



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Hospital Gral. Dr. Darío Fernández

I.S.S.S.T.E.

**CORRELACION ANATOMOCLINICA DEL
SANGRADO UTERINO DISFUNCIONAL, EN
EL HOSPITAL DR. DARIO FERNANDEZ**

T E S I S

Que para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a :

Dra. Rodi Pacheco León



México, D. F.

1988



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.



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.



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Hospital Gral. Dr. Darío Fernández

I.S.S.S.T.E.

**CORRELACION ANATOMOCLINICA DEL
SANGRADO UTERINO DISFUNCIONAL, EN
EL HOSPITAL DR. DARIO FERNANDEZ**

T E S I S

Que para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a :

Dra. Rodi Pacheco León



México, D. F.

1988

Dr. Lizandro Gómez Ponce
Prof. titular del curso.

Dr. Carlos López Rosales.
Jefe de Enseñanza.

Dra. Graciela Flores Rivera
Prof. Asesora de Tesis.

A mi espóso:

Por su amor, Paciencia y por
compartir los momentos mas -
difíciles.

A nuestros Padres y Hermanos:
Por sus esfuerzos y sacrificios
que realizan para que logremos-
ser lo que ahora somos.

A mis hijos: Paty y al que
pronto llegara por motivar
me a seguir adelante.

A mis maestros:
Por su ayuda, dedicación para lle
gar a la meta, aportando sus expe
riencias y conocimientos además -
de su amistad.

A ti companero:
Mi recuerdo.

A DIOS:

Por permitirnos llegar al término de
un ciclo mas de nuestra vida.

A nuestras pacientes quienes nos
brindaron su confianza y permiti-
erón nuestra enseñanza.

No Hemos terminado, construimos
un puente hacia nuestros ideales.

CONTENIDO

Introducción	1
Generalidades	2
Historia	3
Fisiopatología	6
Clasificación	9
Cuadro Clínico	16
Tratamiento	22
Material y Método	28
Resultados	32
Conclusiones	34
Bibliografía.	

I N T R O D U C C I O N

La hemorragia uterina disfuncional es una entidad clínica que se presenta en las edades extremas de la vida reproductiva en su mayor frecuencia tanto en la adolescencia como en la perimenopausia.

Es una causa frecuente de consulta al ginecólogo llegando a ocupar un 10% entre otros procesos ginecológicos de consulta de pacientes ambulatorias.

Se estima que cerca del 75% de todas las hemorragias uterinas son disfuncionales.

Es muy difícil establecer la incidencia verdadera del sangrado uterino disfuncional ya que el ingreso hospitalario de estas pacientes en su mayoría son perimenopáusicas y en edad reproductiva para un legrado hemostático biopsia, las pacientes adolescentes son las que difícilmente se les ingresa por este motivo.

Así también es muy difícil llegar de primera intención al diagnóstico de hemorragia uterina disfuncional ya que lo hacemos por exclusión de patología orgánica.

El diagnóstico definitivo de la hemorragia uterina disfuncional solo se puede llegar posterior a un legrado y muchas pacientes que en su mayoría son adolescentes quedan excluidas de este procedimiento si se puede diferir al igual que su ingreso hospitalario a menos que sea muy abundante y persistente llegando a ser un proceso grave.

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

Definición: La hemorragia uterina disfuncional es la pérdida excesiva de sangre desde el útero no asociada a patología orgánica. (tumores, inflamación, gestación). Se ha llegado a estimar cerca del 75% que las hemorragias uterinas son disfuncionales.

La hemorragia se puede presentar durante el período menstrual en mucha cantidad y duración (menorragia), o aparecer en cualquier momento entre los ciclos (metrorragia), o presentarse en forma de ciclos cortos (proiopomenorreas), o bien aparecer en ciclos irregulares, en abundante cantidad y de duración aumentada (menometrorragia).

Etiología:

La hemorragia uterina disfuncional es causada por una pérdida en el equilibrio del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, algunos autores incluyen útero, y otros órganos endocrinos o en cualquier sistema orgánico.

Así que la disfunción endocrina puede producir en diferentes momentos una menstruación poco frecuente o una hemorragia excesiva y estas dos anomalías están íntimamente relacionadas.

Historia:

La patología del tracto genital femenino es tan antigua como la mujer misma. Sin embargo, es sabido que la menstruación y consecuentemente sus trastornos, siempre se ha considerado un tabú en las culturas antiguas y en las sociedades relativamente recientes. No se encuentran reportes en la literatura antigua sobre la explicación que se diera a las anomalías de la función menstrual.

Los progresos realizados en el conocimiento del mecanismo y significado de la menstruación pueden apreciarse mejor - haciendo contrastar, sobre el nebuloso fondo de épocas anteriores nuestros conceptos actuales, netamente definidos.

Antes del principio de siglo, Pflüger sugirió que la menstruación se debía a una hiperemia de la pelvis, despertada reflejamente a través del sistema nervioso por la maduración de los folículos de DeGraaf en el ovario. Esto se consideró un gran adelanto sobre la teoría lunar que relacionaba la menstruación con el ciclo de la luna.

