

NOTAS SOBRE EL VARICOCELE PELVIANO

Por el doctor José del C. Acosta.

No es raro que enfermas a quienes se les ha diagnosticado una apendicitis crónica, después de someterlas a tratamientos médicos, más o menos severos y prolongados, lleguen a la sala de operaciones para que se les practique una apendicectomía; las más de las veces muy sencilla, pues se encuentran apéndices libres, sin la menor congestión, sin adherencias, en una palabra, sin huellas de la antigua inflamación. La intervención pasa sin ningún incidente, el período post-operatorio es ideal y sin embargo, poco tiempo después, la enferma vuelve quejándose del mismo malestar, de las mismas incomodidades, de los mismos dolores que la decidieron a someterse a la intervención activa del cirujano.

Otras presentan el cuadro completo de una inflamación anexial: flujo, dismenorrea, dolor en el bajo vientre, más o menos localizado, reacción febril de poca intensidad algunas veces; pero se desconcierta el clínico por el hecho de que sean completamente negativos los datos que debiera darle la exploración ginecológica completa, pues no existe la tumefacción o la colección purulenta que esperaba encontrar y sólo le permite poner de manifiesto la existencia del dolor localizado en uno o en otro de los lados de la matriz o en ambos a la vez; en tales circunstancias se diagnostica una salpingitis catarral. La enferma se inmoviliza en el lecho; se le aplica el tratamiento médico de rigor: hielo, irrigaciones y tópicos vaginales, dieta, etc., etc., y con esto la crisis pasa en más o menos días; pero poco tiempo después de que haya vuelto a la actividad de su vida normal, vuelve el dolor, vuelve el peso, vuelve la fiebre, etc.; y la enferma se convence de que es ya una inválida o de que debe someterse a una operación mutiladora de su propia personalidad para salir de ese estado de padecimiento. Pero igual sorpresa que el clínico experimenta el cirujano al ver que esa matriz, que esas trompas y que esos ovarios no presentan el estado de inflamación que él esperaba encontrar, dada la evolución siempre progresiva y en ocasiones de varios años, que ha seguido la enfermedad.

Casos como éstos habrán observado a diario todos los colegas en su práctica profesional, pues son muchas las enfermas que, después de haber pasado por las etapas anotadas, empiezan a recorrer todos los consultorios médicos, para relatar sus desdichas e implorar una medicación salvadora; y la mayor parte de ellas son clasificadas final-

mente como neuróticas o histéricas, aun por sus propios familiares que ya no hacen caso de sus lamentaciones. Pero ellas tienen razón, tienen motivo para quejarse, porque sufren de una afección que si no les ocasiona la muerte, sí les hace la vida insoportable; y esa afección que tiene una localización anatómica perfectamente definida y una sintomatología clara, no es otra cosa que un varicocele del ligamento ancho, o mejor dicho, un varicocele pelviano.

Hace unos once años fui llamado a tratar una enferma, cuya historia clínica, brevemente resumida, es la siguiente:

Señora de unos 45 años de edad, raza blanca, temperamento nervioso, casada desde hace unos 25 años, y con tres hijos.

Entre sus antecedentes hereditarios sólo merecen mención la excitabilidad nerviosa de la mayor parte de sus familiares y algunos casos de tuberculosis, de distintas localizaciones.

En sus antecedentes personales debe anotarse una infección puerperal muy grave, que sufrió en su tercer parto y que por la descripción que hace me indujo a pensar que fue una septicemia; es además constipada crónica.

La enfermedad actual data de unos ocho años atrás; se inició por un flujo vaginal, muy variable en cantidad y en aspecto, pues unas veces era escaso y francamente mucoso, y otras muy abundante y acuoso, especialmente en las proximidades de los períodos menstruales; acompañado de sensación de pesantez o de cansancio en el bajo vientre, que poco a poco se convirtió en un dolor intermitente, localizado principalmente en la fosa iliaca izquierda, que aparecía especialmente con ocasión de algún ejercicio fuerte y al aproximarse la época de sus reglas. Estos dolores, que en un principio eran de poca intensidad y de corta duración, pues desaparecían con uno o dos días de reposo en la cama, se hicieron más intensos y prolongados, hasta impedirle el desempeñar los simples quehaceres de la casa.

