

Insuficiencia venosa gonadal femenina

R. Fernández-Samos - A. Zorita - J. M. Ortega - C. Morán - O. Morán - J. Vázquez - F. Vaquero

Servicio de Angiología y Cirugía vascular
Complejo Hospitalario de León
Insalud - España

RESUMEN

*El varicocele es una entidad totalmente reconocida y estudiada en el varón. Sin embargo, la dilatación de las venas ováricas y las varices pélvicas secundarias a **Varicocele** es un proceso raramente descrito en la mujer, pero su frecuencia podría ser grande si se investigara su presencia.*

Varios síndromes de dolor abdominal crónico femenino, con cuadros sintomáticos urológicos y/o ginecológicos comunes, cuya etiología es desconocida, pueden tener su origen en este tipo de patología, pero la ausencia de una descripción clínica de Varicocele en la mujer impide su identificación en la mayoría de los casos.

La realización de venografías selectivas de las venas gonadales encuentra elevados porcentajes de dilatación de dichos vasos, acompañada de dilatación en las venas de la pelvis y en las de los miembros inferiores. Los estudios de la anatomía de las venas gonadales demuestran una gran variedad de anomalías respecto a las descripciones clásicas. Más aún, el varicocele femenino podría ser la causa de un gran número de varices en los miembros inferiores que aparecen con los embarazos y que se denominan «esenciales».

*Se presenta un caso que fue tratado en un Servicio de Cirugía Vascular, y no en las Unidades habituales de Urología y/o Ginecología, por lo que se revisó el problema y la literatura al respecto. Pensamos que las entidades descritas como **Varicocele femenino, síndrome de la vena ovárica, síndrome de congestión pelviana, síndrome de dolor pélvico crónico, varices pelvianas, varices vulvares** y un porcentaje de **varices en miembros inferiores** tras los embarazos —etiquetadas como «esenciales»— pueden corresponder a una misma entidad, tanto por la etiología como por la fisiopatología, clínica e implicaciones terapéuticas.*

Las Unidades Especializadas que tratan estos procesos deberían intentar unificar criterios etiológicos, diagnósticos y terapéuticos al respecto.

SUMMARY

*The varicocele is a disease recognized and studied in the man. Dilatation of the ovaric veins and the pelvic varicosities secondaries to an **VARICOCELE** in the woman is a rarely described disease but, if it were researched, it could be more frequent.*

En 1964, **Clark** describió el **Síndrome de la vena ovárica derecha (1)** tras el estudio de 130 casos, definiéndolo como un cuadro agudo pielonefrítico que se presenta en el embarazo, y en otro, de tipo crónico, que afecta a mujeres no embarazadas, provocado por la compresión del uréter derecho a la altura de S1 o a 14 cm de la unión pieloureteral por una vena ovárica aberrante. El mismo autor describió un caso de vena ovárica izquierda.

Si bien esta anomalía se encuentra esencialmente en el lado derecho (95% de los casos), puede estar implicado el otro uréter, o los dos a la vez, por lo que la denominación se sustituyó posteriormente por la de **Síndrome de la vena ovárica (2)**.

La sintomatología es muy variable y generalmente anodina e inespecífica. Aparece generalmente después del primer embarazo, aunque puede darse en nulíparas y en niñas. Es más acusado en los días premenstruales y en los procesos que cursan con aumento del flujo sanguíneo pelviano (ovulación, anticonceptivos orales, infecciones e inflamaciones ginecológicas) (3).

Frecuentemente, los dolores irradian a zona lumbar, por lo que son etiquetados como cólicos nefríticos, y tienen diferente expresividad clínica con las posturas que adopta la paciente, estando más frecuentemente implicado el lado derecho (4).

Como complicación aguda, pero infrecuente, aparece la trombosis o tromboflebitis de la vena ovárica, sola o asociada a tromboflebitis pelviana y/o extensión a vena cava inferior (5-6).

Diversal syndroms of chronic abdominal pain in the woman with unrecognized etiology and associated with urologic and/or gynecologic symptomatology could be caused by this pathology, but the absence of a clinical description difficult the diagnosis of the most part of cases.

