

HIDRORREA DECIDUAL *

BERNARDO J. GASTÉLUM
Académico de número

Señor Presidente, señores Académicos:

¿Qué es la hidrorrea decidual? Ludwig Nurnberger, desde hace más de veinticinco años le dió una explicación alucinante: no debe descartarse la posibilidad de concebir en una endometritis crónica, porque puede no estar invadida toda la mucosa y lo frecuente es que, al lado de una infección basal, crónica, se encuentren infiltrados perivasculares y periglandulares en distintos puntos de la capa funcional y, por tanto, puede anidar el huevo en cualquiera de los sitios sanos. Al transformarse la mucosa uterina en decidua, resultan incluidos en ella los focos inflamatorios existentes en unión de los agentes patógenos y así se produce una endometritis decidual. Este padecimiento de la decidua no deja de tener efecto sobre el huevo. La hiperemia inflamatoria, en unión de las impregnaciones gravídicas locales de los tejidos, aumenta la corriente exudatoria a través de la decidua y se manifiesta entonces, clínicamente, como hidrorrea decidual. Este aumento patológico de la corriente de líquido compromete por sí solo la estabilidad del huevo implantado en la decidua y cuando es muy intenso, ocasiona hemorragias inflamatorias y necrosis que terminan por desprender el producto de la concepción. Por eso la endometritis decidual conduce con tanta frecuencia al aborto y, aunque éste se verifique, continúa el proceso inflamatorio de la capa basal; se comprende por qué en las endometritis basales crónicas la interrupción del embarazo y el aborto habitual sean la regla. Salvo este incidente, tales endometritis no se traducen por síntoma clínico alguno. La capa funcional continúa renovándose por los cambios cíclicos que responden a las excitaciones hormonales del ovario bajo la forma de hemorragia menstrual; pero en cuanto la referida capa funcional adquiere cierta estabilidad como decidua gravídica, la infección crónica latente en la capa basal se transmite a la capa funcional referida y da lugar a la endometritis decidual. Así se explica lo que aseguraba J. Veit, de que hay formas de endometritis que no producen

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 14 de julio de 1954.

ningún síntoma en estados no grávidos, pero que, en cuanto hay concepción, dan lugar a los síntomas típicos de la endometritis decidual; hidrorrea, hemorragia y aborto. Además, cuando se infectan las trompas y quedan en ellas nidos bacterianos, a expensas de éstos pueden infectar de nuevo al endometrio, aun cuando fuera completa su *restitutio ad integrum* y esta infección se manifiesta entonces como si fuera primaria. Ludwig no expuso qué hechos fundaron su juicio y si lo hizo, no pude encontrarlos. La investigación, en estos casos, tropieza con serias dificultades, ya que no es posible efectuar un estudio inmediato de la cavidad uterina en mujeres grávidas que sufren de hidrorrea decidual, de ahí que la mayor parte de lo que se relata sobre este padecimiento se funde en el estudio de huevos abortivos y que, por lo mismo, nuestro saber respecto de la enfermedad sea fragmentario y un tanto teórico, como lo fue, por contingencias similares, lo que conocíamos sobre la fisiología de la menstruación antes de que se efectuaran investigaciones en la mona. Por la misma época de Ludwig, L. A. Demelin y L. Devraugne, en su Manual del Partero, definían la hidrorrea decidual como un escurrimiento por la vía vaginal de un líquido acuoso secretado por las glándulas de la caduca. La cavidad ovular quedaba cerrada; este escurrimiento, aseguraban, no tiene nada de común con el líquido amniótico, ni tampoco con aquel que aparece antes que las dos caducas se unan: la presencia del líquido amniótico la consideraban como la firma de la abertura del huevo. La fuente anatómica del escurrimiento decidual, según Demelin y Devraugne, fue demostrada por la autopsia de una muchacha que se suicidó en el sexto mes de embarazo. Se encontraron cavidades quísticas entre la pared muscular uterina y el corion, caduca espesa, congestionada que presentaba puntos mamelonados; pequeños quistes formados por las glándulas de la caduca; de todo ello infirieron que el aparato glandular era el origen de la secreción. En toda la literatura que he podido consultar, no he encontrado un caso semejante al descrito y que hubiera permitido, no sólo el estudio del huevo, sino el de la cavidad uterina, para fincar sobre dicho estudio un criterio actual sobre la hidrorrea decidual. Algunos trabajos histológicos publicados posteriormente a los que me referí, que pretenden hasta considerar variedades de endometritis decidual —poliposa, quística—, también fueron efectuados en huevos abortivos y no fundan ni la naturaleza ni la sintomatología del padecimiento, tan admirablemente descrito por los autores franceses que nada hemos podido añadirle ni quitarle.

