

Asociación Nacional de Médicos  
Homeópatas Cirujanos y Parteros  
En El Distrito Federal

"Dr. Mateo Rubio Septián"

CULTURA Y CIENCIA PARA LA HOMEOPATÍA

Portal destinado al mundo de la Homeopatía  
en México, Noticias, Publicaciones, Eventos,  
Investigación, Médicos, y mas.

5, 6 Y 7 OCTUBRE DE 2006

BOCA DEL RÍO, VERACRUZ

CONGRESO NACIONAL  
DE MEDICINA HOMEOPÁTICA  
XXVII ASAMBLEA GENERAL



## ECTROPION Y SU RELACION CON EL CACU Y SU TRATAMIENTO HOMEOPATICO

---

Dr. Roberto Castrejon Lugardo

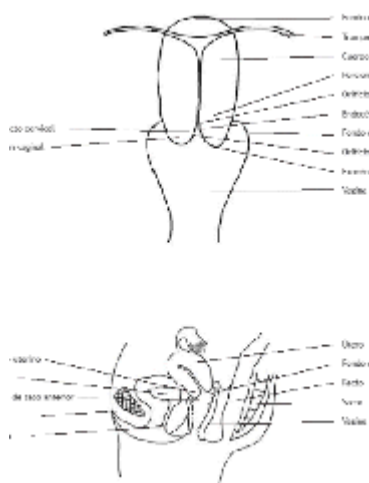
Publicación Emitida Por:  
[www.homeopatismateo.com](http://www.homeopatismateo.com)

## DATOS ANATOMICOS E HISTOLOGICOS DEL CERVIX

El cuello uterino es la parte inferior del útero (BRIGGS 1, 1979). De forma cilíndrica o cónica, mide de 3 a 4 cm de largo y 2.5 cm a 3.5 cm de diámetro. Las dimensiones y la forma del cuello uterino varían según la edad, el número de partos y el momento del ciclo hormonal de la mujer. La mitad inferior del cuello llamada intravaginal o porción vaginal, penetra en la vagina por su pared anterior, mientras la mitad superior, llamada la porción supravaginal, queda por encima de la vagina ([figura 1.1](#)). El cuello uterino desemboca en la vagina por el orificio cervical externo. La porción supravaginal se une al cuerpo muscular del útero en el orificio cervical interno. El cuello de las mujeres que han tenido hijos es voluminoso, y el orificio externo se presenta como una ancha hendidura transversal. El orificio cervical externo de las nulíparas presenta el aspecto de una pequeña abertura circular (agujero de alfiler).

La porción del cuello uterino exterior al orificio externo se llama ectocérvix. Es la parte más fácilmente visualizable en la exploración con espéculo. La porción del cuello uterino superior al orificio externo se denomina endocérvix. El conducto endocervical, que atraviesa el endocérvix, conecta la cavidad uterina con la vagina y se extiende del orificio interno al externo. La parte superior de la cavidad vaginal que rodea la porción vaginal se denomina fondo de saco vaginal.

El estroma del cuello uterino consiste en un tejido fibromuscular denso atravesado por la trama vascular, linfática y nerviosa del cuello. La vascularización arterial del cuello uterino procede de las arterias ilíacas internas, a través de las ramas cervicales y vaginales de las arterias uterinas. Las ramas cervicales de las arterias uterinas descienden por las paredes laterales del cuello uterino en posición de las 3 y las 9 del reloj. Las venas del cuello corren paralelamente a las arterias y desembocan en el plexo venoso hipogástrico. Los vasos linfáticos del cérvix desembocan en los ganglios ilíacos comunes, externo e interno, obturador y parametriales (PLANT Y FRIDMAN 2, 1971). La inervación del cuello uterino procede del plexo hipogástrico. El endocérvix tiene terminaciones nerviosas sensitivas extendidas, que son escasas en el ectocérvix. En consecuencia, la mayoría de las mujeres tolera bien procedimientos como la biopsia o la crioterapia sin anestesia local. Como en el endocérvix también abundan las fibras simpáticas y parasimpáticas, la manipulación del endocérvix puede estimular estas terminaciones nerviosas y, a veces, producir en la paciente una reacción vasovagal o síncope.

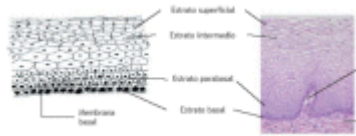


**fig 1.1: Anatomía general del cuello uterino**

Las dos partes anatómicas están delimitadas por el orificio cervical externo: el exocérvix anatómico o porción vaginal del cuello y el endocérvix anatómico o canal cervical.

La mucosa del exocérvix consta de un estroma fibromuscular de superficie lisa, y de un revestimiento de epitelio pavimentoso estratificado no cornificado. Este posee un estrato basal, de células con núcleos alargados, perpendiculares a la membrana basal y escaso citoplasma; un

estrato parabasal, de células poligonales y mayor cantidad de citoplasma; un estrato intermedio, con células de núcleos ovalados y abundante citoplasma y un estrato superficial, de células dispuestas horizontalmente y núcleos pequeños, hiper cromáticos. Esta variación de los caracteres celulares al ascender hacia la superficie, corresponde a una maduración celular.



**fig 1.2:** Epitelio escamoso estratificado (x20).

La mucosa del endocérnix tiene un estroma conjuntivo revestido por epitelio cilíndrico simple, mucoso. La superficie es muy irregular, con pliegues y repliegues que en un corte histológico aparecen como glándulas (de Palo; 3, 2000).



**fig 1.3:** Epitelio cilíndrico (x40).

No siempre hay estricta correspondencia entre las partes anatómicas y la estructura histológica.

## **ECTROPION, ENTROPION Y UNION ESCAMOCILINDRICA**

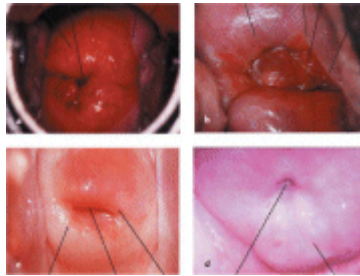
Es la eversión de la mucosa endocervical hacia el exocérnix anatómico. Macroscópicamente se ve como una zona circular rojiza por fuera del orificio externo que parece una erosión debido a la transparencia del epitelio cilíndrico y la hiperemia por leve inflamación. El ectropion es muy frecuente en la mujer en edad fértil y en embarazadas a causa de un aumento de volumen del cuello y de la acción de estrógenos.

