

11217 74
29



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Regional en Puebla
Centro Médico Nacional
"General Manuel Avila Camacho"
Hospital General Regional No. 36

**SANGRADO UTERINO DISFUNCIONAL Y SU
CORRELACION CLINICO - PATOLOGICA**

T E S I S
Para obtener el Diploma de
ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA
p r e s e n t a
DR. ADOLFO LIZARRAGA GARCIA



IMSS

PUEBLA, PUE.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES: POR HABERME DADO LO QUE SOY.

A MI ESPOSA: POR SU CARÍÑO Y APOYO QUE ME HA BRINDADO
DURANTE ESTOS TRES AÑOS DE FORMACION.

A MIS HIJOS: DIEGO Y MAXIMILIANO POR QUE TRAJERON NUEVAS
ALEGRÍAS A MI VIDA.

A TODOS GRACIAS.

CEN. "MANUEL AVILA CAMAGHO"
CEN. GRAL. REGIONAL No. 34
PUEBLA,

I.M.S.S.

Jefatura de División de
Enseñanza e Investigación

DR. MANUEL GARZON LAZCANO
JEFE DE DIVISION DE EDUCACION MEDICA

DR. JUAN ANTONIO GONZALEZ DON
JEFE DE ENSEÑANZA

ASESOR DE TESIS
DR. JUAN MANUEL MARAÑÓN BARRANCO
GINEGO-OBSTETRA

ASESOR DE TESIS
DR. ANGEL LOPEZ FARFAN
GINECO-OBSTETRA

I N D I C E

Intruducción	2
Definición	4
Frecuencia	9
Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico.....	10
Planteamiento del Problema	12
Hipotesis	13
Objetivos	14
Material y Métodos	15
Resultados	17
Grafica 1	19
Grafica 2	20
Grafica 3	21
Grafica 4	22
Grafica 5	23
Grafica 6	24
Conclusiones	25
Sugerencias	27
Bibliografía	28

INTRODUCCION

A la hemorragia uterina disfuncional se le define como "hemorragia del endometrio sin relación con lesiones anatómicas del mismo", que incluye la alteración de la función ovárica normal o anovulación. (Definición publicada en 1982, en un boletín técnico del American College Of Obstetricians and Gynecologists). No se consideraba como hemorragia disfuncional, el manchado a mitad del ciclo, vinculado con la ovulación, la irregularidad menstrual que acompaña: a defectos del cuerpo lúteo; ni la hemorragia uterina secundaria. (1,2)

Según esta definición, el diagnóstico de "hemorragia uterina disfuncional", parece de exclusión; está implícito que ya se demostró su naturaleza anovulatoria. El problema es que las hemorragias vaginales presentan gran variedad de posibilidades diagnósticas, hay confusión cuando se revisan los informes y no existe una valoración diagnóstica de la paciente que presenta patrones hemorrágicos anormales.

La hemorragia uterina disfuncional, puede ser tratada satisfactoriamente sin intervención quirúrgica, mediante regímenes terapéuticos basados en sólidos principios fisiológicos. Esta formulación se apoya en el conocimiento de como se controla naturalmente la función menstrual postovulatoria. (6)

Las causas son muchas y con frecuencia no se buscan, así que esta alteración se trata en forma inadecuada; Por lo tanto, las metas del tratamiento clínico dependerá de un diagnóstico causal correcto.

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

Se define como la hemorragia excesiva, prolongada e irregular, que proviene del endometrio uterino y no se relaciona con lesión anatómica del útero. Se produce por alteraciones locales o generales que perturban la normal regulación neuroendocrina de la función menstrual, por lo cual, es un diagnóstico que se da solo por exclusión de otras patologías. (1)

El ciclo menstrual normal constituye una señal de que el eje hipotálamo-hipófisis-ovario, y el órgano blanco del endometrio uterino son funcionales y ello indica capacidad reproductiva. (2) El ciclo que se basa en los sucesos endocrinológicos se divide en tres fases:

FASE FOLICULAR

Con una duración variable en promedio de 14 días, ocurre como consecuencia de las cifras bajas de estradiol y progesterona de la menstruación anterior que ocasiona secreción hipolalámica pulsátil de GNRH y como resultado secreción pulsátil de GSH y LH, la FSH estimula la maduración de los folículos ováricos y finalmente del dominante; lo que ocurre por un esfuerzo conjunto de las células de la teca y la granulosa.

