UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL ESTUDIO CLINICO PATOLOGICO"

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos

Por

LUIS FELIPE HERNANDEZ MATUTE

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, febrero de 1969

PLAN DE TESIS

1- Introducción

2- Antecedentes y Objetivos

3- Material y Métodos

4- Resultados

5- Discusión

6- Conclusiones

7- Bibliografía

MATERIAL Y METODOS

Para este estudio se tomaron pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología sección "A" del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, y a quienes se les hizo el Diagnóstico Clínico de Hemorragia Uterina Disfuncional o bien de Metropatía Hemorrágica de etiología a determinar, durante el período comprendido entre el 1o. de enero de 1966 al 31 de diciembre de 1968. Durante estos 3 años ingresaron al servicio de Ginecología mencionado 1,373 pacientes, de los cuales 168 fueron diagnosticadas clínicamente como del grupo de pacientes que nos interesan.

Todas estas pacientes presentaron un examen clínico normal de la pelvis, sin signos aparentes que sugirieran la existencia de Patología orgánica pélvica. Sin embargo al estudiar los casos en el de-

sarrollo del presente trabajo y excluir los casos que presentaron patología asociada y los incompletos, nos quedamos con un total de 106 casos.

Todos los datos fueron obtenidos de los archivos existentes en el Servicio de Ginecología "A" y del Departamento de Anatomía Patológica, en su sección de Laboratorio, del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala.

Las pacientes en cuestión se estudiaron bajo los siguientes aspectos:

1- Incidencia de las Metropatías hemorrágicas.

2- Edad.

3- Paridad.

4- No. de abortos

5- Patología Asociada en relación a edad y diagnósticos.

6- Tipos histológicos de endometrio.

7- Tratamientos efectuados.

ANTECEDENTES:

Es importante hacer notar que hasta la fecha aún no se ha presentado ningún trabajo de Tesis referente al Tema de las Hemorragias Uterinas disfuncionales, en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Para la elaboración de este estudio, se revisó la literatura de diversos autores extranjeros, lo que nos hace tomar los datos proporcionados por esta literatura, como patrones para comparar las estadísticas encontradas en pacientes de nuestro País.

Excelentes trabajos al respecto fueron revisados, principalmente autores norteamericanos; existen trabajos de autores europeos (italianos y rusos,

principalmente), que no fué posible tenerlos a la vista y consultarlos para el presente ensayo.

OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo pretenden ser sencillos, concisos y prácticos como el estudio mismo; así deseamos:

a) Llamar la atención del clínico ginecólogo sobre la importancia de ésta afección, que ocupa un porcentaje elevado del total de consultas ginecológicas.

b) Señalar la gama tan variada de factores, que se han ponderado como posibles agentes etiopatogénicos de la enfermedad, ya que el mecanismo de producción de la misma en cada caso es difícil de determinar y casi siempre

persiste siendo obscuro.

c) Hacer notar que en la revisión del último año para este trabajo, se encuentra una mayor precisión en el diagnóstico clínico de esta afección.

d) Recomendar el uso de exámenes complementarios para el diagnóstico certero, principalmente el estudio histopatológico.

e) Contribuir, aunque sea en una mínima parte, a la estructuración de datos estadísticos Nacionales, ya que carecemos casi completamente de los mismos, problema frecuentemente encontrado al intentar trabajos y estudios como el presente.

RESULTADOS

1- INCIDENCIA:

Se examinaron en total durante los tres años tomados para este estudio 1,373 pacientes, de cuyas observaciones clínicas tomé 168 que tenían el diagnóstico clínico a comprobar de Metropatía Hemorrágica o Hemorragia Uterina disfuncional, lo que hace un porcentaje de 13.69 de los ingresos al servicio de Ginecología Sección "A" durante tres años.

Se hizo diagnóstico preciso de Hemorragias Uterinas disfuncionales en 106 casos o sea en el 8.63% del total de ingresos. En el resto de los casos el diagnóstico clínico fué descartado por los hallazgos de Patología evidente, en los exámenes practicados especialmente en el Departamento de Anatomía Patológica. El número de casos que presentaron patología asociada fué de 44, es decir un 30% de los casos escogidos previamente. Hubo 18 casos descartados por estar incompleto su estudio y/o tratamiento, lo que hace un porcentaje de 10.7% de los 168 escogidos, RESUMIENDO:

PORCENTAJE Y NUMERO DE CASOS

Dx. Clínico de H.U.D:	Con Patología Asociada	Incompletos	H.U.D. Comprobada.
168	44	18	106
13.69%	3.49%	1.57%	8.63%

H.U.D.: Hemorragia Uterina Disfuncional.

