VARICES EN LA GESTACION Y SU TRATAMIENTO CON BUTIL SIMPATOL

*Dr. Gabriel Acuña Díaz**

Entre las complicaciones que más frecuentemente vemos en la práctica obstétrica, están las determinadas por las várices de los miembros inferiores, vulva y recto, especialmente las producidas por las primeras nómbradas; ellas son causa de múltiples molestias, e incluso llegan a limitar gravemente la actividad de las gestantes; cerca del 20% (1) de éstas, tienen várices.

Es sabido que existen factores primarios y secundarios que llevan a una mayor incidencia de várices durante la gestación (2, 3). Entre los factores primarios encontramos la base constitucional o defecto congénito-anatómico en la estructura del tejido mesenquimatoso, que se manifiesta en una debilidad o astenia de las paredes de los vasos; también ha sido considerada como tal la insuficiencia congénita de las válvulas; una clara tendencia familiar sugiere este factor: según Sherman, un 40% de todos los individuos con venas varicosas tiene historia familiar de várices. Sobre este factor constitucional actuarían toda una serie de factores desencadenantes, resultando de este balance, la mayor o menor severidad de la lesión.

Entre los factores secundarios está en primer lugar el representado por la presión hidrostática, factor propio del hombre a causa de su postura erecta, el cual determina que cualquier aumento de presión ejercido en la columna de sangre del sistema de la safena, se transmita a todo el sistema igualmente. Otro factor secundario está determinado por condiciones anatómicas, adquiridas o funcionales, que causen suficiente obstrucción interna o externa impidiendo el retorno o ascenso del flujo sanguíneo en las venas de las extremidades inferiores; como tal obra el útero gestante.

Hay dos factores en relación con la aparición o agravación de las insuficiencias venosas en la gestación: uno hormonal, responsable del aflojamiento de los tejidos mesenquimatosos; otro mecánico, que por compresión de los grandes vasos de la pelvis produce hipertensión venosa distal (4, 5).

Igualmente han sido invocados otros factores como la hipovitaminosis C y el efecto de las hormonas,

* Médico Especialista del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Militar.

factor endocrino; la progesterona no tiene efecto sobre el tono de las paredes de las venas (3).

Moscoso y Rivadeneira, citados por Donato (2), establecen que la presión venosa periférica en las embarazadas, a nivel de los miembros inferiores, va en aumento a medida que progresa el embarazo; a partir del 7º mes es el doble de la no gestante; sin embargo, dicen, aunque la comprobación es fidedigna y realizable en todas las embarazadas, son muchas las que no presentan dilataciones venosas, hecho que hace pensar que independientemente de la presión venosa debe intervenir otro factor en la patología de las várices en ellas. Se admite en general que en los primeros meses de la gestación hay una clara influencia endocrina, mientras que en los últimos, el aumento de tamaño uterino y el aumento de la presión intraabdominal, elevan la presión venosa (6, 7).

Sobre la acción de las válvulas, dice Kampmeier citado por Rugeles (3): "las válvulas impiden la devolución de la sangre hacia las venas inferiores; estando ellas colocadas a intervalos, dividen la columna de sangre en pequeños segmentos y cada válvula tiene que soportar solamente una fracción de la columna total. La incompetencia de las válvulas precede, no sigue, a la dilatación venosa". Por su parte, Williams, citado por el mismo autor, dice: "la principal función de las válvulas no es contrarrestar los efectos de la gravedad, sino los producidos por subidas excesivas, súbitas, en la presión de la sangre durante la contracción muscular, y proteger los capilares de las vénulas".

El conocimiento de la actividad del butil-simpatol* en los trastornos venosos nos llevó a estudiar un grupo

de pacientes, buscando una experiencia personal en el tratamiento de las embarazadas con problemas venosos sintomáticos, que asisten a nuestra consulta prenatal.

Farmacología

El butil-simpatol químicamente es el sulfato de oxifenil oxibutilaminoetano; forma parte del grupo de los simpaticomiméticos obtenidos por sustituciones en el grupo nitrogenado (8), con acción selectiva sobre el aparato cardiovascular. En los animales de experimentación produce dilatación intensa de los vasos de las extremidades y evita la gangrena ergotamínica experimental de la cola de la rata; tiene además efecto inotrópico positivo sobre el corazón.

