioma uterino .....	27	5,3
Salpingitis crónica .....	96	19,0
Tumorac. anexial inflammat.	12	2,4
Quiste de ovario .....	3	0,5
Pelvipéritonitis .....	2	0,3
Prolapso genital .....	1	0,2

Alteraciones de la vagina, del cuello uterino y de la posición de los órganos genitales son hallazgos casi sistemáticos. Interesa destacar la frecuencia de lesiones de las cúpulas vaginales, del cervix y de los ligamentos de sostén. Al hablar de lesiones nos referimos a retracciones, atrofas, desgarros, cicatrices, inflamación auténtica y acortamiento con limitación de la movilidad uterina.

En el 69,6 por 100 de las pacientes existió una sensibilidad dolorosa muy marcada de los parametrios.

La leucorrea fué frecuentísima. No se ha anotado



en el cuadro por ser un síntoma que acompaña a diversas lesiones, o incluso aparece sin lesión alguna, pero en el 43 por 100 de mujeres maduras (177 casos) existía una leucorrea purulenta, con tricomonas, o muy sospechosa de contenerlos. En 18 casos se trataba de una tricomoniasis aguda con abundantísimos parásitos. Estos casos—no incluidos en el apartado "colpitis" del cuadro VI—mostraban intensa cefalea.

Respecto a los 96 casos de salpingitis, generalmente crónica, conviene advertir que siempre apareció la lesión anexial asociada a otra patología colpo-cérvico-parametrial.

**Resultados terapéuticos.**— Como es natural, los programas terapéuticos en el material expuesto fueron tan variados como el material mismo, comprendiendo desde el tratamiento simple de la leucorrea hasta la histerectomía total.

Sin embargo, dado el enorme predominio de la patología colpo-cérvico-parametrial, los tratamientos más frecuentes fueron los encaminados a la cura de la colpitis y de la cervicitis.

La leucorrea se trató sistemáticamente con insuflaciones diarias con una mezcla en polvo de penicilina, marbada, stovarsol y lactosa. En ciertos casos se empleó la balneación con nitrato de plata a lo Menge. En la colpitis senil o con componente hipoestrógeno, se administró estrogenoterapia local.

En las alteraciones inflamatorias de cuello uterino, así como en los síndromes de hipersecreción del mismo, se recurrió a la electrocoagulación de la portio y/o del canal cervical.

La curación de las lesiones, concretamente de las cervicitis, así como la desaparición del "trichomonas vaginalis" del fújo, condujo a la desaparición de la cefalea en algo más del 60 por 100 de los casos.

Por lo que respecta a las mujeres climatéricas o menopáusicas, tanto la administración de estrógenos como la de andrógenos produjo una mejoría decisiva, aunque no en todos los casos, siendo la cefalea uno de los síntomas más resistentes.

En el material que nos ocupa, los casos de tensión premenstrual fueron tratados mediante regulaciones dietéticas, administración de cloruro amónico los días anteriores a la regla, y en algunos casos por dosis variables de progesterona. Los resultados fueron poco satisfactorios en general. La mayor parte de las pacientes no toleró el cloruro amónico.

**Resumen y comentarios.**— El análisis del material, expuesto en bruto en las tablas anteriores, permite desglosar varios grupos de pacientes, según su estado ginecológico. Desgraciadamente, las indicaciones contenidas en las historias acerca de las características de sus cefaleas son escasas, no siendo posible correlacionar la ginecopatía con un determinado tipo de dolor de cabeza.

En 90 casos la cefalea aparece unida a las grandes crisis hormonales de la mujer: menarquia, embarazo, menopausia. No hay que olvidar que esas grandes crisis endocrinas son también épocas de inestabilidad y de tensión psíquica. Por otra parte, en algunas de estas mujeres existían lesiones de su aparato genital análogas a las que luego citaremos.

En 54 casos el interrogatorio y la exploración descubrieron que si bien la mujer era una ginecopata, presentaba a la vez lesiones crónicas que podían explicar muy bien la cefalea, singularmente

otitis crónica y alteraciones visuales. En estos casos se tendió a aceptar que el dolor cefálico era causado por dichas lesiones de vecindad antes que por la ginecopatía.

En 73 casos el reconocimiento no encontró lesiones genitales. La introducción en el material se justifica porque 40 de dichas mujeres presentaban la cefalea como síntoma de una tensión premenstrual, otras 9 sufrían una cefalea auténticamente menstrual y en las restantes 24, aunque la cefalea era acíclica, la mujer estaba convencida del origen "ovárico" de su cefalea hasta extremos psicopáticos. En 24 enfermas se consideraron como neurosis psicosexuales. En 11 de ellas una esterilidad primaria, de la que no eran culpables al parecer.

En 276 mujeres se encontraron una o varias de las lesiones enumeradas en el cuadro VII. El dolor de cabeza correspondía a uno de estos tres grupos:

— cefalea continua irregular con exacerbación premenstrual, generalmente asociada a la tensión (101 casos).

— cefalea variable, pero con crisis, coincidiendo con la menstruación (42 casos).

— cefalea no relacionada con la menstruación (133 casos).

Los resultados terapéuticos obligan a admitir que muchas de estas cefaleas tienen un origen orgánico-humoral, pero que otras deben tener una génesis psíquica. En principio puede aceptarse que cuando la cefalea cede al curarse la lesión ginecológica se trataba de una cefalea orgánica sintomática. Sin embargo, esto no debe ser enteramente exacto.

## II

### ESTUDIOS EN PACIENTES GINECOLÓGICAS CON CEFALEA.

Posteriormente a la revisión del archivo de historias de la Clínica, he estudiado 46 enfermas que presentaban cefalea junto con un padecimiento ginecológico. Otras 17 enfermas, consideradas como cefaleas ginecológicas en principio, fueron descartadas cuando el sistemático reconocimiento oftalmológico, otorrinológico, neurológico e internístico demostró otra posible causa para la cefalea. Como padecimiento ginecológico se considera no sólo la alteración genital, sino un trastorno endocrino-sexual en su más amplio sentido.

La *anamnesis* es de sobresaliente importancia en la clínica de las cefaleas. Se realizó de acuerdo con la pauta del cuadro VIII. Los resultados obtenidos de esta forma nos permiten establecer un esquema aproximado de los tipos de cefalea encontrados:

**Tipo 1.º** El dolor de cabeza es gravitativo o tensivo, anterior a la línea biauricular, bilateral o unilateral, con frecuencia poco definido, más bien leve, muchas veces asociado a mareo asistémico y a torpeza, duradero, pero irregular, y de aparición matinal. En los 11 casos observados, el dolor aparecía usualmente en la segunda mitad del ciclo, asociándose a tensión premenstrual o a un síndrome de congestión pelviana.

**Tipo 2.º** Cefalea de localización más estrictamente frontal, con predominio a un lado, bastante intensa, a veces neuralgiforme, que cede muy bien a la aspirina, y aparece en conexión con esfuerzos físicos o psíquicos, a veces con un enfriamiento. En estos casos muchas veces la cefalea apareció a raíz

## CUADRO VIII

## ANAMNESIS DE LA CEFALÉA

## Origen:

Momento y causa según la paciente.  
Duración: Desde cuánto tiempo.

## Carácter:

Gravitativa.	
Presiva.	Leve.
Tensiva.	Intensa.
Pulsátil.	

## Presentación:

Súbita, paulatina.  
En forma de crisis: motivo.  
Matinal, vespertina.  
Relación con la menstruación:  
En la semana anterior.  
En el día anterior.  
En la menstruación.  
Después.  
Constante, variable.