La unión escamoso-cilíndrica (figura 1.4) se presenta como una línea estrecha. Su ubicación, con relación al orificio cervical externo, varía según factores como la edad, el momento del ciclo hormonal, los traumatismos del parto y algunas condiciones fisiológicas como el embarazo (figura 1.4). Durante la niñez y la perimenarquia, la unión escamosocilíndrica se encuentra en el orificio cervical externo, o muy cerca de él. Tras la pubertad y durante el período reproductivo, los órganos genitales femeninos crecen por influencia estrogénica. El cuello uterino se agranda y el conducto cervical se alarga. Esto conlleva a la eversión del epitelio cilíndrico hacia el ectocérnix sobretodo en los labios anteriores y posteriores del cérvix. Esto es lo que se llama ectropión o ectopia. Así, la unión escamoso-cilíndrica está ubicada en el ectocérnix, muy lejos del orificio externo durante todo el período de reproducción y el embarazo (figura 1.4a). A la inspección visual, el ectropión es visualizable como un ectocérnix francamente rojizo (figura 1.4a).

La acción amortiguadora de moco que cubre las células cilíndricas se perturba cuando el epitelio cilíndrico evertido se ve expuesto a la acidez vaginal. Esto conduce a la destrucción y al reemplazo del epitelio cilíndrico por el epitelio escamoso metaplásico neoformado. Por metaplasia entendemos el cambio o reemplazo de un tipo de epitelio por otro. La ubicación de la unión escamoso cilíndrica va avanzando en el ectocérnix hacia el orificio externo durante el período reproductivo hasta la perimenopausia (figuras 1.4b y c). Se va posicionando a distancias variables del orificio externo, como resultado de la formación progresiva del nuevo epitelio escamoso metaplásico en las zonas expuestas del epitelio cilíndrico en el ectocérnix.

A partir del período perimenopáusico y después del inicio de la menopausia, el cuello uterino va reduciéndose por la falta de estrógeno, con lo cual se acelera el movimiento de la unión escamoso cilíndrica por el conducto endocervical hacia el orificio externo (Figura 1.4c).

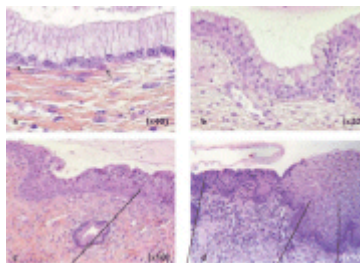
Entropion: después de la menopausia, por ortoatrofia, el cuello disminuye de volumen, la mucosa endocervical vuelve al canal e incluso más adentro del orificio externo, por el que se introduce mucosa exocervical (figura 1.4d).



**fig 1.4:** Localización de la unión escamoso-cilíndrica (UEC).

## **METAPLASIA PAVIMENTOSA DEL EPITELIO ENDOCERVICAL**

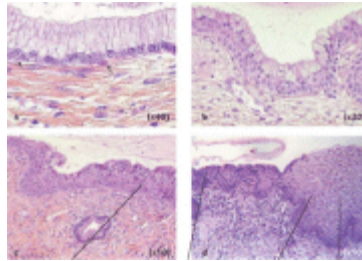
La metaplasia escamosa se inicia en las regiones expuestas del epitelio cilíndrico por la aparición de pequeñas células redondas subcilíndricas, llamadas células de reserva (figura 1.5a). A medida que las células de reserva proliferan (figura 1.5b) y se diferencian, se va formando un epitelio delgado, multicelular, no estratificado y llamado epitelio escamoso inmaduro (SONG 4, 1954) (figura 1.5c).



**fig 1.5:** Desarrollo del epitelio escamoso metaplásico.

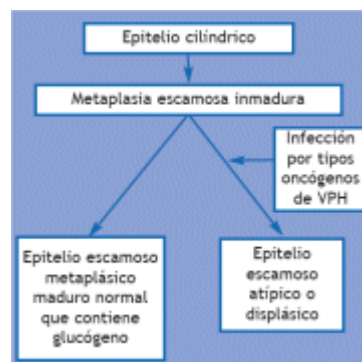
Las células del epitelio metaplásico escamoso inmaduro no producen glucógeno y, en consecuencia, no se tiñen de marrón o negro con la solución yodoyodurada de Lugol. Pueden surgir a la vez varios grupos aislados de metaplasia escamosa inmadura. El epitelio metaplásico inmaduro neoformado puede evolucionar de dos modos (figura 1.6). En la gran mayoría de las mujeres, se convierte en epitelio cilíndrico metaplásico maduro, bien estratificado, rico en glucógeno, similar para todos los efectos prácticos, al epitelio escamoso presente en el ectocérvix (figura 1.5d).

En este caso, se tiñe de marrón o negro tras aplicar la solución de yododura de Lugol. En el epitelio escamoso metaplásico maduro pueden verse unos folículos, los llamados quistes de Naboth (figura 2.3). Los quistes de Naboth se forman por retención de moco, como resultado de la oclusión de una cripta endocervical por el epitelio escamoso metaplásico que se superpone. En efecto, el epitelio cilíndrico enterrado en la cripta sigue secretando moco, que con el tiempo distiende los quistes. El moco atrapado confiere al quiste un color blanco marfil visualizable.



**fig 1.5:** Desarrollo del epitelio escamoso metaplásico.

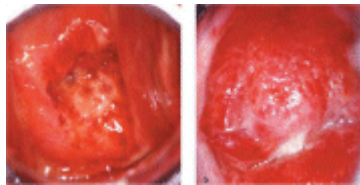
En una minoría de las mujeres, la metaplasia escamosa inmadura puede evolucionar hacia el desarrollo de un epitelio displásico (epitelio anormal que presenta cambios celulares precancerosos), debido a una infección con algunos tipos de papilomavirus humanos (VPH) (figura 1.6).



