

## Hemorragias genitales de la Menopausia SU DIAGNOSTICO

Por el Dr. César A. Leoni Iparraguirre

Las hemorragias genitales de la mujer en las inmediaciones de la menopausia o subsiguientemente a ella, tanto si tienen un carácter menorragico, vale decir, simple exageración de la normal hemorragia menstrual, o por el contrario, metrorragico, independientes del ciclo normal, constituyen en frecuentes oportunidades para el practico problema de difícil solución, que le exigen sagacidad y lo obligan a agotar el examen antes de rotular como sin importancia con plena tranquilidad de conciencia, a una hemorragia genital en la edad del *cáncer del útero*.

Procuraremos resumir en las líneas que siguen, los elementos diagnósticos de que se puede valer el médico, y pasaremos en revista los distintos procesos que pueden originar estas hemorragias.

El *interrogatorio* prolijo de la enferma tiene gran valor. Nos informaremos si ha entrado ya en la menopausia y luego de un período más o menos prolongado, ha presentado nuevamente pérdidas rojas. Estas *hemorragias genitales postmenopáusicas*, tienen grandes probabilidades de deberse a una neoplasia uterina, y salvo demostración en contrario, se imputarán a ese origen. Veremos luego qué otros estados pueden producirlas. Si, por el contrario, la enferma aun

*conserva su ciclo menstrual*, el problema es más complejo; el interrogatorio precisará si sus hemorragias son cíclicas y se ajustan a un cierto ritmo (menorragias), o si, por el contrario, carecen de periodicidad en absoluto, siendo independientes de las reglas (metrorragias). Las primeras responden en general a la insuficiencia ovárica propia de la menopausia, o a fibromas intersticiales, o también aparecen en las hipertensas; en cambio, las segundas pueden deberse a neoplasias del cuerpo y del cuello, a la hiperplasia glandular quística del endometrio, o pólipos o fibromas submucosos, etc. Recordaremos que la prolongación de las reglas más allá de los plazos normales (48-50 años) milita en favor del mioma. Cuando las metrorragias, aunque escasas, se presentan luego de pequeños traumatismos (lavajes, coito, etc.), son muy sospechosas de deberse a tejidos neoformados, que sangran al menor contacto.

El *aspecto de las pérdidas* podrá ser precisado por el interrogatorio y comprobado de visu por el médico. Francamente hemáticas y a veces con coágulos en los procesos benignos, están en cambio representadas por serosidad rosada, sanguinolenta, o por mezcla de pus y sangre en los neoplasmas, siendo en los casos avanzados fé-

tidas icorosas, por la infección y esfacelo superficial del tumor.

La *existencia de dolor* acusado por la enferma, se consigna en los miomas y en los carcinomas del útero y puede responder a variados mecanismos.

En el mioma el dolor se acentúa durante la menstruación, debido a la congestión y a los movimientos del útero. Es particularmente intenso en los miomas submucosos en vías de pedunculizarse. También el mioma duele al comprimir órganos vecinos, al encarcerarse, o al complicarse (infección, torsión, necrobiosis, degeneración, etc.)

En el carcinoma del cuello el dolor sólo aparece tardíamente, lo que es lamentable, pues resta probabilidades al diagnóstico precoz; la invasión por la neoformación o por los procesos inflamatorios subsidiarios, del celular pelviano, de los parametrios y de las paredes de la pelvis, con los nervios que allí transcurren determina intensas neuralgias. En cambio, en el cáncer del cuerpo pueden existir dolores relativamente precoces, en forma de cólicos, repetidos largo tiempo, a una determinada hora, todos los días (Simpson). Estos dolores traducen el esfuerzo del útero por librarse del cuerpo extraño tumoral que ocupa su cavidad. Análogo tipo de dolor pueden ocasionar los pólipos del cuerpo, frecuentes en la menopausia y hemorrágicos muchas veces.