La mujer, aparentemente en completa salud, sin dolor, siente de golpe un escurrimiento líquido por la vagina en cantidad que varía de unos cuantos centímetros cúbicos hasta medio litro o más; algunas veces, el

escurrimiento cesa para volver de nuevo a presentarse; en otras es continuo, y varía en cantidad y aspecto. En la última de las 10 pacientes que he atendido, el líquido que perdía pasaba con frecuencia de medio litro (calculado por el número de lienzos que usaba) claro en ocasiones, en otras obscuro o francamente constituido por sangre. Döderlein manifiesta que cuando el líquido es claro, es imposible distinguirlo del amniótico; las pacientes sufren algunas veces de dolores que parten de la región hipogástrica con irradiaciones a la lumbar, como en mi caso. La hidrorrea aparece en cualquiera época del embarazo (en todas mis enfermas después del cuarto mes) cuando las dos deciduas están unidas.

Demerlin y Devraugne relacionan esta enfermedad con una endometritis que llamaron gravídica, describen formas distintas y subrayan el valor de la emoción intensa en su etiología: la emoción, en esta enfermedad, es comparable en sus resultados a la diarrea emotiva, a la salivación abundante. Los textos se repiten unos a otros en cuanto a lo que se refiere a este padecimiento, lo localizan en la decidua y sustentan el criterio que es causado por una endometritis. (Decidua es la modificación que sufre la mucosa uterina en la gestación). Histológicamente, representa un desarrollo más avanzado de la mucosa premenstrual. Loew enseñó también, hace algunos años, lo mismo, y agregó que lo que determina la transformación no es el huevo sino la existencia de un cuerpo amarillo.

Si se cree que la hidrorrea es provocada por una endometritis, ésta, a su vez, tiene que determinarse por una infección que puede ser local, en el caso de emigración de gérmenes vaginales a través de membranas indemnes; general por vía hematógena, como en la rubeola, el sarampión, la fiebre tifoidea, la viruela; por una toxemia, debida a padecimientos del riñón, del hígado, del páncreas o del corazón; por un traumatismo: tratamientos médicos inadecuados o criminales, y por procesos degenerativos del cuerpo amarillo, para no citar más que los antecedentes más comunes. Desde luego esta causa es posible; pero es el caso que, en todas mis enfermas (y parece que ésta es una observación general) se trata de mujeres jóvenes sin padecimientos generales ni locales, sin ningún antecedente y que fueron completamente sanas hasta el momento en que apareció la hidrorrea. De aquí lo incomprensible de las ideas de Ludwig. Hay que ver si es posible una infección de la capa basal sin comprometer el ciclo del endometrio y que la mujer no tenga ninguna manifestación ni molestia hasta el momento que llega la concepción. Algo semejante se puede decir de los nidos bacterianos en las trompas, que viven en silencio para despertar en el momento propicio. Döderlein expone dos tesis opuestas sobre la hidrorrea "sólo una pequeña parte de las mujeres que han

padecido endometritis antes del embarazo enferman de hidrorrea, y más adelante, se hallan especialmente dispuestas a la hidrorrea las que han sufrido recientemente de endometritis, especialmente la de naturaleza blenorragica. El empeñarnos en dar como causa de la hidrorrea la endometritis es hacernos las reflexiones siguientes: la endometritis, después de haber dado lugar en el siglo pasado y a principios del presente, a una literatura tan variada y extensa como ningún otro proceso ginecológico, es un término casi desacreditado. La razón es obvia. Al conocerse la fisiología de la menstruación, la del ovario, la del endometrio, la de la hipófisis y la de las otras glándulas relacionadas con la función genital, desaparecieron de la patología ginecológica una gran variedad de endometritis para quedar de hecho reducidas a su propia significación."

