

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

HEMATOMA VULVAR

(ESTUDIO DE 50 CASOS EN EL HOSPITAL DE MATERNIDAD)

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR

VERNON MADRIGAL CASTRO

PREVIA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

ENERO DE 1964

G16.99265
M183h
1964
F. Med.
Ej. 1

985

UES BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10125565

HEMATOMA VULVAR
(Estudio de cincuenta casos en el
HOSPITAL DE MATERNIDAD)



5 ref. 20/10/1970

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

Dr. FABIO CASTILLO FIGUEROA

SECRETARIO GENERAL:

Lic. MARIC FLORES MACALL

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

Dr. VICENTE AREVALO

SECRETARIO:

Dr. ALBERTO MORALES RODRIGUEZ.

JURADO QUE PRACTICO EL EXAMEN DE LA TESIS DE GRADO
EN EL DOCTORAMIENTO PUBLICO

(Aprobado por unanimidad)

Dr. ROBERTO CRELLANA VALDES

Dr. RAUL ARGUELLO ESCOLAN

Dr. JORGE ESCOBAR DE LA COTERA.

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES
PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

I CLINICA OBSTETRICA:

Dr. ROBERTO ORELLANA V.

Dr. ANTONIO MATEU LLORT.

Dr. ARMANDO VAQUERANO NUILA

II CLINICA QUIRURGICA:

Dr. CARLOS GONZALEZ BONILLA

Dr. FERNANDO ALVARADO PIZA

Dr. ALEJANDRO GAMERO ORELLANA

III CLINICA MEDICA.

Dr. JOSE BENJAMIN MANCIA

Dr. JOSE SIMON BASAGOITIA

Dr. MIGUEL A. PARADA CASTRO.

DEDICATORIA:

A mis padres, Miguel y Olga de Madrigal:

Con la intención de calmar un poco el dolor dejado por tanto sacrificio, tanto esfuerzo, y tanta ausencia; a vuestro amor constante debo mi carrera.

A mi esposa Silvia y a mi hijo Vernon Rafael:

Quienes con su presencia y estímulo constante hicieron posible la realización de mi sueño, con inmenso amor.

A mis Hermanos: Alvaro, Olga Ileana y Carmen Lidiette:
con cariño fraternal.

A don Rafael y Doña Lillian de Andreu, con profundo agradecimiento.

A mis amigos y compañeros.

ORDENACION DEL TRABAJO

- I Introducción
- II Métodos, material é incidencia
- III Historia, Definición, Anatomía é Irrigación
- IV Etiología
- V Curso clínico y Diagnóstico
- VI Tratamiento
- VII Resumen
- VIII Comentarios y Conclusiones
- IX Bibliografía

I

INTRODUCCION

Encontrábame un día de turno en el Hospital, -iniciaba entonces mi residencia- recibí aviso de que en la portería me buscaba un amigo. La razón de su visita era la de recomendarme encarecidamente la traída al mundo de su primógénito, encargo que acepté gustoso y, para ser franco, satisfecho, ya que aclaró que lo enviaba un médico amigo de ambos y que a la sazón terminaba su servicio social en Cojutepeque. Después de asegurarle que pondríamos todo el cariño de la amistad en la atención de aquel parto, lo despedí tranquilamente, mientras pensaba que siendo un caso relativamente corriente, la celebración usual no se haría esperar. El trabajo de parto me satisfizo ampliamente, y con la colaboración del anestesista y un bloqueo de pudendos me dispuse a aplicar un forceps profiláctico, y con todo éxito, se oyeron los gritos iniciales del esperado varón. Me esmeré como nunca en la sutura de la episiotomía, y luego de enviar a la esposa de mi amigo a la Sala de Puerperio, dispuse premiarme con una taza de café. Sorpresa grande la mía al notificarme la enfermera de turno, que mi paciente se quejaba de agudo dolor, y que tenía "una pelota morada en la vulva". En efecto; tenía un hematoma vulvar.

Después de drenarlo, bajo las indicaciones precisas de un compañero de más experiencia, y mientras la pobre mujer padecía un doloroso, febril y prolongado puerperio, me dí a buscar información completa en libros y revistas de la especialidad, pero pude comprobar que aparte de comentarlos brevemente, los libros de texto le ha-

cían poco caso a la entidad que tan mal recuerdo había dejado en mí. Las revistas, revisando el material de la Biblioteca del Hospital de Maternidad y de la Escuela de Medicina, me aportaron un par de artículos y muchas referencias que entonces me hicieron tomar en serio la sugerencia que días antes me había hecho mi maestro. Había que hacer una revisión de nuestra patología al respecto, y tratar de facilitar un poco de información a otros compañeros que como yo, no recordamos haber oído nunca en nuestras clases de Obstetricia, -mención alguna al hematoma vulvar.

Esta tesis no pretende en modo alguno ser un tratado sobre el "hematoma vulvar". Pretende sí, llamar la atención del profesorado perteneciente al Departamento de Obstetricia, acerca de ciertas complicaciones de la embarazada y la puérpera que bajo el nombre de "hematomas pélvicos" -comprende los hematomas vulvares-, -pueden en muchos casos ser de consecuencias fatales, o particularmente molestas. Creemos que merece algo más que una mera alusión perdida entre un cúmulo de clases.

Si además estas páginas humildes evitan algún día, a cualquier compañero un sonrojo, o a una parturienta un sufrimiento, el autor quedará tres veces recompensado, y feliz de que sus líneas hayan cumplido su finalidad.

Quiero agregar mi agradecimiento infinito a las personas y entidades que bondadosamente, en una u otra forma hicieron posible -mi trabajo. Entre ellas me honra mencionar al Dr. Raúl Argüello Escolán, Dr. Angel Quan, Br. Manuel Guandique, Dirección y Depto. de Archivos del Hospital de Maternidad, Biblioteca de la Escuela de Medicina, y a todas las amables personas que con una palabra de aliento o una información ayudaron por fin a dar feliz término a esta

* Tesis de Grado.

San Salvador, Enero de 1934.

II

MÉTODOS, MATERIAL DE TRABAJO E INCIDENCIA

En la obtención de los datos que llegaron a formar nuestra casuística, se revisaron los cuadros clínicos de todas las pacientes en quienes fué practicado drenaje quirúrgico de un hematoma vulvar, que se diagnosticó a su ingreso en consulta externa, o bien en el servicio de Partos y puerperio una vez que dieron a luz. Se tomaron los datos que aparecen en las páginas subsiguientes, que representan aquellos más constantes en los protocolos. Lamentamos que algunos muy importantes, como la localización exacta del hematoma, no hayan sido consignados por los operadores salvo en raras ocasiones. Tenemos que reconocer que en nuestro Hospital no hay constancia en el llenado de los reportes operatorios, quizás por falta de conciencia de que esos reportes y sus datos exactos pueden ser utilizados más tarde para la confección de trabajos científicos.