La acción de la droga en el hombre corresponde a los hallazgos farmacológicos; determina un acortamiento del tiempo circulatorio, aumento del rendimiento cardíaco con incremento del volumen minuto; el preparado actúa directamente sobre la pared muscular de las arteriolas y prearteriolas, eliminando o reduciendo la vasoconstricción e influyendo en la apertura de las anastomosis arteriolo-venosas, con el incremento consiguiente del flujo sanguíneo periférico (8, 9).

* Vasculat. - C. H. Boehringer Sohn - Ingelheim am Rhein - Alemania.

Estas propiedades han dado origen a su empleo en trastornos circulatorios de las extremidades, edema de las piernas, enfermedades de los vasos periféricos, várices y úlceras varicosas, etc., tanto durante, como fuera de la gestación (6, 7).

MATERIAL Y METODOS

Entre julio de 1964 y diciembre de 1966 estudiamos 50 pacientes de la Consulta Prenatal del Hospital Militar Central de Bogotá. Empleamos el butil-simpatol, solo o en asocio de medidas generales en aquellos casos en los cuales estaban indicadas, por vía oral a la dosis de 3 a 6 comprimidos por día, o su equivalente en gotas (1 comprimido = XXV gotas), de acuerdo a la sintomatología de cada paciente; en 4 casos empleamos inicialmente la droga por vía parenteral a dosis de 1 ampolla i.m. al día, por presentar las pacientes complicaciones de tipo ulceroso, continuando posteriormente el tratamiento en la misma forma que en el resto de las pacientes. Hicimos controles cada 8 o 15 días, investigando en ellos sobre la persistencia, disminución o desaparición de la sintomatología inicial.

El manejo de las pacientes puede esquematizarse así:

a) Estudio clínico general, estudio de laboratorio rutinario y valoración ginecológica.

b) Indicaciones generales para aliviar la circulación de los miembros inferiores mediante ejercicios, control de la actividad en el curso del día, suspensión de elementos compresivos, etc.

c) Butil-simpatol a las dosis mencionadas anteriormente.

Edad

19 años	1 caso	2%
21 a 25 años	11 casos	22%
26 a 35 años	31 casos	62%
36 a 39 años	7 casos	14%

En nuestro grupo encontramos una sola paciente menor de 20 años, que corresponde a tercigestante con várices grado II, tanto anatómica como funcionalmente, de miembro inferior izquierdo. Un total de 31 casos (62%) están comprendidos entre los 26 y los 35 años, en su mayoría multíparas.

Palacio (7) encuentra un 30.5% de pacientes entre los 26 y los 30 años y un 22% entre los 30 y los 35, para una incidencia global de 52.5% en estas edades.

Nejamkim y Donato (2) encontraron que entre 1.021 casos, 817 de ellos en mujeres embarazadas, la mayor incidencia correspondió a pacientes entre los 26 y los 40 años (557 casos).

García Solano (1) en 20 casos halla 14 (70%) entre los 25 y los 40 años.

Toquica (4) encuentra 20 (40%) entre los 30 y los 39 años.

Paridad

Primigestantes	1 caso	2%
Secundigestantes	2 casos	4%
Multigestantes	(3 a 7)	39 casos 78%
	(9 a 18)	8 casos 16%

Teniendo en cuenta los factores mencionados inicialmente, es lógico pensar que en todos los estudios se encuentre más frecuentemente la lesión entre las grandes multíparas, y así lo muestran los trabajos consultados (1, 2, 4, 10).

El porcentaje de primi y secundigestantes es muy bajo.

Antecedentes familiares

En 28 pacientes encontramos antecedentes de lesiones varicosas, en uno o más de los familiares, así:

Madre	20 casos
Abuelos	1 caso
Tíos	4 casos
Hermanos	11 casos

Había por lo tanto, antecedente familiar en el 56% de las pacientes estudiadas, con mayor frecuencia de lesión en la madre y en las hermanas; esto nos comprueba la incidencia más alta en mujeres que en los hombres, aún excluyendo el embarazo (3). Se mencionó anteriormente que el 40% de las personas con várices presentan antecedente familiar.

