

RESUMENES DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA

TRATAMIENTO ACTUAL DE LA HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

SAMUEL KARCHMER *

Dentro del contexto de la ginecología moderna, ha quedado bien establecido que el término de *hemorragia uterina disfuncional* solamente agrupa aquellos casos de sangrado uterino en los que no es posible demostrar patología orgánica y cuya etiología obedece exclusivamente a desequilibrios hormonales. Con este concepto, prácticamente cualquier paciente que presente hemorragia genital con estas características puede ser tratada con hormonas sexuales femeninas, aun administradas en forma empírica y obtener resultados aceptables; sin embargo, el defecto hormonal no puede ser corregido en su totalidad a menos que se tenga el diagnóstico preciso, además de que las pacientes están sujetas a los defectos indeseables de este tipo de compuestos, fundamentalmente en lo que se refiere a alteraciones funcionales del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, lo que obstaculiza el diagnóstico de la alteración fisiopatológica responsable del problema.

A pesar de que la hemorragia uterina disfuncional se presenta más frecuentemente en pacientes con ciclos anovulatorios, se le puede asociar a alteraciones funcionales del cuerpo lúteo en mujeres con ciclos ovulatorios.

Diagnóstico

En términos generales, el diagnóstico debe basarse en tres puntos fundamentales:

1. *Sospecha clínica.*

* Académico numerario, Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1. Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. *Corroboración* con la exploración ginecológica.
3. *Confirmación* a través de la biopsia de endometrio.
1. Desde el punto de vista clínico, el patrón de la hemorragia (regular, irregular, escaso o abundante) hace sospechar su etiología y tipo; los cambios en el estado emocional, las variaciones en el peso corporal, o la presencia de otras endocrinopatías, como la diabetes mellitus, sugieren alteraciones en el hipotálamo-hipófisis-ovario; algunos otros datos, como cefalea, alteraciones en el campo visual y visión borrosa, hacen suponer la presencia de tumoraciones que comprometan el área de la silla turca, y desde luego, el antecedente de administración de cualquier hormona es de capital importancia.
2. *Exploración física.* Resulta evidente destacar que una buena exploración física general y local es esencial en el diagnóstico, para descartar cualquier alteración orgánica que dé lugar a la hemorragia.
3. *Confirmación.* La biopsia de endometrio en el momento del sangrado es el mejor método para confirmar el diagnóstico, ya que sólo el estudio histológico puede mostrar el tipo de alteración endometrial que prevalece en el caso en cuestión.

Además de lo anterior, pueden incluirse dentro del estudio de la hemorragia uterina disfuncional, el registro gráfico de la temperatura basal, el estudio de la función tiroidea, la citología vaginal seriada, la cristalización del moco cervical y las determinaciones de hormonas sexuales femeninas o sus metabolitos, lo que da una idea del estado hormonal de la paciente. Así mismo, los estudios hematológicos deben incluir la cuenta de plaquetas, el tiempo de protrombina, el tiempo parcial de tromboplastina y el tiempo de sangrado.

En algunos casos, el legrado uterino resulta impetuoso, no sólo con fines diagnósticos, al obtener muestras más representativas del endometrio para su estudio histológico, sino como parte del tratamiento; a tal grado, que la experiencia clínica ha demostrado que aproximadamente 50 por ciento de las pacientes con hemorragia uterina disfuncional curan definitivamente después del legrado uterino. Desde luego, estos resultados varían según el tipo de alteración endometrial que desencadenó el problema.

Tratamiento

Para orientar adecuadamente el tratamiento, debe tenerse en cuenta el tipo de alteración que genera el problema.