**fig 1.6:** Diagrama esquemático de cómo sigue madurando la metaplasia escamosa inmadura.

## INFLAMACIÓN DEL CUELLO UTERINO

Clínicamente la cervicitis puede asociarse con secreciones vaginales abundantes, escozores de la vulva y la vagina, un dolor y una sensación de ardor durante las relaciones sexuales, y dolores hipogástricos. También figuran los signos siguientes: secreción excesiva de color (grisácea, blanco-grisácea, blanco-cremosa -en caso de una candidosis-amarilla o amarillo-verdosa), maloliente o no, espumosa o no, un cuello uterino sensible, rojizo, con vesículas o no, ulceraciones y/o fibrosis; el epitelio cilíndrico puede parecer plano; y, a veces pueden observarse excoriaciones en la vulva con eritema y edema en la vagina, la vulva, el perineo y el interior de las piernas. Microscópicamente, una cervicitis se caracteriza por la presencia de desechos celulares y secreciones inflamatorias abundantes que cubren la superficie del epitelio. También pueden observarse células más voluminosas e inflamadas, una descamación de las células ricas en glucógeno de las capas intermedias y superficiales del epitelio, una ulceración superficial o profunda y una congestión del estroma cervical subyacente. La ulceración recurrente por inflamación crónica puede conllevar a veces a una curación fibrótica. Es posible establecer un diagnóstico de cervicitis a partir de las características clínicas. Durante la inspección visual, una cervicitis debida a una infección diferente de la candidosis se caracteriza por un eritema y un edema de la vulva, excoriaciones de la vulva y vagina, un cuello sensible y rojizo, secreciones malolientes, mucopurulentas de color blanco-grisáceo o amarillo-verdoso, con ulceración o no. En el caso de una cervicitis por *Gonococo*, es común el flujo uretral doloroso. En una candidosis, la cervicitis se caracteriza generalmente por un edema y un eritema de la vulva, excoriaciones y secreciones sin olor de color blanco opaco y de consistencia espesa. Cuando se trata de un herpes, puede observarse la presencia de vesículas y ulceraciones en la región genital externa, la vagina y el cuello que se vuelve muy sensible.



**fig 1.7:** (a) Inflamación del cérvix acompañada de ulceración, sangrado, necrosis, secreción amarilla-verdusca y de un exudado inflamatorio. (b) Cérvix inflamado, muy rojo, que ha perdido sus vellosidades en el epitelio cilíndrico, y cubierto de un exudado inflamatorio.

## NEOPLASIAS CERVICALES

A los cánceres invasores del cérvix preceden generalmente un largo período de enfermedad preinvasora, que se caracteriza microscópicamente por una serie de lesiones precursoras que van de la atipia celular hacia los diferentes grados de neoplasia cervical intraepitelial (NIC), antes de evolucionar hacia un carcinoma invasor (BURHARDT E. 5, 1985). Diversos estudios epidemiológicos han permitido identificar algunos de los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la NIC y del cáncer del cérvix.

Entre dichos factores figuran la infección con ciertos tipos de papilomavirus humanos (VPH), las relaciones sexuales a una edad temprana, la multiplicidad de compañeros sexuales, la multiparidad, el uso prolongado de anticonceptivos orales, el consumo de tabaco, un nivel socio-económico bajo, la infección por *Chlamydia trachomatis*, la carencia de micronutrientes y un régimen alimentario con pocas frutas y verduras. Los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68 de VPH están fuertemente asociados con la NIC y con el cáncer invasor. Se considera que la infección persistente con uno o más de ellos causa irremediablemente una neoplasia cervical.

Durante la infección por uno o varios tipos oncógenos de VPH, puede suceder que el genoma vírico se incorpore al de la célula anfitriona generando así la formación de células cervicales neoplásicas cuya proliferación conlleva a varios grados de NIC (sinónimos: displasia o lesiones intraepiteliales escamosa (LIE)) susceptibles de evolucionar hacia un cáncer invasor del cérvix. El cuadro 1 presenta la correlación entre la terminología NIC, utilizada en el presente manual, y las otras terminologías existentes.

No existen síntomas específicos ni signos visibles que indiquen la presencia de una NIC. Sin embargo, se puede sospechar la presencia de una NIC con la detección a simple vista de zonas bien delimitadas, acetoblancas, cercanas o contiguas a la unión escamoso cilíndrica en la zona de transformación tras aplicar ácido acético al 5% o de zonas bien delimitadas, yodonegativas, de color amarillo azafranado o mostaza en la zona de transformación tras aplicar Lugol.

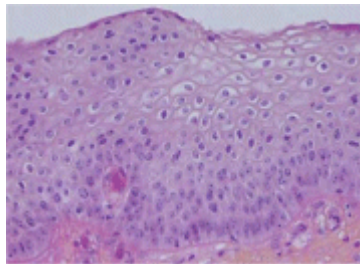
El diagnóstico final de NIC se establece por examen histopatológico de una biopsia cervical. En efecto, una NIC presenta células indiferenciadas que se caracterizan por un núcleo voluminoso, una intensidad elevada de la coloración nuclear, un polimorfismo nuclear con variación del tamaño del núcleo, y poco citoplasma, lo cual se traduce en una relación núcleocitoplásmica aumentada. Se determina el grado de la NIC según la proporción del espesor del epitelio con células indiferenciadas. Así, en la NIC 1, las células indiferenciadas se confinan en las capas epiteliales más profundas (tercio inferior) (figura 1.8). Se observan figuras mitóticas, pero no muchas. La NIC 2 se caracteriza por cambios celulares displásicos restringidos sobretudo a la mitad inferior o a los dos tercios inferiores del epitelio con anomalías nucleares más marcadas que en la NIC 1 (figura 1.9). También pueden observarse figuras mitóticas por toda la mitad inferior del epitelio. En la NIC 3, la diferenciación y la estratificación pueden faltar por completo, o existir solo en el cuarto superficial del epitelio, con abundantes figuras mitóticas (Figura 1.10). Las anomalías nucleares aparecen en todo el espesor del epitelio. Muchas figuras mitóticas tienen formas anormales.

