

CONSIDERACIONES SOBRE LA METROPATIA HEMORRAGICA

Dr. E. GIL VERNET

Prof. A. de Obstetricia y Ginecología

SCHROEDER incluía dentro de la metropatía hemorrágica, a las hemorragias de la pubertad y del período premenopáusico dependientes de la existencia de alteraciones ováricas tales como la persistencia folicular y quiste folicular.

Para SCHROEDER, la persistencia folicular y quiste folicular dan lugar a un síndrome de hiperestrogenismo actuando el exceso de estrógenos segregados por el ovario sobre el útero, dando lugar a la hiperplasia y proliferación del endometrio, que en su grado más acentuado aparece con los tubos glandulares muy dilatados, dando lugar a la hiperplasia glandular quística del endometrio.

Por tanto, según dicho autor, las hemorragias de la pubertad y de la premenopausia serían formas clínicas diferentes de un mismo proceso. Sin embargo, con el desarrollo y perfeccionamiento de las técnicas de exploración funcional del ovario, se ha llegado al convencimiento de que no siempre podía esquematizarse la metropatía hemorrágica diciendo que era sinónimo de hiperestrogenismo que pro-

vocaba la hiperplasia glandular quística del endometrio. Por el contrario, se han podido observar diferencias etiopatogénicas en determinados casos, entre las hemorragias puberales y las premenopáusicas. Claro está, ello tiene una gran importancia clínica, no solamente desde el punto de vista etiopatogénico, sino clínico, pues de su exacto conocimiento depende que la orientación terapéutica sea correcta y oportuna.

Precisamente por esto hemos creído de interés llamar la atención sobre varios aspectos de la metropatía hemorrágica:

A. Etiopatogenia de las hemorragias de la pubertad y de la premenopausia.

B. Bases para el diagnóstico etiológico.

C. Orientación terapéutica a seguir.

A.-ETIOPATOGENIA DE LAS HEMORRAGIAS DE LA PUBERTAD Y DE LA PREMENOPAUSIA

No pretendemos hacer un estudio completo de los factores etio-

patogénicos que posiblemente intervienen en la génesis de las metrorragias del período puberal y de la premenopausia, pero sí hacer algunas consideraciones en lo que se refiere al factor o factores endocrinos que pueden intervenir.

En el período puberal pueden observarse tres tipos de modificaciones de la función endocrina hipofiso-ovárica.

1. *Síndrome hiperhormonal* caracterizado por un aumento de las hormonas gonadotropas hipofisarias, aumento de estrógenos y, por el contrario, disminución del pregnandiol de la cifra normal de 2 miligramos a 0 ó simplemente indicios.

Como ya veremos luego, este grupo de enfermas tiene una analogía completa con las hemorragias del período premenopáusico, consecutivas a una alteración funcional hipofiso-ovárica idéntica a la descrita.

2. No siempre existe un exceso de estrógenos, sino que, por el contrario, podemos encontrar una cifra normal y aun disminuída, acompañado de la ausencia absoluta de pregnandiol por la falta de formación de cuerpo lúteo. En este caso la persistencia del endometrio en fase de proliferación más o menos acentuada está condicionada por la ausencia de progesterona.

3. Si aceptamos como buenas las cifras dadas por algunos autores y entre nosotros por Cusí y colaboradores, la causa más frecuente de las meno-metrorragias puberales es el hipoenestrogenismo, que consideran presente en el 97,62 por 100 de los casos, según los resultados obtenidos por ellos mediante la dosificación de estrógenos en sangre.

Clínicamente transcurren de un modo análogo. Es decir, a un período de duración variable de amenorrea le sucede la aparición de metrorragias más o menos acentuadas.

Sin embargo, es de notar que mientras las enfermas del grupo 1 presentan a la exploración genitales normales, en las del grupo 2 y, especialmente 3, se aprecia hipoplasia genital más o menos acentuada. Para el diagnóstico diferencial de estos diferentes tipos consideramos de gran importancia, como ya indicaremos, a la citología vaginal.

Resumiendo, pues, podemos decir que las metrorragias de la pubertad pueden ser condicionadas por los siguientes factores:

- I. Aumento hormonas gonadotropas hipofisarias.
- II. Aumento estrógenos.
- III. Ausencia pregnandiol.

Clínicamente debe interpretarse como un síndrome de hiperestrogenismo, secundario a la alteración funcional hipofisaria, con au-

sencia de formación de cuerpo lúteo.