Se ha dado especial importancia a la paridad, peso de los fetos, partos operatorios y al tipo de tratamiento que parecen ser, como veremos, los factores más importantes en esta variedad de hematomas, que vale la pena recordarlo ahora-, es un subgrupo de la clasificación denominada por los autores como "Hematoma Pélvico", o "Hematoma Perigenital".

En nuestro trabajo incluimos como material de estudio, aquellos ocurridos en mujeres embarazadas y no embarazadas que consultaron al Hospital ya sea porque venían padeciendo el Hematoma vulvar, post-partum o por otro tipo de traumatismo, ó que fué resultante de maniobras operatorias hechas por el personal médico, y aún aquellos en que no se pudo descubrir el factor etiológico principal, pero todos, de la sintomatología y tamaño suficiente para que requirieran la atención quirúrgica necesaria, casi siempre por parte del personal de médicos residentes "en pleno período de entrenamiento", como dice uno de nuestros profesores. Todos estos casos llegaron

más tarde a la sala de Operaciones, donde se verificó el procedimiento operatorio. Fueron anotados en el libro de control de operaciones, que luego nos sirvió de base para la identificación de los cuadros clínicos.

Todos los casos pertenecen al período de tiempo comprendido entre el 20 de Abril de 1954, fecha de la fundación de este Hospital, y el 31 de Diciembre de 1962; un período de tiempo de ocho años y ocho meses. En base del mismo sistema de selección descartamos los hematomas clasificados como supravaginales, subperitoneales é intraligamentarios, por supuesto fueron descartados, para quedarnos solamente con los vulvares.

Los datos totales de incidencia, fueron calculados sobre el total de ingresos habidos en el Hospital en igual período de tiempo, y de cualquier estado relacionado con la rama de Ginecología y Obstetricia, únicas que acepta el Hospital de Maternidad. Cabe mencionar aquí que los hematomas vulvares que fueron drenados dos ó más veces durante un mismo ingreso fueron contados como un solo caso drenado dos veces. No tuvimos recurrencias en ingresos posteriores en ningún caso, situación que habría sido tabulada en renglón especial.

INCIDENCIA.

Hay gran confusión de opiniones respecto a la incidencia en la literatura mundial y casi podríamos decir que varía con el autor, y con el material de trabajo de cada uno de ellos.

Entre los factores responsables de esta discrepancia, en un reporte de 73 casos y revisión de la literatura, McElin, Bowers y Paalman (1), citan los siguientes:

- a- algunos hematomas puerperales son pequeños é insignificantes.
- b- La agudeza diagnostica y el interés en este problema, varía con los diferentes asistentes.

c- Talvez el hecho más importante es la discusión mantenida acerca de la clasificación (2). Si consideramos solamente la variedad masiva, aquellos con profunda anemia, con marcada extensión retroperitoneal, o aquellos que producen severa morbilidad y mortalidad, entonces la condición que nos ocupa, es rara. Si por el contrario, tabulamos los hematomas muy pequeños tan frecuentemente encontrados en el reparo de una episiotomía, entonces, esos hematomas son un problema de todos los días.

En nuestros casos ni siquiera aparece reportado la mayoría de las veces el tamaño del hematoma, por lo que desde un principio nos atuvimos a los atendidos quirúrgicamente. No hay duda de que una investigación cuidadosa revelará una incidencia mayor en nuestro medio, que la que proponemos, pues serán muchos los hematomas que pasaron desapercibidos o no reportados.

Eastman (3) establece una incidencia de 1 en 1500-2000 partos; Moshkowitz (4), 1 en 1951 partos; DeLee y Greenhill (5), 1 en 4000 partos, y Duckman and Tortora (6), 1 en 12.495 partos. Shull y Thoms opinan que la variedad vulvar es relativamente frecuente y de ordinario no tan grave (7), pero todos están de acuerdo en que la variedad de extensión peritoneal, tiene una elevada mortalidad si no es tratada activamente.

Por otra parte, Sotto y Collins, en un estudio realizado en un período de tres años, reportan una incidencia de 1 en 309.5 partos y aclaran que siendo la más alta reportada, la atribuyen a que en el Millard Fillmore Hospital, la institución encuestada, usan forceps bajo profiláctico de rutina y al especial interés y esfuerzo por ellos hecho para diagnosticar el hematoma. Llamam la atención al establecer que para ellos, ésa es la incidencia más cercana a la realidad excepto en los hospitales en que el parto espontáneo es la rutina (8). Los mismos autores notaron que el 38% de sus casos

se desarrollan en el lado derecho, en razón del mayor uso de la episiotomía medio-lateral derecha. Esta información tiene importancia si recordamos que en nuestro Hospital se hace rutinariamente episiotomía en primigestas, que evolucionan hacia parto espontáneo después, en la mayoría de los casos. Entre nosotros, es más frecuente también, la episiotomía medio-lateral derecha.

Nuestra casuística comprende 50 casos de Hematoma Vulvar en un total de 111.251 ingresos, siendo entonces la frecuencia entre nosotros de 1 por cada 2225 ingresos. Se presentaron 2 casos en pacientes no embarazadas, 5 casos en que complicaba un embarazo, y los restantes 43 fueron puerperales; cabe decir que de éstos 43, diez y nueve lo fueron después de partos en el hogar, buscando asilo solo cuando la gravedad de los síntomas las obligó a ello.

CUADRO I

INCIDENCIA DEL HEMATOMA VULVAR; DISTRIBUCION POR PARIDAD

Paridad	Nº de Casos	Por ciento
Para 0	16	32%
Para 1	10	20%
Para 2	4	8%
Para 3	2	4%
Para 4	2	4%
Para 5 y más	<u>13</u>	<u>26%</u>
Totales	50	100%

En el cuadro anterior, es interesante observar la alta incidencia en nulíparas primigestas, y de las grandes multíparas, que está de acuerdo con dos hechos entre otros discutibles más adelante: la práctica de episiotomías de rutina en el Hospital, y el constante fenómeno de que nuestras grandes multíparas ya no consideren necesario el Hospital, dando a luz en sus casas

en condiciones que propician el desarrollo de la patología.

CUADRO II

INCIDENCIA DEL HEMATOMA VULVAR. DISTRIBUCION POR GRUPOS ETARIOS

Edades en años	Nº de casos	Por ciento
15 a 20	15	30%
21 a 25	16	32%
26 a 30	6	12%
31 a 35	11	22%
36 a 40	2	4%
41 y más	0	0%
Totales	50	100%

Este cuadro muestra que la incidencia es como esperábamos, mayor en las edades de mayor actividad reproductiva de nuestras mujeres, pero llama la atención la baja incidencia en el grupo 26 a 30 años. Puede mencionarse aquí que nuestra paciente más joven fué de 15 años y la más vieja de 38 años.

En términos generales, nuestra estadística está de acuerdo con la que aparece en la bibliografía consultada.

