

CLÍNICA

Utilización de la homeopatía en endocrinología ginecológica. Uso terapéutico de las hormonas diluidas y dinamizadas

María Soledad Legros

Especialista en homeopatía, profesora asociada de las Universidades de Poitiers y de Burdeos para la enseñanza de la homeopatía, médico homeópata en consulta privada en la ciudad de Cognac, Francia

Recibido el 10 de diciembre de 2009; aceptado el 19 de febrero de 2010

PALABRAS CLAVE

Ciclo hormonal;
Hormonas diluidas;
Folliculinum;
Luteinum

Resumen

El conocimiento de la fisiología de las hormonas y de la fisiopatología del ciclo menstrual de la mujer, ha permitido utilizar terapéuticamente diluciones infinitesimales de las hormonas que intervienen en dicho ciclo. La experiencia clínica, derivada de la utilización de diluciones homeopáticas de LH, de FSH, de estrógenos, de progesterona y de otras hormonas que intervienen en el ciclo femenino, ha puesto en evidencia la utilidad de éstas en diversos procesos patológicos. Su utilización se basa en la experiencia de que diluciones bajas de hormonas tienen una acción estimuladora, mientras que diluciones altas la tienen frenadora.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Hormone cycle;
Diluted hormones;
Folliculinum;
Luteinum

Homeopathy in gynaecological endocrinology. Therapeutic use of diluted and revitalised hormones

Abstract

Knowledge of hormone physiology and the physiopathology of the female menstrual cycle have enabled infinitesimal dilutions of the hormones involved in that cycle to be used therapeutically. The clinical experience gained by the use homeopathic dilutions of LH, FSH, oestrogens, progesterone and other hormones involved in the female cycle has demonstrated their usefulness in various pathological processes. Their use is based on the experience that low dilutions of hormones have a stimulatory action, whilst higher dilutions have a slowing down action.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El conocimiento de la fisiología de las hormonas y de la fisiopatología del ciclo menstrual de la mujer ha incitado, lógicamente, a numerosos médicos homeópatas a usar de forma terapéutica las diluciones infinitesimales de estas hormonas.

Su utilización tiene en cuenta la siguiente regla clínica:

- Las diluciones bajas 4-5 CH son estimulantes.
- Las diluciones medias 7-9 CH son reguladoras.
- Las diluciones altas 15-30 CH frenan; aunque algunos autores admiten que estas altas diluciones también son reguladoras.

La hormonoterapia homeopática no debe considerarse como una solución fácil. La individualización estricta de los signos característicos en cada paciente permitirá, en la mayoría de los casos, restablecer, con la ayuda de grandes medicamentos de fondo, un excelente equilibrio hormonal en nuestros pacientes. No obstante, en algunos casos, la administración de una dilución dinamizada de hormona se muestra indispensable.

Para usar las diluciones de hormonas de forma eficaz hay que tener en cuenta 2 factores: la elección de la dilución y la valoración de los días del ciclo en que se considera más favorable su administración.

Recuerdo de la fisiología de la regulación hormonal del ciclo menstrual (figs. 1 y 2)

La vida genital depende de las secreciones endocrinas del ovario cuyo funcionamiento cíclico obedece a las secreciones de la hipófisis, que a su vez está bajo el control del hipotálamo, el cual está en estrecha relación con el encéfalo y con los órganos de la vida de relación. Ningún efecto hormonal se da de forma aislada y las interacciones entre las hormonas mediante mecanismos de biorretroalimentación son la regla general¹.

El eje hipotálamo-hipofisario constituye el centro de regulación del crecimiento, de la lactancia, del funcionamiento del tiroides, de las glándulas sexuales y del grado de hidratación.

¿Cuáles son los diferentes actores de la regulación hormonal del ciclo menstrual?