The practice of gonadal selective venographies shows a high percentage of dilatation of the gonadal veins associated to a dilatation of the pelvic veins and of the lower limbs veins. The study of the anatomy of the gonadal veins shows diversal anomalies respect to the classical descriptions. Furthermore, the varicocele could be the cause of a high part of the «essential» varicosities presents during the pregnancy.

*We present a case that instead of being tracted by Services of Urology or Gynecology, it was treated by the Vascular Surgery Service. So, the literature about the respect was reviewed. We think that, some entities, like the **feminine varicocele, ovarian vein syndrom, pelvic congestion syndrom chronic pelvic pain, pelvic varicosities, vulvar varicosities** and some «essential» pregnant varicosities at the lower limbs could be enclosed into the same clinical entity (with a common etiology, pathophysiology, clinical presentation and treatment).*

It should be intending to unify criteria (etiologic, diagnostic and therapeutics criteria) by the different Specialized Unities in such type of pathology.

Durante el embarazo no pueden realizarse exploraciones radiológicas, salvo ecografía abdominal. Posteriormente, la urografía pone en evidencia un retardo de la excreción en el lado derecho y signos de hidronefrosis.

Las pruebas hemodinámicas son esenciales para objetivar el obstáculo originado por el cruce venoso.

En el capítulo de la etiopatogenia se invocan varias causas: embrionarias, anatómicas, hormonales y factores relacionados con el embarazo, fundamentalmente (7).

Durante el embarazo se modifican los uréteres y las venas ováricas. Los primeros sufren la compresión y desplazamiento del útero grávido. Las segundas aumentan su capacidad hasta sesenta veces, dilatándose. Esta dilatación se iniciaría en el lado izquierdo, para ganar el plexo ovárico y luego el lado derecho.

Tras el embarazo, la dilatación ureteral regresa, persistiendo en ocasiones la dilatación varicosa de las venas ováricas. Sin embargo, la dilatación venosa «per se» no parece suficiente para explicar una compresión

ureteral sintomática, a pesar de las diferentes razones dadas por los autores.

Hay que añadir el hecho de que no se diagnostiquen más casos, justificándolo por no poder realizar estudios radiológicos en el embarazo o por considerar normales los programas con cambios muy sutiles (8-9).

En estos trabajos se cita como algo «no frecuente» la realización de venografías ováricas, tanto por cateterismo venoso como por punción uterina.

Por las mismas razones, el desconocimiento de este síndrome o de su etiología concreta plantea complicados diagnósticos diferenciales, así como indicar un tratamiento médico y/o quirúrgico adecuados.

La ureterolisis y la ligadura con extirpación de las venas parece suficiente para la remisión de los síntomas.

Por lo tanto, el **Síndrome de la vena ovárica** es una entidad que se aborda desde el punto de vista Urológico, por presentar síntomas ciertos (o presuntos) a nivel ureteral.

El **dolor pélvico crónico** de etiología desconocida es un problema común en las clínicas ginecológicas. En ginecología se considera dolor pélvico crónico aquel que viene padeciendo la mujer desde hace más de seis meses, de forma casi continua, con mayor o menor intensidad, y que afecta generalmente a mujeres entre los 30 y 50 años, casadas y con hijos (10). Puede ser la razón de hasta un 50% de las consultas ginecológicas (11).

La mitad de las causas de indicación de laparoscopia es por dolor pélvico (12). En esa exploración, un 63% de pacientes no muestran patología (13).

La causa del dolor no está aclarada a pesar de los esfuerzos realizados para encontrarla o llegar a un acuerdo respecto a su etiología.

Desde hace tiempo se relacionan las varicosidades pélvicas con la **«congestión pelviana»** y el **«síndrome de dolor pélvico» (14-15)**. La realización sistemática de flebografías de las venas ováricas confirman el estasis venoso y la congestión en un elevado porcentaje de mujeres con dolor pélvico. La flebografía puede realizarse por punción directa del miometrio (16) o por canalización directa retrógrada de las venas ováricas (17).

La etiología de las varicosidades sigue siendo incierta, si bien la causa que más frecuentemente se invoca es la incapacidad de regresión del diámetro de las venas ováricas tras el embarazo, cuando su capacidad aumenta hasta 60 veces (18).