Precisamente en 1900, Knauer demostró la naturaleza endocrina del ovario mediante experimentos de extirpación y trasplante quirúrgico. En 1903, Fraenkel aclaró la función del cuerpo lúteo como órgano endocrino demostrando que su extirpación en los primeros días del embarazo causaba invariablemente la resorción de los embriones de conejo. El ci

clo vital del folículo y cuerpo lúteo pronto fue objeto de estudios y cuando Hitschman y Adler describieron en 1908 el ciclo histológico en el endometrio, casi inmediatamente fue posible relacionar cronológicamente los ciclos ovárico y endometrial.

Adler, pudo informar en 1912 los primeros experimentos con buen éxito hechos con un extracto ovárico que restauraba las alteraciones atróficas aparecidas en el útero de cobaya castrada. En 1915 Schroeder publica un estudio histológico de útero y ovarios el cual concluye que el trastorno hemorrágico al cual dió el nombre de metropatía hemorrágica depende de una persistencia anormal de folículos sin romper. Sin embargo el hecho que más adelante el estudio del ciclo reproductor fué el descubrimiento por Stockard y Papanicolaou en 1917 de que la vagina y el útero de los animales sufren alteraciones cíclicas precisas. Esta técnica de laboratorio fué la que permitió en realidad aislar e identificar finalmente las hormonas ováricas; La progesterona en 1929 y el estradiol en 1936.

Estos descubrimientos sirvieron de base para posteriores investigaciones que han culminado hasta el estado actual de nuestros conocimientos con el esclarecimiento de los mecanismos neuroendocrinos que regulan la función menstrual.

En lo que respecta a hemorragia uterina anormal, ya se menciona la publicación de la metropatía hemorrágica de Schroeder en 1915.

Novak, publica estudios de correlación endocrinohistopatológica para delucidar las causas de hemorragia uterina disfuncional en 1917, 1924 y 1931. En 1947 McKelvey, publica su estudio clínico patológico sobre la descamación irregular del endometrio como causa uterina de sangrado anormal. En las décadas de los 50's y 60's aparecen numerosas publicaciones referentes a la patología endometrial; pero no es sino hasta 1970 que aparece una clasificación útil para sistematizar el estudio de las pacientes con hemorragia uterina anormal.

Fisiopatología:

La hemorragia uterina disfuncional puede presentarse tanto en ciclos ovulatorios como anovulatorios.

La hemorragia menstrual excesiva se asocia a falta de ovulación especialmente en la pubertad o alrededor de la menopausia.

Durante el primer año después de la menarca el 55% de los ciclos son anovulatorios, la insuficiencia del desarrollo de la nueva retroalimentación positiva de estrógenos en las partes media y tardía de la pubertad por retraso en la maduración del eje hipotálamo-hipofisiario, permitiera que siga el patrón puberal inicial de anovulación y como resultado la hemorragia uterina disfuncional. El mecanismo de retroalimentación negativa de los estrógenos se conserva intacto, pero no hay fase de secreción de LH, a pesar de los estrógenos foliculares a menudo incrementados y no se producira ovulación. El patrón de la adolescencia suele terminar después del séptimo año postmenárquico.

La hemorragia uterina en el climaterio tiene otra causa, no se debe a inmadurez del eje hipotálamo-hipofisiario sino al agotamiento de los folículos ováricos donde cada vez se necesita una mayor cantidad de FSH para mantener los niveles de estrógenos en cifras funcionales por lo que muchos de los ciclos premenopáusicos son anovulatorios.

En los ciclos menstruales anovulatorios la hiperplasia es un hallazgo común, hiperplasia que puede ir desde una ligera exageración de la fase proliferativa a marcados efectos de las glándulas y el estroma, por lo cual las glándulas - aumentando número y tamaño, produciendo el típico endometrio en queso suizo de la hiperplasia quística glandular. Tenemos que tener siempre presente que la hiperplasia adenomatosa del endometrio que puede evolucionar si persiste el estímulo estrogénico por tiempo suficiente a hiperplasia adenomatosa atípica del endometrio y de ahí a un adenocarcinoma del endometrio.

En los ciclos anovulatorios se puede presentar hemorragia abundante por las siguientes causas: oscilaciones en los niveles de estrógenos que provocaría la vasoconstricción de las arterias espirales endometriales y como consecuencia se produce la hemorragia a través de ulceraciones irregulares de la superficie del endometrio. Baja producción - pero sostenida de estrógenos, puede hacer crecer el endometrio hasta llevarlo a una hiperplasia, presentándose necrosis superficial del endometrio y a la presencia de una hemorragia.

Por otro lado debemos recordar que un estado de hipoestrogenismo prolongado puede dar lugar a atrofia del endometrio y a la presencia de hemorragias más o menos copiosas.

La hemorragia uterina disfuncional se presenta en ciclos ovulatorias aproximadamente en el 10 al 15%, en estos casos el endometrio puede tener porciones de hiperplasia y de secreción (endometrio asincrónico) lo que da lugar a una maduración del endometrio con la hemorragia abundante subsecuente, la persistencia anormal del cuerpo lúteo puede producir en el endometrio, un endometrio secretor con zonas de necrosis menstrual. En otros casos no se han podido encontrar alteraciones en el endometrio estudiado y por ello algunos autores han señalado que en la mayoría de las pacientes, la hemorragia uterina proviene de un endometrio secretor normal, con nivel de estrógenos, progesterona, FSH, y LH normales, por lo que piensan que la hemorragia uterina disfuncional se relaciona o con una excesiva actividad fibrinolítica o con cambios en la producción de prostaglandinas de efecto vasodilatador en los vasos endometriales.