El desconocimiento de las modificaciones del endometrio durante el ciclo menstrual, hizo que se tomaran por lesiones propias de endometritis tales modificaciones para hablar de procesos inflamatorios e infecciosos en donde no los había. Lo mismo pasó con el famoso síndrome: flujo, dolor y hemorragia. Ninguno de esos síntomas expresa el padecimiento. La secreción exagerada de las glándulas uterinas, entre otras causas, es propia de cierta fase del ciclo menstrual, el dolor habrá que buscarlo lejos del endometrio y la hemorragia la gobierna el ovario. Algo más: el endometrio, a pesar de las muchas agresiones que puede sufrir, manifiesta una tendencia decidida a conservar cada una de las fases de su ciclo. No se consideran dentro de las ideas que se están exponiendo procesos destructivos o traumáticos del útero, ni lo que resta de las antiguas endometritis.

L. Adler, con el descubrimiento de las células plásmicas, dejó en su oportunidad el camino expedito para el diagnóstico anatomopatológico y microscópico de las llamadas inflamaciones crónicas del útero y, por lo tanto, de las endometritis. La importancia de este descubrimiento, a pesar de las divergencias a que dió lugar, estriba en que puso en duda lo que se venía considerando como procesos inflamatorios sin serlo. Por otra parte, si el endometrio es infectado y esta infección queda limitada a sus capas funcionales, desde el punto de vista de los conocimientos actuales se puede afirmar que esa infección no dura más allá del momento en que esas capas se eliminan y tal suceso tiene lugar en una mujer de ciclo normal en cada período menstrual. Por lo mismo, la endometritis cura espontáneamente y no hay recurso médico más completo y eficaz que el de la propia función endometrial. Si no acontece así, entonces allí están los recursos con que contamos (sulfas y antibióticos) para liquidar la infección. Así fue barrida la gonococia que tantos daños causaba a la mujer. No podemos decir lo propio de la que produce el bacilo de Koch.

Si la endometritis ha dejado de tener importancia, tomando en cuenta su acentuada y espontánea tendencia a la curación, y si se reconoce la imposibilidad de conciliar una infección del endometrio con la nidación del huevo (la implantación de las vellosidades en una mucosa uterina alterada por la inflamación es deficiente y las alteraciones degenerativas y la necrosis por las células coriales emigrantes acarrear hemorragias y relajamiento en la fijación del huevo, lo que produciría el aborto) no parecen aceptables los conceptos de Ludwig de que la hidrorrea decidual se deba a una endometritis y de que los gérmenes que la producen permanecen latentes en la mucosa uterina, y sean incluidos al transformarse ésta en decidua. Por lo tanto, habrá que explicarse la infección de la decidua en forma diversa a como se ha venido repitiendo, es decir, por un virus.

Desde este observatorio se despejan sombras: salud completa de la mujer antes de ser atacada por la enfermedad, falta de antecedentes locales y generales, lo intempestivo del padecimiento y el que en algunas ocasiones traiga anomalías fetales. De los 10 casos de hidrorrea que he atendido, en dos el feto tuvo pie bot varus equino y uno de ellos, nació de padres sanos, sin antecedentes familiares ni personales. La madre de esta niña es una mujer de 28 años, casada hace cinco y con cinco niñas vivas; excepto una que nació a término, de vértice, con presentación occípito-iliaca izquierda anterior, las demás nacieron de pelvis: la segunda a los 5 meses 22 días; la tercera a los 7 meses, la cuarta a los 8 y la quinta a los 7 meses 5 días. En esta paciente la hidrorrea apareció días antes de cumplir cinco meses de embarazo, repentinamente y sin dolores; fue tan abundante la expulsión de líquido, que se pensó en una ruptura de las membranas y se la trasladó al sanatorio. Al examinársele allí, se comprobó que el cuello estaba normal, y no había señales de principio de trabajo de parto. Volvió a su domicilio y desde esa fecha, con ligeras intermitencias, que a veces duraban medio día, el escurrimiento fue continuo, de 2 a 500 cm³, de color oscuro, francamente sanguinolento, y dos veces en raras ocasiones transparente; la enferma tenía dolores ligeros en la región hipogástrica con irradiaciones a la región lumbar; su estado general era bueno. El parto fue normal, la niña pesó 1,400 g., midió 39 cm de longitud y presentaba evidente desnutrición. He observado esta desnutrición en todos los casos y está en relación directa con la edad del embarazo en que aparece la hidrorrea y con la cantidad de líquido. Después del séptimo mes y, si no es demasiada la pérdida de líquido, el feto no está muy afectado; en cambio, si principia alrededor del cuarto mes