La LH, estimula las células de la teca para convertir colesterol en andrógenos, al mismo tiempo la FSH estimula la conversión de estos andrógenos en estrógenos en la célula de la granulosa. A nivel endometrial durante esta fase hay una proliferación intensa de células epiteliales y del estroma con mayor formación de células tubulares rectas lo cual resulta del aumento de estradiol con su efecto sobre el endometrio que es el crecimiento (Endometrio Proliferativo).

FASE OVULATORIA

La ovulación denota la sincronización y maduración del eje hipotálamo-hipofisis-ovario, ocurre solo después de la maduración del mecanismo de retroalimentación de estrógenos. Debido al aumento de la concentración de estradiol ocurre secreción brusca de GNRH provocando secreción de LH importante y otra menos importante de FSH, y como consecuencia de esto, a las 36 horas después ocurre la ovulación. (3)

FASE LUTEINICA

Es la última fase del ciclo y tiene una duración más constante 14+2 días, corresponde a la vida media del cuerpo amarillo, mediante la actividad enzimática se lleva a cabo la conversión de colesterol en pregnolona y finalmente progesterona con aumento mayor de ésta al 20 y 22 del ciclo de 28 días, el cuerpo amarillo declina al 10º. día después de la ovulación. A nivel endometrial, la progesterona produce cambios secretorios, las glándulas se tornan espirales con imagen en diente de sierra, secretoras con aumento de la vascularidad del estroma. La progesterona, detiene el crecimiento del endometrio y lo estabiliza, si no ocurre fecundación el endometrio se edematiza y genera necrosis por falta de sostén de estradiol y progesterona. (11)

MENSTRUACION NORMAL

El ciclo menstrual normal se ha definido como un intervalo promedio de 28 días + 7 días, con pérdida sanguíneas de 4 días de duración + 2-3 días, con un flujo normal de 30 ml. con una máxima de 60-80ml. mayor de esta cantidad se considera anormal. (5)

El sangrado uterino disfuncional, se ha relacionado con ciclos anovulatorios y ocurre más frecuentemente en los extremos de la vida reproductiva, como en la pubertad y en la etapa perimenopáusica y menopáusica. En las mujeres con hemorragia uterina disfuncional, se ha encontrado en diversas publicaciones aumento de la actividad fibrinolítica endometrial en relación a mujeres sin dicha patología.

La hemorragia uterina disfuncional, ha sido dividida en tres principales categorías provocada por la presencia de esteroides sexuales y sus efectos sobre el endometrio. (5)

HEMORRAGIA POR DISRUPCION DE ESTROGENOS.

Se dá por una relación semicuantitativa entre la cantidad de estrógenos que estimula el endometrio y el tipo de hemorragia que produce. Dosis bajas de estrógenos son causas de pequeñas hemorragias o manchas intermitentes que pueden ser prolongadas, pero que, por lo general ocasionan escasa pérdida sanguínea, por otra parte; los niveles elevados de estrógenos y su estimulación sostenida conducen a periodos prolongados de amenorrea seguidos por hemorragia aguda y a menudo profusa con pérdida excesiva de sangre. (8)

HEMORRAGIA POR SUPRESION DE ESTROGENOS

Ocurre en ovariectomía bilateral, irradiación de folículos maduros o interrupción de la administración de estrógenos a una mujer castrada, pero la hemorragia solo se produce cuando se interrumpe la administración de estrógenos exógenos.

HEMORRAGIA POR SUPRESION DE PROGESTERONA

La eliminación del cuerpo lúteo conducirá a la descamación del endometrio, desde el punto de vista farmacológico puede lograrse una situación similar por la administración y supresión de progesterona o de un derivado no estrogénico de progesterona. La hemorragia por supresión de progesterona solo tiene lugar si el endometrio ha proliferado inicialmente por la acción de los estrógenos exógenos o endógenos. Si se continúa la terapéutica estrogénica mientras se suprime la progesterona, se producirá también la hemorragia por supresión de progesterona, solo si los niveles de estrógenos están aumentados de 10 a 20 veces, no tendrá lugar la hemorragia por supresión de progesterona. (3)

FRECUENCIA

Es difícil establecer con seguridad la incidencia de la hemorragia disfuncional por el manejo irregular a que es sometida la paciente sin haber descartado una lesión orgánica.