Está bien establecido que la mayoría de las lesiones NIC 1 son transitorias, vuelven a ser normales en poco tiempo o, al menos, no evolucionan hacia formas más graves. Sin embargo, las NIC de alto grado (NIC 2-3), presentan una probabilidad de evolución hacia un cáncer invasor más elevada, aunque la mayoría de ellas también regresan o persisten sin evolucionar. Parece que transcurren entre 10 y 20 años antes que las lesiones cervicales precursoras progresen hacia un cáncer invasor.

Las NIC se tratan mediante crioterapia, escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) o conización mediante bisturí. Cuando se diagnostica una NIC 1, puede aconsejarse a la paciente un tratamiento inmediato (por ejemplo, en contextos donde el control y seguimiento de las mujeres no puede ser asegurado), o bien un tratamiento ulterior si la visita de control, seis a nueve meses más tarde, revela una persistencia o una evolución de la enfermedad.

La lesión precursora que procede del epitelio cilíndrico, se denomina adenocarcinoma in situ (AIS). En el AIS, el epitelio cilíndrico normal se reemplaza por el epitelio anormal que presenta una pérdida de la polaridad, células y núcleos de mayor tamaño, una hiper cromasia nuclear, una actividad mitótica, una menor expresión de la mucina citoplasmática y una estratificación celular.

No existen síntomas específicos ni signos visibles que indiquen la presencia de una NIC. Sin embargo, se puede sospechar la presencia de una NIC con la detección a simple vista de zonas bien delimitadas, acetoblanco, cercanas o contiguas a la unión escamoso cilíndrica en la zona de transformación tras aplicar ácido acético al 5% o de zonas bien delimitadas, yodonegativas, de color amarillo azafranado o mostaza en la zona de transformación tras aplicar Lugol.



**fig 1.8:** Histología de una NIC1: las células displásicas están confinadas en el tercio inferior del epitelio (x20).

El diagnóstico final de NIC se establece por examen histopatológico de una biopsia cervical. En efecto, una NIC presenta células indiferenciadas que se caracterizan por un núcleo voluminoso, una intensidad elevada de la coloración nuclear, un polimorfismo nuclear con variación del tamaño del núcleo, y poco citoplasma, lo cual se traduce en una relación núcleocitoplásmica aumentada. Se determina el grado de la NIC según la proporción del espesor del epitelio con células indiferenciadas. Así, en la NIC 1, las células indiferenciadas se confinan en las capas epiteliales más profundas (tercio inferior) (figura 1.8). Se observan figuras mitóticas, pero no muchas. La NIC 2 se caracteriza por cambios celulares displásicos restringidos sobretudo a la mitad inferior o a los dos tercios inferiores del epitelio con anomalías nucleares más marcadas que en la NIC 1 (figura 1.9).

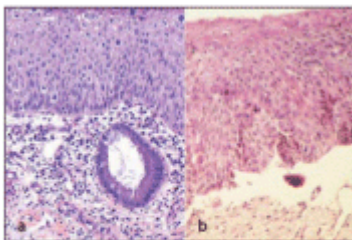
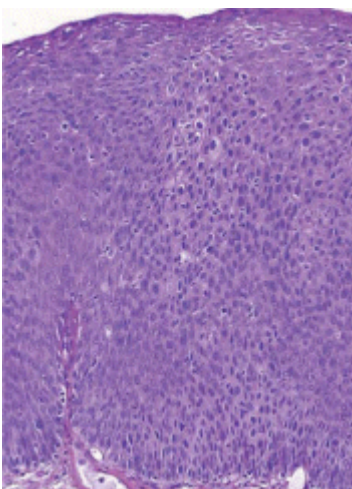


FIGURA 1.9: Histología de una NIC2: las células atípicas aparecen sobretodo en los dos tercios inferiores del epitelio (x10).

**fig 1.9:** Histología de una NIC2: las células atípicas aparecen sobretodo en los dos tercios inferiores del epitelio (x10).

También pueden observarse figuras mitóticas por toda la mitad inferior del epitelio. En la NIC 3, la diferenciación y la estratificación pueden faltar por completo, o existir solo en el cuarto superficial del epitelio, con abundantes figuras mitóticas (Figura 1.10). Las anomalías nucleares aparecen en todo el espesor del epitelio. Muchas figuras mitóticas tienen formas anormales.



**fig 1.10:** Histología de una NIC3: las células displásicas se distribuyen en el espesor epitelial con pérdida de polaridad de las células (x20).

Está bien establecido que la mayoría de las lesiones NIC 1 son transitorias, vuelven a ser normales en poco tiempo o, al menos, no evolucionan hacia formas más graves. Sin embargo, las NIC de alto grado (NIC 2-3), presentan una probabilidad de evolución hacia un cáncer invasor más elevada, aunque la mayoría de ellas también regresan o persisten sin evolucionar. Parece que transcurren entre 10 y 20 años antes que las lesiones cervicales precursoras progresen hacia un cáncer invasor (NASIELI; 6. 1983)

Las NIC se tratan mediante crioterapia, escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) o conización mediante bisturí. Cuando se diagnostica una NIC 1, puede aconsejarse a la paciente un tratamiento inmediato (por ejemplo, en contextos donde el control y seguimiento de las mujeres no puede ser asegurado), o bien un tratamiento ulterior si la visita de control, seis a nueve meses más tarde, revela una persistencia o una evolución de la enfermedad.