1. *Hemorragia uterina disfuncional asociada a ciclos ovulatorios.* En estos casos, la hemorragia ocurre generalmente a mitad del ciclo y se debe a la disminución brusca en los niveles de estrógenos que se asocia a la ovulación. En estos casos la hemorragia puede ser, en cantidad y duración, suficiente como para ser confundida con la menstruación y simular ciclos de 14 días. La administración de estrógenos en este momento basta para mantener el endometrio y evitar el sangrado.
2. *Hemorragia premenstrual.* Ocurre fundamentalmente por insuficiencia funcional del cuerpo lúteo y puede ser confirmada en la biopsia de endometrio, que muestra una respuesta progestacional deficiente; el tratamiento lógico en estos casos es la administración de progesterona o de progestágenos durante la segunda mitad del ciclo.
3. *Episodios de hemorragia que se presentan a intervalos cortos.* La ovulación y la necesidad de la fase lútea no pueden durar menos de 18 días; por lo tanto, hemorragias a intervalos más cortos son definitivamente anormales. Una vez que se ha establecido el endometrio secretor, aun con inmadurez progestacional, el tratamiento debe estar enfocado a alargar la fase prefolicu-

lar a través de inhibir la hormona foliculoestimulante con la administración de estrógenos, o bien aumentar la fase progestacional, con el uso de citrato de clomifén, progestágenos, o bien, con hormonas liberadoras hipotalámicas.

4. *Hemorragia abundante a intervalos regulares (hipermenorrea).* Generalmente se asocia a ciclos ovulatorios y, con frecuencia, cura después del legrado uterino hemostático-biopsia.
5. *Hemorragia irregular por la acción de un cuerpo lúteo persistente.* En estas condiciones se produce una maduración irregular del endometrio que puede ser causa de hemorragia profusa; el tratamiento debe ser enfocado a corregir la respuesta endometrial administrando progestágenos en la segunda mitad del ciclo, o bien mejorar los procesos de la ovulación, administrando citrato de clomifén.
6. *Hemorragia persistente, irregular e intermitente.* Es la más común de todos los tipos de hemorragia uterina disfuncional y, desde luego, la de mayor importancia clínica. En estos casos es fundamental descartar patología y probablemente el legrado uterino-biopsia es esencial, aunque frecuentemente no resuelve el problema, por lo que el tratamiento de fondo debe ser hormonal. En términos generales, se recomienda la administración conjunta de un estrógeno y un progestágeno para "mantener" adecuadamente al endometrio.

Las dosis elevadas de estos compuestos son capaces de controlar el problema en un lapso de 12 a 24 horas. El uso de andrógenos no ha probado ser útil en el manejo de las pacientes con hemorragia uterina disfuncional y se tiene la desventaja de sus efectos virilizantes secundarios; también se ha demostrado que el uso de estrógenos administrados por vía parenteral, no ofrece ventajas en el tratamiento.

En la actualidad, el mejor tratamiento de los casos en que se ha establecido claramente el diagnóstico es la asociación del mestranol, 80 µg. y 2 a 5 mg. de un progestágeno, específicamente de los derivados de la 19-nortestosterona, administrados en forma conjunta por vía bucal cada dos a cuatro horas, hasta que ceda el sangrado, lo cual ocurre generalmente dentro de las primeras 12 a 24 horas de haber sido iniciado el tratamiento.

Una vez controlado el episodio agudo de hemorragia, debe continuarse con la administración diaria de mestranol 80 µg. y 2 a 5 mg. del progestágeno por 20 días, al final de los cuales se obtendrá un sangrado por privación, repitiendo el tratamiento por tres o cuatro ciclos de terapéutica conjunta (estrógeno-pro-

gestágenos) del 5º al 25º días del ciclo. Al terminar el tratamiento, se suspende la medicación y se observa el patrón menstrual de la paciente.

Con el fin de seleccionar adecuadamente el progestágeno, se ha estudiado la potencia progestacional que cada uno de estos compuestos tiene, de acuerdo con el retraso de la menstruación que producen y más recientemente de acuerdo con los depósitos de glucógeno endometrial; de estos estudios, se deriva que el norgestrel-D ocupa el primer lugar, seguido en orden decreciente por el diacetato de etinodiol, el acetato de

noretindrona, el linestrol, el acetato de megestrol, así como el noretinodrel, y finalmente el acetato de medroxiprogesterona.

Es importante recordar que a las pacientes premenopáusicas que presentan hemorragia uterina disfuncional y en las que la biopsia de endometrio revela hiperplasia endometrial con tendencia recidivante, la histerectomía es parte integral del tratamiento y desde luego, la búsqueda de la fuente anormal de estrógenos, como tumores ováricos o la tecomatosis ovárica, resulta imperiosa.