Según Scommegna y Col. (1973), aproximadamente el 50% de las pacientes con hemorragia disfuncional tienen más de 45 años el 25% son adolescentes y el 30% están en edad genésica. (10)

El endometrio no muestra un cuadro histológico uniforme.

En un Hospital en Barcelona, las muestras obtenidas reportaron 55.1% de endometrio proliferativo y un 24.9% de secretor.

Sutherland (1950), encontró endometrio secretor en 54% de los casos.

Czernobilsky (1970), encontró endometrio secretor en el 45% de los casos.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Dentro de las manifestaciones clínicas, hay aumento en el flujo menstrual normal en cantidad y duración sin patología aparente, se presenta en los extremos de la vida reproductiva en la pubertad y en la menopausia.

El diagnóstico se hace por exclusión de patología orgánica, previa exploración minuciosa de la paciente, con un interrogatorio adecuado, la biopsia da el diagnóstico definitivo.

El tratamiento es complejo y variado; con antifibrinolíticos como el ácido tranexámico, que reduce las pérdidas menstruales en un 58%, inhibiendo la actividad del factor tisular del plasminógeno.4)

La indometacina el ácido mefenámico, que son inhibidores de la prostaglandina sintética, disminuyen el volumen de la pérdida menstrual. La terapia hormonal basada en la administración de estrogénos y progesterona solos o en combinación inhiben la hemorragia en la mayoría de los casos. El tratamiento quirúrgico esta reservado en aquellos casos en que persista el sangrado.

El legrado uterino es un método eficaz para contener la hemorragia y proporciona material abundante para el estudio histopatológico sobre todo en la mujer perimenopáusicas, con mayor riesgo de Carcinoma de Endometrio. La ablación que consiste en la destrucción de endometrio y parte del miometrio mediante histeroscopia utilizando LASSER o electrocirugía (9)

Son algunos de los manejos conservadores en mujeres de cierta edad, en las cuales ya el manejo hormonal fracasa ya que han completado sus deseos genésicos, la histerectomía estaría indicada. El manejo de la hemorragia uterina debe ser individualizado y proporcionar a la mujer efectuada el mayor número de opciones. (7)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sangrado uterino disfuncional, es un problema diagnosticado frecuentemente en el servicio de gineco-obstetricia, pero que en la mayoría de los casos no se corrobora el diagnóstico clínico con el histopatológico considerado el sangrado uterino disfuncional un diagnóstico de exclusión de otras patologías, y empleado comúnmente la mayoría de las veces sin un interrogatorio y exploración adecuadas.

Nace la interrogante y la necesidad en el presente estudio de la corroboración del diagnóstico, realizado mediante el estudio histopatológico del material obtenido mediante el legrado uterino y clasificarlo según las tres categorías principales de hemorragia disfuncional del endometrio.

HIPOTESIS ALTERNA.

El diagnóstico de sangrado uterino disfuncional se utiliza frecuentemente y no se corrobora muchas veces por el estudio histopatológico.

HIPOTESIS NULA

El diagnóstico de sangrado uterino disfuncional se corrobora clínicamente y con estudio histopatológico de muestras obtenidas de endometrio en todos los casos.

OBJETIVOS

Comprobar la veracidad del diagnóstico de sangrado uterino disfuncional mediante el estudio histopatológico de las muestras obtenidas mediante el legrado uterino instrumental.

OBJETIVO ESPECIFICO.

Correlacionar el diagnóstico clínico con el diagnóstico histopatológico para clasificar el tipo de hemorragia uterina disfuncional que corresponda.

MATERIAL Y METODOS

UNIVERSO DE TRABAJO:

Expedientes de derechohabientes con diagnóstico de Sangrado Uterino Disfuncional, a las cuales se les practicó LUI. y estudio histopatológico en el servicio de gineco-obstetricia del HGR. 36, IMSS, Puebla.

TIEMPO.

1o. de enero de 1995, a 30 de junio de 1995-

AREA GEOGRAFICA

Servicio de Gineco-obstetricia y Patología.

TIPO DE ESTUDIO.

Revisión retrospectiva-prospectiva, descriptiva transversa y de corte longitudinal.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Pacientes sometidas a LUI, por sangrado uterino disfuncional con resultados histopatológicos de biopsia endometrial.

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

Pacientes que no cuenten con resultados histopatológico.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Pacientes sometidas a legrados por otras causas.

