

Tratamiento de las várices en el estado grávido puerperal

Dres. ALBERTO DEL CAMPO, MILTON MAZZA BRUNO,
CARLOS GOMEZ FOSSATI, MIGUEL MATE,
Br. JULIO SANGUINETTI y Mma. GLADYS BAYARDO *

Compartimos la conducta mayoritaria en defensa del tratamiento médico de las várices durante la gravidez.

Las alteraciones fisiológicas de origen hormonal y mecánico durante el embarazo comportan una serie de modificaciones de la circulación venosa de los miembros inferiores, que determinan la aparición de várices o la progresión de las ya existentes, la aparición de varículas dérmicas y la predisposición a estados de trombosis.

El factor mecánico está representado por el aumento de volumen uterino y su acción está condicionada al mismo volumen uterino y su posición, a la longitud y elasticidad de los ligamentos de sostén, al tamaño pelviano, a las condiciones de la musculatura abdominal y a las variantes anatómicas vasculares (9); de ahí que ella sea variable en cada caso.

El factor hormonal condiciona un aumento de la distensibilidad venosa general (3).

El estado de gravidez comporta una hipervolemia, con importante aumento del flujo sanguíneo pelviano, por el aumento de la vascularización uterina y la existencia de la red placentaria, con sus fístulas arterio-venosas (6).

Los cambios enunciados producen:

—Aumento de la presión venosa en los miembros inferiores (3), fundamentalmente a partir del 2º trimestre y en las posiciones de pie y decúbito supino.

—Caída del flujo venoso de los miembros inferiores, como ha sido determinado por sodio radioactivo (7). Dicha disminución del flujo venoso progresa con el embarazo, siendo de poca importancia en el 1er. trimestre (excepto en la posición de pie). Las posiciones corporales influyen marcadamente sobre el flujo. El porcentaje de

flujos prácticamente nulos es del 4 a 5 % de los casos en posición de Trendelenburg y en decúbito lateral (para la pierna colocada arriba) y llega a 86 % en la posición de pie, en el tercer trimestre. La posición de decúbito supino muestra valores intermedios a los anteriores (4).

En el embarazo avanzado y con la paciente en decúbito supino se observa la obstrucción cava en la mayoría de los casos. El retorno venoso se realiza por vías colaterales (venas paravertebrales) (5).

El útero puede prácticamente dividir la circulación materna en dos zonas, por compresión del eje cavo-aórtico. La zona caudal muestra hipotensión arterial, aumento de la presión venosa y flujo reducido (1).

Estos aspectos son comentados por considerarlos los fundamentos del tratamiento a efectuar. Este consiste en mejorar el retorno venoso, combatiendo la hipertensión venosa y aumentando el flujo.

1) El reposo nocturno: Debe realizarse en posición de débil Trendelenburg (15°). El flujo venoso es normal en el 96 % de las embarazadas en esta posición.

Pueden adoptarse los decúbitos laterales alternados y ello es de mucho interés en casos de patología unilateral o predominantemente unilateral (fundamental en post-flebíticos). El decúbito lateral sobre el miembro sano o más sano, asegura un flujo normal en el miembro situado arriba en 95 % de los casos.

La posición de Trendelenburg debe lograrse por elevación de los pies de la cama, nunca por el uso de almohadas, que provocan angulaciones vasculares que obstaculizan el libre flujo.

2) La actividad diaria: Debe realizarse con el uso de soporte elástico (vendajes o medias) adecuado.

Trabajo de la Policlínica Flebológica de la Clínica Ginecotológica "A", Prof. Dr. Ciro Jaumandreu.
* Asistentes de Clínica Quirúrgica; Adjunto de Clínica Quirúrgica; Practicante y Partera de Clínica Ginecotológica (Facultad de Medicina de Montevideo).

Debe ser interrumpida por períodos de reposo en cama, cada pocas horas.

Deben ser proscriptas las posiciones de pie estática y sentada, como posiciones prolongadas, pues en ellas la obstrucción del flujo venoso llega a porcentajes elevados (70 a 86 % de los casos).

El ejercicio es beneficioso a efectos del flujo venoso.

- 3) El clásico régimen hiposódico beneficia al portador de una hipertensión venosa, contribuyendo al control de los edemas.
- 4) La medicación sintomática puede tener indicaciones. Consideramos sin utilidad los numerosos "flebotónicos".

Durante el trabajo de parto y el parto deben tomarse algunas medidas de interés.