## Localización:

Anterior a una línea biauricular o posterior.  
Bilateral o unilateral.  
Frontal, temporal.  
Indefinida, variable.

## Asociada a:

Mareo, náusea, vómito, fatiga, hambre, sed, oliguria, polaquiuria, poliuria, temblor, ansiedad, síntomas oculares, auditivos, dolores en otras partes.

## Cede a:

Aspirina, café, sueño, aire libre, comida, distracción.

de un aborto o de un parto u otro suceso análogo. Las enfermas están convencidas del origen "ovárico" de su cefalea. En 15 casos el examen demostró con notable reiteración lesiones colpo-cérvico-parametriales, a veces una distopía uterina, o una anexitis crónica.

Tipo 3.º Dolor presivo, a veces pulsátil, de localización anterior, tendiendo a ser unilateral, pero variando de localización, asociándose con frecuencia a acúfenos, y también a sofocos y a escalofríos. Sobreviene con cierta rapidez, aunque no paroxístmica, y suele durar varias horas. No cede bien a las dosis habituales de aspirina, frecuente en climáticas y menopáusicas (5 casos), otras veces aparece como típica cefalea menstrual, sobreviniendo en las primeras horas de la misma, como en otras cuatro mujeres de esta serie.

Tipo 4.º Aquí el dolor es posterior a la línea biauricular, incluso occipital o en la nuca, pero con irradiaciones hacia el vertex, gravitativo o tensivo, asociado con mareo o náusea, constante, pero irregular, de aparición matinal y durando todo el día. Cede a la aspirina de forma variable. En las 11 mujeres que presentaron esta cefalea, casi siempre fué posible trazar el origen hasta un conflicto psico-sexual. Muchas veces las crisis cefalálgicas sobrevienen al día siguiente del acto sexual. Sin embargo, casi sistemáticamente se encuentran lesiones de cuello o de parametrio, sobre todo sensibilidad del parametrio izquierdo, clásico síntoma de congestión pelviana. Es frecuente el desplazamiento uterino.

En la mayor parte de los casos se investigó la respuesta a la *administración de histamina*, bien por vía subcutánea a la dosis de 0,5 ó 0,75 mg. de fosfato de histamina, bien por vía intravenosa a la dosis de 0,05 mg. Esta última técnica parece preferible. Es sabido que la inyección de histamina desencadena un dolor de cabeza, que suele aparecer de uno a tres minutos después de inyectar, que coincide con rubor intenso, hipotensión arterial y sensación de plenitud en la mitad superior del cuerpo. Este dolor aparece más o menos en todos los casos.

Sin embargo, en ciertos casos el dolor de cabeza persiste excesivamente, o reaparece nuevamente a los 8-12 minutos, acompañándose de una recuperación o de un alza de la tensión sanguínea. Esta cefalea puede parecerse a la que padece la mujer, aunque una reproducción exacta no la hemos conseguido. FRIEDMANN y cols., en 1945, han estudiado la relación de esta respuesta a la histamina con el tipo de cefalea que aqueja al paciente, extrayendo consecuencias patológicas. La mayor parte de las cefaleas crónicas se deberían a estimulación de las terminaciones sensitivas de las paredes arteriales (carótida, sobre todo) por vasodilatación. Pero el que la histamina produzca vasodilatación y, por ende, dolor, no quiere decir que la cefalea de la mujer sea de origen precisamente histamínico.

La respuesta cefalálgica tardía a la histamina fué más frecuente en las pacientes con cefalea tipo 1.º y tipo 3.º del esquema expuesto.

Desde el punto de vista *hormonal*, los hallazgos son los siguientes, teniendo en cuenta que no hay diferencias significativas entre los distintos grupos:

— la *curva de temperatura basal* (17 casos) mostró siempre una imagen bifásica, aunque con frecuencia irregular, con acentuada hipotermia ovulatoria y ciertas oscilaciones en la fase premenstrual.

— la *biopsia de endometrio* (37 casos), siempre practicada el primer día de la regla, en algunas mujeres por dos y tres veces consecutivas, mostró un predominio de mucosas con signos de secreción incompleta. En algunos casos, correspondiendo al tipo 2.º de cefalea, se observó una mayor o menor infiltración inflamatoria inespecífica.

— la *radiografía de la silla turca* no mostró alteraciones significativas (10 casos), excepto una posible amplitud excesiva en cuatro pacientes con tipo 3.º de cefalea, tres de ellas menopáusicas.

— el *metabolismo basal* (15 casos) corrientemente alcanzó valores bajos, alrededor de 0 ó bajo 0, pero sin llegar a hipometabolismos acentuados.

Hemos investigado en cierto número de mujeres la posible existencia de una *hipersensibilidad a las hormonas genitales* mediante la práctica de las correspondientes intradermorreacciones:

— la intradermorreacción a la *gonadotropina hipofisaria* (Preloban, 25 U. I. en 0,1 c. c.) en 14 casos sólo mostró positividad (habón mayor de 1 cm. entre 1 y 24 horas después) en mujeres climáticas. Sin embargo, también en mujeres climáticas sin cefalea se obtienen respuestas positivas.

— la intradermorreacción al *estradiol* (Ovociclina, 0,1 c. c., equivalente a 0,1 mg. de propionato de estradiol) fué negativa en los 19 casos en que se practicó, con o sin cefalea, tanto en la fase pre como en la postmenstrual.

El *diagnóstico psicológico* se basó en los resultados del interrogatorio, que en todos los casos fué prolongado y repetido. Cada enferma fué sometida



a varias entrevistas y la cuestión de sus problemas vitales, familiares y sexuales discutida con la mayor amplitud posible en cada caso. Es difícil extraer conclusiones de un número pequeño de casos estudiados de esta manera. Desde luego, la mayor parte de mujeres presentaban conflictos e inadaptaciones de diversa índole, especialmente las que mostraron un tipo 4.º de cefalea. La frecuencia de las prácticas anticoncepcionales y del coito interrumpido fué muy elevada. En ningún caso existió una esterilidad involuntaria.

Sin embargo, no es posible afirmar que este grupo sufriese una tensión psíquica más elevada que otro sin cefalea.

En todos los casos se administró como tratamiento inicial, y para aclarar la génesis orgánica o psicógena del trastorno, un placebo, usualmente un preparado vitamínico a débil concentración, desprovisto del prospecto explicativo, y acompañado de una enérgica y apropiada psicoterapia. La mayor parte de las pacientes encontraron un ligero alivio de su cefalea, especialmente en los grupos 2.º y 4.º, aunque no suficiente. Algunas pocas manifestaron "que se encontraban peor", perteneciendo al tipo 4.º, y alguna con cefalea menstrual tipo 3.º. En estos casos admitimos que existía un fuerte componente psicógeno, no habiendo razón para el empeoramiento, sino la mayor polarización hacia su dolor de cabeza, provocada en la enferma por el tratamiento. En ningún caso el placebo consiguió un éxito suficiente.

El tratamiento empleado en estos casos varió, naturalmente, según la enferma, su tipo de cefalea y la ginecopatía que ostentaba.

En cinco casos del tipo 4.º se administró Hydergina en forma de tabletas sublinguales, pero las enfermas no hallaron mejoría, y no continuaron la medicación después de un período de prueba de diez días. En algunos casos se quejaron de mareos y estado nauseoso.

Aparte este ensayo, los tratamientos empleados fueron exclusivamente ginecológicos.