Clasificación de la hemorragia uterina disfuncional de acuerdo con la etiología y síntomas comunes

1. Ovulatoria	a) Largas fases proliferativas o secretoras	Oligomenorrea
	b) Fases cortas proliferativas o secretoras	Polimenorrea
2. Por anomalía del cuerpo lúteo	a) Insuficiencia	pequeñas hemorragias premenstruales. menorragia Polimenorrea.
	b) Prolongada	Menorragia Oligomenorrea
3. Anovulatoria	a) Cíclica	Oligomenorrea Menorragia
	b) Acíclica	Metrorragia

De Vorys y Neri.

La hemorragia uterina disfuncional ovulatoria.

Los trastornos menstruales asociados con una ovulación normal suelen dar como resultado mas bien un trastorno del ciclo que un exceso de pérdidas hemáticas menstruales.

a) La oligomenorrea ovulatoria se debe generalmente a una prolongación de la fase proloferativa. Aparece con mayor frecuencia en la adolescencia y puede constituir un rasgo normal de la menarquia.

La oligomenorrea ovulatoria aparece también, pero con menor frecuencia, en mujeres de mas edad y puede preceder a la menopausia. Se desconoce en que extensión la oligomenorrea se debe a falta primaria de respuesta del ovario con lento desarrollo del folículo, o si es secundaria a disfunción de la pituitaria. Las fases secretoras de estos ciclos menstruales suelen ser normales.

b) La polimenorrea ovulatoria se debe comunmente a un acortamiento de la fase proliferativa, particularmente en la adolescencia y se supone provocada por hipersensibilidad del ovario. La ovulación es normal y también la cantidad de sangre pérdida durante la menstruación. La polimenorrea con una fase secretoria acortada puede aparecer en mujeres mas viejas y progresar hasta una oligomenorrea y amenorrea por fallo ovárico. Se debe a una degeneración prematura del cuerpo lúteo y es realmente una forma de insu --

ficiencia.

Hemorragia disfuncional con anormalidades del cuerpo lúteo
Se considera que aparece con mayor frecuencia en los años reproductivos de la mujer adulta.

a) La insuficiencia del cuerpo lúteo se debe a un fallo con disminución de la secreción de la progesterona y estrógenos en la segunda mitad del ciclo. La biopsia del endometrio en el momento de la menstruación puede mostrar una "maduración irregular" del endometrio. Este trastorno se asocia típicamente con hipermenorrea y pequeñas pérdidas premenstruales. La involución precoz del cuerpo lúteo puede ocurrir también y ocasionar un acortamiento del ciclo menstrual y polimenorrea.

b) Persistencia del cuerpo lúteo. En algunos ciclos el cuerpo lúteo puede ser incapaz de involucionar en el momento adecuado, y la actividad secretora puede estar anormalmente prolongada. En este grupo de pacientes se ha demostrado una descamación irregular del endometrio asociada con la secreción de pregnandiol, que persiste durante toda la fase de hemorragia. Esta anormalidad es comparativamente rara y puede asociarse con el desarrollo de un quiste lúteo. Esto origina una menstruación prolongada y excesiva y posiblemente una oligomenorrea debida a ciclos prolongados.

Hemorragia uterina disfuncional anovulatoria.

El fallo de la ovulación es la anomalía mas común del ciclo menstrual. Esto puede dar como resultado:

- a) Ciclos regulares normales con menstruaciones aparentemente normales.
- b) Ciclos regulares con pérdida excesiva: Hipermenorrea anovulatoria.
- c) menstruación irregular en la que los periodos de amenorrea van seguidos por pérdida excesiva (metropatía hemorrágica) o hemorragía completamente acíclica.

La menstruación anovular aparece en ambos extremos de la vida reproductiva: En la menarquía y antes de la menopausia. Durante este período de tiempo suele ser la regla mas que la excepción y debe ser considerada como normal siempre que no haya una causa orgánica que nos conduzca a un sangrado uterino anormal secundario.

Hay tres tipos principales de hemorragía uterina anovulatoria. En el primero hay una elevación progresiva de la secreción de estrógenos a niveles comparativamente elevados de 100 microgramos o mas por día, lo cual va seguido entonces por un descenso rápido de la secreción debido a inhibición por mecanismo retrogrado de la hipófisis y de la secreción de FSH. Con el descenso de la secreción de estrógenos, el endometrio que esta en fase de proliferación no su

fre el proceso isquémico generalizado que normalmente tiene lugar en la menstruación. La descamación del endometrio es, en consecuencia irregular, incompleto y prolongado, dando lugar a una pérdida excesiva de sangre. Sin embargo los ciclos en estos casos son regulares o ligeramente irregulares.

El segundo tipo es la forma clásica de hemorragia uterina disfuncional: metropatía hemorrágica. En este tipo hay una secreción de estrógenos lentamente progresiva, pero no inhibición secundaria retrograda de la pituitaria y consiguiente descenso en la secreción. Por lo tanto el ciclo es prolongado, dando lugar a un periodo de amenorrea, y la prolongada estimulación del endometrio por el estrogeno causa una hiperplasia del endometrio. Esta hiperplasia continua hasta el momento en que hay un descenso agudo en la secreción de estrogeno, o hasta que determinadas zonas del endometrio crecen mas que su irrigación sanguínea y se descaman. La pérdida de sangre del endometrio hiperplásico puede ser considerable y dejar ocasionalmente exangüe a la paciente. El endometrio hiperplásico puede descamarse y seguir un ciclo menstrual normal, aunque los episodios de metropatía hemorrágica tienden a repetirse. A veces el endometrio puede no estar completamente descamado, lo que determina una hemorragia continua o aciclica.

