

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL: ASPECTOS ANATOMO-PATOLOGICOS

Experiencia en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Daniel A. Carrión

Dr. L. VEGA RIZO PATRON

En el intervalo comprendido entre los años 1969 y junio de 1974, hemos tenido la oportunidad de estudiar en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Daniel A. Carrión, 4,643 endometriosis correspondientes a pacientes con Hemorragias de origen endometrial.

Según se haya hallado o no causa orgánica para este sangrado los dividimos, como es corriente, en dos grandes grupos, los casos de Hemorragia

por causa orgánica y los casos de hemorragia disfuncional.

En lo que respecta al primer grupo, con 3,548 casos representa el 69.5% de los casos, y se debió a las siguientes causas: Ver Cuadro N° 1.

En lo que corresponde a los casos de hemorragia uterina en los que no se halló causa de tipo orgánico, estos casos de verdadera hemorragia disfuncional, hallamos un total de 1,085, que correspondía a un 30.6% del total.

CUADRO N° 1

HEMORRAGIAS DE CAUSA ORGANICA

1) Restos placentarios	2,463
2) Endometritis aguda y crónica	173
3) Adenomiosis	76
4) Deciduitis	64
5) Mola hidatiforme	92
6) Endometritis y miometritis sincial	50
7) Coriocarcinoma	5
8) Pólipos endometriales	58
9) Tejido trofoblástico atípico (No corio)	16
10) Endometritis T.B.C.	42
11) Adenocarcinoma endometrial	12
12) Sarcoma endometrial	1
13) Endocervicitis crónica	367
TOTAL	3,548

En lo que corresponde al primer grupo solo es necesario enfatizar el gran porcentaje de casos correspondientes a patología del aborto con 2,463 casos en los que se hallaron restos placentarios y que en su gran mayoría estaban relacionados al aborto. El 69.4% de los casos con hemorragia uterina de causa orgánica correspondieron a este tipo de patología.

El diagnóstico de adenomiosis se realizó en casos en los que el curetaje había extraído además de fragmentos de tejido endometrial, otros corres-

pondientes al miometrio, o que fueron posteriormente histerectomizadas.

También es alta la proporción de mola hidatiformes. Tejido trofoblástico atípico llamamos a muestras en las que éste es posible ser demostrado pero que no tiene los caracteres de atipicidad del corio. Podría estar relacionada a fragmentos de tejido trofoblástico con molas con cierta atipicidad.

Los casos de hemorragias funcionales correspondieron a los siguientes diagnósticos.

CUADRO N° 2

HEMORRAGIA FUNCIONAL: 1,085 CASOS

1) Endometrio de tipo proliferativo (Fase anovulatoria)	613 casos
2) Endometrio atrófico	66 "
3) Hiperplasia endometrial	41 "
4) Hiperplasia adenomatosa	19 "
5) Endometrio con evidencias de actividad gonadotrófica (F. de Arias Stella)	67 "
6) Endometrio con hiperplasia post menopáusica	4 "
7) Endometrio pre secretor	22 "
8) Endometrio de tipo secretor	186 "
9) Maduración irregular del endometrio	14 "
10) Descamación irregular del endometrio	16 "
11) Endometrio con hiperplasia estromal	1 "
12) Descamación masiva del endometrio	12 "
13) Fase secretora deficiente	14 "
14) Fase secretora retardada	9 "
15) Secreción disociada	6 "
TOTAL 1,085 casos	

Vemos que en nuestra serie predomina largamente el tipo de hemorragia disfuncional asociada a casos correspondientes a fases anovulatorias (56.5%).