El primer paso consistió siempre en la curación de la colpitis leucorreica y de la cervicitis si existían, lo que sucedía en nueve casos (tipos 1.º, 2.º y 4.º). En cinco mujeres desapareció la cefalea con este simple tratamiento.

En las demás pacientes con lesiones genitales se procedió siempre a la infiltración paracervical con Novocaína al 2 por 100 o con Impletol, a dosis de 4-8 c. c., o sea cuatro inyecciones de 1-2 c. c. en los ligamentos anchos y úterosacros, en la inmediación del cuello uterino, introduciendo una aguja fina 2 cm. Las infiltraciones se realizan 1-3 veces con intervalos de 2-4 semanas. En algún caso fué necesario utilizar una analgesia con Trilene por no poder soportar la mujer el pinchazo inicial. Sin embargo, precisamente en estas pacientes ha sido muy favorable el resultado no sólo por lo que respecta a la cefalea, sino también en cuanto a la sintomatología abdominopelviana, siempre presente. En conjunto, los resultados son buenos en el 50-60 por 100 de los casos, aunque la mejoría no siempre es permanente. Al cabo de varios meses vuelve a quejarse alguna mujer de molestias pelvianas, pero la cefalea generalmente desaparece totalmente.

La cefalea suele resistir o ceder sólo pasajeramente en los casos en que existe una desarmonía sexual profunda o una carga vital—familia, traba-

jo—demasiado pesada para la mujer, en cuyo caso los caracteres del dolor corresponden al tipo 4.º

En la cefalea ligada a la tensión premenstrual hemos empleado la testosterona a dosis de 100-150 miligramos en la segunda mitad del ciclo, en inyecciones de 25 mg. cada 2-3 días. En cinco de seis casos se produjo un alivio extraordinario. La testosterona ha sido más eficaz que la progesterona en nuestra práctica.

En la cefalea menopáusica también la testosterona proporciona los mejores resultados, en inyecciones repetidas de 25 mg., o aun mejor en forma de Testoviron Depot, en dosis de 50 mg. cada diez días, ó 250 mg. cada 8-10 semanas. En todos nuestros casos los resultados han sido buenos.

En los casos resistentes a los tratamientos se ha intentado una psicoterapia, apoyándose en una medicación adecuada. Primeramente, y con resultados poco alentadores, se recurrió al Calcibronat, a dosis de 5-10 c. c., por vía intramuscular, cada dos días. Se intentaba una sedación profunda y una equilibración del sistema vegetativo. Muchos mejores resultados he obtenido últimamente con la hidrazida del ácido isonicotínico, a dosis de 50 miligramos por kilo de peso, durante períodos de 6-8 semanas, especialmente en pacientes con síndrome de congestión pelviana, y que hubieran adelgazado últimamente, correspondiendo siempre a los tipos 1.º y 2.º de cefalea.

### III

#### DISCUSIÓN. LAS CEFALAS CÍCLICAS.

Los estudios expuestos nos inducen a admitir que las ginecópatas no muestran una sola clase de cefalea, lo que era de esperar, puesto que siendo varias y muy diferentes las ginecopatías, unas limitadas al ámbito estricto del aparato genital y otras abarcando todo el complejo endocrinossexual de la mujer, también deben ser múltiples las posibilidades de que se produzca dolor de cabeza.

Revisaremos en primer lugar las cefaleas que muestran conexión con la menstruación o el ciclo menstrual, intentando aclarar la cuestión de la llamada "jaqueca menstrual".

La auténtica *jaqueca oftálmica o migraña*, según nuestra experiencia no mantiene una particular relación con el aparato genital femenino. En primer lugar, entre 504 enfermas ginecológicas consecutivas con cefalea, sólo 11 mostraban crisis jaquecosas típicas. En segundo lugar, esas 11 mujeres no eran propiamente hablando ginecópatas. Únicamente cuatro sufrían de tensión premenstrual y sólo cuatro veces se encontró en el reconocimiento un estado congestivo pelviano. En ningún caso coincidió la jaqueca con una dismenorrea. Ciertamente, todas las mujeres sufrían las crisis exclusiva (7 casos) o preferentemente (4 casos) en las horas inmediatamente anteriores o durante la menstruación, y esto fué lo que las llevó a la Clínica ginecológica, pero ni había alteración del ciclo ni de la menstruación misma, excepto hipomenorrea en dos casos e hipermenorrea en uno, lo que no es más frecuente que en otro grupo de mujeres cualesquiera.

Esta experiencia está de acuerdo con la de THOMPSON (1932). En un estudio de SIMARRO (1951) sobre 210 pacientes con jaqueca, 170 eran mujeres, como se ha dicho anteriormente. Este autor encuen-

tra una frecuente coincidencia con dismenorrea, en concordancia con otros (CANTON, 1945; BRUJAS, 1948; ORTIZ DE LANDÁZURI, 1949), y en un 50 por 100 observa irregularidades menstruales, aunque tal como las describe nos parecen de escasa cuantía. El 25,7 por 100 de sus jaquecosas eran menopáusicas, cosa no vista por nosotros.

Las crisis migrañosas empiezan con frecuencia con la pubertad y se mantienen a lo largo de los años hasta desvanecerse con la menopausia. Incluso MARTIN (1930) ha dicho que la castración hace desaparecer las crisis, opinión que no comparte ALVAREZ (1940). En muchos casos los ataques no se producen durante el embarazo y la lactancia (THOMPSON, 1932).

Podemos admitir que la mujer es más propensa a la jaqueca en virtud de su estructura endocrino-vegetativa, pero no se puede aceptar que la jaqueca derive de un trastorno sexual o genital femenino, como lo indica simplemente el hecho de que aparezca en hombres, de que ocurra en mujeres también extramenstrualmente, y de que se apoye en una personalidad psicológica completamente característica (JASON y DIXON, 1946; ALVAREZ, 1947). De acuerdo con HILGER (1951), hay que considerar la crisis migrañosa como una respuesta desorganizada del sistema autónomo, cuyo órgano de expresión sería la arteria carótida y sus ramas, y que evolucionaría en las tres fases de vasoconstricción, vasodilatación y edema. El origen de la crisis estaría en una causa emocional, física, ingestante o inhalatoria, aunque, naturalmente, apoyándose en una constitución particular del individuo. Sin duda, el fenómeno más importante de la jaqueca es la peculiar reactividad e irritabilidad de la arteria carótida, irritabilidad constitucional, y muchas veces heredada, y que es la base de los síntomas observados.

La relación de la jaqueca con la menstruación puede deberse muy bien a los característicos cambios neurovegetativos que acompañan el comienzo de la hemorragia. BELVEDERI, en 1951, estudia los cambios del equilibrio electrolítico en la menstruación con la alteración del cociente Ca/K, y el resultante predominio vagal, y le parece que ahí radica el factor predisposicional a la jaqueca.

Hay cierta analogía entre jaqueca y menstruación. Esta última también es un proceso con vasoconstricción, vasodilatación y edema, en el que ocurren profundos cambios en el metabolismo hidrosalino, singularmente una retención de sodio y agua (ATKINSON e IVY, 1936; THORN, NELSON y THORN, 1938, etc.), en conexión con la elevación progresiva de la estrogenemia. CAMPBELL, HAY y TONKS (1951) encontraron en la jaqueca una marcada retención de sodio, con variación inversa del potasio, y una dilución acentuada de la sangre, señal de la retención de agua. El ataque se acompaña de edema y oliguria y termina por una poliuria crítica. En 1949, FEKETE observó en las mujeres con jaqueca menstrual un aumento de la concentración de sodio en la sangre superior al de las no jaquecosas, mientras el potasio permanecía sin variación, y el calcio mostraba cifras muy variables. SINGH, SINGH y SINGH habían provocado en 1947 la crisis migrañosa mediante la administración de estrógenos, pero únicamente en sujetos predispuestos. El ataque se impone con la progesterona.

