

LA HEMORRAGIA FUNCIONAL UTERINA. SU TRATAMIENTO

DR. PIO AGUIRRE
De la Maternidad Provincial

Aparte de la menstruación que es considerada como una hemorragia funcional fisiológica, las hemorragias uterinas se pueden dividir en tres apartados:

1.º—Por una lesión o alteración infecciosa, traumática o tumoral en el útero. Hemorragia orgánica.

2.º—Por un trastorno general del organismo. Hemorragia en las enfermedades agudas, intoxicaciones, hipertensión, arterioesclerosis, etc.

3.º— Por algún trastorno funcional en el mecanismo de la menstruación. Estas son las llamadas hemorragias funcionales, a las cuales nos vamos a referir en el presente trabajo.

Las tentativas encaminadas a explicar el mecanismo de estas hemorragias, tuvieron su punto de partida en el año 1915 en que SCHÖEDER mediante estudios histológicos practicados en endometrios y ovarios, llegó a la conclusión de que el trastorno que él denominó metropatía hemorrágica, era producido por la persistencia anormal de folículos intactos, con la consiguiente ausencia de cuerpos amarillos e hiperplasia del endometrio en fase de proliferación, provocada por una estimulación estrogénica excesiva y continua (la endometritis glandular quística). Tenemos así como agente etiológico de estas hemorragias funcionales, el hiperestronismo.

El hiperestronismo sabemos hoy día, que no sólo está originado por un aumento de secreción del folículo, sino que puede deberse también a secreción de hormona estrogénica extraovárica. Aunque la fuente más común es el folículo maduro. Estas hormonas las puede

originar también la teca de folículos atrésicos, el intersticio del ovario y la pared del cuerpo luteo y fuera del ovario se forma también estrógenos en las suprarrenales y en la placenta.

Puede haber hiperestronismo, no por exceso de función folicular, sino por hiperfunción suprarrenal, como sucede en algunos tumores suprarrenales. Pero lo más frecuente es que si la formación de estrógenos está aumentada, sea debida al folículo ovárico; sin embargo no hay que olvidar que la cantidad de estrógenos puede estar aumentada en el organismo, no por que haya una hiperproducción, sino porque está disminuida la desintegración o destrucción de los mismos.

Dos factores principales intervienen en la destrucción o en la inactivación de la hormona folicular. En primer lugar la Progesterona u hormona del cuerpo luteo, que sabemos que transforma el estradiol, forma activa en estrona, forma inactiva de la hormona folicular. De esta manera en caso de persistencia folicular, no solo la cantidad de estrógenos que se produce es mayor, en cantidad y durante más tiempo, sino que falta la acción neutralizante de la Progesterona, ausente al no haberse formado el cuerpo luteo.

El segundo factor que tenemos que considerar, es la función hepática. Los estrógenos son descompuestos en el hígado y luego los elimina en forma de ácidos biliares. Cuando hay una insuficiencia por alteración parenquimatosa del hígado, puede haber un exceso de estrógenos que no es debida a una producción exagerada, sino a la falta de destrucción. Esto es lo que ocurre en los hombres afectos de cirrosis hepática en los que de antiguo se sabe la frecuencia con que desarrollan ginecomastias, ya que las pequeñas cantidades de estrógenos que se producen en el hombre al no destruirse se van acumulando hasta conseguir producir manifestaciones heterosexuales.

En la clínica, los síndromes más frecuentes de hiperestronismo son los producidos por hiperfunción del sistema folicular con alteración del ritmo y no formación del cuerpo luteo, ya que a la hiperproducción folicular se asocia el factor tiempo y la falta de la hormona lutea. La forma más leve es el ciclo anovulador. El folículo crece hasta el límite normal 0.9 cm. alcanzando su acmé, se debe romper, pero en este caso no se rompe y por lo tanto no hay ovulación ni formación de cuerpo amarillo, sino que pasados diez o catorce días se inicia su decadencia presentando los fenómenos de atresia o regresión para dejar paso a la formación de otro folículo. Este fenómeno además de producir hiperestronismo, produce esterilidad.

Cuando el folículo persistente no solamente no se rompe, sino que sigue creciendo y sobrepasa el diámetro, de un cm. se forma el llamado folículo persistente que es la forma más común de los que dan lugar a metropatía hemorrágica, muchas veces precedida de una fase de amenorrea. Si el folículo crece todavía más, hasta el tamaño de una ciruela, o una mandarina pequeña se forma el quiste folicular, se produce hemorragia de ciclo más largo, unos dos meses.