III

HISTORIA, DEFINICION, ANATOMIA E IRRIGACION DE LA REGION

Remontándonos en la literatura médica, encontramos que el primer caso reportado de hematoma puerperal, lo fué por Rueff en 1554 (9), mientras que Deneux en 1830, por primera vez se ocupaba en detalle del problema (3). El hematoma vulvar traumático fué atendido a fines del siglo pasado principalmente por los autores alemanes, y en 1887 aparece el primer reporte hecho por Himmelfarb; Hudock, Dupayne y McGeary, en una revisión de la literatura encuéntrase 60 casos reportados hasta 1954 (11). Bajo la clasificación de hematoma puerperal, los mismos autores encuentran; 260 casos reportados hasta 1954.

Desde 1920 el problema ha adquirido mayor importancia sobre todo en la mujer no embarazada, en vista de que a partir de entonces la mujer adquirió más libertad é independencia, gracias a la revolución social que se viene operando desde entonces. Consecuentemente también, el riesgo y la exposición al trauma, ha aumentado, lo cual se refleja en una mayor incidencia mundial de hematomas vulvares, así como también es mayor la rapidez con que la mujer moderna consulta al ginecólogo después del trauma, en contraposición con pasados tiempos en que lo hacía solamente cuando la magnitud de la tumoración, vencía su exagerado pudor;

Es de esperarse que se presenten cada vez con mayor frecuencia en años * venideros.

DEFINICION

Se define un hematoma como "un tumor conteniendo sangre extravasada" Un Hematoma Vulvar, sería uno localizado en la vulva. El hematoma vulvar está incluido en el grupo llamado según el autor, Hematomas Pélvicos, o perigenitales, que a su vez son llamados puerperales cuando ocurren como consecuencia de hechos relacionados con el trabajo de parto, y traumá-

nicos cuando lo son con otras causas especialmente golpes, y que pueden suceder en la embarazada y en la mujer no embarazada.

Es necesario aclarar conceptos con relación a la clasificación, ya que como lo habrá vislumbrado el lector, las variadas agrupaciones que han hecho los investigadores a través de sus reportes, han dado origen a una amplia confusión. De acuerdo con Hudock, Dupayne y McGearry, es difícil, cuando se trata con una materia tan sujeta a variaciones, obtener una definición aguda. Así vemos que Jacobi y Rexilius (12), los clasifican simplemente en pequeños y grandes, no especificando medidas. Otras clasificaciones son comparativas como tamaño de una salchicha, de un puño de hombre, de un coco, de una grapefruit, etc., términos que por supuesto carecen de uniformidad y de exactitud científica, fuera del hecho de que el tumor varía en tamaño dependiendo si se mide inmediatamente después de ocurrido, o cuando ya está desarrollado.

Una clasificación más cercana a la realidad deberá incluir tres renglones que son:

- a- tamaño del hematoma, agrupados en pequeños, (tamaño de un huevo de paloma) medianos, (como una naranja) y grandes (como un coco, y que incluyen necesariamente labios mayores, monte de Venus, periné y región perirrectal de la nalga).
- b- tiempo en que se examinó después del traumatismo desencadenante.
- c- situación exacta del hematoma.

Con relación a éste último punto, Pieri (13) propone que se ubiquen en uno de dos triángulos: anterior, formado por la sínfisis pubiana y ambas tuberosidades isquiáticas, y posterior, formado por ambas tuberosidades y la unión sacrocoxígea. La base de ambos triángulos (línea o diámetro intertúberoisquial), corresponde bastante estrechamente al llamado diafragma urogenital formado por la fascia de Colles y la aponeurosis de los mús-

culos perineales. Esto es importante porque un hematoma que quedara localizado entre esta fascia y la piel se comportaría distinto a otro que extendiéndose por dentro de la fascia, podría disecar el tejido conectivo extendiéndose incluso hasta el riñón y diafragma por vía retroperitoneal.

En nuestra investigación no encontramos ninguna clasificación definida ya que no se encontraron los datos suficientes, faltando en la mayoría de los reportes operatorios una comparación o medida del tamaño del hematoma; pero podemos suponer que fueron medianos y grandes puesto que requirieron atención en sala de operaciones.

ANATOMIA E IRRIGACION DE LA REGION.

Si bien no ahondaremos mucho en la descripción anatómica de las diversas estructuras que integran la vulva, sí profundizaremos en la irrigación por ser ésta de la mayor importancia. Según la clásica descripción de Testut y Latarjet, a cuya obra (14) referimos al lector para más detalles, la vulva está compuesta por las siguientes estructuras:

- monte de venus
- labios mayores y menores
- uretra vulvar y órganos eréctiles
- orificio vaginal interno
- himen en la vírgen
- horquilla perineal

IRRIGACION:

Monte de Venus y Labios mayores: las arterias que irrigan los labios mayores, provienen de dos orígenes: de las pudendas externas, ramas de la femoral, que también irrigan el monte de venus, y de la perineal inferior, rama de la pudenda interna. Las venas del monte de venus se dirigen hacia el triángulo de Scarpa y desembocan en la safena interna o directa -

mente en la femoral. Las venas de los labios mayores se distinguen en superficiales y profundas; las venas superficiales acompañan a las arterias ya citadas, abocando unas a la femoral y otras a la pudenda interna; las venas profundas siguen una trayectoria ascendente reuniéndose con las venas del bulbo, junto con las cuales se precipitan en el plexo vaginal. En la parte anterior de los labios mayores, terminan las venas del ligamento redondo, las cuales se anastomizan a este nivel con las venas de la pared abdominal y con las pudendas externas.

Labios menores: las arterias de los labios menores provienen de los mismos orígenes que las de los labios mayores; las venas forman entre las dos hojuelas tegumentarias una red que ordinariamente está muy desarrollada, mezclándose en parte con las venas superficiales de los labios mayores, y en parte con los del bulbo de la vagina.

La uretra vulvar y los órganos eréctiles están regados por la arteria dorsal del clítoris y por la cavernosa rama de la pudenda interna, y por ramas de la perineal profunda que se origina en la misma pudenda interna. La vena del mismo nombre recoge el drenaje venoso de esta zona.

El orificio vaginal interno y el himen en la vírgen, están regados por las mismas arterias y venas de la vagina, que provienen ordinariamente de tres orígenes: de la uterina, de la vaginal y de la hemorroidal media; la arteria uterina dá ramas que irrigan las paredes anterior y posterior de la parte superior de la vagina, que son la vesico-vaginal que se desprende de la uterina por fuera del uréter, y la cérvico-vaginal que nace por dentro del uréter. La vaginal llamada también vaginal inferior es una arteriola que proviene de la misma hipogástrica, y a veces de la uterina ó de la hemorroidal media; llega a la vagina por lo menos 3 cm. por debajo de la cúpula vaginal, é irriga toda la mitad inferior de la vagina, sobre todo su pa-

red posterior. Las ramas que dán por delante y por detrás, se anastomizan entre sí y forman en la parte media de cada una de las caras una arteria longitudinal que se extiende del cuello uterino a la vulva suministrando ramos vestibulares y bulbares; éstas se llaman arterias longitudinales ó á-cigos de la vagina. La hemorroidal media da algunas ramas a la parte inferior de la cara posterior de la vagina. Todas las ramas arteriales penetran en las paredes vaginales, después de haber regado la túnica muscular formando en fin un plexo abundante en el espesor del corión.

