

COMO CONDUCCIMOS EL TRATAMIENTO FRENTE A LAS HEMORRAGIAS DISFUNCIONALES

DRES. A. GIAMPIETRO Y J. MAUTONE

LAS hemorragias disfuncionales aparecen en la mujer en distintas épocas de su vida genital, en su inicio o al final de la misma.

Pudiendo también encontrarse en la vida activa sexual.

Centramos nuestra exposición para el tratamiento de las mismas, de la siguiente manera:

En la Pubertad, Para-pubertad y adolescencia, en los albores de la menopausia y de la post-menopausia, y en la mujer en la vida genital activa.

Esto es la realidad en la Clínica, pero es la Anatomía Patológica, quien nos da el verdadero enfoque para efectuar un tratamiento racional y bien conducido. Seguimos la siguiente clasificación de uno de nosotros (Mautone, José), con quien nos manejamos para conducirnos en el tratamiento.

METROPATIAS HEMORRAGICAS — SINDROME METROPATICO

		estrogénico	atrófico	simple
			pseudonormal	quístico inicial intermedio final
	Sector glandular		hipertrófico	quístico hiperplásico simple
		Luteínico	parcial mixto) total— E. de Halban	
Endo- metrio	Sector vascular	congestión trombosis hemorragias		
	Sector intersticial	edema necrosis f.brosis		
Mio- metrio	Sector muscular Sector vascular Sector intersticial			

CLASIFICACION ANATOMO PATOLOGICA DE LAS METROPATIAS HEMORRAGICAS

La Anatomía Patológica es la que prácticamente realiza el diagnóstico en las metropatías hemorrágicas, en su estudio debemos considerar al útero

como unidad que sufre frente a la injuria hormonal, por tal razón estudiaremos la mucosa con su sector glandular, vascular e intersticial y el miometrio con sus componentes musculares, vasculares e intersticiales.

De la mucosa debemos decir, en primer término, que puede toda ella presentar aspecto histopatológico uniforme o ser distinta en zonas, incluso en las capas funcionales, por esa razón podemos ver un sector de la mucosa con una hipertrofia quística alternando con otro sector de hipertrofia, con distintos aspectos también en el sector vascular e intersticial, es por esa razón que entendemos debe considerarse en conjunto el problema afectando por igual al endometrio y al miometrio, considerando también los distintos elementos histopatológicos que intervienen.

Por esa razón es que consideramos, desde el punto de vista histopatológico, como verdadero síndrome metropático.

Analizando la clasificación que precede, tenemos en la mucosa:

- a) un sector glandular
- b) „ „ vascular
- c) „ „ intersticial

y en el miometrio:

- a) un sector muscular
- b) „ „ vascular
- c) „ „ intersticial

ENDOMETRIO.

A) *Sector glandular*³ las glándulas endometriales que han perdido su ciclo pueden presentarse al histopatólogo en su faz estrogénica bajo tres aspectos distintos, los que de acuerdo a lo dicho pueden presentarse aisladamente o combinados, estos son:

I) Endometrios estrogénicos: a) Atróficos, donde la glándula aparece con atrofia celular y glandular pudiendo tener dos caracteres fundamentales esta atrofia: ser una atrofia simple donde todos los elementos presentan este carácter, o ser una atrofia simple quística donde alternando elementos atróficos simples se observan glándulas con iguales caracteres histopatológicos pero quísticos.

Este tipo de atrofia traduce un precoz envejecimiento endometrial siendo a veces responsable de intensa metrorragias por la intensidad y rebeldía de tratamiento.

b) Pseudonormal o habituales son tipos de endometrio que se ven con cierta frecuencia y que histológicamente presentan las características normales o habituales de las figuras histológicas de la mucosa uterina en sus distintas etapas presentando como hecho fundamental su desplazamiento en

el ciclo, es decir un endometrio en faz estrogénica inicial que persiste en ese estado sin continuar su crecimiento y maduración en el ciclo endometrial le impone.

c) Hipertrófico en el cual tenemos endometrios cuyas glándulas pueden presentar una hipertrofia simple, una hiperplasia o una quistificación.

Estos distintos elementos es común que se combinen en esta mucosa hipertrófica.