Estos 106 casos son los que se tomarán en cuenta para los datos estadísticos del presente trabajo. Se referirán además las diferentes clasificaciones de los casos que presentaron Patología asociada, por ser de sumo interés sus hallazgos insospechados.

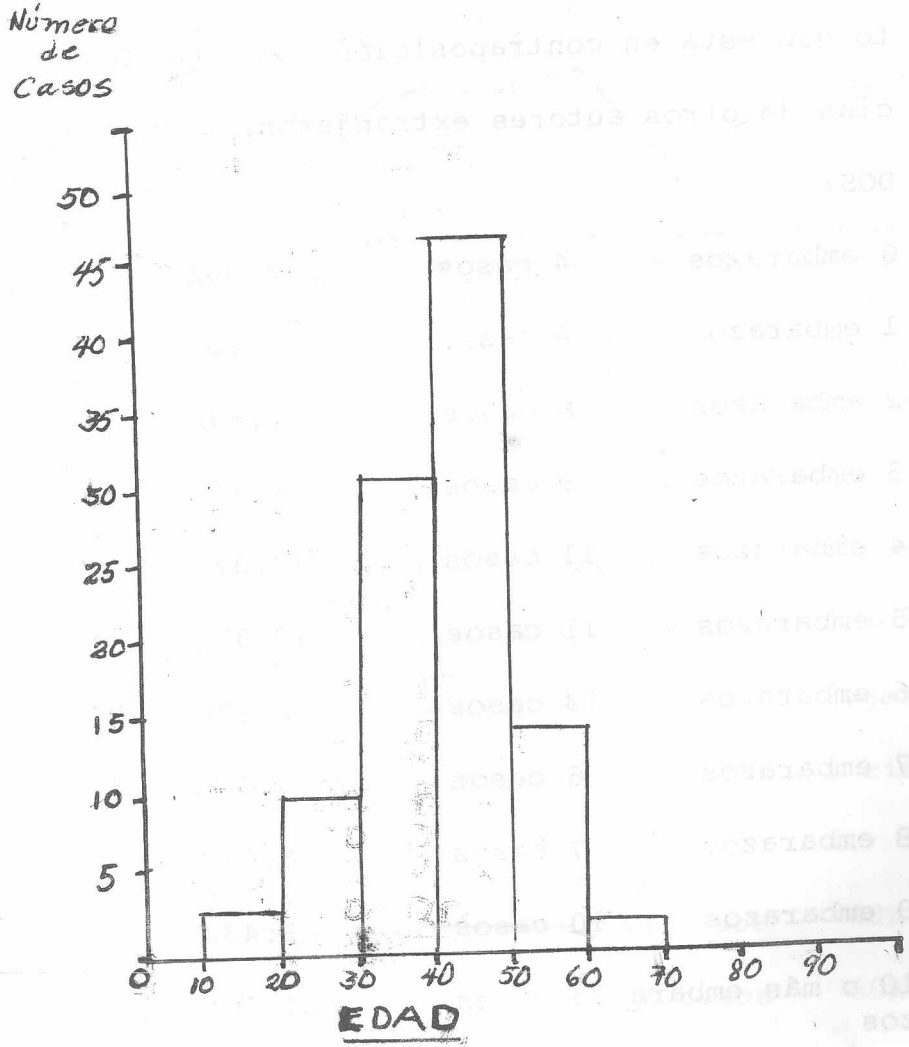
2. EDAD:

Al hacer el estudio estadístico de la incidencia de la hemorragia uterina disfuncional; en relación con la edad de las pacientes, se encontró que es mucho más frecuente en las décadas 40-50 y 30-40 respectivamente. Los datos encontrados son los siguientes:

10-19 años	3 casos	2.81%
20-29 años	10 casos	9.43%
30-39 años	31 casos	29.25%
40-49 años	47 casos	44.34%