Las varices esenciales en las extremidades inferiores después de los embarazos pueden tener la misma etiología, al igual que las varices vulvares y las que, previamente intervenidas, recidivan tras una gestación (19-20).

El dolor pélvico, al igual que el dolor por insuficiencia venosa crónica, mejora con el decúbito y empeora con el ortostatismo y tiene una cronología típica de exacerbación en la fase premenstrual.

La «congestión pelviana» puede ser un desorden del sistema nervioso autónomo que aparece en pacientes predispuestas, por aumento del flujo sanguíneo en la pelvis secundario a «stress» emocional, comúnmente desde la infancia y acentuado con los embarazos (21-22).

Otra posibilidad es que las varices pélvicas pueden ocurrir como resultado de la relajación de la pared venosa secundaria a una sustancia vasoactiva no identificada.

Una última causa que se invoca en el desarrollo de «varicocele» pélvico femenino (estasis venosa crónica) está relacionado con la excitación sexual que no finaliza en orgasmo, de forma habitual o frecuente a lo largo de meses o años, y que aparece en el 20% de las mujeres que consultan por insatisfacción sexual (23).

Las varicosidades son probablemente, pero no categóricamente, la causa del dolor pélvico crónico de muchas mujeres —tal como el que aparece en el síndrome premenstrual— y es el único hallazgo consistente en la exploración de dichas pacientes.

La flebografía permite establecer un diagnóstico diferencial al detectar claramente la presencia de varices pélvicas (24). La presencia de varicocele femenino se detecta hasta en el 90-100% de mujeres con dolor abdominal esencial y con síndrome de congestión pelviana. También pueden detectarse mediante el uso de ultrasonografía transvaginal.

El tratamiento médico mediante progestágenos a altas dosis junto con psicoterapia parece prometedor, al conseguir mejores resultados que la cirugía: extirpación venosa, histerectomías y la escleroterapia median-

te cateterización directa radiológica (25).

El papel de los flebotónicos, sobre todo en la mejoría de los síntomas, no está del todo aclarado.

La insuficiencia del sistema venoso gonadal femenino como causa de varices pélvicas, vulvares y en los miembros inferiores fue descrito por **Lechter** en 1986.

Este estudio mostró que, aún cuando el sistema safeno es competente, se desarrollan varices en los miembros inferiores cuando hay insuficiencia del sistema venoso gonadal. La intervención quirúrgica de las varices en este caso fracasaría si no va unida a resección de las venas gonadales insuficientes (26-27).

El sistema venoso gonadal se origina en el plexo ovárico en la mujer y en el plexo espermático en el hombre, drenado en el lado derecho en la vena cava (a modo de sistema valvular) y en el lado izquierdo en la vena renal a través de las venas gonadales, drenando también a las venas hipogástricas a través de las venas uterinas y a las venas epigástricas y femorales a través de las venas del ligamento redondo (28).

Las variaciones anatómicas de este sistema son múltiples, tanto por la presencia y/o ausencia de válvulas, número de las mismas, lugares de drenaje, número de venas, troncos principales y afluentes, venas colaterales y diámetro y longitud de dichos vasos. Contrariamente a las citas anatómicas clásicas, pueden encontrarse válvulas en ambos lados y especialmente en el lado izquierdo. El drenaje por colaterales es frecuente. La localización del ostium en relación a la vena cava en el lado derecho y en la vena renal en el lado izquierdo muestra diversas variantes, y no sólo por un tronco sino por troncos múltiples y a diferentes alturas (29).

Lechter, tras una experiencia de

120 casos intervenidos por varices pélvicas y con la disección anatómica de 100 cadáveres (200 venas) encuentra que la descripción anatómica clásica no se cumple en un 20% de casos.

Estas múltiples variaciones deben conocerse, sobre todo a la hora de la realización de flebografías selectivas, así como en el caso de planear una extirpación quirúrgica (30).

El diagnóstico de **Varicocele** en la mujer es difícil clínicamente. Hasta hace poco tiempo sólo se realizaban laparoscopias o flebografías uterinas. Con el desarrollo de la técnica de la flebografía retrógrada de las venas ováricas e ilíacas se ha podido conocer la presencia de dicha entidad para diagnosticar adecuadamente el proceso y tratarlo con éxito (31).