y son breves las intermitencias de las pérdidas sanguíneas, la desnutrición se acentúa.

El examen de la placenta en el caso descrito fue efectuado en el Hospital Español, por el doctor G. Alvarez Fuertes, y dió el siguiente resultado:

"Descripción macroscópica: tres fragmentos de placenta en una zona de color blanquecino, de consistencia dura, que mide cuatro por dos y por nueve centímetros; que engruesa el borde libre placentario y la transforma en una masa hemorrágica de consistencia fibrosa y aspecto necrótico. Descripción microscópica: la estructura histológica normal ha desaparecido totalmente en las zonas de aspecto fibroso amarillento, y es reemplazada por un tejido conjuntivo fibroso hialino. Algunas porciones de esta masa hialina conservan restos de hemosiderina. Las arterias placentarias muestran fenómenos de hiperplasia de su íntima, y en muchas de ellas hay fenómenos obstructivos. Zonas extensas de esta pared de aspecto blanquecino amarillento están formadas por tejido necrótico e infiltración leucocitaria. Diagnóstico: placenta con extensas zonas de necrosis e infección secundaria. Imágenes de tromboarteritis en las porciones próximas a la necrosis hialina. Depósitos de hemosiderina de antiguas hemorragias. No existen datos de proceso inflamatorio histológicamente específico." Doctor G. Alvarez Fuertes

Es conveniente recordar que cuando la gestante, durante sus primeros meses, sufre infecciones por virus, las anomalías fetales son frecuentes: en la rubeola y en el sarampión, en el 40 por ciento, en las demás infecciones, neumonía viral, mononucleosis infecciosa, parotiditis y varicela, en el 21 por ciento.

Por último, la hidrorrea decidual no es un padecimiento frecuente y no hay que confundirlo con la ruptura de las membranas ovulares, la que es incompatible con la continuidad del embarazo; sin embargo, es posible que el líquido amniótico contribuya a la hidrorrea, pero no por ruptura de las membranas; de otra manera, sería difícil de explicar la procedencia de la cantidad de líquido que pierden las pacientes; tampoco habrá que relacionarla a la ruptura del amnios con conservación del corion que es una entidad completamente diferente y extraordinariamente rara.

RESUMEN

El autor hace un análisis crítico de las teorías sobre la causa de la hidrorrea decidual, e impugna fundamentalmente la tesis de que tenga como base una endometritis séptica latente. Reconoce la participación posible de diversos factores en su

producción, tales como hormonales, psicógenos y, muy posiblemente, de infecciones por virus.

Hace hincapié en la dificultad que existe para un estudio anatomopatológico satisfactorio de esta entidad, por la inaccesibilidad del útero durante el embarazo, y asimismo en el hecho de que, por lo general, la hidrorrea decidual se presenta en pacientes que no refieren antecedentes infecciosos ni sintomatología previa.

La hidrorrea decidual no es un padecimiento frecuente y no debe confundirse con la ruptura de las membranas ovulares y se caracteriza por un escurrimiento líquido por la vagina, continuo o intermitente, generalmente abundante, y que permite la continuidad temporal de la gestación. No se presenta antes del cuarto mes del embarazo; pero, a partir de este momento, puede sobrevenir en cualquier momento.

