LA FLEBOGRAFIA PELVICA EN EL DIAGNOSTICO DEL VARICOCELE DEL LIGAMENTO ANCHO

Doctores **Roberto Jaramillo U.***, **Alberto Mejía Dzg.**** y **Hernando Morales G.*****

HISTORIA

La primera mención en la literatura norteamericana, relacionada con el varicocele en la pelvis femenina la hizo Dwight, profesor de anatomía de la Escuela Médica del Maine, en 1867. Describió en detalle la dilatación, longitud y curso de la vena ovárica izquierda, y llegó a la conclusión siguiente: "Esta descripción no logra dar una idea adecuada de la importancia del plejo venoso en los pliegues del ligamento ancho izquierdo. Es inconcebible que no haya producido molestias durante la vida". Y concluye diciendo: "Este caso podría considerarse excepcional, pe-

ro creo que no hay motivo, **a priori**, para que el varicocele no pueda ser tan frecuente en un sexo como en el otro".

El primer trabajo clínico fue presentado por Dudley en 1888. Estaba convencido de que en la mesa de examen se podía descubrir engrosamiento y dolor, que quizá no se mencionaran más tarde en las mesas de autopsias. Este autor afirmaba: "En mi opinión, el varicocele en el ligamento ancho no es proceso raro. Puede existir y tomarse equivocadamente por la llamada celulitis o salpingitis, a menos que se proceda a examen rectal cuidadoso del ligamento ancho; lo más importante es que la intervención quirúrgica logra la curación".

Malins, en 1889, señalaba los siguientes síntomas: sensación de peso y repleción en la pelvis; dolor sordo en la espalda; molestia pelviana local y malestar; leucorrea y, muchas veces, cierta frecuencia urinaria. Todos estos síntomas se agravaban al levantarse, es-

* Del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital San José.

** Jefe del Departamento de Radiología del Hospital San José, Bogotá (Colombia).

*** Ex-residente del Departamento de Radiología del Hospital San José. Bogotá (Colombia).

tando de pies largo tiempo, o al hacer ejercicio.

De 1890 a 1902, Hurst, Wilson, Shober y Clark publicaron nuevos casos. En 1905, Miller y Kanaval señalan el aumento del varicocele pélvico en las multíparas y el asocio de este proceso con venas varicosas en cualquier parte de la economía. Como tratamiento recomendaba la ligadura de las venas pelvianas.

De 1909 a 1912, Tracy, Darnall, Wall, Furniss, Jewett, Sihler, publicaron sendos artículos relacionados con el tema.

En 1921, Fortherhill publica su experiencia en Inglaterra, y dice así: "Las varicosidades no son secundarias a ninguna otra lesión pelviana; su causa es la misma que la de las venas varicosas, en piernas y vulva; como otras venas varicosas, las del ligamento ancho empeoran con el embarazo y al ponerse la paciente de pies".

De 1921 a 1926, Emge publicó tres artículos, en el último de los cuales anota la falta de información en los libros de texto sobre el tema propuesto.

Más tarde, Castaño (1952 y 1954), en un trabajo exhaustivo sobre el síndrome de congestión pélvica anota la importancia del factor vascular en la producción de este síndrome. Utilizaba un aparato de conducción térmica colocado en la vagina para demostrar que las emociones afectan la circulación pelviana, y así encaja esta afección dentro del campo de las enfermedades psicosomáticas.

Consideraciones anatómicas sobre la circulación venosa útero-anexial

Las venas uterinas nacen del cuerpo del útero en número considerable. Forman una capa marginal, en apariencia inextricable. Estos gruesos pelotones ampollares terminan en dos grandes troncos venosos que siguen cada borde uterino, uno cerca a la cara anterior y otro cerca a la cara posterior. Están ricamente anastomosados entre sí por ramas cortas y anchas. Sus ramas de origen proceden de las tres túnicas del útero, que se reúnen en la capa muscular media, formando conductos especiales, excavados en la túnica muscular, y que por este hecho quedan abiertos en los cortes. Estas venas endouterinas (intramurales), reducidas a su túnica endotelial, tienen el nombre de **senos uterinos**. Durante el embarazo alcanzan un volumen considerable.

En el cuello, las venas se reúnen en dos planos: uno anterior y otro posterior, y van a anastomosarse lateral y transversalmente con las venas del cuerpo.