—Evitar en lo posible el traumatismo venoso. Las portadoras de várices deben ir vendadas al parto y las piernas deben ser acondicionadas adecuadamente. Creemos que este factor traumático tiene gran importancia en el desencadenamiento de las varicoflebitis puerperales.

—El trabajo de parto debe realizarse en posiciones que alteren lo menos posible el drenaje venoso, como son los decúbitos laterales 4).

Hay autores que incluso sugieren la posibilidad de realizar el parto en decúbito lateral en situaciones especiales.

¿Por qué una conducta abstencionista en una afección de sanción quirúrgica? La conducta quirúrgica en una patología dada puede plantearse como situación de urgencia o como cirugía de elección.

No existe una situación de urgencia que comporte la cirugía radical de las várices. Pueden plantearse actos quirúrgicos urgentes en casos de complicaciones como en la varicoflebitis, pero no de tipo radical.

En cuanto a la cirugía de elección ésta busca la oportunidad ideal, oportunidad que no se da en el embarazo, por los siguientes motivos:

—Las condiciones fisiológicas del embarazo desaparecen luego del parto y se asiste entonces a un retroceso importante o incluso total de la patología venosa. El carácter de temporario de un gran número de casos, permite reducir el número de los que deberían operarse.

Muchos casos no se operarán en el estado grávido ni posteriormente.

Las consideraciones siguientes se harán para los casos cuya patología, por importante, es presumiblemente definitiva.

—La cirugía durante el embarazo es indudablemente más difícil, prolongada y con mayor chance de imperfecta. Las várices que entrarían en la categoría de operables, los grandes varicosos, presentan venas dispersas, mal sistematizadas, con múltiples perforantes insuficientes (muchas de ellas pocas veces apreciadas fuera del embarazo). Todo ello comporta un diagnóstico completo más difícil.

Nuestra experiencia en ligadura de cayado y cayadectomías (profilácticas de embolismo en varicoflebitis del embarazo) demuestra la existencia de redes venosas más superficiales al cayado safeno interno, tortuosas, sumamente frágiles, que comportan prolongación del acto quirúrgico y pérdidas sanguíneas. Esta situación es generalizada a todo el miembro en estos varicosos y justifica las apreciaciones anteriores.

—La opinión de autores (2, 8) que intervienen en el estado de gravidez y sostienen que los resultados alejados son comparables a los operados en otra oportunidad, es francamente minoritaria. La experiencia demuestra que las recidivas y persistencias son más frecuentes e incluso aceptadas por estos mismos autores que plantean "retoques" casi de rutina a los 3-6 meses de la intervención.

—En la cirugía durante el estado grávido existe un doble riesgo, materno y fetal, que aunque pueda ser mínimo es innegable. En cirugía de urgencia por patología abdominal, durante la gravidez, hemos visto partos prematuros e incluso muerte fetal.

El acto quirúrgico-anestésico está sometido a imprevistos que pueden comportar hemorragia y anemia aguda, shock, hipoxia materna, desequilibrios ácido-base y/o aumento de la contractilidad uterina; todos ellos con sus posibles consecuencias.

—El riesgo trombotico es mayor en el estado de gravidez y la cirugía suma su potencial trombogénico al ya existente. En otra etapa de nuestra experiencia realizamos ligaduras profilácticas del cayado safeno interno en varicosas embarazadas. La consecuencia frecuente fue la trombosis masiva de la vena safena varicosa.

En cuanto al tratamiento esclerosante en el estado grávido lo descartamos por los siguientes elementos:

—La esclerosis no debe ser realizada en várices que presentan francas comunicantes insuficientes, por el doble motivo de ser riesgosa (peligro de trombosis profundas) y de resultado solo temporario (recanalización posterior).

—La elevación del índice de potencial trombogénico en el embarazo, favorece la extensión indeseada del efecto trombógeno del esclerosante.

—La imposibilidad de descartar la presentación de un accidente alérgico, especialmente indeseable en estas circunstancias.

RESUMEN

Entendemos que las várices del embarazo pueden y deben ser controladas con medidas médicas. Sólo los casos muy especiales podrían ser sometidos a cirugía, conociendo los riesgos existentes y la mayor inseguridad respecto a los resultados.

La cirugía encuentra su oportunidad luego del embarazo. Muchos autores defienden la oportunidad de la cirugía en el puerperio inmediato. Razones sociales y psicológicas alejan las enfermas en esta etapa, no aceptando la cirugía o prefiriendo diferirla. Totalmente justificado, dado la mejoría experimentada postparto y la necesidad de atención del niño.