- I. Estrógenos normales
- II. Ausencia de pregnandiol.

En este caso no existe hiperestrogenismo, sino la falta de formación de cuerpo lúteo.

- I. Disminución de estrógenos.
- II. Ausencia de pregnandiol.

En este grupo de enfermas, observamos un síndrome de hiperestrogenismo que todavía resalta más por la ausencia de progesterona debido a la ausencia de cuerpo lúteo.

De nuevo repetimos que no pretendemos con ello llegar a interpretar de un modo total la etiopatogenia de estos trastornos menstruales propios de la pubertad, ya que estamos persuadidos de que existen otros factores que coadyuvan con las modificaciones endocrinas anteriormente citadas y que no podemos en modo alguno descartar. Aun eliminando numerosas causas de origen orgánico, no podemos eludir la importancia de los factores psíquicos cuya importancia es cada vez mayor, después de las observaciones de STIEVE.

También en este período de la vida ofrece un peculiar interés, por su trascendencia clínica las alteraciones sanguíneas (leucemias, trombopenias, etc.), y que tampoco podemos olvidar.

Es nuestro interés resaltar dentro del grupo de factores endocrinos, aquellas modificaciones que hemos creído de mayor importancia clínica y que indudablemente tienen gran interés clínico y terapéutico.

Metrorragias del período premenopáusico

Durante el período premenopáusico también existe alteración funcional ovárica en relación con las modificaciones funcionales hipofisarias. Esta alteración hormonal profunda durante este período, es lo que ha llevado a ZONDEK y más tarde a SIMONET, a dividir este período en dos fases, de las que tiene mayor interés para nuestro estudio la primera o período de alteraciones hormonales premenopáusicas.

A su vez, en esta fase observamos tres etapas en su evolución:

1. Aumento de las hormonas gonadotropas hipofisarias. (Caracterizado porque alcanzan cifras que oscilan entre 20 y 150 unidades ratón.)
2. Aumento de estrógenos consecutivos a la hipersecreción gonadotropa hipofisaria (cuyas cifras pueden oscilar de 500 a 3000).
3. Ausencia de pregnandiol.

El mecanismo de acción de estas modificaciones hormonales, se explica por un aumento de la secre-

ción de las hormonas gonadotropas hipofisarias, el que a su vez se cree consecutivo a un déficit en el freno de la hipófisis. En consecuencia, es el desarrollo de múltiples folículos ováricos que conducen a un aumento en la secreción de estrógenos que al actuar sobre el útero da lugar a la hiperplasia del endometrio, el cual, como ya veremos luego, puede adquirir diverso aspecto morfológico según la intensidad de acción de los estrógenos.

Vemos, pues, que las características etiopatogénicas de las metrorragias del período premenopáusicas son análogas a las descritas en el grupo 1 de las hemorragias de la pubertad.

Llama la atención que tanto en la pubertad como durante el período premenopáusicas, existe una modificación del ciclo. Nos referimos a la frecuencia considerable con que se observan los ciclos anovulares durante estos períodos de la vida de la mujer. Este hecho, al que USANDIZAGA concede gran importancia, hace pensar en la posible influencia de esta alteración del ciclo en la génesis de estas metrorragias.

Sin embargo, a pesar de la semejanza clínica de la metropatía hemorrágica de la pubertad y del período premenopáusicas, desde el punto de vista etiopatogénico, tal vez se diferencien entre sí. Esto nos lo demuestran ciertas características clínicas, etiopatogénicas y

los hallazgos obtenidos mediante examen de la colpocitología y biopsia de endometrio.

Desde el punto de vista clínico, vemos que la metropatía hemorrágica en la pubertad aparece en jóvenes con marcada hipoplasia uterina. Por el contrario, en la que aparece durante el período premenopáusicas se observa el útero, tal vez algo aumentado de volumen, que nos hace suponer la existencia de un síndrome de hiperestrogenismo que provoca una hiperplasia uterina.

Todo ello, evidentemente está en relación con los hallazgos endocrinológicos. Frecuencia considerable de hipoestrogenismo en la metropatía hemorrágica de la pubertad, mientras que en el período premenopáusicas se observa ordinariamente hiperestrogenismo. Esto, como ya veremos más adelante, no sólo lo demuestran las dosificaciones hormonales (ZONDEK, SIMONET, CUSÍ, colaboradores, etc.), sino el estudio de la colpocitología y el examen del endometrio.

