

Nuevo enfoque de la Congestión Pélvica en Cuba. Presentación de dos casos.

Revista Médica Electrónica 2006;28(5)

HOSPITAL CLÍNICO-QUIRÚRGICO DOCENTE "JOSÉ RAMÓN LÓPEZ TABRANE".

MATANZAS

HOSPITAL NACIONAL "ENRIQUE CABRERA". C. HABANA

HOSPITAL "GONZÁLEZ CORO". C. HABANA.

HOSPITAL CIMEQ. C. HABANA.

Nuevo enfoque de la Congestión Pélvica en Cuba. Presentación de dos casos.

A new approach to pelvic congestion in Cuba . Presentation of two cases

AUTORES

[Dr. Cristóbal A. Pancorbo Sandoval\(1\)](#)

Dr. Jorge A. Jordán González(2)

Dr. Javier Leal Monedero(3)

Dr. Santiago Zubicoa Ezpeleta(4)

Dr. Heriberto M. Artaza Sanz(5)

Dr. Marcos Álvarez Rodríguez(6)

Dr. José Oliva Rodríguez(7)

Dr. Boris Luis Torres Cuevas(8)

(1) Especialista de I Grado en Angiología y Cirugía Vascolar.

(2) Especialista en Radiología. Jefe de Radiología. Hospital CIMEQ.

(3) Jefe de Servicio de Angiología y Cirugía Vascolar. Hospital RUBER Internacional. Madrid.

(4) Jefe Departamento de Radiología Hospital Ruber. Madrid.

(5) Especialista de II Grado en Angiología y Cirugía Vascolar. Profesor Auxiliar.

(6) Especialista I Grado en Gineco-Obstetricia. Especialista en MGI. Hospital Gineco-Obstétrico".

(7) Especialista II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Consultante.

(8) Especialista I Grado Radiología. Profesor Instructor Hospital ejecutor: CIMEQ. Ciudad de La Habana

RESUMEN

En nuestro país se reporta por los ginecólogos una alta incidencia de **sospecha** de congestión pélvica en sus consultas, sin embargo, el desconocimiento que hemos tenido a nivel médico de esta patología, así como la falta de trabajo en común entre las dos especialidades, de Ginecología y Angiología, han hecho que este campo sea oscuro, y que en algunos casos haya llegado a tratarse de una forma anacrónica, con tratamiento psiquiátrico, y en otros mediante cirugía agresiva como es la exéresis del útero. Casos clínicos: Se exponen dos mujeres con sospecha de Congestión Pélvica, se les realizó Us doppler Color abdominal y transvaginal y Flebografía Pélvica Selectiva (FPS). Se muestra que los casos seleccionados clínicamente tuvieron correlación con el Us Doppler a Color comprobándose en ambos casos dilatación de los lagos venosos (por encima de 5 mm), por lo que se procedió a realizarle FPS. De éstos, uno fue diagnóstico de Congestión Pélvica moderada sin puntos de fuga. En el segundo caso, positivo de Congestión Pélvica, se realiza tratamiento desde el punto de vista endovascular con la colocación de coils y espuma de etoxisclerol (técnica de "sándwich"). Por primera vez en nuestro

país se diagnostica y trata la Congestión Pélvica. Ambas mujeres se recuperaron rápidamente del proceder sin complicaciones inmediatas. Seguimiento de la paciente con embolización a los 30 días con regresión de los síntomas, a los 50 días se realiza control con ultrasonido doppler a color observando una disminución de los lagos venosos a 3 mm, considerándose normal.

