



# ABORDAJE NO QUIRÚRGICO EN LAS VARICES VULVARES

Gurrea Almela E, Lorca Alfaro S, Muñoz Contreras M, Martínez Vicente L, García Soria V, Vicente Sánchez E, Egea Prefasi L, Machado Linde F  
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

## INTRODUCCIÓN:

Las varices vulvares constituyen una patología poco estudiada. Según series de casos publicadas, su incidencia se encuentra entorno al 4% de las mujeres, pudiendo aumentar hasta un 20-40% en pacientes con Síndrome de congestión pélvica. Su etiología suele ser multifactorial. Puede existir una predisposición genética debido a un tejido conectivo venoso con alteraciones que favorecen su dilatación, que combinado con el aumento de presión pélvica debido a embarazos, tumores, una insuficiencia o malformación venosas, llevan a su desarrollo. [1]

Estas formaciones pueden cursar de forma asintomática, pero también pueden causar dolor, discomfort, prurito, presión o dispareunia. Es posible, aunque infrecuente, que lleguen a complicarse con trombosis o sangrado de las mismas.

A pesar de su frecuencias, no existen ensayos clínicos publicados con respecto al tratamiento de esta patología. Es por ello que hemos decidido presentar una de las técnicas empleadas en nuestro hospital, siguiendo las recomendaciones para el tratamiento de las varices a otros niveles, la esclerosis de varices vulvares.

## CASO CLÍNICO:

Paciente múltipara de 60 años en seguimiento en la consulta de Patología Cervical y Dermatología desde hace 4 años por Liquen Plano vulvar y bucal, con buena respuesta clínica a Clobetasol.

A la exploración física se observa en pliegue interlabial derecho, variz de unos 4cm de longitud y 0,5cm de diámetro, a nivel de labio vulvar derecho (Fig 1). Vagina atrófica con erosión a nivel de labio cervical anterior y fondo de saco anterior, por atrofia.

Como antecedentes cabe destacar que había sido tratada con Lauromacrogol en al menos 4 ocasiones por varices superficiales en MMII, sin complicaciones salvo la formación de hematomas.

Se decide el tratamiento de la dilatación vascular con Lauromacrogol 5mg/ml (1-1,5ml), con buena respuesta a las instilaciones del mismo (Fig 2).

La paciente es revisada a la semana siguiente y a los dos meses de tratamiento, con importante mejoría clínica y sintomática, evidenciando una pequeña variz residual asintomática (Fig 3).



Fig 1. Previa a tratamiento



Fig 2. Administración de Lauromacrogol



Fig 3. 2 meses tras tratamiento

## DISCUSION:

A pesar de que la esclerosis de varices a nivel de MMII se encuentra muy extendida, su uso a nivel vulvar se ha descrito en escasas ocasiones en la literatura.

Es esencial, previo al tratamiento, la realización de técnicas de imagen para determinar su origen y extensión, y así asegurar unos mejores resultados.

El uso de agentes esclerosantes ha demostrado una reducción en la clínica de la paciente y una mejoría franca a nivel estético. [2]

En nuestro caso, se empleó Lauromacrogol (Etoxisclerol®), también conocido como Polidocanol. Se

trata de un anestésico local empleado además como esclerosante para el tratamiento de venas varicosas y telangiectasias.

## Sustancias esclerosantes analizadas [3]

Sustancias esclerosantes	Presentación	Concentración empleada
Sulfato tetradecil sódico	Espuma o líquido	0,33-3%
Lauromacrogol o Polidocanol	Espuma o líquido	0,5-1%
Yodo poliyodados	Líquido	2%

## CONCLUSIONES:

1. A diferencia del abordaje quirúrgico de las varices, la escleroterapia no causa cicatrices indeseadas en la zona tratada, generando mejores resultados estéticos.

2. Las complicaciones reflejadas en la literatura son similares con las tres sustancias analizadas: reacciones alérgicas (constituyendo una contraindicación para su uso), aparición de telangiectasias o hiperpigmentación de la zona.

3. El mejor agente esclerosante, incluyendo su presentación y concentración, está por determinar. Sería necesario continuar investigando.

## BIBLIOGRAFÍA:

[1] Davis L, Kim A, Greyling L. Vulvar Varicosities. *Dermatologic Surgery*. 2017;43(3):351-356.

[2] Ninia J, Goldberg T. Treatment of vulvar varicosities by injection-compression sclerotherapy and a pelvic supporter. *Obstetrics & Gynecology*. 1996;87:786-788.

[3] Urca I, Zelikovski A, Sternberg A, Haddad M. Varicosities of uncommon sites: therapeutic aspects. *Int Surg*. 1981;66:77-7.