Cuando se estudian grupos control mediante flebografía se comprueba la presencia de varicocele femenino en edades medias de la vida y asociado a embarazos previos, que a veces puede aparecer en el lado derecho y que en ocasiones se asocia a insuficiencia de las venas ilíacas.

El diagnóstico mediante flebografía retrógrada es más compatible con las características hemodinámicas del proceso y debería incluir cateterización de ambas venas renales y ambas venas ilíacas e hipogástricas.

A tenor de estos datos, se deduce que la insuficiencia varicosa del sistema venoso genital en la mujer es bastante frecuente. Aproximadamente la mitad de las mujeres con dolor abdominal crónico padecen esta insuficiencia. Sin embargo, la ausencia de una descripción clínica de **Varicocele femenino** impide su identificación en la mayoría de los casos.

Los varicoceles son considerados habitualmente como resultado de la ausencia de válvulas competentes en las venas gonadales. Los hallaz-

gos flebográficos muestran una nueva vía de diagnóstico de varicocele en la mujer y permite clasificar la entidad en tres tipos, similar a la situación que surge en el varón (Fig. 1) (32).

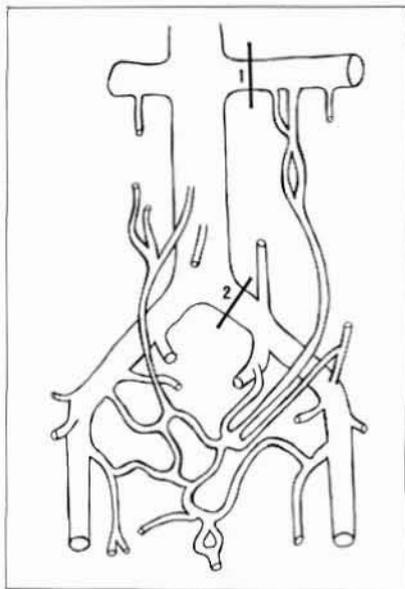


Fig. 1 - Sistema venoso iliocavo, ovárico y pélvico, con múltiples anastomosis y variantes anatómicas. Etiología del Varicocele.

En el primer tipo de varicocele, el reflujo actúa sobre el plexo pampiniforme, con estasis de la microcirculación ovárica, trompas de Falopio y el útero. Consecuentemente, puede aparecer insuficiencia endocrina y exocrina ovárica, así como malfuncionamiento tubárico. El reflujo, en este caso, predomina en el lado izquierdo, pero puede extenderse hasta el lado derecho a través de las anastomosis venosas, y se originaría por compresión de la vena renal izquierda entre la aorta y la arteria mesentérica inferior (fenómeno del «cascanueces» proximal).

En el segundo tipo de varicocele el reflujo aparece en el plexo uterovesical y en el miembro inferior. La clínica es de congestión pelviana, dispareunia y dolor pelviano irradiado a zona lumbar. Este reflujo es pre-

dominante en el sector iliaco izquierdo debido a la compresión que ejerce la arteria iliaca derecha sobre la vena iliaca izquierda (Síndrome de Cockett), dificultando el drenaje colateral del plexo ovárico (fenómeno del «cascanueces» distal).

En el tercer tipo de varicocele, en que se conjugan ambas anomalías, la insuficiencia del plexo pampiniforme se asocia con estasis del sector iliaco asociado a dolor pélvico y desórdenes menstruales.

La flebografía aporta una definitiva aproximación terapéutica al conocer topográficamente la situación de las venas insuficientes, permitiendo su abordaje y extirpación quirúrgica (33). Hay que destacar que con el uso del Ecodoppler a nivel abdominal se pueden conseguir adecuados diagnósticos, próximos a los flebográficos.

Evidentemente, en la mujer habría que añadir que junto a las etiologías antes descritas tendría una influencia decisiva el hecho que se produce en el embarazo, cuando dichas venas adquieren un gran diámetro para acomodarse a la situación de alto flujo gestacional, y que por defectos de la pared, de las válvulas o fenómenos tromboflebiticos tras el parto, no habría disminución del diámetro venoso junto a una destrucción valvular, o ambas cosas, tal y como sucede en el Síndrome Posttrombótico Venoso de los miembros inferiores, dando lugar a secuelas permanentes.