II) *Endometrios luteínicos*³. El sector glandular puede también presentar una falla en su luteinización, pudiendo aparecer una luteinización fuera de la época correspondiente la faz secretante, la cual puede ser parcial, es decir, luteinizarse solamente un sector endometrial o las glándulas presentar distintos estados de luteinización alternando con otras que persisten en su estado estrogénico de la primera faz, corresponde esto a los endometrios mixtos de algunos autores.

El trastorno luteínico totalmente en el cual este estado persiste pero en la totalidad del endometrio que llega a presentar en sus etapas más avanzadas una desidualización no gravídica por acción persistente de la hormona luteínica.

B) *Sector vascular*³ presenta también caracteres variados en sus manifestaciones, el vaso no sigue el ciclismo que le es normal en el endometrio, por cuya razón alterna indistintamente la congestión, la trombosis y la hemorragia intersticial. Es común que se combinen pero puede existir auténticos cuadros metropáticos con la ausencia de alguno de ellos, ejemplo: trombosis, hemorragia.

C) *Sector intersticial*: debe destacarse el edema, la necrosis y finalmente la fibrosis, cuando la metropatía persiste a lo largo del tiempo. Igual que en los estados anteriores estos tres elementos de edema, necrosis y fibrosis pueden presentarse simultánea o sucesivamente.

De acuerdo a lo dicho y como concepto general, todos estos elementos del síndrome metropático pueden combinarse en una forma totalmente irregular configurando los distintos aspectos que presenta el cuadro; pero como concepto debemos retener que es una afección dinámica cambiante en su histopatología, que no encuadra dentro de un cuadro definido de Anatomía Patológica en este sector endometrial.

MIOMETRIO.

Un tanto olvidado en estos estudios debemos destacar su habitual participación en sus tres elementos constitutivos: muscular, vascular e intersticial, todo lo cual hace que el músculo en conjunto le dé al útero un aspecto de atrofia o de hipertrofia, pasando por los términos medios, por cuya razón y sobre todo con criterio terapéutico el clínico debe recordar que el síndrome metropático puede presentarse con úteros pequeños, medianos y grandes.

Vimos el cuadro presentado y las consideraciones del mismo, éstas pueden predominar en el sector glandular, vascular o intersticial con sus variedades. Diremos, es cierto, que estamos más limitados en la realización terapéutica que en la exposición clínica, pero creemos que el tratamiento es conducción de la correspondencia anátomo-patológica.

Otro punto importante es la manifestación objetiva de la hemorragia en su intensidad y en el período de la vida de la mujer que se instala.

Dividimos la exposición en dos puntos:

1) daremos a conocer los diversos tratamientos que se emplean y las medicaciones diversas que se utilizan y cómo se manifiestan en la vida de la mujer.

PRIMER PUNTO — RECURSOS TERAPEUTICOS

Se han empleado distintos procedimientos, que los dividimos en Médicos, Fisioterápicos y Quirúrgicos.

Médicos	Medidas higiénicas y Dietéticas Hemostáticos Transfusiones Hormonales Etc.
Fisioterápicos	Rcentgerterapia Raadiumterapia
Quirúrgicos	Curetaje Biópsico Intervenciones <div style="margin-left: 20px;">sobre el sector ovárico, o sobre el sector uterino.</div>

No haremos consideraciones particulares de las medidas Higiénicas y Dietéticas, ni el uso de los hemostáticos; pero en cambio mencionaremos los elementos hormonales que manejamos en la práctica diaria.

MEDICACION ESTROGENICA

Los estrógenos que se emplean son glandulares y sintéticos.

Entre ellos:

Hormonoterapia estrogénica natural:

Foliculina.

“Laboratorio Dispert”:

Inyectable.—3 tipos: A. B. C.

Concentraciones:: 1,000 U. B1
 10,000 U. B1
 50,000 U. B1

Oral.—Comp.: 1,000 U. B1
 10,000 U. B1

Ovociclina. Dipropionato de Estrediol
 "Laboratorio Lauren Ferrier":
 "Laboratorio Ciba":
 Inyectables: de 0,01 miligramos
 de 0,05 „

Neo Estrona Etinil-Estradiol
 "Laboratorios Lauren Ferrier".
 Comprimidos: 1,000 U.I.

Dinoestrol. Estrógeno de síntesis
 Laboratorio Glaxo".
 Comprimido de 0,1; 0,3; 0,5 miligramos
 Ampollas de 1 miligramos
 5 „

Progynon. Valerianato de Estradiol
 "Laboratorio Schering".
 Inyectable.