50-59 años	13 casos	12.27%
60-69 años	2 casos	1.90%

CUADRO No. 1

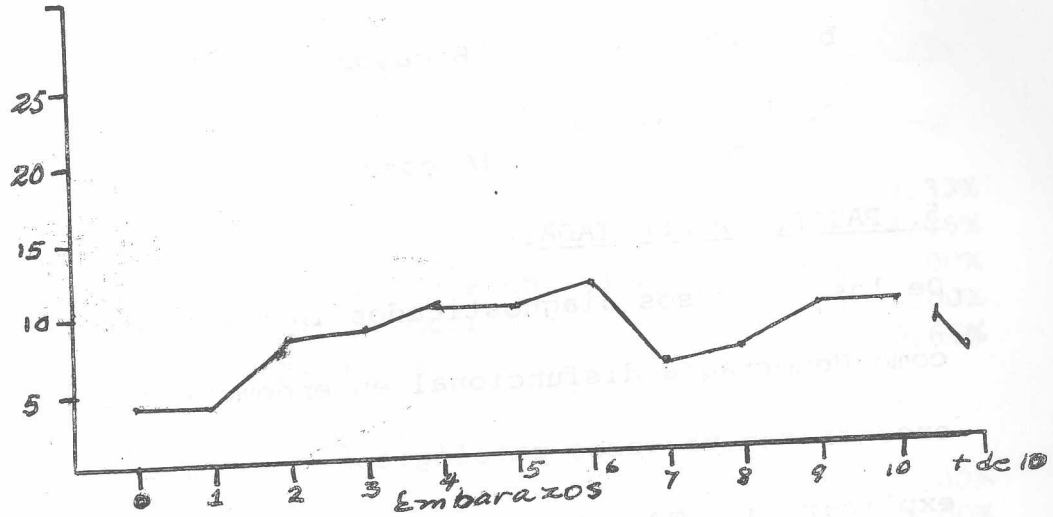


3. PARIDAD:

En nuestro estudio encontramos una relación directa entre el número de embarazos y la hemorragia uterina de tipo disfuncional, dato que está en contraposición con experiencias de otros autores extranjeros. RESULTADOS:

0 embarazos	4 casos	3.80%
1 embarazo	4 casos	3.80%
2 embarazos	8 casos	7.60%
3 embarazos	9 casos	8.43%
4 embarazos	11 casos	10.37%
5 embarazos	11 casos	10.37%
6 embarazos	13 casos	12.27%
7 embarazos	6 casos	5.62%
8 embarazos	7 casos	6.61%
9 embarazos	10 casos	9.43%
10 o más embarazos	23 casos	21.70%

CUADRO No. 2



4. NUMERO DE ABORTOS:

Se tomaron estos datos con la idea de que los abortos anteriores en pacientes con Hemorragia disfuncional, podrían ser explicados - a posteriori- por insuficiencia hormonal. Los resultados nos podrían ayudar a confirmar o negar esta hipótesis; los hallazgos traducidos a cifras estadísticas son:

1. Nunca abortaron	42 casos	40%
2. Abortaron	64 casos	60%

a. 1 aborto	30 casos	29%
b. 2 abortos	18 casos	17%
c. 3 abortos o más	16 casos	14%

5. PATOLOGIA ASOCIADA:

De los 150 casos diagnosticados inicialmente como Hemorragia disfuncional en endometrio se encontraron procesos patológicos capaces de explicar la hemorragia en 44 casos, lo que arrojan un procentaje de 29.7 %.

Para mejor estudio de los hallazgos patológicos los dividiremos en:

a. Patología del endometrio

b. Patología del Cervix

y luego se hará una correlación de incidencia de Patología con la edad de la paciente; en otras palabras, determinar la frecuencia de los diferentes procesos patológicos en pacientes menores de 40 años y mayores de 40 años.