Las varices vulvares pélvicas que aparecen generalmente tras los embarazos múltiples se asocian a varices en los miembros inferiores en el 95% de los casos (34). El abordaje quirúrgico de esta patología exige un preciso conocimiento de los puntos de insuficiencia venosa y valvular, incluyendo flebografías de las venas gonadales, ya que las intervenciones «standard» en este tipo de varices se asocian a un elevado porcentaje de recidiva si no se soluciona la va-

ricosis gonadal, hipogástrica y/o femoral.

La sensibilidad de las venas a las hormonas sexuales es conocida y aceptada, en razón a las múltiples manifestaciones patológicas de naturaleza congestiva engendradas por la hormonoterapia sexual. Además, la cronología en los síndromes congestivos que culminan habitualmente en la fase luteínica hace pensar que el funcionamiento venoso está bajo la dependencia de una regulación hormonal (35).

Esto explicaría el Síndrome doloroso premenstrual y el aumento de la sintomatología en esas fechas en el Síndrome de Insuficiencia venosa crónica de los miembros inferiores.

Sin embargo, y siendo rigurosos, los efectos de las hormonas sexuales sobre las venas no están aún completamente demostrados; a pesar de las numerosas teorías establecidas, las contradicciones son frecuentes. Pero los progresos realizados son tan patentes, que es altamente probable que el papel de dichas hormonas en la patología de todos los desórdenes venosos sea conocida rápidamente.

El «Síndrome de Congestión Pelviana» es común en tres cuadros clínicos: el síndrome premenstrual, el síndrome intermenstrual y el síndrome crónico de congestión pelviana —o congestión fibrosa de Taylor— (36-37).

Los dos primeros son bien conocidos, son periódicos y, en el caso del premenstrual, se benefician de un tratamiento hormonal.

La teoría endocrino-vascular explica la mayor parte de casos de síndrome de congestión premenstrual, siendo el síndrome intermenstrual de etiología bien distinta (rotura del folículo).

En la etiología del Síndrome de congestión pelviana crónica se cita, por último, la teoría de la causa local, ya sea por infección larvada de larga evolución, ya sea por traumas

obstétricos (Síndrome de **Master y Allen**), que pasan desapercibidos (38-39).

La revisión bibliográfica de entidades diferentes conocidas con el nombre de **Síndromes** de la vena ovárica, de congestión pelviana, de dolor pélvico crónico, de varices pelvianas y varicocele en la mujer, todas ellas dependientes del sexo femenino, nos hace pensar que estamos hablando del mismo proceso.

En efecto, todas ellas comparten las mismas teorías etiológicas y fisiopatológicas. En todas ellas la descripción clínica coincide. El diagnóstico flebográfico, ultrasonográfico y laparoscópico encuentra frecuentemente los mismos hallazgos. Finalmente, las opciones terapéuticas en muchos casos se solapan y, en otros, se abordan desde la sospecha etiológica o de forma empírica, ya sea de forma médica o quirúrgica.

La clínica aparece en mujeres de edad media, con antecedentes obstétricos de partos múltiples.

Los síntomas se localizan en la pelvis, con una cronología típica premenstrual y con variaciones posturales, mejorando con el decúbito y empeorando con el ortostatismo.

Son frecuentes los desórdenes de la esfera endocrino-sexual, con alteraciones menstruales, reglas dolorosas y abundantes, etc.

Es común la aparición previa, simultánea o secundaria a los embarazos, de varices vulvares y pélvicas, sintomáticas y de difícil tratamiento, médico o quirúrgico, y con altas tasas de recidiva.

Esta misma situación se da en un elevado porcentaje de varices esenciales de los miembros inferiores en el sexo femenino. Sin embargo, la relación embarazo-insuficiencia venosa es bastante «caprichosa». Incluso se han citado casos de «varices precoces», que aparecen como primer signo de embarazo, antes de la interrupción de las reglas (40).