ANALISIS ESTADISTICO.

Se realizará el porcentaje de la muestra con tratamiento estadístico y se graficará en pastel.

RESULTADOS

En el presente estudio se captaron 111 pacientes con diagnóstico de hemorragia uterina disfuncional; del informe mensual en un lapso de tiempo de 6 meses (enero a junio de 1995). Se encontró que solo en 73 pacientes se realizó estudio histopatológico, de estos, se contó con expediente clínico de 50 pacientes, aplicando por tal motivo, los criterios de exclusión.

Los resultados obtenidos: la edad de las pacientes estudiadas oscilo entre 15-68 años, el mayor porcentaje se presento en mujeres de 31 - 45 años, que coresponde al 52% de 45 - 60 años, correspondió el 24% de 15-30 años, el 20%, y finalmente, el grupo que obtuvo el menor porcentaje fue de + de 60 años, con un 4% de las pacientes estudiadas.

(GRAFICA 1)

Otro de los parámetros que se tomaron en cuenta fué el estado genésico de las pacientes estudiadas, en el rango de 1-3 gestas fue el de mayor porcentaje 46%, mujeres 4-6 gestas con el 44%, en mujeres con más de 7 gestas 6%, y núlparas en un 4% de frecuencia. (GRAFICA 2)

Se tomó en cuenta también la duración de los días de sangrado previo al legrado uterino encontrando el mayor número de pacientes de 4 - 6 días con un 44%, 1 - 3 días, 32%, más de 10 días con un 18%, y 7 - 9 días un 6%. (GRAFICA 3).

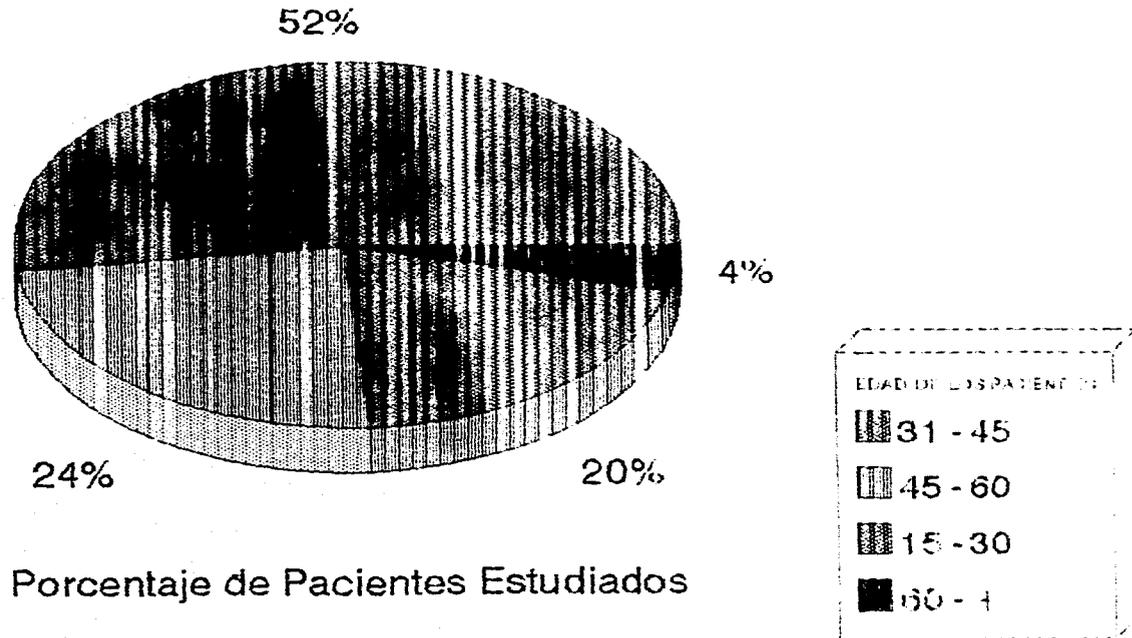
La histerometría realizada durante el LUI, reportó 8 - 9 cm. 48%, 6 - 7 cm. 44%, y 10 o +. cm. 8%. (GRAFICA 4).

Tratamiento con hormonales; por ser el legrado uterino la última opción de tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional, se investigó la administración previa de hormonales, observando que sólo en 9 casos o sea un 18% recibieron tratamiento, y sin tratamiento hormonal 41 casos que corresponde al 82% (GRAFICA 5).