C U A D R O No. 3

PATOLOGIA ENDOMETRIAL:

Fibroleiomioma	14 casos	9.33%
Polipo Endometrial	7 casos	4.66%
restos deciduales y placentarios	3 casos	2.00%
Ademomiosis del miometrio	6 casos	4.00%
Adenocarcinoma papilar	1 caso	0.66%

PATOLOGIA CERVICAL:

Metaplasia escamosa	6 casos	4.00%
Leucoplasia	3 casos	2.00%
Ca. del cervix	3 casos	2.00%
Ca. in situ	1 caso	0.66%

NOTA: En 107 pacientes de las 150 pacientes iniciales, se encontró el diagnóstico de Cervicitis glandular crónica, lo que nos da una incidencia de 71%; sin embargo no se menciona al hablar de las causas patológicas de hemorragia, por considerarse lesión de tipo pasivo.

INCIDENCIA DE PATOLOGIA EN PACIENTES MENORES DE 40 AÑOS:

Restos deciduales y placentarios	3 casos	2.00%
Fibromiomatosis	3 casos	2.00%
Ca. del cervix	2 casos	1.33%
Total	8 casos	5.33%

INCIDENCIA DE PATOLOGIA EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS:

Fibromiomatosis	11 casos	7.33%
Polipo mucoso- endometrial	7 casos	4.66%
Adenomiosis del miometrio	6 casos	4.00%
Metaplasia escamosa	6 casos	4.00%
Leucoplasia del cervix	3 casos	2.00%
Adenocarcinoma papilar del endometrio	1 caso	0.66%
Ca. del cervix	1 caso	0.66%
Ca. in situ	1 caso	0.66%
TOTAL	36 casos	24.07%

6. TIPO HISTOLOGICO DEL ENDOMETRIO:

En los 106 casos de nuestro estudio encontramos los siguientes a tipos de Endometrio (Cuadro No. 4), el cual se obtuvo por técnicas quirúrgicas:

a. Legrado uterino instrumental

b. Biopsia del endometrio

c. Histerectomía.

Estos procedimientos se utilizaron en 100 casos, pues a los 6 casos restantes se les dió tratamiento hormonal, y no hubo pieza para estudio anatomopatológico.

C U A D R O No. 4

Endometrio tipo PROLIFERATIVO	63 casos	63.%
Endometrio tipo SECRETOR	20 casos	20%
Endometrio tipo HIPERPLASTICO	8 casos	8%
Endometrio tipo BASAL	7 casos	7%
Endometrio tipo ATROFICO	2 casos	2%

7. TRATAMIENTOS EFECTUADOS:

RESUMEN:

Histerectomia abdominal total	58 casos	54.71%
Legrado Uterino Instrumental	20 casos	18.88%
Histerectomía vaginal total	9 casos	8.50%
Biopsia del Endometrio más hormonoterapia	9 casos	8.50%
Hormonoterapia secuencial	6 casos	5.66%
Legrado mas biopsia del cervix	3 casos	2.83%
Histerectomía abdominal subtotal	1 caso	0.94%

DISCUSION DEL TEMA

GENERALIDADES:

1. Concepto: Se entiende por hemorragia uterina disfuncional o funcional, aquella hemorragia que se presenta en forma irregular y cuya causa no puede explicarse en base a los hallazgos clínicos del examen de la paciente, o sea que

no se encuentra un proceso patológico capaz de producir "per se" la hemorragia.

El grupo de hemorragias derivadas de la existencia de un ente patológico, etiologicamente activo, se denomina "hemorragia anatómica" o "Hemorragia Orgánica".

2. Etiología: Si consideramos que el endometrio es órgano "blanco" (efector) del complejo sistema endócrino constituido por:

HIPOTALAMO HIPOFISIS OVARIOS ENDOMETRIO

Es facil comprender que una alteración en cualquiera de estos niveles es capaz de alterar el ciclo endometrial normal, haciendo que se presenten manifestaciones aberrantes que constituyen los síndromes clínicos (en nuestro casp, esta manifestación anormal, se refiere esencialmente, a la hemorragia uterina anormal).

Si el hipotálamo condiciona, en gran parte, la

armonía o desarmonía del sistema endócrino, debemos aceptar tambien que el estado anímico de la paciente y los factores de índole emocional tienen un papel importante en la etiología de muchos casos de hemorragia uterina funcional, ya que como es bien sabido, el hipotálamo es el centro nervioso íntimamente ligado con la esfera psico-emotiva del individuo.