Es posible que la semejanza entre jaqueca y menstruación sea fruto de una consideración super-

ficial. Hay que recordar que el aumento del nivel estrogénico es anterior a la menstruación y que ésta procede realmente de un descenso brusco del mismo. La retención acuosa es anterior a la fase hemorrágica del ciclo. Ahora bien, la crisis migrañosa coincide con la menstruación misma y no con la fase premenstrual. Por otra parte, la retención mineral en la jaqueca es tardía, como el edema. Este realmente es un epifenómeno, consecutivo a la vasodilatación arterial, que es lo primario, y causada por vía nerviosa-vagal o tal vez por una descarga brusca de histamina (DALSGARD-NIELSEN, 1951).

No es posible descartar que muchos casos de la llamada "jaqueca menstrual" no se trate de verdadera jaqueca y el resultado sea la confusión. Muchas de las mujeres que ostentan cefalea de tipo 3.º, que coincide frecuentemente con la menstruación, manifestaban tener "jaqueca" posiblemente porque alguien así las había diagnosticado. Sin embargo, para diagnosticar una cefalea como jaqueca es preciso que existan los pródromos visuales, tan magistralmente descritos por GOWERS en 1895, y que esa cefalea sea paroxística, de repetición, ligada a una constitución típica, y ceda rápidamente a la inyección de ergotamina.

En otro caso estamos ante lo que se puede denominar una *cefalea menstrual*, y de la que hemos encontrado 51 casos entre el material de la Clínica, y otros cuatro casos posteriormente. Estas cefaleas muchas veces tienen carácter agudo, casi paroxístico, con frecuencia hemicraneal, pero no evolucionan en tres fases, sino que se mantienen con oscilaciones durante muchos horas, a veces 1-3 días. El dolor puede ser terebrante o pulsátil, acompañado de acúfenos o de enturbiamiento visual.

Crisis análogas aparecen en climatéricas y menopáusicas y también, posiblemente, en jóvenes menárquicas con trastornos iniciales, a juzgar por las descripciones de ciertas historias.

Otras veces la cefalea que se inicia con la menstruación parece más leve, de localización difusa, gravitativa, acompañada de torpeza y cansancio, o sea, análoga a lo que hemos descrito como tipo 1.º

Es esencial diferenciar esta cefalea, que acontece al comenzar la regla o unas horas después de iniciada ésta, del *dolor de cabeza de la tensión premenstrual*. El síndrome de tensión premenstrual fué descrito por FRANK en 1931. Posteriormente se han publicado numerosos trabajos sobre el mismo (BOTELLA LLUSIÁ, 1949; VALLE ADARO, 1951). Se trata de un conjunto de síntomas que aparecen 8-12 días antes de la menstruación y se extinguen a poco de comenzar ésta. Según VALLE ADARO, sufren de tensión premenstrual el 42 por 100 de las mujeres menstruantes. Según MORTON, ADDISON, ADDISON, HUNT y SULLIVAN (1953), la frecuencia es del 33 por 100 en mujeres jóvenes y del 51 por 100 en mujeres añosas. Aunque el síntoma más habitual es la irritabilidad y la inestabilidad emocional, a continuación vienen el algia abdominal inferior y la cefalea. Para VALLE ADARO, un 42 por 100 se quejan de dolor de cabeza; para MORTON y cols., un 59 por 100; para GREENE y DALTON (1953), un 63 por 100. De esta forma resultaría que un 15 a un 25 por 100 de todas las mujeres padecen dolor de cabeza antes de la menstruación.

Esta cefalea se describe como leve, de localización frontal, y más bien es una sensación de pesadez asociada a veces al mareo y a la náusea. De



ritmo variable, cede por la noche y se influye por las distracciones. Lo característico es su combinación con inestabilidad emocional y temblor, y el síndrome, edema, aumento de peso, oliguria, sed y tensión mamaria.

En la estadística de la Clínica se ha encontrado la tensión 141 veces. En 40 mujeres todo el trastorno consistía simplemente en la misma, pero en otras 101 la tensión se asociaba a una patología "lesional" variable, pero casi siempre del tipo cervicitis-parametrosis-congestión. En estos casos, la cefalea era de aparición irregular, tendiendo a exacerbarse en el premenstruo junto con las restantes molestias.

Hay acuerdo bastante general en que el síndrome de tensión premenstrual se debe a la exageración en la tendencia fisiológica a retener agua durante la fase lútea del ciclo, tendencia que hemos examinado a propósito de la jaqueca, y hemos visto que estaba en relación con la estrogenemia. Aunque MORTON y cols. creen que la exageración productora de la tensión premenstrual sería un hiperestronismo absoluto, lo cierto es que la cefalea no es un síntoma frecuente en el hiperfoliculinismo aislado. FLAMAND y SIMON (1952) no citan la cefalea en su revisión de los síntomas del hiperfoliculinismo. UFER (1953), entre 85 casos, solamente en dos observó una llamada "jaqueca menstrual". Nosotros hemos observado 78 casos de hiperfoliculinismo entre nuestras pacientes de cefalea, pero solamente en 17 había una tensión premenstrual, tratándose en las restantes, afectas de patología colpo-cérvico-parametrial, de una cefalea acíclica.

La *cefalea menstrual* auténtica debe ser una cefalea vascular. Lo demuestra su presentación aguda, el carácter pulsátil y el que las pacientes ofrezcan una respuesta cefalálgica tardía a la histamina. Por otra parte, no es posible admitir el edema intracraneal como causa, puesto que el tal aparece antes de la menstruación y produce si acaso un dolor tórpido de tensión.

Las investigaciones de MASSAZZA y su escuela (1949-1951) han enseñado que la respuesta a la histamina es máxima en los dos días anteriores a la hemorragia y en los dos días primeros de la misma, ocurriendo otro máximo hacia la época de la ovulación, en los días 13 a 15 del ciclo (CAZZOLA, 1949). El nivel de histamina aumenta inmediatamente antes de la menstruación, especialmente si ha habido una fase progestérica normal (CAZZOLA, 1950). Hay que recordar que el útero es una de las fuentes más importantes de histamina del organismo, especialmente la decidua compacta y durante el embarazo (SWANBERG, 1948). La sobrecarga con progesterona aumenta la reactividad del organismo a la histamina. Para MASSAZZA, la base de la alergia endocrina en la mujer la constituye la progesterona, y he aquí por qué las alergias tienen una predilección tan marcada por la fase premenstrual.

Hay analogía entre las cefaleas menstruales vistas por nosotros y los casos descritos por HORTON (1941) como cefalalgia histamínica, aunque sin alcanzar la violencia que parece caracterizar a los últimos. En otras ocasiones (dolor de tipo 1.º) la semejanza es con la cefalea por tensión nerviosa de BUTLER y THOMAS (1947), que también se debe a la vasodilatación reactiva de los vasos craneales, agotados por una prolongada vasoconstricción, hija del esfuerzo, de la ansiedad y de la tensión psíquica.

Hay que admitir que la menstruación representa el fin de un período de ansiedad, en muchas mujeres por lo menos.

Sin embargo, hay que huir de la admisión, demasiado fácil, de que la cefalea de la menstruación es siempre psicógena. Nuestra experiencia es más bien lo contrario.

