

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL - DIAGNOSTICO

Dr. JOSE PACHECO ROMERO (*)

Siendo la hemorragia uterina disfuncional un sangrado anormal no asociado a patología orgánica, nuestra orientación en el diagnóstico será el descartar la existencia de cualquier causa orgánica, determinar si existe o no ovulación y a qué nivel del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico se encuentra el origen de la alteración.

Para la presente ocasión, hemos querido efectuar un estudio prospectivo de los métodos de diagnóstico y hallazgos en la hemorragia uterina disfuncional en varios hospitales y en la práctica privada. Sin embargo, el gran inconveniente ha sido la dificultad de convencer a la paciente a ser estudiada durante varias semanas para recién darle el tratamiento necesario. El episodio de sangrado produce mucha ansiedad en la mujer así como inconvenientes en la realización de sus labores, por lo que llega al médico esperando que en corto lapso se corrija su defecto. Sin embargo, con la colaboración de médicos del Hospital de San Bartolomé y del Hospital de Policía y estudiando pacientes de mi práctica privada, hemos obtenido la siguiente expe-

riencia en lo que se refiere a diagnóstico.

Indudablemente que la historia clínica es una de las partes más importantes en la evaluación de la hemorragia uterina disfuncional. Al consignar los datos hemos tratado de excluir probables causas orgánicas tales como abortos, embarazo ectópico, uso de anticonceptivos, trastornos hematológicos, endocrinos y psíquicos, uso de drogas tales como la fenotiazina, clorpromazina, anticolinérgicos y fenómenos de desnutrición, tanto obesidad como malnutrición.

En el examen clínico, hemos objetivado si el sangrado era realmente vaginal, vesical o rectal. El examen con espéculo seguido del examen pélvico y rectovaginal, —o sólo rectal en los casos que no pudimos efectuar el examen vaginal—, nos permitió descartar trastornos inflamatorios, tumorales, traumáticos o vasculares que podrían haber remedado una hemorragia uterina disfuncional.

Los estudios de laboratorio nos han ayudado a presentar con mayor claridad el origen del trastorno. Las pue-

(*) Profesor Auxiliar Departamento Académico Obstetricia y Ginecología, UNMSM. Médico Gineco-Obstetra, Clínica Anglo Americana.

bas indirectas de la función ovárica incluyeron los estudios del moco cervical, la citología vaginal, la temperatura basal corporal, la biopsia endometrial y la dilatación y curetaje. Hoy se está empleando muchas otras pruebas más sofisticadas, algunas de las cuales hemos escuchado minutos antes con las experiencias de los doctores Garmendia y Takano y otras que serán expuestas por los oradores que me siguen. Pero sólo queremos presentar aquellas que hemos podido hacer en forma rutinaria en el consultorio y en el laboratorio y que están al alcance de todos.

Otras pruebas de laboratorio incluyeron la hemoglobina y el hematocrito para determinar la cuantía del sangrado y la necesidad de su tratamiento inmediato, la radiografía de tórax para descartar proceso específico; estudios tiroideos y de 17 —cetosteroides y 17 —hidroxicorticoides para descartar alteraciones endocrinas; radiografía de cráneo en busca de proceso expansivo a nivel hipofisiario; pruebas de coagulación para desvirtuar se tratara de problemas de la coagulación.

La evaluación del moco cervical se hizo desde el momento de la visita inicial, estimándose su reología y su capacidad de cristalización. La elasticidad o Spinnbarkeit permitió su extensión hasta 10 o más cms., sin romperse cuando existía influencia estrogénica adecuada y estaba en el momento de la ovulación. En la anovulación, el moco se estiró escasamente o no se dejó estirar.

Inmediatamente colocamos un extendido delgado del moco sobre una lámina y lo dejamos secar o usamos calor. Al microscopio, la presencia de cristalización o Fern o arborización a mi-

tad de ciclo con su desaparición en los días premenstruales, nos indicó que existió ovulación en dicho ciclo. La anovulación produjo persistencia de la cristalización durante todo el ciclo menstrual.