En un principio la afección fue apirética, pero, en el curso de los dos últimos años, las crisis dolorosas agudas venían acompañadas de una reacción febril, que generalmente oscilaba alrededor de 38 grados, pero que en algunos días llegó hasta 39.

Frecuentemente sufría de cefalalgias y su carácter había sufrido una gran transformación, habiéndose vuelto melancólica y muy irritable, hasta el punto de que su familia la declaró neurasténica y la puso al cuidado de un especialista en enfermedades nerviosas, que la trató por varios meses, sin obtener mejoría.

Durante todo este lapso y sobre todo en el último año, había sido examinada y atendida por varios colegas, para su afección ginecológica. Todos ellos habían hecho el diagnóstico de una anexitis, y en vista del fracaso de los tratamientos médicos, le habían aconsejado insistentemente una intervención quirúrgica, que ella siempre rechazaba.

En los varios exámenes que tuve ocasión de practicarle, siempre

me desconcertó el hecho de no encontrar la tumefacción que debiera existir en los anexos del lado izquierdo; pues aunque la movilidad de la matriz no estaba disminuída, el dolor que su investigación determinaba y el dolor que despertaba la presión en el lado izquierdo de la cúpula vaginal, unidos a los antecedentes de la enferma, no me dejaban duda de que esta señora padecía de una inflamación crónica de los anexos del lado izquierdo.

El tratamiento médico seguido casi por el espacio de seis meses, en que la enferma permaneció en la cama, con interrupciones de pocos días en que estaba levantada, fue un completo fracaso. Desesperado, tanto como la enferma misma, por la tenacidad invencible de su afección, la urgí para que se sometiera a la operación que ella tanto rechazaba, pero que en mi concepto, como en el de los médicos que antes la habían atendido, era el único recurso de que podía echar mano para recobrar su salud.

Aceptada la intervención se le practicó una laparotomía media, infraumbilical; y grande fue la sorpresa que tuve al examinar los anexos de ambos lados y encontrarlos perfectamente sanos, pero al examinar los ligamentos anchos, encontré el del lado izquierdo surcado por un gran número de venas onduladas, que tenían el calibre de una pluma de ganso; este paquete varicoso se extendía desde el borde del útero, hasta la pared de la pelvis; y desde el borde inferior de la trompa, hasta cerca de la base del ligamento. En vista de este hallazgo, la operación se redujo a aislar y resecar las várices y reconstruir el ligamento.

Después de tan sencillo tratamiento desaparecieron todos los males que padecía la enferma; y en el curso de los últimos diez años, en que he tenido ocasión de verla muchas veces, jamás ha vuelto a quejarse de sus antiguas dolencias; su estado nervioso se normalizó y declara que esa operación fue para ella una verdadera resurrección.

Las enseñanzas obtenidas por la observación de este caso clínico me permitieron llegar a un diagnóstico exacto en muchas otras enfermas que he visto posteriormente, a quienes se les ha diagnosticado bien sea una apendicitis crónica, bien sea una anexitis y aun una simple metritis, pero que se han curado con la resección de varicoceles unilaterales o bilaterales, sin adición de ningún otro tratamiento.

Desde entonces surgió en mi ánimo la idea de que esta afección debía formar una nueva entidad nosológica; pues presenta un cuadro clínico que le es propio y que, dentro de su variabilidad, es bastante característico y constante para cada una de sus formas; tiene su asiento en una lesión anatómica perfectamente definida, y se cura radicalmente mediante una sencilla terapéutica quirúrgica.