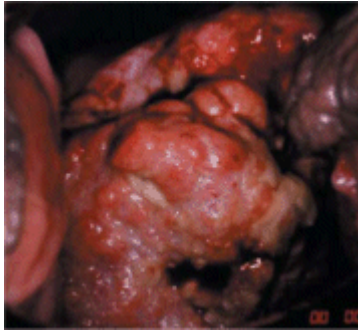
## **CANCER INVASOR**

En las fases más tempranas de la invasión, el carcinoma cervicouterino puede no causar síntomas ni manifestaciones clínicas evidentes y, por consiguiente, se le conoce como carcinoma invasor preclínico. Las mujeres con cáncer invasor del cuello uterino, a un estado moderadamente avanzado o avanzado, tienen como manifestación inicial alguno o varios de los siguientes síntomas: sangrados intermenstruales, sangrados poscoitales, flujo seropurulento abundante, cistitis recurrente, dolor de espalda y en la parte inferior del abdomen, edema de las extremidades inferiores, obstrucción uretral y intestinal, cansancio debido a una anemia intensa y caquexia.



**fig 1.11:** Cáncer cervical invasor temprano: obsérvese su superficie nodular, irregular, granulosa y que sangra al tacto.

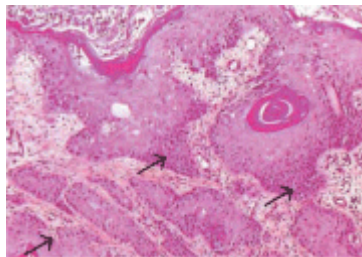
Conforme avanza la invasión del estroma, la enfermedad se vuelve clínicamente evidente y revela la presencia de varios tumores que son visibles en el examen con espéculo. Las lesiones tempranas pueden presentarse como una zona de superficie rugosa, rojiza y granulosa que sangra al tacto (figura 1.11). Los cánceres más avanzados pueden a veces manifestarse por la presencia de una masa proliferativa, protuberante, similar a un hongo o una coliflor, pérdidas vaginales malolientes y hemorragias (figura 1.12). De vez en cuando, tales lesiones presentan poco crecimiento en la superficie, y solo se manifiestan por una hipertrofia cervical en forma irregular con una superficie rugosa y granulosa.



**fig 1.12:** Cáncer cervical invasor avanzado: obsérvese el crecimiento proliferativo ulcerado preeminente similar a una coliflor, sangrado y la necrosis.

Al proseguir la invasión, puede afectar la vagina, los parametrios, la pared de la pelvis, la vejiga urinaria y el recto. La compresión de los uréteres por afección local avanzada provoca obstrucción ureteral, hidronefrosis, y, a la larga, insuficiencia renal. Además de la invasión local se produce metástasis de los ganglios linfáticos regionales. El cáncer metastásico de los ganglios paraaórticos puede atravesar la cápsula de los ganglios e invadir directamente las vértebras y las raíces nerviosas causando dolor de espalda. La invasión directa de las ramas de las raíces del nervio ciático provoca dolor de espalda y dolores de los miembros inferiores. Igualmente, la compresión sobre las venas de la pared pélvica y los vasos linfáticos causa edema de los miembros inferiores.

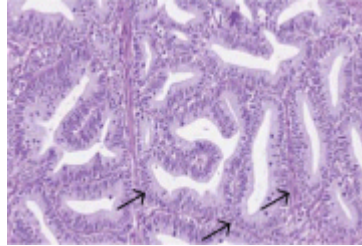
La diseminación de las metástasis a distancia ocurre en una etapa tardía de la enfermedad. Tales metástasis afectan generalmente a los nódulos paraaórticos, los pulmones, el hígado, los huesos y otros órganos.



**fig 1.13:** Histología - Carcinoma escamocelular queratinizante bien diferenciado. Obsérvese la invasión del estroma por capas de células malignas (x10)

Histológicamente, en los países en vía de desarrollo, entre el 90 y 95% de los cánceres invasores que se originan en el cuello uterino corresponden a carcinomas de células escamosas (figura 1.13) y entre el 2 y 8% son adenocarcinomas (figura 1.14). Todo cáncer debe ser clasificado según su estadio clínico. El sistema de clasificación más difundido para el carcinoma cervicouterino es el elaborado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Se trata básicamente de un sistema de clasificación clínica basado en el tamaño del tumor y la extensión del cáncer en la pelvis. El grado

de crecimiento del cáncer se evalúa tanto clínicamente como mediante diversos estudios para determinar el estadio de la enfermedad, del I al IV. El estadio I representa un tumor limitado al cuello, mientras que el estadio IV corresponde a la fase de crecimiento en el cual el cáncer se ha diseminado por metástasis en los órganos distantes.



**fig 1.14:** Histología - Adenocarcinoma invasor bien diferenciado. Obsérvense las células malignas que bordean las criptas cervicales (x20).

Los carcinomas cervicouterinos tempranos (estadios I, II A) pueden tratarse con cirugía radical combinada o no a una radioterapia. Los cánceres en estadios IIB y III se tratan con una radioterapia combinada o no a una quimioterapia coadyuvante con cisplatino. En las mujeres con neoplasias en estadio IV se da tratamiento paliativo en radioterapia y/o quimioterapia asociada a medidas terapéuticas sintomáticas.

## **TERAPEUTICA HOMEOPATICA**

### **INFECCIONES GINECOLÓGICAS CRÓNICAS**

En estas, está indicado el uso de antibióticos y la homeopatía como adyuvante, la cuál juega un papel muy importante al presentar una acción profunda sobre el terreno.

Los medicamentos sintomáticos principales son:

Kreosotum, Mercurius Solubilis, Mercurius Corrosivus, Nitricum Acidum, Hydrastis Canadensis, Kalium Bichromicum, Pulsatilla, Arsenicum Album y Helonias.

El tratamiento del terreno, se fundamenta en que los medicamentos sintomáticos son insuficientes para tratar infecciones crónicas o recurrentes; para alcanzar este objetivo, es preciso prescribir medicamentos de fondo de la enferma. Para determinarlos es indispensable recurrir a la noción del modo reaccional crónico.

## MODOS REACCIONALES SICÓTICOS

Lo identificamos al observar:

- 1.-Catarro crónico de mucosas
- 2.-Producción de tumores benignos
- 3.-Desarrollo lento, insidioso, progresivo, tórpido, etc.
- 4.-Imbibición de tejidos

Principales medicamentos:

Thuja, Nitricum Acidum y Medorrhinum

## MODOS REACCIONALES PSÓRICOS

Se caracteriza por:

- 1.-Fenómenos inflamatorios congestivos a nivel de mucosas o serosas, con irritación local y sensación de ardor.
- 2.-Alternancia o sucesión con afecciones cutáneas.
- 3.-Periodicidad de trastornos.