Las venas de la vagina, notables por su número y su volumen, se anastomizan a ambos lados, sobre todo en los extremos de la vagina. En la región media, las anastomosis son más raras y las venas tienden a formar un tronco satélite de las venas á-cigos. Estas venas desembocan en las uterinas a la altura del cuello, y se anastomizan con las venas hemorroidales medias. Estas comunican con las hemorroidales superiores, estableciéndose así en la vagina un sistema portocava de anastomosis.

La horquilla perineal, cuerpo perineal y músculos perineales se encuentran irrigados por la arteria pudenda interna y principalmente por su rama perineal superficial; las venas se vierten en las pudendas internas y algunas ramas lo hacen en el muslo en la vena safena interna, después de haber drenado el periné.

En el estudio de la etiología del Hematoma Vulvar, el drenaje venoso y su conocimiento juega un papel muy importante, si tomamos en cuenta la frecuencia con que son encontradas várices en vulva y vagina sobre todo en multíparas, várices que por su friabilidad representan con su sola presencia, un motivo de preocupación para el partero.

IV ETIOLOGIA

En los hematomas vulvares no puerperales, la causa desencadenante es un traumatismo directo sobre la vulva, en la casi totalidad de los casos, - aunque a veces no se puede determinar la exacta etiología. Pero en los hematomas puerperales se discuten una gran variedad de puntos que se consideran responsables de la patología, siendo su comprobación fácil en ocasiones.

Primariamente, como vimos antes, el hecho básico es la solución de continuidad en un vaso sanguíneo, sin lesión aparente de la piel, o con una lesión quirúrgicamente suturada.

En nuestros casos traumáticos no puerperales, encontramos los traumas responsables distribuidos así:

CUADRO III
HEMATOMA VULVAR TRAUMATICO; DISTRIBUCION POR EL TIPO DE TRAUMA

Tipo de Trauma	Casos	Porcentaje
Caída sobre gradas	4	8%
Puntapié en la vulva	2	4%
Espontáneo después de un esfuerzo	1	2%
Después de extirpación de quiste de Gland. Bartholin	1	2%
Totales	8	16%

Estos totales son válidos para un total de 50 pacientes (100%). Nótese que el 84% fueron puerperales como veremos en el cuadro IV. Aunque en una de nuestras pacientes no se pudo demostrar ninguna causa desencadenante, se clasificó como traumático pues evidentemente no era puerperal; esta paciente a su ingreso, aseguró que en el esfuerzo hecho para levantar un objeto pesado, sintió súbito dolor, seguido de tumoración progresiva.

Otro caso que fué ingresado como quiste de la glándula de Bartholín, desarrolló el hematoma durante las primeras 6 horas de post-operatorio.

Con relación al hematoma puerperal, que constituyó el 84% de nuestros cincuenta casos, McElin, Bowers y Paalman citan como causativos, los siguientes ítems:

- 1- Trauma excesivo durante la atención del parto;
- 2- Hemostasia inadecuada
- 3- Necrosis por compresión sobre un vaso sanguíneo como responsable de casos aparecidos tardíamente.
- 4- Primigravidez, especialmente en pacientes jóvenes, se cree factor predisponente.
- 5- Toxemia del embarazo
- 6- Discracias sanguíneas; se cree que aumentan la incidencia de hematomas vulvares. Un factor hematológico desconocido ha sido propuesto por Hamilton (9).
- 7- Varicosidades en el área genital que se pueden romper.
- 8- Posiciones occípito-posteriores persistentes en el feto que comprimen largo tiempo el piso perineal.
- 9- Niños muy grandes, aparecen con frecuencia aumentada en algunas series reportadas.

En el siguiente cuadro hemos clasificado los antecedentes inmediatos a la aparición del hematoma vulvar, en nuestros 42 casos restantes -puerperales-.

CUADRO IV
HEMATOMA VULVAR PUERPERAL CLASIFICADO POR ANTECEDENTES
INMEDIATOS AL PARTO

Antecedente inmediato	Casos	Por ciento
Parto fuera del hospital	19	33%
Parto normal	9	18%

Continuación del Cuadro IV.

Parto normal con episiotomía	8	16%
Parto y sutura de desgarros	2	4%
Forceps sin episiotomía	1	2%
Forceps con episiotomía	1	2%
Embriotomía	1	2%
Parto y ruptura de várices vaginales	1	2%
Totales	42 casos	84%

Como era de esperarse, la complicación se presentó con mayor frecuencia en los partos atendidos quien sabe en qué condiciones, fuera del Hospital; la totalidad quizá por comadronas que a duras penas reconocerán que algo anda mal, si hubiera sido posible mostrarles los hematomas. Desgraciadamente, no podemos arribar a ninguna conclusión en este 33% de casos, por la falta de datos antes y durante el parto. En la mayoría de los casos no se pudo obtener ni el peso del recién nacido, por no haber sido traído al hospital. Para fines de discusión etiológica, sólo podemos decir que la atención del parto por personas no entrenadas, representa un factor muy importante en la incidencia del hematoma vulvar en nuestro medio.

Nuestro segundo renglón en orden de incidencia, fué el parto atendido sin episiotomía. Y aquí tenemos un hecho muy interesante: de los nueve casos de hematoma vulvar que ocurrieron después de partos sin episiotomía, seis correspondieron a primigestas nulíparas. Esto está de acuerdo con las opiniones de los autores citados anteriormente, cuando hablan de primigravidez como factor etiológico; en consecuencia se debe hacer un esfuerzo para practicar episiotomía de rutina en toda primigesta. Esta práctica, bajará la incidencia, en el entendido de que será practicada haciendo buena hemostasia, ya que como vemos en nuestro siguiente porcentaje de incidencia, el hematoma ocurrió en ocho pacientes después de practicar episio-

mía, y en los ocho casos el hematoma correspondió al lado de la episiotomía, extendiéndose uno de ellos además al otro lado. En dos de ellos se comprobó además la presencia de várices vulvares.

En los casos relacionados con la aplicación de fórceps, el primero era una primigesta a quién después de un segundo período de 50 minutos se le diagnosticó una presentación O. P. D. Y se le aplicó un fórceps medio previa episiotomía, descubriéndose el hematoma inmediatamente después. La aplicación de forceps de Piper en cabeza última, sin episiotomía, dió otro caso diagnosticado ocho horas después. Un caso de presentación transversa abandonada en quien se practicó embriotomía fué el responsable de otro hematoma; ésta misma paciente sufrió ruptura uterina durante el procedimiento, se le practicó histerectomía y desarrolló luego una fístula véscicovaginal, lo cual ilustra el mal estado en que estaba la paciente.

En fin, una última paciente, al dar a luz, sufrió una ruptura de varices vaginales que fué impropriadamente controlada; desarrolló luego un hematoma de grandes dimensiones.

