

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL (H. U. D.) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Dr. ABELARDO HERRERA CALMET (*)

INTRODUCCION

La hemorragia uterina disfuncional, entidad frecuente, no tiene definición única porque no se conoce, exactamente, la causa etiológica que la produce.

La mayoría de autores (10), (2), (3), (18), (6), la definen como una hemorragia anormal del endometrio no acompañada de tumor, inflamación y embarazo, debida a disfunción ovárica y subyacente, probablemente a trastornos en el sistema neuroendocrino.

Los cuadros catameniales que se observan en la disfunción ovárica pueden ocurrir sin previo aviso y son: menorragia, hipermenorrea, polimenorrea, oligomenorrea, metrorragia y menometrorragia.

Menorragia, es una hemorragia profusa y duradera, debida a la persistencia anormal de folículos con producción de estrógenos no antagonizada por la progesterona. El endometrio prolifera hasta que no puede ser sostenido por la cantidad de estrógenos, pro-

duciéndose su caída y por lo tanto la hemorragia. En estas condiciones los exámenes para evaluar la función ovárica muestran predominio estrogénico, lo mismo la biopsia de endometrio que dará un endometrio proliferativo e hiperplásico.

Hipermenorrea, es el aumento de la cantidad de sangre perdida durante la regla; para algunos autores es sinónimo de menorragia.

Polimenorrea, es la hemorragia que puede ocurrir en períodos regulares pero con duración menor de 18 días; se observa más en muchachas premenárquicas y en mujeres premenopáusicas, se debe a concentraciones fluctuantes de estrógenos, su disminución hace que el endometrio proliferado, al no tener sostén estrogénico, caiga. La valoración de la función ovárica muestra ciclo monofásico estrogénico.

Oligomenorrea, es la hemorragia que ocurre con intervalos mayores de 40 días, generalmente entre 40 y 60 días, se debe a maduración folicular disminuida y por lo tanto, insuficiente

(*) Profesor del Departamento Académico de Obstetricia y Ginecología de la U.N.M.S.M. Médico Asistente del Servicio de Ginecología del Hospital Arzobispo Loayza.

para producir una reacción endometrial satisfactoria; en estas condiciones el endometrio proliferativo residual está poco desarrollado. La curva de temperatura basal es monofásica; la citología vaginal puede tener fluctuaciones desde el frotis atrófico al trófico, sin variaciones cíclicas; el moco puede ser espeso; la biopsia endometrial señala endometrio poco desarrollado.

Metrorragia, se manifiesta por crisis duraderas e irregulares de pérdida sanguínea que puede no ser excesiva e incluso tener carácter de manchas.

Menometrorragia, es una combinación de menorragia y polimenorrea, se manifiesta como hemorragia abundante, frecuente y errática.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Estas pérdidas sanguíneas pueden ser motivadas por una serie de procesos y remedar en esta forma, a la hemorragia uterina disfuncional y con los que hay que diferenciarla (Cuadro 1).

Para evitar los errores diagnósticos, debemos seguir las siguientes etapas en el manejo de las pacientes con pro-

bable hemorragia uterina disfuncional:
1) Anamnesis; 2) Examen clínico y ginecológico; 3) Exámenes auxiliares.

Anamnesis.— Mediante la anamnesis, podemos determinar si la hemorragia es o no ginecológica o debida a otros procesos. Tomaremos datos sobre la edad, menarquía, ritmo catamenial, antecedentes obstétricos y ginecológicos (embarazos, partos, abortos, esterilidad); última regla, inicio del trastorno hemorrágico, tiempo de duración, intensidad de la hemorragia, tratamientos recibidos, cambios de la voz, bochornos, palpitaciones, cefalalgias, trastornos visuales, crecimiento del clítoris, etc.

Examen clínico y ginecológico.— El examen clínico general, permitirá descartar o confirmar datos de la anamnesis y percatarnos de otros signos: púrpura, leucemides, secreción láctea, palidez, implantación y características del pelo, tono de voz, hipertensión, etc.

El examen ginecológico debe ser minucioso y adecuado, pues es el que nos dará probablemente el diagnóstico y la terapéutica a seguir. En la adolescencia y la virgen, en muchas ocasiones, debe ser hecho bajo anestesia, para asegurar la valoración conveniente de los genitales externos e internos, sin un tacto vaginal unidigital o tacto rectal, no nos proporciona datos concluyentes.