La Hipífisis, por su parte, también influye de una manera directa en la producción de las metropatías hemorrágicas debido a que su lóbulo anterior produce las hormonas llamadas gonadotrofinas, responsables de desencadenar la actividad ovárica endócrina y exócrina. Es decir, que dependiendo del grado de estímulo que el ovario reciba de la hipófisis , así será su respuesta hormonal; por ejemplo los casos de hipopituitarismo se manifiestan por amenorrea y en otros

casos en que existen diferentes alteraciones de la función hipofisiaria en general, se presentan clínicamente como trastornos hemorrágicos endometriales: - o sea que, la hipófisis, así como el hipotálamo guardan un lugar de suma importancia como productores de este tipo de hemorragias uterinas.

Por último, tenemos el ovario, glándula hormonalmente muy activa y responsable en forma directa de la conducta del endometrio y de su estructura histológica. Es fácil de entender que la existencia de una alteración en la función ovárica hormonal es suficiente para que el endometrio manifieste clínicamente este cambio, es decir que el endometrio viene a ser una especie de "Indicador" de la actividad ovárica.

Volveremos a referirnos a este tópico, al hablar del tipo de endometrio encontrado en las pacien-

tes de nuestro estudio.

3. Incidencia: En el estudio efectuado hemos encontrado que la hemorragia uterina disfuncional se presente en 8.63% del total de las afecciones ginecológicas que ingresan al Hospital, porcentaje que es ligeramente más alto que el que ha sido descrito por otros autores en trabajos similares. Los Dres. Wall y Jacobs indican que la incidencia encontrada por ellos en el Methodist Hospital de Houston Texas, es de 6.90%, estudio efectuado en mujeres de edad pre-menopáusica y menopáusica; dicho porcentaje aumenta ligeramente al tomar en cuenta los trastornos hemorrágicos de mujeres jóvenes.

En conclusión podemos decir que nuestra incidencia estadística no se diferencia significativamente con los datos obtenidos en otras experiencias.

4. Edad de la Paciente: La edad de las pacientes fluctuó entre los 12 años (la más joven) y 63 años (la de mayor edad).

La frecuencia más alta fué encontrada en pacientes de edad entre los 40-50 años, o sea el período pre-manopáusico y menopáusico de la mujer.

Le sigue en orden descendente, el grupo de mujeres de 30-40 años. Así, de nuevo encontramos que nuestras estadísticas guardan relación con estudios de este tipo realizados por otros autores.

5. Paridad de la Paciente: El problema de la paridad en nuestro medio es importante de discutir. Trabajos efectuados en grupos de mujeres similares al que hemos tomado para nuestro estudio, indican que hay una frecuencia más elevada de la enfermedad en pacientes nulíparas, o bien de escasa paridad, que adolecen, muy frecuentemente, de alguna forma de infertilidad.

Nosotros hemos encontrado, en el presente trabajo, que la incidencia de la hemorragia uterina disfuncional aumenta, a medida que aumenta el número de embarazos. El 21.70% de las pacientes estudidas habían tenido más de 10 embarazos. Este fenómeno es explicable por las siguientes razones:

a) En nuestro medio la mujer inicia su vida reproductiva tempranamente, es frecuente encontrar pacientes que a los 13-14 años ya han tenido por lo menos un embarazo.

b) Hablando en términos generales, hay una marcada resistencia al uso de medidas anticonceptivas entre las mujeres que acuden a los servicios de nuestros Hospitales, ya sea por ignorancia, por imposibilidad económica, o bien por conceptos de índole religioso-moral.

6. Asociacion con el número de abortos: Es interesante hacer notar que del total de pacientes, el 42% nunca abortaron; y el 64% presentaron uno o más abortos durante el transcurso de vida sexual activa. Este hecho nos puede hacer vislumbrar desde el principio la posibilidad de un trastorno endócrino como base de las metropatías hemorrágicas funcionales si consideramos que del 85 al 90% de los abortos son debidos a insuficiencias hormonales (aborto endócrino). Es decir que, se podría suponer que las pacientes, en cuya historia ginecológica aparecen en número más o menos grande de abortos adolecen de algunos trastornos de su función endócrina; aunque la frecuencia del aborto inducido, en nuestro medio, falsearía esta hipótesis.

