

VARICES DE LA VENA HIPOGÁSTRICA (*)

FAUSTO V. LANA

Clinica Cirúrgica Maurity Santos

RUBENS MAYALL

Clinica de Doenças Vasculares

Hospital da Gambôa. Rio de Janeiro (Brasil).

Aunque la insuficiencia venosa de la hipogástrica debería denominarse varices pélvicas, como tal designación se consagró con el tiempo para calificar casos de insuficiencia de la vena ovárica, preferimos todavía denominarla de la otra forma.

Las varices pélvicas ocupan desde hace tiempo un importante capítulo en ginecología, constituyendo uno de los elementos de los síndromes congestivos pélvicos. Los primeros trabajos datan de 1834, en el cual OLLIVIER D'ANGERS cita un caso de hematocele por rotura de varices. Desde entonces para acá no hay que olvidar los nombres de RICHET, DEVALZ, AMUSSAT, VELPEAU, BRINTON y GRAY, que estudiaron las válvulas de las venas útero-ováricas, DUDLEY y PAUL PETIT.

El nombre de CASTAÑO se perpetúa con la intervención que lleva su nombre, debiéndose a él relevantes estudios en este sector.

En nuestro medio el varicocele pélvico ha sido motivo de algunos trabajos. Por lo que nos parece se iniciaron en 1927 (1) con el de EDSON AMARAL, seguido por el de WALDEMAR PAIXAO, en 1931 (2), siendo de resaltar entre los de los demás el de ALOYSIO MORAES, en 1938 (1).

Ocupando importante capítulo en ginecología, su diagnóstico se basaba solamente en la sintomatología y en la palpación; se presentaba con una frecuencia del 3 %, y era la causa principal o única de laparotomías, en cuyo caso se procedía a la ligadura de la vena ovárica en el ligamento infundíbulo pélvico (operación de Castaño).

En la actualidad, con la flebografía, podemos sentar con mayor precisión el acto quirúrgico; principalmente en aquellos casos, como el nuestro, en que la celiotomía fué exclusivamente realizada para la ligadura de la vena hipogástrica y vesical.

SINTOMATOLOGÍA

Presentándose bajo múltiples formas, no tiene todavía característica patognomónica que nos permita afirmarla. Pensando en la afección, exclu-

(*) Traducido del original en portugués por la Redacción.

yendo otros factores determinantes de tales síntomas y con investigaciones más cuidadosas podemos llegar, a veces, a un diagnóstico preciso, como ocurrió en nuestro caso.

Como molestias principales señalamos las que siguen, presentando algunas de ellas características peculiares, que nos llevan a la sospecha de varices pélvicas; entre tanto, el dolor es lo que se presenta con mayor frecuencia.

- a) Dolor en el bajo vientre, persistente.
- b) Sensación de peso vesical, con micción frecuente.
- c) Incontinencia urinaria relativa.
- d) Dispareunia.
- e) Dismenorrea congestiva.
- f) Dolor erótico.
- g) Dolor a la compresión uterina en desproporción con el traumatismo de la palpación.
- h) Dolor a la palpitación de los fondos de saco laterales, y que desaparece en posición de Trendelenburg.
- i) Menorragia.
- j) Hidrorrea.
- k) Prurito vulvar.
- l) Aumento de la temperatura vaginal.
- m) Pseudocistitis.
- n) Hemorroides.
- o) Alteración gastrointestinal.
- p) Fatiga fácil.
- q) Irritabilidad.
- r) Trastorno psiconeurótico.

En cuanto a los citados encima, deberemos llamar la atención sobre algunos de ellos debido a su frecuencia o en virtud de características propias.

Dispareunia: Síntoma constante; al decir de CASTAÑO (1): "Sin ella no existe varicocele pélvico".

Dismenorrea: De tipo premenstrual.

Hidrorrea: Signo importante en virtud de su explicación difícil, a no ser atribuyéndola a la congestión determinada por la estasis sanguínea.

Dolor erótico: La compresión digital lateral, por encima del elevador del ano, provoca dolor con sensación voluptuosa.

Dolor a la compresión de los fondos de saco laterales: Desaparece con la posición de Trendelenburg. Algunas veces podemos notar varicosidades en el infundíbulo pélvico, que se halla muy doloroso.

Los síntomas presentados nunca van solos y debido a su intensidad o persistencia, afectando a la esfera sexual, obran sobre el sistema nervioso, de donde vienen la irritabilidad y las perturbaciones psiconeuróticas.

La facilidad a la fatiga es consecuencia de la exacerbación del dolor, de la tensión vesical, etc., tras larga permanencia en pie o caminatas.

Con esta variada sintomatología tenemos que meditar sobre ella y, si no encontramos otra lesión cualquiera que pueda justificarla, orientar nuestras pesquisas en busca de varices pélvicas.