Exámenes auxiliares.— Debemos considerar en primer lugar, el legrado de la cavidad uterina bajo anestesia, lo que nos informará del endometrio que sangra. En las vírgenes puede diferirse este examen pero en la madurez sexual, el climaterio o en la menopausia no debe omitirse, a fin de descartar procesos orgánicos del cuerpo

CUADRO 1

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

PROCESOS QUE PUEDEN REMEDAR HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

Miomas uterinos
 Tumores intrauterinos
 Carcinomas de cuello uterino, útero o trompas de Falopio
 Embarazo patológico
 Retención de productos de la concepción
 Discracias sanguíneas
 Endometriosis · Adenomiosis
 Polipos o erosiones cervicales
 Endometritis crónica
 Vaginitis granular
 Subinvolución uterina.

(pólipos endometriales, cáncer del endometrio, restos placentarios). El des-pistaje de cuello uterino debe hacerse de rutina a toda paciente mayor de 20 años. El estudio del colpocitograma, temperatura basal y el moco cervical, nos orientarán para evitar recidivas en los casos de ciclos anovulatorios. Los dosajes hormonales (estrógenos, pregnandiol), son de valor para una evaluación más completa, aunque son métodos de diagnóstico caros.

Para descartar otras causas de hemorragias anormales del endometrio, son necesarios solicitar otros exámenes: Numeración y fórmula, Dosaje de hemoglobina, Dosaje de glucosa, Tiempo de sangría y coagulación, Retracción del coágulo, Tiempo de protrombina, Estudio de la función tiroidea y suprarrenal, Culdoscopia o laparoscopia para la observación directa de los genitales internos. En ocasiones se solicitará examen psiquiátrico.

MATERIAL Y METODOS

En el Servicio de Ginecología del Pabellón 5, Sala II, del Hospital Arzobispo Loayza, fueron internadas, en un período de 10 años, 6307 ginecópatas, de las cuales 390 o sea el 6.18% correspondieron a H. U. D. Del total de casos de hemorragia uterina disfuncional, 92 que corresponde al 23.8%, fueron laparotomizadas, los restantes 76.2%, recibieron curetaje y tratamiento médico hormonal (ver cuadros 2 y 3).

Nuestro trabajo se basa en los 92 casos que fueron laparatomizados por tener hemorragia rebelde a curetaje y a tratamiento médico. Se hicieron los análisis necesarios para descartar cau-

CUADRO 2
GINECOPATAS INTERNADAS

Nº de Casos	H. U. D.	Porcent.
6307	390	6.18 %

CUADRO 3
TRATAMIENTO

Curetaje + Trat. Méd.	Curetaje + Laparotomía
268 72.8 %	92 23.8 %

sa orgánica de hemorragia uterina: a un alto porcentaje se le estudió la función ovárica por la temperatura basal y el colpocitograma; a ninguna se le hizo dosajes de hormonas ni examen culdoscópico o laparoscópico.

RESULTADOS

En 25 casos de las 92 operadas o sea en el 27.2%, se encontró en el útero lesión orgánica no sospechada (ver cuadro 4).

CUADRO 4
HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
LESION NO SOSPECHADA

Lesión no sospechada	Nº de Casos	Porcent.
Mioma uterino	13	14.2 %
Adenomiosis	8	8.7 %
Pólipo endometrial	3	3.2 %
Ca. in situ de cuello uterino	1	1.1 %
TOTAL	25	27.2 %

En un estudio (16), ha encontrado una insospechada lesión orgánica en 40% de 287 histerectomías practicadas por H. U. D.

Edad. Como observamos en el cuadro 5, la H. U. D., se presentó con más frecuencia entre los 41 y 45 años con un 25%. Alcanzando entre los 36 y 50 años, es decir en la edad premenopáusica y menopáusica un porcentaje de 58.7% semejante a la de otros autores (15), (6), (8).

CUADRO 5
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
EDAD

Años	Nº de Casos	Porcent.
21-25	3	3.2%
26-30	14	15.2%
31-35	18	19.5%
36-40	17	18.5%
41-45	23	25.0%
46-50	14	15.2%
51-55	1	1.1%
56-60	1	1.1%
61-65	1	1.1%

Edad más frecuente entre 41-45

Paridad.— La H. U. D., fue más frecuente, en nuestra serie, en el grupo de las multíparas de más de 5 hijos.

Abortos.— En 32 pacientes o sea en el 34.7% de los casos, se encontró antecedentes de aborto.

Tipos de hemorragia.— Como se observa en el cuadro 6, la metrorragia

CUADRO 6
TIPOS DE HEMORRAGIA

Metrorragia	40.2%
Menometrorragia	25.4%
Menorragia	22.4%
Polimenorrea	11.9%

con 40.2% fue la más frecuente; le siguen luego la menometrorragia con 25.4%, la menorragia con 22.4% y por último la polimenorrea con solo 11.9%.