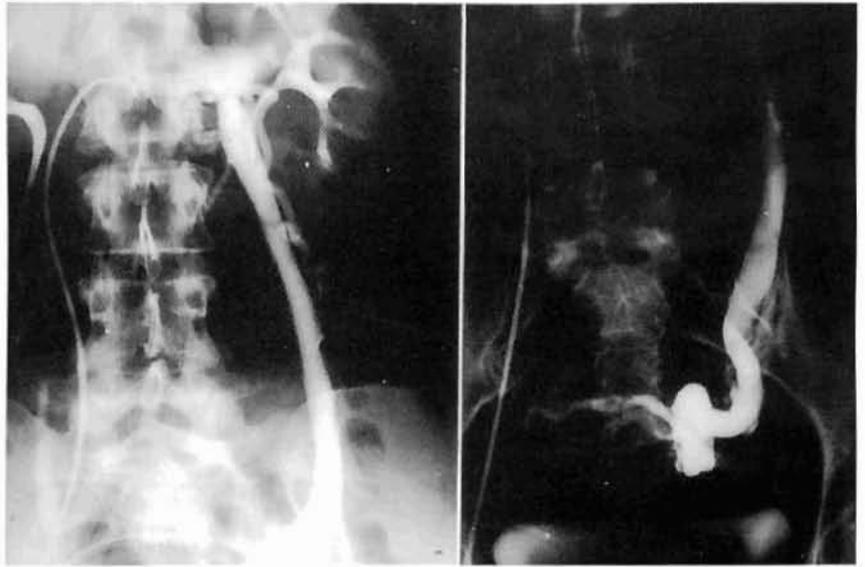


Fig. 2 - Flebografía selectiva renal izquierda. Vena ovárica muy dilatada (Varicocele) descendiendo hacia plexo ovárico-pélvico.

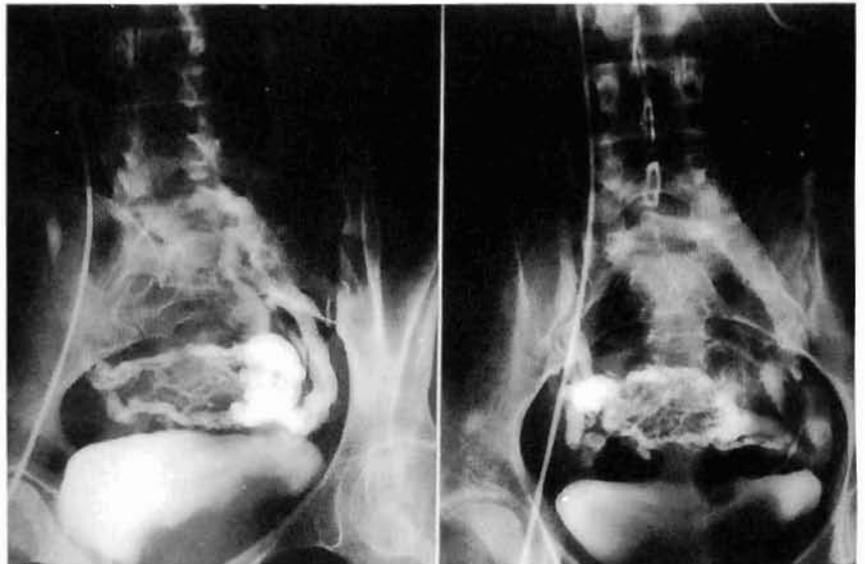


Fig. 3 - Relleno de plexo venoso ovárico, pélvico, vena ovárica derecha y vena iliaca izquierda.

El estudio del comportamiento de estas mujeres puede encontrar altas tasas de insatisfacción sexual, o cuadros de excitación sin culminar en el orgasmo. Pero, es más probable que esta situación sea consecuencia de la congestión pelviana y no la causa de la misma.

A tenor de lo antes citado, la in-

fluencia etiológica hormonal en la aparición o desencadenamiento de los síntomas parece indiscutible.

Finalmente, no ya los estudios clínico-diagnósticos clásicos sino la realización de **Flebografías** (Fig. 2 y 3) de las venas ováricas y pélvicas parece explicar la etiología final de estos síndromes.

El que esta patología, por el polimorfismo sintomatológico y la diversa expresividad clínica, sea tratada por especialidades médico-quirúrgicas diferentes (Urología y Ginecología), puede ser la razón de que las teorías etiológicas, fisiopatológicas y los planteamientos terapéuticos no coincidan o sean muy diversos, incluso dispares.

