

✉ A. Palomo

Tratamiento de un caso de insuficiencia ovárica precoz mediante acupuntura y farmacopea

Treatment of early ovarian failure through acupuncture and drug therapy

Resumen

Mujer de 37 años, diagnosticada de fallo ovárico prematuro, con amenorrea de 3 meses de evolución y valores de hormona foliculoestimulante de 95 UI/ml. Al cabo de 1 mes de tratamiento semanal con acupuntura y farmacopea, se normalizaron los valores hormonales y volvió a tener ciclos menstruales regulares.

Abstract

We describe the case of a 37-year-old woman with a diagnosis of premature ovarian failure and a 3-month history of amenorrhea. Follicle-stimulating hormone levels were 95 IU/ml. The patient received drug therapy and weekly acupuncture sessions. After 1 month, hormone values returned to normal and regular menstrual cycles resumed.

Palabras clave

Climaterio, fallo ovárico prematuro, hormona foliculoestimulante, amenorrea

Keywords

Menopause, premature ovarian failure, follicle-stimulating hormone, amenorrhea

Introducción

El fallo ovárico prematuro (o insuficiencia ovárica precoz) es el cese patológico de la actividad ovárica antes de la edad normal de la menopausia (que hoy día se sitúa en una edad próxima a los 50 años) con la consiguiente amenorrea, pérdida de la fertilidad y disminución de la secreción de estrógenos¹. En general, se admite como insuficiencia ovárica precoz el cese no fisiológico de la ovulación antes de los 40 años, siendo un problema relativamente frecuente que afecta aproximadamente al 1-4% de las mujeres en edad fértil.

La condición se caracteriza por amenorrea, elevación de las gonadotropinas (> 40 mU/ml), y disminución de los estrógenos (< 20-50 pg/ml). La elevación de las gonadotropinas se explica por el cese de *feedback* negativo que provocan los estrógenos, de tal forma que se secretan cantidades excesivas de hormona foliculoestimulante (FSH) para tratar de estimular la gónada.

Según la Medicina Tradicional China (MTC), la insuficiencia ovárica precoz tiene siempre un trasfondo de insuficiencia de Jing pero también puede darse el caso de existir un fallo de los canales extraordinarios (Ren Mai y Chong

Mai suelen ser los habitualmente implicados), así como una disfunción de Hígado y Bazo en sus funciones de almacenamiento-distribución y génesis de Sangre (Xue), respectivamente^{2,3}.

Caso clínico

Se expone el caso de una mujer de 37 años de edad (núlpara) que acudió a la consulta para tratamiento de un fallo ovárico prematuro, diagnosticado por su ginecólogo, con una FSH de 95 UI/ml y sintomatología abrupta de sofocos, depresión, sequedad vaginal, sudoración nocturna y amenorrea de 3 meses de evolución. La paciente estaba en estudio por infertilidad y, ante los resultados obtenidos, le ofrecieron como única posibilidad la donación de óvulos; motivo por el que decidió acudir a una consulta de MTC en busca de alternativas.

Se le realizó una historia clínica desde la perspectiva de la MTC en la que se consideraron datos relevantes como la aparición de acúfenos bilaterales de evolución paralela a los sofocos, un cuadro llamativo de irritabilidad y cambios de humor, ausencia de libido, escalofríos, hipotermia y as-

✉ Ana Palomo Rosado
acupuntura@anapalomo.com

Profesora del Curso de Experto Universitario en Acupuntura. Universidad de Málaga
Médico Acupuntor en consulta privada en Málaga

tenia. Antes del inicio del cuadro la paciente padeció infección del tracto urinario (ITU) y candidiasis que fue tratada con antibióticos y antimicóticos.

En el aspecto psicológico, destacaba la preocupación por no poderse quedar embarazada.

Como antecedentes de interés, la paciente padecía enfermedad celíaca; sus ciclos menstruales eran irregulares, con tendencia a adelantarse y escaso flujo menstrual, aunque no refería dismenorrea.

A la exploración, la lengua presentaba una forma alargada (con cuerpo enrojecido en bordes y punta) y en la zona de corazón se mostraba aframbuesada. En la zona correspondiente al riñón izquierdo mostraba un área depapilada bien circunscrita. Las ránulas estaban moderadamente ingurgitadas.

El pulso se mostraba claramente diferenciado en las tomas del lado derecho e izquierdo, las tomas del lado derecho presentaban un pulso fino, en cuerda y ligeramente rápido; sin embargo, las tomas del lado izquierdo mostraban un pulso profundo, débil, fácilmente colapsable y casi ausente en toma raíz (aunque en este punto hay que insistir en que todavía se podía palpar).

El diagnóstico al que se llegó fue una moderada insuficiencia de Riñón (predominantemente su fracción Yin-Jing), que ocasionaba una mala nutrición del elemento madera, provocando un ascenso de Yang de Hígado, que era empeorado por factores emocionales. Secundariamente, el canal Chong Mai estaba en insuficiencia. Se asumen la ITU y la candidiasis que presentó la paciente el mes previo a la amenorrea, como parte del cuadro sintomático y evolutivo (ataque del Hígado a Jiao inferior) y se sospecha una situación previa de insuficiencia de Sangre (Xue) de Hígado.

Se toma como prioridad controlar el exceso de Yang, y calmar el Shen, para posteriormente nutrir el Yin.

Selección de puntos

7P derecho + 6R izquierdo + 4B derecho + 6PC izquierdo + 7C/6PC + 3H/6B.