Terminaremos el interrogatorio inquiriendo el *pasado genital de 2a enferma; la fecha de su menarquía, el número de em-*

*barazos o la ausencia de los mismos, las infecciones ginecológicas* que pueden haber existido, *su ritmo menstrual ordinario*, etc.; son elementos útiles que nos pueden ayudar en la interpretación causal de las hemorragias de la menopausia.

*La pérdida de peso* sufrida por la enferma, su apetito, sus fuerzas, serán también cuidadosamente consignadas.

, Pasaremos al examen general, para detenernos luego particularmente en el examen local de los órganos afectados.

No es raro que la enferma soporte sus hemorragias sin mayor desmedro del estado general. Pero la mayoría de las veces la palidez de piel y mucosas traduce la expoliación sanguínea que sufre. Esta palidez es a veces muy intensa en los miomas, y se matiza con ese indefinible tono pajizo en las enfermas que padecen de un carcinoma uterino. Será útil ordenar un recuento globular y dosaje de hemoglobina.

Será oportuno durante el examen general, comprobar el *estado cardíaco* (insuficiencia, hipertrofia del miocardio, etc.), así como la cifra de la *tensión arterial*.

Las cardiopatías descompensadas pueden dar menorragias por congestión pasiva, y la hipertensión arterial, frecuente en el climaterio, es muchas veces, eliminadas las causas restantes, responsable de las manifestaciones hemorrágicas que ocurren a esa altura de la vida.

El *examen ginecológico* ilustra a veces grandemente, **pero** en otras ocasiones se debe re-

currir a investigaciones complementarias para aclarar la etiología de la hemorragia.

El simple tacto vaginal permite el diagnóstico de las neoformaciones vaginales y del cuello uterino, así como el de los pólipos o de los fibromas submucosos pediculados, cuando "paridos" asoman a través del orificio del hocico de tenca; su combinación con la palpación abdominal da una apreciación del volumen del útero, que normalmente en la menopausia no escapa a la involución senil, presentándose pequeño y fibroso.

El tacto combinado nos muestra frecuentemente un aumento de volumen del útero, que puede deberse a diversos procesos hemorrágicos: mioma, pólipo, mioma submucoso, cáncer del cuerpo, hiperplasia glandular, etc. Sólo cuando la palpación nos demuestre la existencia de nódulos sobre el útero, que es irregular y abollonado, podremos afirmar el mioma. Recordemos también que en los cánceres avanzados, el útero queda fijado por los progresos de la neoplasia.

La inspección del cuello mediante el espéculo nos muestra los procesos que en él asientan.

El diagnóstico de un pólipo cervical o uterino, o de un fibroma submucoso "parido," es de una gran sencillez, por lo objetivo de la imagen, e ilumina suficientemente la causa de la hemorragia; no sucede así con el cáncer del cuello, que si en los casos en que está muy avanzado o es vegetante, impone también el diagnóstico a primera vista; en cambio, en sus comien-

zos, cuando es una pequeña ulceración, puede ser tomado por una simple erosión sin importancia. Debemos recordar que si reconocemos con una sonda la superficie ulcerada, ésta es dura y poco sangrante en la erosión; y en cambio, es friable, hundiéndose la punta de la sonda y sangrando fácilmente en el neo.

Schiller ha indicado un procedimiento interesante para el diagnóstico del neo incipiente del cervix. Se basa en que la mucosa normal que recubre vagina y cuello, rica en glicógeno, se tiñe intensamente de pardo oscuro, si se la embadurna con solución yodo-yodurada de Lugol. En cambio, el epitelio neoplásico, pobre en aquel elemento, no toma ese color, destacándose sobre las partes sanas intensamente teñidas. La torunda embebida en Lugol se dejará varios minutos en la vagina, antes de observar el resultado. Pero todo esto vale mucho menos que la biopsia, en los casos de duda, como luego veremos.

Hinselmann ha propuesto observar con aumento la superficie cervical sospechosa, mediante un aparato denominado colposcopio. Su empleo, como el del histeroscopio, con el que se observa la cavidad uterina, queda reservado para el especialista; además su empleo no reporta mayor beneficio.