7. Asociación con otros procesos patológicos: Del

total de casos diagnosticados clínicamente como hemorragia uterina disfuncional, al hacer el estudio histopatológico se encontró que el 29.7 de estos casos, tenían asociado algún proceso patológico, endometrial o cervical, capaz de explicarnos el proceso hemorrágico. Este dato estadístico es coincidente con estudios similares reportados por otros autores (Dr. Wall y Jacobs refieren haber encontrado un 30% de los casos estudiados por ellos). Para nuestro trabajo hemos separado los procesos patológicos por grupos de edad en:

a) menores de 40 años

b) mayores de 40 años

Es importante observar que en el primer grupo de pacientes la patología encontrada fué principalmente a nivel del Endometrio, ocupando el primer lugar los hallazgos residuales de un embarazo an

terior (tejido decidual y placentario), cosa que nos parece muy lógica por la edad de las pacientes incluidas en este grupo.

A medida que aumenta la edad, encontramos que el tipo de patología que se presenta es de naturaleza neoplásica, ya sea benigna o maligna. Así tenemos que el diagnóstico más frecuente en este grupo fué el de Fibromiomatosis de la pared uterina; le siguen en frecuencia los pólipos endometriales y luego otras lesiones que también se consideran de índole neoplásico.

8. Tipo de Endometrio: Este punto se presta a discusiones sumamente interesantes. El tipo de endometrio está condicionado por el tipo de estímulo hormonal que recibe el útero del ovario; o sea que los diferentes tipos de endometrio encontrados histológicamente nos están indicando la hormona predominante en el organismo femenino en el

momento de tomar la muestra. Sabemos que el endometrio proliferativo es el resultado de la estimulación estrógénica, eminentemente del epitelio uterino; se caracteriza, como su nombre lo indica, por presentar signos de proliferación (crecimiento) de sus diferentes elementos tisulares. La sobreestimulación estrogénica del endometrio hace que éste desarrolle sus elementos constitucionales en gran medida, de tal manera, que algunos autores hablan de la dependencia del cáncer endometrial del estímulo estrogénico, o sea que, el tipo de endometrio hiperplástico típico pre-menopáusico o menopáusico (degeneración quística del endometrio o imagen de "Queso Suizo"), es considerada, por algunos autores, como una lesión pre-maligna. Existe además la hiper-

plasia adenomatosa o atípica que es muy difícil de diferenciar histopatológicamente del adenocarcinoma del endometrio en el estudio realizado. Además, el hiperestrinismo produce ciclos menstruales anovulatorios, que por lo general , son irregulares en tiempo y cantidad de hemorragia, es así como engendran las metropatías hemorrágicas disfuncionales.

En nuestro estudio, se encontraron 63 casos de endometrio de tipo proliferativo y 8 casos de endometrio hiperplástico típico, lo que nos hace un total de 71 casos de hiperestrinismo en nuestras pacientes estudiadas.

Hay que recordar que la corteza suprarrenal es productora también de esteroides gonadales (estrógenos y progesterona) y que la administración artificial de este tipo de hormonas (estrógenos) puede llegar a producir un cuadro similar desde

el punto de vista histológico, al descrito anteriormente.

El endometrio secretor traduce actividad progesterónica de los ovarios, dando la imagen adematosa del endometrio; indica también, aunque no siempre, la presencia de ovulación en el ciclo menstrual. Este tipo de endometrio se encontró en un 20% de los casos estudiados. En 7 casos se había perdido el estrato funcional del endometrio, encontrándose solamente endometrio de tipo basal. En 2 casos se reporto endometrio de tipo atrófico, por edad avanzada de la paciente. La atrofia endometrial ha sido descrita en los libros de texto como entidad productora de hemorragias anormales.

9. Tratamientos Efectuados: Al revisar el tratamiento que se instituyó a las pacientes es-

tudiadas, llama la atención, que el tratamiento quirúrgico radical (Histerectomía) ocupa el 64,15% del total de tratamientos efectuados. El tipo de histerectomía que prevaleció fue la Histerectomía abdominal total en 58 casos, luego la histerectomía por vía vaginal y un caso de Histerectomía subtotal. Le siguen en frecuencia el tratamiento a base de Legrado Uterino Instrumental y hormonoterapia.