Del total de 42 casos de hematoma vulvar puerperal, cuatro correspondieron a toxemias graves, y uno a toxemia calificada como leve. Solamente una paciente de estas cinco recibió cuidados prenatales, durante los cuales se le diagnosticó preeclampsia; otro de ellos la desarrolló durante el puerperio inmediato.

A propósito de hemostasia inadecuada y episiotomías, Greenhill considera posible la formación del hematoma cuando en la sutura de una episiotomía o un desgarró vaginal, no se inicia la sutura mucosa arriba del ángulo del corte (5). Por supuesto que uno nunca debe asumir que la simple reparación de episiotomía es garantía suficiente. Se debe insistir en la hemostasia individual, especialmente de los vasos arteriales.

En nuestra serie no se comprobó ningún tipo de discrasias sanguíneas,

porque no se sospecharon clínicamente y no fueron investigados.

Baldwin (15) hace la salvedad de que muchos autores no dan valor a los factores segundo período del parto-toxemia, pero agrega que debe tomarse muy en cuenta el antecedente de hematoma vulvar en un parto anterior, como factor predisponente en el siguiente parto, debiendo tomarse medidas precautorias para evitarlo.

En los casos puerperales en que el nacimiento se verificó en el hospital (23 de 42 casos) no pudimos comprobar prolongación del segundo período significativo, excepto en el caso de presentación transversa abandonada, en el cual la causa era obvia. La razón de no encontrar tales períodos prolongados, podría ser una o varias de las siguientes: a- descubrimiento y tratamiento precoz de la situación. b- que el efecto de compresión se ejerce más sobre las paredes vaginales que sobre la vulva propiamente dicha. c- los efectos necróticos son de mayor magnitud en el tejido conectivo que en el propio tejido vascular más resistente y elástico.

En nuestra casuística no encontramos que el peso de los fetos fuera factor etiológico, como se ha mencionado antes por algunos autores. De los 42 casos puerperales, 19 pacientes dieron a luz fuera del Hospital, y de éstas solamente 7 trajeron consigo a sus niños, los cuales fueron pesados y tallados, y con los 23 nacidos en el hospital, constituyen un total de 30 que aparecen en el siguiente cuadro (CUADRO V). Aunque se podría alegar que éste es un número insuficiente de casos, tenemos que aceptar que siendo la literatura tan pobre al respecto, el dato que ofrecemos parece indicar que por lo menos en nuestro medio, el peso de los fetos no ofrecerá problemas al respecto. Recordemos que determinado por las condiciones socioeconómicas el promedio de peso fetal no pasa de 3000 g.

CUADRO V

LA DISTRIBUCION DE LOS PESOS FETALES EN 30 CASOS DE HEMATOMA VULVAR PUERPERAL.

Peso en gramos	Nº de Casos
1500 a 1999	1
2000 a 2499	3
2500 a 2999	16
3000 a 3499	8
3500 a 3999	2
TOTAL	30 casos

Observemos de nuevo que más del 60% de los fetos pesó menos de 3000 gramos.

V
CURSO CLINICO Y DIAGNOSTICO

En los casos de Hematoma Vulvar traumático, las pacientes consultan al Hospital más rápidamente que en los puerperales ocurridos en partos fuera de él. La razón es que en el primero caso el traumatismo sufrido es un hecho aislado y aparente, al cual familiares y pacientes atribuyen los síntomas que se presentan. No ocurre así en el segundo caso, ya que hay una tendencia natural del profano a relacionarlo con un estado lógico-para él- de síntomas post-partum; naturalmente, solo al revestir las quejas caracteres alarmantes, le será proporcionada atención especializada.

Los síntomas relevantes del hematoma vulvar, son considerados a continuación:

1- Dolor: un dolor severo é insoportable, es el síntoma más prominente; referido a la región vulvar, puede ser descrito como sensación de pesantez; en la paciente de más elevado índice intelectual podrá ser comparado con una sensación de estiramiento y ruptura de los tejidos, o simplemente ser reportado como presión de los tejidos sobre el recto y vejiga, y eventualmente, que impiden la defecación, la micción o ambas.

El dolor se puede confundir o desestimar en los casos en que la puérpera ha recibido algún tipo de anestesia o analgesia durante el parto, o retardar la aparición de síntomas subjetivos y por ende, el diagnóstico. El dolor se vuelve progresivamente más fuerte, y no es aliviado por analgésicos u opiáceos, y por el contrario puede aparecer un estado de aprensión y agitación que fué comparado por Walsh y Ganser (2), al de "un animal herido". El obstetra no debe confundir estos síntomas,

con los relativamente leves que ocasiona una episiotomía normal.

2- Tumor: en el hematoma vulvar, es típico la rápida aparición de una masa de tamaño variable que por lo general reviste características de tensión y fluctuación así como cambios en la piel y mucosa que los recubren que van desde descoloración hasta tonos violáceos. Es exquisitamente dolorosa, y el dolor se exagera al estar de pié o intentar caminar. Puede obliterar el orificio vaginal por completo y desplaza el ano y algunas veces la uretra dando los síntomas antes descritos de tenesmo rectal y dificultad en la micción. El examen descubre el hematoma ocupando uno ó ambos labios, con extensión al periné, la fosa isquiorrectal, el espacio paravaginal, e incluso a los fondos de saco, y espacio retroperitoneal. Pero de ordinario el examen combinado de recto y vagina, detecta en la variedad vulvar, solamente extensión a la fosa isquiorrectal y tabique rectovaginal en los casos más graves y de tardío diagnóstico. Superficialmente, el hematoma se puede formar en el periné o extenderse a él pero ésto es más raro en razón de la mayor fortaleza y menor vascularidad del espacio perineal.

En nuestros casos la localización solamente se pudo computar en uno o ambos lados o en el periné, en vista de la falta de datos que nos dijeran si tomaba labio mayor, menor y la extensión aproximada.

CUADRO VI

LOCALIZACIÓN DEL HEMATOMA VULVAR EN CINCUENTA CASOS

	No de Casos	Por ciento
Lado derecho	21	42%
Lado izquierdo	20	40%
Bilaterales	3	6%
	20	

Continuación Cuadro VI.

Perineales	1	2%
Sin datos	5	10%
TOTALES	50	100%

- 3- Shock: Todos los signos del shock pueden aparecer en los hematomas de gran extensión, y en nuestro medio, aún los pequeños y moderados se pueden acompañar en algunos casos de hipotensión debido a la anemia endémica que sufre nuestra clientela hospitalaria; este precario equilibrio entre anemia y mecanismos compensadores, se rompe por la pérdida de sangre en el parto, sumado al dolor del hematoma. Es sabido que un dolor muy intenso puede dar de por sí todos los síntomas del shock. Nuestra serie incluye solamente tres.
- 4- Fiebre: Cuando está en relación directa con el hematoma, se presenta por lo general después de doce horas. En diez casos nuestros que se diagnosticaron o ingresaron después de 24 horas, siete presentaban temperatura de más de 38 grados centígrados; desde luego la fiebre puede ser más alta y el pulso entonces está acelerado correspondientemente.
- 5- Anemia: Puede jugar un papel muy importante en el cuadro general; si se ha obtenido un hematócrito al ingreso, los análisis sucesivos son un índice suspicaz, para detectar la presencia o evolución de un Hematoma sobre todo cuando tiene tendencia a la extensión peritoneal; además servirá para guiar la terapéutica complementaria. De rutina se deberá tomar hematócrito y leucograma al ingreso de la paciente.