Antes de terminar estas consideraciones etiopatogénicas, no queremos dejar de señalar varios hechos que consideramos fundamentales.

a) Es cierto que existe una alteración funcional endocrina hipofiso-ovárica, lo cual parece comprobar los diversos hallazgos conseguidos mediante la dosificación hormonal, examen de la citología vaginal y estudio del endometrio.

b) Esta alteración funcional se le ha atribuído un valor extraordinario como factor causal de la metropatía hemorrágica juvenil y del período premenopáusico, las cuales han sido consideradas formas clínicas de un mismo proceso, a pesar que la alteración funcional que las provoca no es siempre idéntica.

c) Tampoco son idénticos los caracteres clínicos de ambos procesos, lo cual nos lleva a plantear la posibilidad de que ambos procesos no sean idénticos, sino que por el contrario ofrecen características clínicas, etiopatogénicas e incluso anatomo-patológicas bien diferentes.

d) Ya veremos más adelante que si en el origen de estos procesos sólo interviniesen las alteraciones funcionales endocrinas anteriormente citadas, el tratamiento a seguir sería bien claro y los resultados deberían ser óptimos y, por el contrario, no siempre responden con fidelidad.

Por todas estas consideraciones, creemos que tal vez al enjuiciar la etiopatogenia de estos procesos debemos hacerlo desde un punto de vista más general, y además de todos los factores orgánicos que pueden intervenir, no olvidar en ningún momento los factores hemáticos y, de un modo especial, los psíquicos.

B.-BASES PARA EL DIAGNOSTICO ETIOPATOGENICO

Eliminada toda lesión orgánica genital o extragenital como causa de estas hemorragias, tenemos a nuestro alcance diversos medios de exploración para llevar a cabo su diagnóstico etiológico. De todos ellos los que ofrecen mayor interés son los siguientes:

1. Dosificación hormonal.
2. Examen citológico vaginal.
3. Biopsia endometrio.

La dosificación hormonal es útil siempre, pero de un modo especial en las jóvenes en las que existen dificultades para practicar la biopsia de endometrio. Entre nosotros lo han empleado con frecuencia CUSÍ, URGEL y PONJOAN, y lo consideran como un medio muy útil. Sin embargo, usamos habitualmente como medios de exploración funcional del ovario el examen de la citología vaginal y la biopsia del endometrio.

Los frotis vaginales los practicamos siempre en las jóvenes y cuando las condiciones de la enferma lo permiten practicamos además la biopsia de endometrio por aspiración con la cucharilla de Novak.

Mediante las técnicas de SHORR y PAPANICOLAU podemos conocer perfectamente el funcionalismo ovárico, especialmente en lo que

se relaciona a su función estrogénica. Por ello lo conceptuamos muy útil para el diagnóstico de ciclos anovulares, persistencia del folículo o quiste folicular, en cuyo caso vemos que coincide casi siempre con la temperatura basal y el examen de endometrio. Precisamente por ello lo consideramos de gran utilidad si se practica por lo menos un frotis cada cuatro días. La observación de células cornificadas eosinófilas, de un modo persistente y en elevado porcentaje, nos permite establecer el diagnóstico de síndrome de hiperestrogenismo.

Siempre que las condiciones lo permitan, es útil complementar las enseñanzas que nos proporciona el examen de la citología vaginal, mediante la biopsia por aspiración del endometrio en las mujeres jóvenes. En las premenopáusicas practicamos la biopsia del endometrio, pero cuando la intensidad del síndrome hemorrágico es acentuada, practicamos el legrado uterino, pues de este modo, además de un medio diagnóstico, constituye un medio terapéutico.

Cuando la enferma es una mujer adulta, practicamos además del examen de la citología vaginal, la biopsia del endometrio, aconsejando efectuar el legrado uterino cuando las circunstancias lo permitan, pues de este modo, además de cumplir su fin diagnóstico, lleva a cabo de modo más completo con un fin terapéutico.

Con el examen de la citología vaginal y la biopsia del endometrio, podemos obtener enseñanzas de interés que luego nos servirán de un modo extraordinario al plantear la orientación terapéutica. Por ello queremos hacer resaltar algunos aspectos del endometrio y de la citología vaginal, especialmente en jóvenes en el período de la pubertad que indudablemente ofrecen un interés clínico evidente para determinar la causa del síndrome hemorrágico.