Había buscado inútilmente un estudio de tal afección, en las obras y revistas europeas y norteamericanas que habían llegado a mis manos; hasta que hace pocos años tuve conocimiento de que el Profesor Carlos

A. Castaño, de la Clínica ginecológica de la Universidad de Buenos Aires, se había ocupado de este asunto y lo había tratado en su Tesis de agregación y en uno o dos artículos publicados en revistas científicas, el año de 1924; después de él han estudiado tan importante tema: el doctor Edson Amaral, en su tesis de grado en Río Janeiro (1927); el doctor R. Vargas Molinare, de Santiago de Chile (1929); el doctor Ernesto Figueroa Robinson, en su tesis de grado de Santiago de Chile (1929), y el Profesor Carlos Stajano, de la Clínica quirúrgica de la Universidad de Montevideo (1934). Entre nosotros hasta ahora nada se ha dicho sobre él y aunque hace mucho tiempo que el señor Vicente Rincón, alumno de la Facultad de Medicina, después de haber presenciado dos o tres de las intervenciones que he practicado, se decidí a acogerlo como base para su tesis de grado, todavía nada ha hecho sobre la materia, por lo cual me he decidido a presentar hoy, como tema de discusión, esta breve comunicación.

Lo que en síntesis caracteriza esta entidad, desde el punto de vista clínico, es la enorme desproporción entre los signos subjetivos, que son los que dominan en el cuadro, y los signos objetivos; hasta el punto de que Castaño dice: "El varicocele pelviano es una afección genital que trae casi más trastornos a la mujer que los mismos tumores del vientre. Se caracteriza porque tiene grandes síntomas subjetivos y casi ninguno objetivo, es decir, síntomas poco palpables, poco visibles para el médico. Es frecuente, al no encontrar alteraciones, atribuir estos síntomas al histerismo".

Dentro del grupo de los variados síntomas subjetivos hay algunos que pudiéramos llamar "síntomas básicos", que, por su localización o por otros síntomas satélites que los acompañan, dan lugar a los distintos cuadros clínicos que Stajano designa con el nombre genérico de "Máscaras del varicocele pelviano".

Los síntomas básicos son: la *pesantez* del bajo vientre, que algunas enfermas interpretan como cansancio o incomodidad de dicha región.

El *dolor* que al principio es intermitente, aparece con motivo de un ejercicio o de una prolongada permanencia en pie y cede en pocas horas mediante el reposo en la cama; pero que más tarde se vuelve casi continuo y rebelde al tratamiento. Es un dolor espontáneo de intensidad variable, que se agudiza con las maniobras de exploración clínica.

La *hidrorrea* o *leucorrea*, variable en cantidad y en aspecto, que aumenta al aproximarse el período menstrual y con motivo del ejercicio.

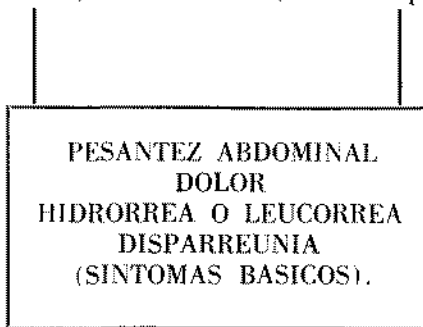
La *disparreunia* o dolor erótico de Castaño, que les hace temer el coito por el dolor que tal acto les produce, que impide el orgasmo y que persiste bajo la forma de sensación de adolorimiento del bajo vientre, hasta por veinticuatro horas.

Alrededor de estos cuatro síntomas básicos, se agrupan otros menos constantes, como son: la fiebre, que en ocasiones puede llegar a 39 grados, pero que generalmente oscila alrededor de 38; el tenesmo vesical o rectal, debidos a la congestión pélvica; los dolores irradiados hacia la región lumbar o hacia los muslos, las perturbaciones dispépticas o colíticas, las perturbaciones psíquicas, etc., etc., unas debidas a simples irritaciones nerviosas y otras a modificaciones o alteraciones en las funciones del complejo endocríneo; perturbaciones que, según la manera como se asocien, caracterizan las distintas máscaras del profesor uruguayo, como puede verse en el siguiente cuadro:

Esquema de las formas clínicas de varicocele pelviano.