El diagnóstico, según queda establecido, puede ser hecho fácilmente, siempre que el médico esté atento al menos, con los síntomas más constantes:

dolor y tumoración. En todos nuestros casos esos fueron las quejas de las pacientes. En muy raros casos, se obtuvo hematócritos, pero la cantidad de sangre extraída al drenarlos, osciló entre 250 c. c. y 1000 c. c., según la estimación de los diversos operadores. Aunque ésta es una estimación muy subjetiva, nos dá una idea del tamaño del hematoma y de la magnitud de los coágulos extraídos.

Una vez hecho el diagnóstico debe efectuarse un examen ginecológico - completo, bajo anestesia si es necesario, con miras a reconocer con exactitud el tamaño y la extensión del hematoma.

No insistiremos bastante en la importancia del diagnóstico precoz. Este debe hacerse en los casos posibles, en la sala de partos. Los hematomas de crecimiento rápido son los que más daño ocasionan ya que es mayor el estiramiento sufrido por las estructuras afectadas. Al hablar de hematomas de crecimiento rápido, quiero citar a Kamenetsky (18), que reporta cuatro casos de partos gemelares en que la formación de un gran hematoma, impidió la salida del segundo gemelo.

El diagnóstico de nuestros casos, para fines de ilustración lo hemos dividido en dos secciones: una para los hematomas ocurridos fuera del hospital, calculada sobre el tiempo después del inicio de la patología en que consultó la paciente, y la segunda referente al tiempo post partum en que se hizo el diagnóstico, cuando los partos se verificaron en nuestro Centro.

CUADRO VII

HEMATOMA VULVAR TIEMPO DE CONSULTA DESPUES DEL PARTO O TRAUMATISMO QUE INICIO LA CONDICION.

Tiempo en Horas	Puerperales	Traumáticos	Totales
0 a 6	4	4	8

Continuación Cuadro VII.

7 a 12	1	2	3
13 a 18	2	0	2
19 a 24	3	1	4
24 a 48	2	0	2
más de 48	7	0	7
			26

Observemos que el total de las pacientes que sufrieron traumatismo, acudió al hospital antes de las veinticuatro horas, en contraste con los casos puerperales que en un total de 19, siete vinieron después de 48 horas.

CUADRO VIII

*HEMATOMA VULVAR. TIEMPO DE DIAGNOSTICO DESPUES DE VERIFICADO EL PARTO, DENTRO DEL HOSPITAL.

Tiempo en horas	Nº de casos	Por ciento
Inmediato al parto	3	12.7%
0 a 6	11 (*)	45.8%
7 a 12	8	33.3%
12 a 24	0	0.0%
más de 24	2	8.2%
Totales	24	100%

(*) en este grupo se incluyó un hematoma vulvar que ocurrió en una paciente, después de extirparle un quiste de la glándula de Bartholin.

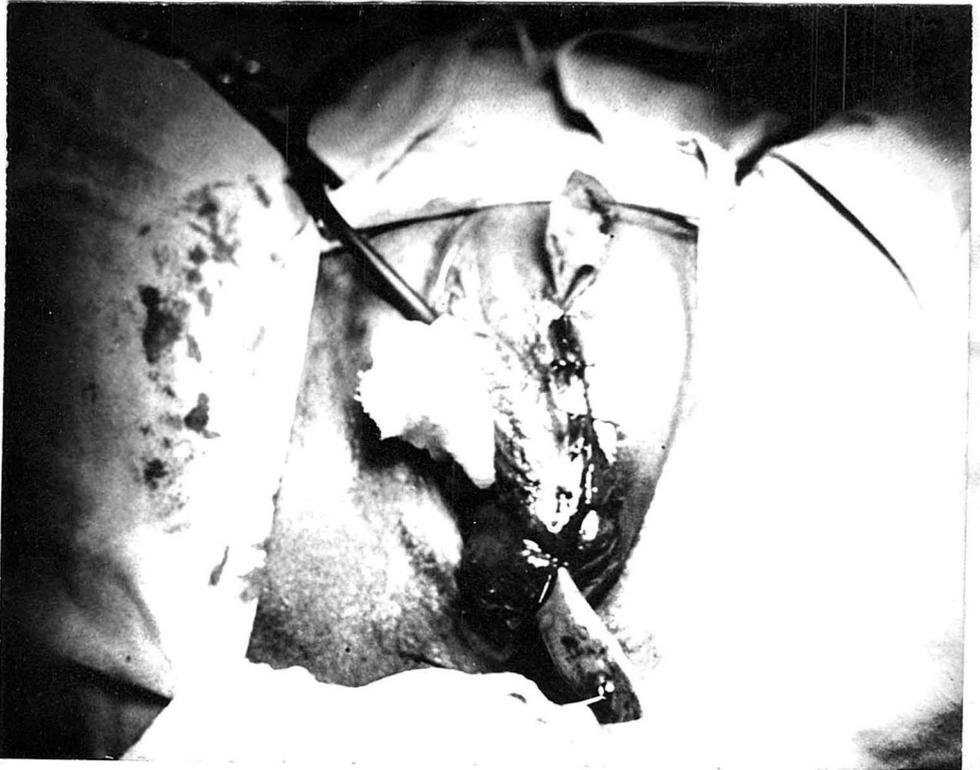
Es halagador comprobar que en nuestro hospital, más del 90% de los casos, fué diagnosticado antes de las doce primeras horas. Los que lo fueron después de 24 horas, (3 y 5 días después) probablemente en uno de ellos hubo error en el diagnóstico, ya que se confundió con un simple edema durante cuatro días, y en el otro, la patología se desarrolló retardadamente.

Comparando nuestros resultados, anoto aquí la información de Sotto y Collins, que en un estudio de 47 hematomas (8), obtuvieron los siguientes datos:

33 casos diagnosticados de 1 a 8 horas después del parto
4 casos " de 9 a 24 " " " "
7 casos " después de veinticuatro horas.

Agregan dichos autores, tres casos diagnosticados inmediatamente después del parto. Así concluyen que el 77% de sus casos fué reconocido dentro de las primeras ocho horas, y 85% dentro de las primeras veinticuatro. Hay que hacer notar que las pacientes de esa serie, fueron mantenidas y examinadas frecuentemente, en sala de recuperación por un período de ocho horas después del parto.

Aparentemente el diagnóstico no ofreció dificultades en la Sala de Admisión, cuando los hematomas ya venían desarrollados, excepto en un caso en que se hizo el diagnóstico errado de absceso de la glándula de Bartholin.



Hematoma Vulvar antes y después del Tratamiento Quirúrgico.