DeCS:

DOLOR PÉLVICO/ultrasonografía

DOLOR PÉLVICO/quimioterapia

DOLOR PÉLVICO/terapia

FLEBOGRAFÍA/métodos

INSUFICIENCIA VENOSA/ultrasonografía

CUBA

HUMANO

FEMENINO

ADULTO

INTRODUCCIÓN

En Ginecología se considera Dolor Pélvico Crónico (DPC) aquél que viene padeciendo la mujer desde hace más de 6 meses, de forma casi continua, con mayor o menor intensidad, y que afecta, generalmente, a mujeres entre los 30-50 años, casadas y con hijos.(1)

Según Manish K Singh, el DPC de etiología desconocida es un problema común en las consultas ginecológicas en los USA (2)]. Mathias (1996) (3) expone que una de cada 7 mujeres son portadoras de DPC. Este autor también plantea que el costo estimado en el estudio de estas pacientes es aproximadamente de \$881.5 millones por año; Jamieson, (1996) (4)] plantea que un 39 % de mujeres en edad reproductiva padecen de DPC. Este mismo autor describe una prevalencia internacional similar.

El DPC es provocado por múltiples causas no angiológicas, pero en múltiples trabajos se demuestra que existe una disfunción circulatoria, esencialmente bajo la forma de una congestión pélvica. (4-7)

Es muy importante exponer el concepto de unidad funcional que forma el sistema venoso subdiafragmático entre el sistema abdominal, fundamentalmente pélvico, y de los Miembros Inferiores (MMII), así como sus diversas comunicaciones, lo cual nos permite comprender la hemodinamia compleja que se establece en el sistema venoso subdiafragmático formado por la bomba abdominal y las bombas de los MMII. Sabemos que la dirección del flujo venoso en su funcionamiento normal es de conducción centrípeta, en contra de la gravedad, para lo cual necesita de un sistema de conducción, el sistema venoso troncular, así como la ayuda del sistema valvular y unas bombas de impulso aspirativas que hagan llegar el flujo desde los niveles inferiores hasta el corazón. La comprensión de este conocimiento de hemodinámica y de la compleja anatomía venosa de la pelvis es vital para el diagnóstico y tratamiento de la congestión pélvica y de las várices recidivantes. (8-11)

En nuestro país se reporta por los ginecólogos una alta incidencia de **sospecha** de congestión pélvica en sus consultas, sin embargo, el desconocimiento que hemos tenido a nivel médico de esta patología, así como la falta de trabajo en común entre las dos especialidades, de Ginecología y Angiología, han hecho que este campo sea oscuro, y que en algunos casos haya llegado a tratarse de una forma anacrónica, con tratamiento psiquiátrico y en otros casos mediante cirugía agresiva como es la exéresis del útero. Sin embargo, todos los ginecólogos lo conocían,

fundamentalmente en los últimos tiempos con la aparición de la laparoscopia, que evidencia en su exploración la presencia de várices pelvianas. En el momento actual ya hay centros donde esta patología se estudia de una forma diferente y en definitiva se resume como la colaboración de la ginecología clínica, junto con la angiología y cirugía vascular en su variante clínica y de diagnóstico no invasivo, así como mediante diagnósticos y tratamientos endovasculares.

Casos Clínicos:

Primer caso:

Paciente : O.H.R, Edad: 41; Raza: B

Antecedentes Patológicos Familiares de interés: Padre HTA; madre con Várices en MMII, DPC, signos y síntomas de insuficiencia venosa crónica.

Antecedentes Patológicos Personales: Hipertiroidismo, dos embarazos, DPC.

Cuadro Clínico de interés: Dismenorrea después del 2do. Parto, No Dolor postcoital; dolor con la bipedestación en MMII y pelvis; hemorroides. No várices en MMII.

Examen Físico ginecológico:

TV: Útero en retroversión de forma y tamaño y consistencia normal.

Ultrasonido Doppler a color: Doppler transvaginal: Aparición de los plexos útero-ováricos como lagos venosos, que se distienden con el aumento de presión producido por la maniobra de Valsalva de más de 6.7 mm.

