

DIAGNOSTICO CLINICO Y ANATOMO-PATOLOGICO DE LAS METRORRAGIAS

Prof. M. GONZALEZ DEL RIEGO CH. (*) y Dr. B. BENAVENTE LOZADA (**)
Drs.: N. LAYZEQUILLA (**), J. LINO, M. GONZALEZ DEL RIEGO B., J. TAIMAN, G. FERREYROS,
S. SOIHET, J. PEREZ y Z. MESIA

POR la frecuencia con que presentan y sobre todo por la diversidad de condiciones clínicas que las determinan, las hemorragias genitales constituyen uno de los capítulos que mayor atención consistan en los servicios de Obstetricia y Ginecología.

El presente trabajo está basado en el estudio de 562 historias clínicas de pacientes que ingresaron con metrorragia al Hospital Militar Central, que fueron sometidas a Curetaje Uterino y en las que se hace una apreciación entre el diagnóstico clínico de admisión y el diagnóstico histológico post-operatorio.

Estas pacientes han sido divididas en dos grupos:

a. En el primer grupo se encuentran las enfermas que ingresaron con antecedentes de amenorrea, metrorragia y que fueron diagnosticadas de **aborto incompleto** y que suman 456.

B. En el segundo grupo las que ingresaron con metrorragia de otra etiología y cuyo diagnóstico clínico se detalla en el cuadro 1 y que suman 160.

Al comentar el cuadro 1, observamos que:

1º En 402 pacientes el diagnóstico de admisión fue el de aborto incompleto, que histológicamente se ratificó en 376; 15 pacientes presentaron además endometritis, lo que vale decir que se trataba de abortos incompletos infectados; en 5 casos se trató de hemorragias funcionales, en 4 endometritis aguda, en un caso el diagnóstico anátomo-patológico fue de mola hidatidiforme y finalmente en otro se trató de un embarazo ectópico.

(*) Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Militar Central.
(**) Médicos especialistas del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Militar Central.

DIAGNOSTICO CLINICO Y ANATOMOPATOLOGICO DE LAS METRORRAGIAS

Diagnóstico Andíomo-patológico

Diagnóstico de Admisión	Número de casos	% Aciertos	Aborto Incompleto	Aborto Incompleto y Endometritis	Endometritis Aguda	Endometritis Crónica	Hemorragia Funcional	Endometrio Proliferativo ó Secretor	Mola Hidatidiforme	Pólipo Endocervical	Pólipo Endometrial	Embarazo Ectópico	Cervicitis	Cáncer Cervical y Pólipo Cervical	Adenocarcinoma	Cáncer de Cervix In Situ	% Error
Aborto Incompleto	402	93	376	15	4				1			1					7
Aborto Incompleto y Endometritis	54	91.5		38	8												8.5
Hemorr. Funcional	48	90.6		1	5		44										9.4
Endometritis Aguda	5	100															0
Endometritis Crónica	11	80	1			9									1		20
Fibromatosis	14	100						14									0
Mola Hidatidif.	15	93.3	1						14								6.7
Pólipo Endocervical	7	94								6							6
Pólipo Endometrial	5	80									4					1	20
Cervicitis	1	100											1				0
Total	562		378	54	17	12	57	14	15	6	4	1	1		2	1	10.9

CUADRO N° 1

Haciendo la apreciación entre el diagnóstico de admisión y el histológico, cogimos que el porcentaje de error fue de 7%.

2º En 54 pacientes el diagnóstico clínico fue de aborto incompleto y endometritis, el que fue ratificado en 38 casos; histológicamente 8 correspondieron a hemorragia funcional y otros 8 casos a endometritis aguda.

El porcentaje de error fue de 8,5%.

3º En 48 enfermas el diagnóstico de admisión fue de hemorragia funcional, el que fue corroborado por la histología en 44 casos; uno correspondió a aborto incompleto y 3 casos a endometritis crónica.

El porcentaje de error fue de 0%.

4º Clínicamente se diagnosticaron 5 casos de endometritis aguda, los que fueron ratificados histológicamente.

El porcentaje de error fue de 0%.

5º En 11 pacientes el diagnóstico clínico fue de endometritis crónica, el que fue certificado histológicamente en 9 casos; en uno se trató de aborto incompleto y en otro de adenocarcinoma.

El porcentaje de error fue de 20%.

6º En 14 pacientes el diagnóstico de admisión fue de fibromatosis uterina y el histológico fue de endometrio proliferativo en 10 casos y en 4 de endometrio secretor.

El porcentaje de error fue de 0%.