(Fotos: Cortesía del Dr. Angel Guan)

VI

TRATAMIENTO

Antes de entrar de lleno en la materia "tratamiento", citemos las palabras de McElin, Bowers y Paalman: "como la mayoría de problemas médicos, el mejor tratamiento es la prevención".

Las técnicas preventivas pueden ser sumariadas como sigue:

A- Antes del parto. -

1. Cuidado prenatal meticuloso con especial atención al manejo de la anemia.
2. Tratamiento adecuado de las toxemias, y reconocimiento y terapéutica de las discrasias sanguíneas.

B- Durante el parto. -

1. Práctica de maniobras obstétricas cuidadosas, con especial cuidado en presencia de varicosidades vulvares.
2. Debe ser practicada una episiotomía adecuada.
3. La episiotomía debe ser considerada como una herida quirúrgica, y como tal, ser tratada con el mayor respeto, teniendo en mente una cuidadosa inspección del cérvix y la vagina en busca de laceraciones; una buena aproximación y afrontamiento de los tejidos; ligadura de los puntos sangrantes definidos, y, colocar la primera sutura un centímetro por encima del ángulo superior de la insición.

C- Después del parto. -

1. Las numerosas posibilidades de la formación de un hematoma como complicación post-partum, debe ser notada, siendo deseable que el tratamiento de los pequeños hematomas así como de los expansivos, se inicie de inmediato.

2. Debe dirigirse la mayor atención al periné en las primeras horas del puerperio. Es sabio examinar el periné antes de administrar analgésicos para un dolor fuera de lo corriente. Las quejas de la paciente no deben ser ignoradas; la significancia de un dolor fuerte es mayor cuando la paciente ha recibido analgésicos o anestésicos durante el parto; esas pacientes deben examinarse precozmente - cuando a pesar del anestésico se quejan de dolor.

En cuanto al tratamiento del hematoma ya establecido, se siguen dos conductas, dependiendo del tamaño y la evolución del hematoma, separándolos en pequeños, medianos y grandes, y en estacionarios y expansivos, respectivamente.

Tratamiento del hematoma pequeño: si aparece inmediatamente después del parto o de la infiltración perineal con anestésico debe ser tratado con compresión sostenida manualmente o por otromedio, y observando atentamente; si tiende a crecer, debe ser incindido, y su cavidad obliterada por suturas y suturas-ligaduras en los puntos sangrantes. La observación posterior es obligada, con lo que se evitará que llegue hasta grandes tamaños. Si no creció y se trató conservadoramente, los antibióticos y los proteolíticos tipo tripsinas, están indicados como tratamiento total.

Tratamiento de los hematomas medianos; en contados casos se obtiene una reabsorción rápida y un periné en buenas condiciones si se sigue el tratamiento conservador, sobre todo en los que tienden a crecer, ya que al llegar a éste tamaño el hematoma es muy doloroso y no permite hacer una compresión efectiva. Por otro lado, la tendencia en las tumoraciones estacionarias es a abrirse a la vagina o a la piel con gran esfuerzo visible

y oculto, aumentando el chance de infección. En los casos en que está afectado el periné eventualmente se requiere una perineorrafia en un tiempo posterior. Por tales motivos parece ser más conveniente el tratamiento quirúrgico, que describiremos junto con el siguiente.

Tratamiento de los grandes hematomas:

Es en éstos donde se presentan síntomas generales de shock, como consecuencia de los casos más graves. Se deben tomar las medidas necesarias para prevenir y combatir el shock. Si el hematoma se empieza a formar durante el parto y crece rápidamente hay que incidir, obtener la mejor hemostasia posible, taponar el hematoma si es necesario, y terminar el parto lo más rápidamente posible. Si el hematoma se forma antes del alumbramiento de la placenta, debe extraerse por la manera más indicada; de la misma manera, debe tratar el obstetra de apurar el nacimiento de un segundo gemelo, cuando el hematoma se forma después de nacer el primero. Entonces el tratamiento de los hematomas puede ser instituido.

No importa el sitio en que se practique la insición de drenaje, siempre que sea amplia y ofrezca buena visibilidad hasta de las partes más profundas de la cavidad; si se ha lla en el sitio de una episiotomía, es lógico abrir ésta. De cualquier manera, debe avanzarse hacia la cavidad haciendo hemostasia en los puntos sangrantes de las sucesivas capas tisulares que se van incendiando, de manera que al llegar a los coágulos y cavidad del hematoma, no haya sangre obstruccionando la vista y la búsqueda del vaso sangrante. Una vez en la cavidad del hematoma, se retiran los coágulos.

La hemostasia del ó de los vasos sangrantes debe ser lo más completa; posible, y llevada a cabo por cualquier técnica como sutura, sutura-ligadu-

ra, puntos en "X", etc. Cuando no se encuentran vasos sangrantes después de una detenida pero delicada búsqueda, es mejor no insistir en ello y correr el riesgo de provocar un daño mayor.

A continuación se lleva a cabo la sutura u obliteración de la cavidad en planos anatómicos, con puntos separados. A menos que no sea posible la hemostasia, no se debe dejar drenos o mechas en la cavidad del hematoma. Si es necesario, se taponan la cavidad con gasa estéril, que se retira a las 24 horas, intentando entonces el afrontamiento de la herida. El uso de gasas absorbibles, parece presentar inconvenientes como la supuración, cuando el material no es aceptado por el organismo adecuadamente.

La vagina debe ser empacada con gasa estéril para propósitos de compresión; ésta gasa puede ser retirada a las 24 horas. Por último debe dejarse colocada una sonda vesical permanente, por lo menos durante el tiempo que dure la compresión vaginal.

El vendaje de la herida, es muy importante; se reconoce el valor de una espica o vendaje elástico en forma de *T*, que aplicado sobre la parte afectada ayuda a la compresión y hemostasia de los posibles orígenes del hematoma que no hayan sido controlados. En nuestro trabajo no hemos tenido oportunidad de valorizar el uso de bolsas de hielo sobre la región afectada, recurso preconizado por algunos autores (1, 11).

En ocasiones, el hematoma se reproduce, siendo obligatoria la nueva intervención. En tres de nuestros casos se reabrió la herida original, cuando se notó que se formaba de nuevo, encontrando en los tres casos un vaso que no había sido ligado antes. Por éste motivo, las pacientes se deben mantener bajo observación, durante un tiempo prudencial después del drenaje.

En el post operatorio están indicados también, los antibióticos de amplio espectro, y los enzimos proteolíticos. Todas nuestras pacientes recibieron penicilina rutinariamente, y en 16 de ellas se usó proteolíticos, pero no se notó una mejoría significativa en el tiempo de recuperación.

Se deberá reponer la sangre hasta corregir el hemograma post operatorio. El 50% de nuestras pacientes recibieron transfusiones que oscilaron entre 300 c.c. y 3800 c.c. con un promedio de 1096 c.c. por paciente. Las transfusiones se administraron en su mayoría, en el momento operatorio.