Hipotálamo

Los núcleos hipotalámicos producen la neurosecreción de factores de liberación (*releasing factors*: GnRh o LhRh) que actúan sobre el lóbulo anterior de la hipófisis que, a su vez, libera las gonadotropinas FSH y LH; éstas actúan sobre los ovarios que son los productores de estrógenos y progestágenos.

La secreción de GnRh y LhRh se realiza de forma pulsante².

El hipotálamo es sensible a 2 tipos de información:

Informaciones que proceden del entorno

Éstas nos llegan a través de los órganos de los sentidos y del mesencéfalo que provoca la liberación de monoaminas:

- Noradrenalina. Aumenta la sensibilidad a la información a nivel del área preóptica.

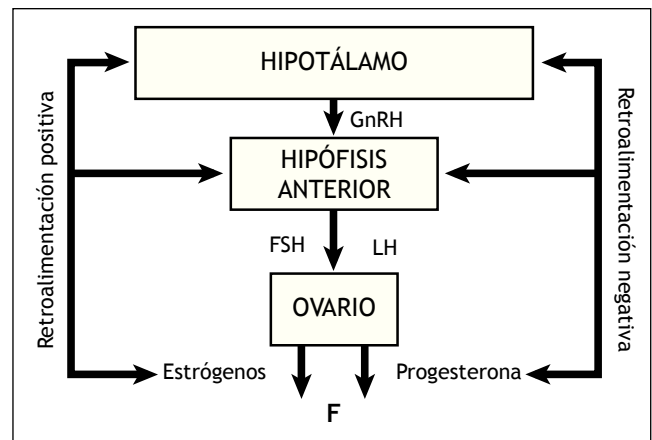


Figura 1 Fisiología del ciclo hormonal.

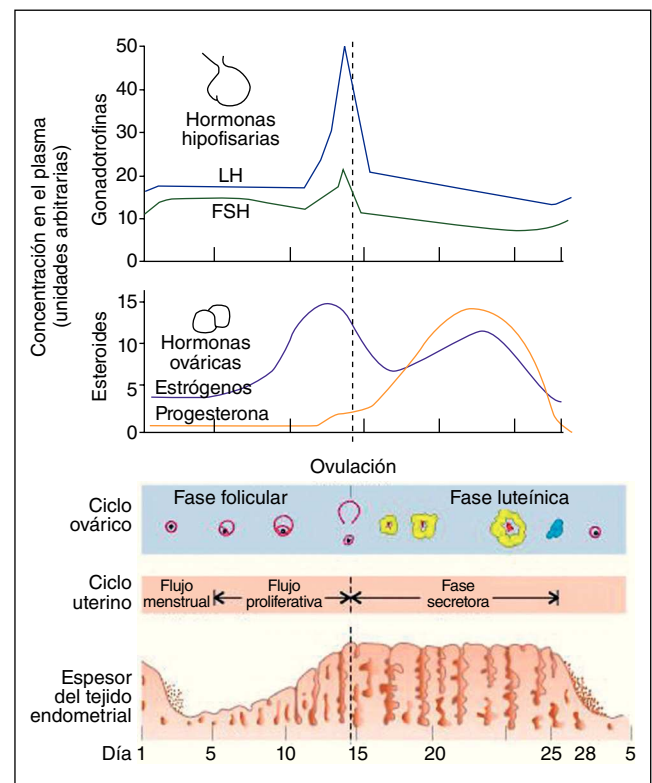


Figura 2 Esquema del ciclo hormonal (menstrual).

- Dopamina. Favorece la liberación de LhRh.
- Serotonina. Inhibe o frena la liberación de LhRh.

Esto explica el papel del psiquismo, de las emociones y de las excitaciones sensoriales en la vida genital de la mujer.

Informaciones que proceden del medio interno

- Valor de FSH y de LH (biorretroalimentación corta).
- Valores de estradiol y de progesterona (biorretroalimentación larga).