Patología asociada

Han sido consideradas como causas predisponentes (factores secundarios) para la aparición de las várices y de sus complicaciones, distintas entidades patológicas como la diabetes, la anemia, las lesiones pulmonares crónicas, la constipación, etc. Estas dos últimas crean un aumento de la presión intra-abdominal pélvica; en cuanto hace referencia a la anemia, debemos recordar que la nutrición de la pared venosa se hace por dos mecanismos: el primero, a favor de la sangre que circula del vaso; el segundo, a favor de las vasa vasorum; la anemia causa la alteración del endotelio venoso al favorecer una anoxia tisular (11).

En el grupo estudiado encontramos:

Anemia	5 casos
Constipación	3 "
Diabetes	2 "
Bronquitis o asma	3 "

Clasificación

Agrupamos las pacientes desde el punto de vista anatómico y funcional. Anatómicamente distinguimos 3 tipos de lesión de acuerdo a la extensión y características de la misma.

Para la clasificación funcional seguimos la propuesta por Sapisochin y Dujovich (2, 7) que consideramos interesante mencionar:

1. Várices asintomáticas que regresan a lo normal en el puerperio.
2. Várices de sintomatología media, que no impiden la deambulación ni la actividad normal diaria.
3. Várices de sintomatología ruidosa, que obligan a permanecer en cama.
4. Várices complicadas, que inmovilizan la paciente y complican la gestación, el parto y el puerperio (hemorragias, flebitis, dermatitis, úlcera).

Anatómica	Grado I	4 casos	8%
"	II	26 "	52%
"	III	20 "	40%
Funcional	Grupo 1	0 "	0%
"	2	45 "	90%
"	3	0 "	0%
"	4	5 "	10%

Localización: En 23 casos era de tipo bilateral, tanto de la safena externa como de la interna; en 11 casos había várices solo de la safena externa bilateralmente; en el resto de las pacientes encontramos combinación de los tipos anteriores. En 9 pacientes hallamos otras localizaciones: 8 con várices de la vulva y 1

con hemorroides. En 2 de nuestras pacientes la lesión varicosa se acompañó de fenómenos inflamatorios durante la gestación; ambas requirieron hospitalización y tratamiento prolongado que se hizo a base de butil-simpatol, antiinflamatorios, reposo, vendaje compresivo, ejercicios, etc.

Tratamiento

Tratamiento previo: Un total de 15 pacientes (30%) había recibido previamente tratamientos de distinto tipo para su problema varicoso: 3 de ellas, quirúrgico; 5, con esclerosantes y 7, de tipo médico.

De los 3 casos de antecedente de tratamiento quirúrgico, 2 tenían clasificación anatómica grado III y una grado II; en todos ellos la lesión la safena interna y la externa, bilateralmente, lo cual es un dato que obliga a pensar que el embarazo es perjudicial para las pacientes sometidas previamente a cirugía de várices, por la facilidad con que se reproduce la lesión. Todas las pacientes eran multiparas, una de ellas en décima gestación.

De aquellos previamente tratados con esclerosantes, 5 casos, 1 era grado I, 3 grado II y 1 grado III anatómicamente; todas las pacientes eran multigestantes entre los 27 y los 34 años.

El tratamiento médico había sido hecho a base de productos vasodilatadores generales, no específicos y derivados de la castaña de Indias; 1 paciente había recibido autohemoterapia. Como en los grupos anteriores, todas eran multiparas.

Esquema de tratamiento

Ejercicios para los miembros inferiores, reposo periódico y ejercicios respiratorios; la indicación de guar-

dar reposo, acostarse 10 minutos cada 2 horas con los miembros inferiores levantados ligeramente, fue seguida por casi la totalidad de las pacientes; en cambio, no hubo cooperación en la práctica de ejercicios para los miembros inferiores, ya que solamente 11 pacientes (22%) lo hicieron. Además, se ordenó media elástica a todas las pacientes, pero un 20% por distintos motivos, no las utilizaron.

El Butil-simpatol fue suministrado a las 50 pacientes motivo de este estudio como medicamento de base; aquellas con problemas venosos serios o complicaciones, 5 pacientes del grupo 4 de la clasificación funcional, recibieron la droga inicialmente i.m. a dosis de 1 amp. diaria por una a dos semanas, siguiendo luego con butil-simpatol por vía oral a dosis de 1 comprimido o XXV gotas 2 a 4 veces al día. Se controlaron semanal o quincenalmente, según la sintomatología.