Tratamiento de farmacopea (según principios de la MTC adaptada a los permisos europeos), preparado a base de extracto líquido de: angélica (*Angelica archangelica*), espino blanco (*Crataegus oxyacantha*), amapola (*Papaver rhoeas*), azahar (*Citrus aurantium*), lúpulo (*Humulus lupulus*), melisa (*Melissa officinalis*) y tila con una posología de 15 gotas 3 veces al día.

Explicación

Seleccionamos 7P derecho, 6R izquierdo, 4B derecho y 6PC izquierdo para abrir los canales Ren y Chong Mai, vasos extraordinarios que están implicados directamente en el ciclo menstrual, para normalizar el eje hipotálamo-hipófisis-ovario.

Durante las primeras semanas, hasta la normalización de la punta de la lengua, añadimos 7C para calmar el Shen —pensando también en la implicación por el vaso Bao

Mai (que va directamente del corazón al útero)³— y 3H para armonizar el Hígado.

A las 2 semanas de tratamiento, la paciente menstruó y la lengua cambió sustancialmente, mostrando bordes hinchados y anaranjados, por lo que se puso el 3H en armonización y el 6B en tonificación, y dejamos de usar el 7C, a favor del 6PC en tonificación. Todos estos cambios estaban destinados a nutrir el Xue y el Yin, claramente deficiente en el Hígado, tras la primera menstruación.

Evolución

Al mes de tratamiento se solicitó una nueva determinación hormonal de la paciente en la que se encontraron valores próximos a la normalidad (FSH = 15 UI/ml).

Tras comprobar que el segundo ciclo menstrual era acorde (aunque con menstruación algo escasa) se programaron tratamientos quincenales, haciéndolos coincidir con la menstruación (17V, 20V, 23V, 6B) y la ovulación (7P, 6R, 4B, 6PC), además de añadir dietoterapia específica para nutrir el Xue y el Yin, y farmacopea específica para nutrir el Yin.

A la fecha de este escrito, la paciente presenta un ciclo acorde, con incremento del flujo menstrual y una recuperación moderada en la intensidad de los pulsos de toma raíz-Chi.

Discusión

Lo llamativo de este caso clínico fue la oportunidad de hacer determinaciones de los valores de FSH, quedando patente que no sólo se logró controlar el aspecto sintomático, sino que la mejoría fue resultado del control metabólico y hormonal, tal y como han sugerido otros estudios⁴⁻⁶. No obstante, somos conscientes de que la determinación exclusiva de la FSH no explica ni representa todo el proceso hormonal dado en los casos de menopausia precoz, por lo que son necesarias otras determinaciones como la de inhibina⁷.

Por otro lado, la variabilidad continua de los valores de Qi y Xue a lo largo del ciclo menstrual deja también al descubierto la necesidad de reevaluar continuamente a este tipo de pacientes para poderles realizar un tratamiento por fases.

Por último, se plantea una incógnita ante los resultados: a priori aumentar el Jing sería imposible según la MTC, por tanto el efecto fisiológico producido ¿es debido a una optimización de los receptores gonadotropos del ovario o a un “despertar” de aquellos pocos folículos que no se habían desarrollado a lo largo del ciclo fértil de la paciente? Si se tratara de la segunda opción, la mejora sería momentánea y, a los pocos ciclos ovulatorios, llegaría al clímax irreversible. Es por esta sospecha por la que se da gran valor a la intensidad del pulso en las tomas raíz (Chi) una vez restablecidos los ciclos menstruales, entendiendo que una toma débil tras el tratamiento, puede suponer tan sólo una prolongación momentánea y corta del período fértil,

lo cual me lleva en la clínica a apremiar la búsqueda de embarazo mediante técnicas de reproducción asistida.

Conclusiones

El tratamiento con acupuntura y farmacopea según los principios de la MTC han ofrecido en el caso expuesto un resultado positivo no sólo en el control sintomático sino analítico, al ofrecer a la paciente la posibilidad de iniciar un ciclo de fecundación in vitro con sus propios óvulos. Este caso podría ayudar a crear nuevos planteamientos para el diseño de estudios piloto en el ámbito de la ginecología y el tratamiento de la infertilidad.

Referencias bibliográficas

1. Santoro N. Mechanisms of premature ovarian failure. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2003;64:87-92.
2. Maciocia G. *Obstetrics and gynecology in Chinese medicine*. New York: Churchill Livingstone; 1997.
3. Lyttleton J. *Tratamiento de la infertilidad con Medicina China*. Barcelona: Elsevier Masson; 2009.
4. Sunay D, Ozdiken M, Arslan H, Seven A, Aral Y. The effect of acupuncture on postmenopausal symptoms and reproductive hormones: a sham controlled clinical trial. *Acupunct Med*. 2011;29:27-31.
5. Li YM, Zhuang LX, Zhang DS, Luo YF. Effect of catgut implantation at acupoint on gonadal hormone and beta-endorphin in patients of climacteric syndrome. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2009;29:865-7.
6. Shen X, Du Y, Yan L, Xia Y, Yan H, Han G, Guo Y, Shi X. Acupuncture for treatment of climacteric syndrome--a report of 35 cases. *J Tradit Chin Med*. 2005;25:3-6.
7. Chand AL, Harrison CA, Shelling AN. Inhibin and premature ovarian failure. *Hum Reprod Update*. 2010;16:39-50.