

Necrosis Vaginales Hemorrágicas observadas en la Práctica Ginecológica

Dr. C. A. Zúniga (*)

Las necrosis vaginales hemorrágicas por aplicación de comprimidos cáusticos, son frecuentes en nuestro medio hospitalario y han llegado a constituir una lesión que requiere tratamiento de urgencia, que por sus características y su gravedad deben ser reconocidas por el médico práctico.

Wanamaker (1) y Romain, M. G. (2), reportan casos de quemaduras vaginales por tabletas de permanganato de potasio, con complicaciones hemorrágicas y usadas como medio abortivo.

Kobak A. F. y Wichmck en 1955 (3), refieren un caso de necrosis vaginal, seguida de oclusión intestinal.

Muertes por intento abortivo criminal, fueron reportados en Inglaterra por Jetter W. y Hunter, en 1949 (4).

Más recientemente, O. Donnell R. P., reporta un caso de fístula vesico-vaginal por aplicación de una tableta de permanganato de potasio en el interior de la vagina (5). Jiménez Cervantes (6), ha también contribuido, en España, al estudio de estas lesiones.

A pesar de que el método, ha sido mencionado como muy popular por Cardwell, en Sud-América, no hay reportes documentados en la literatura médica de la América-Latina durante los últimos 15 años.

En trabajo anterior nuestro, presentado en la Tercera Jornada Médica, Siguatepeque, Honduras, C. A., insistimos en la frecuencia de estas lesiones hemorrágicas graves, observadas en mujeres paupérrimas, que buscan medios abortivos auto-provocados, así como también, en el riesgo que corren estas enfermas, si guiados únicamente por los signos evidentes de gestación y grave hemorragia, practicamos el vaciamiento del útero, incruento y gestante sin descubrir la lesión vaginal, verdadero foco hemorrágico.

Esta falta de interpretación clínica, que conduce a tal error diagnóstico, la consideramos el resultado de dos circunstancias:

En primer lugar, a la depreciación de los signos principales del aborto; dolor intermitente, colicoide, predominante, salvo raras excepciones sobre la hemorragia. En segundo término, a una negligente exploración vaginal, en la que no se repara, en el síntoma dilatación del cérvix, cuya negatividad nos ha llamado la atención —en relación con la hemorragia—, en la mayoría de los casos observados.

Nuestro estudio preliminar presentado en 1956, ha sido enrique-

(*) Del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente D'Antoni, La Ceiba, Atlántida, Honduras, C. A.

cido con nuevos casos, que aumentan nuestra casuística, y ameritan esta publicación.

Materia de Estudio.—El material de estudio lo constituye un grupo de pacientes observados personalmente, y un conjunto de fichas revisadas, en el Servicio de Ginecología del Hospital General San Felipe, así como también, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Leonardo Martínez, en los últimos dos años, haciendo un total de 29 casos.

En todas estas pacientes, asistidas siempre como casos de emergencia, hemos podido apreciar, la HEMORRAGIA como síntoma predominante, AMENORREA de los primeros meses, y ninguna o muy moderada dilatación del cuello uterino, que en los casos observados personalmente, permanece átono e inerte en donde se revela ninguna o muy poca sintomatología expulsiva.

Bosquejo Anatómico.—La vagina es un conducto músculo-membranoso, una cavidad virtual, que fisiológicamente, sólo es distendida durante la cópula y el descenso de la cabeza fetal, en el segundo tiempo del parto.

Constituida por elementos musculares y fibrosos, es continuación de la cavidad uterina, de cuya vascularización participa. De 7 a 8.5 cms. de longitud, lo mismo que la uretra, se dirige de arriba a abajo y de atrás a adelante, formando con la horizontal que pasa por la extremidad inferior, un ángulo abierto hacia atrás que mide por término medio, 65 a 75 grados. Lleva una dirección sensiblemente paralela al estrecho superior. Su eje con respecto a la vertical, no es exactamente rectilíneo, sino que forma una ligera curva de concavidad posterior. Si se reúnen los extremos de esta concavidad, extremos de la vagina, por una línea recta, se observa que esta recta está separada del eje del conducto por su parte media, por un intervalo máximo de 4 a 6 milímetros.

Las arterias de la vagina, provienen de 3 orígenes: Uterina, Hemorroidal media y Vaginal inferior. La uterina, suministra una gruesa rama en el nivel del cayado que irriga el tercio superior de la vagina en su cara anterior y posterior.

