

Presentación de un Caso de Hipermenorrea Durante la Menarquia, en Paciente de 11 Años – Procedimiento Practicado – Ligadura de las Arterias Uterinas

Presenting a Case of an 11 Years and 11 Months Old Patient, during the Menarche, Treated by Cutting and Binding of the Uterine Arteries

Dr. Ernesto Gómez-Arzapalo V.

Dra. Isabel Herrera Avalos

Dr. José I. Gorozpe Calvillo

Dr. José Antonio Pérez Mendizábal

Servicio de Ginecología y Obstetricia Clínica Florida Satélite

Enrique Sada Muguerza 1 Cdad. Satélite

Servicio de Imagenología Clínica Florida Satélite

Dr. Jaime Rodriguez Maldonado

Servicio de Pediatría Clínica Florida Satélite

Dr Hector Perez Perafán

Intensivista CHS Corporativo Hospital Satélite

Cdad. Satélite Edo. de Méx. Naucalpan.

Resumen

El caso que presentamos es el de una paciente púber de 11 años y 11 meses de edad que, al inicio de su menarquia, manifestó un flujo sanguíneo (FS) transvaginal escaso e irregular. Al cuarto ciclo, y después de 3 días, el FS se tornó súbitamente profuso, y fue tratada con terapia hormonal (cuyo exacto perfil prácticamente desconocemos), durante 2 semanas.

El grado de severidad del estado general se tornó crítico, ya que la excesiva efusión hemática la llevó a cifras de Hb de 4.8 g/ml, con fibrinógeno y plaquetas por debajo de las cifras normales y presencia de hemoperitoneo. Los valores de oximetría exhibieron un 70% de saturación.

Ante tal escenario, fue internada en el servicio de terapia intensiva, realizándosele cateterismo de subclavia para control de niveles de presión venosa central, suministrándole sangre total, plasma, aféresis de plaquetas y soluciones compensatorias de sales, dado el cuadro de acidosis.

Durante las últimas 6 horas de estancia en este servicio, la paciente perdió aproximadamente 2,400mls. por efusión hemática, vía transvaginal; (la evaluación de las pérdidas sanguíneas se llevó a cabo pesando los apósitos al colocarlos y al momento de retirarlos).

Por haber alcanzado la paciente +4 cc de PVC, se decidió intervenirla, quirúrgicamente, practicándosele laparatomía, encontrando hemoperitoneo por reflujo de 250ml. de sangre

libre en la cavidad abdominal, por lo que se practicó corte y ligadura de las arterias uterinas, opción prudente y conservadora que benefició altamente a la paciente, al preservarle el órgano uterino y sus funciones.

En las 2 hrs. siguientes a la cirugía, durante su estancia en la sala de recuperación, el FS transvaginal era escaso de tipo goteo y la paciente abandonó el hospital, 72 hrs. después de la cirugía, con 11.7 g/de Hb y en franca recuperación.

Siete días después, se le sometió al estudio Doppler de flujo en arco ovárico, que fue reportado como normal, presentando catamenio, igualmente normal, a los 23 días.

Palabra clave: *Hipermenorrea en la menarquía, tratada con: Ligadura de las arterias uterinas.*

Introducción

Los episodios de efusiones sanguíneas transvaginales, son eventos que tienen una relevancia especial y sui géneris, si los asociamos tanto a etapas pre-reproductivas, trans-reproductivas: Stephen¹, O'Leary², James³, French⁴ y Salah⁵, como a post-reproductivas (Sahagún)⁶.

De esos estudios se desprende la importancia decisiva que tiene, para toda paciente, la conservación del órgano reproductivo, que es vital en su perfil emotivo, psicológico y fenotípico, así como para su devenir ginecológico. Así se demuestra la relevancia del caso que presentamos, pues la edad de la paciente fue el elemento esencial a ser considerado, en este cuadro de proiomenorrea, metrorragia, hipermenorrea y meno metrorragia, factores en los que se basa la presentación del caso.

