

CARLOS MACGREGOR SÁNCHEZ NAVARRO\*

HEMORRAGIAS  
UTERINAS  
DE ORIGEN  
GINECOLOGICO

**S**I BIEN EL SANGRADO uterino anormal de origen ginecológico es muy frecuente, por fortuna lo son menos los sangrados tan copiosos que signifiquen verdaderamente una urgencia que justifique su inclusión en este capítulo. A pesar de lo anterior y partiendo de la base de que independientemente de la cuantía del sangrado la etiopatogenia es común, vamos a ocuparnos de hacer una revisión breve de las causas que con más frecuencia pueden producir un sangrado uterino anormal capaz de significar una urgencia. Es razonable seguir el concepto que divide para su estudio a estos sangrados en dos grandes grupos: los sangrados uterinos que obedecen a una causa orgánica demostrable y aquellos en los que no es posible mostrar causa orgánica alguna y que se etiquetan de disfuncionales. La utilidad de esta subdivisión es inobjetable pues el sangrado reconoce mecanismos patogénicos diferentes en cada grupo y el manejo terapéutico también es distinto. De acuerdo con este criterio haremos un análisis de los sangrados de causa orgánica, en seguida de los disfuncionales; posteriormente puntualizaremos los aspectos fundamentales en el estudio integral de las pacientes con problema de sangrado uterino anormal y su manejo.

*I. Sangrados de causa orgánica.*

Como las causas pueden ser múltiples las reunimos para su estudio según el mecanismo fisiopatológico que condiciona el sangrado en los siguientes grupos:

1. *Los que interfieren con la contractilidad uterina.* Existen nume-

---

\* Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital de G. O. No. Uno, I. M. S. S. Profesor Titular de Clínica de Ginec. y Obst., Fac. de Medi., U. N. A. M.

rosas experiencias que demuestran el valor de la contractilidad uterina en el proceso de hemostasia, por esto se acepta que todo lo que altera la capacidad contráctil del músculo uterino puede ser causa de un sangrado uterino anormal.

Entre los más comunes recordamos en primer término a los miomas uterinos intramurales cuando son múltiples o bien de gran tamaño y substituyen la mayor parte de la fibra muscular por tejido tumoral. En segundo lugar por su frecuencia está la adenomiosis o endometriosis interna siempre y cuando el proceso afecte una buena extensión del útero; y en tercero y último la metritis crónica en donde la fibra muscular se ve substituída por tejido conjuntivo.

## *2. Los procesos que favorecen la hiperemia de los órganos pélvicos*

Es indudable que todo lo que condiciona un mayor aflujo sanguíneo al útero indirectamente está propiciando sangrados anormales; esto ocurre siempre que existen grandes tumores de los órganos pélvicos; en las retroversiones uterinas fijas, en los procesos adherenciales pelvi-peritoneales consecutivos a infecciones, en los vicios posturales, etc.

## *3. Los procesos que alteran el endometrio.*

Siendo el endometrio uno de los efectores más sensibles a la acción de las hormonas esteroides ováricas y el responsable directo de los sangrados menstruales en la mujer, se entiende que cualquier patología que asiente en él puede condicionar sangrados anormales. Ejemplo claro de lo anterior lo tenemos en el caso de los miomas si buscamos que se forman a partir de las fibras musculares cercanas al endometrio y a medida que crecen hacen prominencia en la cavidad uterina deformándola; el endometrio se adelgaza hasta desaparecer a nivel de la tumoración debido a que existe una irrigación deficiente. En ocasiones el tumor continúa creciendo hacia la cavidad uterina formando un pedículo que se alarga progresivamente, lo que condiciona con alguna frecuencia su necrosis. También en el caso de los pólipos endometriales que pueden ser únicos o múltiples y que frecuentemente asientan sobre un endometrio hiperplásico con dilatación quística de las glándulas.

Es causa muy frecuente la retención de restos corioplacentarios postparto o postaborto que puede ser motivo de sangrados copiosos que ocurren a distancia tal del evento que los condicionó que cuesta trabajo

relacionarlos; habitualmente el sangrado se debe a despegamientos parciales de estos fragmentos, que propicia la apertura de senos venosos o bien a la formación de verdaderos pólipos placentarios.

Por último debe tenerse presente que las neoplasias malignas del útero cuando se han dejado evolucionar en forma imprudente pueden ser causa de hemorragias muy importantes.

## *II. Hemorragia uterina disfuncional*

El término de hemorragia uterina disfuncional (o funcional) tan ampliamente discutido lo empleamos aquí no con el afán de intentar definirlo sino solamente para agrupar a todos los sangrados uterinos en que no ha sido posible demostrar una causa orgánica y que parecen obedecer a un desequilibrio endócrino.

Conviene para su estudio separar los sangrados anormales que ocurren en ciclos ovulatorios y los de ciclos anovulatorios, pues el manejo terapéutico de fondo es diferente en cada uno.

Entre los cuadros de sangrados anormales correspondientes a ciclos bifásicos destacan los siguientes:

### *1. La combinación de hiperplasia con endometrio secretor.*

Se invoca por diversos autores la posibilidad de actividad anormal de uno o unos folículos a pesar de haber ocurrido la ovulación, con la consecuencia sobreproducción de estrógenos que sumada a la acción de la progesterona da como resultado el aspecto característico del endometrio en el que se observan segmentos en fase secretoria normal alternando con zonas claramente hiperplásicas así como la presencia de mitosis en los tubos glandulares. La traducción clásica de los hechos anotados consiste en sangrados anormalmente abundantes y prolongados debidos a las irregularidades en la maduración y descamación del endometrio. Alcanza hasta el 20% de los sangrados disfuncionales.