También puede ser útil la histerometría, que nos denota el alargamiento del útero, frecuente en los miomas, y a veces nos permite notar sensaciones localizadas intrauterinas.

A esta altura del examen vemos ya que varios procesos nos pueden dar en la mujer en las inmediaciones de la menopausia el binomio: *hemorragias genitales y útero algo aumentado de volumen*. Discriminar a cual de ellos pertenece el caso que observamos, no es tarea fácil con los simples elementos de juicio que hemos enunciado. Debemos echar mano en estos casos dudosos de investigaciones complementarias, capaces en la gran mayoría de los casos, de aclamar la etiología de la hemorragia; estas investigaciones son: *el tacto intrauterino, la histerografía lipiodada y el curetaje uterino con biopsia*. El tacto **intrauterino** previa dilatación, **técnica** sencilla y práctica recomendada por A. Polloson, practicado a dedo desnudo, permite en no pocas ocasiones tener la sensación clara de un mioma submucoso o de un pólipo del endometrio, tumoraciones ambas pediculizadas en la cavidad uterina. Otras veces el dedo percibe un tumor friable y sangrante, que ocupa la cavidad, con lo que el diagnóstico de cáncer del endometrio puede presumirse.

La histerografía con lipiodol (que está contraindicado cuando hay marcada hemorragia o inflamación) da también muy útiles resultados mostrando a veces en forma intergiversable la existencia de un pólipo o de una zona neoplásica vegetante. Sin embargo las histerografías negativas no permiten rechazar de plano la hipótesis de un posible tumor, el que por su pequeño volumen o por la inciden-

cia de los Rayos X, puede escapar a este procedimiento de examen.

*Vale mucho más como seguridad diagnóstica la biopsia de la mucosa sospechosa*. La biopsia se hace directamente en los tumores o ulceraciones cervicales sospechosas; pero cuando debemos explorar por biopsia la naturaleza del endometrio, debemos de dilatar primero el cuello y luego proceder a un prudente raspado a cureta, con lo que extraemos el material para el examen del patólogo. Sólo se prescindirá del raspado durante la franca infección del endometrio, con retención de su pus (piometra) en la cavidad del órgano. No debemos olvidar que el curetaje debe de ser prudente, por el peligro de perforar un útero infiltrado por un tumor, infectado en muchos casos. En los miomas submucosos, rodeados de grandes senos venosos, puede el legrado determinar una hemorragia copiosa y difícil de cohibir. **Sin** embargo estos eventuales inconvenientes son evitables con una buena técnica, teniendo la "mano liviana" al raspar, tactando por así decirlo con la cuchilla, y recordando que el objeto de la intervención es solo obtener mucosa o elementos patológicos para su examen, y no proponerse percibir en todos los ámbitos del útero el crujido uterino.

El producto del raspado (trozos de mucosa, pólipos, etc.), se pone de inmediato en un frasco con solución de formol al 10 por ciento y se remite al patólogo. Entre nosotros los Institutos de Diagnóstico de Neopla-

sias creadas recientemente por la Municipalidad y dirigidos por los Profs. Mosto y Brachetto Brian, dan una rápida respuesta sobre el material enviado.

El raspado-biopsia permite el diagnóstico seguro de la *metropatía hemorrágica*, tan frecuente en la mujer de más de 40 años, con su imagen típica: hiperplasia glándulo-quística no funcionante del endometrio (Enf. de Brennecke Schroeder); de los *pólipos del endometrio* de las matronas, adenomas benignos originados en la capa basal y que dan metrorragias y ligero aumento del volumen del útero. El diagnóstico de *cáncer del cuerpo del útero*, o mejor dicho del endometrio, se realiza sin dar lugar a dudas. También ciertos raros tumores ováricos que se originan en la *granulosa del folículo* y segregan abundante foliculina, pueden determinar una hiperplasia glándulo-quística del endometrio con hemorragias por esfacelo superficial de la mucosa; pero en estos raros casos se agrega a la imagen microscópica del endometrio, la existencia de un tumor ovárico palpable. En el resto de los procesos que se acompañan de útero algo grande y sangrante (mioma submucoso, metrorragias del climaterio con útero grande, congestivo y escleroso, etc.), la mucosa tiene caracteres normales, propios del momento del ciclo por que atraviesa. A veces la cureta trae un trozo de sarcoma uterino o de mucosa endometrial tuberculosa. Se trata de diagnósticos de excepción.