Las vías de escape de la circulación venosa son tres:

1ª Venas del ligamento redondo. Terminan en la vena epigástrica y en la vena femoral; son variables y de escasa importancia.

2ª Venas útero-ováricas. Forman la vía de evacuación superior. Se disponen primero en dos planos; uno anterior, contenido en el mesosalpinx, que recibe las venas tubo-ováricas, y otro posterior, satélite del ligamento ancho,

que recibe las venas ováricas. En el extremo externo y superior del ligamento ancho estas venas se anastomosan extensamente, constituyendo el plexo útero-ovárico o papiniforme. Este plexo se dirige hacia la región lumbar, y, finalmente, desemboca a la derecha, en la vena cava inferior, y a la izquierda, en la vena renal izquierda. Esta terminación en ángulo recto en la vena renal, la presencia del colon pélvico y la ausencia normal de válvulas explican la mayor frecuencia del varicocele tubo ovárico a la izquierda. Esta vía es una derivación importante; por desgracia, en los casos de infección uterina es también una vía rápida para propagarla al torrente circulatorio.

3ª Venas uterinas o útero-vaginales. Forman dos grupos: uno anterior, pre-ureteral, y otro posterior, retro-ureteral. Estos dos grupos venosos se anastomosan; por delante con las venas vesicales; por abajo con los plexos vaginales, y terminan, siguiendo el trayecto de la arteria uterina, en la vena hipogástrica. El plano venoso anterior es igualmente superior; es el que resume la mayor parte de circulación venosa del cuerpo y del cuello uterino. Es particularmente satélite de la arteria uterina. La corriente venosa situada debajo y detrás del uréter contiene la sangre proveniente del plexo de Santorini de la vagina y del fondo de la vejiga.

Sintomatología

Las várices pelvianas pueden causar gran número de síntomas y molestias ginecológicos. El síntoma más frecuen-

te es el dolor en el cuadrante inferior, uni o bilateral; puede irradiarse a la región sacro-coxígea, muslos, etc. Casi siempre existe la historia del dolor relacionado con un parto. La metrorragia no es rara.

Los síntomas y molestias se hacen más intensos después de estar largo tiempo de pies, del ejercicio, del baile, etc., lo cual ocasiona a la mujer que lo padece el no poder hacer su vida normal. Este dolor suele presentarse también en el período pre-menstrual, y mejora cuando la paciente se acuesta. Si esto sucede, podemos considerarlo como un signo patognomónico de várices pelvianas.

Según otras experiencias, la gran mayoría de las pacientes presentan signos de venas varicosas superficiales o profundas en las extremidades inferiores. Las várices vulvares, sobre todo durante el embarazo, deben poner al médico en guardia sobre la posibilidad de várices pelvianas.

Otro signo es la dispareunia. La molestia se percibe profundamente en la pelvis durante el coito, y en forma característica deja dolor sordo residual que dura varias horas.

Datos obtenidos al examen físico

El examen pélvico no brinda, por lo común, ningún dato objetivo. Generalmente tienen gran hipersensibilidad al palpar la región de los paramétrios y de los anexos.

Solamente en los casos muy avanzados puede encontrarse, junto al útero, como "un saco de gusanos", que se

aprecia al movilizar en la palpación combinada las manos de arriba abajo, haciendo rodar, por así decirlo, las várices entre los dedos que palpan. Debido a la congestión y a la estasis venosa, el examen con el espéculo puede revelar una pared vaginal azulosa y excesivamente húmeda.

Diagnóstico

Excepto en los casos muy avanzados, resulta muy difícil establecer el diagnóstico de várices pelvianas, pues el proceso se confunde fácilmente con la congestión pélvica crónica, con la endometriosis externa o la adenomiosis.

La congestión pélvica crónica produce una sintomatología casi idéntica, pero los síntomas no se alivian cuando la paciente se acuesta; además, pueden encontrarse la velocidad de sedimentación y el número de leucocitos aumentados, cosa que no sucede en el varicocele.

En cuanto a la endometriosis y la adenomiosis, también pueden causar sintomatología idéntica. En general, hay una historia de dismenorrea progresivamente creciente, cosa que no se observa en el varicocele.

Recientemente se han propuesto métodos radiológicos que permiten el diagnóstico de las várices, uno de los cuales, el más interesante, constituye el objeto del presente trabajo.