En referencia a éste, las opciones terapéuticas no eran muchas ante la prioridad de conservar el órgano reproductor en una paciente peripuberal, cuando se sabía que, previamente, los intentos médicos con tratamientos hormonales habían fracasado y, ante un cuadro agudo y crítico, que ponía en peligro su estado general, se requería hospitalización en cuidados intensivos. En un proceso de reflexión diagnóstico/acción a seguir, se evaluaron los procedimientos posibles, tomando en cuenta la edad de la paciente y su futuro ginecológico, siendo éstas las razones que nos decidieron a realizar la obliteración de las arterias uterinas, opción quirúrgica prudente y conservadora, antes que proceder a una cirugía mutiladora.

Material y Metodos

Por interrogatorio indirecto se obtuvieron estos datos como síntesis de la Historia Clínica.

- Prepúber de 11 años y 11 meses.
- Procedencia medio rural, parto atendido en un centro de seguridad social.

- Parida a las 36 semanas de gestación, con un peso de 2.375 kgs. Se ignora su talla y el Apgar y Silverman.
- Presentó ictericia, que fue tratada con fototerapia doméstica.
- Desarrollo psicomotor normal.
- Talla actual 1.54 mts. y 36.500kgs. Masa corporal de 13.33 kg/m², basada en la fórmula de Harris-Benedict, peso/estatura 15.5+/-1.8 kg/m² Marra⁷.
- En el rubro de antecedentes patológicos, sólo cabe mencionar parotiditis y varicela durante la segunda infancia.

Según los antecedentes familiares que se refieren en el interrogatorio indirecto, en la paciente no existen padecimientos hematológicos por discrasia sanguínea o entidades genéticas ocasionadas por matrimonios consanguíneos Levy⁸. Así mismo, el estudio hematológico practicado en cuidados intensivos no mostró alteraciones en los factores de coagulación, o la presencia de otra patología somática agregada. En noviembre de 2001, a la edad de 11 años y 3 meses, da inicio un FS transvaginal muy escaso, que transcurre como oligomenorrea. El 20 de marzo de 2002, el FS de caracter oligomenorreico (semejante a los anteriores) se torna, súbitamente, en una efusión en exceso profusa, acompañada de coágulos, lo que la impulsa a acudir a su centro de salud cercano, en el que se le suministra lo que aparece como una terapia hormonal cuya posología desconocemos, seguramente pensando que dicha efusión sanguínea era producto de una descamación endometrial anormal. El estudio efectuado con transductor de multifrecuencia, con equipo Aloka SSD 1.700 de 7.5 Mhz. Doppler duplex, reporta ovario derecho con diámetros de 37 por 30 por 23 mm, altura endometrial de 2 mm, presencia de coágulos y líquido libre en cavidad, aunado a poliquistosis ovárica derecha (**Figura 1**).

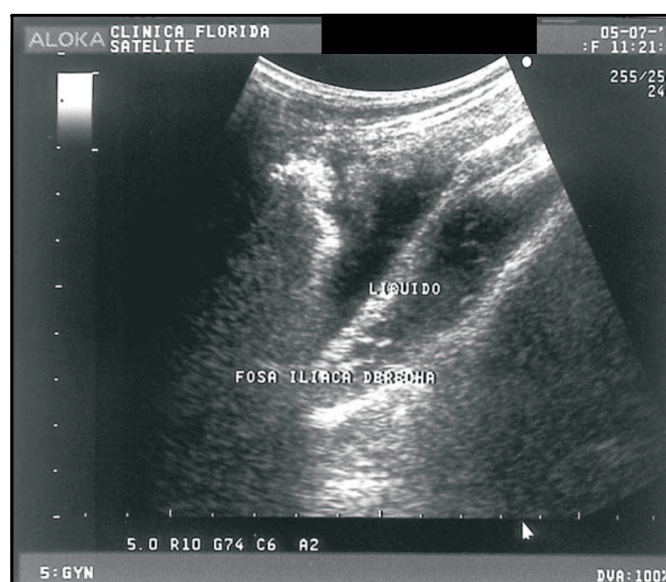


Figura 1 – Los valores hormonales fueron: FSH 0.98 mUI/ml, LH 0.76 mUI/ml, E² 51.0 pg/ml, P⁴ 0, 22 ng/ml, PRL 16.32 ng/ml.