Vemos que el ciclo anovulador, el folículo persistente y el quis-

te folicular no son más que grados distintos de una misma cosa; la falta de ovulación y la falta de cuerpo amarillo.

Un tumor de ovario funcionante, al producir un hiperestronismo, también puede producir metrorragias, en este caso muchas veces después de varios años de menopausia.

El mecanismo de producción de la hemorragia en estos estados de hiperestronismo es debido a la anormal proliferación que se produce en la mucosa que cuando llegan a cierto espesor se producen zonas de necrosis en la superficie que origina su descamación y desprendimiento en forma de grandes ulceraciones locales que son fuente de una hemorragia que debida a lo engrósada y congestionada de la mucosa es copiosa y duradera. Esta fase está precedida de otra de amenorrea (amenorrea polihormonal de ZONDEK) y el origen de la hemorragia es la caída en la cantidad de hormona que se produce en la decadencia del folículo. La hemorragia no es debida a un exceso de hormona sino a su caída.

La imagen histológica que caracteriza a la Hiperplasia Glandular Quística está producida por la excesiva y persistente estimulación estrogénica. En los ovarios vemos la ausencia de cuerpos luteos y la presencia de un solo folículo, grande, persistente y activo o de un número considerable de ellos, pero más pequeños y más activos desde el punto de vista hormonal.

En los casos francos el aspecto del endometrio es característico; el rasgo más típico es la disposición glandular, a la que se denomina por lo común tipo de queso de GRUYERE, dada la disparidad de tamaño de los conductos de las glándulas, algunas son grandes y quísticas, otras que quizás se hallen en el mismo campo microscópico, son de pequeño calibre. El epitelio es cúbico o cilíndrico, con núcleos que se colorean fuertemente, y en las glándulas pequeñas pueden presentar cierto grado de estratificación. El estroma es abundante y compacto, las mitosis son numerosas en el epitelio, no siendo raras en el estroma. El epitelio muestra además una ausencia de la actividad secretora producida por la Progesterona, ya que esta falta.

El aspecto macroscópico es muy variable; en algunos casos puede estar muy engrósado y presentar una apariencia polipoidea, de manera que ante la gran cantidad de tejido extirpado por la cucharilla puede hacer pensar al cirujano la existencia de un adenocarcinoma. En tales casos, al nivel del orificio interno, la excrecencia polipoidea está separada por una clara línea de separación con la mucosa cervical, que carece de la gran capacidad de repuesta que presenta el endometrio a la hormona estrógena.

La hiperplasia polipoidea se conocía en otros tiempos, erróneamente, con el nombre de endometritis polipoide.

En una pequeña proporción se producen imágenes proliferativas adenomatosas que a menudo puede confundirse con el cáncer; si existen serias dudas es mejor atenerse al aforismo de HALBAN: "No es carcinoma pero será mejor extirparlo".

Pero no todas las hemorragias funcionales nos las podemos explicar por este mecanismo, en muchos casos el endometrio no presenta hiperplasia sino que está atrófico; además en un número considerable de casos el endometrio es de tipo secretor, progestacional, en lugar de proliferativo, lo cual indica que el ciclo es ovulatorio y se ha constituido el cuerpo amarillo.

Todavía no sabemos el mecanismo de estas hemorragias ovulatorias, si es por un desequilibrio entre las dos hormonas o están motivadas por disfunciones en la musculatura uterina, en los nervios vasomotores o lo que es más fácil en el sistema arterial helicoidal.

Muchas hemorragias de la época juvenil no son debidas a hiperplasia, sino a otros factores distintos aunque clínicamente se comporten como las hiperplásicas. Así vemos a veces metropatías por hiporestronismo que aparecen en muchachas con síndromes de insuficiencia estrogénicas y que se deben a necrosis en mucosas hipoplásicas que no son capaces de regenerar las zonas descamadas en la menstruación con el ritmo normal de una mucosa sana. La zona cruenta de la basal ulcerada puede persistir mucho tiempo siendo causa de hemorragias no muy copiosas pero si muy prolongadas.

También se observan en esta edad metropatías por trastornos en la crisis sanguínea. Y por último muchos casos de metropatías juveniles, se descubre al practicar un microlegrado, que obedecen a una endometritis tuberculosa; esto deja de ser una metropatía para convertirse en hemorragia orgánica, sin embargo, clínicamente es imposible hacer la distinción.