En las muestras obtenidas y enviadas a patología reportó endometrio secretor en 20 casos (40%), endometrio proliferativo 15 casos (30%), endometrio disrítmico en 7 casos (14%), hiperplasia adenomatosa 4 casos (8%), y por último hiperplasia quística 2 casos (4%). (GRAFICA 6).

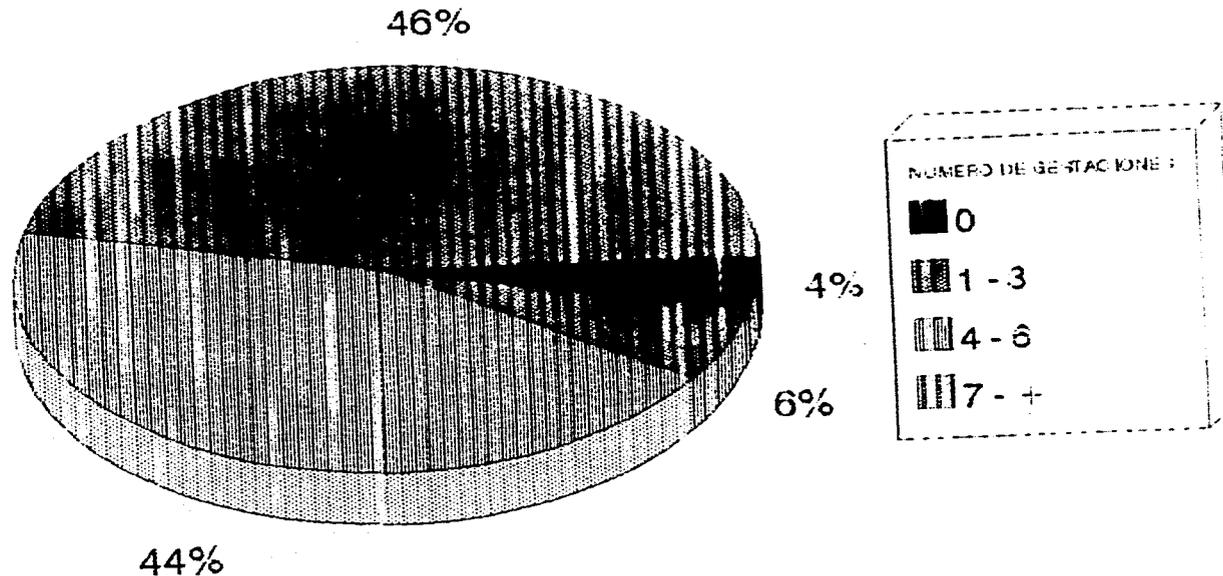
En 5 de los casos se realizó HTA. en 3 de ellos por miomatosis uterina, y los otros 2 por hiperplasia edometrial.

Resultados de los Estudios Histopatológicos



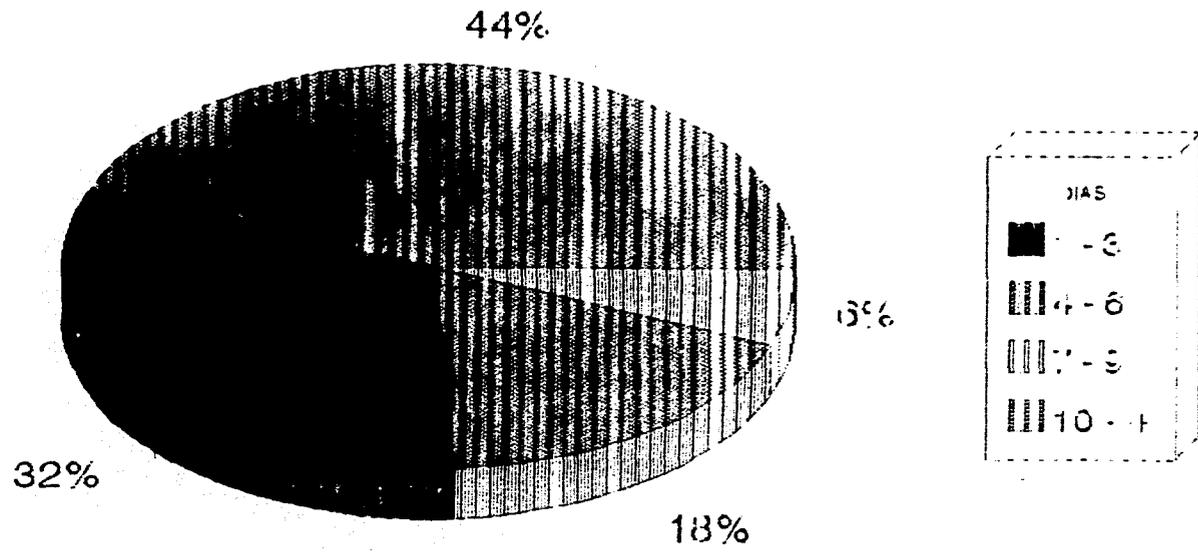
Nota: De 73 pacientes solo 50 contaron con expediente, por tal motivo se aplico criterio de exclusion.