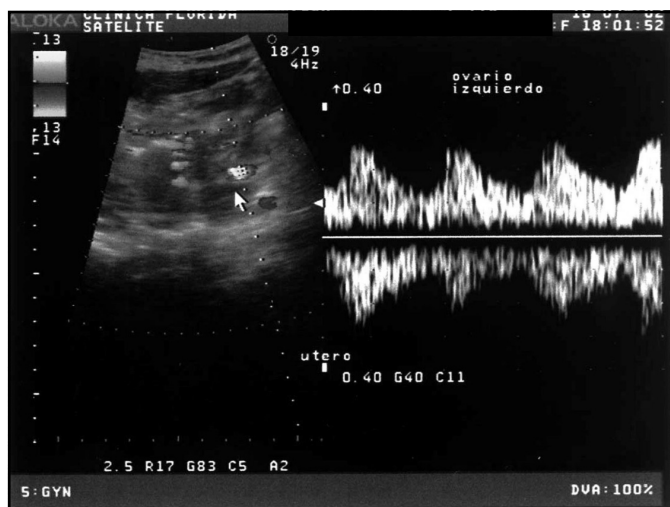


Figura 2

efusión hemática en épocas peripuberales, como por el procedimiento correctivo aplicado. Nos queda la experiencia y la duda sobre cómo clasificarlo.

- a) Como efusión hemática ideopática, porque no lo podemos sustentar en una entidad nosológica específica.
- b) Atendiendo al estudio histológico de la muestra tomada como cuña de ovario. Se describe, la presencia de albugínea engrosada y densa, folículos atrésicos y estructuras quísticas delineadas por células de la granulosa, sin atipias en una paciente de 11 años y 11 meses, es decir descripción compatible con el síndrome de ovarios poliquísticos, escenario sumamente raro en estas edades y, sobre todo, si provoca el cuadro clínico antes descrito.

Ahora bien: el perfil fenotípico prototipo de las pacientes con el fenómeno de ovarios poliquísticos (opq), está muy lejos del que aquí expusimos.

Por lo general, son pacientes con masa corporal en o por encima de los 28 kg/mt², hirsutas, con amenorreas, o bien opsomenorreas; con gonadotropinas hipofisarias específicamente LH (Hormona Luteinizante) elevada, todo ello ausente en nuestra paciente en cuestión.

- c) Este cuadro mas bien podría ubicarse como un caso hipogonádico hipogonadotropo que, contrario al anterior inciso, se manifiestan como oligomenorreicos.

Por eso pensamos que cabe en los estudios y la tesis de Frank y Ghranil⁹ que codifica un gene (CPY11a) que, adosado a la cadena lateral del colesterol, se convierte en el eje causante de una condición metabólica desarrolladora del comportamiento hiper- androgénico.

Cesare¹⁰ lo describe como padecimiento autosómico dominante. Ambos estudios nos hacen reflexionar sobre el origen del caso que comentamos y, en general, pensamos en el

síndrome de (opq), considerando el papel genómico y, como consecuencia, su manifestación en la diversidad de combinaciones en los valores hormonales.

En este caso en particular, como lo hemos mencionado anteriormente, al descartarse patologías hemáticas y hormonales, se establece la posibilidad de que sea el factor genético el real desencadenante del síndrome de opq dando un comportamiento hiper-androgénico.

Precisando: no tenemos causa etiológica que satisfaga el cuadro de menorragia, motivo de este trabajo.

Como segundo elemento a comentar, confirmamos el postulado de Sampson¹¹ en su descripción de la etiología en la endometriosis, cuando este autor hace mención del sangrado retrógrado durante el catamenio. Lo significativo en la experiencia vivida, es la abundancia de la efusión hemática, que produce un hemoperitoneo de 250 a 300 ml. No deja de asombrar la capacidad de reflujo que estas tubas demuestran, contribuir a un hemoperitoneo de tal magnitud. El factor de hemodinámico de compensación circulatoria del arco ovárico con la sumatoria de las arterias vaginales, fue el motivo de preocupación constante, inquietud que fue superada al obtenerse el resultado del estudio Doppler, tras 7 días post-cirugía. Dicho estudio comprobó la circulación de los vasos ováricos aunque con presión disminuida. No obstante, esto fue satisfactorio, esperando que en un próximo estudio revele una circulación colateral compensatoria mejorada.