Los resultados del tratamiento pueden aclarar algo la cuestión. En 1943, ZIMMERMANN distinguió entre las "jaquecas menstruales" que se agravan con los estrógenos y se alivian con la progesterona y las que mejoran con los estrógenos. Las segundas, son las que aparecen en la menopausia. En la realidad, esta distinción es difícil de mantener. En España, DOSAL, DEL PIÑAL y GÓMEZ MANTILLA (1953) recomiendan la progesterona, mientras MARCOS (1953) cree más útiles los estrógenos, siguiendo a DUNN (1951), y a otros autores (RILEY, 1932; GLASS, 1936; BUHLER, 1939; LANGE, 1941, etc.). Mediante el estilboestrol a dosis continuadas se mantiene al paciente libre de ataques migrañosos. Es una afirmación que contradice completamente el experimento de SINGH, SINHG y SINGH (1947) antes citado. La acción de las hormonas sexuales consistiría en una frenación de la hipófisis (RILEY, 1932), aunque también podrían actuar los estrógenos mejorando la circulación cerebral, como indica MARCOS basándose en los experimentos de STEINACH, KUN y PECZENIK (1936) y otros.

También la testosterona es eficaz en la "jaqueca" (BLUMENTHAL y FUCHS (1951) y otros, así como en la cefalea crónica (FRIEDMAN, BRENNER y MERRIT, 1946).

El problema de la patogenia hipofisaria de la jaqueca tropieza también con la confusión que reina en el campo de las cefaleas paroxísticas. Se admitía que la jaqueca se acompaña de hiperpituitarismo y de eliminación de hormona gonadotropa (JAUSION, 1933; SEDILLOT, 1930; KLAUSSNER-CRONHEIM, 1931; ZEINER-HENRIKSEN, 1933; KUZROK, 1933; COLLESON, 1933, y otros) y de hormona antidiurética (VERNEY, 1946). Dada la situación de la hipófisis, inmediata al quiasma óptico, se pensó por TIMME que la jaqueca consistiría en un brote congestivo de la glándula, con aumento de la presión intracraneal y compresión del quiasma, lo que explicaría los síntomas oculares acompañantes al dolor. Sin embargo, la radiografía de la silla turca revela un estrechamiento de la misma, con aproximación e incluso unión de las apófisis clinoides (THOMPSON, 1932; GOLDZIEHER, 1942), lo que no se compagina bien con la teoría de TIMME. Sin embargo, ya DRURY, en 1928, señaló que ciertas cefaleas que aparecen en la menopausia, y tienen carácter paroxístico sin ser jaqueca, deben estar en relación con una disfunción pituitaria. En 1929, MARTÍNEZ OLASCOAGA observó cefaleas de tipo semejante en algunas mujeres embarazadas. Se trataría de dolor de localización occipital o bitemporal, a veces agudo, en forma de crisis, asociado con torpeza, y también con náusea, vómito e incluso disnea. Podría existir hemianopsia bitemporal. En 1934, SKIPP comprobó la eliminación de hormona gonadotropa durante tales crisis, así como ensanchamiento de la silla turca. La cefalea cede usualmente al acostarse, reapareciendo al ponerse de pie.

Estas cefaleas "hipofisarias" son clínicamente muy semejantes a las encontradas por nosotros en muchas menopáusicas y menárquicas, y también a



lo que hemos designado como cefalea menstrual del tipo 3.º En cuatro casos (3 menopáusicas y uno menstrual) se ha visto en la radiografía un ensanchamiento de la silla turca. Frecuentemente se observa una intradermorreacción positiva a la gonadotrofina hipofisaria, aunque esto es general en las menopáusicas, al parecer.

La génesis hipofisaria se ve apoyada por los benéficos efectos de la testosterona.

Aunque podríamos admitir que las cefaleas menstruales tienen una patogenia múltiple, también es posible que la congestión hipofisaria y la sintomatología relacionada con la misma se deba pura y simplemente a la congestión intracraneal generalizada por vasodilatación, producida ésta bien por agotamiento tensional, bien por una liberación de histamina u otro mecanismo análogo. Por otra parte, si no aceptamos la vasodilatación masiva, siempre queda por explicar la causa de la congestión pituitaria, que debe radicar necesariamente en: a) Una peculiar reactividad de la glándula. b) Un factor desencadenante, bien sea metabolito esteroide, histamina o adrenalina, u otro.

En resumen diremos que:

— la jaqueca oftálmica genuina coincide con cierta frecuencia con la menstruación, que representa un factor predisposicional importante, pero no causal.

— la llamada "jaqueca menstrual" no es una verdadera jaqueca la mayor parte de las veces, sino una cefalea monofásica, más o menos intensa, de patogenia probablemente vascular, reproducible por la histamina, y en la que representa un papel, más o menos central, la congestión de la hipófisis. Junto a una reactividad alterada de los vasos craneales, el factor causal lo constituyen los procesos bioquímicos de la menstruación.

— coincidiendo con la menstruación puede presentarse una cefalea psicógena por tensión nerviosa, que no tiene carácter hemicraneal agudo, sino difuso e irregular.

— hay que distinguir claramente entre la cefalea menstrual, que comienza con la menstruación, y el dolor de cabeza de la tensión premenstrual, que clínica y patogénicamente es muy distinto.

#### IV

##### DISCUSIÓN. LAS CEFALÉAS SIN RELACIÓN CON EL CICLO.

Hemos de distinguir aquí las cefaleas de las mujeres que carecen de ciclo (menárquicas con trastornos, embarazadas, menopáusicas) y las de las mujeres en plena actividad genital.

Las del primer grupo son con frecuencia análogas a lo que hemos llamado cefalea menstrual: ataques hemicraneales intensos, asociados a trastornos visuales o a acúfenos, que perturban gravemente a la mujer. Sobre su patogenia ya hemos dicho bastante. Unicamente hay que recordar que el establecimiento de la menstruación, así como la cesación de la vida sexual de la mujer, representan un esfuerzo considerable para la hipófisis, que no es extraño reaccione con labilidad vascular. Sobre el papel hipofisario en ciertas cefaleas de embarazo, ya indicó MARTÍNEZ OLASCOAGA en 1930. Según VIGNES (1944), la neurosífilis desempeñaría un papel

predisponente a estas reacciones pituitarias, extremo que no hemos podido comprobar.

Sin embargo, no todas las cefaleas de estas mujeres son del mismo tipo. Las jóvenes presentan a veces una cefalea histérica, miógena, por contracción de la musculatura de la nuca y fijación de la cabeza. Esto lo hemos observado algunas veces, siendo el dolor occipital, irregular, y de intensidad muy variable. Todos los tratamientos fracasan en estas pacientes, que en nuestra experiencia eran siempre (3 casos) muchachas de servicio, alejadas de su pueblo natal, y cuya menarquia se había iniciado en su nuevo empleo. Las climatéricas presentan también una cefalea por tensión nerviosa, como señala DONOVAN en 1952, muy diferente del paroxismo hipofisario. Hay que excluir en estas mujeres la existencia de una hipertensión arterial.

En nuestra segunda serie hemos observado cinco menopáusicas. Todas ofrecían una cefalea de tipo 3.º En tres, había una silla turca ensanchada. En cuatro, se obtuvo una respuesta cefalálgica tardía a la histamina. En tres, se apreció una intradermorreacción positiva a la gonadotrofina. La testosterona a dosis de 150 mg. por mes, o a dosis más fuertes de Testoviron Depot, ejerció muy favorables efectos. Estos casos se habrían designado como jaqueca menopáusica.