Hipófisis

Hipófisis anterior

A este nivel se produce la secreción de las hormonas gonadotropas que actúan en el ovario:

FSH. Es la hormona de la selección (elige 1 o varios folículos). La FSH está aumentada al comienzo de la fase folicular (ausencia de la retroalimentación negativa de los esteroides debido a la desaparición del cuerpo amarillo del ciclo precedente) y actúa sobre los ovarios induciendo el desarrollo de los folículos. Los andrógenos son transformados en estrógenos (aromatización), las células de la granulosa se multiplican y los receptores de la LH se estimulan.

Después se observa una disminución, hasta un mínimo preovulatorio por retroalimentación negativa del estradiol y posteriormente aparece un pico de FSH que dura de 24 a 48 h, pero es menos elevado que el pico de LH.

LH. Es la hormona de la ovulación. Estimula la teca interna y hace que segregue 17 B estradiol y 17 hidroxiprogesterona.

En fase folicular, las fluctuaciones están a un nivel bastante bajo, por el contrario, aparece un pico muy elevado, unas 20 veces el valor basal, que dura unas 24 a 48 h y se produce por una impregnación de estradiol superior a 200 pg/ml durante al menos 50 h. Esta impregnación de estradiol es indispensable, pero probablemente la progesterona también juega un papel.

El pico de LH centra el ciclo ovárico, ya que la ovulación aparece a las 36 o 40 h después de ese pico. Tras este pico, la LH retorna a su valor basal y bajo su influencia hay una secreción de progesterona, ya que transforma el folículo que acaba de romperse en cuerpo amarillo. El control de la actividad de la LH se hace en hipotálamo.

Prolactina. Desempeña un rol importante en el control de la función de las gónadas además de su papel sobre la lactancia. Es indispensable para la secreción fisiológica de la progesterona por las células de la granulosa del folículo dominante durante el período preovulatorio.

Los valores circulantes son < 20 ng/ml. Está sometida a un control hipotalámico esencialmente inhibitorio por el PIF (*prolactin inhibiting factor*) constituido fundamentalmente por dopamina³.

Hipófisis posterior (función neurohipofisaria)

La neurohipófisis segrega 2 tipos de hormonas por vía neurológica a partir de los núcleos supraópticos y supraventriculares del hipotálamo:

ADH. hormona antidiurética o vasopresina. Favorece la concentración del agua por el riñón (retención hidrosódica). A alta concentración provoca una vasoconstricción.

Oxitocina. Secreción láctea. Estimula la contracción de las células musculares lisas del útero.

Ovario

Los ovarios segregan los estrógenos, la progesterona y los andrógenos.

Estrógenos. 17 B estradiol E2; estrona E1; estriol E3.

El ovario segrega aproximadamente el 95% del estradiol circulante que proviene de las células de la teca interna del folículo en evolución, pero también del conjunto de los folículos.

El perfil de la estrona es paralelo al del estradiol y proviene en un 70% del ovario. El estriol proviene de la degradación hepática del estradiol y de la estrona. El 17 B estradiol es responsable del crecimiento del endometrio, favorece la secreción del moco cervical y la apertura del cuello del útero.

Al comienzo de la fase folicular se encuentra en valores bajos (30 a 50 pg/ml) y aumenta hasta llegar a un pico de 200 a 300 pg/ml la víspera del día en el que ocurre la descarga de LH (pico de LH), luego disminuye rápidamente aunque las variaciones son muy grandes.

Progesterona. La mayor parte proviene de las células de la granulosa del cuerpo amarillo. Su secreción probablemente depende de la calidad del folículo. Justo antes del pico de LH, la tasa de progesterona comienza a aumentar francamente, pasando de 1 a 4 ng/ml en las 36 h que preceden a la ovulación, luego aumenta de forma progresiva y se mantiene en meseta durante 5 a 7 días. La regresión del cuerpo amarillo provoca una disminución brutal de la misma 24 a 28 h antes de la regla.