Pensamos que la elección del procedimiento fue la adecuada por haberse conseguido la corrección de un severo cuadro hemodinámico, que llegó al límite de la homeostasis, fruto de una efusión hemática transvaginal profusa, en una paciente que cursa la edad peripuberal, además de lograrse la conservación del órgano reproductivo.

Aún cuando se trata de un caso aislado, éste abre una muy interesante línea de investigación correlacionada con el genoma, por las expresiones endocrinas, que son tomadas como genuinas en diversas entidades nosológicas.

Summary

The case we are about to introduce concerns an 11 years and 11 months old patient whom, at the beginning of her first period, started with reduced and irregular bleeding. On the fourth cycle the bleeding became suddenly profuse and received a hormone treatment of which we have not exact knowledge. With those symptoms she arrived to our gynecological facilities.

She required hospitalization due to the acute degree of physical deterioration.

This state led to a severe state which produced anemia to the degree of an Hb of 4.8 g/ml with constant fibrinogen and platelets constants

under normal values and the actual presence of hemoperitoneo. The oximetry values were in 70% saturation, and once in intensive care, the subclavia was permeated for a haemodynamic control of venous central pressure and she received total blood, plasma and aphaeresis of platelets and solution of saline elements, to compensate the acidosis scenario.

During the time she was in special care, specifically the last six hours, the patient lost 2,400/ml of blood through transvaginal flow (this evaluation was made by weighing the apposite, before placing it, and after being changed).

When she was plus 4 cc of PVC we operated the patient, finding hemoperitoneous by flow of free bleeding in the abdominal cavity, practicing the cutting and binding of uterine arteries.

During the two hours following surgery, in intensive care, the transvaginal bleeding was dropwise type. The patient left the hospital, 72 hours after surgery, with 117g of Hb, in open recuperation. The Doppler studio of ovaric flow, practiced seven days after surgery, was reported normal, and she presented a three day duration spontaneous catamenio, twenty three days after surgery.

key words: *Hemorrhage during the Menarche, treated with: Cutting and binding of uterine arteries.*

Bibliografia

1. Stephen H, Cruikshank MD. Eugene M. Surgical control of pelvic hemorrhage. Meted of bilateral ovarian ligatio. Am. J. Obstet Gynecol. 1983; 13, 724-5.
2. O'Leary JL y O'leary JA. Uterine artery ligation in the control of intractable postpartum hemorrhage. Surg. Forum. 1968; 19, 309-10.
3. James A, O'Leary MD. Uterine Artery ligation in the control of postcesarean hemorrhage. J. Reprod Med 1995; 40, 189-93.
4. French JH. Postpartum hemorrhage. Jm Med. Assoc. state Ala. 1965, 35; 438-40.
5. Salah A. AbdRabbo, MD. Stepwise uterine desvascularization; A novel technique for management of uncontrollable postpartum hemorrhage with preservation of the uterus. Am J. Pbstet. Gynecol., 1994; 171, 694-700
6. Sahgun Q JA, Perez RJC, Cherem B Porras E. Análisis de 1,000 Histerectomías. Simplificación técnica y reflexión en Hospitales ISSSTE. Ginecol Obstet Mex 1994; 62, 35-9.
7. Marra M. Polito A. De Filippo M. Scalfi L. Are the general equations to predict BMR applicable to patients with anorexia nervosa? Eat Weight disord 2002; 1, 53-59.
8. Levy JM, Stoll C, Gardea A, Bigel P. Clinics and genetics of Glanzmann's thrombasthenia (autor's translation). Nouv. Rev Fr Hematol 1976; 16, 399-405.
9. Franks S, Gharani N. y Waterword D. The gentic basis of polycystic ovary syndrome. Hum Reprod. 1997; 12. 2641-2648.
10. Cesare B Giorgia R. Fulvia M. Lorenzo L. Carlo F. Polycystic ovaries in childhood ; a common finding in daughters of PCOS patients. A pilot study. Hum. Reprod. 2002; 17. 771-776.
11. Sampson A.S. Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. Am J. Obstet. Gynecol., 14: 422-440. 1927.