En la edad madura, encontramos también, hemorragias funcionales que no son debidas a la hiperplasia glandular quística: la llamada maduración irregular del endometrio, la descamación irregular del mismo y la hiperplasia del endometrio segregante.

En la maduración irregular del endometrio, parte de las glándulas de la mucosa no experimenta su transformación secretora y persiste en estado proliferativo más o menos quístico. Este estado da un cuadro de metropatía en los que se encuentran cuerpos luteos bien formados en los ovarios. La etiología es dudosa; se observa en la endometritis en la que la mucosa de la vecindad pierde la capacidad de segregarse transformándose en mucosa su función, quizás debido a una impregnación tóxica.

La descamación irregular del endometrio se caracteriza por una prolongada e irregular descamación cuya etiología reside en alteraciones vasculares que determinan un imperfecto mecanismo de isquemia y descamación de la mucosa en estado secretora.

Otras veces en el microlegrado se descubre, en las metropatías, una mucosa secretora con gran hiperplasia y desarrollo de su sistema vascular. En este caso es probable se trate de un hiperestronismo asociado a un hiperluteismo.

Después de la menopausia y hasta en la edad senil se encuen-

tran metrorragias funcionales, que no son debidas al adenocarcinoma como pudiera pensarse y así en la biopsia del material de legrado se presenta a veces hiperplasias que pueden ser debidas a tumores de la glanulosa, pero otras veces no es posible descubrir ningún tumor ovárico, creyéndose que estas hiperplasias serian debidas a la producción de estrógenos extraováricos sobre todo en las suprarrenales, aunque más fácil es que sea debido a hiperplasias no hormonales, mucosas que proliferan de una manera independiente de las hormonas estrógenas y que plantean el problema de la transición a una verdadera neoplasia.

Otras veces las metropatías seniles son debidas a arterioesclerosis de los vasos del endometrio o a hipertensiones locales.

Caracteres clínicos.

Aunque las hemorragias funcionales pueden producirse durante todo el ciclo reproductor y aún fuera del mismo, ya que la recién nacida puede presentar una hemorragia que por su mecanismo de producción puede catalogarse entre las funcionales y también en la senectud pueden motivarse metrorragias sin que en el útero podamos encontrar la más pequeña lesión, lo cierto es que estas hemorragias las vemos con frecuencia en dos momentos de la vida de la mujer: al comenzar y al declinar de la menarquia. De tal manera que más de la mitad de los casos corresponden al periodo del climaterio, entendiéndose por tal casi todo el quinto decenio de la vida y el 10 por ciento corresponde a la pubertad y primeros tiempos de la adolescencia.

La hemorragia puede ser menorragica, metrorragica o una combinación de ambas. En los casos leves es posible que solo se observe una menstruación ligeramente profusa, mientras que en otros la sangría es tan copiosa y prolongada que ponga en peligro la vida de la enferma. Es frecuente que el ritmo menstrual se halle retardado de tal manera que entre una fase y otra de hemorragia se interpongan otras de larga duración de amenorrea.

Además de la metrorragia hay otros síntomas secundarios como son dismenorrea y esterilidad que se explica facilmente por la no expulsión del óvulo al no romperse el folículo, pero aunque el óvulo existiera y quedase fecundado no podría anidar al no encontrar una mucosa en fase de secreción. La mama como depende del ovario también presenta síntomas: estos consisten en turgencia o aumento de volumen que ceden al desencadenarse la hemorragia.

Y sobre todo, en estas enfermas se observa una marcada anemia casi siempre de tipo crónico, con agotamiento de las reservas de hierro.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la hemorragia funcional uterina está condicionado a dos factores: la edad de la enferma y la importancia de la conservación de las funciones sexuales: reproducción, menstruación y actividad ovárica.

Ante todo debemos tener en cuenta que muchas veces estas hemorragias no solo pasan desapercibidas, sino que no requieren tratamiento y muchas veces curan espontáneamente; son éstas las que se producen por los ciclos anovuladores, las llamadas pseudomenstruaciones que no se diferencian en nada de las verdaderas menstruaciones y que solo se ponen de manifiesto cuando se investiga la función del endometrio por medio del microlegrado cuando tratamos de averiguar la causa de una esterilidad; estas hemorragias curan muchas veces espontáneamente y hasta se cree que son la regla en los primeros y últimos tiempos de la vida sexual.