Principales medicamentos:

Sulfur, Calcarea Carbónica, Natrum Muriaticum, Tuberculinum y Psorinum.

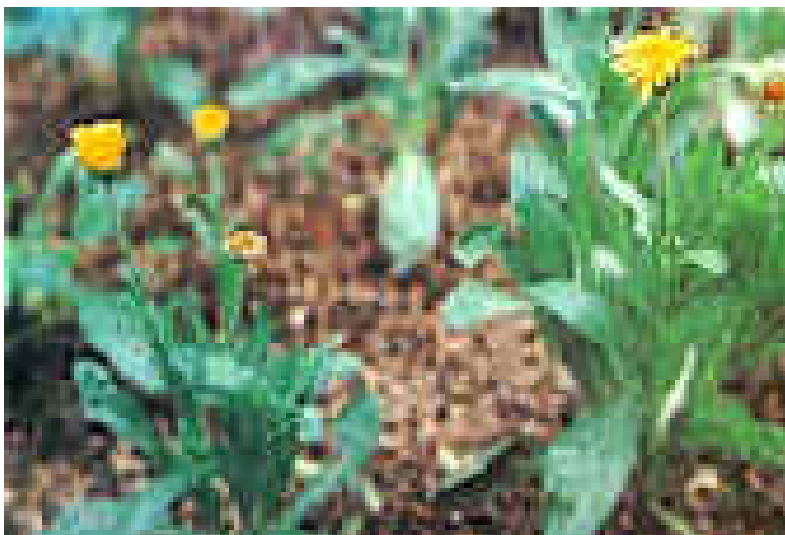
Algunos medicamentos tienen en su patogenesia síntomas característicos a la vez sicóticos y psóricos y se indican tanto en padecimientos crónicos como recurrentes; se trata de Silicea y Sepia.

## TRATAMIENTO DE LA EVERSIÓN GLANDULAR

### CALENDULA OFFICINALIS

Nombre científico *Calendula Officinalis L.*

Familia (Asteráceas) TM



**fig 1.15:** *Calendula Officinalis L.*

### DESCRIPCIÓN

Planta pequeña que difícilmente sobrevive más de un año y que no levanta más de dos palmos del suelo; mantiene una posición inclinada sobre la verticalidad, con la cabezuela grande.

Dada su gran vistosidad, su cultivo se ha extendido en jardines, balcones..., aunque el inconveniente que presenta es el olor algo desagradable que despide toda la planta. Las hojas se disponen de forma alterna a lo largo del tallo inclinado, y suelen tener el borde dentado, siendo las superiores un tanto carnosas y velludas. Las flores se reúnen en inflorescencias de unos 5 centímetros de diámetro, de color variable, a veces amarillas y naranjas, aunque pasan por todas las tonalidades intermedias.

### APLICACIÓN

Se emplea fundamentalmente como emenagogo, antiespasmódico, colerético y sudorífico. También posee propiedades antiinflamatorias, hipotensoras, antisépticas y cicatrizantes. Pero en la actualidad todavía no se han podido relacionar sus propiedades farmacológicas con su composición.

## **ADMINISTRACIÓN**

Por ser una planta atóxica, su empleo no tiene problemas de sobredosificación, por lo que se puede tomar en cantidades elevadas sin problemas.

.- Infusión. Diez gramos de capítulos florales desecados en un litro de agua, dejándolos en infusión durante quince minutos; de esta preparación se pueden tomar 500 ml al día. Para dolores menstruales, se recomienda su utilización una semana antes de la aparición de la regla.

.- Tintura. De 1 a 2 gramos al día, con una riqueza de 1 gramo de planta por cada 5 ml alcohol de 90°, se puede aplicar tanto pura como diluida sobre la lesión.

.- Extracto fluido. 0,3 a 0,5 gramos al día.

.- Para su empleo vía externa en tratamiento de heridas, úlceras, acné, picaduras de insectos, irritaciones, quemaduras superficiales, se emplea una decocción de 15 gramos de capítulos florales desecados en un litro de agua, aplicados en forma de loción o de compresas sobre la zona a tratar.

## **FLORACIÓN Y RECOLECCIÓN**

En condiciones óptimas de luz y sobre todo humedad, la floración se produce durante todo el año, pero si falta humedad, solo entre junio y agosto. La recolección de los capítulos florales se realiza en julio y agosto, cuando éstos se encuentran totalmente abiertos. La desecación es complicada, se debe realizar en lugares con muy buena aireación y con muy baja humedad, hasta conseguir la desecación completa. Una vez conseguido esto, se conservarán en envases que no cuenten con elementos derivados del petróleo, como los plásticos.

## **NOMBRE COMUN EN PAISES LATINOAMERICANOS O DE HABLA HISPANA**

*bem-me-quer, mal-me-quer do campo, caléndula* (Brasil); *maravilla silvestre* (Venezuela), *maravilla, flamenquilla, flor de oro, flor de muerto, mercadela, reinita, virreinita.*

## **NOMBRES COMUNES EN INGLÉS**

*pot, pot marigold, scotch marigold, ruddles, hen-and-chickens.*

## **DROGA APROBADA**

flores (*flores calendulae*).

## **DESCRIPCIÓN BOTÁNICA**

Planta herbácea, anual, hasta de 80 cm de altura. Tallo raramente erecto. Hojas enteras, sésiles, oblongas, espatuladas, suculentas. Flores dispuestas en capítulos terminales o axilares que varían entre un color blanco amarilloso y un amarillo anaranjado o incluso rojizo. Fruto aquenio, seco. Toda la planta exhala un olor desagradable.