ETIOPATOGENIA

También varias teorías procuran explicarla.

- a) Teoría mecánica de RICHET, basada en la disposición anatómica y en la escasez valvular.
- b) Teoría congénita de DEVALZ, que sostiene se nace varicoso.
- c) De origen artrítico (ROUSSEAU).
- d) Teoría hormonal.
- e) Distorción vagosimpática (COTTE).
- f) Estasis venoso con repercusión sobre el tono arteriovenoso a través del simpático (CASTAÑO).
- g) Consiguiente a hiperpituitarismo anterior.
- h) Predisposición a consecuencia de enfermedades anteriores (anatómicas, mecánicas, tóxicas, infecciosas).
- i) Factores asociados (mioma uterino voluminoso, quiste de ovario, gravedad, etc.).

En este último apartado vemos que son frecuentes las varices pélvicas; pero siendo predominante la sintomatología pélvica propia de las afecciones señaladas, a la que se suma la dependiente de la flebostasia, ésta escapa a la investigación del ginecólogo o del obstetra, ya que con el tratamiento quirúrgico de la ginecopatía o con el parto cesan las causas de la flebostasia y la curación es concomitante.

No creemos poder atribuir a un único factor etiológico el mecanismo de las varices pélvicas: En una de las varias teorías podremos encuadrar esta o aquella enferma.

ANATOMÍA

El sistema venoso pélvico, en extremo complejo a consecuencia de las variaciones que presenta, y debido a las múltiples anastomosis, permite un fácil vaciamiento sanguíneo incluso ligando los troncos colectores principales.

En la ginecología de PEHAN-AMREICH (3) encontramos un minucioso estudio sobre este particular; no obstante, hacemos una breve recapitulación para situarnos mejor en él.

Vías de vaciamiento de la sangre venosa pélvica:

1.^a De la parte superior del útero. Se produce por la vena ovárica que alcanza la matriz conjuntamente con la arteria, nervios y linfáticos, a través del ligamento infundíbulo pélvico, yendo después de un largo curso ascendente a desembocar en la vena renal (sangre del útero, trompa, ovario y ligamento redondo).

2.^a De los genitales externos y porción más inferior de la vagina, por debajo de los elevadores. Se produce a través de la pudenda interna hacia la hipogástrica y parte por la safena, a través de la pudenda externa o por medio de anastomosis con la vena obturatriz.

3.^a Vía eferente de la porción inferior del útero, principalmente del cuello y de la cúpula vaginal. Se realiza a través de la vena uterina, que a veces presenta más de una rama, desembocando en la hipogástrica o en la obturatriz o en la glútea superior.

4.^a Vía eferente de la parte más inferior del plexo uterino y vaginal, por encima de los elevadores del ano. Termina en las uterinas y con igual frecuencia en una de las venas pélvicas (pudenda interna, glúteas y obturatriz).

Anastomosis. Las anastomosis venosas pélvicas son abundantes y presentan una importancia práctica considerable.

Debido a las múltiples interrelaciones venosas del plexo pélvico, la sangre del aparato vaginal, como el del vesical, puede vaciar:

- 1.^o) Por las venas labiales anteriores que lo hacen en la safena.
- 2.^o) A través de la vena obturatriz.
- 3.^o) Por la pudenda, lo hace en la iliaca interna.
- 4.^o) Por el plexo homorroidal inferior, en la porta, etc.

Como dice PEHAN, "La clasificación completa de las conexiones venosas a partir de los órganos genitales es prácticamente imposible a causa de las múltiples anastomosis entre las diversas venas de las vísceras pélvicas y de las direcciones que toman los troncos de vaciamiento."

Con la ligadura de la hipogástrica producimos, simplemente, una alteración en el curso del vaciamiento venoso.

Incluso ligada la iliaca primitiva quedan también intactos los caminos venosos hacia la vena porta y la cava, así como las conexiones venosas con el lado no ligado.

Un bloqueo completo de retorno venoso es prácticamente imposible porque, en cualquier caso, quedan siempre abiertos caminos eferentes colaterales.

CASO EN CUESTIÓN.

Se trata de una paciente de origen alemán, de 25 años de edad, casada, tipo longuilineo. Apendicectomizada. Menarquía a los 11 años, normal, sin dolor; reglas siguientes normales. Gestación: 4 abortos, los cuatro provocados.

Historia. Hace 4 años, tras un aborto provocado, aparición de temperatura elevada y dolores abdominales que se propagaban al miembro inferior izquierdo imposibilitando la marcha.