Efectos secundarios

Con la excepción de 7 pacientes que sintieron náuseas, vómitos, sensación de congestión, palpitaciones, decaimiento y sudor, sintomatología que desapareció con la disminución de la dosis o la suspensión del tratamiento, no se informaron efectos colaterales de consideración.

Sintomatología

No conocemos la fecha del comienzo de la sintomatología, pero ésta apareció durante la gestación, no estando presente al iniciarse ella; las pacientes fueron escogidas entre el grupo que asistía a la Consulta Prenatal del Hospital Militar Central, siempre que tuvieran menos de 8 meses de embarazo.

Iniciación del tratamiento

De las 9 a las 13 semanas	4 casos	8 %	
14	18	5	10 %
19	22	15	30 %
23	27	15	30 %
28	31	10	20 %
32	36	1	2 %

Estudiamos tanto las manifestaciones subjetivas de las pacientes, como los hallazgos al examen:

Fatiga	47 casos	94 %
Congestión	45 "	90 %
Dolor espontáneo	45 "	90 %
Calambres	41 "	82 %
Parestesias	36 "	72 %
Edema	43 "	86 %
Dolor provocado	40 "	80 %
Hipertermia	32 "	64 %

Considerando independientemente cada una de las molestias, encontramos que su evolución a través del tratamiento fue la siguiente:

Fatiga:	Casos
Negativa al comienzo	3 6 %
Presente	47 94 %
Persistencia	11 23.4 %
Ligera mejoría	18 38.3 %
Mejoría completa	18 38.3 %
	76.6 %

Congestión:	Casos
Negativa al comienzo	5 10 %
Presente	45 90 %
Persistente	12 26.6 %
Ligera mejoría	17 37.7 %
Mejoría completa	16 35.5 %
	73.2 %

Dolor espontáneo:	Casos
Negativo al comienzo	5 10 %
Presente	45 90 %
Persistente	8 17.7 %
Ligera mejoría	15 33.3 %
Mejoría completa	22 48.8 %
	82.1 %

Calambres:	Casos
Negativos al comienzo	9 18 %
Presentes	41 82 %
Persisten	12 29.2 %
Ligera mejoría	11 26.8 %
Mejoría completa	18 43.9 %
	70.7 %

Parestesias:

Presiones:	Casos		
Negativas al comienzo	14	28	%
Presentes	36	72	%
Persisten	9	25.0	%
Ligera mejoría	9	25.0	%
Mejoría completa	18	50.0	%
			75.0 %

La evolución de los tres hallazgos del examen fue la siguiente:

1. Edema:	Casos
Negativo al comienzo	7 14 %
Presente	43 86 %
Persisten	12 27.9 %
Aumenta	10 23.2 %
Sin dato de evolución	1 2.3 %
Discreta mejoría	20 46.4 %

2. Dolor provocado:	Casos
Negativo al comienzo	10 20 %
Presente	40 80 %
Ligera mejoría	9 22.5 %
Completa mejoría	22 55.0 %
Persisten	8 20.0 %
Sin dato de evolución	1 2.5 %
	77.5 %

3. Hipertermia:	Casos
Negativa al comienzo	18 36 %
Presente	32 64 %
Persiste	13 40.6 %
Ligera mejoría	8 25.0 %
Completa mejoría	11 34.3 %
	59.3 %

De acuerdo a la evolución de la sintomatología y a los signos clínicos, consideramos los resultados como excelentes, buenos, regulares, y sin respuesta, de acuerdo a las siguientes consideraciones:

Excelente, cuando hubo desaparición rápida y completa de la sintomatología en la primera semana de tratamiento; bueno, cuando en la primera semana hubo disminución rápida y persistente de la sintomatología o desaparición de la mayoría de las molestias presentes; regular, cuando solo disminuyó parte de la sintomatología y hubo tendencia a su regreso, una vez suspendida la medicación; sin respuesta, cuando no hubo

modificación en los resultados después de tratamiento seguido por más de dos semanas.

Resultado

Excelente	3	casos	6%
Bueno	23	"	46%
Regular	17	"	34%
Sin respuesta	2	"	4%
Tratamiento incompleto	5	"	10%

Acerca de los casos considerados como de tratamiento incompleto, debemos anotar que en 2 de ellos las pacientes experimentaron intolerancia al butil-simpatol que obligó a la disminución de la droga, y en 3 casos las pacientes no asistieron cumplidamente a la consulta de control, lo cual determinó suspensión de la medicación periódicamente.