Generalmente acarrea el parto prematuro de un producto que nace en diferentes estados de desnutrición, e inclusive, con malformaciones del tipo del pie bot.

Finalmente, el autor nos presenta el análisis clínico y el estudio anatomopatológico en uno de los casos observados por él.

SUMMARY

The authors presents a critical analysis on the theories about the etiology of decidual hydrorrhea and particularly impugates the idea that a latent septic endometritis is the underlying factor of such condition. He recognizes the possible bearing of several other factors: endocrine, psychogenic and, probably, viral infections.

He stresses the difficulties to a proper pathological study of this condition, which is due to the inaccessibility of the pregnant uterus; he, furthermore, stresses the fact that hydrorrhea occurs in patients without history of sepsis or previous symptomatology.

Decidual hydrorrhea is an uncommon ailment which should not be confused with the rupture of membranes. It is characterized by a continuous or intermitent, copious, vaginal discharge of a clear or blood-stained liquid, which allows a temporary continuance of pregnancy. It does not occur before the fourth month, but may be present, afterwards, at any moment.

The condition, as a rule, brings about premature labor and the product presents different stages of undernutrition or even congenital malformations, such as clubfoot.

The authors includes in this paper one of his cases, which is studied both clinically and histologically.

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. BERNARDO J. GASTELUM

ANTONIO SORDO NORIEGA
Académico de número

Agradezco muy sinceramente al doctor Gastélum el que se haya servido invitarme como comentarista del interesante estudio que presenta sobre la hidrorrea decidual.

La endometritis decidual y la hidrorrea del mismo origen, son hechos de observación clínica que se han prestado a múltiples discusiones: unas en pro y otras en contra; es decir, algunos autores aceptan como indiscutible hecho clínico el de la hidrorrea decidual y otros opinan que la hidrorrea decidual, no es más que la manifestación clínica de otros hechos o accidentes que no derivan de la endometritis decidual.

Nosotros creemos que todavía no se tienen los conocimientos precisos acerca de las alteraciones patológicas de la decidua que nos permitan clasificar desde un punto de vista morfológico a la endometritis decidual.

La presencia de linfocitos en corto número en la decidua, parece ser un hecho normal en los primeros meses del embarazo.

En el trabajo del doctor Gastélum se han expuesto las distintas modificaciones que se encuentran en la decidua; degeneraciones, necrosis, pequeñas hemorragias, etc., modificaciones que no es del caso volver a relatar.

Algunos autores¹ precisan la existencia de degeneraciones hialinas y de necrosis en la decidua.

En ocasiones se encuentra hipertrofia del tejido glandular de la caduca² y parece ser que esta hipertrofia glandular, con la persistencia de los conductos glandulares, se manifiesta con la secreción abundante de líquido claro, que escurre al paso que va produciéndose, o bien queda retenido en el útero para posteriormente ser expulsado con intervalos irregulares. Esta anomalía impide la unión de las caducas capsular y verdadera, y en las ocasiones en que el escurrimiento persiste durante todo el embarazo, hace suponer que estas dos caducas no se unieron normalmente.

Stoeckel, Meller-Ruegg y varios otros autores² opinan que la hidrorrea no proviene de alteraciones de la caduca, sino de la perforación prematura de las membranas fetales, que entonces se contraen sobre la cara fetal de

la placenta, de manera que el feto queda libremente en la cavidad uterina, es decir, que la gestación se vuelve extramembranosa; el líquido amniótico continúa siendo secretado y es expulsado al exterior con intervalos irregulares.

Jaschke³ opina que las mujeres con inflamaciones crónicas de la mucosa uterina no son siempre estériles y que en caso de que conciban, a expensas de la mucosa enferma, se forma la decidua que muestra igualmente lesiones inflamatorias, sin olvidar que hay casos en que la endometritis puede desarrollarse durante el embarazo.