Es importante hacer énfasis en el gran número de histerectomías que se practica a este tipo de pacientes; y para explicárnoslo hemos de aducir razones como las siguientes:

a) Falta de colaboración de parte de la paciente para seguir un tratamiento conservador; en muchos casos la paciente no vuelve al Hospital a sus controles periódicos, ya sea por ignorancia, porque habita en el área rural, o bien por imposibilidad

económica para mantener un tratamiento a base de compuestos hormonales, que le resulta francamente oneroso.

b) Generalmente cuando la paciente consulta por un problema de este índole, ya ha tenido un número crecido de embarazos y por lo tanto la histerectomía está indicada por alguna otra causa; por ejemplo: es sumamente frecuente la asociación con prolapso genital.

Creo que las razones expuesta anteriormente deben tomarse como valederas para explicarnos el por qué existe un número tan reducido de tratamientos hormonales y un número tan crecido de tratamientos quirúrgicos definitivos.

Es importante hacer notar el fenómeno siguiente: Al principiar a realizar el presente trabajo, me pude dar cuenta de que en un gran número de pacientes diagnosticadas inicialmente

como hemorragia disfuncional, se encontraba un diagnóstico completamente diferente, al hacer el estudio histopatológico. A medida que ha trasncurrido el tiempo, este número de errores diagnósticos ha ido disminuyendo, hecho que nos indica que el sentido clínico del diagnóstico se ha agudizado y que se usan con mas frecuencia procedimientos complementarios para hacer el diagnóstico correcto, principalmente el estudio histopatológico previo (Biopsia de endometrio o legrado uterino instrumental), Papanicolau, Citología Hormonal (Colpocitograma y urocitograma), etc.

CONCLUSIONES Y SUMARIO

1. La entidad patológica denominada HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL es importante de tomarse en cuenta para el diagnóstico diferencial de las Metropatías Hemorrágicas, debido a que representa un elevado porcentaje del total de afecciones ginecológicas.

2. La HEMORRAGIA UTERINA FUNCIONAL es susceptible de presentarse a cualquier edad, pero tiene mayor tendencia a aparecer en el período premenopáusico y menopáusico.

3. En nuestro estudio, la incidencia de la Metropatía hemorrágica disfuncional, es directamente proporcional al número de embarazos.

4. El número de abortos en la historia clínico-ginecológica de una paciente, puede darle al médico una idea de que probablemente padece de algún trastorno endócrino, que puede ser el

responsable de la hemorragia disfuncional que presenta. Esta hipótesis necesita confirmación posterior.

5. Los factores psico-emocionales tienen gran importancia como agentes etiopatogénicos desencadenantes de una hemorragia uterina anormal; por lo tanto, el clínico debe prestar atención a problemas de esa naturaleza, en aquellas pacientes en las que no se encuentra ningún otro signo que oriente hacia la etiología.

6. El número de casos en que el diagnóstico inicial fué descartado por haberse encontrado otro proceso patolígico asociado, sigue siendo elevado, lo que significa que:

7. Es necesario recurrir a toda la habilidad clínica del médico y a los exámenes y procedimientos que estén a su alcance para establecer diagnóstico certero.

8. Entre los procedimientos más útiles que encontramos para la formación del diagnóstico están:

a) Legrado uterino instrumental
b) Biopsia del endometrio
c) Biopsia del Cervix
d) Papanicolau
e) Citología Hormonal
f) Culdoscopía, si posible.

9. Los procesos patológicos más frecuentemente encontrados en mujeres menores de 40 años, con diagnóstico inicial de metropatía hemorrágica funcional, se derivaron de la existencia de un embarazo anterior: restos deciduales y tejido placentario.

10. En las mujeres mayores de 40 años, predominaron las afeccciones de naturaleza neoplásica ya sea benigna o maligna.

11. El tipo más frecuente de endometrio encontrado en este estudio fué el tipo proliferativo y algunos casos de endometrio hiperplástico, lo que nos confirma que éstas mujeres se encontraban en un estado de hiperestrinismo y que probablemente habían tenido ciclos menstruales anovulatorios.

12. La alta frecuencia del tratamiento quirúrgico definitivo para la Metropatía Hemorrágica disfuncional en nuestro país, obedece a razones de tipo económico, cultural y social.