Comentario especial merecen las 4 pacientes con úlcera varicosa: todas eran multíparas, con grandes dilataciones varicosas de los miembros inferiores, que en 3 incluían ambos territorios venosos (interno y externo); tal como ha sido estudiado por diversos autores (15, 12, 13, 14, 16), encontramos en nuestras pacientes una notable mejoría de su sintomatología y una franca tendencia a la disminución del tamaño de la lesión y a la cicatrización. Dos de las pacientes las consideramos casos buenos y 2 regulares.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Estudiamos 50 pacientes de la Consulta Prenatal del Hospital Militar Central que presentaban problemas varicosos; en todas se hizo tratamiento a base de oxifenil-butilamino-etano.

2. Encontramos rápida respuesta y mejoría de los síntomas en cerca del 86% de las pacientes.

3. En aquellos casos con complicaciones tróficas (ulceración) se com-

probó igualmente mejoría en la sintomatología y tendencia a la disminución y cicatrización de las lesiones.

4. En 3 de los casos el resultado fue excelente; en 23, bueno; en 17, regular; en 2, sin respuesta y en 5, el tratamiento fue incompleto.

5. Los signos (edema e hipertermia), experimentaron modificación menos favorable, cerca del 50% de mejoría; el edema aumentó o persistió en la otra mitad de las pacientes, hecho explicable en la gestación; por el contrario, el dolor provocado tuvo el mismo porcentaje de mejoría que la sintomatología (cerca del 86% de los casos).

BIBLIOGRAFIA

- 1 GARCIA S., R. Las várices en el embarazo. Rev. de med. y cir., Barranquilla, 9: 3, 1965.
- 2 DONATO, V.; NEJAMKIM, J. Várices y embarazo. Prensa Méd. Argent., 43 (7) feb. 1956.
- 3 RUGELES, A. Várices y angiectasias durante el embarazo. Rev. Col. Obst. Gin. 10 (3) 198, mayo 1959.
- 4 TOQUICA, L. Tratamiento de la insuficiencia venosa de las extremidades inferiores durante el embarazo. Comunicación personal, 1965.
- 5 TIRADO PLATA, B. Las insuficiencias venosas en el estado grávido-puerperal. Rev. de la Clínica de Maternidad David Restrepo, 2 (1); 61, junio/61.
- 6 MADER, H. Vasculat en la Gestación. Praxis 51, 551 (1962).
- 7 PALACIO, R.; RIMOLI, R.; MAC FARLANE, C. Las várices en el embarazo: nuevo enfoque de su tratamiento. Prensa Méd. Argent. 50 (6) 1963.
- 8 Vasculat para los trastornos de la circulación arterial y venosa. C. H. Boehringer Sohn - Ingelheim. Págs. totales.

- 9 BUZZI, A.; CIBEIRA, J. Estudio Instrumental de la prueba de sensibilidad al frío y de sus modificaciones con el oxifenil-butilaminoetano. Comunicación al VII Congreso Latinoamericano de Angiología, México, sep. 1964.
- 10 VELASQUEZ, O.; DELGADO, J. El uso del Butil-simpatol en las várices del embarazo. Semana Méd. de México, 39: 501, 257, dic. 1963.
- 11 GOMEZ P., J. Trombosis venosas en el estado grávido puerperal. Rev. Col. Obst. Gin. 10 (3) 218, mayo 1959.
- 12 GUTSCHMIDT, G. Terapéutica de los procesos cutáneos ulcerosos en las piernas con Vasculat. Der Hautarzt 4: 78, 1953.
- 13 BRONSTEIN, J. et al. Acción del Butil-simpatol sobre las perturbaciones de la circulación arterial y venosa y las lesiones tróficas de los miembros. Comunicación al VI Congreso Latinoamericano de Angiología, Buenos Aires, noviembre 1962.
- 14 VIGLIOGLIA, P. Tratamiento de las vasculopatías periféricas y dermatosis. Orientación médica, (508) mayo, 1962.
- 15 ARESPACOHAGA, F. Fisiopatología de la úlcera de la pierna. Prensa Méd. Argent., 50 (3) 1963.
- 16 AHUMADA, M. Empleo del Butil-simpatol en las úlceras venosas de las piernas. Semana Méd. de México, 46: 157 agosto, 1965.