La hemorroidal media, da algunos ramúsculos a la parte posteriores inferior de la vagina.

La vaginal inferior llamada también de refuerzo, proviene de la hipogástrica, aunque puede nacer de la uterina y aun de la hemorroidal media.

Todas estas arterias, constituyen ricos plexos en el córion vaginal, a lo que se señala un sistema venoso exuberante que confluye a las venas uterinas y hemorroidales, las que anastomosándose en rico sistema constituyen el plexo pampiniforme.

Este bosquejo anatómico de la angiología vaginal indispensables para comprender la gravedad, e importancia que revisten las lesiones del córion vaginal, principalmente en el tercio superior, sitio en donde más frecuentemente son depositados los comprimidos cáusticos y donde más frecuente se descubre la necrosis hemorrágica, debemos añadir el hecho comprobado, el estado congestivo **propio** de este segmento genital, característico, en los primeros meses de la gestación.

de los Casos Observados.—Analizando el conjunto de casos

observados, llama la atención el predominio del síntoma HEMORRAGIA comparado con el DOLOR, ausente, o leve, sin caracteres colicóides ni signos de contractura uterina. De los 29 casos observados, solamente 2 presentaron dolor en el vientre, y 14 marcada sensación dolorosa y ARDOR VAGINAL, síntoma que le hemos dado notable importancia.

En todos los casos a ninguno se le practicó legrado uterino, a excepción de 3 pacientes que fueron legradas y que pocos días después regresaron a la clínica por persistencia de la HEMORRAGIA, que se demostró ser consecutiva a lesiones vaginales que pasaron desapercibidas.

En todos los casos asistidos en el Hospital General, Sala de Ginecología, las pacientes fueron tratadas con taponamiento vaginal con fines hemostáticos. En las pacientes que tuvimos la oportunidad de tratar, preferimos emplear directamente la sutura de la mucosa con cat-gut 0 ó 00, que debe hacerse según la forma de la solución de continuidad y la situación de la escara, con fines de evitar la estrechez retráctil post-operatoria.

El tratamiento directo de la lesión vaginal por medio de la sutura, nos ha parecido más lógico y seguro, ya que nos proporciona certeza absoluta en la hemostasis y protege el córion vaginal expuesto a la infección.

En ninguno de los casos tratados por nosotros, ni en las fichas revisadas, a excepción de tres, se inició la amenaza de aborto y culminó con la expulsión del producto. Quedan como dudosos, dos casos más, que fueron reintervenidos en los cuales no pudimos constatar los signos traumáticos del curetage.

Con lo antedicho, podríamos asegurar, lo ineficaz del procedimiento usado como medio abortivo y el peligro que reviste, dado que, en la mayoría de los casos las pacientes no van al médico cuando se inicia la hemorragia, sino, hasta que la persistencia de la pérdida sanguínea, la debilidad general, la anemia aguda con estado lipotímico, y sobre todo la falta de expulsión tan esperada, del embrión, las obliga a acudir al consultorio, con el fin de que se les consuma el aborto, que creen haber comenzado y se les practique el curetage.

CUADRO DE LOS TRATAMIENTOS SEGUIDOS EN LOS 29 CASOS OBSERVADOS

TABLA II

CURETAJE 3	SUTURA 6	TRANS. DE S.	TAPONAM. 10	CONSERVADOR 10
---------------	----------	--------------	----------------	-------------------

CUADRO SINTOMÁTICO DE LOS 29 CASOS OBSERVADOS

TABLA I

HEMORRAGIA 29	DOLOR VAGINAL 14	DOLOR UTERINO 2	NO DOLOR 5
------------------	---------------------	--------------------	---------------