7º En 15 enfermas el diagnóstico clínico fue de mola hidatidiforme, el que fue ratificado histológicamente en 14 casos; en un caso se trató de aborto incompleto.

El porcentaje de error fue de 6,7%.

8º En 7 pacientes el diagnóstico de admisión fue de pólipo endocervical, el que fue ratificado en 6 casos, en uno se trató de cáncer de cervix in situ.

El porcentaje de error fue de 6%.

9º En 5 enfermas el diagnóstico clínico fue de pólipo endometrial, el que fue ratificado por la histología en 4; en un caso se trató de adenocarcinoma.

El porcentaje de error fue de 20%.

10º Finalmente tenemos un caso de metrorragia por cervicitis que histológicamente fue ratificado.

El porcentaje de error fue de 0%.

Del total de 562 pacientes, en 511 el diagnóstico histológico estuvo de acuerdo con el diagnóstico de admisión; es decir, que el total de factor de error fue de 10.9%.

El bajo índice de error diagnóstico anotado en el cuadro 1, se debe a que las enfermas en el momento de su admisión, son examinadas exhaustivamente por el médico especialista, utilizando todos los medios clínicos y auxiliares de diagnóstico, tales como: examen pélvico bajo anestesia, exámenes de laboratorio, punción del Douglas, etc.

Es interesante anotar que en un caso el endometrio presentó glándulas en penacho (signo de Arias Stella) histológicamente; signo que es característico del embarazo ectópico y que en esta oportunidad fue comprobado posteriormente.

A continuación exponemos el cuadro 2 en el que comparamos nuestras cifras de error con las encontradas en otros hospitalarios.

CUADRO N° 2

Hospital	% de error
Maternidad Palacios (Venezuela)	61 %
Hospital Universitario (Venezuela)	25 %
San Vicente Birmingham (Alabama)	9.5 %
Hospital Militar Central (Lima)	10.9 %

COMENTARIOS

- 1°— Del presente estudio se pone en evidencia, una vez más, las relativas dificultades del diagnóstico clínico de las causas de hemorragias genitales.
- 2°— El porcentaje de error entre el diagnóstico de admisión y el histológico, disminuye notablemente, cuando es el médico especialista el que admite a la paciente.
- 3°— Una paciente con metrorragia debe ser atendida en un servicio especializado.
Si la institución hospitalaria brinda enseñanza médica, los internos que en ella trabajan deberán estar en íntima relación con los médicos del servicio.
- 4°— El médico especialista debe atender un número limitado de pacientes en los consultorios; en esa forma le brindará a cada paciente el tiempo necesario para llegar a un diagnóstico correcto.
- 5°— El mayor porcentaje de metrorragias correspondió al aborto incompleto; ello se debe a que se trata de un servicio de obstetricia y ginecología.

- 6°— De las 492 metrorragias por aborto incompleto, 55 acusaron además endometritis, es decir, se trataban de abortos incompletos infectados, lo que vale decir que fueron provocados.
- 7°— En todo centro hospitalario con servicios de ginecología y obstetricia, el departamento de anatomía patológica debe contar con un médico patólogo que tenga un entrenamiento especializado, que le permita absolver ampliamente los problemas que ordinariamente se le presentan.
- 8°— El mayor porcentaje de error diagnóstico está vinculado con la hemorragia funcional y la endometritis crónica, motivo por el que siempre se las debe de tener presente al momento de hacer el diagnóstico de admisión.
- 9°— El producto obtenido de los legrados uterinos debe de ser sometido rutinariamente al estudio histológico, si se quiere tener conocimiento de la etiología de las metrorragias.
- 10°— La presencia de inflamación concomitantemente con vellosidades normales, permite sospechar el aborto criminal.
- 11°— La presencia de glándulas endometriales en forma de penachos (signo de Arias Stella) autoriza para hacer el diagnóstico de embarazo ectópico.
- 12°— La diferencia de porcentaje de error entre el Hospital Militar Central y otros centros hospitalarios se debe en parte a que las pacientes son admitidas por el médico especialista.

BIBLIOGRAFIA

1. C. LEPAGE y Otros: Hallazgos histológicos en material de curetaje. Rev. Obst. Ginec. de Venezuela t. XXI, N° 3, 61.
2. G. ISAZA: 270 Raspados Uterinos. Rev. Colombiana de Obst. Ginec. V XI, N° 5.
3. Concepto actual sobre D-C. Amer. J. Obst. Ginec. En. Feb. 64.
4. NOVAK: Gynecological and obstetrical Pathology.
5. MUSSET: Aborto y curetaje. Gynec. y Obst. 59:450, 1960.

* * *