Estado genésico



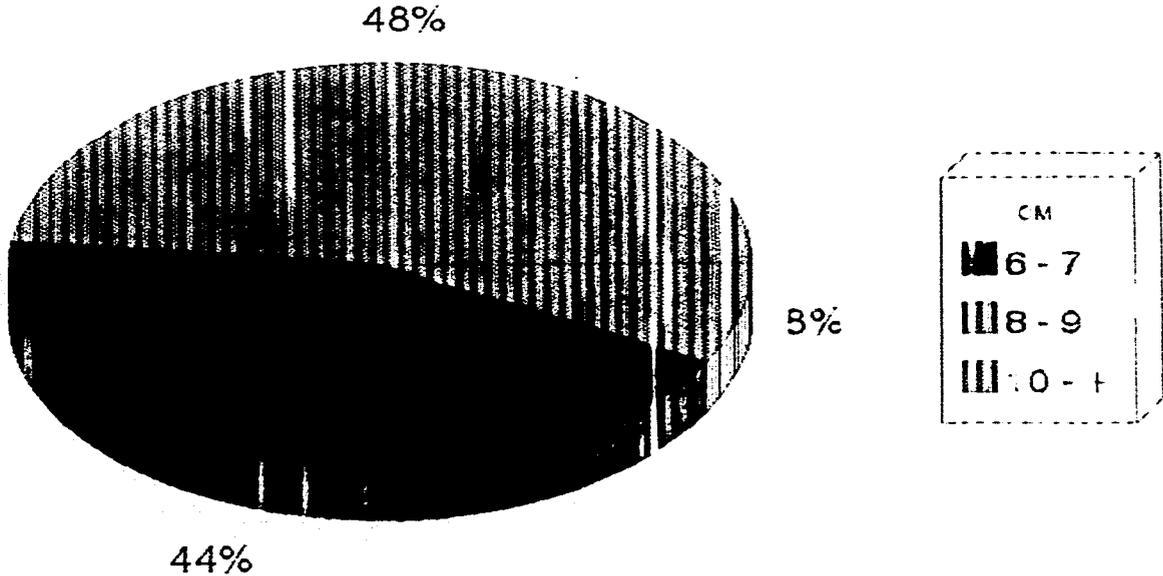
Porcentaje de Pacientes

Duración del sangrado



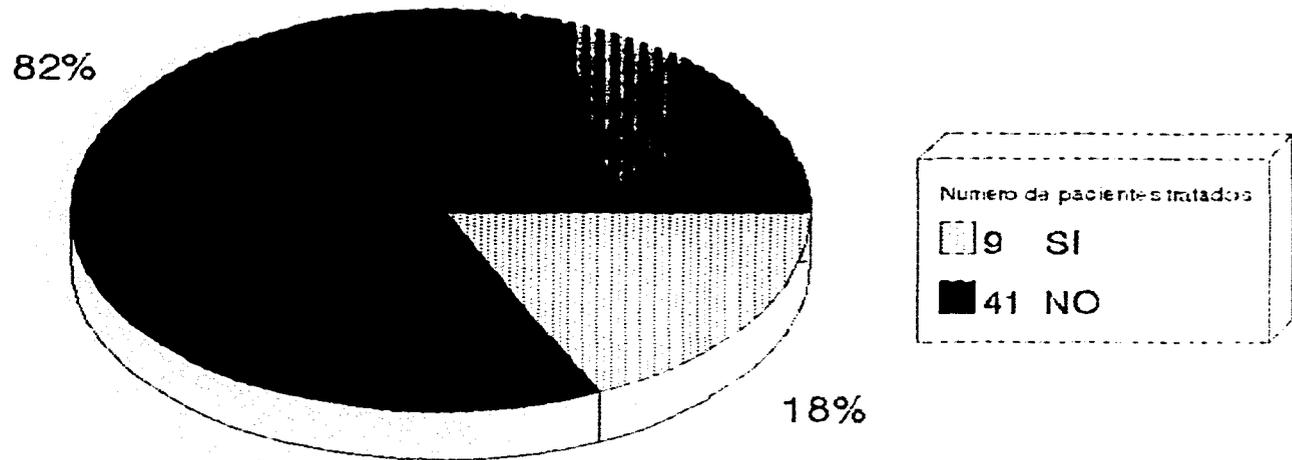
Porcentaje de Pacientes

Histerometría



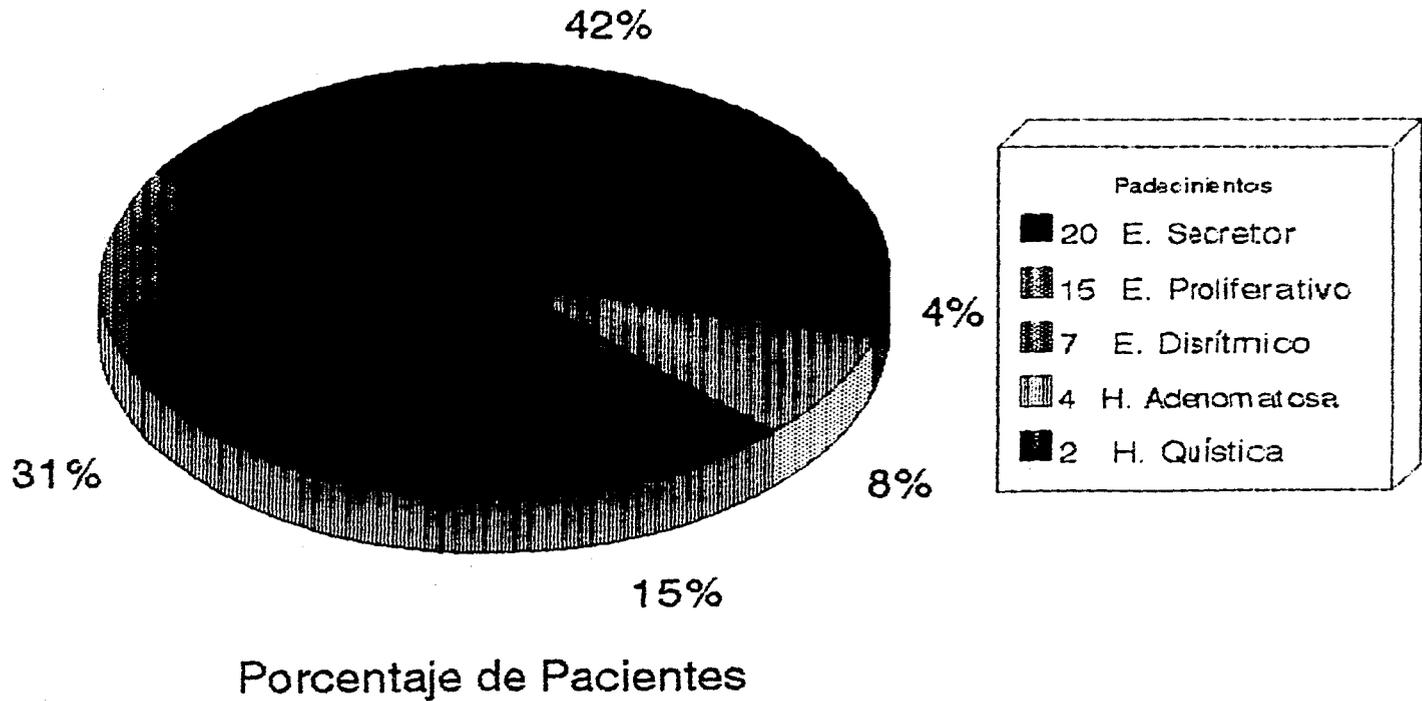
Porcentaje de Pacientes

Tratamiento hormonal



Porcentaje de Pacientes

Resultados patológicos



HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE	AFILIACION	EDAD	G	P	C	A	TX. CON HORMONALES	DX.HISTOPATOLOGICO

CONCLUSIONES

En el presente trabajo, se encontro que en la hemorragia uterina disfuncional fue mayor su presentación en el grupo de edad de los 31 a los 45 años con una frecuencia del 52%; en discordancia con lo reportado por SCOMMEGNA Y COL. de pacientes de más de 45 años.