Se abre una nueva vía diagnóstica y terapéutica en ciertos casos de varices vulvares y de los miembros inferiores, entidad que atañe a los especialistas en Angiología y Cirugía Vasculosa (Flebología).

En razón a lo expuesto, nos atrevemos a formular una teoría etiológica y fisiopatológica que explicaría razonablemente los síndromes femeninos analizados, entendidos éstos como conjunto de signos y síntomas que existen a un tiempo y definen clínicamente un estado morboso determinado, que afectan a un número considerable de mujeres y que son citados en la literatura médica desde hace muchos años con denominaciones diferentes:

Sobre un fondo de predisposición embriológica (ausencia de válvulas, anomalías de número, diámetro, posición y drenaje de las venas gonadales, debilidad de la pared) o anatómica (compresión de la vena renal izquierda por la pinza aortomesentérica y/o compresión de la vena ilíaca izquierda por la arteria ilíaca derecha), la secreción hormonal (al actuar sobre la pared venosa) y el embarazo (al aumentar considerablemente el flujo) actuarían como desencadenantes del proceso, dilatando las venas ováricas (particularmente la izquierda) dando lugar a un fenómeno de desbordamiento de todo el plexo venoso pélvico que no regresaría al cesar la gestación y se perpetuaría por la influencia hormonal y por el ortostatismo.

Una vez que el plexo venoso utero-ovárico esté dilatado de forma permanente, con exacerbaciones perió-

dicas con el ciclo menstrual o con la posición, aparecerían los síntomas dolorosos pélvicos de índole urológica y sobre todo ginecológica.

La **Congestión Pelviana** provocada explicaría todos los síntomas y hallazgos exploratorios. Parece razonable que dicha congestión provoque dolores espontáneos, periódicos, cíclicos y posturales. Igualmente, dicha congestión a nivel útero-ovárico y de la pelvis menor femenina provocaría trastornos hormonales, trastornos de la fertilidad, reglas dolorosas y abundantes y dispareunia.

Los coitos dolorosos, la insatisfacción sexual y las dificultades en conseguir el orgasmo, sería más una consecuencia de la congestión que el origen de la misma, alterando secundariamente las pautas de comportamiento sexual de la mujer por miedo al dolor o por la consiguiente insatisfacción.

La situación hemodinámica de auténtica «inundación venosa» del plexo pélvico, por razones puramente hidrostáticas y hemodinámicas buscaría solución a través de las numerosas anastomosis anatómicas con el sistema venoso ilio-cavo y femoral, dilatando las venas vulvares y, sobre todo, de los miembros inferiores, rompiendo el mecanismo valvular y dando origen al desarrollo de Varices en los miembros inferiores en un porcentaje nada despreciable de mujeres y que, denominadas esenciales por desconocer su origen, son de difícil tratamiento y con frecuente tendencia a la recidiva (Fig. 4).

La mayoría de exploraciones ecográficas y flebográficas se practican con la paciente en decúbito supino. Si se realizasen estudios posturales, este tipo de anomalías quizá se detectasen con más frecuencia, al igual que al realizar flebografías selectivas de venas gonadales.

El flujo sanguíneo renal de un adulto medio se estima en unos

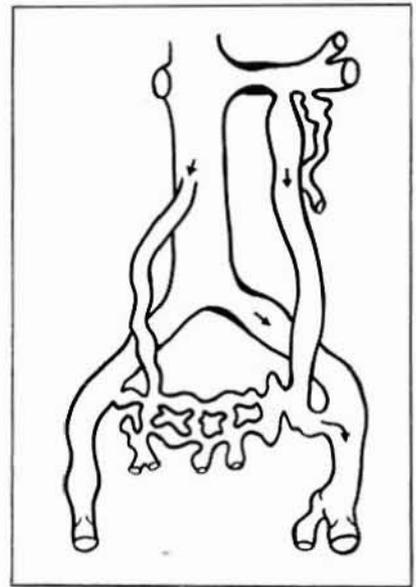


Fig. 4 - Hemodinámica de la insuficiencia venosa gonadal femenina. Esquema flebográfico.