La flebografía pélvica

La flebografía pélvica es el método radiológico que permite, mediante la inyección del medio radio opaco, visual

lizar las diferentes corrientes venosas del útero, trompas y ovarios, y así nos brinda la demostración gráfica de la existencia de dilataciones o tortuosidades en este sistema venoso.

Flebografía pélvica Historia

El primer informe sobre flebografía pélvica fue publicado por Hutter en 1935, quien inyectó perabrodil al 40% en la vena safena interna o en las venas del escroto y del pené. Posteriormente apareció la técnica de la inyección percutánea sobre las venas superficiales del tercio proximal del muslo, y en las venas de la región púbica, método usado por Barger y Camp (1936), Dos Santos (1938), Martorell (1943), Imler, (Beaver y Sheehan (1944), Servelle (1946), Moore (1949), Lindbrom (1951) y Greitz (1951).

Raymond, Adams y McCorriston seleccionaron, para inyectar, la vena safena interna, cerca de la articulación de la rodilla, método que más tarde fue perfeccionado por Stowers y Grossman, Fariñas, Moore, Dougherty y Homans. Lesser y Danelius, Leger y Frileux (1949) añadieron a la disección propuesta por los autores anteriores el corte sobre el vaso mismo.

La punción directa sobre la vena femoral fue usada por O'Loughlin (1947), Batzner (1951) y Oliver (1951).

La cateterización fue introducida en 1950 por Sarkloff, Bricker, McDonal y Litzow, quienes insertaban un tubo de polietileno en cada vena femoral o poplítea.

En realidad los aportes de valor en la visualización de los vasos pélvicos han sido expuestos en años recientes, en los trabajos de Drasnar (1946), métodos que perfeccionados por Ducuing y colaboradores (1951), Guilhem y Baux, han venido a tomar forma definitiva mediante estudios intensivos de Gnale (1957), Revelli y Faccini y, finalmente, de Topolanski Sierra (1958), y Hugues Curtis (1962).

Flebografía pélvica. Técnicas

La visualización de las venas pélvicas puede hacerse por tres métodos:

Punción ósea.

Punción venosa directa.

Inyección intra-uterina.

Punción ósea

Este método preconizado y experimentado especialmente por Guilhem consiste en la inyección de medio contraste radio opaco, directamente en las estructuras óseas; según los trabajos citados anteriormente, el mejor sitio para la punción parece ser la superficie externa del pubis, un cm debajo del borde superior y a un cm de la sínfisis, previo lavado, afeitado y desinfección.

Usualmente se anestesia la región mediante anestésicos del tipo procaína al 1%, introduciendo en seguida una aguja número B.D. 17 con pequeños golpes de martillo; una vez que aparezca sangre en la luz de la aguja se inyecta medio de contraste yodado en un espacio de tiempo no mayor de 10

segundos. Completada la inyección se impresiona la placa.

Mediante este método se ha demostrado la importancia del drenaje óseo, su dirección centrípeta y la independencia de la circulación visceral, a pesar de las numerosas anastomosis.

Punción venosa directa

Como ya dejamos consignado, la técnica de la inyección varía notablemente, dependiendo de los numerosos autores que han empleado el método.

La visualización de las venas ilíacas, y sus alteraciones patológicas es satisfactoria, no ocurriendo lo mismo con los vasos pélvicos, los cuales son visualizados en forma variable en casos de insuficiencia venosa crónica y alteración de tipo obstructivo; las técnicas y métodos radiológicos están supeditados, en la mayoría de los casos, a las características particulares de un paciente dado, y los resultados varían en forma amplia, condicionados por la posición de la pelvis en el momento de la inyección.

Inyección intrauterina

La vía intrauterina, como punto de partida en la visualización del sistema venoso pélvico, ha sido propuesta principalmente por Topolanski Sierra, quien la describe en la siguiente forma:

La paciente se instruye previamente y en forma rápida; recibe un supositorio antiespasmódico 30 minutos antes del procedimiento; se coloca en posición de litotomía preparando luego la vagina con merthiolate; se introduce

una cánula hasta que haga contacto con el fondo uterino, y se coloca una aguja en su interior, 2 a 3 mm más larga, en forma que penetre en el miometrio.

Antes de la inyección del medio se inyectan 150 U. de hialuronidasa en 1 cc de solución salina, a través de la aguja.