(Máscaras del Profesor Carlos Stajano).

Dolor en las fosas iliácas.	Dolor en la fosa iliaca derecha.
Dolor en el hipogastrio.	Irrradiación dolorosa al muslo derecho.
Irradiaciones dolorosas al sacro.	Perturbaciones digestivas.
Escalofrío, fiebre.	Fiebre.
(Máscara anexial).	(Máscara apendicular).



Tenesmo vesical.
Polakiuria.
Hematuria.
Dolor ileo-lumbar.
(Máscara urinaria).

Colon doloroso y tenso.
Constipación.
Deposiciones mucosas.
Tenesmo rectal.
(Máscara cólica izquierda).

Alteraciones psíquicas de forma depresiva o de excitación, con irritabilidad y violencia.

(Máscara psíquica).

Los síntomas objetivos son muy escasos: por la palpación se despierta el dolor en la parte más baja de las fosas iliacas, unilateral o bilateral, según sea la forma de la lesión; por el tacto se encuentra en algunas ocasiones una pastosidad de la cúpula vaginal, en el sitio correspondiente a la región afectada; muy raras veces se logra palpar claramente los paquetes varicosos; por el tacto combinado a la palpación se comprueba la localización del dolor, la movilidad de la matriz y la ausencia de tumefacción anexial.

Algunos aconsejan hacer el tacto en la posición de pie, para palpar las várices, que en esta posición se encontrarían llenas; jamás he practicado el examen en esta forma, que además de ser muy incómoda para la exploración, es muy poco elegante, por decir lo menos; de esta manera se apreciaría la tumefacción del paquete varicoso, la que desaparecería al colocar a la enferma en posición de Trendelenburg.

En la etiología y patogenia de esta afección, como en las de las várices en general, intervienen numerosos factores que sería largo de enumerar y de clasificar; pero considero que debe darse un papel preponderante a las deficiencias o disfunciones del complejo endocríneo, dejando para segundo término los procesos infecciosos agudos, la infección sífilítica, a la que da grande importancia Castaño; y por último a los factores mecánicos, que podrían ayudar como causas complementarias, pero en ningún caso como causas eficientes, ya que éstas residen en las paredes mismas de las venas, que se dejan vencer por la presión sanguínea normal o ligeramente elevada por una causa cualquiera.

Aparece generalmente entre las edades de veinticinco a cuarenta años, pero puede iniciarse en una época cualquiera del período de actividad genital de la mujer, desde la juventud, hasta las vecindades de la menopausia. A pesar de las circunstancias favorables a su desarrollo del lado izquierdo, debida a la desembocadura de la vena útero-ovárica en la renal, la diferencia en favor de este lado, en cuanto a la frecuencia de la lesión, no es muy grande; y no son pocos los casos en que es bilateral.

El tratamiento de esta afección debe comprender dos etapas: una médica, principalmente opoterápica, tónica, antitóxica, antiinfecciosa, etc., que trata de prevenir el desarrollo de la lesión o de limitar su progreso cuando ya ha empezado; y la otra quirúrgica, que busca la supresión de la causa del sufrimiento de la enferma, cuando la enfermedad ha adquirido su pleno desarrollo, fase en que el tratamiento médico no da ninguna probabilidad de curación, sino de simple alivio temporal.

Quiero ocuparme del tratamiento quirúrgico únicamente; como para el varicocele del hombre, se han propuesto para éste tres intervenciones diferentes: 1ª, la ligadura escalonada de los paquetes varicosos, u operación de Keed; 2ª, la resección de los paquetes entre dos li-

gaduras, u operación de Sensert; y 3ª, la resección alta de las venas útero-ováricas, u operación de Castaño.

He practicado las dos últimas con resultados igualmente satisfactorios y me he abstenido de practicar la primera, porque juzgo que estas ligaduras desaparecen en un tiempo más o menos corto, y como en nada han modificado las condiciones de la circulación y tonicidad de las paredes venosas, al desaparecer las ligaduras reaparece la lesión en toda su amplitud.