Menopausil.
 "Laboratorio Lazar" — Vía oral — Grajeas.
 Ovario total desecado 70 miligramos
 Foliculina Natural 100 U.I.

MEDICACION PROGESTERONICA

Progesterona.— Hormona lutínica pura y cristalizada.
 "Laboratorio Dispert":
 Vía inyectable d 10 a 25 miligramos.

Lutogramon.
 "Laboratorio Gramon":
 Solo o con Vitamina C.
 Vía Inyectabl de 10, 25 y 50 miligramos.

Primolut.— Anhidro oxi-progesterona — Nor-pregninolona.
 "Laboratorio Schering" A.G., Berlín.
 Oral.— Tabletas de 5 miligramos.

Proluton Depot.— de 17 n espronato de 17 x oxi-progesterona.
 "Laboratorio Schering", Berlín.
 Inyectable: 250 miligramos.

MEDICACION ANDROGENICA

Testoterona.—Propianato de testoterona.

“Laboratorio Lilly”:

Vía Oral.— Tabletas de 0.10.

Oveton.— “Laboratorio Schering”.

Vía oral.

Metiltestorona.— “Laboratorio Ciba”.

Vía oral.

Propianato de testoterona.— “Laboratorio Dispert”.

Vía inyectable — de 0,10; 0,25; 0,50.

Testógramon.— “Laboratorio Gramon”.

Vía inyectable — de 0,10; 0,25.

FARMACOS ASOCIADOS DE ESTROGENOS Y PROGESTERONA

Progefolina.— “Laboratorio Gramon”.

Inyectable.

Progesterona: 10 miligramos

Vitamina: 100 „

Benzoato de Estradiol: 10,000 U.I.

Duogynon.— “Laboratorio Schering.— Berlín.

Inyectable.

Primosiston.— “Laboratorio Schering”.— Berlín.

Inyectable.

Capronato de oxiprogesterona: 125 miligramos

Benzoato de Estradiol: 10 „

FARMACOS ASOCIADOS DE ESTROGENOS Y ANDROGENOS

Premenostil.— “Laboratorio Glaxo”.

Vía Oral.— Grajeas.

Estinil testoterona 5 miligramos

Vitamina B12.

Supligol.— “Laboratorio Lazar”.— Vía oral.— Grajeas.

Etinil Estradiol: 0.01 miligramos

Metiltestosterona: 2,5 „

Reserpina: 0,1 „

Primodian Dept.— "Laboratorio Scherin.— Berlín.— Inyectable.

Valerianato de Estradiol: 4 miligramos

Testosterona: 65 „

Ginetone.— "Laboratorio Schering Corporation".— Vía oral.— Grajeas de 0,10

Etinil Etradiol: 0,04 miligramos

Metiltestosterona: 0,10 „

Folisterona.— "Laboratorio Dispert".— Inyectable.— Ampollas.

Ciclopentilpropiionato de Estradiol, 2,5 miligramos

„ „ Testosterona, 50 „

OTRAS MEDICACIONES

Progon.— "Laboratorio Dispert".— Gonadotrofina coriónica.

Vía inyectable.— De 100 U.I.; 200 U.I.; 500 U.I.— Ampollas.

Tiro-Hipofis.— Extracto tiroideo purificado

„ „ hidrosoluble 0,5

„ „ Hipofisiano total 0,5

Laboratorio Clausen.— Vía oral.— Tabletas.

Tiroidina.— "Laboratorio Dispert".— Tiroides.— Vía oral.— 0,05.

Glando-tirina.— "Laboratorio Aster".— Vía oral.— Tabletas.— 0,05.

SEGUNDO PUNTO.— CUADROS CLINICOS TAL COMO ENTRAN EN CONTACTO CON NOSOTROS

Hemos visto la serie de Fármacos que empleamos y los diversos tratamientos que debemos manejar.

Ahora trataremos de focalizar esa terapéutica a las diversas entidades tal como nos llegan a la Clínica.

Primer grupo.— La mujer en la para-menopausia y en la post-menopausia.