Se restableció parcialmente, después de largo tratamiento. Desde entonces se queja de sensación de calor en el bajo vientre, micción frecuente, sensación de peso vesical que impide la larga permanencia en pie, dispa-

reunía, dolor irradiado al miembro inferior en la época menstrual, incontinencia urinaria relativa, fatiga fácil, crisis diarreicas, crisis nerviosas.

Con esta sintomatología, presentando períodos de exacerbación, recorrió varios médicos de Rio sin obtener resultados, habiéndola encaminado uno de ellos al psiquiatra por no hallar justificación a los síntomas aquejados.

De esta peregrinación por los consultorios recogemos resultados normales de cistoscopia, pielografía, rectoscopia, etc.

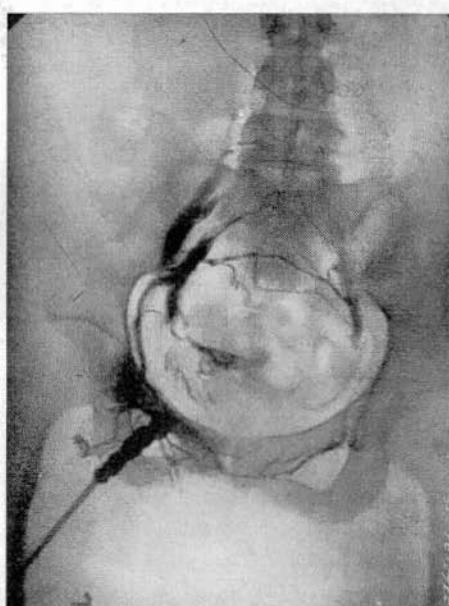


Fig. 1. Flebografías pélvicas demostrativas de una acentuada estasis venosa por insuficiencia de la hipogástrica izquierda.

Examinada finalmente por el Dr. RIPPER, éste solicitó la colaboración de uno de nosotros (R. M.), quien realizando una flebografía (fig. 1) dió con una acentuada estasis venosa por insuficiencia de la hipogástrica.

Técnica utilizada. Punción pélvica por medio de una aguja tipo trocánter, de un milímetro de diámetro interno. La paciente fué sometida a anestesia por medio de tionembutal endovenoso más oxígeno, y colocada sobre un dispositivo manual trocachapas, que permite realizar cuatro radiografías en diez segundos. La mesa radiológica fué inclinada cerca de 30°, a fin de elevar el tronco. Constantes radiológicas: Tiempo 2 décimas de segundo, 50 MAS y 85 KvS. Distancia un metro; placa Lyshelm. Se inyectaron con rapidez 40 c.c. de solución de Cilatrast al 50 %, y las radiografías

se obtuvieron a los 20 c.c. y 40 c.c. y después del término de la inyección con 2 y 4 segundos de intervalo. Inicialmente se practicó la inyección en el lado izquierdo, obteniendo una perfecta visualización en las venas intraóseas y de la región obturatriz, la vena obturatriz y las ilíacas. La vena hipogástrica estaba dilatada con su válvula completamente insuficiente, dejando refluir el contraste hacia la pelvis dibujando un verdadero abanico de venas supravesicales. Asimismo, existió reflujo acentuado hacia el lado opuesto a través de las venas presacras y suprapúbicas, opacificando la vena obturatriz derecha y la hipogástrica, cuya válvula presenta aspecto normal en diente molar. La inyección del contraste en el lado derecho confirmó el aspecto normal de las venas obturatrices e ilíacas, no existiendo reflujo hacia el lado izquierdo ni a la pelvis.

Entregándonos el caso, resolvimos por la flebectomía parcial hipogástrica, lo que realizamos después de una amplia disección venosa. En el mismo acto procedemos a la ligadura de la vesical en virtud de la gran estasis en este sector.

Utilizamos como vía de acceso la celiotomía media umbilicopélvica, procediendo a descubrir la vena a través del peritoneo pélvico posterior a niven de la bifurcación de la ilíaca primitiva.

La operación no ofrece dificultades al ginecólogo habituado a las intervenciones de tipo Werthein. Requiere paciencia en la separación de la arteria hipogástrica que se superpone a la vena y ser minucioso en la disección venosa, previa ligadura de las colaterales y anastomóticas para evitar hemorragias que enmascararían el campo. Los demás tiempos quirúrgicos son de rutina.

Examen histológico del fragmento venoso () (fig. 2).* N.º 3331. — El examen microscópico de los cortes revela: tejido constituido por pared vascular venosa que presenta en diversos puntos alteraciones de carácter constitucional.

Estas alteraciones se observan en la capa interna o epitelial que se halla en diversos puntos completamente destruida por tejido fibroso que a veces, hipertrofiado, se proyecta hacia la luz vascular.

En diversos puntos notamos completa atrofia muscular con desaparición de fibras musculares lisas circulares que se hallan sustituidas por un tejido conjuntivo fibroso.

