

VASCULAR PERIFÉRICO

SÍNDROME DE CONGESTIÓN VENOSA PÉLVICA: MANEJO ENDOVASCULAR MEDIANTE EMBOLIZACIÓN PERCUTÁNEA CON ESPIRALES

Ariela Mº Gómez Pérez*

SUMMARY

Chronic pelvic pain is a clinical condition that affects a large numbers of women of reproductive age, and is that the studies show an approximate of around ten million women worldwide. Despite the importance of their impact, both monetary and psychological nature and sexual, is alarming number of cases which have yet to be diagnosed correctly, resulting in incorrect treatments and frustration of patients. The literature shows that a large number of cases are attributed to pelvic congestion syndrome. Despite the technological advances that are available today, remains an

underdiagnosed entity and often underestimated. Today, there is a lack of perse cause chronic pelvic pain, and if it comes in the particular case pelvic congestive syndrome due to the presence of pelvic varices venous system, should be considered a separate entity in the genesis of pain chronic pelvic, and whose management is limited to timely diagnosis. This literature review will focus on the etiology of the SCP, clinical differential diagnosis, medical management, and surgery and endovascular management specifically percutaneous embolization with coils.

Key Words:

Pelvic congestion syndrome/
Pelvic pain/Venous insufficiency/
Varicose veins. Venous Doppler
US/Phlebography/ Endovascular
treatment.

INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico crónico es una en la mujer en edad reproductiva, es una condición muy frecuente que afecta a un gran número de pacientes a nivel mundial. Y dentro de las causas se le atribuye al síndrome congestivo pélvico, como ente cuya principal característica es el dolor pélvico crónico a causa de la existencia

de vasos pélvicos dilatados, con o sin presencia de reflujo. En los últimos años se ha venido unificando el concepto que anteriormente se tenía de este síndrome, con grandes avances en el tratamiento, dando cada vez más hincapié al manejo endovascular del mismo. Este artículo pretende hacer una revisión sistemática de bibliografía, con fin de esclarecer ciertos conceptos; debido al alto numero de casos subdiagnosticados, dar una visión del concepto en si que se ha tenido desde décadas anteriores y la evolución del mismo y hacer referencia al manejo endovascular y evidenciar la efectividad del mismo.

RESEÑA HISTÓRICA

En cuanto a la trascendencia histórica del síndrome de congestión venosa pélvica, si nos remontamos mucho tiempo atrás, se evoca a este desde 1857 y fue Richet el primero en realizar una descripción del varicocele de las venas ováricas, posteriormente Taylor en 1949 propuso concepto de síndrome de congestión pélvica el cual en ese momento lo asocio a la presencia de varicosidades tanto a nivel perianal como congestión vulvar (7). Por otro lado, Dixon y Michell, en el 54 efectuaron los primeros estudios radiológicos de anomalías circulatorias aunando hallazgos flebográficos.

Posteriormente, Lechter, en 1986, acuño la insuficiencia del sistema gonadal femenino como causal de varicosidades de miembros inferiores, pélvicas y a nivel vulvar, con posteriores estudios en cadáveres para determinar variantes anatómicas. Finalmente Mathias y sus colaboradores arrojan las primeras estadísticas a nivel mundial. Y es así como desde muchas décadas atrás y hasta la actualidad que se ha venido acuñando con más fuerza este concepto (7.). Hoy en día, el síndrome de congestión venosa pélvica consiste en la presencia de estructuras venosas intrapélvicas (venas útero ováricas o sus tributarias) tortuosas y dilatadas, también llamado varicocele femenino (10). Dichos vasos dilatados, consecuencia del flujo anómalo (lento o reverso) en las venas ováricas, especialmente de lado izquierdo (7,10). El origen de dichas venas incompetentes radica en factores de tipo mecánico u hormonal, lo cual se explicará más adelante. Primero que todo, se hace referencia a una exploración detallada de la paciente por medio de la anamnesis clínica y el examen físico, ya que en esto radica la obtención de un diagnóstico acertado.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El síndrome de congestión venosa