Para-menopausia: alrededor de los 42 a 53 años como promedio en nuestro medio. Lo fundamental en toda paciente que siempre en esta época es descartar principalmente el neoplasma uterino y no está justificado bajo ningún concepto efectuar ningún tratamiento hormonal, físico o quirúrgico, sin primero efectuar un legrado biopsico, o una biopsia del cuello, que indique la existencia o ausencia de esta lesión.

Esto no quiere decir que mientras ello se realice, emplearemos recursos para disminuir la hemorragia y restablecer el estado general, si él está comprometido; nos referimos a los hemostáticos, contractoras del miometrio, descongestivos pélvicos, etc.

Por lo tanto, la primera indicación que en un porcentaje de casos es también terapéutico es el *legrado de endometrio*.

Además de confirmar la lesión existente, da un porcentaje de curabilidad, podemos decir de un 36 a 38%. No coincidimos con los que dan un 50%.

Tampoco estamos de acuerdo con ciertos autores que cuando el diagnóstico es bastante seguro de disfuncionalidad endócrina, se intenta primero el tratamiento hormonal de prueba a base de sadoígeros.

Creemos que no es correcto y que el diagnóstico lo certifica el examen histológico.

La hemorragia puede ser variable:

Simulando un ciclo normal,
ó periódica en forma metrorrágica
ó posterior a un período menstrual
ó simulando una menorragia.

en todas ellas en el período para-menopáusico siempre debe efectuarse el raspado biópsico, si evidentemente la hemorragia es muy grande urge hacerlo inmediatamente para evitar la repercusión general con sus síntomas objetivos o subjetivos; pero en las pequeñas manifestaciones metrorrágicas también debe efectuarse y no es bien conducido el tratamiento si esto no se realiza.

Efectuado el Raspado Biópsico, la respuesta del anatómo patólogo será:

ó depende de 1 sector glandular
ó depende de 1 sector vascular
ó depende de 1 sector intersticial

o lo mismo la existencia de las combinaciones de ambas.

Es bastante frecuente en la para-menopausia que la respuesta se trate de un sector glandular con participación de los otros sectores; y dentro del mismo del tipo hipertrófico o atrófico simple; hiperplásico o quístico.

Si predomina el sector *glandular tipo estrogénico variedad hipertrófico*.

Ya dijimos que en un porcentaje de los casos se curan con legrado biópsico, en los demás es preciso hacer el tratamiento hormonal.

Empleamos la progesterona dándole la siguiente forma:

Fármaco en general.

Hormonas luteínicas.— Dispert.— 1 unidad internacional equivale a 1 miligramo de inyectable y en dosis grandes.— Progesterona cristalizada.

Inyectable y en dosis grandes.

Empezando 25 miligramos por vez, 1 inyección diaria, hasta 250 miligramos, y luego seguir con 5 miligramos hasta totalizar 300 miligramos, salvo que se detenga la hemorragia.

A veces empleamos dosis menores.

También se puede emplear la vía oral, comprimidos de 10 miligramos, sub-lingual.

Si con el tratamiento de progesterona no nos da resultado utilizamos el tratamiento con andrógenos.

Testosterona Dispert.— Propionato de Testosterona, solución oleosa.— Testógramon.— Perandren, etc.

Vía inyectable.

Dosis que empleamos en general varían entre 150 miligramos y 200 miligramos, no pasamos de 300 de esta dosis por los fenómenos de virilización.

La manera de indicarlo es la siguiente: 0,10 miligramos por día; 30,-40 miligramos por semana.

A veces cuando la hemorragia es muy intensa damos dosis mayores de 25 ó de 50 las dos o tres primeras inyecciones.

Si la respuesta del raspado biópsico, el anatómo patólogo nos informa que es un endometrio atrófico simple o quístico; en estos casos: utilizamos tratamiento estrogénico sustitutivo.

Fármacos.

Foliculina Dispert.

1 miligramo 10,000 U. B1.

Vía inyectable.

Serie de 10 miligramos viendo el resultado que esto da en la detención de la hemorragia.

A veces preferimos dar por vía oral.

Comprimidos 10 unidades (B. Estradiol cristalizado) o dar inyectable dosis 10,000 U. y al mismo tiempo comprimidos de 1,000 U. B1.

En ocasiones damos fármacos que presentan estrógenos y progesterona, como por ejemplo el Duogynon de Schering o el Primosiston del mismo, o la Progefolina de Gramon, etc., etc.