El hecho de que todos los casos vistos por nosotros sean del mismo tipo grave, se debe probablemente a que las mujeres con cefalea tensional más leve, asociada a otros síntomas de privación estrogénica, no acudieron a la consulta o no fueron remitidas a estudio especial.

Las cefaleas de las mujeres maduras pueden dividirse, desde el punto de vista ginecológico, en dos grupos:

1.º Las presentadas por mujeres sin lesión genital demostrable, ni trastorno funcional definido, pero que aparecen "fijadas" al aparato genital y a la vida sexual de modo firme, acompañándose de un conjunto de síntomas ginecológicos subjetivos.

2.º Las que coinciden con una ginecopatía más o menos delimitada.

Del primer grupo tenemos 24 casos en la estadística de la Clínica y alguno en el material posteriormente estudiado. El dolor pertenece clínicamente al tipo 4.º o, menos veces, al tipo 2.º Ya hemos dicho algo sobre la posible patogenia de estas cefaleas. Dos mecanismos se ofrecen a consideración. En primer lugar está la *ansiedad o tensión nerviosa*. Esta produce vasoconstricción que no causa dolor. Pero el espasmo continuado termina por ceder, dando paso a una vasodilatación reactiva. WINANS, en 1926, describió tres tipos básicos: 1) La que se desarrolla durante el día cuando debe hacerse algo dentro de un tiempo determinado. 2) La que aparece al día siguiente del conflicto, generalmente al levantarse el sujeto. 3) Una cefalea intensa, que dura 24-48 horas, difícil de aliviar, acompañada de hipotensión sanguínea y precedida en los días anteriores de sensaciones de opresión. Podemos admitir que la cefalea constituye en estos casos un síntoma del agotamiento de la adaptación del organismo a un "stress" psíquico. BLUMENTHAL y FUCHS (1951) distinguen una segunda forma de cefalea psicógena, ligada a un espasmo de la musculatura de la nuca. La consideran como una forma de la *histeria de conversión*: la paciente fija la cabeza en una actitud rígida y erguida, como una respuesta a

algo que le repugna, y de "lo que no quiere enterarse". El dolor en este caso es retroauricular, acompañado de sensaciones vertiginosas a veces.

En los casos ginecológicos estudiados predominaba probablemente la segunda patogenia, provocada seguramente por miedo al acto sexual o al embarazo.

El segundo grupo es mucho más numeroso. Hemos recogido en el archivo de la Clínica 276 casos, de ellos 133 con dolor acíclico y 143 con exacerbaciones premenstruales o menstruales. A ellos se pueden añadir 15 casos con dolor tipo 2.º y 11 de tipo 4.º procedentes de la segunda serie.

Una fracción de estos casos se puede considerar como cefalea tóxi-infecciosa (salpingitis, tuberculosis génitoperitoneal en vírgenes y estériles, etc.). Pero la mayor parte no presentaba un proceso inflamatorio agudo, ni siquiera crónico.

Puede admitirse que la cefalea sea una reacción psíquica a la ginecopatía, un dolor por vasodilatación debida a una tensión nerviosa prolongada. Pero creemos más correcto aceptar que tanto el síndrome pelviano, como la cefalea, como los restantes trastornos extragenitales que a veces acompañan, tienen una génesis común, por lo menos en las pacientes de congestión pelviana. Desde las primeras descripciones de este síndrome por CASTAÑO en 1915, hasta las recientes publicaciones de TAYLOR (1949), la cefalea es uno de los síntomas habitualmente citados. CASTAÑO habla de cefaleas de nuca, irradiadas hacia adelante, de carácter variable y que ceden con el sueño. Los estudios psicopatológicos de DUNCAN y TAYLOR en 1952 revelan que el 50 por 100 de las mujeres con congestión pelviana padecen cefalea. Esta cefalea puede ser una histeria de conversión, pero es más probable que sea un trastorno vascular, una congestión endocraneal. La demostración por los autores americanos de que el estado emocional repercute sobre la circulación sanguínea, originándose hiperemia en los casos de tensión afectiva, apoya esa concepción.

Se trataría en estos casos de mujeres constitucionalmente predispuestas, con tendencia a la distonía neurovegetativa, a la labilidad vascular y a la laxitud fibroconjuntiva; en una palabra, mujeres del tipo asténico de MATTHES, incluso con frecuencia del tipo intersexual. Estas mujeres son psíquicamente inmaduras, inadaptadas e insatisfechas.

Desde el punto de vista hormonal, existe una indudable insuficiencia ovárica, pero no en el sentido de un déficit estrogénico, sino probablemente en el de un desequilibrio entre foliculina y progesterona. La biopsia de endometrio y la curva térmica demuestran en una serie de casos que el ciclo es bifásico, con secreción de ambas hormonas, pero no en las proporciones adecuadas. En todo caso, sería más frecuente el hiperfoliculinismo relativo que no la desaparición de la progesterona. En 78 casos se hallaron muestras de hiperfoliculinismo. Aunque SEMPAU encontró en 1929 en la Clínica de MARAÑÓN un 60 por 100 de cefaleas entre las pacientes con insuficiencia ovárica, nosotros no hemos observado cefalea en la insuficiencia glandular grave, excepto en los casos en que se instaure más o menos bruscamente (menopausia, castración).

Hemos visto anteriormente que la progesterona aumenta la sensibilidad a la histamina, y es seguro que en los casos de congestión la histamina representa un importante papel.

La cuestión de si hay *cefaleas inducidas por una lesión genital aislada*, en ausencia de una constitución predisponente y sin complicaciones psicopatológicas, y aparte de los casos inflamatorios en fase de actividad, creemos puede contestarse afirmativamente. Las alteraciones orgánicas colpo-cérvico-parametriales (cicatrices, retracciones, infiltraciones, esclerosis, etc.), así como las adherencias crónicas anexiales y las distopias uterinas secundarias, se acompañan con frecuencia de dolor de cabeza, como demuestra la revisión de nuestras historias, la experiencia posterior y atestiguan algunos autores (entre ellos CLAVERO, 1935). Las portadoras de las mismas son muchas veces mujeres casadas, con una situación agrícola estable, un nivel intelectual inferior y un índice de paridad alto: caracteres todos muy alejados de los habituales en las psicoginecópatas.

Es importante recordar que la curación de determinadas lesiones genitales provoca la desaparición de la cefalea, que no puede ser sugestiva, porque el dolor no mejora en aquellas enfermas, en que pese a las manipulaciones e intervenciones, la lesión no cura. Y esto se aplica sobre todo a la electrocoagulación de las cervicitis.

El mecanismo por el que la alteración local genital influya sobre las estructuras cefálicas sensibles puede ser nervioso y/o humoral.

El admitir una acción neurorrefleja tiene cierta tradición, como puede verse en LAFFONT (1934). Terminaciones sensibles en abundancia existen en la mucosa y en la pared cervical a nivel del orificio interno, según KEIFFER (1934). Las fibras nerviosas procedentes de esas terminaciones discurren por los parametrios para terminar en el plexo pelviperineal. De aquí los estímulos pueden seguir por los nervios erectores a la médula sacra (vía accesoria de ABUREL) o por los espláncnicos pélvicos alcanzar puntos más elevados en D. 10-L. 1. (vía principal de ABUREL). Parece posible admitir que ciertas fibras, después de haber alcanzado la cadena mesentérica y el plexo solar, pasan al nervio frénico, y con él a la médula cervical en sus metámeras C. 2-C. 4. De esta forma cabe la posibilidad de reflejos sobre la musculatura de la nuca y sobre el simpático cervical, y por tanto de influir sobre: a) La actitud de la cabeza. b) El tono de los vasos cefálicos.

