

Síndrome de congestión pélvica y sus opciones terapéuticas endovasculares

José María Asensi Miranda

Hospital de Basurto, Bilbao

Objetivo docente

- Revisar el síndrome de congestión pélvica (SCP), su diagnóstico y sus opciones terapéuticas desde el punto de vista endovascular.

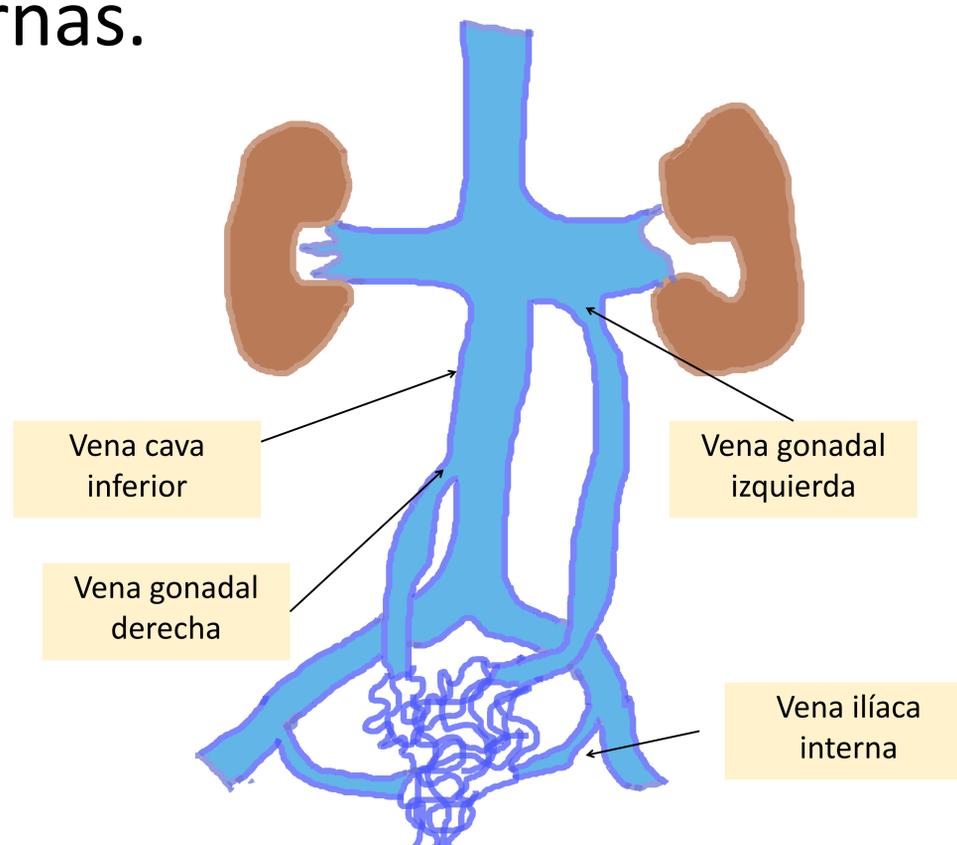
Revisión del tema

- El Síndrome Congestivo Pélvico (SCP) es una etiología frecuente de dolor pélvico crónico.
- El SCP es definido por el consenso Transatlántico Interdisciplinario VEIN-TERM como “síntomas crónicos que pueden producir dolor pélvico, pesadez perineal, urgencia miccional y dolor postcoital causados por reflujo y/o obstrucción de las venas ováricas y/o pélvicas, y que pueden estar asociados con varices vulvares, perianales y/o de las extremidades inferiores”.
- En la actualidad se encuentra infradiagnosticado debido al desconocimiento de los profesionales de la existencia de esta entidad.
- Por lo general afecta a mujeres multíparas en edad reproductiva, siendo su aparición excepcional en pacientes menopáusicas.
- Se estima que el 30-40% de las mujeres con dolor pélvico crónico sin causa filiada padecen de SCP.