Flebografía Pélvica Selectiva (FPS):

Una vez discutido el caso por el equipo de investigación se decide realizar FPS prefiriendo la vena basilica derecha. Primeramente, siguiendo el protocolo del IGAV* del Ruber Internacional, Madrid, se descartan síndromes compresivos centrípetos (Síndrome de Nutcracker y Síndrome de May-Thurner) y sólo se observan (Fig.1) insuficiencias ligeras de eje gonadal izquierdo. Ambos ejes hipogástricos competentes. Hipervascularización del útero. Tiempo de realización: 15 minutos.

Una vez terminado el proceder, la paciente se mantuvo una hora bajo observación. No se presentaron complicaciones generales ni locales.

Segundo Caso:

Paciente: M. H. S Raza: B

Antecedentes Patológicos Familiares de interés : Madre que padeció de dolor pélvico crónico; signos y síntomas de insuficiencia venosa crónica.

Antecedentes Patológicos Personales: Operación abdominal anterior: lipectomía, 2 embarazos.

Cuadro Clínico de interés: Microvárices en cara posterior Miembros Inferiores; dismenorrea antes de Gestación; no dolor postcoital; dolor con la bipedestación en MMII; hemorroides.

Examen Físico ginecológico:

TV: Útero en retroversión de forma y tamaño y consistencia normal, no dolor a la movilización; no várices vulvares

Ultrasonido Doppler a color: Doppler transvaginal : Velocidad del flujo espontánea reducida. Insuficiencia valvular de ambos plexos venosos que se traduce en inversión de flujo con la maniobra de valsalva; lagos venosos de 8.8 mm.

Flebografía Pélvica Selectiva (FPS):

Se realiza igual procedimiento que el caso anterior, se descartan Síndromes compresivos centrípetos (Síndrome de Nutcracker y Síndrome de Thurner). Se confirma reflujo de vena gonadal derecha con flujo retrógrado con maniobra de valsalva (Fig.2). Se colocan 3 coils "cook" de 10 mm de diámetro y 10 cm. de largo (Fig.3) y espuma de etoxiesclerol al 2 % ("técnica de sándwich") distal y entre los

coils, se sella distal sólo con coils, quedando completamente ocluido este eje. En eje gonadal izquierdo también presentó reflujo de vena gonadal izquierda con flujo retrógrado con maniobra de valsalva. Se colocan 5 coils "cook" de 10 mm de diámetro y 10 cm de largo ocluyendo dos importantes ramas colaterales y espuma de etoxiesclerol al 2 % ("técnica de "sándwich") ocluyendo por completo este eje. Total de coils, 8. La Fig.4 nos muestra ambos ejes embolizados con coils con eliminación de flujo retrogrado. Ambos ejes hipogástricos competentes. Tiempo de realización: 25 minutos.

Una vez terminado el proceder la paciente se mantuvo cuatro horas bajo observación. No se presentaron complicaciones generales, sólo un pequeño hematoma en sitio de veno-punción. Se le indica reposo absoluto por 10 días, se le explica posibles síntomas relacionados al Síndrome post-embolización

**Fig. No. 1. Ligera insuficiencia de ejes gonadales.
Hipervascularización del útero**

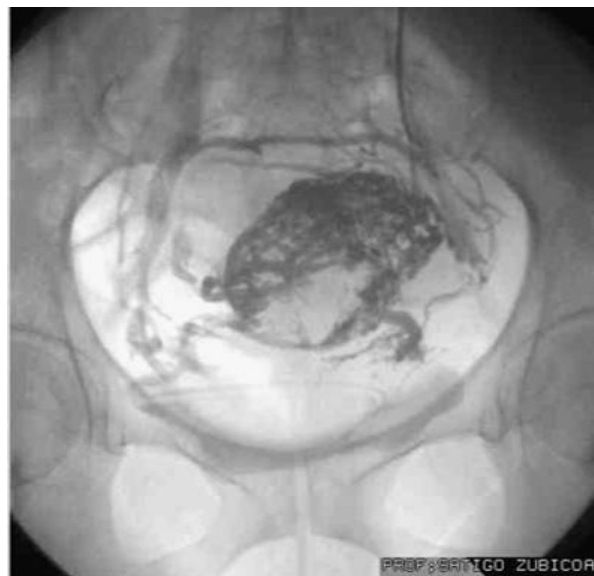


Fig. No. 2. Reflujo retrógrado de vena gonadal derecha con maniobra de valsalva.