Tratamiento en las enfermas meno o premenopáusicas.—En este grupo el tratamiento tiene pocas dificultades. Lo primero es averiguar de que se trata de una verdadera hemorragia funcional y no estamos ante un adenocarcinoma. Para dicho diagnóstico no puede bastarnos el examen ginecológico habitual y es imprescindible el practicar una biopsia de endometrio; tampoco sirve aquí el microlegrado que nos puede dar un trozo de endometrio sano, cuando en su vecindad se implante una neoplasia. Hay que efectuar un legrado completo de la cavidad uterina y estudiar todo el producto por cortes seriados. En un tanto por ciento elevado (un 22) encontraremos adenocarcinomas en las enfermas postmenopáusicas. Si encontramos un endometrio proliferativo o hiperplásico o incluso un endometrio normal, es lógico pensar que estamos ante una hemorragia funcional, siempre que descartemos la presencia de tumores uterinos u ováricos u otra causa cualquiera de hemorragia orgánica.

La ventaja del legrado es todavía mayor cuanto tiene un efecto terapéutico sobre todo en estas edades, muchas veces definitivo y otras temporal.

Tres procedimientos terapéuticos se pueden emplear: Médicos, radiológicos y quirúrgicos.

Tratamiento médico. El principal de todos es el hormonal y de éstas la más usada la Progesterona.

El tratamiento con hormona lutea puede ser profiláctico y curativo. Con ella se tiende a producir una fase de secreción de la mucosa y su descamación normal; podemos considerarla como tratamiento etiológico. Hay que usar dosis grandes, por lo menos de 10 mgr. diarios durante 8 o 10 días, lo que es un gran inconveniente por lo costoso del tratamiento ya que hay que repetirlo todos los meses. Cuando se usa como curativo hay que asociarlo al cornezuelo de centeno consiguiéndose una aminoración de la hemorragia seguida de una descamación de la mucosa con hemorragia a veces intensa, por lo que no se puede usar cuando existe cierta anemia.

La Progesterona tiene también efectos neutralizantes sobre todos los demás síntomas del hiperestronismo.

La hormona testicular. Se usa cada vez con más frecuencia y buenos resultados, ya sola, ya asociada a la anterior. Parece ser que tiene una acción inhibitoria sobre el folículo en crecimiento y debido

a ello disminuye la producción de estrógenos y la proliferación del endometrio. Refuerza también la acción de la progesterona, y puede emplearse, como ésta, como profiláctica o preventiva. Se han descrito casos de hirsutismo y otros fenómenos de masculinización, como cambios en la voz, que desaparecen al suprimir el medicamento, aunque lentamente, por lo que no debe usarse en enfermas con tendencia al hirsutismo o muy pigmentadas, aunque estas manifestaciones son raras a las dosis habituales.

Las hormonas gonadotropas. Hasta ahora han dado poco resultado aunque teóricamente debiera ser el tratamiento de elección. Se busca con ellas provocar la luteinización del folículo persistente. Se han empleado tanto las equinas como las coriónicas y su empleo debe ser profiláctico. Con el mismo objeto se usa la orina de embarazada de segundo o tercer mes que es cuando más gonadotropinas posee, en forma de enemas gota a gota, a veces con éxito y la transfusión de sangre de embarazada, esto con el doble objeto de corregir la anemia e influir sobre el folículo.

En casos excepcionales se ha empleado la hormona tiroidea que solo cuando se debiera a un hipotiroidismo sería seguida de éxito.

Por último, se usa la hormona folicular, lo que pudiéramos llamar terapéutica paradójica, no solo en los casos en que la hemorragia pudiera deberse a un hipoestronismo, sino en la verdadera hiperplasia glandular quística. Dos objetos se ha tratado de conseguir con esta terapéutica: 1° Acción de estímulo o acicate sobre la hipófisis por una dosis grande y única de foliculina, que motivara la producción de gonadotropina B y luteinización del folículo. 2° En los casos de hiperestronismo sabemos que la hemorragia se produce al declinar éste, ya por atresia o degeneración del folículo causante de la hiperplasia del endometrio; pues con los estrógenos se trata de que este cese de hormona folicular no sea brusco sino gradual para que no se produzca la descamación del endometrio proliferado. Para ello hay que usar dosis grandes diarias que luego se van retirando poco a poco.