El estado genésico se reporto con mayor frecuencia en el rango de 1-3 gestas con una frecuencia de 46%.

La histerometria encontrada durante el procedimiento de LUI se tomo en cuenta como una forma de corroborar el diagnóstico encontrándose como promedio de 8 - 9 cm (48%), en cuatro pacientes se encontro 10 cm o más que correspondió a miomatosis uterina e hiperplasia endometrial realizandose HTA en 5 pacientes.

En los resultados histopatologicos, se encontró endometrio proliferativo en un 42% y secretor en un 40% en concordancia con los reportes de SUTHERLAND Y CZERNOBILSKY.

En base a los datos obtenidos se cumplen los objetivos trazados en el trabajo y la hipotesis; encontrando que en el 90% de los casos se corroboró el diagnóstico clínico con el histopatológico y en un 42% de frecuencia se encontro endometrio proliferativo, el cual es dependiente de estrógenos.

La muestra del trabajo fue pequeña, en comparación con diversos estudios enlistados en la literatura por las diversas limitantes enunciadas anteriormente, pero los datos fueron concordantes a los resultados de trabajos anteriores.

SUGERENCIAS

- 1).- Es necesario realizar un interrogatorio adecuado y una exploración física de la paciente para realizar un diagnóstico de sangrado uterino disfuncional.
- 2).- El tratamiento hormonal puede y debe ser la línea inicial del tratamiento en el sangrado uterino disfuncional.
- 3).- Al personal médico al practicar el LUI se debe de enviar la muestra a patología ya que es un medio de corroborar el diagnóstico.
- 4).- Al personal del archivo clinico del HGR No. 36 debe de tener cuidado en el ordenamiento de los expedientes, y a la existencia de los mismos mientras no sea depurados.

BIBLIOGRAFIA

- 1) González Merlo; J. Hemorragias Uterinas Anormales, Ginecología 5a. edición, 1988, Capítulo 10, pag. 174-180
- 2) Paige Hertweck S. Md. Hemorragia Uterina Disfuncional; Clínicas de Ginecología y Obstetricia, temas actuales, Ginecología Pediatrica y de la Adolescencia; 1992, Vol. I. pág. 137-157.
- 3) Speroff L. H. Glass, Kose, N; Hemorragia Uterina Disfuncional Endocrinología, Ginecología e Infertilidad, 3a. e. 1986.
- 4) Gleeson-NC; Buggy-F, Sheppard-BI; Bonnar-J; The effect of tranexamic acid, on measured menstrual loss and endometrial fibrinolytic enzymes in dysfunctional uterine bleeding, acta-obstet Gynecol-Scand. 1994 Mar; 73 (3): 274-277.
- 5) Gleeson-N; Devitt-M; Sheppard-BI; Bonnar-J, Endometrial Fibrinolytic enzymes in women with normal menstruation and dysfunctional uterine bleeding. BR-J, Obstet-Gynecol. 1993 AUG; 100 (8); 768-771.

- 6) Khoiny-Fe. Dysfunctional Uterine Bleeding J. Am-Acad-nurse-prác. 1993 Jul-Aug; 5 (4): 159-165.
- 7) Farguhar-CM, Management of dysfunctional uterine bleeding; Drugs, 1992, Oct. 44 (4); 578-584.
- 8) Reid-PC; Thurrel-W; Smith-JH; Kennedy-A, Sharp-F; Nd; yag Las ser Endometrial Ablation histological aspects of uterine hea-ling. Int.-J-Gynecol.Pathol. 1992, Jul 11 (3): 174-179.
- 9) Duffy-S; Reid-PC; Sharp-F, In-vivo studies of uterine electro-surgery, Br-J-Obstet-Gynaecol. 1992 Jul; 99 (7): 579-582.
- 10) Scommegna A y Dmowsk, P Dysfrunctional Uteries Bleeding Clin Obstet. Ginecol. 215, 1975.
- 11) Dallebach.- hellweg.histologis Neml Endon, Endon. 1 edic. 1985 Capit B. pag.19-73

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA