

Hemorragias en gineco- obstetricia *

Dr. MANUEL URRUTIA RUIZ †

P RIMORDIALMENTE, conviene sentar como principio básico que la hemorragia genital en la mujer no es una enfermedad, sino más bien un síntoma común a múltiples afecciones: funcionales, orgánicas, psicósomáticas, etc. Por tanto, decir que una paciente presenta hemorragia genital equivale a quedarnos en la antesala, pero en forma alguna haber llegado al diagnóstico.

Las hemorragias genitales son muchas veces descuidadas por la propia paciente, unas veces por su falta de cultura y otras veces por un mal entendido pudor. En una buena parte muchas de estas enfermas acuden tardíamente a la consulta mostrando la repercusión sobre su organismo de las pérdidas sanguíneas abundantes o prolongadas y habrá que tener en cuenta en estos casos, además del padecimiento que motiva la hemorragia genital, la anemia secundaria consecutiva.

Hay que reconocer, que en no pocas ocasiones, son los propios médicos los que prestan poca atención al síntoma y por diversos motivos no efectúan un examen clínico completo y minucioso de la enferma. Con ésto se pierde la oportunidad de obtener datos valiosos para el diagnóstico, por la precipitación de hacer una terapéutica sintomática, las más de las veces desacertada.

Las hemorragias genitales de la mujer pueden ser de tres tipos, según hacia donde se vierta la sangre:

1. *hemorragia genital externa*, cuando la sangre sale al exterior por la vulva o más excepcionalmente a favor de un trayecto fistuloso (fístulas útero-parietal, útero-vesical o útero-rectal).

* Tema del Simposio de hemorragias.

† Profesor de Clínica Ginecológica. Facultad de Medicina. Universidad de México.

2. *hemorragia genital interna*, la sangre procedente de los genitales femeninos se vierte en el interior del organismo, ya sea en la cavidad peritoneal, constituyendo el hemoperitoneo, o bien por debajo de la serosa peritoneal, formando el hematocele subperitoneal; más raramente debajo de una mucosa, como el trombo vaginal o en el interior de una víscera genital, como en la hemorragia intraovárica, el hematosalpinx, el infarto uterino, etc.

3. *hemorragia genital mixta*, la sangre se vierte tanto al exterior, como en el interior del organismo. Tal es el caso del embarazo ectópico, en el cual la hemorragia interna es la más cuantiosa, grave e importante, coincidiendo con pérdidas sanguíneas externas de menor cuantía, condicionadas éstas por la reacción deciduiforme del útero, en tanto que la primera es consecuencia de la ruptura tubaria.

En esta exposición no vamos a tratar de los excesos menstruales, por tanto nos desentenderemos de esas irregularidades que se caracterizan por su mayor abundancia (hipermenorrea), duración más prolongada (polimenorrea) y su presentación más frecuente (polaquimenorrea).

Es muy importante definir términos. Se utiliza la designación de *menorragia* para denominar una menstruación excesiva en su abundancia y duración (hiper y poli-menorrea) dejando el término de *metrorragia* para los sangrados fuera de los períodos menstruales; y el de *menometrorragia*, cuando se trata de una menstruación abundante, prolongada, que dura más allá de una semana y que abarca gran parte del ciclo menstrual. Las hemorragias que vamos a tratar versarán exclusivamente sobre las dos últimas variedades: metrorragias y menometrorragias; no trataremos las menorragias, que simplemente constituyen excesos menstruales.

CLASIFICACIÓN DE LAS HEMORRAGIAS GINECO-OBSTÉTRICAS

En la práctica vamos a ver hemorragias genitales en tres grandes grupos de pacientes, un primer grupo de niñas y adolescentes, un segundo, de mujeres en plena época de actividad genital y un tercero de mujeres de edad, pre y particularmente post-menopáusicas. Por tanto con un sentido clínico y realista del problema, vamos a clasificar las hemorragias genitales de la mujer, en la forma siguiente:

- a) Hemorragias en niñas y adolescentes,
- b) Hemorragias del período de actividad genital,
- c) Hemorragias de la mujer de edad.

Hemorragias en niñas y adolescentes.

Conviene apreciar dos subgrupos: las hemorragias en la niña o pre-puberales y las hemorragias en la adolescencia o sean las de la pubertad.

1. Hemorragias pre-puberales. Pensar ante todo en la posibilidad de que pueda tratarse de una pubertad precoz, con establecimiento de sangrados menstruales rítmicos, periódicamente repetidos y aparición de signos sexuales secundarios que se manifiestan precozmente en la niña. Posiblemente entre las causas más frecuentes de sangrados genitales en esta edad se encuentran dos: *a)* los traumatismos, cuya sola anamnesis basta para establecer la etio-patogenia de la hemorragia y *b)* las vulvitis y vulvo-vaginitis, ya sean específicas, banales o mixtas, pero que rara vez llegan a dar un sangrado de cuantía para calificarlo de hemorragia.

2. Hemorragias de la pubertad. En la adolescencia hay que tener muy en cuenta que las hemorragias genitales pueden estar condicionadas muy especialmente por enfermedades generales: tuberculosis, afección cardíaca (estenosis mitral), heredo-lues, hemopatías (leucemia), hemogenia, etc. Los tumores suelen presentarse con escasa frecuencia en esta edad, particularmente las neoplasias malignas, como el sarcoma uterino, el tumor de células de la granulosa del ovario o el disgerminoma ovárico. Es también la época en que se presentan las hemorragias funcionales, es decir la metropatía hemorrágica o enfermedad de Brennecke-Schroder, o bien algunas distrofias ováricas como la degeneración esclero-quística de los ovarios.

Hemorragias del período de actividad genital.

En este período de actividad reproductora de la mujer, se multiplican los factores que condicionan las hemorragias más graves e importantes, así como también aumentan al máximo su incidencia. Son también las que más confunden en cuanto a su diagnóstico y las que en veces obligan a intervenir con apremiante urgencia.

Tratando de hacer más didáctica su exposición las subdividiremos en cinco subgrupos: en primer término, hemorragias que se presentan como complicaciones de la gravidez; en segundo lugar, hemorragias condicionadas por una ginecopatía; en tercer sitio hemorragias aparen-

temente primitivas; en cuarto lugar de origen psicosomático y en quinto término hemorragias de causa general orgánica.

1). Perturbaciones de la gravidez. La asociación sangrado-embarazo es muy frecuente de encontrarse, ya sea por aborto, gestación ectópica, embarazo molar, placenta previa, etc. Para su estudio clínico correcto es preferible reagruparlas de acuerdo con el trimestre de la gestación en que son más prevalentes y características. Coincidiendo con la gestación también se pueden ver lesiones genitales capaces de provocar hemorragias, como las cervicitis, los pólipos cervicales o el carcinoma cérvico-uterino.

2). Las ginecopatías son causantes de una gran proporción de hemorragias genitales en esta época de actividad reproductora en la mujer. En especial las infecciones agudas y crónicas, las cervicitis en sus distintas variedades, las endometritis y más raramente las vulvo-vaginitis.

Posiblemente la patología del cuerpo uterino sea la que influye más en la etiología de las hemorragias genitales en la mujer adulta, particularmente la tumoral, como puede verse en los miomas uterinos, los pólipos endometriales, la adenomiosis, el carcinoma cérvico-uterino, el cáncer del cuerpo uterino, el corio-carcinoma, el sarcoma, etc.

Una tumefacción o tumor para-uterino también puede condicionar hemorragias, como se presentan en las anexitis agudas y crónicas, en los tumores ováricos (quísticos, sólidos, benignos o malignos, funcionales o neutros), en la tuberculosis genital con lesiones salpingianas predominantes y en la gestación ectópica ya considerada en las perturbaciones de la gravidez, pero que también puede caer en este grupo por dar tumefacción para-uterina palpable.

3). Metrorragias aparentemente primarias. Estas hemorragias son muy interesantes, pues aparentemente no parecen tener una etiología orgánica, ni local ni general. Bien analizadas, se pueden reconocer dos lotes de enfermas, unas con lesiones mínimas, de difícil reconocimiento, que es necesario investigar cuidadosamente hasta identificarlas y otras realmente sin causa orgánica aparente, que son las que merecen realmente el nombre de hemorragias funcionales.

Las primeras, o sean esas hemorragias de causa orgánica mínima, oculta, pero demostrable al final de una pesquisa clínica minuciosa, pueden reagruparse en dos lotes: a). lesiones benignas, casi siempre de tipo polipoide, como los pólipos placentarios, endometriales, miomatosos, mucosos, etc. (identificables por histerografía, biopsia endo-

metrial o histeroscopia). b). lesiones malignas, un carcinoma endocervical sin lesiones en ectocervix y que puede pasar inadvertido a un examen ginecológico superficial, pero que puede revelar un examen colposcópico de Papanicolau, y corroborar una biopsia endocervical, y más raramente un cáncer endometrial incipiente, en que recurriendo al examen citológico o a la biopsia endometrial se puede diagnosticar.

Las segundas, o sean las hemorragias funcionales, pueden ser verdaderas, como la metropatía hemorrágica o enfermedad de Brennecke-Schroder (que se ve con máxima frecuencia en los extremos de la época de actividad sexual, en su forma juvenil o bien en la pre-menopáusicas). Otras de estas hemorragias pueden denominarse falsas funcionales, y son debidas a causas múltiples, tales como: infecciones atenuadas del ovario, distrofia esclero-quística del ovario, quistes retencionales o funcionales del ovario (foliculínicos, luteínicos), esclerosis uterina, metritis parenquimatosa deciduiforme, etc.

4) Hemorragias de origen psicógeno. Con motivo de conmociones psíquicas intensas, algunas mujeres pueden presentar hemorragias genitales. El tipo constitucional, y el temperamento de la mujer las hace reaccionar muy diferentemente a unas de otras, y hasta en forma totalmente antagónica a los mismos estímulos. Son sobre todo las mujeres expansivas, exaltadas, entusiastas y alegres, las que tienen mayor tendencia a hacer una hemorragia en situaciones de pánico, (incendios, terremotos, asaltos, etc.) Estas hemorragias psíquicas o mejor aún psicosomáticas, pueden ser explicadas por dos mecanismos diversos: o bien a través del hipotálamo directamente a la hipófisis y por intermedio de ella al eje ovario-endometrio; o bien por excitación simpático-adrenal y mecanismo vaso-motor desencadenado bruscamente, en ocasión de choques emotivos y estados anímicos diversos.

5) Hemorragias de causa general. Son muy poco frecuentes, pero se pueden ver en ciertas cardiopatías, en perturbaciones de la coagulación sanguínea (púrpura, hemogenia), en ciertos padecimientos hematológicos (leucemias, etc.), en padecimientos vasculares como la arterioesclerosis, etc.

Hemorragias de la mujer de edad.

Pueden considerarse en dos períodos, el pre-menopáusicos y el post-menopáusicos de la senectud.

Hemorragias del período pre-menopáusico. Las vamos a encontrar en tres circunstancias: *a)* por modificaciones endocrinas, *b)* por lesiones benignas, *c)* por lesiones malignas.

a) Las hemorragias que presenta la mujer pre-menopáusica pueden ser debidas a alternativas de decaimiento funcional del ovario, otras veces a distrofia ovárica, de tipo esclero-quística o bien constituir el síndrome de la metropatía hemorrágica funcional pre-menopáusica.

b) Entre las lesiones benignas que pueden encontrarse como causales de hemorragia en esta época de la vida de la mujer, las más frecuentes son: las cervicitis crónicas, los pólipos cervicales y endometriales, los miomas uterinos, la adenomiosis, las distopias uterinas, la anexitis y los quistes ováricos.

c) La lesión maligna predominante en esta etapa es el carcinoma cervico-uterino, y en menor proporción el cáncer del cuerpo uterino, de la vagina, etc.

Hemorragias del período post-menopáusico (de la mujer anciana). También las podemos subdividir en tres lotes: *a)* por alteraciones endocrinas, *b)* lesiones benignas y *c)* lesiones malignas.

a) Por alteraciones endocrinas: son casi siempre lesiones de hipostrogenismo y con atrofia de epitelos, que van a manifestarse por pequeños sangrados a nivel de la vagina, del cervix o más raramente en el endometrio.

b) Como lesiones benignas tenemos las vulvo-vaginitis seniles, las cervicitis del mismo tipo, y los pólipos cervicales preferentemente.

c) Las lesiones malignas son múltiples y muy socorridas en esta época: el carcinoma cervico-uterino y las neoplasias malignas de ovario en sus diferentes variedades. Los dos tipos más comunes en esta época, son el adenocarcinoma del endometrio y el carcinoma de la vulva, típicos de la senectud.

ESTUDIO CLÍNICO

En la hemorragia genital deben estudiarse los siguientes aspectos:

- a)* Relación con la menstruación, después de un período de amenorrea, prolongando un sangrado menstrual en el período intermenstrual, sin ninguna periodicidad.
- b)* Coagulabilidad (tamaño y número de los coágulos).
- c)* Abundancia.
- d)* Duración: breve o prolongada; continúa o intermitente.

- e). Consistencia: sangre líquida, con grandes coágulos; otras veces fragmentos de mucosa, tumores o membranas.
- f) Coloración: rosa (sero-sanguinolento), café obscuro, rojo vivo; en veces etrias de sangre mezcladas con pus.
- g) Circunstancias en que se produce la hemorragia: provocada por el coito, por tacto vaginal, por ducha vaginal, por pequeños traumatismos, o bien espontáneamente.
- h) Síntomas asociados: metrorragia dolorosa, en el aborto, metrorragia indolora, principio de cáncer; metrorragia febril de las anexitis, etc.
- i) Procedencia del sangrado:
de genitales externos, vulva, vagina, cervix.
de cavidad endometrial y
excepcionalmente de la trompa.

Para estudiar a una enferma que presenta una hemorragia genital, debe procederse con método y de acuerdo con las reglas clásicas de la clínica, es decir no menospreciando el caso clínico y pensando en que es un asunto sencillo y fácil, que no vale la pena estudiar, y precipitándose a instituir una terapéutica falaz que posteriormente puede desorientar para un buen estudio clínico. Por lo tanto habrá que hacer un cuidadoso interrogatorio, de sus antecedentes familiares, patológicos, personales no patológicos, ginecológicos y obstétricos con mucho detalle y entrar de lleno en su padecimiento actual, recogiendo cuantos más datos se juzguen útiles. A continuación se hará examen físico general, de cabeza a pies para posteriormente concluir con una exploración ginecológica adecuada al caso particular.

Muchas veces con lo anterior basta para llegar al diagnóstico causal, pero otras veces tan solo se puede vislumbrar un diagnóstico de probabilidad y habrá que recurrir entonces a pruebas y exámenes complementarios. Los más útiles y por ello mismo los más frecuentemente usados son: la citología (Papanicolau), tanto para detección de cáncer, como para investigación de función hormonal; a continuación las biopsias, y siendo la mayoría de estas hemorragias de cavidad endometrial, es la biopsia del endometrio la que más frecuentemente se aplica, sin restar importancia, por ello, a la biopsia cervical que se aplica a las lesiones sospechosas o francamente neoplásicas. Muchas veces las circunstancias obligan para detener el sangrado de la cavidad endometrial a un legrado instrumental bajo anestesia general y se aprovechará la ocasión para enviar a estudio histopatológico los fragmentos que extraiga la cucharilla, constituyendo el legrado diagnóstico y terapéutico a la vez.

Como complemento de la exploración ginecológica, deberán hacerse, cuando las circunstancias así lo reclamen, algunas exploraciones como la inspección instrumental y amplificada del cuello, o sea la colposcopia y la medición de la cavidad endometrial o histerometría. Otras ocasiones se pensará en la conveniencia de ordenar, a posteriori, la ejecución de histerografía o histerosalpingografía, de ginecografías (neumopelvigrafía), de douglascopías, de curva de temperatura basal, etc. Es conveniente pedir los exámenes de laboratorio de rutina, particularmente la biometría hemática, que nos informará sobre la anemia concomitante; la sedimentación globular, que nos podrá dar idea de un proceso inflamatorio anexial, conjuntamente con la leucocitosis. Son también muy importantes las reacciones luéticas y la química sanguínea, como análisis básicos, pero que indudablemente estarán supeditados al caso particular y no deben ordenarse rutinariamente.

Por lo anterior ya puede colegirse que el calificar en diminutivo el problema de una enferma de éstas, diciendo que tiene una pequeña hemorragia, no solo puede ser despectivo sino decepcionante, porque estos casos suelen ser piedra de toque para acreditar o desacreditar la capacidad profesional de un médico.

DIAGNÓSTICO

Tomando en consideración todos los datos expuestos en el estudio clínico de las hemorragias genitales, vamos a tratar de dar la pauta clave para facilitar el diagnóstico. Para ello nada mejor que comenzar por analizar las circunstancias en que vamos a encontrar estas hemorragias en gineco-obstetricia:

1. Después de un período de amenorrea
2. Prolongando un sangrado menstrual
3. Hemorragia intercalar, no periódica
4. Después de un traumatismo
5. Hemorragia uterina irregular, atípica.

1. *Después de un período de amenorrea.* Hay un grupo muy numeroso de enfermas que tienen semanas, meses y aún años de no menstruar, es decir se encuentran en amenorrea, y bruscamente presentan una hemorragia genital; entonces hay lugar a considerar las siguientes posibilidades:

a) complicaciones del embarazo

b) mujer previamente castrada (por cirugía o radiaciones) en que las siguientes condiciones pueden determinar sangrado genital:

trauma

neoplasia

infecciones

medicación estrogénica.

c) hemorragia post-menopáusica

d) hiperplasia del endometrio (períodos de amenorrea que alternan sin ningún ritmo con hemorragias).

Indudablemente que de todas estas hemorragias que se presentan después de un período de amenorrea, resultan las más importantes, por su frecuencia y trascendencia las relacionadas con la gravidez. Y es de las reglas más importantes en buena clínica, pensar ante una amenorrea en mujer en período de actividad reproductora, en la posibilidad de una gestación, y al presentarse una hemorragia en estas condiciones, imaginar una complicación del embarazo o en la posibilidad de una lesión orgánica concomitante con el embarazo, como ya antes lo señalamos al tratar de la clasificación de las hemorragias gineco-obstétricas.

En el grupo de las mujeres previamente castradas, ya sea quirúrgicamente (resección de ovarios o de anexos, pero habiendo dejado útero) o bien por irradiaciones para tratar paliativamente miomas uterinos o una adenomiosis o con fines de profilaxia oncológica (en casos de carcinoma), o bien para tratar hemorragias genitales anteriores; se suelen encontrar curiosas e interesantes hemorragias, unas consecutivas a traumatismos vaginales o uterinos, otras veces por neoplasias, tanto benignas como los pólipos, como malignas de tipo carcinomatoso, especialmente de cuello uterino. Se pueden deber a infecciones cervico-vaginales, favorecidas por la falta de influencia trófica hormonal de los ovarios (suprimidos quirúrgicamente o por radiación). Con frecuencia se les prescribe a estas enfermas estrógenos a grandes dosis y sin ningún control, para combatir el síndrome vasculo-espasmódico, y se provocan con ello sangrados en veces alarmantes por su cuantía, o porque pueden hacer suponer la existencia de una neoplasia maligna que deberá dilucidarse con exámenes citológicos y biopsias.

En las enfermas de edad, ancianas, que hacen hemorragias post-

menopausia, habrá que hacer las mismas consideraciones que ya señalamos al hablar de la clasificación de las hemorragias en gineco-obstetricia. Bueno es recalcar, que nuestra conducta clínica debe encaminarse primordialmente a investigar la posibilidad de una neoplasia maligna, recurriendo a las pruebas oncológicas que sean necesarias hasta demostrar su existencia. No deberá quedar conforme el clínico con que esas pruebas resulten negativas, pues deberá esforzarse por llegar al diagnóstico etiológico de la causa del sangrado, para poder establecer un tratamiento apropiado.

Existe una alteración muy peculiar del endometrio, condicionada por una disendocrinia ovárica, que se caracteriza por la hiperplasia endometrial, con hipertrofia del estroma principalmente y también de las glándulas (hiperplasia estromal, hiperplasia quística del endometrio), que además de provocar sangrados irregulares y en ocasiones verdaderas hemorragias, tiene de peculiar determinar amenorreas, más o menos prolongadas, por lo cual puede suceder que después de una de estas amenorreas la enferma haga una hemorragia genital. El diagnóstico se basa en los hallazgos de la biopsia del endometrio, los frotis vaginales investigando función hormonal, así como la curva de temperatura basal. El padecimiento se caracteriza por folículos persistentes, y más raramente por un quiste del cuerpo amarillo; estas alteraciones a nivel de los ovarios son responsables de niveles estrogénicos en la sangre persistentes, en veces discretamente elevados, otras normales y aún descendidos, pero sostenidos y que terminan por frenar la hipófisis provocando amenorreas, que se ven abruptamente interrumpidas, por hemorragias de privación al descender el nivel estrogénico persistente hasta esa fecha. En cierta parte, la insuficiencia hepática o bien padecimientos del hígado pueden contribuir a esto por la ausencia de inactivación de los estrógenos por el parenquima hepático, por lo tanto dará un relativo aumento o persistencia de los estrógenos circulantes. Sea cual fuere la modalidad, lo cierto es que la hiperplasia del endometrio representa una respuesta de crecimiento excesiva e irregular, con episodios de sangrado uterino.

Es necesario que nos detengamos a analizar con mayor detalle las hemorragias que complican el embarazo, por ser las más comunes en la práctica y de la máxima importancia. Para estudiarlas mejor conviene agruparlas, según los trimestres clásicos de la gravidez, a saber:

1. Primeros trimestres de la gestación
 - a) Aborto
 - b) Embarazo ectópico
 - c) Mola hidatiforme
2. Ultimo trimestre de la gestación
 - d) Placenta previa
 - e) Desprendimiento placentario prematuro, etc.
3. Parto y postpartum inmediato
 - f) Ruptura uterina
 - g) Laceraciones del cérvix, la vagina, el periné, etc.
 - h) Retención de membranas o fragmentos placentarios.

Nos desentenderemos deliberadamente de las hemorragias del último trimestre, así como de las del parto y post-partum inmediato, porque ellas son de la competencia del tocólogo. En ellas está plenamente confirmada la existencia de una gestación y el diagnóstico se empeña exclusivamente en investigar la o las circunstancias que motivan la hemorragia.

Resultan muy distintas las hemorragias de los primeros trimestres de la gestación, en que en veces existe la duda de su existencia. El diagnóstico debe empeñarse en primer término en comprobarla y en segundo plano, tal vez el más importante, en investigar la complicación o lesión genital que determina el sangrado.

Comencemos por el aborto, reconociendo desde luego sus diferentes modalidades:

1. Amenaza de aborto
2. aborto inminente
3. aborto en evolución
4. aborto completo
5. aborto incompleto
6. aborto séptico
7. aborto habitual.

De estas diferentes variedades, las dos primeras se acompañan de sangrados relativamente insignificantes o de mediana cuantía, en tanto que el aborto en evolución, el incompleto y el séptico son los que pueden dar más graves hemorragias, especialmente cuando hay retención de membranas o fragmentos ovulares. Conviene precisar el cuadro clínico que permite establecer el diagnóstico de aborto:

amenorrea

signos y síntomas de embarazo

prodromos (malestar o dolor lumbo-sacro)

dolores espasmódicos, intermitentes de tipo cólico uterino

sangrado coincidente con los dolores

cuello uterino blando, en veces entreabierto

cuerpo uterino grande, globuloso

istmo uterino reblandecido.

En estas circunstancias ¿cuál es la conducta terapéutica pertinente? La prudencia aconseja desde luego hacer un taponamiento vagino-cervical, si el aborto es inminente o está en evolución, para favorecer la dilatación del cuello uterino y moderar la pérdida sanguínea, mientras se hacen preparativos para favorecer y completar la dilatación y proceder al vaciamiento y en ocasiones al legrado uterino. Posteriormente a dicho vaciamiento hay que apresurarse a ayudar a la contracción uterina con ocitócicos del tipo de los alcaloides del cornezuelo de centeno, del zoapatle o del lóbulo posterior de la hipófisis. Si la pérdida hemática ha sido cuantiosa, proceder de inmediato a reponer fluidos y electrolitos, con sueros y mejor aún, transfusión sanguínea. Como en buen número de estos abortos hay manipulaciones múltiples y en ocasiones con poca asepsia, es conveniente prescribir en el post-aborto inmediato, antibióticos y agentes quimioterapéuticos, para prevenir la infección séptica subsecuente.

Otra de las complicaciones frecuentes de la gravidez en su primer trimestre es el embarazo ectópico, que condiciona graves hemorragias internas, y moderados sangrados uterinos que se vierten por vagina y vulva al exterior. De todos es bien conocido que existen diversas localizaciones y modalidades de la gestación ectópica, pero nos vamos a referir a su forma más común y frecuente, es decir al ectópico tubario, y al accidente que lo complica en más elevada proporción, la ruptura tubaria. El cuadro clínico se caracteriza por:

Antecedentes de posible embarazo de pocas semanas

amenorrea

retardo o irregularidades menstruales

antecedente de período de esterilidad secundaria

dolor agudo abdominal, en cuadrante inferior de un solo lado,

estado sincopal y/o colapso

náuseas, vómitos

signos de hemorragia interna

cuadro de perforación visceral, de aparición brusca,

A la exploración se encuentra:
ausencia de contractura abdominal,
dolor a la palpación profunda en hipogastrio y cuadrante inferior abdominal,
dolor en el arco de Douglas,
masa anexial blanda, crecida y dolorosa
útero grande, blando y lateralizado al lado opuesto de la masa anexial.

El cuadro clínico cuando es típico es de tal manera definitivo que impone el diagnóstico, pero hay situaciones un poco indecisas, cuadros clínicos mal caracterizados, que hacen necesario el recurrir a pruebas diagnósticas complementarias: la punción diagnóstica del fondo de saco vaginal posterior, la douglasoscopia, la biopsia de endometrio, las pruebas diagnósticas de embarazo, mencionadas en el orden de importancia en que coadyuvan al diagnóstico.

La conducta terapéutica adecuada es una intervención quirúrgica urgente, para controlar en primer término la hemorragia, y a continuación proceder a la remoción adecuada de tejidos patológicos. Con un espíritu conservador, se debe limitar la exeresis a la trompa y en veces a parte de ella con plastia del muñón restante, respetar siempre ovario, revisar el anexo del lado opuesto y evitar operaciones accesorias. Es muy importante tratar la anemia aguda concomitante, tanto pre como transoperatoriamente, con sueros, plasma y principalmente a base de transfusiones sanguíneas.

La mola hidatiforme es otra complicación del embarazo que condiciona hemorragia genital, y se presenta en una baja proporción (1 x 3000 embarazos). Es más común en el segundo trimestre de la gestación. La mola hidatiforme es una degeneración quística de las vellosidades coriales, que se inicia al principio del embarazo, con muerte y reabsorción del embrión. Clínicamente se identifica por los siguientes síntomas y signos:

amenorrea y síntomas francos de gestación,
náuseas y vómitos pronunciados,
crecimiento rápido y desproporcionado del útero.
escurrimiento vaginal sanguinolento,
expulsión de vesículas hidatiformes, en forma de racimos de uvas,
dolores intermitentes de tipo cólico y expulsión de un huevo anormal (aborto molar),
excepcionalmente síntomas de perforación y de hemorragia interna, cuando los elementos coriales invaden y perforan la pared uterina,
hipertensión arterial, albuminuria y otros signos de toxemia gravídica.

Ante esta situación patológica se impone el vaciamiento del útero, en cuanto se confirma el diagnóstico, si aún no se ha realizado el aborto molar, o este ha sido incompleto. Por el adelgazamiento de la pared del útero es preferible el legrado digital y no con la cucharilla. Es conveniente reponer la sangre perdida, con transfusiones y vigilar por un largo tiempo a esta enferma con dosificaciones de gonadotrofinas coriónicas, para ver si desaparecen las cifras tan elevadas que se encuentran en estas pacientes antes del aborto o del vaciamiento, pues en caso de persistir o mostrar tendencia a subir, debe hacer sospechar en la posible existencia de un corio-epitelioma y obligará a un legrado diagnóstico.

2. *Prolongando un sangrado menstrual.* Hay un buen número de enfermas que señala claramente que les vino en su fecha la menstruación, pero que en vez de cesar a su debido término se ha prolongado y continúan sangrando hasta la fecha de la consulta. Unas veces es primera vez que se les presenta, otras mujeres relatan episodios semejantes anteriores. Estas hemorragias propiamente hablando son menstruaciones profusas y prolongadas, que se extienden a más días de los habituales, durando 12 a 15 días y a veces más. Eran denominadas antiguamente meno-metrorragias, y en efecto dan la impresión de conjuntarse la menorragia con la metrorragia.