pélvica se manifiesta en mujeres jóvenes por lo general multíparas, generalmente con antecedentes familiares de varicosidades (2). En las que se ha descartado causa ginecológica conocida (7, 11, 10, 4). Se caracteriza principalmente por un dolor pélvico crónico, no cíclico, persistente, sordo, de característica congestivo, focalizado generalmente en los puntos ováricos (punto anatómico en el tercio externo de una línea que une al ombligo con la espina ilíaca anterior superior), de mas de 6 meses de evolución, el cual exacerba con maniobras de valsalva, la bipedestación y la actividad física. Se asocia a dispareunia en las primeras 24 horas postcoito, dismenorrea, hemorragia uterina anormal (mejora con la finalización de la menstruación o bien con el reposo), disuria o urgencia urinaria (11,8). Por otro lado, cabe mencionar la incapacidad funcional que este síndrome puede generar, tanto a nivel social, familiar e inclusive laboral (11). Por otro lado, en cuanto al examen físico, se evidencian hallazgos como lo son: cérvix azulado producto de la congestión cervical uterina, dolor a la compresión bimanual de los anexos y dolor a la movilización y presencia de várices vulvares, en muslo, región glútea y en miembros inferiores (2, 12). Según Raener la presencia de sensibilidad en el punto de

los ligamentos uterosacros y parametrio posterior, se presenta en un 80% de las pacientes (2). Es importante mencionar que no todas las mujeres que presente venas varicosas o dilatadas necesariamente van a presentar un síndrome de congestión pélvica, ya que la literatura demuestra que de la población general un 10 % presentan dilataciones venosas a nivel pélvico sin presentar clínica que sugiera dicho diagnóstico (8). Es importante conocer cuales condiciones eventualmente pueden predispongan a padecer este síndrome, basándose en la fisiopatología perse que desencadena este cuadro.

FISIOPATOLOGÍA

Si bien es cierto, la fisiopatología de este síndrome en cuanto al desarrollo de la incompetencia venosa pélvica se refiere, no se encuentra completamente esclarecida, la literatura apoya causas multifactoriales, destacando factores mecánicos como los producidos durante el embarazo. En este aspecto, cabe resaltar que dentro de los mecanismos más sobresalientes, se hace alusión en múltiples revisiones bibliográficas al aumento de la demanda del retorno venoso dado en un 60% en condiciones como el embarazo mencionada anteriormente, producto de una serie de cambios tanto anatómicos como de tipo

hormonal. Aunado a esto, defectos anatómicos en las venas ováricas; la ausencia en las venas ováricas de valvas, que genera reflujo sanguíneo por la vena ovárica hacia las venas ilíacas internas de la pelvis, lo que contribuye al cuadro sintomático. Además, se toma en cuenta, la compresión vascular extrínseca (como en el síndrome del cascanueces), defectos anatómicos, así como también causas de tipo hormonal, o bien problemas de retorno venoso tras trombosis venosas o cirugías previas (14,8).

-Embarazo: si se habla específicamente del embarazo, el flujo en las venas ováricas aumenta en 60 veces lo que genera dilatación de estos vasos en cuestión. Condición que se atribuye como responsable de la insuficiencia venosa que genera la sintomatología (10). Por otro lado, durante la gestación, aumenta la vascularización uterina de manera considerable y en ocasiones se llega a prolongar tras el periodo posparto; en ciertas pacientes las venas gonadales no se retraen, continúan dilatadas, avalvuladas y con alteraciones en el flujo originando várices en la zona pélvica y dilataciones venosas ectásicas (10).