El estudio de la citología vaginal nos permitió determinar el pico estrogénico, el momento ovulatorio y la actividad luteínica. Debió ser estudiada diariamente desde el 5º hasta el 20º día o al menos desde algunos días antes hasta algunos días después de la ovulación. Desafortunadamente fue difícil obtener siempre colaboración de la paciente y sólo se pudo obtener la citología alrededor de los días 6, 14 y 23 del ciclo. La muestra fue obtenida de la pared anterior o lateral de la vagina, extendida en una lámina y coloreada con Rakoff o Shorr. El aumento progresivo de los índices cariopictórico y eosinofílico y la desviación del índice de maduración hacia la derecha nos predijo el tiempo de ovulación; estos índices se revirtieron luego de la ovulación.

La curva de temperatura basal fue una guía para la determinación aproximada del momento ovulatorio así como de la evaluación de la función progesterónica del ovario. La ovulación origina una curva de temperatura basal bifásica al elevar la temperatura persistentemente durante la fase lútea: En la hemorragia uterina disfuncional dicha curva puede orientarnos además a qué tipo de alteración del ciclo ovulatorio corresponde un determinado caso.

Ninguno de los estudios anteriores pudo siempre darnos un dato decisivo al ser estudiado aisladamente. Tuvimos que correlacionar dos o más para estar más seguros de lo que estaba ocurrien-

do. Pero la investigación fue más completa cuando se efectuó paralelamente una biopsia endometrial y, en casos determinados, una dilatación y curetaje. En la mujer que había tenido ciclos regulares de 28 días, la biopsia se efectuó los días 24 a 26 o el primer día de regla cuando temíamos que existiera embarazo. Si el ciclo era irregular, se obtuvo la biopsia dentro de las primeras 12 horas de iniciado el sangrado. El estudio de la biopsia nos indicó si había ovulación, cuando el endometrio era secretor y, —aún más—, si el desarrollo correspondía al día en que fue obtenida la biopsia.

En una revisión efectuada en 1482 pacientes ginecológicas privadas, encontramos 297 casos de hemorragia uterina, de los cuales 128 eran secundarios a procesos orgánicos. Los 169

casos de hemorragia uterina disfuncional representaron el 11.4 por ciento de la población ginecológica. 68 pacientes tenían más de 40 años y 20 por debajo de los 18 años, por lo que fueron excluidas.

Debido a que no todos los casos habían sido estudiados con todos los parámetros enunciados anteriormente, no hemos querido fijar porcentajes de pacientes que ovularon o no. Sin embargo, la mayoría no presentaron ovulación, habiéndose constatado hiperplasia endometrial por biopsia en alrededor del 20 por ciento de casos.

Esperamos poder completar nuestro estudio prospectivo para tener una mejor información de la ocurrencia de hemorragia uterina disfuncional en nuestra población.

BIBLIOGRAFIA

- MIDGLEY, A.R., GAY, V.L., KEYES P.L. and HUNTER, J.S.: Humon reproductive endocrinology. En Hatez and Evans "Human Reproduction. Conception & Contraception", Haper & Row, Publishers, Hagerstown, Maryland, 1973.
- OSBORN, R.H. and YANNONE, M.E.: Plasma androgens in the normal and androgenic female: a review. *Obstet Gynec Survey* 26: 195, 1971.
- PACHECO, J.C. and KEMPEERS, R.D.: Etiology of postmenopausal bleeding. *Obstet Gynec* 32: 40, 1968.
- SOUTHAM, A.L.: Disorders of menstruation. *Clin Obstet Gynec* 9: 779, 1966.
- STROTT, C.A., CARGILLE, C.M., ROSS, G.T. and LIPSETT, M.B.: The short luteal phase. *Obstet Gynec Survey* 25: 775, 1970.
- UFER, J.: *Hormonoterapia en Gineco-Obstetricia. Fundamentos y práctica*. Editorial Alhambra, S.A., 3ª edición española, 1972.