



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico para sus graduados en provincia**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

II. Capítulo

CICLO ANOVULATORIO O MONOFASICO

En los capítulos precedentes, se ha descrito la evolución del ciclo ovulatorio o bifásico, denominaciones que le son dadas por la circunstancia de que la ovulación ocurrida aproximadamente en los días medios de su evolución marca un hito que permite distinguir una fase estrogénica preovulatoria, comandada por la secreción exclusiva de hormonas estrogénicas y una fase progestativa, postovulatoria, en la cual, sin dejar de secretarse estrógenos, se entrega al torrente circulatorio la progesterona.

Es posible, que exista un tipo de ciclo, en el cual no se produce la ovulación, de manera que el folículo no da salida a la célula germinal y después de una evolución variable en el tiempo, ocurre su atresia y con ella la cesación de su función secretoria. En esta forma, todo el ciclo está bajo el efecto de la secreción de estrógenos; pues al no ~~formarse~~ el cuerpo lúteo, no se secreta progesterona; en esta forma el endometrio será estimulado solamente a proliferar, sin alcanzar caracteres secretorios.

Este tipo de ciclo anovulatorio o monofásico, no siempre es de carácter patológico y es posible que esté presente en forma fisiológica durante diversas etapas de la vida de la mu-
jer. Con todo es más frecuente en los años que siguen a la me-
narquia y en los que preceden a la menopausia, en porcentajes diferentes según las series clínicas.

La expresión clínica del ciclo anovulatorio o monofásico es diferente según sea la duración de la evolución del folículo madurante. En efecto, si el período del folículo es breve, su exteriorización clínica será la amenorrea, pues la cantidad de estrógenos que se alcanzará a producir será tan exigua que no logra provocar adecuada proliferación del endometrio y la modificación de la tasa de estrógenos es igualmente tan ligera que al producirse la atresia folicular, la caída de la tasa de estrógenos circulantes será también de poca cuantía, con lo que no habrá descamación endometrial. Si la cantidad de estrógenos fuera mayor, en forma tal que alcanzara a proliferar el endometrio, la expresión clínica de este ciclo breve sería la polimenorrea. Esta condición, con exceso de estrógenos es la explicación de la polimenorrea que sigue a la menarquía y que precede a la menopausia; del mismo modo, la condición con estrógenos en cantidades exiguas, es la que precede a la aparición de la menarquía y la que sigue a la menopausia.

Si el ciclo anovulatorio es de tipo medianamente prolongado (4 a 5 semanas), el endometrio está sometido a una estimulación estrogénica mantenida, con lo que se hiperplasia y, al producirse la atresia folicular, se disgrega y cae, originándose una hemorragia, que en nada se diferencia de una menstruación, salvo en que puede ser más abundante y de mayor duración. La diferenciación entre ambos tipos de sangramiento genital se establece la biopsia de endometrio, que demostrará presencia de una mucosa de tipo proliferante. La exigencia de algunos autores del estudio seriado de ovario que muestra ausencia de cuerpo lúteo por la posibilidad de no obstante existir cantidades suficientes de progesterona, el endometrio sea refractario a ella o que exista desarmonía entre estradiol y progesterona que impida la transformación secretoria del endometrio, para diagnosticar ciclo anovulatorio es poco justificada por su impracticabilidad. La esterilidad en mujeres que aparentan tener ciclos regulares, que no sean otros que ciclos monofásicos de duración mediana, es un factor sugerente de su presencia y merece el enfoque desde este punto de vista

Cuando el ciclo anovulatorio es de tipo prolongado, el endometrio queda sometido a una estimulación proliferativa prolongada y cuando se asista a la atresia folicular, el endometrio se disgregará en forma de intensa hemorragia. En esta forma, la mujer presentará largos períodos de sangramiento genital, durante los cuales se está produciendo la maduración folicular que terminará con una hemorragia intensa, que sigue a la atresia del folículo.

La descripción de los tres tipos de evolución del ciclo monofásico o anovulatorio permite deducir que un mismo fenómeno fisiopatológico puede expresarse en forma diferente en lo que se refiere a las características de longitud y cuantía del sangramiento genital, lo que hace más propio referirse a alteraciones del ciclo sexual que a alteraciones de las menstruaciones.

Cuando nos refiramos a esquemas anticonceptivos, veremos que en varios de ellos, la mujer queda en condiciones fisiopatológicas similares a las que se presentan durante el ciclo anovulatorio, en el sentido que no obstante que no hay ovulación, suceden sangramientos genitales periódicos que simulan el sangramiento menstrual, y que en realidad no son otro fenómeno que un sangramiento por privación de estrógenos, similar al que ocurre en el ciclo anovulatorio espontáneo cuando aparece o sucede la atresia folicular.