-Defectos anatómicos: Como se menciono anteriormente la ausencia congénita de válvulas en las venas ováricas, es una entidad la cual debe sospecharse cuando se

estudia a una paciente con probable diagnóstico de síndrome de congestión venosa pélvica, ya que se presenta hasta en un 13 - 15% de las mujeres. Sin embargo, dicha condición presenta alto índice de casos sub-diagnosticados, de ahí la importancia de complementarse el diagnóstico con la realización de estudios adicionales, que brinden detalles anatómicos específicos, como los que es posible obtener mediante flebografía (13, 10). Cabe mencionar en este apartado la anatomía propia de estos vasos, ya el ángulo casi recto al que drena la vena ovárica izquierda en la vena renal izquierda hace más frecuente el reflujo sanguíneo que el que se presenta en la derecha; la cual drena en la cava inferior (8).

-Compresión Vascular extrínseca: los síndromes compresivos congénitos: como lo son May Turner y Nutcracker (o síndrome del cascanueces), constituyen otra entidad atribuible al daño valvular de las venas ováricas, ya que generan una circulación colateral compresiva que termina contribuyendo a la formación de las várices pélvicas (7).

-Hormonal: La literatura alude al estrógeno como vasodilatador potente, el cual incrementa la incompatibilidad venosa para evitar el reflujo sanguíneo, además se produce una estimulación en la secreción de óxido nítrico, que produce la relajación del músculo liso de los vasos uterinos, perdida

de la respuesta vascular de los vasos de la pelvis y microcirculación, situación que se asume incrementa el cuadro doloroso (2, 8). De ahí su relación con el síndrome del ovario poliquístico.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

En la evaluación del síndrome congestivo pélvico es esencial la utilización de estudios imageneológicos, en general los patrones radiológicos que se obtienen son venas ováricas u uterinas dilatadas con disminución del aclaramiento del medio de contraste y es que estos estudios se usan no solo para discriminar entre otras patologías, si no que además, para determinar la patología presenta causante del proceso de congestión venosa (2). Dentro de los métodos diagnósticos por imágenes se cuenta con Ecografía pélvica, ecografía transvaginal, Eco Doppler de las venas ováricas, Tomografía computarizada, resonancia magnética, laparoscopia y flebografía. Ahora bien, en cuanto a la ecografía en general, ya sea abdominal o transvaginal, a pesar de ser un método poco sensible, es el método de screening más común en nuestro medio, es un método seguro, no invasivo, con limitaciones operador dependiente o como cuando se necesita una valoración dinámica

con la maniobra de Valsalva, esta maniobra asociada a una posición erecta permite una mejor valoración del flujo venoso pélvico (2). Sin embargo, la literatura demuestra que un número importante de varices muchas veces no es determinada mediante ultrasonidos. En cuanto al doppler, ayuda a determinar otras causas de enfermedades pélvicas, sin embargo, aun esta en tela de duda su especificidad para síndrome de congestión pélvica, es por esto que se hace necesario acudir a estudios complementarios. En cuanto a la resonancia magnética nuclear dinámica, actualmente tiene muy buena aceptación para confirmar el diagnóstico de las várices pélvicas asociadas al SCP (2). La laparoscopia ha tomado importancia en la investigación de dolor pélvico, a pesar de su poca sensibilidad y específica para identificar várices pélvicas (2). Pero, como el método diagnóstico "Gold Standar" para el SCP se toma a la venografía selectiva ovárica, dicha técnica permite observar la anatomía del sistema cava inferior y sus cuatro ejes venosos principales de la región pélvica (13). Se aborda por vía percutánea a través de la vena femoral o en caso de contraindicaciones también se realiza por vía yugular interna. Se coloca a la paciente en posición semierguida. Se cateteriza selectivamente la vena ovárica

izquierda y se inyecta medio de contraste y se toman las placas, luego el procedimiento se realiza de lado derecho (2). Dentro de los principales hallazgos se enuncian: diámetro de las venas ováricas mayor a 10mm, aunque en algunas publicaciones se perfila desde mayor a 6mm, ingurgitación de las venas uterinas, congestión del plexo ovárico de moderada a intensa y llenado de las varicosidades en la región del muslo así como vulvares (2,8). En cuanto a estos métodos diagnósticos se debe tomar en cuenta tanto sus limitaciones como las ventajas en el abordaje de la paciente, para realizar precisamente un uso tanto adecuado como específico de dichos métodos (8).

