

Metropatías Hemorrágicas

Concepto actual, etiopatogenia y tratamiento

Síntesis del tema oficial de -Ginecología

Relator Prof. Carlos Alberto Castaño

Cree que debe conservarse de término de *metropatías hemorrágicas*, tal cual lo concibió Aschoff, para toda hemorragia uterina cíclica o acíclica que no responda a un proceso inflamatorio o tumoral, ya que con esta designación no se prejuzga sobre la etiología del proceso. Opina que puede reservarse el nombre de síndrome de Schroeder para algunas de ellas o **mejor** llamarlas hemorragias ovario-páticas, como propusiera en un trabajo publicado en 1922,

Las hemorragias uterinas funcionales pueden ser *cíclicas* (menorragias, hipermenorreas, polihipermenorreas, polimenorreas)

y la segunda hace cinco **meses**, siempre con motivo de lavados nasales de clorazene, habiéndose aquellas verificado con menos intensidad que en el ataque presente. Desde ese momento pensamos en una anafilaxia por la sustancia ya mencionada, tanto más cuanto que el enfermo había estado sometido a su régimen alimenticio ordinario y en manera alguna se le había administrado medicamentos al interior. En vista de las circunstancias apuntadas ordenamos inmediatamente una inyección de adrenalina (un miligramo) y

o *acíclicas* (metrorragias).

Las anomalías cíclicas del período menstrual constituyen un fino indicador de trastornos de distintos sistemas orgánicos; en cambio, las hemorragias acíclicas abogan más en favor de trastornos funcionales del ovario u de causas que actúan localmente sobre el útero. Considera el relator que las hemorragias cíclicas *son* más frecuentes en la pubertad, en cambio cerca de la menopausia se observan con más frecuencia las acíclicas, verdaderas metrorragias condicionadas por alteraciones más del ovario que de otras causas generales.

Divide las causas de las hemorragias uterinas un *funcionales*, entre las cuales se encuentran las alteraciones endocrinas; en *nerviosas*, principalmente vasomotoras y del sistema simpático; en *anatómicas*, cuando hay modificaciones estructurales **del**

una poción de cuatro gramos de cloruro de calcio, con lo cual cesaron rápidamente las molestias; más tarde un purgante salino. El caso anterior nos ha enseñado pues, que el fenómeno de ANAFILAXIA, puede presentarse aun después de la aplicación de medicamentos de acción tóxica; debiendo el médico, por lo tanto, estar siempre en guardia contra tal accidente, sobre todo cuando administre medicamentos al interior, de acción farmacológica complicada.

Tegucigalpa, diciembre de 1933.

útero; trompas, ovarios, vasos .o sangre.

Estudia a continuación los diversos tipos de hemorragias cíclicas que pueden obedecer al útero, al ovario, a la crisis sanguínea, al sistema nervioso circulatorio. Pasa revista a las distintas lesiones que pueden asentar en estos órganos, ilustrando algunas de ellas con observaciones personales.

En los casos de miomas submucosas nunca ha comprobado el desgaste y la necrobiosis de la mucosa uterina causada por el núcleo, que originaría la hemorragia según Schroeder, así como tampoco la persistencia de

folículos en el ovario. En cambio, ha comprobado siempre hiperplasia del endometrio y en el ovario cuerpos lúteo o islotes de células luteínas; creo que las hemorragias se deben a la reacción ovárica refleja por irritación mecánica del endometrio al igual de lo que sucede en las experiencias de Leo Loab.

En el músculo uterino además de las alteraciones de la fibra muscular y de su contractilidad, dice Castaño que conviene estudiar el retículo fibrilar, porque cuando está alterado puede ser causa de hemorragias.

Al estudiar las *causas* fundamentales de las hemorragias.

clicas, considera las alteraciones endocrinas que obrando sobre el ovario por correlación funcional lo alteran en sus funciones, actuando también por intermedio del sistema simpático (vasomotor).

Luego el relator se ocupa de las *hemorragias acíclicas* y después de definir las expresa que la metrorragia deriva de una mucosa intacta en el post o premenstruo o entre dos menstruaciones; o de una mucosa patológicamente alterada, hiperplásica o por otras alteraciones intercurrentes, neoformaciones de la cavidad uterina.

Luego rebate los conceptos sustentados por Shroeder sobre la etiopatogenia de la hiperplasia del endometrio y las metrorragias, citando observaciones de Adler, Frankl, Meyer y personales. No ha visto curar ninguna metropatía de Schroeder con el raspado.

A veces alteraciones de la crisis sanguínea (leucemias mielógenas, púrpura, trombopenia esencial, etc.) producen como único síntoma menor o metrorragias, según la enferma sea joven o esté en el climaterio.

Castaño cita una observación personal de trombopenia esencial de Weil, en una mujer de 58 años, con metrorragias profusas. El raspado explorador reveló hiperplasia del endometrio y el autor descarta un tumor de la granulosa porque la palpación es negativa; se le hizo hepato-terapia **intensamente** con éxito.

Después de resumir el *cuadro sintomatológico* de las metropatías hemorrágicas, el relator trata el *diagnóstico* de las mismas, que se basa en el estudio prolijo

de la enferma, examen de sangre completo, análisis hormonal según el método de Abderhalden, metabolismo basal, examen cuidadoso del endometrio por raspado explorador e histerografía con thorostrat, etc.

El *diagnóstico diferencial* hay que hacerlo con la adenomiosis uterina y ovárica, con la hiperplasia e hipertrofia del endometrio; con miomas **submucosos** pólipos de la mucosa del cuerpo uterino; estados postabortos, etc.

Al referirse Castaño al *tratamiento* de las metropatías hemorrágicas, expresa que en las vírgenes hay que agotar todos los tratamientos que estimulen el ovario y el útero, diatermia y rayos ultravioletas, luego organoterapia combinada: primero lóbulo anterior de **hipófisis**, luego foliculina y finalmente luteohormona. Debe tenerse presente el terreno heredodistrófico y estimularlo con yodo, arsénico y bismuto. Si estos métodos **fracasan**, hacer radioterapia sin llegar a la dosis castración, **sino** temporaria, o practicar **histerectomía** conservadora tipo **Passe-ron**.

En la mujer joven, no **virgen** aconseja el radium a dosis pequeñas de 8 a 9 M. C. D. Recuerda los diversos tratamientos preconizados (autohemoterapia, inyección de orina de embarazada, hormonoterapia, irradiación *ú. i* hipófisis, etc. Si 1-a terapéutica fracasa, hacer histerectomía, conservadora.

En la mujer cercana a la menopausia dice que el tratamiento realmente eficaz es la curieterapia o rayos X, prefiriendo el