Su papel principal es preparar al útero para la implantación del huevo, por tanto, transforma el endometrio, inhibe la contractibilidad del miometrio y modifica el moco cervical. Además, posee otros efectos generales: produce hipertermia, posee una acción hipnótica, analgésica, hiponatrémica e hipernatrúrica.

Andrógenos. Su secreción no tiene carácter cíclico. El principal andrógeno es la androstediona, aunque también hay pequeñas cantidades de dehidroepiandrosterona (DHA) y de testosterona en el sistema vascular del ovario.

Inhibina. Es segregada por las células de la granulosa del ovario, inhibe de forma específica la secreción de FSH.

Uso homeopático de las principales hormonas diluidas y dinamizadas

Folliculinum (estróna)

Desde el punto de vista histórico ha sido la primera hormona que se ha utilizado, tanto en experimentación como para uso clínico.

En 1945, el Dr. Pouliot, ginecólogo y homeópata, publica un artículo acerca de la utilización de la foliculina diluida en los síndromes de hiperfoliculinemia.

En 1952 aparecen los trabajos de Henri Boiron y colaboradores sobre la actividad biológica de las diluciones homeopáticas de Folliculinum en 500 ratas y ratones. Los autores han observado que hay un antagonismo farmacodinámico entre las dosis débiles y las fuertes de una misma sustancia estrogénica.

A partir de 1955, la Dra. Léa de Mattos, ginecóloga, estudia los síntomas provocados por la utilización de estrógenos y los compara con los síntomas del síndrome premenstrual

espontáneo. Ella utilizó Folliculinum para el tratamiento de los casos de hiperfolliculinemia. A partir de 1970, se ha utilizado Folliculinum 9CH, 15CH y 30CH en exclusiva, sin utilizar ningún otro medicamento homeopático.

En 1977 Léa de Mattos publica la patogenesia de Folliculinum.

Folliculinum en altas diluciones está indicado en los cuadros en los que hay un clima hiperestrogénico (absoluto o relativo) en el que aparecen síntomas genitales y mamarios (tensión mamaria, distensión abdominal) y neuropsíquicos (trastornos del carácter y del comportamiento). Parece sensato prescribir este medicamento justo antes o en el momento de los picos de estrógenos: por ejemplo los días 8.º y 20.º del ciclo (considerando un ciclo normal de 28 días)⁴.

Inversamente, las bajas diluciones serán prescritas con el objetivo de estimular la secreción de estrógenos y se darán 5 gránulos cada día por lo menos durante los 20 primeros días del ciclo (hipofertilidad, menopausia, osteoporosis)⁵.

Hay que remarcar que la hormona estrogénica principal en la mujer, tanto en cantidad como en calidad, es el 17 B estradiol, por lo que en caso de fracaso o de resultados insuficientes con Folliculinum, podríamos pensar en prescribir esta hormona que se encuentra en la nomenclatura bajo el nombre de Oestradiolum.

Principales indicaciones clínicas de Folliculinum

SPM (síndrome premenstrual) de tipo hiperestrogénico en el que se asocian tensión mamaria, sensación de hinchazón, edema, tensión psíquica con agresividad, hiperactividad y aumento de la libido^{6,7}.

Folliculinum 15 o 30CH, 3 gránulos 1 vez al día en la segunda parte del ciclo.

Dismenorreas. Folliculinum 9 o 15 o 30CH, a partir del día 20 del ciclo (el día 20 se da la 9CH, el día 21 se da la 15CH y el día 22 se administra la 30CH).

Endometriosis. Folliculinum 15 o 30CH 1 vez al día, desde el octavo día del ciclo hasta la llegada de la regla.

Fibromas uterinos. Folliculinum 15 o 30CH 1 vez al día, todos los días. La utilización de Folliculinum a altas diluciones está justificada y complementará la acción de los remedios sintomáticos y de los que correspondan al modo de reacción crónico del paciente.