Los que ofrecen mayor interés son los siguientes:

1. Las jóvenes en la pubertad con intensas metrorragias y en las cuales la citología vaginal indicaba un alto nivel de células cornificadas eosinófilas, el endometrio presentaba el aspecto de la fase de proliferación con tubos de variable e irregular aspecto, con estroma denso en algunas zonas y en otras más laxo con focos hemorrágicos.

Se observan a veces trombosis vasculares. Solamente en un caso (de tres enfermas en las que se ha podido practicar el examen de endometrio) existía el cuadro de hiperplasia glandular quística del endometrio, sin embargo, en todas ellas hemos podido observar la ausencia de glucógeno en las células y en la secreción glandular de estos endometrios.

2. En los endometrios procedentes de legrados en mujeres en su período premenopáusico en las que con mucha frecuencia practicamos legrado uterino, se ha podido llevar a cabo un examen histopatológico más profundo, habiendo podido observar las siguientes modificaciones:

a) Ausencia de glucógeno.

b) Ausencia de signos de secreción, lo cual nos indica que en estos síndromes existe ordinariamente la ausencia de cuerpos lúteos. Solamente en un caso hemos podido observar una discreta transformación en una pequeña porción de endometrio.

c) Según la intensidad de las modificaciones se observa disposición irregular y variable de los tubos glandulares que son numerosos, pero que no ofrecen rasgos propios de la fase de secreción. En grados más acentuados se observa el cuadro propio de hiperplasia glandular quística del endometrio.

d) El estroma es denso en algunas zonas y en otras es más laxo y está edematoso. No es raro observar mitosis.

e) Lesiones vasculares (trombosis vascular) con focos hemorrágicos, zonas necróticas.

f) No es raro el hallazgo de hiperplasia de la basal que puede ocasionar una descamación incompleta de la capa funcional del endometrio dando lugar a hemorragias de intensidad variable, pero persistentes. En esto es fácil observar que junto a zonas en que la regeneración endometrial es completa, en otras todavía está en evolución, lo cual explica la persistencia de las hemorragias.

Consideramos de importancia clínica el hallazgo de modificaciones clínicas y anatómo-patológicas propias de la descamación incompleta e irregular del endometrio, pues ello ha de influir en la orientación terapéutica e seguir. ,

g) Observación de cuadros de hiperclasia glandular quística en un endometrio atrófico. Se observan las glándulas muy dilatadas con el típico aspecto de queso de Gruyère, pero con la ausencia casi absoluta de estroma.

De todo lo expuesto llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Por el examen citológico vaginal en la pubertad, existen algunas enfermas con las modificaciones propias de hipoestrogenismo.

2. Se observan otras en que la cornificación y eosinofilia es normal y demuestra más que un aumento de los estrógenos la ausencia de cuerpo lúteo.

3. En algunos casos se observa el cuadro propio de un síndrome hiperestrogénico.

4. Siempre hemos observado una concordancia entre los resultados obtenidos mediante el examen de la citología y el examen histopatológico del endometrio.

5. En el período premenopáusico casi siempre el examen histopatológico del endometrio y el examen de la citología vaginal, nos demuestran que las hemorragias propias de la metropatía hemorrágica en esta edad están condicionadas por un síndrome de hiperestrogenismo.

6. Debemos destacar que en muchas ocasiones existe una descamación incompleta e irregular del endometrio que facilita la persistencia del síndrome hemorrágico. Esto lo consideramos de gran interés porque en nuestra opinión constituye un argumento más en favor de la práctica del legrado uterino como medio terapéutico en estas enfermas, aparte claro está del tratamiento hormonal adecuado.

De todo lo que antecede llegamos a la conclusión que las hemorragias propias de la pubertad y del período premenopáusico, ofrecen características etiopatogénicas dispares. En las primeras predominan tal vez los rasgos clínicos, colpocitológicos y anatomopa-

tológicos propios de la función estrogénica débil o normal con ausencia de formación de cuerpo lúteo o bien de hiperestrogenismo más o menos acentuado que transcurre también con ausencia de formación de cuerpo lúteo. En las segundas, los signos clínicos y las modificaciones de la colpocitología anatómo-patológica del endometrio y la dosificación hormonal, indican ordinariamente la existencia de hiperestrogenismo consecutivo a las modificaciones hipofisarias propias de esta época de la vida.

Sin embargo, en unas y otras existe de común que ordinariamente no tiene lugar formación de cuerpo lúteo, existen ciclos anovuladores, hecho sobre el que llama mucho la atención USANDIZAGA.