Este tipo de hemorragia anovulatoria se asocia a menudo - con la formacion de quistes foliculares multiples del ova - rio. Los foliculos de De Graaf no son capaces de romperse y continuan produciendo estrogeno hasta que las células de la granulosa y de la teca degeneran.

Un tercer tipo de anormalidad anovulatoria se da cuando la secrecion de estrogénos no aumenta pero las oscilaciones - alrededor de un umbral crítico descienden, por lo que el - endometrio no puede ser mantenido y seguidamente sangra. - Esto origina el llamado "umbral de hemorragia", que a menu - do es completamente irregular y aciclica y en la que no - puede distinguirse ninguna perdida periódica.

Otras posibles causas de la hemorragia uterina disfuncio - nal.

Las causas de la hemorragia uterina disfuncional permane - cen en el misterio y tambien es muy incierto el mecanismo exacto de la menstruación y hemorragia menstrual. Consideramos que los dos esteroides ovaricos, estrógenos y progesterona son los principales factores que controlan el desarrollo del endometrio y es lógico considerar las anomalidades en su producción y utilización, asi como las anomalidades en la función de la pituitaria que controla su producción, como las causas principales de la hemorragia uterina disfuncional.

Sin embargo esto no excluye otros factores.

Tres anomalías que se ha dicho causan hemorragia disfuncional son: 1) Las enfermedades del tiroides, 2) Los trastornos hemorrágicos de origen hematológico y 3) la anemia ferropénica.

Enfermedades tiroideas:

Las relaciones entre la función tiroidea y la menstruación no han sido bien definidas pero parece que la falta de hormona tiroidea evita la ovulación por interferencia con la producción de LH por parte de la hipófisis anterior, mientras que las cantidades excesivas de hormona tiroidea deprimen la función ovárica. No se ha determinado si esto último es una acción directa sobre el ovario o está mediada por la hipófisis.

Trastornos hematológicos.

La hemorragia uterina anormal es característica de varios pero no de todos los trastornos hemorrágicos hereditarios. La hemorragia menstrual excesiva es corriente en la púrpura trombocitopénica y en el síndrome de Minot-von Willebrand y puede ser el primer síntoma de la enfermedad. Esto puede deberse a disminución del número de plaquetas y aumento de la fragilidad capilar normalmente observados en la fase lútea del ciclo.

Anemia ferrópenica.

Aunque la anemia es común en la hemorragia disfuncional uterina, es difícil establecer la relación precisa entre la anemia y la menstruación anormal. Ya que algunas mujeres tienen pérdidas hasta de 300 ml por menstruación y siguen conservando sus niveles de hemoglobina, aun siendo pérdidas muy excesivas para cada período, pero se ha visto que en un promedio de 52 días se recupera los niveles de hemoglobina en mujeres donadoras, sin ningún trastorno aparente.

El desarrollo de anemia depende probablemente de varios factores, tales como suministro de hierro y la eficiencia del sistema eritropoyético, o de la cantidad de sangre menstrual perdida. Algunos autores sostienen que el déficit de hierro y la anemia son causales de hemorragia uterina disfuncional (taylor). En realidad persiste la controversia de quien produce a quien, si la anemia es una etiología de sangrado uterino disfuncional o bien este es la causa de la anemia.

Cuadro clínico:

La hemorragia disfuncional del utero puede ser anormal en cantidad, duración, en su regularidad, o frecuencia y en su relación con la menstruación. Ningún tipo específico de hemorragia puede considerarse típicamente disfuncional, ni existe un cuadro clínico característico y específico que pueda asociarla a un proceso orgánico determinado.

Los grupos de edad son:

- a) menos de 20 años: hemorragia uterina de la adolescente.
- b) 20-40 años: hemorragia uterina de la vida reproductiva adulta.
- c) Mas de 40 años: hemorragia perimenopausica.

Los tipos de hemorragia son:

- a) hemorragia regular y ciclica; b) hemorragia irregular- o aciclica, c) hemorragia intermenstrual.

Diagnóstico:

Los pasos necesarios para establecer un diagnóstico de la hemorragia uterina disfuncional son la historia clinica, - la exploración e investigaciones especiales.

Historia:

La historia debe incluir un detallado control menstrual y una investigación de las perdidas de sangre y estado general de la paciente. La presencia o ausencia de síntomas - menstruales asociados y de síntomas de alteración endócrina o de otro sistema orgánico puede proporcionar una excelente guía para el diagnóstico. También es importante estudiar los antecedentes personales, circunstancias del hogar y matrimoniales, así como la posible existencia de - stress emocional o anormalidades psiquiátricas.. etc.