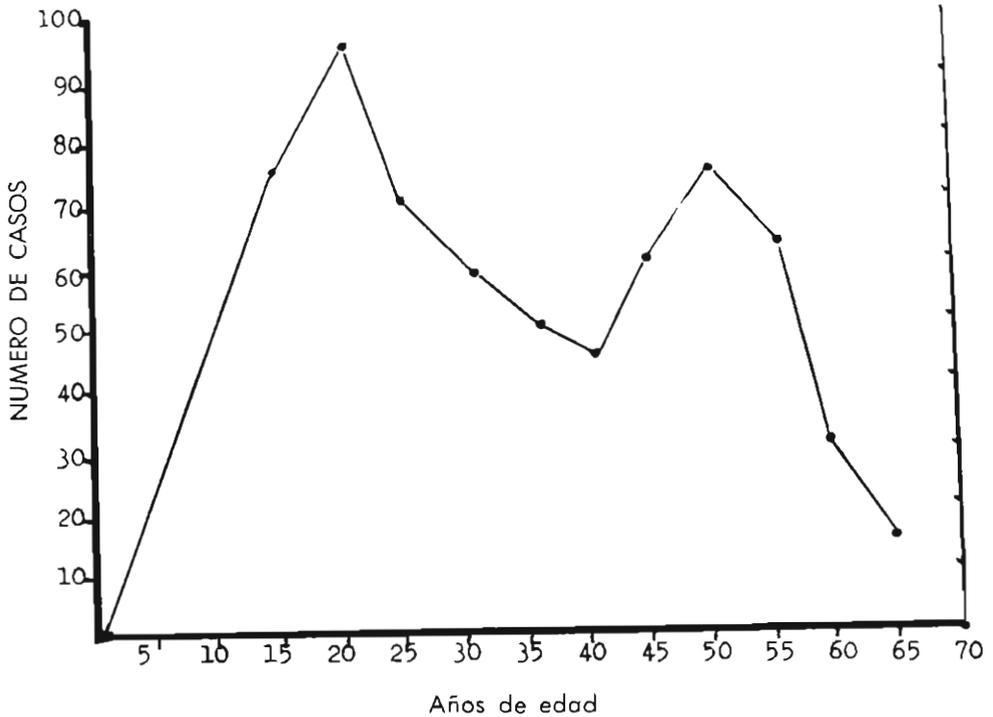
No es nuestra intención en esta presentación hacer el análisis de las causas que motivaron los diferentes tipos de hemorragia disfuncional, pero queremos hacer presente que el tipo de pacientes que acuden a nuestro Hospital corresponde a gente de muy bajo ni-

vel socio económico, donde es regla hallar todos los grados de desnutrición y sus consecuencias.

En lo que respecta a la edad en la que se hallaron con mayor frecuencia este tipo de alteraciones en nuestros casos se puede apreciar que la curva de incidencia tiene dos picos. Uno correspondiente a los años post adolescencia (15-19) y otro pico de la curva correspondía a los años de la pre menopausia. Gráfica N° 1.

HOSPITAL DANIEL A. CARRION 1969 - 1974

CASOS DE HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL EN RELACION A LA EDAD



La mayor parte de los casos de hemorragia disfuncional anovulatoria estudiados correspondieron a pacientes del primer grupo. Según algunos autores la hemorragia disfuncional en esta edad de la adolescencia es tan común que se debe considerar normal.

Se acepta que la posible causa de los ciclos anovulatorios frecuentes en esta temprana edad estaría en relación a falta de maduración del mecanismo endocrino comandado por el eje hipotálamo-hipofisiario. Parece que en la pubertad hay una tendencia al hiperestrinismo la cual puede ser más o menos modificada por situaciones de stress.

También con frecuencia en estos casos se halla ciertos grados subclínicos de hipotiroidismo.

Entre los casos diagnosticados como hiperplasia endometrial se hallaron todas las variantes de esta entidad clínica patológica, predominando en unos el componente epitelial sobre la hiperplasia estromal, en otros se apreciaba francamente participación de ambos, epitelio y estroma y en algunos pocos casos la hiperplasia fue predominantemente estromal. En un caso solo se halla hiperplasia estromal.

Los casos de hiperplasia adenomatosa, en los pocos casos en los que por una u otra circunstancia se realizó con-

juntamente con la obtención de la muestra del curetaje endometrial, extirpación de uno u ambos ovarios, mostró cierta relación con fenómenos de hipertecosis con cuerpos luteos quísticos.

Solo tuvimos 41 casos de endometrio del tipo atrófico en nuestra serie a pesar que se considera que en la edad senil ésta es muy frecuente, posiblemente es debido al tipo de población que se atiende en el Hospital, esto es población relativamente muy joven.

En estos casos se acepta que la función ovárica en general esta declinando más que debida a alteraciones del eje hipotalamo hipofisario.

En cuatro casos se halló hiperplasia post menopáusica; en estos casos se acepta que existe algún tipo de hiperestrogenismo. Se asocia generalmente a hipertecosis ovárica.

En lo que concierne a los otros tipos de alteración endometrial de nuestra serie, se tiene que en 186 se diagnosticó fase secretora. Indudablemente en esos casos de hemorragia ovulatoria, existieron algunas mínimas alteraciones de la fase secretora normal que fueron causantes de esta sintomatología.

Los casos de descamación irregular, maduración irregular, descamación masiva, fase secretora deficiente, fase secretora retardada y lo de secreción disociada, constituyen un porcentaje menor, indicándonos que en la mayor parte de los casos las alteraciones histopatológicas del endometrio causantes de hemorragias, todavía no son claramente conocidas o no tienen un substrato morfológico que permita hacer un diagnóstico correcto.