Puede haber un enlace entre el vago y los espláncnicos pelvianos a través de los nervios intermesentéricos (JAYLE, 1934), lo que explicaría la coincidencia en ciertos casos de náusea y vómito.

La acción humoral tiene también medios de realización como son la liberación de adrenalina por el aparato ganglionar cromafin parametro-pericervical (DE WINIWARTER, 1911; KEIFFER, 1934) y la de histamina por la mucosa uterina (SWANBERG, 1948). La histamina, o sustancias análogas, se liberan también en todo proceso inflamatorio.

Los resultados de la infiltración parametrial con novocaína o Impletol en estos casos apoyan la teoría de la conexión causal entre lesión genital y cefalea. Aunque no hemos observado nunca un típico "fenómeno del segundo", de HUNEKE, las características de la lesión (cicatriz, residuo inflamatorio, etcétera) y el hecho de que se modifique un proceso neurovascular al anestesiar la zona alterada, inclinan a aceptar que la zona colpo-cérvico-parametrial puede convertirse en un "campo de trastorno" (GROSS, 1952) del que irradien irritaciones a dis-



tancia. Ciertamente, siguiendo la teoría del "orden vasculoarterial" de GROSS, esas irritaciones no llegarían más allá del área de distribución de la íliaca interna, o todo lo más del simpático ventral. Sin embargo, hay que admitir que pueden alcanzar zonas más lejanas, si recordamos que SCHUMACHER y GUTHRIE, en 1951, han logrado mediante la distensión de la vejiga o del recto provocar hipertensión, cefalea y otros reflejos vegetativos, en sujetos con sección medular, por encima de la lesión. La cefalea se evita aumentando la presión intracraneal, comprimiendo las carótidas o administrando tetraetilamonio. El mecanismo consiste en una vasoconstricción seguida de una vasodilatación reactiva de las arterias craneales, o sea en la distrofia vascular consecutiva a la "irritación neural".

En resumen: Podemos decir de las cefaleas acíclicas que:

1.º Hay un tipo en relación con la disfunción hormonal que ocurre a veces en ciertas épocas críticas de la vida de la mujer (menarquia, menopausia, embarazo). El dolor sería intenso, agudo, monofásico, tal vez en relación con una congestión transitoria de la hipófisis.

2.º Fuera de estos casos, la patogenia casi siempre es múltiple, imbricándose en cada caso varios mecanismos:

a) La producción de venenos y toxinas microbianas.

b) La liberación de sustancias vasoactivas: adrenalina, histamina, etc.

c) La disfunción hormonal, probablemente en el sentido de un desequilibrio estrógenos-progesterona.

d) La irritación refleja neurovascular.

e) El desequilibrio generalizado del sistema neurovegetativo.

f) La inmadurez e inadaptación psíquicas.

3.º Atendiendo a los factores predominantes podrían distinguirse las cefaleas sintomáticas de las inflamaciones genitales, las ligadas a la congestión pelviana, de segura génesis psicósomática y constitucional, y las producidas por una alteración tisular en la zona colpo-cérvico-parametrial, que deben considerarse como neurorrelejas.

## V

### CONDUCTA ANTE UNA MUJER CON CEFALÉA.

Una anamnesis minuciosa, seguida de una exploración sistemáticamente realizada de las estructuras cefálicas, de la sangre, tensión sanguínea, etc., es el paso previo antes de considerar la posibilidad de una cefalea ginecológica. La causa más importante de dolor de cabeza reside en la cabeza misma, hecho que se olvida con facilidad. A continuación vienen las anomalías de la tensión sanguínea, las anemias, la hipoglucemia, la uremia, los trastornos digestivos y los procesos alérgicos.

El segundo paso es la administración de un placebo apropiado, acompañado de la correspondiente psicoterapia, para comprobar la importancia de los factores puramente psíquicos. Cuando la mejoría obtenida ha sido sensacional, o cuando la mujer afirma enfáticamente que está peor, lo que también ocurre, hay que pensar que la cefalea es psicógena y probablemente del tipo de la histeria de conversión (retroauricular, tipo 4.º).

Cuando el placebo fracasa hay que ver si la cefalea encaja en alguno de los tipos del cuadro IX.

### CUADRO IX

#### CLASIFICACION DE LAS CEFALÉAS GINECOLÓGICAS

1. Cefaleas cíclicas:
  - A. Jaqueca oftálmica coincidente con la menstruación.
  - B. Cefalea menstrual.
  - C. Cefalea de la tensión premenstrual.
2. Cefaleas acíclicas:
  - A. Cefaleas de la menarquia, embarazo y menopausia.
  - C. Cefaleas de la mujer madura.
    - a) Toxi-infecciosa.
    - b) Disvegetativa (congestión pelviana).
    - c) Irritativa neurovascular.
    - d) Psicosexual.

Ante una cefalea cíclica, si se trata de jaqueca auténtica debe prescindirse de tratamiento hormonal o ginecológico, a no ser que coexista una ginecopatía, lo que será casual. El mejor tratamiento lo constituyen la ergotamina y sus derivados, aparte de la regulación dietética y una psicoterapia apropiada.

Lo usual es que se trate de una cefalea menstrual monofásica. Nuestra experiencia es buena con la testosterona, pero la patogenia de la misma tal vez justifique el empleo de antihistamínicos o la práctica de una desensibilización a la histamina, como hace HORTON. Se recomienda por STRAKOSCH (1953) la autoterapia, de la que refiere buenos éxitos, aunque su fundamento sea completamente empírico.

Una cefalea por tensión nerviosa puede sobrevenir hacia el día de la menstruación, lo que se combate mediante apropiadas explicaciones, ejercicio físico moderado y vasoconstrictores. El café suele ser de efecto decisivo en la cefalalgia tensional.

El dolor de cabeza de la tensión premenstrual no es más que un síntoma secundario en un proceso que requiere un cuidadoso reajuste del equilibrio hormonal y vegetativo, reajuste que no es fácil de conseguir a pesar de los correspondientes estudios de la citología vaginal, la temperatura basal, el metabolismo, la excreción de hormonas, la biopsia de endometrio, etc.

La cefalea acíclica de las menopausias se trata con testosterona si tiene aspecto paroxístico, o mejor con estrógenos-testosterona. En las jóvenes menárquicas el problema es delicado. En nuestros casos hemos intentado regular el ciclo, siempre perturbado, mediante la administración discontinua de estrógenos a dosis altas. En general, al cabo de unos meses se consigue el éxito, bien por el tratamiento o por normalización espontánea. Hay que evitar que la cefalea se "fije" psicósomáticamente, para lo que conviene cambiar el ambiente de la muchacha, especialmente si está desplazada de su domicilio habitual, o si éste no reúne condiciones de hogar.

Ante una cefalea en una ginecópata, lo primero que debe hacerse es curar la lesión genital. Sin embargo, generalmente se trata de lesiones que "no pueden curarse" (congestión pelviana, alteraciones tisulares crónicas). Debe aclararse en tal caso qué

mecanismos provocan el dolor de cabeza, supuesto que éste protagonize el cuadro clínico de la mujer. Para ello se recurre a la anamnesis, a la prueba de la histamina y a la novocainización parametrial, y se procede en consecuencia.