Exploración:

Debe practicarse una exploración pelviana, visualizando - el cérvix, como una cuestión de principios todas las pacientes que padezcan alguna anormalidad en la menstrua -

ciones. En adolescentes y en jóvenes solteras debe prescindirse de esta norma, según sea la duración de la anormalidad, edad de la paciente y circunstancias personales. Si la anormalidad persiste más de tres meses como mínimo debe explorarse la pelvis por vía rectal y abdominal o combinadas si este procedimiento no se ha realizado con anterioridad para excluir alguna enfermedad orgánica evidente, ya sea de útero u ovarios. Una exploración general es útil para excluir otras enfermedades endócrinas o sistémicas.

Exploraciones especiales:

1. Legrado uterino y biopsia endometrial.
2. Gráfica de la temperatura basal, frotis vaginal y cervical y examen de moco cervical.
3. Determinaciones Hormonales.
4. Otras investigaciones hematológicas.
5. Otras investigaciones endócrinas.
6. Otras investigaciones ginecológicas.
 - a) El legrado Uterino.

Este es una medida quizá la más importante en el tratamiento de la hemorragia uterina anormal, sus objetivos son:

- a) excluir cualquier lesión en el útero, tal como aborto incompleto, pólipos endometriales o carcinoma del endometio .
- b) Obtener endometrio para el examen histológico, determinar su estado funcional, y excluir enfermedades como la en-

ometritis tuberculosa.

c) Para algún posible efecto terapéutico.

En general puede decirse que cuanto mayor sea la paciente - más irregular la hemorragia y mayor su duración y más indicado esta el legrado.

En adolescentes menores de 20 años el legrado se difiere - lo más posible a menos que la hemorragia sea grave o no - responda a medidas terapéuticas.

En los años reproductivos (20-40) puede ser pospuesta hasta un periodo limite no mayor a 3 meses siempre que no haya sospecha de una enfermedad organica y no se encuentre ninguna anomalía en su exploración.

En la perimenopausia (mas de 40 años) es obligado y debe - ser practicado sin retraso en todas las pacientes.

El legrado debe ser practicado en la segunda mitad del ciclo y preferiblemente 5-6 dias antes de la menstruación. - Solamente en esta fase puede determinarse un fallo de la ovulación, de la respuesta del endometrio a la progesterona y estrogenos y la endometritis tuberculosa.

El legrado uterino en el momento de la hemorragia de preferencia en el 4 o 5 dia de haberse iniciado es útil para diagnóstico de descamación irregular del endometrio.

b) biopsia endometrial.

Tiene la ventaja que es un método seguro ,fácil y rápido -

que se puede llevar a cabo en el consultorio y su valor -
diagnostico depende de la habilidad del cirujano.

c) Gráfica de la temperatura basal. Esta junto con el flujograma permite valorar la ausencia o presencia de la ovulación y la función del cuerpo lúteo medida por el efecto-termógeno.

d) Frotis vaginal y cervical. El exámen del frotis vaginal puede proporcionar la mas útil información sobre el estado endócrino del tracto genital, momento de la ovulación y efectos del tratamiento con hormonas sexuales. Sin embargo- para ser de valor deben efectuarse varios frotis seriados- durante el transcurso del ciclo y los hallazgos deben relacionarse con el momento del ciclo menstrual.

e) Exámen de moco cervical. El examen de moco cervical y la cristalización en helecho de la muestra seca puede proporcionar una evidencia muy útil de la actividad estrógenica- Se puede tomar una muestra en la primera mitad del ciclo y ver la imagen típica del helecho que desaparece en la segunda mitad del ciclo y es una buena evidencia de ovulación y funcionamiento normal del cuerpo lúteo.

f) Determinación de estrógenos y progesterona. En general estos datos son de poco valor en la hemorragia uterina disfuncional, excepto en casos especiales tales como la sospecha de un tumor feminizante del ovario.

g) Otras Exploraciones Endocrinológicas. Las pruebas de -- función tiroidea y adrenal están indicadas en todos los ca- sos en que hay sospecha clínica de una endocrinopatía aso- ciada. Las pruebas de función hipofisiaria y la radiogra- fía de craneo pueden estar indicadas en casos de oligomeno- rreas, particularmente cuando esta es de comienzo repenti- no.

h) Investigaciones Hematológicas. En todos los casos de he- morragia uterina disfuncional deben investigarse la presen- cia de anemia, sobre todo si es persistente e inexplicable debe efectuarse un hemograma completo, y la prueba del to- g niquete para excluir una purpura trombocitopenica idiopati- ca u otra causa hematológica para la hemorragia.

i) Otras exploraciones ginecológicas. En ocasiones es muy difícil excluir una lesión ginecológica orgánica, sobre to- do cuando no es fácilmente accesible a la exploración pel- vica o legrado uterino. En todos los casos de hemorragia - uterina que no se resuelven o no responden al tratamiento la paciente debe ser reexaminada repitiendo en legrado. O- tros métodos ginecológicos como la histerosalpingografía - y la laparoscopia pueden ser de gran valor.

Tratamiento de la Hemorragia Uterina disfuncional.

Tres principios deben tenerse siempre en cuenta:

1. Es esencial adoptar todas las medidas adecuadas para excluir enfermedad orgánica, si es necesario mediante exploraciones repetidas e investigaciones especiales.
2. Es deseable un diagnóstico positivo de la endocrinopatía o defecto funcional subyacente en la hemorragia uterina disfuncional.
3. El tratamiento debe ser individualizado de acuerdo con:
 - a) edad, paridad y estado emocional y social de la paciente.
 - b) Gravedad, tipo y duración de la hemorragia, y estado general de la paciente.
 - c) Naturaleza del defecto subyacente, el pronóstico y la probabilidad de un proceso orgánico.