La capa externa o adventicia presenta sus fibras musculares longitudinales con signos de atrofia y un aumento acentuado de tejido conjuntivo fibroso.

El sistema vascular de los vasa-vasorum no presenta signos histológicos dignos de mención.

(*) Anatomopatólogo: Dr. MARIO JACOMIANI.

Ausencia de signos histológicos que puedan significar malignidad.

Diagnóstico: flebectasia hipertrófica.

Sinonimia: varices.

Material fijado en formol al 10 %; cortes con 4 micras; inclusión en parafina; coloración con hematoxilina-eosina.

El aspecto productivo del tejido fibroso concuerda perfectamente con los hallazgos del perfil electroforético de las proteínas de la paciente, pre-



Fig. 2 Microfotografía de un fragmento extirpado de la vena hipogástrica izquierda. Flebectasia hipertrófica.

sentando una acentuada gammaglobulinemia (1.824 %) con hipoalbuminemia. Según opinión de MONTORSI y colaboradores, de Milán, este hecho vendría a testimoniar en favor de un componente reactivo-productivo mesenquimatoso y de los anticuerpos, consecuentes a la propia inflamación parietal de la vena.

CONCLUYENDO:

Con la ligadura de la vena hipogástrica procuramos disminuir la estasis pélvica, suprimiéndose el reflujo sanguíneo que acaecía a causa de no soportar la presión sanguínea de la ilíaca primitiva.

Cerramos esta puerta de entrada al reflujo de la columna líquida, dejando que vacíe por su natural a través de las demás vías eferentes.

No queda la menor duda de que ligando la hipogástrica se produce una disminución de la estasis venosa y a su vez una sobrecarga en el vaciamiento por las vías anastomóticas.

Si durante el acto quirúrgico se observa, también, una insuficiencia venosa de la ovárica, deberemos complementar la operación con la interven-

ción de Castaño, ligadura de la ovárica en el infundíbulo pélvico, pues, siendo ésta insuficiente y si vamos a sobrecargarla, corremos el riesgo de crear una nueva sintomatología propia de tales casos.

Es muy posible que el tanto por ciento de varices de la hipogástrica sea mucho más frecuente de lo que en realidad ha sido comprobado; esto en virtud de la falta de signos patognomónicos para identificarla, así como por la variada sintomatología pélvica consiguiente a los procesos anexiales y a las distopias uterinas que desvían nuestras investigaciones en otro sentido.

Este caso servirá para poner en estado de alerta nuestro espíritu en la busca de lesiones vasculares cuando no encontramos justificación palpable a los males aquejados.

Sintomatológicamente: se encuadra en los síndromes de congestión pélvica.

Etiológicamente: se encuadra en la teoría de las dolencias anteriores. Tras un aborto provocado se presentó un cuadro infeccioso agudo con síntomas semejantes al de psoítis. Ciertamente, en esta época, hizo una tromboflebitis hipogástrica, quedando como secuela tardía la insuficiencia venosa.

Como resultado terapéutico: fué plenamente satisfactorio.

RESUMEN

Tras una serie de consideraciones sobre las varices de la hipogástrica, se presenta un caso cuyo diagnóstico se realizó por flebografía pélvica y que se confirmó en el acto quirúrgico y por biopsia.

El resultado operatorio fué satisfactorio.

SUMMARY

The authors presents a case of hipogastric vein varicosities, which diagnosis was achieved by means of a pelvic phlebography and was confirmed in the surgical act and in the histological sections of the venous fragment resected.

The final operative result was good.

BIBLIOGRAFÍA

1. REGO, MORAES A. — *Varicocele pélviana*. "An. Bras. Gin.", 1938, 1:449.
2. PAIXAO, W. — *Varizes pélvianas. entidade clínica e tratamento*. "Rev. de Gin. e d'Obs.", 1931, 25:2.

2. SILVEIRA, MAGALHAES RIBEIRO G. — *Considerações sobre a varicocele pelviana*. "Obst. Gin. Lat. Amer.", 1943, fich.: 49.
4. LEÓN, J.; SALABER, J. A. — *El varicocele pelviano*. "Obst. Gin. Lat. Am.", 1944, 4:307.
5. BREA, C. A. — *El varicocele pelviano*. "Obst. Gin. Lat. Amer.", 1944, 2:307.
6. PEREIRA, J. — *Sobre a etiopatogenia da varicocele pelviana e da ovarite esclerocística*. "A Folha Médica", 1945, 26:116.
7. SILVEIRA, MAGALHAES RIBEIRO G. — *Considerações sobre a varicocele pelviana*. "Rev. de Gin. e d'Obst.", n.º 5, vol. II, nov. 1942.
8. GUILHEM, P.; BAUX, R. — *La Phlébographie Pelvienne*, 1954.