Estas características clínicas y anatomopatológicas tan diferentes, forzosamente han de influir en la orientación terapéutica a seguir y además explican perfectamente el fracaso de la terapéutica, cuando se ha pretendido esquematizarla, sin atender a las características típicas de cada uno de los casos. Una vez más se demuestran las grandes dificultades que existen si se pretende esquematizar la conducta terapéutica a seguir en estas enfermas.

C.-ORIENTACION TERAPEUTICA

Después de las conclusiones a que llegamos al hacer el estudio

etiopatológico de la metropatía hemorrágica, confirmados por los medios de diagnóstico empleados, especialmente citología vaginal, biopsia endometrio y temperatura basal, la orientación terapéutica a seguir creemos que ha de dirigirse a obtener el siguiente objetivo:

Tanto en las jóvenes como en las premenopáusicas frenar el funcionamiento del lóbulo anterior de la hipófisis y concretamente disminuir las hormonas gonadotrópicas hipofisarias folículo estimulante aumentado. Ello podrá obtenerse por dosis fuerte de estrógenos, progesterona, andrógenos o combinación de progesterona y andrógenos.

Estrógenos

El funcionalismo ovárico depende de las hormonas gonadotropas del lóbulo anterior de la hipófisis sin la cual no se produce la maduración del folículo, ovulación ni la formación del cuerpo amarillo. Ahora bien, también el ovario tiene una influencia reguladora, pues los estrógenos producidos pueden estimular o inhibir el lóbulo anterior. Según los datos experimentales aportados por ZONDEK, el que los estrógenos tengan una acción estimulante o inhibidora sólo depende de la dosis administrada; las dosis pequeñas estimulan la hipófisis mientras que las dosis grandes las inhiben.

La acción de las grandes dosis de estrógenos (10 mgrs. diarios equivalentes a 100.000 U. I.) durante 60 días, impide la maduración del folículo y la formación del cuerpo amarillo. Por tanto los estrógenos pueden conducir a una castración funcional.

Por ello tal vez, en una mujer joven y en la edad puberal, creemos puede ser útil aprovechar la administración de estrógenos a grandes dosis como medio de frenar la hipófisis.

Sin embargo, lo que no podemos olvidar es que la persistencia en un tratamiento con altas dosis de estrógenos lleva consigo sus riesgos, puesto que puede conducir a una hiperplasia de las células eosinófilas del lóbulo anterior de la hipófisis.

Aparte de ello, debemos tener también presente que las dosis elevadas de estrógenos pueden retardar la aparición de la regla y, por tanto, establecerse una amenorrea con lo que se consigue la supresión de la metrorragia. Pero por otra parte dificulta o impide la formación del cuerpo amarillo con lo cual no corregimos de un modo definitivo la causa de las hemorragias.

En muchas ocasiones en síndromes graves en jóvenes en el período puberal, hemos conseguido la cesación rápida de las metrorragias —que en tres enfermas fueron tan intensas que hicieron necesaria la práctica de transfusiones san-

gúneas—, por la administración de dosis intensas de estrógenos.

Ahora bien, si en múltiples ocasiones en enfermas de esta edad y rasgos clínicos, conseguimos un éxito rotundo como medio de cohibir las metrorragias, no podemos decir lo mismo en cuanto se refiere a la curación del proceso. Es decir, como medio que evite la repetición de las hemorragias.

La terapéutica orientada en este sentido, debe siempre apoyarse en los hallazgos clínicos y endocrinológicos. Cuando se observe la existencia de hipoplasia uterina con síndrome de hipoestrogenismo absoluto o relativo por ausencia de formación de cuerpo lúteo, aconsejamos después de la desaparición de las hemorragias graves, la administración de estrógenos a dosis débiles durante la fase de proliferación, combinada con la administración de progesterona durante la segunda mitad del ciclo con la finalidad de obtener un ciclo completo.

Se ha pretendido corregir estas alteraciones del ciclo mediante la administración de Progesterona. BONILLA lo emplea con la finalidad de corregir los ciclos anovulatorios. En estos casos su acción terapéutica se efectuaría a través de la hipófisis.

En el tratamiento de las hemorragias de la pubertad se ha aconsejado la administración de 50 mi-

ligramos en cinco días o en dos días (ZONDEK).