Esta inyección es de primera importancia, ya que una de las grandes dificultades del método, como se describió originalmente, fue la gran resistencia del miometrio a la inyección, problema obviado de esta manera.

Deben existir ciertos factores constantes en la técnica anotada que nos den un patrón de interpretación, ya que ésta debe ser lo más objetiva posible. Así tenemos que es indispensable el uso de un medio de contraste único, a concentración igual para todos los exámenes. La razón de esto es la dispersabilidad condicionada a la viscosidad del medio, que constituye un índice valioso en la estasis.

El calibre de la aguja y el tiempo empleado en la inyección, así como la penetración en el miometrio deben ser constantes establecidos con anterioridad a la realización de estudios comparativos.

Tratamiento del varicocele pelviano

Cuando se llega al convencimiento de la existencia del varicocele pelviano, sólo el tratamiento quirúrgico puede lograr la curación. Se han propuesto, en el transcurso de los años, numerosas técnicas consistentes en sus-

pensión uterina, resección de las várices y aun la histerectomía.

Si se desea conservar la función reproductora hay que extirpar las venas varicosas no sólo del ligamento ancho sino también las del plexo papiniforme; hay que tener siempre en cuenta que cierto porcentaje de pacientes van a sufrir recidivas en un plazo de 6 a 18 meses.

Para algunos, la histerectomía es el tratamiento de elección en aquellas mujeres que no deseaban más embarazos. Sin embargo, en estos casos se deben examinar cuidadosamente los plexos papiniformes, pues si existe varicocele, en éste deberá resecarse o, de lo contrario, la paciente puede seguir sufriendo molestias, como si no hubiese sido intervenida.

Anatomía patológica

Existen cambios manifiestos en las paredes de las venas varicosas de la pelvis, que consisten en engrosamiento fibroso de las tunicas íntima y media.

En muchos casos, gran parte del engrosamiento de las paredes ocurre a nivel de la media, donde las células musculares lisas quedan separadas por tiras de tejido fibroso colágeno. Las fibras elásticas pronto se observan fragmentadas en la íntima y en la media.

En los cortes del ligamento ancho, casi siempre hay edema de los tejidos intersticiales. Estos cortes suelen mostrar vías venosas neo-formadas, que también presentan dilataciones irregulares, tortuosidades y engrosamiento irregular de las paredes.

Casuística

Fueron escogidas 31 enfermas provenientes de la consulta externa de ginecología del Hospital de San José, de Bogotá, con el fin de estudiar el aspecto de sus venas pélvicas mediante la **flebografía pélvica**, obtenida inyectando el medio de contraste dentro del miometrio del fondo uterino, siguiendo la técnica empleada por Topolanski Sierra.

Los primeros casos fueron de enfermas escogidas al azar, pero una vez que logramos formarnos una idea de la circulación venosa pelviana normal, encaminamos el estudio hacia aquellas enfermas, quienes por su sintomatología clínica nos hacían pensar en la existencia de patología venosa.

De estas 31 enfermas sólo estudiamos 27, pues en las restantes fracasamos en el intento de visualizar la circulación venosa pélvica, por falla en la técnica o accidente, como quedará consignado al final.

El examen se efectuó, de preferencia, en la primera mitad del ciclo menstrual, y las pacientes fueron cuidadosamente interrogadas y preparadas, con el fin de obtener la máxima colaboración durante la toma de la flebografía.

Técnica empleada en el presente trabajo

Escojimos como medio de contraste el diatrizoato de sodio en solución acuosa al 50% (Hypaque de la casa Winthrop), cuyo índice de dispersión es ideal para esta clase de exámenes. La

hialuronidasa testicular empleada fue la kinadena (Schering, A. G. Berlin) en concentración de 350 U.

Como cánula-guía para la aguja empleamos una cureta de Novak, a la cual se le recortó su extremo dentado; con el fin de hacer mínimo el traumatismo al paso de la cánula se redondearon sus bordes.

La aguja empleada fue B. D. Nº 16, de bisel mediano, con una longitud mayor, 5 mm a la de la cánula-guía.