## **ORIGEN, USOS NO MEDICINALES Y FORMAS DE CULTIVO**

Originaria del sur de Europa meridional y del Oriente. Se cultiva en climas fríos y templados desde la Edad Media, como planta medicinal y por sus cualidades ornamentales, debidas a las hermosas y continuas cabezuelas. Los pétalos producen un sabor picante característico en ensaladas, quesos sopas y estofados. Es una de las plantas preferidas de los naturópatas. **Muy utilizada en preparaciones homeopáticas comerciales.**

Se propaga sembrando las semillas, a 30 cm de distancia entre sí y a 2 cm de profundidad.

## **USOS EN MEDICINA TRADICIONAL**

Se recomienda como antiinflamatorio, antihemorrágico, antiséptico, astringente para las heridas, espasmolítico, vulnerario, diaforético, emenagogo, resolutorio; también come estimulante de la actividad hepática, especialmente de la secreción biliar, y para atenuar espasmos gástricos o intestinales. Se cree que los perros buscan instintivamente la caléndula para purgarse y como antihelmíntico. El aceite de las flores de caléndula se usa para curar las heridas y sabañones. El aceite esencial se considera un fungicida eficaz en infecciones vaginales. Las hojas y los tallos frescos, machacados, se aplican en cataplasma, para combatir infecciones cutáneas y para reducir callos y verrugas. En compresas, se aplica sobre las partes afectadas para combatir infecciones cutáneas causadas por hongos, heridas rebeldes de cicatrizar y úlceras varicosas.

La decocción de las hojas y flores frescas, ingerida o si se lava con ella la parte afectada, se utiliza como antiespasmódico, depurador de la sangre, diurético, sudorífico, estimulante digestivo, resolutorio, vulnerario, emoliente, desinfectante, cicatrizante de afecciones cutáneas y úlceras varicosas; para eliminar forúnculos, curar el cáncer de la matriz y del estómago. Se le considera un remedio excelente contra los dolores producidos por el cáncer y la obstrucción del vientre, trastornos menstruales, además mejora la actividad vesicular. La decocción de hojas y flores secas se utiliza para curar dolores intestinales, ictericia y gripe. Esta decocción en leche se usa, así mismo, para aliviar los dolores del estómago producidos por cáncer o úlceras.

La infusión de las flores, retiradas de la cabezuela, se emplea contra infecciones de la vejiga, trastornos ginecológicos, trastornos de la menopausia, dolores menstruales, inflamaciones del esófago, ictericia, palidez; enfermedades de los ojos, vesícula, estómago (incluida gastritis), bazo e intestino; contra tifus, calambres, pestes, escrofulosis, excitaciones nerviosas, vómitos violentos, menstruación escasa, orina con sangre, ardor de la vejiga, fiebres, úlceras gástricas y duodenales y dismenorrea. Se cree que tiene propiedades tónicas, resolutorias, depurativas, emenagogas, detersivas, expulsivas y diaforéticas. Se recomiendan los gargarismos y lavados bucales para aliviar úlceras de la boca y enfermedades de las encías. La infusión de las flores es usada externamente como loción o en unguento para aliviar las molestias producidas por cortadas, contusiones, salpullido, inflamación de los pezones, quemaduras y escaldaduras.

El jugo, aplicado externamente, se recomienda como hemostático, desinfectante y para el tratamiento de heridas, llagas, escrófulas, quemaduras, inflamaciones purulentas, erupciones cutáneas y para suavizar la piel. El mucilago de las hojas y de las flores se utiliza para favorecer el cutis y se usa como loción cicatrizante y curativa.

La tintura de las flores, retiradas de la cabezuela, se usa contra la digestión pesada y trastornos menstruales.

### **COMPOSICIÓN QUÍMICA**

Carotenoides, flavonoides, taninos, saponinas, lactonas terpénicas (calendina) y otras sustancias.

### **PROPIEDADES DE LA CALÉNDULA COMPROBADAS CIENTÍFICAMENTE**

Se usa como emenagogo (regula los períodos menstruales) y diaforético (Arteche, 1992). El extracto alcohólico in vitro tiene actividad antrinicomonal (Wren, 1994).

### **USOS MEDICINALES APROBADOS POR LA COMISIÓN REVISORA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS**

Antiinflamatorio, cicatrizante.

### **FORMAS DE USO RECOMENDADAS**

Entre las diferentes formas de uso se encuentran: decocción, infusión, tintura, jugo, crema, ungüento, loción para el cutis, extracto líquido y otras preparaciones farmacológicas.

### **POSOLOGÍA**

Para uso interno, infusión en dosis de 30 g por 1 de agua distribuida en tres tomas al día. Para uso externo, en dosis de 80 g por 1 de agua, en compresas o lavados.

### **RECOLECCIÓN Y SECADO**

La recolección se hace a mano. Los pétalos se secan a la sombra o a cielo abierto a una temperatura máxima de 35 °C para conservar su color y propiedades. Se conserva herméticamente tapada. Las cabezuelas de color naranja oscuro o rojizo son las mejores para medicina natural ya que contienen más altas concentraciones de las sustancias activas.

## EVIDENCIA

Uso basado en evidencia científica	<u>Grado</u> *
<p><b>Protección de la piel durante la radiación</b>            Un estudio llevado a cabo en el año 2004 en mujeres que estaban recibiendo radiación en el seno para tratar el cáncer de seno reporta que el ungüento de caléndula aplicado a la piel por lo menos dos veces al día durante el tratamiento reduce el número de personas que experimentan dermatitis aguda (irritación de la piel, enrojecimiento, dolor) (Pommier, 2004). No obstante, este estudio no puede considerarse decisivo dada las limitaciones de su diseño (con producto identificado, no se usó placebo, y no se comparó con otras terapias tales como cremas con esteroides). Basado en esta evidencia, este planteamiento puede ser considerado en pacientes que sufren de dermatitis a causa de radiación y que no puede ser controlada con otras terapias.</p>	<b>B</b>
<p><b>Infección de oído</b>            La caléndula se ha estudiado para reducir el dolor causado por infecciones de oído. Algunas pruebas controladas de naturaleza aleatoria en seres humanos sugieren que la caléndula puede poseer leves propiedades anestésicas (para aliviar el dolor) iguales a aquellas que se encuentran en preparados no-herbarios similares para los oídos. Se necesitan estudios adicionales antes de hacer cualquier recomendación en esta área.</p>	<b>C</b>
<p><b>Inflamación de la piel</b>            Investigaciones limitadas en animales sugieren que los extractos de caléndula podrían reducir la inflamación al aplicarse a la piel. Son escasos los estudios en seres humanos en esta área.</p>	<b>C</b>
<p><b>Curación de heridas y quemaduras</b>            La caléndula se usa comúnmente en la piel para tratar heridas pequeñas en la piel. Un número pequeño de estudios en animales y estudios de baja calidad en seres humanos reportan que la caléndula reduce el tiempo de cicatrización y aumenta la firmeza de las áreas que han cicatrizado. Se necesita investigaciones confiables en seres humanos antes de llegar a una conclusión firme.</p>	<b>C</b>