*El interés capital del raspado-biopsia reside en que nos permite un diagnóstico precoz del cáncer del endometrio, o nos lo descarta en absoluto, dándonos en no pocas ocasiones (metropatía hemorrágica, pólipos, metritis, etc.), con toda precisión el origen de la hemorragia.*

Antes de ocuparnos de los distintos procesos que en las inmediaciones de la menopausia son capaces de dar merio o metrorragias, nos detendremos en el análisis de los muy frecuentes trastornos menstruales propios del climaterio, que traducen simplemente la insuficiencia del crepúsculo de su función.

La menopausia se instaura corrientemente en nuestra raza entre los 45 y 50 años, con un máximo a los 47 años; pero la cesación de las reglas no es brusca por lo general sino que transcurre un período de 1 a 2 años en el que se comprueban irregularidades menstruales; lo común es que en el comienzo las reglas se hagan más frecuentes y abundante (polhipermenorea); luego se tornan más raras, con intervalos mayores entre ellas. Son frecuentes las menorragias. A veces las pérdidas son irregulares, no ajustándose a ritmo, pareciendo metrorragias (metrorragias climáticas). Ese período es transitorio y pronto se instaura la amenorrea definitiva. El complejo síndrome de la menopausia acompaña estos trastornos: fenómenos vasomotores, oleadas de calor, palpitaciones, zumbidos de oído, sensaciones parastéticas, angustias, etc., etc.

Pero como regla general sentiremos la de que en las inmediaciones de la menopausia, en toda meno o metrorragia *el deber del médico es establecer con seguridad si las hemorragias no son debidas a alguna afección ginecológica* (el fantasma del cáncer no se apartará de su espíritu) *o si no responden a alguna causa general.*

No se imputará sin más ni más, a la cuenta de los desarreglos de la edad crítica, la hemorragia que nos trae a la enferma. Cuantas veces unas "gotas" prescritas para corregir esos presuntos desarreglos menstruales de la menopausia han permitido crecer "a la sordina" a un blastoma uterino, que pudo ser precozmente diagnosticado y tratado con éxito. *No se dispensará entonces el médico de hacer un prolijo y completo examen ginecológico general*, no trepidando, si palpa un útero aumentado de volumen, en echar mano de los tan eficaces recursos de examen complementario, que hoy nos brinda la clínica ginecológica.

*El problema diagnóstico es distinto como ya lo hemos expresado, antes de la menopausia y después de la cesación de las reglas.* El primer caso es más complejo. Enumeraremos brevemente, con algunas de sus características, las afecciones que pueden dar lugar a esas hemorragias.

#### A) HEMORRAGIAS DE LA MENOPAUSIA

*1º* Las que traducen la *agonía funcional del ciclo ovárico*, fe-

nómeno fisiológico sobre el que ya nos hemos extendido en los párrafos precedentes. Sólo descartadas por un buen examen general y local, las causas patológicas capaces de engendrar hemorragias a esa altura de la vida, aceptaremos este origen.

29—Las debidas a *causas generales*; en especial encontramos aquí la *hipertensión* que acompañándose muchas veces de esclerosis vascular, explica en no pocas ocasiones, la existencia de pérdidas abundantes de tipo menorragico. No es raro que en estas hipertensas el útero se presente algo aumentado de volumen, liso, regular y de mayor consistencia (útero escleroso y congestivo), planeando problema diagnóstico con el fibromioma especialmente. El tacto intrauterino y la histerografía solventarán corrientemente las dudas. *La insuficiencia cardíaca* (hipo y asistolia) así como la *insuficiencia hepática* y *fc.fipatorenal* con sus signos generales propios, son capaces de determinar meno y metrorragias por híperhemia pasiva o por transtornos de la crisis sanguínea.