Tres principales medidas pueden aplicarse al tratamiento.

Legrado Uterino, terapéutica hormonal e histerectomía.

1. Medidas generales. Las cuales van encaminadas a mejorar el estado general de la paciente y entre ellas contamos con hemotrasfusiones cuando la hemorragia es muy profusa, reposo en cama y dieta de acuerdo a la paciente, y la elaboración de un calendario menstrual detallado. La mayoría de los sangrados disfuncionales se resuelven espontáneamente sin necesidad de tratamiento específico.
2. Legrado Uterino. Tiene aceptación en los episodios de hemo

rragia profusa teniendo un efecto terapéutico deteniendo -
la hemorragia, probablemente por eliminación de las zonas
necróticas del endometrio, ademas nos orienta al diagnosti
co.

3. Terapeutica Hormonal.

a) Estrógenos.

Con el advenimiento de potentes agentes progestacionales -
los estrógenos actualmente no suelen ser utilizados por sí
mismos en el tratamiento de las hemorragias uterinas dis -
funcionales. Esto se debe a que, al cesar el tratamiento -
produce una hemorragia por supresión de los estrógenos, -
que ha menudo es prolongada y excesiva.

Los estrógenos son muy eficaces para controlar hemorragia
grave, pero deben ser dados en grandes dosis. Entre sus-
indicaciones encontramos:

1. Hemorragia en la ovulación
2. Polimenorrea debida a acortamiento de la fase prolife -
rativa.
3. Para detener la hemorragia.

Sin embargo, ante el riesgo de provocar tromboembolias, y
por disponer de otros medios para controlar la hemorragia
este método de tratamiento esta cayendo en desuso.

b) Progestagenos.

La administración de progestagenos potentes y activos por
via oral ha revolucionado el tratamiento hormonal de la -

hemorragia uterina disfuncional.

Los agentes progestacionales son empleados en tres formas - en el tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional:

1. Para detener la Hemorragia.
2. Ciclicamente, durante todo el ciclo menstrual (días 5 a 25).
3. Ciclicamente en la segunda mitad del ciclo (días 20 a - 25).

1. Empleo de progestagenos para detener la hemorragia.

Para detener la hemorragia se utiliza generalmente la administración de un derivado de la 19 nortestosterona, como - la noretisterona, sin añadir estrogénos, de 20 a 30 mg diarios durante 3 días, hasta que se detiene la hemorragia lo cual dura de 24 a 48 hrs. La paciente debe ser advertida - de que puede sufrir una hemorragia por supresión de la medicación a los 2-4 días de haberlos suspendido, pero que - a los 4 días cede espontaneamente. Si la biopsia de endometrio demuestra un endometrio proliferativo simple el tratamiento ciclico con progesterona debe ser llevado por tres - meses. Cuando es un endometrio hiperplásico el tratamiento debe ser llevado por 9 meses a un año.

2. Tratamiento ciclico con progestagenos en la hemorragia uterina disfuncional durante todo el ciclo menstrual.

a) Hemorragia ovulatoria.

En la hemorragia ovulatoria con polimenorrea y menorragia pueden producirse ciclos normales administrando derivados de la 19 nortestosterona con estrógenos desde los días 5 - al 25 del ciclo, de acuerdo al usual para contracepción. Este tratamiento se continua durante 3 ciclos. Al cesar el tratamiento en la mayoría de los casos aparece la menstruación normal debido al "fenomeno de rebote con restablecimiento del equilibrio normal en el eje hipofisis-ovario".

b) Hemorragia anovulatoria.

La hemorragia anovulatoria puede ser aciclica y en ocasiones excesiva para detenerla a veces es necesario la dilatación y legrado o el tratamiento progestacional. Si no existe causa aparente de la hemorragia, esta puede ser dominada por un tratamiento ciclico con progestagenos durante 2-3 meses. En casos de hiperplasia endometrial se recomienda su uso por 9 meses a un año.

3. Terapéutica progestacional ciclica en la hemorragia uterina disfuncional en la segunda mitad del ciclo.

Una indicacion especifica es la pequeña pérdida premenstrual, que puede estar asociada con maduración irregular del endometrio o con un endometrio progestacionalmente inmaduro. En estos casos, los derivados de la 19 nortestosterona, con estrógeno o sin el, deben ser dados a partir del 20 al 25 dia del ciclo y repetirlos durante 3 o más ciclos.

Los Androgenos.

Los androgenos fueron utilizados ampliamente en el tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional y son una eficaz forma de tratamiento aunque por el temor a la virilización se prefiere el uso de progestágenos.

D) Clomifeno.

Es una sustancia antiestrógenica que directa o indirectamente estimula al ovario a través de la hipófisis o del hipotálamo para la ovulación y producción de grandes cantidades de estrógenos. Provoca la ovulación en un 70% de pacientes anovulatorias, incluyendo oligomenorreicas y con sangrado disfuncional, aunque este debe reservarse para inducir la ovulación en la esterilidad por anovulación y no en la hemorragia uterina disfuncional, por sus efectos colaterales.

Cirugía y Radioterapia.

Legrado uterino. Principalmente es un método diagnóstico-aunque puede tener un efecto terapéutico.