TRATAMIENTO

El éxito de todo tratamiento está avocado a hacer un diagnóstico preciso de la patología en cuestión, basándose en la anamnesis completa, exploración física, los múltiples métodos diagnósticos y de esta manera guiar a tratamientos efectivos y específicos para cada paciente. Y es que dentro del manejo de síndrome de congestión venosa pélvica, se debe hacer alusión a muchos aspectos y orientado a los múltiples sistemas que afecta, va desde el tratamiento médico, la psicoterapia, antidepresivos, el

tratamiento quirúrgico y manejo endovascular. En cuanto a medicación se refiere, se incluye a los anticonceptivos de preferencia el acetato de medroxiprogesterona en un rango de dosis que va desde 30-50 mgr por día; solo o en combinación con psicoterapia, lo cual resulta ser efectivo en cuanto a la disminución de congestión pélvica se refiere y en la reducción significativa del dolor (2). Por otro lado, debido al proceso de insuficiencia venosa perse se hace uso de agentes flebotónicos; como dobesilato cálcico, centella asiática, flavodato disódico, hidrosmina, diosmina, extracto de semilla de uva y aminaftona, de los cuales la literatura señala que no se cuenta con evidencia que sugiera eficacia con el uso de éstos, en el síndrome de congestión pélvica propiamente (2). Diversas fuentes bibliográficas hacen alusión al uso de análogos de la GnRH, los cuales tienen efecto benéfico al producir supresión ovárica (2). El uso de dihidroergotamina por vía endovenosa resulta útil ya que funciona como vasoconstrictor selectivo (2). En los últimos años se ha inclinado cada vez más por el manejo quirúrgico de dicha condición, obteniendo resultados tanto satisfactorios como efectivos (2). Y se remite desde el tratamiento conservador con técnicas como obliteración de las venas ováricas mediante laparoscopía con endosuturas,

grapas, ligasure hasta otros como; ligadura de venas ováricas vía abierta o laparoscópica incluyendo en algunas ocasiones histerectomía con salpingooforectomía. Sin embargo, la histerectomía, y ventrosuspensión uterina (histeropexia) se utiliza en casos de congestión pélvica cuando se asocia a alteraciones en la posición uterina. Hoy día, además se cuenta con técnicas endovasculares como la realización de embolización de los vasos venosos pélvicos, lo cual es el enfoque de este artículo.

MANEJO ENDOVASCULAR: EMBOLIZACIÓN PERCUTÁNEA CON ESPIRALES:

A partir de los años 80, y hasta este momento, la cirugía endovascular venosa ha ido evolucionando, muy lentamente si lo comparamos con el abordaje que se realiza a nivel arterial, sin embargo poco a poco ha ido tomando cada vez más fuerza y auge (1). Y fue específicamente cuando Howards et al, en 1993, describieron el tratamiento endovascular percutáneo para el síndrome de congestión pélvica (14). Y es que en las últimas publicaciones se ha evidenciado que a nivel mundial, la embolización terapéutica con espirales ha destacado con respecto a otras técnicas quirúrgicas como ligadura laparoscópica y abierta,