Endometrios encontrados.— En el cuadro 7 observamos que el endometrio hiperplásico fue el más frecuente encontrado en el 47.3%, le siguen el proliferativo con 39.1%, el secretor con 6.9%, el atrófico con 5.5% y por último, maduración irregular en 1.2%.

Semejantes resultados han obtenido otros autores (8), (15).

CUADRO 7
ENDOMETRIOS ENCONTRADOS

Hiperplásico	47.3%
Proliferativo	39.1%
Secretor	6.9%
Atrófico	5.5%
Maduración irregular	1.2%

RESUMEN

Para evitar errores en el diagnóstico de la hemorragia uterina disfuncional, es preciso un interrogatorio amplio; examen clínico y ginecológico minucioso y adecuado y exámenes auxiliares orientados a descartar procesos orgánicos del útero y a justificar la disfunción ovárica como causa de la hemorragia endometrial.

En nuestro estudio, en el 27.8% de los casos se encontró lesión orgánica de útero no sospechada, siendo el mioma con 14.2%, la causa más frecuente; siguió en orden de frecuencia la adenomiosis con 8.7%; pólipo endometrial con 3.2% y cáncer in situ de cuello, con 1.1%.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ALTACHEK ALBEST: Trastornos menstruales disfuncionales en la adolescencia.— Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Diciembre 1971.
- 2) ALVARO DE CUNHA BASTOS y Col.: Hemorragia disfuncional en Puberales. Revista de Ginecología e D'Obstetricia; Vol. 130 Mar.-Ab. 1971, pág. 1-2.
- 3) BEER ALAN E.: Diagnóstico diferencial y análisis clínico de la hemorragia uterina disfuncional. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Junio 1970.
- 4) CZERNOBILSKY BERNARD: Patología útero-ovárica en la hemorragia uterina disfuncional. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Junio 1970.
- 5) GIRON JOSE J.: Diagnóstico y Tratamiento de las Hemorragias Disfuncionales. Toko Ginecología Práctica. Año XXXII, 30 Nov. 1973 N° 332.
- 6) ISRAEL LEON: Trastornos menstruales y esterilidad.— Diagnóstico y tratamiento. Editorial Bernades S. A., Buenos Aires, 1969.
- 7) ISRAEL ROBERT, MISHELL DANIEL Jr.: Mecanismo de la hemorragia uterina normal y disfuncional. Clínica Obstétrica y Ginecológica. Junio 1970.
- 8) MARTINEZ TARTAJADA: Las formas clínicas de las Hemorragias uterinas disfuncionales. Toko Ginecología Práctica, Año XXXII, 30 Nov. 1973 N° 332, pág. 1285-1304.
- 9) MIDOLO Z. AUGUSTO: Estudio Clínico estadístico y anatomopatológico de la Hemorragia uterina disfuncional. Tesis de Bachiller U.N.M.S.M., 1963, Lima-Perú.
- 10) MIKULA JOHN J.: Tratamiento quirúrgico de la hemorragia uterina disfuncional. Clínica Obstétrica y Ginecológica. Junio 1970.
- 11) NOVAK JONES: Tratado de Ginecología, octava edición. Interamericana. Méx. 1971.
- 12) PENZA JAMES F., DAVID CHARLES: Papel del hipotálamo en los trastornos menstruales. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Setiembre 1969.
- 13) POWEY W. G.: Hemorragia uterina anormal en la pubertad y el climaterio. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Junio 1970.
- 14) RAMON GARCIA CELSO: Enfoque endocrino del tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Junio 1970.
- 15) SANDOVAL BRAVO JORGE y Col.: Estudio de 505 casos de hemorragias uterinas anormales y correlación anatomoclínica con la biopsia de endometrio. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 26. Año XXIV. N° 155, Set. 1969.
- 16) SIMS FRESED: Disfuncional Uterine Haemorrhagia a retrospective Survey. Proc. Royal S. of Med. Vol. 65. 10 Oct. 72.
- 17) SOBRINHO L. G., KASE W.: Aspectos endocrinos de la hemorragia uterina disfuncional. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Junio 1970.
- 18) SOUTHAM ANNA: Trastornos Menstruales.— Hemorragia uterina disfuncional. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Setiembre 1966.
- 19) TE LINDE RICHARD W., MATTINGLY R. F.: Ginecología Operatoria. Cuarta Edición. Editorial Bernades S. A. Bs. Aires, 1971.
- 20) WALLACH EDWARD, E.: Fisiología de la Menstruación. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Junio 1970.