Casi todas ellas obedecen a lesiones orgánicas que interfieren con la cicatrización y regeneración normal del endometrio, que sigue a la descamación de las capas superficiales, característico del fenómeno menstrual. Por tanto es común verlas en enfermas portadoras de:

- mioma submucoso
- pólipo endometrial
- endometritis
- descamación irregular del endometrio
- hiperplasia de endometrio
- cáncer de cuerpo uterino
- adenocarcinoma endometrial
- adenoacantoma endometrial

3. *Hemorragia intercalar, no periódica.* Son hemorragias que se presentan intempestivamente en pleno período intermenstrual, sin ritmo fijo, y obedeciendo a factores orgánicos, lesiones o accidentes, que interfieren el ciclo ovárico normal y que en cierto modo desencadenan

un sangrado antes de tiempo, en ocasiones abundante. Estas hemorragias se ven consecutivamente a:

Dan cuadro abdominal agudo	{	torsión de quiste ovárico torsión de trompa de falopio ruptura de un folículo ovárico ruptura de cuerpo amarillo accidentes por caídas o golpes infección o absceso ovárico
----------------------------	---	--

4. *Después de un traumatismo.* Las enfermas tienen tendencia a atribuir con suma frecuencia sus hemorragias a traumatismos diversos, especialmente caídas y sentones, pero para considerar como verdadera y real esta etiología deberá existir una relación de causa-efecto concomitante e inmediata, de lo contrario es para dudar de dicha relación.

Existen traumatismos, diversos y de intensidad muy variable, capaces de provocar hemorragias genitales muy importantes. Estas hemorragias son relativamente sencillas de identificar por el solo dato anamnéstico y pueden encontrarse en las siguientes situaciones:

- a) grandes traumatismos pélvicos
fracturas de la pelvis
rupturas viscerales
- b) traumatismos moderados que interfieren con el ciclo ovárico normal
- c) traumatismos mínimos
contacto marital, duchas vaginales, etc.:
- d) empalmientos casi siempre denuncian lesión ginecológica particularmente frágil: carcinoma cérvico-uterino, pólipo cervical, etc.

5. *Hemorragia uterina irregular y atípica.* Estas hemorragias acíclicas y caprichosas en su aparición y caracteres también se les designa con el nombre de metrorragias para distinguirlas de los sangrados menstruales normales y de los excesivos y prolongados que se denominan menorragias. Estas metrorragias, tan invariables en su presentación, duración y cuantía, casi siempre obedecen a una lesión orgánica del útero y van a encontrarse en:

carcinoma cérvico-uterino
miomas corporales o cervicales
pólipos cervicales,

pólipos endometriales
 adenomiosis (endometriosis miometrial)
 cáncer del cuerpo uterino
 adenocarcinoma del endometrio
 adenoacantoma del endometrio
 erosiones del cervix uterino
 hiperplasia del endometrio
 procesos inflamatorios pélvicos
 sarcoma uterino
 corioepitelioma, etc.

TERAPÉUTICA

El tratamiento debe ser preferentemente etiológico y adecuado al caso particular. No vamos a poder especificar la terapéutica de todas y cada una de las afecciones gineco-obstétricas mencionadas como causas de hemorragia genital, por falta de espacio y tiempo y porque equivaldría a repasar todos los capítulos de la especialidad.

Hemos anticipado el tratamiento de tres entidades gineco-obstétricas, por su frecuencia, importancia y peculiaridades, y no volveremos a hablar sobre la terapéutica del aborto, del embarazo ectópico y de la mola hidatiforme.

El tratamiento del sangrado uterino patológico vamos a esbozarlo en términos generales, dando directrices comunes, que deberán aplicarse con criterio adecuado a cada caso particular y adicionarlas de otras medidas apropiadas a un determinado tipo de hemorragia genital.

Esas medidas terapéuticas generales se pueden concretar en los siguientes puntos:

- Tratamiento de la anemia secundaria
- Empaque o taponamiento con gasa
- Estimular contracción uterina
- Mejorar y favorecer la coagulación sanguínea
- Lagrado uterino instrumental (terapéutico y diagnóstico)
- Endocrinoterapia
- Tratamiento por radiaciones (por su efecto hemostático)
- Tratamiento quirúrgico causal:
 - electrocoagulación cervical,
 - extirpación de pólipos
 - histerectomía.

LO QUE NO DEBE HACERSE

a) Pasar por alto la exploración ginecológica, equivale a perder la oportunidad de llegar al diagnóstico.

b) Dar tratamiento sin tener diagnóstico, viene a ser sinónimo de fracaso.

c) Recurrir a la terapéutica hormonal de inmediato y sin diagnóstico, pues se expone el médico a ver que se repitan las hemorragias y además se falsean las pruebas diagnósticas subsecuentes.

d) Emplear occitócicos si no están indicados, v. gr. en una lesión neoplásica maligna de cuello uterino.

e) Dejar taponamientos por varios días, pues de este modo se favorecen estancamientos, infecciones y reproducción de las hemorragias; un término medio es el de 24 horas.

f) Descuidar la anemia concomitante, y no dar tratamiento adecuado para reponer la pérdida sanguínea (especialmente transfusiones sanguíneas).

Para concluir y reconociendo que todo lo anterior ha sido tan solo un bosquejo del vasto y complejo problema de las hemorragias en gineco-obstetricia, debe recalarse que dentro de la triada ginecológica clásica, hemorragia, dolor y flujo, tal vez el síntoma más frecuente que presentan las ginecopatías es el primero, o sea la hemorragia.