3º Los *miomas o fibromiomas* constituyen un importante factor de las hemorragias en las inmediaciones de la menopausia. Como regla general recordaremos que toda mujer que continúa menstruando pasados los límites normales de la menopausia (48 a 50 años) es muy posible que presente un fibroma. Por otra parte, una vez extinguido el ciclo ovárico, el útero miomatoso deja de sangrar. Los *miomas intersticiales originan*

*menstruaciones prolongadas* (menorragias), debido a que perturban mecánicamente la hemostasis fisiológica, al obstaculizar la eficaz contracción del miometrio. En cambio los *miomas submucosos*, máxime si tienen tendencia a pediculizarse en el interior de la cavidad uterina, *dan hemorragias irregulares, no ritmadas* (metrorragias) debidas a desgarros capsulares submucosas, con consecutiva hemorragia, a infarto del mioma, a necrosis por compresión, de la mucosa que lo recubre con ulceración y Hemorragia subsiguiente y, cuando el mioma pediculado es "parido," a la infección (endometritis ascendente) que complica los fenómenos trombóticos de origen mecánico-inflamatorio.

En estos casos el útero sangrante es grande y abollonado (miomas subserosos e intersticiales y su cavidad está alargada a la histerometria; pero cuando el mioma o los miomas son exclusivamente submucosos, el útero, aunque grande, es regular y liso, siendo difícil de diagnosticar el origen miomatoso de la hemorragia, a menos que el mioma pediculado asome por el hocico de tenca, o que lo descubramos por el tacto intrauterino o la histerografía lipiodada. Lo mismo el raspado explorador prudente (riesgo de hemorragia capsular), permite a veces descubrir el tumor que proemina en la cavidad, y nos proporciona mucosa sin caracteres típicos de neoplasia o de metropatía hemorrágica con la que descartamos estas afecciones. La mucosa en el mioma

submucoso es baja e inflamada a veces; otras, presenta los signos de una fase normal.

4<sup>a</sup>? *La metropatía hemorrágica* o enfermedad de Brennecke-Schoroeder, es debida a la persistencia de un folículo, el que al no estallar, no da lugar a la fase luteínica del ciclo. Continúa pues indefinidamente la fase folicular del ciclo, *con una proliferación excesiva de la mucosa uterina*, la que a la larga, irrigada, se necrosa y elimina por partes originando metrorragias irregulares y prolongadas. Esta metrorragia funcional, aparece con particular frecuencia de los 40 a los 50 años (60% de los casos, estadística de Runge). Puede precederse de una breve amenorrea, durante la cual se constituye el quiste folicular. Otras, coincide el comienzo de la hemorragia, con la fecha de la menstruación esperada, pero luego se prolonga semanas o meses, por eliminarse irregularmente la mucosa hiperproliferada. La clínica es pobre; sólo muestra un útero algo aumentado de volumen, con el hocico de tenca lívido y el cuello algo dilatado. La diferenciación con otros procesos (pólipo, fibroma submucoso, neo, etc.), es difícil, pero el medio diagnóstico soberano es el *raspadobiopsia*, que nos muestra en muchos casos la imagen típica de *hiperplasia glandular quística del endometrio*. Pero a veces, cuando la mucosa se ha eliminado ya en gran parte, la imagen es de interpretación más difícil, por el predominio de las partes necrosadas.