por mencionar una (2). Se han realizado cada vez mayores y constantes avances con respecto a la técnica de la embolización de las venas ováricas, con ventajas muy favorables, como las que trae consigo, el hecho de poder realizarse de manera ambulatoria, o con cortas estancias hospitalarias, con gran efectividad, con técnicas bien toleradas por parte de los pacientes, con baja tasa de complicaciones y con mejorías del cuadro clínico demostradas que van desde el 73 al 92 % (14, 8). En un estudio aleatorizado se le atribuyó mejoría clínica significativa del dolor al comparársele con la histerectomía, y en términos generales ha demostrado ser igual de efectiva que otras técnicas y con resultados a largo plazo (2). En cuanto a la técnica propiamente, esta es realizada mediante el apoyo de la radiología intervencionista. Con una duración entre 30 y 50 minutos. Se realiza abordaje vía femoral, otras veces se accede desde la yugular interna, con cateterización selectiva de las venas ováricas derecha e izquierda. El tratamiento consiste en pasar espirales metálicos (coils) a través del catéter dejándolos en la vena en cuestión, provocando su oclusión, con el consecuente bloqueo del flujo sanguíneo hacia la vena, lo que conlleva a la finalidad de este procedimiento que es básicamente disminuir la presión dentro de las

venas pélvicas . O bien se puede inyectar sustancias esclerosantes en lugar de espirales. (2). Algunos autores sugieren inyectar ambas venas ováricas al mismo tiempo o a continuación, para evitar recurrencias, debido a las grandes anastomosis o colaterales entre las venas ováricas y las venas iliacas internas (2). En diversas publicaciones los autores aluden a la embolización de las venas hipogástricas, además de las ováricas, sin embargo no se cuenta con estudios de nivel 1 o 2 de evidencia que lo justifiquen de manera probada (1). Aún no se ha concluido cual es el método más acertado de embolización, sin embargo la mayoría de autores hacen referencia al uso de coils o mini coils a lo largo de toda la vena, en el caso del lado derecho lo largo de todo su trayecto hasta la entrada de la vena cava y en caso de la vena ovárica izquierda a lo largo de ésta y hasta el punto de unión con la vena renal del lado en mención (1).

COMPLICACIONES

La embolización es una técnica con mucha aceptación y con escasa tasa de complicaciones de los procedimientos, que en conjunto en el tratamiento percutáneo del síndrome de congestión pélvica pueden presentarse en un 4% (14). Dentro de estas se vislumbran tromboflebitis de la vena

embolizada, perforación de la vena ovárica, migración de material utilizado en la embolización, como los espirales metálicos (coils), la cual se considera la complicación de mayor riesgo, de lo cual dícese en la publicaciones que se ha presentado en un 2% de las pacientes tratadas y por último el desarrollo de hematoma en el sitio de punción (14).

CONCLUSIONES

En términos generales el síndrome de congestión venosa pélvica es una condición que afecta a muchas mujeres a nivel mundial y a pesar de que hace alusión a este concepto desde hace muchas décadas atrás aún se encuentran muchas casos sin un diagnóstico preciso. La flebografía pélvica selectiva es un método diagnóstico Gold Standar en este síndrome, y con buena aceptación y bien tolerado por parte de los pacientes. Con los riesgos habituales que se presentan al realizar estudios con medios de contraste. El tratamiento endovascular ha tomado cada vez mayor auge, abriéndose paso entre otras técnicas quirúrgicas, con excelentes resultados, con mejoría del cuadro clínico significativamente y con resultados a largo plazo. La embolización percutánea de las venas pélvicas insuficientes consigue una remisión del cuadro sintomático, con manejo ambulatorio en

muchas ocasiones o con corta estancia hospitalaria y con una baja tasa de complicaciones. Aún no se cuenta con estudios que evidencia que la embolización sistémica de las venas ováricas e hipogástricas tenga mejores resultados que la que se realiza de forma aislada de las venas patológicas.