Resección en cuña de ovario. Se deja reservado en casos especiales que se asocian al síndrome de Stein-Leventhal-cuando el tratamiento médico no ha tenido resultados esperados, en el tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional no se ha determinado su utilidad.

Histerectomía.

El metodo deja un organo dañado, el cual puede desarrollar un hematometra, una píometra o un carcinoma.

No permite excluir definitivamente un proceso orgánico.

La funcion ovárica queda siempre suprimida, y son frecuentes los sintomas menopaúsicos.

MATERIAL Y METODO.

Se llevo a cabo un estudio retrospectivo clínico patológico en los departamentos de Ginecología y obstetricia y Anatomía patológica del Hospital General Dr. Dario Fernandez Fierro del ISSSTE.

Se revisaron los expedientes de anatomía patológica de todas las pacientes quienes se les realizo un legrado uterino hemostático biopsia y cuyas muestras fueron estudiadas en dicho departamento y en las cuales la solicitud de estudio la impresión diagnóstica fue de Sangrado Uterino disfuncional. A su vez se realizo la revisión de expedientes clínicos para realizar la correlación clínico-patológica de esta entidad.

El periodo de estudio comprendio del 1 de Enero de 1985 - al 31 de Diciembre de 1988.

Se excluyeron todas aquellas pacientes las cuales la patología orgánica fue evidente y que esta era la etiología del sangrado.

La selección de pacientes se llevo a cabo, escogiendo a aquellas que reunieran los siguientes requisitos.

1. Ausencia clínica de patología orgánica.
2. Que el cuadro hemorrágico no fuera originado por el embarazo o sus complicaciones.
3. Pacientes que se les realizó legrado uterino hemostático biopsia por sangrado disfuncional en cualquier etapa de la vida reproductiva

Diagnostico anatomopatológico de las muestras con impresión diagnóstica de Hemorragia uterina disfuncional.

Diagnostico	No. Casos	Porcentaje
Endometrio proliferativo	57	40.7%
Hiperplasia endometrial	21	15 %
Endometrio Asincrónico	24	17.1%
Endometrio Secretor	26	18.5%
Polipos endometriales	7	5 %
Endometrio Basal	2	1.4%
Endometrio Atrofico	3	2.1%

Muestras de Endometrio obtenidas de legrado uterino hemostático biopsia en sangrado disfuncional.

Correlacion edad de la paciente y numero de casos encontrados en el estudio.

Años	No. Casos	porcentaje
11 a 20 años	4	2.8 %
21 a 30 años	38	27.1%
31 a 40 años	43	30.7 %
41 a 50 años	41	29.2 %
51 a 80 años	14	10 %

Notamos que la mayor numero de pacientes se encuentra en edad reproductiva y en la perimenopausia debido a que es la población mayor de pacientes que se ingresa para un legrado hemostatico biopsia.

Relación de gestaciones y sangrado uterino disfuncional.

Gestaciones	no. de Casos	porcentaje
0	4	2.8%
I- II	30	21.4%
III- IV	72	51.4%
V a mas	34	24.2%

Relacion de pacientes que habian recibido tratamiento hormonal previo

Pacientes que no recibieron Hormonales	No. casos	porcentaje
	95	67.8%
Pacientes que recibieron - tratamiento hormonal previo.	45	32.1%

RESULTADOS.

De los casos estudiados la mayoría de las pacientes se encuentra en la etapa de vida reproductiva media (57.8%) entre los 20 y 40 años de edad, ya que son las que con mayor frecuencia ingresan al hospital para realizarse un legrado uterino hemostático biopsia, así como aquellas paciente perimenopausicas 30%, a las cuales obligadamente tenemos que excluir patología orgánica ya sea benigna o maligna.

Sabemos que las edades extremas de la vida reproductiva - como esta reportado en la literatura es cuando más observamos esta entidad clínica del Sangrado uterino disfuncional, pero en la mayoría de las pacientes que son adolescentes y que no captamos en el hospital, se difiere este método diagnóstico como lo es el Legrado uterino a menos que la gravedad del proceso así lo requiera.

En la mayoría de los casos la hemorragia uterina cedió espontáneamente posterior al legrado uterino; Únicamente en aquellas pacientes con hiperplasia endometrial el 15% de todos los casos estudiados fueron sometidos a cirugía el 50% y el otro 50% fue manejado con tratamiento hormonal a base de progestágenos ya que no aceptaron su manejo quirúrgico o bien porque no tenían paridad satisfecha; Todas curaron con evolución clínica favorable solo 5 pacientes 3% de todos los casos cursaron con hemorragias persistentes -

rebelde a tratamiento por lo cual fueron sometidos a histerectomia posterior a 3 legrados uterino.

No podemos establecer una incidencia verdadera ya que la mayoría de las pacientes con hemorragia uterina disfuncional se manejan de forma externa o en sus clinicas correspondientes, ingresando al hospital aquellas pacientes con hemorragias persistente o perdidas excesivas para Legrado uterino hemostatico.

CONCLUSIONES.

Es muy frecuente en el servicio de Gineco-obstetricia el ingreso de pacientes por sangrado de origen uterino de diferente etiología, ya sean por causas obstetricas o ginecologicas.