REFERENCIAS

- Ahumada, Juan C. y Col.: *Tratado elemental de Ginecología. Patología del ciclo genital*. 4: 113-146, 1952.
- Ahumada, Juan C. y Col.: *El cáncer ginecológico*. 1953.
- Alvarez Bravo, A.: El ciclo menstrual normal. *Rev. Méd. del Hosp. Gral. México*, D. F. Núm. 6. marzo. 421-433, 1947.
- Alvarez Bravo, A.: Trastornos menstruales y hemorragias uterinas. *La Prensa Médica Mexicana*. febrero 15 y marzo 15, 1943.
- Alvarez Bravo, A. y Urrutia Ruiz, M.: Mecanismo de la Menstruación 1er Tomo de las *Memorias del Primer Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia*. México, D. F. Edit. Jus. 1949.
- Calatroni, C. J., y Ruiz V.: *Terapéutica Ginecológica. Capítulo V. Tratamiento de la metropatía hemorrágica*, pags. 69-82; *Capítulo VI. Tratamiento de las hemorragias genitales*, págs. 83-100. 1946.
- Conill Montobbio, V.: *Tratado de Ginecología y de Técnica Terapéutica Ginecológica. Menorragias y metrorragias*. 106-116, 1946.
- Cotte, G.: *Troubles Fonctionnels de l'appareil genital de la femme* 4. La menstruation et ses troubles. *Hypermenorrhées, polymenorrhée et metrorragies*. 389-490, 1949.

- D'Allaines, F. y Col.: *Pathologie Chirurgicale 4. Urologie-Gynecologie. Hémorragies utérines.* 738-751, 1956.
- Fluhman, F.: *The management of Menstrual Disorders.* 16, 21 y 22, 1956.
- Forsdike and Peel, J. H.: *Textbook of Gynecology. Disorders of Menstrual function. Menorrhagia and metrorrhagia.* 97-104, 1944.
- Fernández del Castillo, C.: *Ginecorragias. Tesis Profesional. Facultad de Medicina, Méx., D. F., 1955.*
- Guerrero, C.: *Control de las hemorragias disfuncionales uterinas con dosis masiva de hormona folicular.* *Rev. Ginec. y Obst. de Méx.* 1. 79-94, 1946.
- Guerrero, C.: *Esterilidad y trastornos menstruales.* *Rev. Ginec. y Obst. de Méx.* 1, 3. 191-198, 1947.
- Guerrero, C.: *Semiología por interrogatorio del sangrado genital de la mujer.* *Rev. Informaciones Grossman.* 2. 36-44, 1952.
- Hamblen, E. C.: *Endocrine Gynecology.* 1939.
- Hoffman, J.: *Female Endocrinology. Functional uterine bleeding.* 326-361, 1944.
- Greenblatt, B.: *Hemorragia uterina funcional. Segundo Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. 2º Tomo,* 1955.
- Jeffcoate, T. N. A.: *Principles of Gynaecology. Abnormal and excessive haemorrhage from the uterus and vagina.* 480-499, 1957.
- Laffont, A. y Douay, E.: *Encyclopedie Medico-Chirurgicale. Gynecologie. Volume I. Hémorragies génitales de la femme.* 47-48 page 1-6 *Troubles de la menstruation.* 43-46, 1-9.
- Mazer, Charles y Israel, S. L.: *Diagnosis and treatment of menstrual disorders and sterility. Cap. XVIII, XIX, XX y XXI.* 228-313, 1941.
- Meigs, Joe V. y Sturgis, Somers H.: *Progress in Gynecology. 3. Functional excesses of uterine bleeding.* 121-129, 1946.
- Meigs, Joe V. Sturgis, y Somers H.: *Progress in Gynecology. 2. Functional uterine bleeding. 3. Hemorrhagic hyperplasia of the endometrium.* págs. 167-178, 1957.
- Novak, Emil. *Textbook of Gynecology. Uterine bleeding.* 597-613, 1948.
- Roura Roses, J.: *Las metrorragias. Manuales de Medicina práctica.* 1946.
- Urrutia Ruiz,: *Errores de diagnóstico en el Fibromioma uterino.* *Rev. Ginec. y Obst. de México.* 3: 321, 1948.
- Urrutia Ruiz, M.: *Sangrados menopáusicos no cancerosos.* *Rev. Mex. de Ginec. y Obst.* 8: 327, 1953.
- Urrutia Ruiz: *Douglascopea (comunicación preliminar).* *Rev. Ginec. y Obst. de Méx.* 6: 287, 1949.
- Wharton, L.: *Ginecología con una Sección de Urología Femenina. Hemorragia uterina funcional.* 164-173. *Hiperplasia del endometrio.* 177-183. *Hemorragia p ostmenopáusica.* 183-186, 1950.
- Zenteno, G.: *Lecciones de Ginecología. Méx., D. F. Metrorragias. Pérdidas sanguíneas funcionales.* 137-163, 1947.