



Dilatación de la vena gonadal izquierda

Gaspar Alberto Motta Ramírez,* Edith Reyes Méndez†

Paciente femenina de 32 años con síndrome doloroso abdominal pélvico de larga evolución, con 12 horas de agudización del mismo, con localización hacia la fosa iliaca derecha y que por maniobras clínicas, se sospecha de afección apendicular aguda. Se le realiza estudio de ultrasonido pélvico con el fin de identificar al apéndice, siendo esta exploración negativa y por ello, ante la sospecha clínica persistente, se le realiza estudio de tomografía computada (TC) con medio de contraste intravenoso.

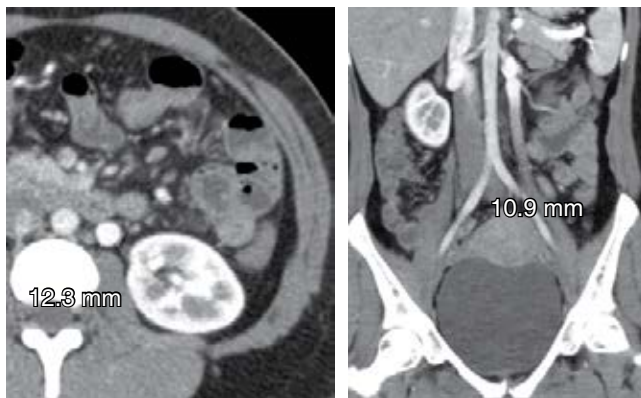
En el caso que presentamos, no se demostró afección apendicular aguda, y en la imagen axial posterior al contraste intravenoso (Figura 1 a), se identificó anomalía de la vena gonadal izquierda de hasta 12 mm en sentido axial, con opacificación temprana de la misma por reflujo

retrógrado de la vena renal izquierda. En la reconstrucción multiplanar, se demuestra en su totalidad, dilatada con medición de hasta 10.9 mm (Figura 1b), correspondiendo a grado I de reflujo (Figura 2).

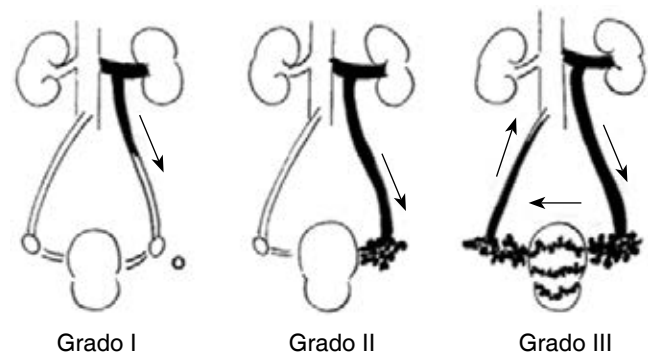
DILATACIÓN DE LA VENA GONADAL IZQUIERDA, SÍNDROME DE CONGESTIÓN VENOSA PÉLVICA¹⁻³

El síndrome de congestión pélvica debe sospecharse en toda paciente con cuadro de síndrome de dolor pélvico crónico, con dolor acíclico asociado con las actividades físicas y, de gran importancia, el componente de dispareunia intra- y postcoital de larga duración.

El médico tratante debe tener en mente esta afección en pacientes en quienes no se logra identificar una causa



Figuras 1a y b.



Figuras 2a-c. Grados de reflujo en las venas gonadales, grados I a III, de la referencia núm. 3.

* Médico Radiólogo, adscrito a la Subsección de Tomografía Computada del Departamento de Radiación Ionizante.

† Médica Residente de tercer año del Curso de Especialización y Residencia en Radiodiagnóstico, Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional.

Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez

Correo electrónico: radbody2013@yahoo.com.mx

Aceptado: 07-05-2014.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

de dolor abdominal subagudo a crónico y de dolor pélvico crónico, porque esas son sus principales manifestaciones clínicas.¹

El uso de la TC multidetectora facilita la identificación de la dilatación de las venas ováricas en mujeres sintomáticas o asintomáticas en las que se realiza la TC por diferentes motivos, define las causas de la dilatación venosa y su relación con el síndrome de congestión pélvica.

La etiología de la dilatación gonadal es incierta y poco conocida, probablemente multifactorial, en la que intervienen factores mecánicos y factores hormonales. Dentro de los factores mecánicos estarían la ausencia de válvulas en las venas ováricas, la debilidad de su pared y la compresión venosa como en el caso de la vena renal izquierda retroaórtica, compresión de la vena renal izquierda entre la aorta y la arteria mesentérica superior (fenómeno de *Nutcracker*, de cascanueces), y la compresión venosa por causa tumoral.¹⁻³

Los hallazgos en estudios de TC son las venas ováricas dilatadas e incompetentes y las venas pélvicas prominentes.

La incompetencia se determina cuando la vena ovárica se opacifica de forma completa durante la fase arterial, es decir, se opacifica al mismo tiempo que las venas renales, lo cual representa flujo venoso retrógrado debido a incompetencia valvular. Una vena renal se reporta como dilatada cuando su diámetro excede al considerado normal; sin embargo, este dato resulta aún ambiguo, dado que el tamaño de una vena ovárica varía entre cada paciente, y mientras en algunos estudios se maneja como un diámetro entre 3 a 4 mm, en otros se puede manejar de hasta 6 o 10 mm.¹

REFERENCIAS

1. Motta RGA, Ruiz CE, Torres HV, Herrera ARA, Rodríguez TC. El papel de la tomografía computada en la identificación del síndrome de congestión pélvica. *Ginecol Obstet Mex.* 2013; 81: 389-402.
2. Liu SZ, Chou CP, Lion WS, Huang JS, Pan HB. Pelvic congestion syndrome - findings on multi-detector row computerized tomography: a case report. *Kaohsiung J Med Sci.* 2003; 19: 569-573.
3. Hiromura T, Nishioka T, Nishioka S, Ikeda H, Tomita K. Reflux in the left ovarian vein: analysis of MDCT findings in asymptomatic women. *AJR Am J Roentgenol.* 2004; 183: 1411-1415.