Seitz opina que las lesiones anatómicas de la endometritis de la mujer embarazada son las mismas que se encuentran en las endometritis de las no embarazadas. La decidua enferma aparece engrosada difusamente, y puede llegar a presentar hasta proliferaciones de tipo poliposo, que Virchow clasificó como "endometritis decidua tuberosa" y algunos autores citan que han observado formaciones quísticas originadas a expensas de los tubos glandulares. La decidua engrosada se caracteriza por su notable riqueza sanguínea, y entonces se ocasionan fácilmente pequeñas hemorragias que, en los primeros meses, producen con frecuencia el aborto, por las lesiones desarrolladas en la zona de implantación de la placenta; en cambio, después del cuarto mes, dicen que estas hemorragias, de por sí escasas, no suelen producir daño grave ni a la madre ni al feto, y se establece así la endometritis decidua hemorrágica. Sin embargo, es necesario recordar que, a consecuencia de las lesiones de la decidua basal, pueden originarse infartos placentarios, desprendimientos prematuros de la placenta y adherencias anormales de la misma, en forma de placenta ácreta.

Titus⁴ opina que la endometritis decidua es tema de muchas discusiones entre los autores, y otros autores creen que representa una fase de la endometritis crónica, consecuencia de los cambios hiperplásicos.

Autores hay que opinan que, en el curso del embarazo, puede presentarse la endometritis decidua por infección por virus, como lo ha expuesto ya el doctor Gastélum en su trabajo.

En uno de los casos que relata en su trabajo el doctor Gastélum, menciona el de un recién nacido, prematuro de siete meses, que nació vivo y presentó pie zambo, caso en el que la hidrorrea apareció antes de los cinco meses del embarazo.

Me voy a permitir hacer alguna consideración sobre este caso de pie zambo, porque es probable que haya habido una ruptura pequeña y precoz de la bolsa de las aguas, con retracción de las membranas ovulares y desarrollo extramembranoso del feto. El embarazo extramembranoso se caracteriza por la salida de líquido por la vagina que ha sido denominada como

"hidrorrea amniótica del útero grávido". Esta hidrorrea amniótica trae como consecuencia que el útero presente un tamaño menor de lo que corresponde a la edad del embarazo y por su palpación se recogen los datos que caracterizan al oligoamnios. Por la reducción de la cavidad uterina, es frecuente¹ que los fetos nazcan en presentación pélvica. A la misma disminución de la cavidad uterina, se deben las actitudes forzadas del feto, la rigidez extraordinaria de las extremidades y la formación de pie zambo. Linzenmeier y Brandes han citado varios casos de deformaciones fetales observadas por ellos y Hinselmann¹, en un caso cuidadosamente estudiado, señala que también la caduca parietal y hasta la pared uterina, experimentaron alteraciones histológicas por la compresión.

El caso clínico a que me vengo refiriendo, fue de un producto que nació en presentación pélvica, presentación pélvica que se había repetido en partos anteriores.

Respecto de este caso, me cabe la duda de si se habrá tratado de una "hidrorrea decidual" o de una "hidrorrea amniótica del útero grávido". Creo que esto podía haberse aclarado si se hubiese hecho un estudio del líquido expulsado por los genitales, pues de haber sido líquido amniótico quizás en él se hubiesen podido encontrar lanugo, barniz caseoso y urea, hallazgo que consiguió Ruth¹ en un caso de hidrorrea amniótica.

El estudio que el doctor Gastélum ha presentado, toca un punto de positivo interés y sobre el cual es necesario seguir estudiando para puntualizar un hecho de importancia clínica. Creo que debe practicarse el estudio histopatológico integral de los huevos abortados o, mejor dicho, debe aconsejarse que se realice en nuestro medio, ya que nos dará orientación para el estudio del problema. Además, creo que es de aconsejarse que, en los embarazos que presenten salida de líquido por la vagina, se haga un estudio completo de dicho líquido, que ayudará a precisar si el líquido es de hidrorrea decidual o de hidrorrea amniótica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 A. Döderlein: Tratado de Obstetricia. Tomo II. 1938.
- 2 Obstetricia de Williams. N. J. Eastman. 1953.
- 3 Th. v. Jaschke. Tratado de Obstetricia. 1943.
- 4 Paul Titus. The Management of Obstetric Difficulties. 1940.