La población hospitalaria que predomina se encuentra en la etapa de vida reproductiva media y aquellas mujeres perimenopausicas o postmenopausicas en las cuales obligadamente tenemos que descartar patologia organica maligna, todas ellas ingresan con el objeto de realizar un procedimiento hemostático en estos casos revisados el Legrado Uterino - hemostático biopsía.

La población estudiada que predominó fue entre las edades de 20-40 años (57%) y el segundo lugar lo ocuparon las pacientes climatéricas (29%), adolescentes unicamente tuvimos 4 pacientes (2.8%), el motivo de este pequeño porcentaje tan bajo es debido que si es posible diferir el procedimiento quirúrgico Legrado uterino en este tipo de pacientes, ya que en su mayoría no han iniciado vida sexual o bien no es un proceso grave o las pérdidas no son tan excesivas que no podamos intentar un tratamiento hormonal previo con tal de solucionar su problema evitando un procedimiento psicológicamente agresivo para estas pacientes. Otra causa importante es que esta entidad clínica es mane-

jada por diferentes clínicas de consulta externa y difícilmente si no se trata de un problema potencialmente quirúrgico, se maneje en el hospital ya sea como pacientes internas o externas.

El cuadro clínico es muy variable y depende de la alteración básica existente en el eje hipotálamo-hipofisis-ovario y endometrio, mostrando múltiples variaciones en cuanto a las características clínicas entre una paciente y otra.

La exclusión de patología orgánica mediante el legrado uterino y la exploración pélvica bajo anestesia definitivamente nos lleva al diagnóstico de certeza de sangrado uterino disfuncional.

En la mayoría de las pacientes observamos que posterior al legrado uterino la hemorragia ya no se presentó cediendo espontáneamente, únicamente el 2% de las pacientes ameritaron tratamiento quirúrgico mediante histerectomía pues fueron rebeldes al tratamiento tanto hormonal como al curetaje.

Únicamente observamos que del patrón de hallazgos histológicos en el sangrado uterino disfuncional los que se alejan de los reportados en la literatura son el endometrio basal y el otro caso es de la poliposis endometrial, que la podemos considerar como patología orgánica aunque los reporta-

tados son los que escaparon al diagnóstico por clínica, y que ingresaron con Diagnóstico de sangrado uterino disfuncional pero que el diagnóstico histológico fue el definitivo.

En nuestra relación podemos concluir que las pacientes con estímulo estrogénico persistente se mostró el en 21% las -pacientitas que mostraron un patrón histológico de hiperplasia endometrial.

No podemos concluir una frecuencia e incidencia verdadera en cuanto hemorragia uterina disfuncional ya que se nos escapa de nuestro alcance todas aquellas pacientitas puberes y adolescentes que cursan con esta entidad y las cuales las manejan de forma externa en diferentes clínicas de adscripción y las cuales representan la mayoría de las pacientitas con este tipo de patología, y en quienes no se puede -realizar este método diagnóstico como legrado uterino o la biopsia endometrial

Bibliografía:

- 1.- Benson Ralph C. Sangrado Uterino anormal, Menstruación normal y anormal. diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos 1986;134-157.
- 2.- Chamberlain G. Hemorragia Uterina Disfuncional. Ginecología y obstetricia, Temas actuales Ed. Interamericana 1981; 2: 367-376.
- 3.- Claessens E. Cowell C. Hemorragia Uterina disfuncional en la adolescente. Clínicas Pediátricas de Norteamérica Ed. interamericana 1981; 1: 91-99.
- 4.- Cook C. Schoeder S. Yussman M., San filippos. Induction of luteal phase with clomiphene citrate. AM J. Obstet Gynecol 1984, 149: 613-616.
- 5.- Danforth DN Sangrado Disfuncional Tratado de Ginecoobstetricia Editorial Interamericana - 1987: 885- 890.
- 6.- Dewhurst C. J. Hemorragia Uterina Disfuncional. Obstetricia y Ginecología para Postgraduados, Editorial Salvat. 1978, 511,536.
- 7.- Halbert D. Empleo de la Píldora anticonceptiva en Hemorragias disfuncionales, dismenorrea y acné. Clinicas Obstétricas y ginecológicas. Editorial Interamericana. 1981; 1: 127- 301.
- 8.- Merrill S. Tratamiento de la Hemorragia Postmenopáusica - Clínicas obstétricas y ginecológicas Ed. Interamericana - 1981; 3: 997- 1003.

- 9.- Parmer S. Long Term supresion of hipermenorrea by progesterone intrauterine device AM J Obstet Gynecol 1984; 149: 578-579.
- 10.- Sheppard B. La patología de la hemorragia uterina disfuncional. Ginecología y obstetricia. Temas actuales Editorial interamericana 1984; 1: 227-237.
- 11.- Spellacy W. Hemorragias Uterinas. Clínicas Obstetricas y ginecológicas ed. Interamericana 1981; 4: 1255-1268.
- 12.- Te Linde, Sangrado Disfuncional Uterino. Ginecología Operatoria Ed. Ateneo 1987: 434;445.
- 13.- Zarate Trevino, Sangrado Uterino anormal, Ginecología Editorial Mendez Cervantes 1983; 219-245.
- 14.- Archer DF. Endocrinología del ciclo menstrual Clín - Obstet Ginecol . 1984; 4: 1161.
- 15.- Dizerega GS, Ross GT Disfunción de la fase Lútea. Clin obstet ginecol, Temas actuales. 1981; 3: 703.