La técnica consistió en una variación a la propuesta por Topolanski Sierra, y se efectuó de la manera siguiente:

1. Posición ginecológica.
2. Tacto vaginal.
3. Aplicación de espéculo vaginal y visualización del cuello uterino.
4. Fijación del cuello con una pinza tenáculo, previa limpieza.
5. Histerometría.
6. Aplicación de la cánula-guía.
7. Introducción de la aguja a través de la cánula, 5 mm en el miometrio.
8. Inyección de 350 U. de hialuronidasa disuelta en 1 cc de solución salina fisiológica.
9. Uno y medio a dos minutos más tarde se practica la inyección de 20 cc del medio de contraste, en un tiempo aproximado de 35 segundos.
10. Impresión de la primera placa inmediatamente después de terminar la inyección del medio.

La técnica empleada hasta aquí presentaría un aspecto estático de la circulación venosa, pero siendo esta un proceso dinámico debe n practicarse nuevas tomas de placas en serie, con el fin de demostrar la rapidez de la corriente sanguínea, el número y tamaño de los vasos y la localización del drenaje venoso del útero y anexos.

Los mejores resultados se obtienen tomando una placa a los 20" de impresionada la primera, pues se ha comprobado que el tiempo normal de evacuación del medio oscila alrededor de los 20"; se puede hablar de estasis de la circulación venosa cuando persiste el medio más allá del tiempo anotado.

La seriografía es también un buen índice para confirmar la validez de la imagen, que aparece en la primera placa; el estudio de muchas seriografías ha demostrado que, ordinariamente, una vena que no aparece en la primera placa no aparecerá en las siguientes. Algunas de las fallas en la visualización se deben a anomalías congénitas o adquiridas.

Bases para la interpretación radiológica

Una vez cerciorados de que la inyección fue colocada correctamente, es decir, que el procedimiento ha sido correcto, se estudian los siguientes puntos:

A. Plexos intrauterinos (o intramurales): configuración, calibre, patrón. Ello nos permite descubrir lesiones fibromatosas, várices intramurales, aumento de flujo local, o alteraciones en-

dometriales o endoluminales que afectan esta zona circulatoria.

B. Plexos útero-ováricos: calibre, morfología, disposición en placa inicial.

En la placa de evacuación se considera la retención, ya que sabemos que en este tiempo la evacuación de tales vasos debe ser completa o casi completa.

C. Plexos uterinos o parauterinos: se tienen iguales puntos de estudio que en B.

D. Venas útero-ováricas: si se visualizan uni o bilateralmente, se estudian su calibre, contornos y calidad de opacificación en la placa inicial.

En la de evacuación, a los 20 segundos, se supone que deben haberse evacuado en su casi totalidad.

Otra valoración que se efectúa en este punto es la relación entre dilatación y retención en vena útero-ovárica y en plexos del mismo lado.

Comentarios

1º No se ha encontrado literatura nacional que trate o comente el tema del diagnóstico del varicocele del ligamento ancho mediante los rayos X, por lo cual se puede decir que es el primer trabajo nacional que trata acerca de la flebografía pélvica.

2º La flebografía pélvica se efectúa fácilmente, sin complicados aparatos y de manera rápida.

3º Ocasiona pocas molestias a la paciente, y se puede decir que éstas las toleran muy bien.

4º El uso de la hialuronidasa es completamente necesario, pues sin ésta la inyección del medio de contraste en el miometrio se hace casi imposible, en vista de la resistencia que opone el músculo. Por este motivo el uso de la jeringa hiperpresora se hace igualmente necesario.

5º Tres fracasos en la técnica se han debido a las causas anotadas en el número 4.

6º El único accidente que tuvimos (historia Nº 28) consistió en la perforación de un útero blando en una enferma muy nerviosa que efectuó un movimiento brusco al estarse inyectando el medio de contraste. Se produjo un dolor fuerte que hizo necesaria la aplicación de morfina. No se presentó ninguna otra complicación.

7º Por lo anterior podemos decir que este método es prácticamente inocuo.

8º Al estudiar los cuadros críticos de las historias 11 a 20 debemos anotar:

a) El varicocele pélvico se presenta especialmente en el período de actividad sexual; en nuestra casuística, entre los 21 y los 32 años, en un 70%. Dato que concuerda con todos los autores.

b) En el 50% de los casos existe un antecedente quirúrgico relacionado con los órganos de la pelvis o con várices de los miembros inferiores.

c) El 90% de las pacientes consultaban por **dolor** relacionado a la época

pre-menstrual o menstrual y con el ejercicio. Sólo 2 anotaban várices en los miembros inferiores o en la vulva.

d) Los datos encontrados al examen clínico son, en la mayoría, de los casos tan vagos que no son de ayuda mayor para el diagnóstico de la entidad.

e) El diagnóstico se ha hecho en todos los casos, gracias a la flebografía pélvica usando el método causa del presente trabajo.