### *2. Endometrio con descamación irregular*

De acuerdo a diversos reportes aproximadamente el 3% de los sangrados disfuncionales pueden corresponder a este grupo. Se invoca como una de las causas más probables la persistencia anormal del cuerpo amarillo con la consecuente acción luteínica sobre endometrio, justifican-

do así los hallazgos de endometrio secretor pleno desde la iniciación prácticamente el final del sangrado, alternando con zonas características de necrosis menstrual. Algunos autores creen que con más frecuencia la descamación irregular obedece a factores locales endometriales que dan una respuesta anormal a un estímulo adecuado.

### 3. *Sin patología evidente*

En un buen número de casos de sangrado disfuncional el estudio del endometrio muestra que se trata de un ciclo bifásico aparentemente normal.

Entre los sangrados anormales que no corresponden a ciclos bifásicos merecen citarse los siguientes:

#### 1. *Ovarios poliquísticos*

En los casos de enfermedad poliquística de los ovarios se encuentran diversos grados de hiperplasia endometrial debida al estímulo estrogénico continuo; en estos casos el sangrado realmente no parece deberse a deprivación hormonal sino a necrosis superficial de la mucosa uterina.

#### 2. *Persistencia del folículo*

Los casos de folículos persistentes se traducen por un endometrio proliferativo que en ocasiones puede ser discretamente hiperplásico. El sangrado se produce por deprivación hormonal, pues la ruptura del folículo condiciona la caída brusca de los estrógenos con la consecuente falta de estímulo al endometrio y su descamación inmediata.

#### 3. *Hipoestrogenismo*

La falta de estímulo estrogénico más o menos prolongado condiciona atrofia del endometrio y en ocasiones probablemente debido a la existencia de factores locales asociados se observan en este tipo de mucosa sangrados copiosos y prolongados.

### III. *Criterio de Manejo*

Solamente el estudio completo permite conocer la causa del trastorno y establecer el tratamiento adecuado.

La historia clínica minuciosa con énfasis en la exploración pelvi-ge-nital permiten una buena orientación diagnóstica. Acto seguido ante un caso de sangrado genital abundante o repetido debe practicarse siempre que las condiciones locales y generales lo permitan un legrado uterino total, que en un buen número de casos resulta terapéutico y sirve además para excluir neoplasias malignas de endometrio y conocer el patrón endócrino de la paciente.

Logrado el efecto terapéutico inmediato con el legrado y si el caso no se considera resuelto, pasado un tiempo prudente deben practicarse las pruebas que según la orientación diagnóstica se crean necesarias: histerografía, citología vaginal seriada, pelvioscopía transvaginal, dosificaciones hormonales, etc.

Terminado el estudio, si se comprueba una causa orgánica el tratamiento será específico para cada caso; por lo contrario si se etiqueta de trastorno disfuncional habitualmente vamos a vernos obligados a prescribir un tratamiento a base de hormonas esteroides ováricas del tipo de los clásicos ciclos 3:1 ó 3:2 para evitar que persista la anormalidad. Con este fin administramos estrógenos por vía oral a la dosis de 1 a 5 mg. diarios de dietilestilbestrol o su equivalente de cualquier otro estrógeno (etinilestradiol o sus derivados, estrógenos conjugados, etc.); su administración debe ser en forma ininterrumpida durante 20 días completándose el tratamiento con progesterona, 20 mg. en inyección intramuscular diaria a partir del 21o. día por 5 días, o un progestágeno activo por vía oral en los mismos días a razón de 5 mg. diarios si es derivado noresteroides o 2 mg. diarios si es del tipo de la clorprogesterona. Si el ciclo es del tipo 3:2 a la administración de los estrógenos se asocia progesterona, 20 mg. por vía intramuscular cada tercer día, del 17o. al 25o. día del ciclo o bien lo que es más razonable en la actualidad, se usa alguno de los progestágenos activos por vía oral del 15o. al 24o. día del ciclo artificial. En esta forma se obtiene una transformación adecuada del endometrio y un sangrado por privación de tipo menstrual normal; este tratamiento se repetirá un mínimo de tres ciclos por dos de descanso, con objeto de observar la respuesta espontánea.

En los casos de sangrados recidivantes en los que se cuenta con estudio previo del endometrio, puede en ocasiones utilizarse con fines hemostáticos una asociación tri-hormonal compuesta por: testosterona 50 mg. progesterona 25 mg. y benzoato de estradiol 1 a 3 mg. en inyección diaria i. m. durante 5 días. También con igual fin se obtienen buenos resultados con la administración de etinilestradiol y un progestágeno jun-

tos, por vía oral, cada 6 a 8 horas hasta la desaparición de la hemorragia. En cualquier forma este tipo de tratamientos sólo resuelve situación de momento, por lo que deben seguirse de ciclos esteroides mixtos como los anotados con anterioridad.

En pacientes con sangrados repetidos a pesar de uno o más legrados uterinos y la administración de hormonas, se puede justificar como tratamiento la histerectomía total, principalmente si se trata de una mujer de más de 38 años de edad.

Por último conviene no perder de vista el estado general de la enferma que debido a la cuantía y frecuencia de los sangrados suele ser deplorable y requiere de las medidas urgentes habituales para cualquier caso de hemorragia, que en ocasiones deben preceder al estudio de fondo de la paciente.