En general podemos decir que la detención de la hemorragia sucede alrededor de unas 4 semanas.

Otras veces la respuesta del anatómo patólogo predomina el sector vascular y el intersticial más que el glandular estrogénico, siendo siempre este presente en esos casos conviene hacer dosis menores del elemento hormonal que hemos mencionado y dar medicación anti inflamatoria descongestiva y coagulante.

Si la terapéutica empleada no es eficaz o esto se repite en varias oportunidades se plantea en estos pacientes el tratamiento actínico o quirúrgico.

El tratamiento actínico:

Este puede ser curieterápico o roentgenerápico.

Hay quienes prefieren la curieterapia, otros la roentgenterapia.

Ellas tienen elementos favorables o desfavorables.

Somos partidarios de la cirugía. Se sobreentiende en los casos en que no exista contra indicación para realizarla, ya sea *general* o *local*.

La cirugía se realizará en el sector uterino (Histerectomía en sus diversos tipos). Los ovarios siguiendo los conceptos sustentados por el Prof. J. J. Crottogini a cuya Clínica pertenecemos, somos partidarios de dejarlos, se sobreentiende si ellos están sanos.

Roentgenterapia: dosis de castración definitiva.

Curieterapia: 30 m.c.d.

Post-menopausia.

Insistimos aquí; la primera obligación del médico es el curetaje biopsico.

En general predominan en esta época las lesiones tumorales.

El curetaje tiene fin diagnóstico y terapéutico.

Podemos decir que la terapéutica hormonal no existe salvo en ciertas circunstancias, para tratar los fenómenos de carencia ovárica.

La conducta en esta etapa de la vida es el tratamiento quirúrgico o actínico. Preferimos la cirugía y creemos que si no hay contra indicación, como en los casos anteriores debe realizarse una terapia radical.

Histerectomía, si es posible total con anexectomía bilateral, según la edad.

Si esto no es posible por contraindicaciones generales o locales, hacemos actinoterapia de preferencia curieterapia.

Colocando Radium endo uterino y dando una dosis de 30 M.C.D.

Asociamos en estas pacientes:

la terapéutica: Hemostática
Vitamínica
Transfusiones
Medicación tónica general
Sales minerales
Hepática

PUBERTAD

PARA-PUBERTAD O ADOLESCENCIA

El tratamiento está condicionado siendo la paciente en esta época virgen, a un tratamiento sintomático.

Es decir el tratamiento de la hemorragia, que estará condicionado a la intensidad de la misma.

En estos casos se comenzará con la internación de la paciente. Transfusión sanguínea que variará en su cantidad de acuerdo a la repercusión general de la misma.— 300, 400 y 500 c.c.

Se darán contractores del miometrio derivada del cornezuelo de centeno: Methergin, Ergotrate, Ergotina, Ginergeno, Ergobasin (Preparados comerciales) a repetir algunos días.

Y preparados de lóbulo posterior de hipófisis: Pituitina, Hipofisina, Pituosona, Pitocin, etc., descongestivos pélvicos, también damos dosis de hemostáticos y reconstituyentes (del tipo de G.A.B. Viamina K. (K. C. Minx).

La escuela alemana preconizó la transfusión de sangre de la embarazada de pocos meses que contiene cantidades elevadas de Hormona, Folículo y luteíno estimulantes y gonadotrofinas, administrando de esa manera estos elementos de tanto valor terapéutico. No tenemos experiencia con esta terapéutica.

Este tratamiento disminuye la hemorragia, pero es excepcional que la detenga.

Somos partidarios de dar en estos casos Progesterona 10 miligramos; damos hasta totalizar 100 miligramos.

Fármacos que empleamos.

Hormona luteínica.— Lutocidina.— Hormona sintética del cuerpo lúteo. Dispert de 0,10 miligramos.

Las dosis muy grandes no dan resultados. Hay autores que obtienen éxitos, en cambio para otros dan fracasos rotundos. Por eso cuando no obtenemos éxito con el tratamiento de progesterona, damos estrógenos a altas dosis, efectuado de la siguiente manera: 8 a 10 miligramos diarios durante varios días, hacer cesar la hemorragia para continuar unas dosis menor, de 1 a 2 miligramos en un término de 25 días.