9º Al estudiar los cuadros críticos de las historias 21 a 27, en las cuales se hizo el diagnóstico de estasis venosa, hemos de comentar:

a) También se presenta ésta en la época de mayor actividad sexual de la mujer; 77.77% entre los 26 y los 40 años.

b) El motivo de consulta en el 88.88% fue el dolor.

c) En 4 enfermas, el 44.44%, se diagnosticó una cervicitis crónica. Debido a que las enfermas no volvieron al control radiográfico, una vez terminado el tratamiento de su cervicitis, no nos fue posible comprobar la afirmación hecha por Hughes y Curtis en relación a la desaparición de la estasis venosa, una vez resuelto el problema inflamatorio del cuello, cosa muy sugestiva, pues de todos es conocido el fenómeno de suspensión del dolor de tipo inflamatorio pélvico que aqueja a las enfermas con cervicitis crónica, una vez que ésta ha sido tratada.

10º El tratamiento quirúrgico, es, según todos los autores, el método racional para tratar el varicocele del ligamento ancho. De sus bondades no podemos hacer afirmaciones categóricas basadas en la experiencia personal, en vista del escaso número de enfermas operadas con el solo objeto de resecar sus várices del ligamento ancho. Sólo podemos decir que en estos tres casos la remisión de síntomas fue completa y que el dolor pélvico desapareció por completo. En un futuro, cuando la ca-

suística sea mayor, podemos emitir conceptos más categóricos.

11. La flebografía pélvica es, por último, de ayuda en el diagnóstico de otras entidades ginecológicas, como por ejemplo los núcleos fibromatosos pequeños, los cuales, por su tamaño, son casi imposibles de detectar mediante la palpación bimanual, y que al alterar la red intramural dan una imagen bastante característica (historias números 10 y 16).

FIGURA 1

—A—

—B—

Instrumental empleado en la flebografía pélvica por punción uterina.

A. Instrumental (cánula, aguja y mandril) desmontado.

B. Instrumental listo para ser empleado.

FIGURA 2

—A—

—B—

Paciente con cervicitis y polimenorreas.

En A. Se observa patrón venoso dentro de límites normales.

En B. Tomada a los 20 segundos de la inyección, no se observa retención del medio en los vasos. Flebografía normal.

FIGURA 3

—A—

—C—

—B—

Paciente que consulta por metrorragias desde hace seis meses.

A. Patrón venoso dentro de lo normal.

B. Evacuación casi completa de los plexos venosos, a los 20 segundos de la inyección.

C. La histerosalpingografía muestra imágenes compatibles con hiperplasia endometrial, lo que explica el cuadro clínico de la paciente.

FIGURA 4

—A—

—B—

Paciente con prolapso genital de 2º grado y retroversión uterina.

- A. Utero en laterodesviación derecha, sin alteraciones en el patrón venoso intramural. Dilatación de plejos uterinos y útero-ováricos, especialmente los derechos.
- B. A los 20 segundos se advierte considerable retención del medio dentro de los plejos dilatados. El diagnóstico flebográfico es de varicocele pelviano bilateral.

FIGURA 5

—A—

—B—

Paciente con dolor en fosas ilíacas, disuria y fenómenos achacables a congestión pélvica.

A. Patrón venoso intramural normal. Moderada dilatación del plejo útero-ovárico derecho.

B. Aparición de vasos tortuosos en placa tomada a los 20 segundos, correspondientes a plejos uterinos con retención del medio opaco, especialmente notorios al lado izquierdo. El diagnóstico flebográfico de varicocele pelviano bilateral se comprobó quirúrgicamente.

FIGURA 6

—A—

—B—

Várices del miembro inferior y en labios mayores de vulva, con predominio izquierdo.

A. Dilatación de plejos útero-ováricos y uterinos, y de la vena útero-ovárica izquierda.

B. A los 20 segundos se aprecia retención del medio en plejos uterinos y en vena útero-ovárica izquierda.

Diagnóstico flebográfico de varicocele pelviano bilateral. Se trata por cirugía, con reducción en el postoperatorio de las várices vulvares.