\*Referencia para los grados:

A:	Sólida	evidencia	científica	para	este	uso;
B:	Buena	evidencia	científica	para	este	uso;
C:	Dudosa	evidencia	científica	para	este	uso;
D:	Aceptable	evidencia	científica	contra	este	uso;

F: Sólida evidencia científica contra este uso.

## **ADVERTENCIAS**

El uso externo debe ser en dosis bajas a causa de los efectos secundarios tales como irritación de la piel y mucosas, puede, incluso, llegar a ser vesicante. En dosis excesivas puede producir hipotermia y choque anafiláctico en individuos susceptibles. El uso oral prolongado tiene efectos sobre los sistemas linfático y ganglionar y origina dolores reumáticos que empeoran con el movimiento. Se recomienda arrancar las flores de las cabezuelas, botar el receptáculo y las brácteas verdes, cuando se usan flores para tintura.

## **BERNARDO VIJNOVSKY**

### GENERALES

Antiséptico Homeopático, puede y debe usarse vía interna y externa (25gts tintura) heridas, traumáticas, desgarradas, laceradas o cortantes, tendencia a la supuración, dolor excesivo, favorece la fagocitosis y acelerando la cicatrización, Heridas Con pérdida de sustancia, promueve una granulación normal. Hx posqx casi específico (Allen)

### ESPECIFICOS

Verrugas en cervix, **ENDOCERVICITIS CRÓNICA**, Hipertrofia e induración uterina, sensación de plenitud en pelvis, pos cesárea y pos desgarre perineal del parto

## BIBLIOGRAFÍA

1. RICHARD M BIRGGS; Dysplasia an early neoplasia of the uterine cervix a review; *Obst an Gynecol Survey*, Vo-34 No.1, 1979.
2. PLANT AA.; FRIEDMAN EA.; Lymphatic system of the female genitalia. Saunders, Philadelphia, 1971.
3. DE PALO G. Colposcopia y patología del tracto genital inferior; 2ª ed. Panamericana, Arg. Pp-1-16, 2000.
4. SONG J.: The human uterus, Morphogenesis and embryological basis for cancer. Thomas Springfield, 1964.
5. BURGHARDT E.: Natural History of CIN; En Grundmann E. (Ed) Cancer compaign. Cancer of the uterine cervix. Gustav Fisher Verlag. 8:91-96, 1985.
6. NASIEL K; NASIELL k, et al. Behavior of moderate, cervical dysplasia during long term follow-up. *Am. J. Obstet. Gynecol*; 67:669, 1980.
7. ANONYMOUS. Final report on the safety assessment of *Calendula officinalis* extract and *Calendula officinalis*. *Int J Toxicol* 2001;20 Suppl 2:13-20.
8. CORDOVA CA, SIQUEIRA IR, NETTO CA, et al. Protective properties of butanolic extract of the *Calendula officinalis* L. (marigold) against lipid peroxidation of rat liver microsomes and action as free radical scavenger. *Redox Rep* 2002;7(2):95-102.
9. DE TOMMASI N, CONTI C, STEIN ML, et al. Structure and in vitro antiviral activity of triterpenoid saponins from *Calendula arvensis*. *Planta Med* 1991;57(3):250-253.
10. FUCHS SM, SCHLIEMANN-WILLERS S, FISCHER TW, et al. Protective effects of different marigold (*Calendula officinalis* L.) and rosemary cream preparations against sodium-lauryl-sulfate-induced irritant contact dermatitis. *Skin Pharmacol Physiol* 2005;18(4):195-200.
11. HAMBURGER M, ADLER S, BAUMANN D, et al. Preparative purification of the major anti-inflammatory triterpenoid esters from Marigold (*Calendula officinalis*). *Fitoterapia* 2003;74(4):328-338.
12. KALVATCHEV Z, WALDER R, GARZARO D. Anti-HIV activity of extracts from *Calendula officinalis* flowers. *Biomed Pharmacother* 1997;51(4):176-180.
13. KHIZHAZI AA. [The therapeutic and prophylactic anti-ulcerogenic action of marigold (*Tagetes patula* L.) and sea buckthorn (*Hippophae*) oils in neurogenic ulcerative lesions caused by immobilization, noise and vibration]. *Lik Sprava* 1998; (1):172-176.
14. LAVAGNA SM, SECCI D, CHIMENTI P, et al. Efficacy of *Hypericum* and *Calendula* oils in the epithelial reconstruction of surgical wounds in childbirth with caesarean section. *Farmaco* 2001;56(5-7):451-453.
15. LIEVRE M, MARICHY J, BAUX S, ET AL. Controlled study of three ointments for the local management of 2nd and 3rd degree burns. *Clin Trials Meta-analysis* 1992;28:9-12.
16. POMMIER P, GOMEZ F, SUNYACH MP, ET AL. Phase III randomized trial of *Calendula officinalis* compared with trolamine for the prevention of acute dermatitis during irradiation for breast cancer. *J Clin Oncol* 2004;22(8):1447-1453.
17. SARRELL EM, MANDELBERG A, COHEN HA. Efficacy of naturopathic extracts in the management of ear pain associated with acute otitis media. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155(7):796-799.