El drenaje quirúrgico, con algunas variantes, es relacionado en el siguiente cuadro, con la morbilidad y los días de estadía en el Hospital

CUADRO IX
HEMATOMA VULVAR. CUADRO DE RELACION ENTRE TRATAMIENTO MORBILIDAD Y ESTADIA HOSPITALARIA.

Tipo de tratamiento quirúrgico	Nº de casos	Pacientes febriles	Días Hospital.
Drenaje, hemostasia y sutura (30%)	15	2	6.2
Drenaje, y drenos ó mechas en hematoma	18	8 (*)	7.5
Drenaje, drenos y mecha vag. compres.	7	2	9.7
Drenaje, hemostasia sutura y mecha vag. compresiva (20%)	10	2	6.3

(*) Uno de éstos casos se abscedó é infectó.

El promedio general de estadía en el hospital fué de 7.52 días. El menor número de días de hospitalización para una paciente, fueron 3 y el mayor 20. El criterio de morbilidad fué decidido, según las especificaciones del Joint Committee on Welfare Maternal, de los Estados Unidos.

Analizando el cuadro anterior, es digno de mención el hecho de que en los casos que se usó como tratamiento el drenaje-hemostasia-sutura, tuvieron los menores índices de morbilidad y la menor estadía en el hospital.

Nuestro único caso complicado ocurrió cuando después del drenaje se usaron drenos en el interior del hematoma. Este tipo de tratamiento dió mayor morbilidad y estadía en las camas del hospital. Debemos decir que no es el preferido por los autores consultados.

Complementando el tratamiento post operatorio, nuestras pacientes recibieron analgésicos, se les aplicaron lienzos tibios de sulfato de magnesia en casi todos los casos, y se les administró suplementos vitamínicos y dietéticos, así como sulfato ferroso cuando fué necesario.

El pronóstico es bueno para los casos no complicados. De nuestros cincuenta casos, doce regresaron en trabajo de parto una o varias veces en los años sucesivos, no observándose ninguna consecuencia o complicación con relación al antecedente de hematoma vulvar.

Baldwin reporta la recurrencia de una hematoma vulvar, en el segundo parto vaginal, siendo éste un caso raro.

VII

R E S U M E N *

Se presenta una revisión de 50 casos de Hematoma Vulvar ocurridos en el Hospital de Maternidad en un período de ocho años y ocho meses, que requirieron tratamiento quirúrgico; la incidencia total fué de 1 por 2225 ingresos.

Se revisa la anatomía é irrigación de la región, con especial interés al sistema venoso.

Se reconocen como causas etiológicas en nuestro medio, la atención de parte por personas no entrenadas, y la falta de episiotomía en la atención de primigestas.

El diagnóstico se basa en los síntomas de la paciente y en la observación repetida del periné en las primeras seis horas post-partum.

El diagnóstico es fácil pero debe ser precoz, para instituir tratamiento de inmediato.

Se sugiere tratamiento quirúrgico para los hematomas de mediano y - gran tamaño, consistente en drenaje-hemostasia-sutura y compresión perineal con vendajes apretados.

Debe educarse a la parturienta para que acuda tempranamente al Hospital.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Al iniciar el presente trabajo, creímos que no serían muy halagadores los resultados que obtuviéramos en cuanto al manejo tan variado de los hematomas vulvares. Pero hemos demostrado que tal condición en nuestro hospital tiene una incidencia aceptable, y las condiciones que la motivan descansan desgraciadamente casi en su totalidad, en las condiciones sociales y educacionales de nuestro pueblo, hambriento y sufrido, busca refugio y salud cuando ya solo le quedan trozos de vida y de salud, porque sabe que en nuestros consultorios externos se le puede escapar la vida cuando hace cola para ser atendido. No hubo muertes de madres en nuestro censo. Hicieron cola é ingresaron. Pero éste hecho nos lleva al pensamiento las condiciones precarias en que esas madres dan a luz en sus casas, y las condiciones precarias en que ingresan a dar a luz en nuestras salas de partos. Nuestro cuerpo médico y las instalaciones de que se sirve, funcionan a su máxima capacidad. Pero hace falta más. Hágamos votos y labor, por la educación de la mujer que conoce las angustias del dolor de parto, para que sepa que aquí hay un lugar donde se le puede atender mejor.

Tomando nuevamente el hilo técnico, queremos agregar finalmente que las estadísticas en la materia que nos ocupa, son, en lo referente a hematomas, en un todo comparables a las reportadas en los Estados Unidos, por los artículos y libros que anoto en las citas bibliográficas; ésta comparación es útil si no desestimamos el alto nivel sanitario y asistencial de aquel país.

Lamentamos que en el Hospital de Maternidad, no se siga una línea definida de tratamiento, ni en estos ni en otros casos obstétricos. Solamente

teniendo largas series de tratamientos encuadrados en ciertas normas podremos sopesar las ventajas y desventajas de los diversos factores que contribuyen a recuperar la salud o la normalidad a nuestras pacientes.

✱



IX

BIBLIOGRAFIA

- (1). McElin, T.W., Bowers, V.M. Jr. and Paalman R.j. - Am. J. Obst. and Gynec., 67-356, - 1954.
- (2). Walsh, F.J., and Ganser H.I.: Am. J. Obst. and Gynec. 56-869, 1948
- (3). Eastman, N.J., "Obstetricia de Williams", 1960 3a. edición en Español. Tipografía Uteha, México.
- (4). Moshkow, citado por (2).
- (5). Greenhill, J. P., "Principios y Práctica de Obstetricia". Segunda Edición en castellano; Tomo I. 1960, Tipografía Uteha, México.
- (6). Duckman, S. and Tortora, J.: Brooklyn Hosp. J. 5; 153, 1947.
- (7). Shull, F.W. and Thoms, H.: Connecticut M.J. 12: 419, 1948.
- (8). Sotto, L.S.J. and Collins, R.J.; Obst. and Gynec. J. 12:259, 1958
- (9). Hamilton, H.G.; Am. J. Obst. and Gynec. 39: 642, 1940
- (10) Himmelfarb, G. Med. Obozr. Mosk. 38: 964, 1887.
- (11) Hudock, J.J., Dupayne N. and McGeary J.A. Am. J. Obst and Gynec 70: 1064, 1955.
- (12) Jacobi, F. and Rexilius, W. Zentralbl. Gynak. 44: 630, 1930.
- (13) Pieri, R.J. : Obst. and Gynec. J. 12: 249, 1958.
- (14) Testut L. y Latarjet A., "Tratado de Anatomía Humana"; novena edición, Tomo IV, 1954. Editorial Salvat Hnos. España.
- (15) Baldwin, W. F. Am. J. Obst and Gynec. 68: 1604, 1954
- (16) Lyons. A.W. New England J. Med. :240: 642, 1940.
- (17) Te Linde, R.W. "Operative Gynecology" 2nd, Ed, by J.B. Lippincott Company, Phila.
- (18) Kamenentsky F. : J. Obst. and Gynnaec. Brit. Emp. 17:121: 1910