FIGURA 7

—A—

—C—

—B—

Desde hace siete meses, y después de un aborto, la paciente presenta dolor hipogástrico y en fosas ilíacas, que aumenta con ejercicio y en época menstrual.

A. Dilatación varicosa de las venas del parametrio derecho. Zona poco vascularizada en lado izquierdo de útero, que puede corresponder a núcleo fibromatoso.

B. Imagen obtenida en "relieve" de la placa anterior, en que se observan más aparentes los cambios anotados.

C. A los 20 segundos persiste material opaco retenido dentro del sistema venoso dilatado. Diagnóstico flebográfico: varicocele pelviano derecho. Fibromioma uterino.

FIGURA 8

—A—

—B—

—C—

Dolor fuerte en fosa iliaca derecha, especialmente en época premenstrual.

A. Dilatación de pedículos, especialmente el derecho.

B. Retención del medio en pedículos venosos derechos, a los 20 segundos.

C. Placa tomada a los 20 segundos en un control efectuado después de cirugía en que se confirmó el diagnóstico de varicocele pelviano derecho. No se observa retardo en la eliminación del medio opaco.

FIGURA 9

—A—

—B—

Episodios dolorosos en fosa ilíaca izquierda, agudizados en período menstrual. Várices de miembro inferior izquierdo.

A. Dilatación moderada de plejos venosos uterinos y útero-ováricos, con cierta tortuosidad. Venas útero-ováricas de aspecto normal.

B. Retención de medio a los 20 segundos. Aparición de varicosidades en plejos uterinos, especialmente izquierdos. En placas tomadas a los 40 y 80 segundos persistía a la retención izquierda. Diagnóstico flebográfico de varicocele pelviano izquierdo y de estasis derecha.

FIGURA 10

—A—

—B—

Paciente menopáusica, con cervicitis crónica, cisto y rectocele de 2º grado.

A. Dilatación de venas intramurales y en menor grado del plejo útero-ovárico derecho.

B. Retención del medio a los 20 segundos, en el sistema venoso intramural y el plejo útero-ovárico derecho. El diagnóstico flebográfico es de estasis venosa en sistema intramural. Se anota falta de llenamiento del sistema venoso izquierdo.

FIGURA 11

—A—

—B—

Metrorragia de dos años de evolución iniciada después del último parto. No existía hemorragia el día del examen pero sí un útero aumentado de tamaño.

A. Los vasos intramurales del fondo se encuentran adelgazados y atirantados por aumento de volumen del cuerpo uterino. Los intramurales del cuerpo se hallan dilatados. Retención y dilatación en plejos, especialmente derechos. Vena útero-ovárica izquierda dilatada.

B. Histerosalpingografía tomada a continuación mostrando útero aumentado de tamaño y con masas endoluminales compatibles con restos ovulares. Un legrado confirma dicha suposición.

FIGURA 12

—A—

—B—

Dolor en fosas ilíacas con irradiación a región sacroxígea, con exacerbaciones en el premenstruo. Notable cervicitis crónica.

A. Dilatación del plejo uterino, especialmente derecho.

B. Retención a los 20 segundos en el plejo uterino. Llenamiento de la vena útero-ovárica izquierda, con opacificación por reflujo de algunas tributarias de celda renal. El diagnóstico flebográfico es de estasis pelviana; la cervicitis crónica puede influir en ello.

BIBLIOGRAFIA

- DUNCAN C. H. and TAYLOR H. C. Jr.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 64: 1, 1952.
 GREITZ T.: *Algunos aspectos de la técnica en la flebografía pélvica.* 1951.
 HELAANDER G. G. and LINDBOM: *Acta Radiol.* 53: 97, 1960.
 HUGUES R. R. y CURTIS D. D.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 83: 156, 1962.
 SCHAUPP JOHN B.: *Venas varicosas pelvianas y varicocele. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica.* Págs. 975-984. Agosto de 1962.
 TAYLOR H. C. Jr.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 67: 117, 1954.
 TESTUT y A. LARTAJET: *Anatomía humana.* Pág. 1.167. Tomo IV. VIII edición. 1946.
 THEOBALD G. W.: *J. Obst. & Gynec. Brit. Emp.* 58: 733, 1951.
 TOPOLANSKI SIERRA R.: *Am. J. Obst. & Gynec.* 76: 44, 1958.