5° *El cáncer del útero*; desde ya diremos que el cáncer del cuerpo, o mejor dicho, del endometrio, es muy raro antes de los 50 años, mientras la capa funcional del endometrio se renueva periódicamente con las menstruaciones. Lo encontramos pues en el grupo que sigue: hemorragias postmenopáusicas. En cambio *el cáncer del cuello* mucho más frecuente que el anterior, predomina francamente entre los 40 y los 50 años, hacia el final de la actividad genital fisiológica. Afecta preferentemente a las multíparas (sólo un 5 % de los casos ocurre en nulíparas) y su diagnóstico es fácil en los casos avanzados: pequeñas hemorragias de origen mecánico; flujo fétido; al tacto tumor vegetante o ulcerado del cervix, friable y sangrante; su hallazgo se confirma con la inspección. En cambio al comienzo puede ser difícil de diferenciar de una ulceración o erosión simple. Ya nos referimos a este diagnóstico (consistencia, prueba del Iugol de Schiller, etc.), pero el recurso seguro es la *biopsia*, que nos da absoluta precisión.

6) *Los pólipos*, particularmente los nacidos en la mucosa del cuerpo uterino, hacia su capa basal, son frecuentes en los alrededores de la menopausia. Al comienzo no dan hemorragia, pero al crecer y pediculizarse, sufren trastornos nutritivos

vasculares y se ulceran o esfacelan, sangrando en forma irregular, muy abundante a veces. El diagnóstico es fácil cuando el pólipo, sea cervical, o del endometrio, pero "parido," se ve en el examen con el espéculo. Otras veces se toca con el tacto intrauterino; pero en los casos no claros del útero grande y sangrante, sólo la histerografía o mejor el raspado-biopsia mostrarán el origen poliposo de la hemorragia.

7) *La endometritis senil* así como la *esclerosis uterina* (miofibrosis úteri de los alemanes) de las grandes multíparas, pueden provocar hemorragias en las inmediaciones de la menopausia, de tipo menorrágico. Muy raramente la *tuberculosis del endometrio* (excepcional en las mujeres de edad) o el *sarcoma del útero* son la causa de pérdidas sangrantes.

#### B) HEMORRAGIAS DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA.

El problema diagnóstico es sencillo por ser reducido el número de procesos que las puedan motivar.

1° *Cáncer del útero* y en especial el del endometrio que como ya dijimos es el cáncer de las mujeres viejas, o mejor dicho, *de las que ya no menstrúan*. El rápido esfacelo del tumor da hemorragias irregulares, flujo pio-hemático, frecuentemente fétido, icoroso, por infección y necrosis. Estos solos signos en una mujer que no menstruaba, son por demás característicos. El útero, aumentado de volumen

y con el cuello algo entreabierto, puede almacenar pus (piometria) al taponarse por el crecimiento exofítico del blastoma. El *raspado-biopsia*, de rigor en toda hemorragia post-menopausia, nos dará el diagnóstico certero del neo del endometrio, o lo descartará, pero en este caso, conviene repetir a los 15 o 20 días el raspado, para eliminar en absoluto al tumor maligno, que es la gran causa de estas hemorragias. La histerografía, método elegante, es menos preciso en sus conclusiones, y arriesga infectar por vía de las trompas el peritoneo.

2) *Ciertos tumores del ovario* que producen hormona folicular, denominados tumores a células granulosas, de estructura folicular, pueden, después de la menopausia, por vía hormonal, determinar una *reviviscencia del endometrio*, ya funcionalmente muerto al extinguirse el ciclo ovárico.

El endometrio prolifera y sangra, en forma análoga a la descrita en la metropatía hemorrágica, y con iguales caracteres microscópicos: hiperplasia glandular quística; en estos casos, el raspado-biopsia y la palpación de un tumor ovárico, define el diagnóstico.

3) Los *pólipos del cuerpo* (adenoma de las matronas) y la *metritis y colpitis senil* pueden dar también hemorragias post-menopáusicas. Su diagnóstico se basa en los datos consignados anteriormente. . .

A pesar de todo lo dicho, la etiopatogenia de ciertas hemorragias pre y postmenopáusicas, no puede ser aclarada (5 a 8% de los casos, según Runge), pese a todos los recursos puestos en *i* juego. Una estrecha vigilancia clínica será establecida, y si la enferma desmejora, y la sospecha de un tumor crece, quizás convenga sin más, extirpar el útero.

—De *El Día Médico*—