Conspira contra la oportunidad operatoria en estas circunstancias, el hecho de que las várices y sus síntomas son controlables médicamente, durante el embarazo, con las medidas enunciadas.

Por otro lado, la evolución de la afección no comporta un riesgo materno o fetal, que deba ser evitado.

Por todos los hechos enunciados, entendemos que la cirugía radical de las várices no encuentra su oportunidad en el estado grávido y tal indicación debe ser excepcional.

Dichos casos excepcionales, incontrolables por terapia médica, deben ser intervenidos durante el segundo trimestre del embarazo.

RÉSUMÉ

Nous estimons que les varices de la grossesse peuvent et doivent être contrôlées par des moyens médicaux. Ce ne sont que des cas très particuliers qui pourraient être l'objet d'interventions chirurgicales étant donné les risques qui existent et la très grande incertitude quant aux résultats.

L'intervention chirurgicale est indiquée après la grossesse. Bien des auteurs soutiennent l'opportunité de la chirurgie pendant la puerpéralité. Ce sont les malades qui, pour des raisons sociales ou psychologiques, s'en écartent pendant cette période, ne l'acceptant pas ou préférant la différer, ce qui est tout à fait justifié, étant donné l'amélioration constatée après l'accouchement et les soins à donner à l'enfant.

Le fait que les varices et leurs symptômes soient contrôlables médicalement au cours de la grossesse

par les moyens indiqués conspire contre l'opportunité de l'opération dans ces circonstances.

Par ailleurs l'évolution de l'affection ne comporte pas de risque à conjurer pour la mère ou le fœtus.

Pour toutes ces raisons, nous estimons que la chirurgie radicale des varices ne doit être pratiquée qu'à titre exceptionnel pendant la période de gravidité.

Ces cas exceptionnels qui ne peuvent être contrôlés par la thérapie médicale doivent faire l'objet d'une intervention au cours du seconde trimestre de grossesse.

SUMMARY

Varicose veins resulting from pregnancies can and should be controlled medically. Only very special cases should be subject to surgery in view of existent risks and greater uncertainty with respect to results.

Surgery can be performed after pregnancy. Many authors sustain that surgery should be performed immediately after childbirth. Social and psychological reasons keep patients away at this stage, and they either reject the idea of surgery or defer it. This is fully justified in view of the fact that there is great improvement after delivery and that the child demands all the mother's attention.

Under these circumstances, the fact that varicose veins and their symptoms can be controlled medically during pregnancy, conspires against surgery.

On the other hand the evolution of the disease involves no risk either for the mother or the unborn child, which should best be avoided.

Therefore we believe that radical surgery of varicose veins should not be performed during pregnancy, except in exceptional circumstances.

These exceptional cases, which cannot be controlled by medical therapy, should be operated on between the fourth and sixth month of pregnancy.

BIBLIOGRAFIA

- BIENIARZ, J., CROTTOGINI, J. J., CURUCHET, E. and col. Aortocaval compression by the uterus in late human pregnancy. *Amer. J. Obst. Gynec.*, 100: 203, 1968.
- DODD, H. W. Surgical aspects of varicose veins in pregnancy. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 53: 835, 1960.
- GOODRICH, S. M. and WOOD, J. E. Peripheral venous distensibility and velocity of venous flow during pregnancy or during oral contraceptive therapy. *Amer. J. Obst. Gynec.*, 90: 740, 1964.
- IKARD, R. W., UELAND, K. and FOLSE, R. Lower limb venous dynamics in pregnant women. *Surg. Gynec. Obst.*, 132: 483, 1971.
- KERR, M. G., SCOTT, D. B. and SAMUEL, E. Studies of the inferior vena cava in late pregnancy. *Brit. Med. J.*, 1: 532, 1964.
- NABATOFF, R. A. Varicose veins of pregnancy. *J.A.M.A.*, 174: 1712, 1960.
- PAYLING WRIGHT, H., OSBORN, S. B. and EDMONDS, D. G. Changes in the rate of flow of venous blood in the leg during pregnancy, measured with radioactive sodium. *Surg. Gynec. Obst.*, 90: 481, 1950.
- QUATTLEBAUM, F. W. and HODGSON, J. E. The surgical treatment of varicose veins in pregnancy. *Surg. Gynec. Obst.*, 95: 336, 1952.
- VEAL, J. R. and HUSSEY, H. H. The venous circulation in the lower extremities during pregnancy. *Surg. Gynec. Obst.*, 72: 841, 1941.