

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

Dr. ABRAHAM LUDMIR G.

DEFINICION

De acuerdo al consenso general, hoy en día se le define como la hemorragia anormal no dependiente de causa orgánica detectable con métodos convencionales, es la pérdida del patrón de menstruación en donde se descarta problemas inflamatorios, neoplásicos, embarazo o enfermedad sistémicas aunque pueda coexistir con algún proceso orgánico.

La etiología es difícil de definir por cuanto la menstruación normal aún no ha sido explicada claramente pero implica en todo caso trastorno de las hormonas que intervienen en la fenomenología que periódicamente se produce a nivel uterino o trastornos en la recepción endometrial del estímulo hormonal; sería dependiente de un disturbio en el equilibrio del eje Hipotálamo Hipófiso-ovárico endometrial y que en más del 90% de casos se manifiesta con anovulación o sea que el endometrio ha sido solo estimulado por estrógenos.

I.—CLASIFICACION CRONOLOGICA

Se presenta en la infancia y adolescencia, en la edad reproductiva y en la pre-menopausia.

En la adolescencia los ciclos son predominantemente anovulatorios y ello

se debe a que aún no se ha establecido el equilibrio dependiente de la madurez en el eje Hipotálamo hipofiso ovárico lo que condiciona un insuficiente o un irregular estímulo gonadal. El sistema endócrino a esta edad es muy lábil, de ahí que los factores psicógenos pueden ser causales de la irregularidad.

En la **edad reproductiva**, las hemorragias uterinas son más frecuentemente dependientes de problemas orgánicos, es en esta edad en donde las disfunciones se producen también en ciclos ovulatorios, la polimenorrea, la menorragia o la menometrorragia son comunes como manifestación clínica, la anovulación es menos frecuente en este grupo y se presenta particularmente en el período puerperal y sobre todo en las multíparas y obesas tratándose de mujeres muchas veces lábiles desde el punto de vista emocional.

Durante la pre-menopausia y menopausia, descartadas las causas orgánicas, la hemorragia disfuncional en gran proporción es anovulatoria condicionando menometrorragia, en la mayoría de los casos se debe a una falla en la función ovárica.

Factores predisponentes para la posibilidad de la disfunción serían:

a) La obesidad a la distribución de los estrógenos en la grasa corporal,

no ejerciendo una acción sistemática y gradativa.

b) El hipotiroidismo primario condicionando un menor clearance metabólico de los estrógenos.

c) El hiperandrogenismo interfiere con la secreción de gonadotrofinas por la hipófisis.

d) Factores psicológicos influyen en gran proporción para el desencadenamiento del problema.

II.—CLASIFICACION CLINICO TERAPEUTICA

Por el mecanismo etiopatogénico el patrón de sangrado y el tratamiento necesario puede ser clasificada la hemorragia uterina disfuncional: en:

a) **Anovulatoria:**— Las hemorragias hiperplásicas debidas a persistencia folicular representan el trastorno más frecuente; predominan al comienzo de la madurez sexual como hemorragias juveniles y al final de la madurez sexual como hemorragias pre climatéricas por falta de ovulación; probablemente a causa de un trastorno de la regulación de origen central en el comienzo del climaterio así mismo como consecuencia de una mala receptividad del ovario a las gonadotrofinas, el folículo persiste y el endometrio queda sometido a una acción estrogénica permanente sin influjo de la hormona del cuerpo amarillo la que produce proliferación patológica del endometrio y dilatación de la luz glandular.

b) **Ovulatorias:**— Son mucho menos frecuentes, la relación con la anterior sería como de 9 a 1 y el problema se presenta durante los años fértiles, en plena edad reproductiva; y pueden deberse a cambios en la duración o características anormales en las 2 fases

del ciclo: proliferativo y secretor, por sensibilidad anormal de los ovarios a las gonadotrofinas o por desequilibrio en la relación hipotálamo hipofisiario. Sus modalidades son:

1. Fase proliferativa y/o secretoria corta
2. Fase proliferativa y/o prolongada
3. Insuficiencia del cuerpo lúteo
4. Hiperfunción del cuerpo luteo

En el tipo 1.— el patrón del sangrado es la polimenorrea; la duración del ciclo es entre 18 y 21 días.

En el tipo 2.— hay oligomenorrea y ovulación tardía - los ciclos son algo más prolongados.

En el tipo 3.— puede ser la insuficiencia defectuosa en intensidad o duración y que es de grave consecuencia para la fertilidad; (pérdida sanguínea pre menstrual) ya que ninguna otra glándula endocrina puede sustituir al cuerpo luteo en la secreción de progesterona, condiciona la llamada maduración irregular, se debería a una decadencia precoz del cuerpo amarillo, insuficiente acción luteotrófica o secreción disminuida.

En el tipo 4.— hay persistencia del cuerpo luteo, condicionando la llamada descamación irregular del endometrio.— Irregular Shedding.— es más rara que la insuficiencia.— El endometrio es secretor con necrosis menstrual y permanece como tal hasta 5 días después del inicio de la menstruación; se debería a que la descamación no es simultánea sino en distintos puntos del endometrio.

Con este preámbulo nos corresponde presentar al Dr. José Pacheco, quien va a presentarles los aspectos del Diagnóstico con experiencias en un Hospital del Estado y clínica privada.