DISCUSIÓN

En el primer caso, a pesar de clínica y ultrasonografía sugerente de insuficiencia gonadal moderada (6.7 mm de dilatación de los lagos venosos) según los criterios expuestos por Beard y Villavicencio, (12,13) se demuestra con la FPS que no hay patología pélvica venosa de importancia, por lo que no se procede al tratamiento endovascular. Confirmamos el criterio que la Flebografía pélvica Selectiva es el "GOLD STANDAR" en el diagnóstico de las enfermedades venosas. (13) Siguiendo los parámetros diseñados en nuestro protocolo para esta situación se decide imponer tratamiento médico, el cual consiste en reposo venoso, acetato de medroxiprogesterona 30 mg diario, se comienza el 2do. día de la menstruación, (14) venatón, rutascorbin, tratamiento que usualmente usaban los ginecólogos para el alivio de estos dolores por congestión pélvica. Se reevaluará nuevamente en la consulta conjunta de Angiología y Ginecología a los 6 meses. El segundo caso, con clínica sugerente de Congestión Pélvica y un Ultrasonido Doppler a Color que muestra dilatación de los lagos venosos patológicos, pero a diferencia del caso anterior, la dilatación de los lagos venosos es de 8.8 mm, lo que pudiera apoyar el criterio de que un valor igual o por encima de 8 mm (con Maniobra Valsalva) considerado como una insuficiencia extensa o severa sería la cifra a considerar como elegible para tratamiento embolizante. (5,7) En el momento de confeccionar esta publicación la paciente llevaba 94 días de habersele realizado este proceder, las primeras semanas sólo presentó ligeras molestias pélvicas que se intensificaron de forma moderada con el ciclo menstrual, pero a partir de aquí la mejoría fue notable. A los 50 días se le realizó Ultrasonido Doppler a Color transvaginal observando un diámetro a la maniobra de valsalva de 3 mm bilateral, lo que demuestra el éxito del proceder endovascular que se corresponde con la clínica referida por la paciente.

CONCLUSIONES

Por primera vez se logra en Cuba diagnosticar y tratar la congestión pélvica. En el primer caso a pesar de clínica y ultrasonografía sugerente de congestión pélvica se demuestra con la flebografía pélvica selectiva que hay una insuficiencia venosa gonadal ligera izquierda. Por lo que se confirma que la Flebografía pélvica Selectiva es imprescindible para definir el diagnóstico de congestión pélvica. Se descartan