Sin embargo, pocos éxitos se obtienen para corregir las hemorragias intensas únicamente con la administración de la progesterona. Aconsejamos emplear la progesterona a grandes dosis. No olvidemos que la progesterona puede provocar la aparición de una hemorragia, cuando se administra durante cinco días (50 mgrs.) o en dos inyectables de 25 mgrs. antes de sobrevenir la ovulación, y como en estas enfermas no existe, explica los pocos éxitos que se obtienen únicamente con el empleo de la progesterona. Por el contrario puede ser útil su administración combinada con andrógeno. No obstante nos resistimos todo lo posible en su uso y solamente en casos excepcionales cuando se trata de jóvenes en el período puberal.

En la orientación terapéutica a seguir no podemos olvidar la gran frecuencia con que existen modificaciones de estas glándulas endocrinas con las de la hipófisis y ovario, motivo por el cual debe pensarse en la posibilidad de tratamientos asociados con tiroides. Señalemos que ha sido aconsejado el empleo con éxito de la insulina.

Cuando la enferma es obesa y si existe una disminución de metabolismo basal, con mayor razón es útil asociar a este tratamiento la administración de tiroides. Esta

es la conducta que nosotros seguimos en este tipo de mujeres.

En las hemorragias durante el período premenopáusico nuestra conducta difiere por completo. Consideramos de gran utilidad practicar el legrado uterino siempre que exista un síndrome hemorrágico intenso al cual debe seguir siempre tratamiento médico hormonal, puesto que en caso contrario existe evidente peligro de reaparecer.

Al practicar el legrado uterino ofrece serias ventajas:

1. Llevar a cabo con exactitud el diagnóstico etiopatogénico de la metrorragia.

2. Desde el punto de vista terapéutico es de gran utilidad la extracción del endometrio patológico, ya sea por exceso de desarrollo, por descamación irregular e incompleta del mismo o por otras causas y, además, al permitirnos el diagnóstico etiopatogénico exacto podemos completar el legrado uterino mediante la instauración de tratamiento médico y hormonal oportuno.

3. Cuando se trata de metropatía hemorrágica que transcurre con hiperestrogenismo consecutivo a hiperfunción gonadotrófica hipofisaria, nuestra finalidad es conseguir el freno de la hipofisis, fácil de conseguir mediante la administración de andrógenos a grandes dosis. Su utilidad es evi-

dente, lográndose la desaparición de este síndrome hemorrágico. Sin embargo, debemos señalar de nuevo el peligro de la aparición de hirsutismo, hipertrofia de clítoris y en alguna ocasión incluso cambios de voz como en una de nuestras observaciones. Estas alteraciones son altamente desagradables. Por ello, a pesar de su utilidad, restringimos su empleo todo lo que podemos y empleamos con mayor frecuencia la asociación de progesterona con andrógenos, con cuyo empleo no vemos con tanta frecuencia ni intensidad la aparición de aquellos rasgos viriloides.

De todo lo expuesto llegamos a las siguientes conclusiones:

1. En las jóvenes con signos de hipoestrogenismo, si existe síndrome hemorrágico intenso aparte del tratamiento general (transfusión sanguínea —coagulantes— occitócicos, etc.), tratamiento hormonal. (Administración de estrógenos a grandes dosis 50.000 U. I. diarias y, si es preciso, no dudar en administrar 100.000 U. I. diarias hasta obtener la desaparición de la hemorragia).

Inmediatamente después orientar el tratamiento para corregir su ciclo anormal, mediante la administración de estrógenos a pequeñas dosis combinadas con progesterona.

Cuando existe tendencia a la aparición de períodos de amenoreea intercalados entre las hemo-

rragias, intentar la regularización del ciclo mediante el tratamiento antes citado a veces complementado con la administración de estrógenos-progesterona asociados e incluso administrar hormonas gonadotróficas.

2. Ordinariamente, con este tratamiento se podrá conseguir la corrección del síndrome hemorrágico. En casos de fracaso y ante la persistencia de hemorragias grandes puede plantearse en las mujeres jóvenes y durante el período puberal, la necesidad del empleo de la Roengonterapia. Eludimos siempre su empleo sobre el

ovario en mujeres jóvenes, pues lo consideramos un método terapéutico evidentemente peligroso, en cambio no somos refractarios a su empleo sobre el bazo.

3. Durante el período premenopáusico aconsejamos, ante un síndrome hemorrágico, practicar legrado uterino, tratamiento general y hormonal consecutivo. Ante la recidiva no dudamos en practicar radiumterapia cuando la mujer está próxima a la menopausia, pero siempre ante la recidiva después del legrado seguido de tratamiento hormonal.