Luego repetimos después de varios días otro ciclo de unos 25 días, en general se consigue después de 2 ó 3 ciclos, normalizar el ciclo genital.

Fármaco: Hormona estrogénica natural.

Laboratorio Dispert.

Vía oral en comprimidos de 10,000 U.I. y B. Estreidiol cristalizado.

Vía parenteral: Ovociclina — Hormona folicular pura. Inyectable. Ampollas de 2 cc., 0,1 miligramo u.B.i.

En este grupo de pacientes encontramos su indicación de mejorar el estado general.

Administraciones de Hígado y sales minerales, vitaminas múltiples.

A veces es conveniente asociar al tratamiento mencionado la asociación de terapéutica tiroidea, especialmente en aquellos casos de distiroidismo. Se obtiene excelentes resultados y son relativamente frecuentes.

Tiroidina de 0,05, 2 veces por día durante 15 a 20 días. Si a pesar de la terapéutica mencionada no cede la hemorragia, es necesario proceder como

se realiza en la desflorada, es decir, efectuar un legrado biópsico que es hemostático y además nos da la certificación del estado hormonal ed la misma.

Por eso es tan importante el informe del anátomo patólogo para el diagnóstico y la conducta terapéutica.

Es frecuente también ver en estas pacientes la enfermedad de Brenecke Shoroeder, pero la tratamos al hablar del otro período.

.....
VIDA ACTIVA GENITAL
.....

Podemos decir que en este período, salvo que sea una mujer virgen, la indicación primera es el legrado uterino, que es un recurso terapéutico de la hemorragia (hemostático); pero más importante que ello es que nos sirve para que el histólogo nos dé una respuesta de qué endometrio se trata y cuáles lesiones predominan: glandulares, vasculares o intersticiales.

Recibida la respuesta puede que se trate en un número grande, casos de un tipo glandular estrogénico, pseudo normal en su iniciación, intermediario o final, muy a menudo con edema.

En estas pacientes nos conducimos haciendo una terapia asociada de estrógenos y progesterona dando Duogynon "Schering", en vía parenteral que contiene 20 miligramos de progesterona, 2 miligramos de Benzoato de Estradiol. Damos en general unas 6 ampollas totalizando 60 miligramos de progesterona y 6 de Benzoato de Estradiol, al que agregamos estrógenos por vía oral o Progefolina Gramon o Lutoovociclina. Otras veces se nos contesta que se trata de un endometrio hiperestrogénico sin llegar al tipo de hiperplasia simple; en estos casos preferimos dar estrógenos actuando en forma retrógrada sobre la pre-hipófisis que regula y frena el ovario; en vez de Progesterona.

Cuando la respuesta es Estrogénico tipo atrófico simple, también damos Estrógenos para tratar de mejorar el endometrio, a dosis medianas.

La otra forma de llegar a nosotros estas pacientes en la Clínica, son sus diversas manifestaciones hemorrágicas:

- simulando un embarazo
- o en forma metrorrágica
- o a una menorragia, etc.

Se efectúa el raspado uterino y el histólogo nos contesta que se trata de una Metropatía Hemorrágica hiperplástica quística (glándula quística, es el tipo de la enfermedad de Brenecke-Shoroeder.

En estos casos: el tratamiento que realizamos es el siguiente: no hemos obtenido éxito con el tratamiento progesterónico ni a grandes dosis ni a pequeñas. Preferimos dar andrógenos frenador estrogénico.

También hemos seguido el llamado "legrado hormonal", tal como lo sostienen Paul Funk, Brentano y René Bory en su trabajo.

Consiste en sobrecargar al organismo con estrógenos y entonces añadir progesterona. La Administración de estrógenos se interrumpe bruscamente y

entonces se obtiene una hemorragia con descamación del endometrio hiperplásico.

Hamblen: en un trabajo sobre excesos funcionales de la hemorragia uterina dice: el tratamiento de los excesos funcionales es sencillo y satisfactorio desde el advenimiento de los estrógenos y de la progesterona.

El estrógeno de elección para la hemostasia es el estrona en forma de Sulfato de Estrona activo, por vía oral y de razones para su elección, constituye un estrógeno natural y participa en el metabolismo intrínseco de los esteroides; siendo un intermediario en la transformación del estradiol en estriol, facilita su conversión y no aumenta los niveles de estradiol, que ya son relativamente elevados.