RESUMEN

El dolor pélvico crónico es una condición clínica que afecta a gran cantidad de mujeres en edad reproductiva, y es que las cifras hablan de un aproximado de alrededor de diez millones de mujeres en todo el mundo. Pese a la importancia de sus repercusiones, tanto de índole monetario como psicosocial y sexual, es alarmante el gran número de casos que continúan sin ser diagnosticados correctamente, dando como resultado tratamientos erróneos y frustración por parte de las pacientes. La literatura demuestra que un gran número de casos son atribuidos al síndrome de congestión pélvica, a pesar de esto y pese a los avances tecnológicos de los que se dispone en la actualidad, continúa siendo una entidad poco diagnosticada y muchas veces subestimada. Hoy en día, existe mucho desconocimiento de la causa perse de dolor pélvico crónico, y si se habla en el caso particular el síndrome congestivo pélvico debido a la presencia de

varices del sistema venoso pélvico; debe ser considerado una entidad aparte en la génesis del dolor pélvico crónico, y cuyo manejo se limita al diagnóstico oportuno. Esta revisión bibliográfica con enfoque en la etiología del SCP, clínica, diagnóstico diferencial, manejo médico, intervención quirúrgica y manejo endovascular específicamente mediante embolización percutánea con espirales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allegue N. Tratamiento endovascular de la Insuficiencia venosa pélvica. Documento de base sobre tratamiento endovascular de la patología venosa. Artículo de Revisión Original. pág. 14-20.
2. Díaz, Reyes. Varices pélvicas y síndrome de congestión pélvica en la mujer. Rev CES Med 2012; vol. 26, núm. 1.Enero-Julio: pág. 57-69.
3. García, M. Cano, Fidel. Revista Colombiana de Cirugía vascular. Asociación colombiana de angiología y cirugía vascular. 2011. Vol. 11 no. 3. issn no. 0124-7018r. pág. 27-36.
4. Gómez, C et al. Nomenclatura de las venas de los miembros inferiores y términos en flebología: los consensos internacionales. Artículo de revisión. Rev. Colombiana Cir. 2012; Núm. 27: pág. 139-145.
5. Gonzales, G, et al. Síndrome de congestión venosa pélvica: A propósito de un caso. Archivos Españoles de Urología. 2011; vol. 64, núm. 6, Julio-Agosto, 2011, pág. 553-556.
6. Kornberg, A et al. Compresión terapéutica en el síndrome de congestión pélvica y várices vulvares. Artículo de revisión. Rev. FORUM. 2011. Vol. 13 N° 2: pág. 24-34.
7. Leal, M. Indicaciones y tratamiento del síndrome de congestión pélvica. Artículo Original. Rev. Flebología y linfología - Lecturas Vasculares. 2010 (mayo-agosto). Año 5 N° 14. pág. 841-847.
8. León, A et al. Síndrome de congestión pélvica. Aspectos generales: clínica, diagnóstico y terapéutica. Revisión sistemática de la literatura. Actualización. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2012; 31(2): pág.: 88-93.
9. Llort, P. Técnica e indicaciones de la embolización (micropartículas y microcoils) de pequeños vasos y sector visceral. Mesa redonda: Embolizaciones. Angiología. 2010;62 (Esp Cong):91-96.
10. Meneses, L. Utilización de la resonancia magnética con contraste de fase para el diagnóstico del síndrome de congestión pélvica. Rev Chil Radiol 2009; 15 Supl (1): pág. 54-58.
11. Navarro, E, et al. Síndrome de Congestión Pélvica: Utilidad del tratamiento Laparoscópico. Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2005; Vol.56, Núm. 1 pág. 11-17.
12. Navarro, H et al. Síndrome de congestión pélvica: Evaluación del dolor después del tratamiento laparoscópico con Ligasure®. Rev. Colombia Médica. 2005 (Julio-Septiembre). Vol. 36 N° 3, pág. 153-157.
13. Pancorbo, C et al. Anomalías de la Vena Cava Inferior y dolor pélvico crónico en la mujer. Rev. Españolas de Investigaciones quirúrgicas. 2009; Vol. XII, Núm.: 1. pág. 29-32.
14. Prades, E et al. El síndrome congestivo pélvico. Resultados tras la embolización con espirales. Resultados tras la embolización con espirales. Elsevier-Doyma, Radiología. 2012.doi. 10.1016/J.Rx.2012.01.008.