13. Se nota franca mejoría en el diagnóstico clínico de la afección en los últimos meses de nuestro estudio.

BIBLIOGRAFIA

1.-Abel S., Causes of abnormal Uterine Bleeding. Clinical Obs and ginecology 3: 741-73. Sep 1958.

2.-Allen W.M., Functional Uterine Bleeding. Clinical Obs. and Ginec., 3: 825-40. Sept.1958.

3.-Brewer John I., McCune W.W. Management of Abnormal uterine Bleeding during the Climacteric. Clinical Obs. and Ginec. 3: 796-808. Sept 1958.

4.-Cuyler W.K., et al., Exfoliative Cytology as a diagnostic Aid, Clinical Obs. and Ginec. 3: 581-91. Sept 1958.

5.-Decker A., Culdoscopy in the Diagnosis of pelvic disease., Clinical Obs. and Ginec. 3: 610-617 Sept. 1958.

6.-Friedrich E.R., Effects of Contraceptive Hormone Preparations on the Fine Structure of the Endometrium. Obs.Ginec.30(2):

7.-Gould D.M., et al, The Gynogram, Clinical Obs. and Ginec., 3:618-28 Sept. 1958

8.-Gusberg S.B., Hormone Dependence of Endometrial Cancer. Views and Reviews-Obs and Ginec., 30(2): 287-293 Aug. 1967

9.-Gusberg S.B., Developmental Stages of Uterine cancer and their diagnostic appraisal., Clinical Obs. and Ginec. I(3):559-

580 Sept. 1958.

10.-Israel S.L., Weber L.L., Methods used in diagnosis of Abnormal uterine Bleeding. Clinical Obs. and Ginec. I(3): 774-783 Sept 1958.

11.-Jacobs W.M., Lindley J.E., Functional Uterine Bleeding - A revivew of ninety-two cases., American J. Obs. and Ginec. 6:1322-1327, June 1956

12.-Le Maire W.J. et al, Conization of the Cervix - a supplement to curettage for diagnosis in post-menopausal bleeding. Obstet. Ginec. 28:704-6 No. 66.

13.-Lui W., Koebel Lynn, et al, Cytologic Changes following the use of oral contraceptives., Obs. and Ginec. 30(2) 228-232 Aug. 1967

14.-Lock F. R., Psychosomatic Aspects of Uterine Bleeding. Clinical Obs and Ginec I(3): 819-824 Sept. 1958

15.-Novack E.R., Jones G.S., Tratado de Ginecología, 6a. Ed. Mexico, Editorial Interamericana S.A., pp:652-666, 1961.

16.-Novak E.R., Postmenopausal Endometrial Hyperplasia. American J. Obs. and Ginec., 6:1312-1321 June 1956

17.-Peckham Ben., Chung J., Value of the Papanicolau Smear and biopay as Diagnostic Aida in Pregnancy. Clinical Obs. and Ginec. 3: 703-708 Sept 1958.

18.-Randall C.L., Ovarian Function and Woman after the Menopause. Amer. J. Obs. and Ginec. 5: 1000-1010 May 1957.

19.-Robins S.L., Tratado de Patología con Aplicación Clínica., 2a. Ed. MEXICO Editorial Interamericana 1963 pp.882-932.

20.-Schauffler, G.C., Genital Bleeding during Infancy and Childhood. Clinical Obs. and Ginec. I(3): 784-795 Sept 1958

21.-Symmonds R.E., et al., Sarcoma and Sarcoma-like proliferations of the Endometrial Stroma. Amer. J. Obs. and Ginec. 5:1054-1070 May 1957.

22.-Wall J.A., Jacobs W.M., Dysfunctional uterine Bleeding in the premenopausal and Menopausal Years. Amer. J. of Obs. and Ginec., 5: 985-991 May 1957.

Vo. Bo. Ruth R. de Amaya

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria

Br. Luis Felipe Hernández Matute

Vo. Bo.

Dr. Germán Aramburú
Asesor

Vo. Bo.

Dr. Otto Brolo Hernández
Revisor

Vo. Bo.

Dr. Francisco Villagrán M.
Secretario

Vo. Bo.

Dr. Julio de León Méndez
Decano

Guatemala, febrero de 1969