Amenorrea secundaria tras el parto. En estos casos, se administra Folliculinum a diluciones bajas o medias de forma repetida (1 vez al día, todos los días).

Menopausia. Se emplea Folliculinum en dilución media (7CH) o baja (5CH) 1 vez al día o cada 2 días, a veces alternándolo con Luteinum, para ejercer una acción reguladora o estimuladora. Esta pauta puede aliviar las diferentes manifestaciones clínicas que aparecen en la fase de premenopausia o de menopausia confirmada.

Disminución de la fertilidad. Se utiliza Folliculinum a baja dilución. Los doctores Léa de Mattos y Plazy reseñan el éxito que han tenido con Folliculinum en casos de esterilidad, 1 vez al día, todos los días, en ocasiones se puede dar 2 veces al día.

Podemos concluir que Folliculinum es un medicamento eficaz y fiable que debe ser prescrito según criterios fisiopatológicos y clínicos precisos, siguiendo una observación rigurosa de la paciente en su individualidad⁸.

Luteinum: cuerpo amarillo

El cuerpo amarillo segrega progesterona, estrógenos y 17 hidroxiprogesterona. Progesteronum = Lutein = progesterona.

Las indicaciones de estos 3 medicamentos son muy parecidas, pero parece preferible utilizar Progesteronum (progesterona pura) en diluciones bajas si se trata simplemente de compensar una hiperestrogenia relativa, en particular en el caso de ciertas formas de síndrome premenstrual de la mujer joven, en las mastopatías benignas, en las menometrorragias, en la dismenorrea, en la endometriosis y en el fibroma. Utilizamos la dilución 5CH 1 vez al día desde el día 15 hasta el día 25 del ciclo.

Una indicación particular la encontramos en la dismenorrea membranosa por exceso de progesterona que requiere la prescripción de este medicamento a altas diluciones, 15CH, 1 toma al día desde el día 20 del ciclo.

Asimismo, ante algunos efectos indeseables de los progestágenos, Progesteronum se utilizará en alta dilución; se suele dar cada día en la somnolencia y en la sensación vertiginosa, en algunas agravaciones de los estados depresivos, en la ganancia de peso, en el aumento del vello y en la seborrea.

Parece más fisiológico utilizar Luteinum (cuerpo amarillo, por tanto contiene estrógenos + progesterona) en las reglas irregulares por alteración en la ovulación o por anovulación, en los ciclos artificiales, en las amenorreas, en las espaniomenorreas, en la premenopausia, en la menopausia y en algunas indicaciones obstétricas como amenaza de aborto, prevención del aborto y esterilidad por insuficiencia luteal. En estas situaciones, Luteinum se utilizará en dilución baja 4 o 5CH 1 vez al día, a partir del día octavo del ciclo o, en algunos casos, durante todos los días del ciclo⁹.

LH-RH (luteinizing hormono-releasing factor)

Es un decapeptido segregado por el hipotálamo, también llamado GNRH (*gonadotropine releasing factor* o gonadorelina). Esta secreción es pulsante y controla la liberación de FSH y de LH.

Se utiliza en altas diluciones y puede estar justificada para frenar la secreción de FSH y de LH, está indicada en las oleadas de calor (sofocos) en caso de que hayan fracasado otros medicamentos homeopáticos elegidos de forma individual (es decir haciendo una prescripción individualizada).

Es interesante reseñar su indicación en la pubertad precoz; en estos casos, se da a la dilución de 15 o 30CH 1 vez por semana.

FSH (folliculo-stimuline hormone)

Las diluciones bajas favorecen la estimulación de los folículos ováricos, y en alta dilución los frenan (síndrome hiperfolliculínico).

En la mujer estimula el crecimiento del folículo ovárico, lo que induce un aumento de los estrógenos, y éstos, mediante un mecanismo de retroalimentación, controlan la secreción de FSH.