síndromes compresivos e insuficiencias de los ejes hipogástricos en ambos casos en ambos casos. Se descartan insuficiencias de los ejes hipogástricos en ambos casos. Insuficiencia de ambos ejes gonadales en el segundo caso, por lo que se procede a la colocación de coils con la combinación de espuma de etoxisclerol al 2 % ("técnica de sándwich"). La embolización mixta de los ejes gonadales es un procedimiento rápido y efectivo. No presentamos complicaciones en ambos casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fdez-Samos R, Zorita A, Ortega JM, Morán C, Morán O, Vázquez J. Insuficiencia venosa gonadal femenina. *Angiología* 1993; 45: 203-9
2. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet gynecol* 1996; 87: 321-7
3. Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet gynecol* 1996; 87: 55-8
4. Hobbs JT. The pelvic congestion syndrome. *Br j hosp med* 1990; 43: 200-6.
5. Fdez-Samos R, Ortega JM, Zorita A, Morán C, Morán O, Vázquez J. Varicocele femenino, diagnóstico etiológico del síndrome de congestión pelviana. *Clin invest gin obst* 1994; 21: 84-91
6. Scialli AR, Barbieri RL, Glasser MH, Olive DL, Winkel CA. Association of Professors of Gynecology and Obstetrics Educational Series on Women's Health Issues: chronic pelvic pain: an integrated approach Jan 2000; 1-9
7. Langeron P. Stase veinuse pelvienne. Incidences gynécologiques. Peut-on individualiser une phlebologie gynécologique?. *Phlebologie* 1991; 44:381-93
8. Leal Monedero J, Carrión O. Fisiopatología venosa. Metodología diagnóstica. En: Cairols MA: Temas actuales en Angiología y Cirugía Vascul. Barcelona: Espaxs, S.A; 1993
9. Leal Monedero J. Insuficiencia venosa crónica de la pelvis y de los miembros inferiores. Madrid: Mosby/Doyma; 1997.
10. Leal J, Carrión O, Zubicoa S, Ley J. Insuficiencia venosa crónica: definición, fisiopatología y clasificación. *Phlebology digest* 1996; 1:4-8
11. Beard RW, Highman JH. Diagnosis of pelvic varicosities in women with chronic pelvic pain. *Lancet* 1984; 946-9
12. Anke H; et al. The pelvis venous syndromes: Analysis of our experience with 57 patients. *J vascular surg* 2002; 36:881-8
13. Zubicoa Ezpeleta S. Estudio flebográfico de la insuficiencia venosa crónica. Flebografía ascendente. Varicografía. Flebografía descendente. *An cirug card cirug vascular* 2001; 7:300-32
14. Leal Monedero J. La pathologie veineuse pelvienne. Traitement embolisant. *Phlébologie* 1999; 52: 299-309
15. Leal Monedero J, Zubicoa S, Del Campo Senosiain L, Sainz Gonzales F. Pelvic Congestion Syndrome proposal for a diagnostic and therapeutic approach. Conference. In: Internacional Congress of Phlebology and Lymphology. Italy: Bologna; 2005

SUMMARY

In our country, gynecologists report a high incidence of suspicion of pelvic congestion. Nonetheless, the lack of knowledge about this pathology we have had in the medical level, and the lack of joined work between the two specialties, Gynecology and Angiology, have made this field unclear and have lead to the anachronous treatment in some cases, like psychiatric treatment or aggressive

surgery (uterus exeresis). Clinical cases: We treated two women with suspicion of pelvic congestion. We made them abdominal and transvaginal US Doppler Color and selective pelvic phlebography. It was shown that, clinically, the selected cases had correlation with the US Doppler Color, verifying in both cases dilatation of vein lakes (over 5 mm), the reason for which we proceeded we made a selective pelvic phlebography. One of the cases was diagnosed as moderated pelvic congestion without leak points. In the second case, positive to pelvic congestion, we developed a treatment from the endovascular point of view, putting coils and etoxisclerol foam (sandwich technique). For the first time in our country pelvic congestion is diagnosed and treated. Both women quickly recovered after the procedure without immediate complications. The patients were followed with embolization after 30 days and showed regression of the symptoms. After 50 days we made a control with a color ultrasound Doppler and observed a diminution of the vein lakes to 3 mm , considered normal.

MeSH:

PELVIC PAIN/ultrasonography

PELVIC PAIN/drug therapy

PELVIC PAIN/therapy

PHLEBOGRAPHY/methods

VENOUS INSUFFICIENCY/ultrasonography

CUBA

HUMAN

FEMALE

ADULT

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Pancorbo Sandoval CA Jordán González JA, Leal Monedero J,Zubicoa Ezpeleta S, Artaza Sanz HM, Álvarez Rodríguez M,Oliva Rodríguez J, Torres CuevasBL.Nuevo enfoque de la Congestión Pélvica en Cuba. Presentación de dos casos..Rev méd electrón[Seriada en línea] 2006; 28(5).Disponible en URL:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista medica/año2006/tema10.htm>[consulta: fecha de acceso]