Carece de acción directa sobre la Hipófisis, haciendo que ésta libere gonadotropina luteinizante.

Es efectiva por vía oral.

Empleo: Sulfato de Estrona: 1.25 mg. 2 tabletas, 3 veces por día, es 7.5 mg.

Si la hemorragia no ha disminuído en forma definida al 3er. día de tratamiento, puede aumentarse el nivel de la dosis a un 50%.

A pesar de lo dicho anteriormente el tratamiento no da a veces resultados tan satisfactorios y en esos casos hay que recurrir ya sea a la *actinoterapia* o a la *cirugía*.

La actinoterapia: ésta puede ser por curieterapia o por Roentgenerapia.

Curiterapia: el empleo de ella en casos cercanos a la menopausia, aunque pueda utilizarse en las metropatías juveniles (no somos muy partidarios). La aplicación puede ser temporaria o definitiva; temporaria una dosis que oscile en 9.6 y 10.8 m.c.d., y definitiva 28 a 30 m.c.d.

Debemos decir que las temporarias son muy dudosas y que a veces o no obtiene éxito o es demasia de dosis.

Depende de las circunstancias biológicas de la paciente.

Roentgenerapia: Puede ser empleada en dosis de castración temporaria o definitiva.

Aquí también tenemos ciertos inconvenientes, la dosificación y la resultancia de la misma por su acción sobre el ovario.

La cirugía: Esta puede ser orientada hacia el ovario o hacia el útero.

Sobre el ovario es la resección cuneiforme de ellos, uno o los dos, con extirpación de los folículos madurantes; o resección de los quistes foliculados, y sobre el útero en la mujer joven, disminuir la superficie sangrante, haciendo una Histerectomía fúndica.

En mujeres cercanas a la menopausia el tratamiento puede ser más radical.

Más raro es que el anátomo patólogo nos conteste que se trata de un endometrio luteínico o progestacional.

El tratamiento en los quistes luteínicos con reajuste endometrial progestacional.

La llamada Enfermedad de Halban es quirúrgica, es necesario ir a la extirpación del quiste. (Quistectomía); o resección parcial del gonado.

Hay quienes dan Hormona Androgénica en las dosis ya mencionadas.

En algunas oportunidades menos frecuentes, observadas en las hemorragias funcionales, el histólogo nos contesta que se trata de un endometrio mixto; es decir con fenómenos estrogénicos y progestacionales; en estos casos el tratamiento va dirigido a corregir una reacción progestacional disminuída.

Está indicado dar Progesterona y a veces asociación de Estrógenos y progesterona.

Antes de terminar debemos decir que la terapia de las metrorragias disfuncionales está en constante revisión y se han empleado los más diversos tratamientos y esquemas terapéuticos; desde la medicación estimulante, ya sea por medio de preparados hipofisarios, basándose en la insuficiencia de la hipófisis, motivo inicial de alteraciones ováricas y su consecuencia endometrial, prefiriendo algunos dosis fuertes.

También se han utilizado las gonadotrofinas coriónicas, orina de grávida, o de placenta, o combinación de las hipofisarias con las coriónicas; y como gonadotrofinas séricas.— Davis y Koff.

La terapéutica con insulina no dió resultados esperados.

La Prolactina que fué usada habiéndose demostrado su acción frenadora directa sobre la pre-hipófisis.

Debemos decir aún el enorme número de métodos que han aparecido en los últimos años.

Métodos quirúrgicos.—Injertos ováricos afectados de trastornos opuestos, como son la amenorrea y la metrorragia.

Tratamientos locales.—Radioterapia con fósforo activo. Irradiación en Bazo Hipófisis. Huesos largos, Extractos de glándula pineal, etc.

Y para terminar, diremos que en las metrorragias disfuncionales, lo mismo que en los estados hemorragíparos, se pueden encontrar en la sangre, sustancias heparinoides, que dificultan la coagulación. (Allen y colaboradores).

De allí el empleo de Azul de Toluidina o el sulfato de Protamina.

Hemos obtenido éxito en algunos casos.

Hemos querido dar una noción de cómo nos manejamos en el tratamiento de las Hemorragias disfuncionales, no habiéndose aún dicho la última palabra en estos problemas, creemos que en un futuro se podrá beneficiar cuando se conozca mejor la etiopatogenia de la misma.