## RESUMEN.

Sobre la base de 504 historias clínicas procedentes del archivo de la Clínica de Ginecología de la Facultad de Medicina de Valencia, más otras 46 enfermas especialmente estudiadas, se revisa la cuestión de las cefaleas de origen ginecológico, admitiendo su existencia y llegando a una clasificación de las mismas. Los puntos más importantes se refieren a la debatida y confusa "jaqueca menstrual", cuyo concepto y patogenia es discutido, y al mecanismo y diagnóstico de la cefalea que acompaña a las lesiones genitales crónicas incurables. Se llega a la conclusión de que en muchos casos existe una relación de causa y efecto entre la lesión genital y el dolor de cabeza.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ, W.—Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 15, 380, 1940.
2. ALVAREZ, W.—Journ. Am. Med. Ass., 7, 213, 1947.
3. BELVEDERI, C.—Boll. Sci. Med., 128, 168, 1951. Riv. Ital. Ginec., 34, 273, 1951.
4. BLUMENTHAL, L. S. y FUCHS, M.—Am. Pract. Digest. Treat., 2, 163, 755, 1951.
5. BOTELLA LLUSIÀ, J.—Medicina, 17, 25, 1949.
6. BRUJAS, I.—Monde Med., 5, 5, 1948.
7. BUHLER, K.—Dtsch. Med. Wschr., 65, 1.739, 1939.
8. BUTLER, S. y THOMAS, W. A.—Journ. Am. Med. Ass., 135, 967, 1947.
9. CAMPBELL, D. A., HAY, K. M. y TONK, E. M.—Brit. Med. J., 2, 1.424, 1951.
10. CANTÓN, M.—Med. Clin., 11, 381, 1945.
11. CASTAÑO, C. A.—Sem. Med. Argentina, 13, 1919. Acta Gin., 4, 1, 1953.
12. CAZZOLA, D.—Atti Soc. Ital. Ost. Gin., octubre 1949, Palermo. Boll. Soc. Ital. Biol. Sper., 26, 6, 1950.
13. CLAVERO, A.—Crónica Médica, 39, 843, 1935.
14. COLLESON.—Bull. Mem. Soc. Med. Hôp. Paris, 32, 1.485, 1933.
15. DALSGAARD-NIELSEN, F.—Acta Alergol., 4, 21, 1951.
16. DONOVAN, J. C.—Am. J. Obst. Gyn., 62, 1.281, 1951.
17. DOSAL, A. F., DEL PISAL, J. L. y GÓMEZ MANTILLA, J. M.—Clín y Lab., 55, 22, 1953.
18. DRURY, D. W.—New England J. Med., 199, 167, 1928.
19. DUNCAN, CH. H. y TAYLOR, H. C.—Am. J. Obst. Gyn., 64, 1, 1952.
20. DUNN.—Cit. MARCOS.
21. FEKETE, A.—Zbl. Gynäk., 71, 972, 1949.
22. FINDLEY, P. y DAVIS, C. H.—Gynec. and Obst. Prior Co. Hagerstown, 1953, tomo 3, 8/19.
23. FLAMAND, G. y SIMON, J.—Bull. Gynec. Obst. Langue Franc., 4, 910, 1952.
24. FRANK, R. T.—Arch. Neurol. Psych., 26, 1.053, 1931.
25. FRIEDMANN, A. P., BRENNER, CH. y MERRITT, H. H.—Journ. Am. Med. Ass., 132, 499, 1946.
26. FRIEDMANN, A. P., BRENNER, CH. y MERRITT, H. H.—Arch. Neurol. Psych., 54, 385, 1945.
27. GLASS, R.—Endocrinology, 20, 333, 1936.
28. GOLDZIEHER, M.—Dia Médico, 14, 271, 1942.
29. GOWERS, W. R.—Trans. Ophthalm. Soc. United Kingdom, 1895.
30. GREENE, R. y DALTON, K.—Brit. Med. J., 1, 1.007, 1953.
31. GROSS, D.—Munch. Med. Wschr., 45, 2.257, 1952.
32. HILGER, J. A.—Trans. Am. Acad. Ophthalm. Otolaring., 716, 723, 1951.
33. HORTON, B. T.—Journ. Am. Med. Ass., 116, 377, 1941.
34. JASON DIXON.—Am. Otol-Rhino-Laringol., 891, 1946.
35. JAUSSON.—Bull. Memoir. Soc. Med. Hôp. Paris, 32, 622, 1933.
36. JAYLE, G. E.—La douleur en Gynecologie. La Expansion Scientifique Française, pag. 27. Paris, 1934.
37. KEIFFER, H.—La douleur, etc., pag. 94.
38. KLAUSSNER-CRONHEIM.—Dtsch. Med. Wschr., 1.455, 1931.
39. KUZROK, K.—Bull. Neurol. Institute of N. G., 53, 1933.
40. LAFFONT, A.—La douleur, etc., pag. 153.
41. LANCE, H.—Munch. Med. Wschr., 88, 246, 1941.
42. MARCOS, M.—Rev. Clin. Esp., 51, 155, 1953.
43. MARTIN, C.—Am. J. Roentgen., 267, 1939.
44. MARTÍNEZ OLASCOAGA, A.—Rev. Esp. Obst. Gin., 301, 1929.
45. MASAZZA, L.—Minerva Ginecológica, 1, 3, 1949; 1, 3, 1951.
46. MORTON, J. H., ADDISON, H., ADDISON, R. G., HUNT, L. y SULLIVAN, J. J.—Am. J. Obst. Gyn., 65, 1.182, 1953.
47. ORTIZ DE LANDAZURI y DE LA HIGUERA.—Rev. Clin. Esp., 32, 234, 1949.
48. RILEY, F.—Bull. Neurol. Inst. N. Y., 2, 429, 1932.
49. SCHUMACHER, G. A. y GUTHRIE, T. C.—Acta Neurol. Psych., 65, 5, 1951.
50. SEDILLOT.—Archiv d'Oftalm., 4, 193, 1930.
51. SEMPAY.—La Med. Ibero, 17, agosto 1929.
52. SIMARRO, J.—Rev. Clin. Esp., 41, 186, 1951.
53. SINGH, I., SINGH, I. y SINGH, D.—Lancet, 1, 745, 1947.
54. SKIPP, L.—Endocrinol., 18, 5, 1934.
55. STEINACH, D., KUN, P. y PRÖCKENIK, W.—Wien. Klin. Wschr., 49, 899, 1936.
56. STRAKOSCH, W.—Zbl. f. Gynäk., 75, 961, 1953.
57. SWANBERG, H.—Acta Physiol. Scandinav., 16, 83, 1948.
58. TAYLOR, H. C.—Am. J. Obst. Gyn., 57, 211, 637, 654, 1949.
59. THOMPSON.—Cit. en FINDLEY.
60. THORN, G. W., NELSON, K. R. y THORN, D. W.—Endocrinol., 22, 155, 1938.
61. UFER, J.—Acta Gin., 4, 97, 1953.
62. VALLE Y ADARO, R.—Rev. Clin. Esp., 42, 174, 1951.
63. VERNEY, E. B.—Lancet, 2, 739, 1946.
64. VIGNES, H.—Le Concours Med., 15 mayo 1944.
65. WINANS.—Cit. en FINDLEY.
66. WINIWARTER, DE.—Cit. en La douleur, etc.
67. WOLFF, H. G.—Headache and other head pains. Oxford Univ. Press. Nueva York, 1948.
68. ZBINDER-HENRIKSEN, L.—Acta Psych. et Neurol., 8, 701, 1933.
69. ZIMMERMAAN, A.—Journ. Am. Med. Ass., 3, 12, 1943.