1.200/min, aproximadamente el 20% del gasto cardíaco total. Es decir, un varicocele, como el del caso presentado, derivaría una cantidad de sangre venosa drenada desde el riñón hacia el plexo pélvico de 500-600 cc/min, cifra nada despreciable.

A través de las anastomosis este escape venoso inundaría el plexo vulvar, hemorroidal, iliofemoral y de miembros inferiores. En situación ortostática esta fuga hemodinámica se agravaría considerablemente, participando otros territorios, como la vena cava inferior a través de la vena gonadal derecha y a través de la propia vena renal izquierda.

La teoría hemodinámica expuesta explica perfectamente cómo la realización selectiva de **Flebografías de las venas gonadales** encuentra dilatación de las mismas en estas mujeres, siendo dicha exploración la que más coincidiría con el diagnóstico etiológico.

Destacamos también el papel de la Ecografía y el Ecodoppler en el diagnóstico del varicocele femenino, que al ser pruebas «no invasivas» permiten realizar el «screening» a

gran número de pacientes y estudiar el papel hemodinámico de estas anomalías y su repercusión sobre la circulación venosa pélvica y de miembros inferiores (41).

Otros hallazgos exploratorios serían secundarios, al igual que sería un error etiquetar otros procesos como síndrome de congestión pélvica sólo por los síntomas, sin serlo realmente.

Deben hacerse considerables esfuerzos en este sentido para intentar averiguar el origen de la sintomatología, ya sea urológica o ginecológica, de tantas mujeres que permanecen sin diagnosticar, ya que estos cuadros dolorosos son tremendamente molestos y acompañan a la mujer durante muchos años de su vida.

Por la misma razón y ateniéndonos a la etiología, creemos que la denominación más adecuada para definir y catalogar estos síndromes sería el de **Varicocele femenino**, pues es realmente lo que es (en paralelismo a la entidad del varón). En la mujer no nos es posible determinar la preferencia por el lado izquierdo, derecho o bilateral, por las diferencias anatómicas y fisiopatológicas sexuales.

Pero también debe haber muchos casos en que no se desarrollen varicoceles auténticos de gran diámetro y con gran reflujo (fáciles de diagnosticar flebográficamente y ecográficamente) y que, sin embargo, perpetúen una situación de insuficiencia venosa gonadal y pélvica, con consecuencias hemodinámicas, fisiopatológicas y clínicas similares a las descritas y de muy difícil diagnóstico, y que quizá precisasen de la realización de flebografías dinámicas o posturales.

Cabe preguntarse, de forma marginal, cuál sería la etiología de las hemorroides que surgen y progresan tras los embarazos, ya que el plexo venoso hemorroidal está profusa e íntimamente anastomosado con el plexo genital e hipogástrico, con las consecuencias terapéuticas que implicaría.

El tratamiento más adecuado y definitivo sería, por tanto, la extirpación o desconexión de la vena o venas gonadales dilatadas y que dan origen al desbordamiento. El conocimiento de cuáles son las venas que hay que ligar o extirpar, dónde y a qué nivel, nos lo proporcionaría la flebografía selectiva.

Igualmente, habría que avanzar

más en el diagnóstico de ciertos casos, en porcentajes actualmente desconocido, de varices vulvares y de los miembros inferiores, para adecuar el tratamiento a la etiología y no de forma empírica, para evitar la recidiva tras la cirugía. Ciertos factores etiológicos clásicos, descritos para la insuficiencia varicosa, podrían encontrar mejores explicaciones: factor familiar por la anatomía y embriología del varicocele, factor ortostático e hidrostático, factor hormonal e influencia de los embarazos (42-43).

Las exacerbaciones periódicas de los síntomas con la cronología del ciclo menstrual se deberían, no ya sólo a la influencia hormonal sobre la pared venosa, sino a la hemodinámica. Realmente, ¿es cierto que las varices tienen predilección por la extremidad inferior izquierda?

Otros tipos de tratamientos descritos —posturales, hormonales, flebotónicos o modificando la conducta sexual— serían puramente sintomáticos y no resolverían, desde su etiología, el problema.

NOTA: Se acompañan 43 citas bibliográficas, que pueden solicitarse del primer autor.