Indicaciones clínicas de FSH

- Esterilidad: se utiliza FSH en baja dilución, 5CH 1 vez al día, del primero al décimo días del ciclo.
- Algunos casos de hiperfolliculinemia: se utiliza a la dilución de 30CH 1 vez al día, del sexto al duodécimo días del ciclo.
- Sofocos: se da a la dilución 15CH de 1 vez al día a 1 vez por semana.

LH (*luteo stimuline hormone*)

En dilución baja estimula los esteroides ováricos (hipogonadismo) y en alta dilución los frenaran.

Estas 2 hormonas de la hipófisis anterior (FSH y LH), están aumentadas en la menopausia aunque, sobre todo, es FSH la que está elevada de forma más marcada.

De forma práctica, durante la menopausia, en caso de encontrarnos oleadas de calor rebeldes, a pesar de haber instaurado un tratamiento homeopático bien individualizado, la prescripción de FSH 30CH (cuya repetición se ajustará en función de la paciente) da con frecuencia muy buenos resultados.

Si a pesar de todo los sofocos persisten, la prescripción de LH-RF en alta dilución resulta eficaz.

Recordemos que un pico de LH centra el ciclo ovárico y la ovulación aparece de 36 a 48 h después de ese pico, por lo que podremos utilizar LH en las siguientes indicaciones clínicas:

- Esterilidad, trastornos en la ovulación: LH 5CH del séptimo al duodécimo días del ciclo.
- Sofocos con tasas de LH muy elevadas: LH 30CH 1 vez por semana¹⁰.

Andrógenos: testosterona DHA-S**Indicaciones clínicas**

- Hirsutismo.
- Acné.
- Algunos casos de dismenorrea.
- Síndrome hiperandrogénico de la menopausia (aumento del vello, obesidad, síndrome metabólico): 15 o 30CH de 1 vez al día a 3 veces por semana.

Prolactina

Hormona polipeptídica segregada por ciertas células del lóbulo anterior de la hipófisis. Favorece el crecimiento de las glándulas mamarias y tiene una acción galactotropa.

La prolactina en altas diluciones se puede utilizar con éxito en algunos cuadros de hiperprolactinemia (incluso con microadenoma en la hipófisis) en los pacientes que toleran mal la bromocriptina o incluso tras fracaso de Lac caninum¹¹.

Indicaciones clínicas

- Retirada de la lactancia: 15CH cada 2 o 3 h.
- Hiperprolactinemia: 15 o 30CH 1 vez al día (iatrogénica, con o sin galactorrea, con o sin amenorrea, con o sin microadenoma de la hipófisis).

Bibliografía

1. Empereire JC. Gynécologie endocrinienne du praticien. 4.^a ed. Frison-Roche; 1990.
2. De Ligneris L. Gynécologie homéopathique pratique. Similia; 1979.
3. Guyton A, Hall J. Tratado de Fisiología Médica. McGraw-Hill Interamericana de España.
4. Holtzscherer A, Legros MS. Pratique homeopatique en gynécologie. Boiron CEDH; 1994.
5. Greco J. Homéopathie et gynécologie. Maloine; 1988.
6. Tambonini A. Les syndromes prémenstruels. Impact Médecin. 1991;12:7.
7. Lagrue et al. Physiologie des oedèmes cycliques idiopathiques. Masson; 1974.
8. Guermonprez M, Pinkas N, Torck M. Matière médicale homéopathique. 4.^a impression. Boiron; 1993.
9. Aubin M, Demarque D, Joly P, Jouanny J, Picard PH. Pratique homéopathique en gynécologie. CEDH; 1976.
10. Demarque D, Jouanny J, Poitevin B, Saint-Jean Y. Pharmacologie et matière médicale homeopathique. Boiron CEDH; 1993.
11. Duprat H. Traité de matière médicale. Vol. 2. 3.^a impression. Similia; 1988.