NECROSIS HEMORRAGICAS VAGINALES — 29 CASOS

EDAD	DOLO- RES	HEMORRAGIA	SITIO ULCERACION	TRATAMIENTO
28	No	Fuerte	Cara posterior	Gasa env.
18	"	Abundante	f.s.d.	Empaque, g.e.
19	Si	"	f.s.?	" "
21	No	Fuerte	f.s.i.	" "
26	"	"	Cuello	" " Transf.
27	"	Abundante	f.s.d.	" "
22	"	"	Cara posterior	1er. grado, sutura
28	Si	Fuerte	Tercio. m.V.	" " "
20	No	"	f.s.p.	Sutura
26	"	Abundante	f.s.p.	"
34	"	Fuerte	f.s.?	Pitocin
43	"	"	f.s.d.	Emp. vaginal
21	"	Abundante	f.s.p.	Tamp. vaginal
32	"	"	f.s.i.	" "
28	"	"	f.s.s.	Sutura
25	"	"	Pared vaginal	Conservador
22	"	"	" " anterior	Suturas, antibióticos
26	Si	"	Endocervical causando aborto	
20	No	"	Pared vaginal	Conservador
28	"	"	" "	"
25	Si	Moderada	" "	Taponamiento
36	No	Abundante	Endocervical causando aborto	
36	"	"	Pared vaginal	Conservador
20	"	Profusa	" "	"
18	"	"	Bóveda vaginal	"
38	"	Moderada	Pared vaginal	"
31	"	Profusa	" "	"
22	Si	Moderada	" "	"
21	No	"	" "	"

COMENTARIOS

La frecuencia en la práctica hospitalaria de hemorragias vaginales consecutivas a la aplicación de comprimidos cáusticos con intento abortivo, uno de los más usados el permanganato de potasio, ha dado origen al trabajo anterior, expuesto con el fin de resaltar el interés del médico en este tipo de lesiones.

En nuestra práctica consideramos de rutina el examen de ambas paredes vaginales preferiblemente con dos valvas, que expone metódicamente las diversas superficies de las mucosas y sus pliegues.

En el curso de la exploración directa, con el espéculum, es posible hacer un correcto diagnóstico, si se constata la ausencia de resumiendo

sanguíneo del cérvix, moderada o ninguna dilatación del cuello, desproporción entre la cantidad de sangre encontrada en la vagina, y una manifiesta sensibilidad de la vagina durante la exploración al tacto.

Hacemos resaltar el hecho, de que, en muy pocos casos, se provoca contracciones uterinas que conducen a la expulsión del producto, cosa que podría hacernos lamentar —si nos guiamos por los signos habituales— practicamos un legrado uterino, —teniendo en consideración la profusa gravedad de la hemorragia en el afán de salvar la vida—, y nos encontramos con un embrión, íntegro, en sus elementos ovulares, que fatalmente vamos a lacerar con nuestra exploración.

Hemos sabido por referencias, de algunos médicos centroamericanos, que el método es de uso frecuente en el Salvador y Nicaragua, pero no ha llegado a nuestras manos ningún trabajo publicado, pues a pesar de haber consultado algunas tesis de médicos centroamericanos, sobre aborto criminal, donde aparecen descritos diferentes métodos, no hemos encontrado descrito el procedimiento.

RESUMEN

Se presentan 29 casos de necrosis vaginal hemorrágica consecutivas a la aplicación de comprimidos cáusticos con intento abortivo. La mayoría de estos casos se observaron en la práctica hospitalaria. El enfermo interpreta la hemorragia como signo de aborto y no por lesión genital. Se recalca lo ineficaz del método como medida abortiva. De no llevar en mente e investigar este tipo de lesiones, lo cual sucede frecuentemente, el médico sin vacilación se decide a vaciar un útero átono, incruento y gestante. Se hace hincapié sobre el examen escrupuloso de la vagina para descubrir las lesiones y sobre el predominio de la hemorragia sobre el síntoma dolor, casi siempre atípico o ausente.

RE FER EN CÍ AS

1. WANAMAKER, F. D.: The lay use of potassium permanganate as an abortifacient. *Am. J. Obst.*, 69:2959, 1955.
2. ROMAIN, M. J. Jr. and NIX, F. G.: Chemical burns of the vagina. *J. Louisiana M. J.*, 107:268, 1955
3. KOBAK, A. F. and WISHNICK, S.: Potassium permanganate burns of the vagina followed by bowel obstruction. *Am. J. Obst.*, 10:409, 1955.
4. JETTER, W. W. and HUNTER, F. T.: Death **from** attempted abortion with a potassium permanganate douch. *N. England J. M.*, 240:794, 1949.
5. O'DONNELL, R. P.: Vesicovaginal fistula produced by potassium permanganate. *Obst. Gyn. N. Y.*, 4:122, 1954.
6. JIMÉNEZ, J. L.: Contribución al estudio del permanganato de potasio empleado como abortivo. Lesiones que pueden dar lugar. *Sem. Med. Españ.*, 3:1114, 1940.