Más indicada está esta hormona en los casos de metropatía virginal donde muchas veces resulta un tratamiento etiológico.

Otros autores son partidarios del tratamiento cíclico con dosis de estrógenos seguidos de hormona lutea con lo que se consigue regular un ciclo endometrial medicamentosamente.

Tratamiento Radiológico. Es el método de elección en estas enfermas pre o menopaúsicas. Se usa la dosis castración con la que muchas veces no se consigue el cese total de las reglas hasta después de unos dos meses en los que se repite las menorragias, lo que hay que tener en cuenta en enfermas muy anémicas.

Más peligros encierra la Radiumterapia intrauterina aunque su efecto es más inmediato; debe hacerse precedida de un legrado.

Tratamiento Quirúrgico. En primer término tenemos el legrado que siempre debe hacerse como medio mixto diagnóstico y terapéutico, siempre que se trate de las enfermas de este grupo. Es el llamado

legrado de prueba con el que muchas veces basta para curar radicalmente a muchas enfermas en las proximidades de la menopausia.

Los demás procedimientos quirúrgicos deben ser de excepción sobre todo cuando a la hemorragia se asocie otro trastorno susceptible de tratamiento quirúrgico (prolapso, retroversiones, desgarros de cuello). Sin embargo en ciertos medios en que resultan muy costosos los procedimientos hormonales y no se dispone de Radioterapia, hay que prodigarlos. En estos casos da muy buenos resultados la histerectomía vaginal. Se trata casi siempre de mujeres multiparas con amplitud de partes blandas y úteros ligeramente descendidos, con cuellos a veces con desgarros o erosiones en los que es preferible la histerectomía total y que practicada por vía vaginal resulta una operación poco traumática para la enferma y de inmejorables resultados.

La vía abdominal debe reservarse para cuando existan alteraciones en los anexos, sobre todo por la frecuencia con que el ovario anéxico produce estas hemorragias más en mujeres todavía jóvenes. En estos casos la operación de elección es la histerectomía fundica con conservación de los dos o un ovario, a veces con resección parcial que al mismo tiempo que disminuye la masa productora de estrógenos parece ser que tiene buen efecto en los ciclos anovuladores.

Tratamiento en las muchachas jóvenes.—En la metropatía vaginal de las jóvenes nos empeñaremos en tratarlas por procedimientos médicos hormonales, siguiendo las normas más arriba anunciadas. A estos tratamientos se puede añadir dos nuevos procedimientos: la sangre hemolizada y la radioterapia del bazo pero sobre todo a la transfusión sanguínea de donante gestante en los primeros meses.

A veces nos vemos obligados a practicar un legrado uterino como medida urgente y como único medio de evitar la hemorragia; en estos casos nos podemos valer de la inyección de hialinurodinasa con novocaína al 2% en la base del himen, con lo que se puede conseguir una docilidad de la membrana suficiente para la introducción de una pequeña valva.

La Radioterapia para conseguir una castración temporal está llena de peligros no solo por la distinta susceptibilidad de los ovarios, en los que la misma dosis pudiera producir en algún caso un efecto definitivo, sino en lo referente al porvenir de los óvulos irradiados que algún día pudieran dar lugar a seres defectuosos.

Más aplicación tiene la radioterapia estimulante de la Hipófisis, aunque también debe de mirarse con recelo.

La radioterapia del Bazo se usa a dosis de 80 r. en la profundidad, que se puede repetir pasada una semana, si el efecto hemostático de la radiación no ha sido satisfactorio.

El otro procedimiento hemostático de que hemos tratado, la sangre hemolizada, fué preconizado por KAHR y su técnica es la siguiente: en una jeringa de 10 cc. se aspira 7 cc. de agua destilada y a continuación se hace una punción venosa y se aspira 3 cc. de sangre,

retirada la jeringa se deja que se mezcle la sangre con el agua lo que produce una hemolisis de los hematíes y a continuación se inyecta por vía intramuscular. CONILL hace la modificación de volver a inyectar la sangre hemolizada por la misma vena de que se extrajo. Los resultados son los mismos con ambas técnicas. En los casos leves es una ayuda eficaz del tratamiento hormonal.

En todos los casos el complemento de estos tratamientos será el de la anemia por medio de la transfusión sanguínea, extractos hepáticos, hierro, etc.