A la operación de Sensert se le critica que, conservada la columna sanguínea de la útero-ovárica, el muñón superior puede hacerse varicoso y reproducir algunos de los síntomas; pero hay que pensar en que suprimida la corriente sanguínea ascendente, en el muñón superior se formará un coágulo, que a su vez se transformará en un cordón de tejido cicatricial, merced a la invasión de las células conjuntivas.

La operación de Castaño evita esta objeción, porque interrumpe la columna líquida que gravita sobre el sitio en que la tonicidad venosa está vencida y evita que continúe dilatándose e irritando los filetes nerviosos; además, suprimida la corriente directa de la útero-ovárica hacia la vena cava o hacia la vena renal izquierda, la sangre de la región varicosa debe dirigirse hacia la hipogástrica, por la base del ligamento ancho, y por consiguiente esos vasos se vacían completamente y tienden a atrofiarse, porque ya no tienen sino funciones muy reducidas.

En todas estas intervenciones toma parte no despreciable la acción que se ejerce sobre los filetes simpáticos que acompañan a los vasos, cuya resección obra sobre los territorios vasculares subyacentes y modifica las condiciones de la circulación en todos ellos.

La técnica de cualquiera de estas operaciones es por demás sencilla e inofensiva y puede resumirse en los siguientes tiempos:

1. Laparotomía media infra-umbilical.
2. Exposición de los ligamentos anchos, por tracción sobre el útero.
3. Este tiempo, que es el que caracteriza a cada una de las operaciones, varía en cada una de ellas, así: *a*) en la operación de Keed, expuestos los paquetes varicosos, se procede a practicar una serie de ligaduras escalonadas sobre cada uno de los vasos afectados, atravesando el ligamento con una aguja fina, para evitar en cuanto se pueda la herida de las várices; *b*), en la operación de Sensert, se hace una incisión en la hojilla anterior del ligamento, cuidando de no herir las venas; se aísla el paquete varicoso por disección con el dedo o con un instrumento romo, desde la vecindad del borde del útero hasta muy cerca de la pared de la pelvis; se liga el paquete en los dos extremos y se reseca la porción bloqueada; finalmente se anudan entre sí los hilos de los dos muñones, para acortar la longitud del ligamento; y se sutura la hojilla peritoneal que se había abierto; *c*), en la operación de Castaño, se expone el ligamento ileo-ovárico, sobre el cual se halla el grupo vascular útero-ovárico, para lo que se ejerce tracción suave sobre el

ovario correspondiente; se corta la hojilla peritoneal que lo cubre; se aísla el paquete vascular, por disección roma; se ligan los dos extremos y se reseca la porción bloqueada, sin preocuparse de que en ella quede comprendida la arteria ovárica; se termina anudando entre sí los hilos de los dos muñones y suturando la hojilla peritoneal.

4. Reconstrucción de la pared abdominal.

En todas ellas se debe atender cuidadosamente a la hemostasis, para evitar la formación de hematomas retro-peritoneales, que en un caso de Figueroa Robinson, al practicar la operación de Castaño, dio lugar a la formación de un enorme absceso sub-frénico, por desgarradura del extremo superior del pedículo útero-ovárico.

Por la experiencia adquirida en la práctica diaria he llegado a la convicción de que entre nosotros, como en la Argentina, en el Uruguay y en Chile, esta afección es sumamente frecuente; y que, si se piensa en ella y se buscan con cuidado sus síntomas, es muy sencilla de diagnosticar y de tratar; para evitar los numerosísimos fracasos terapéuticos de las apendicectomías sin apendicitis, de muchos tratamientos médicos de anexitis fantasmas y de numerosas neurastenias e histerias, cuya espina provocadora está en el varicocele pelviano y que no desaparecen sino con él.

He querido limitarme a hacer una breve reseña sobre tan importante tema, porque espero que el señor Rincón, en su tesis de grado, ha de presentar un estudio completo y las historias detalladas de muchas de las enfermas que he operado con este objeto.