Anatomía

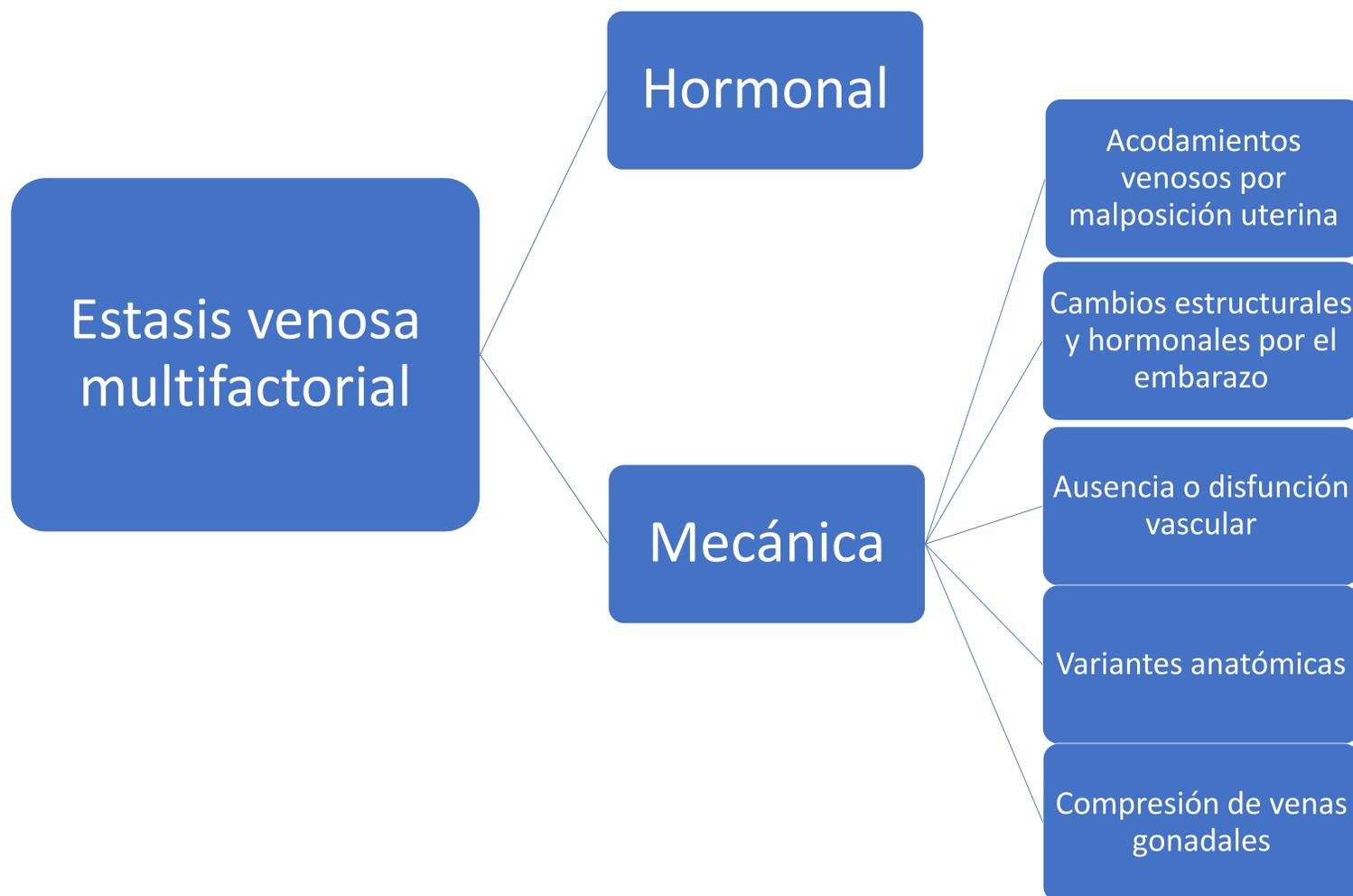
El drenaje venoso del plexo venoso uterino depende principalmente de las venas ováricas. La vena ovárica derecha nace de la pared de la vena cava inferior. Por su parte, la vena ovárica izquierda depende de la vena renal izquierda, formando con esta en su desembocadura, un ángulo de 90 °. Debido a esta curiosidad anatómica y al efecto de la gravedad en bipedestación, el reflujo de las venas renales afecta con mayor frecuencia a la vena gonadal izquierda que a la gonadal derecha.

El plexo venoso uterino presenta, además, conexiones con la circulación sistémica a través de las venas ilíacas internas.



Esquema de la anatomía de las venas ováricas y de la conexión del plexo venoso uterino con las venas ilíacas internas.

Etiología

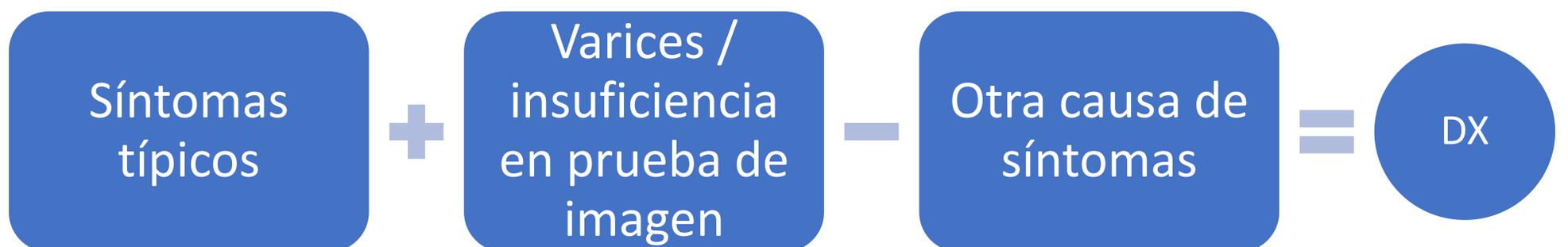


Podríamos clasificar el SCP en:

- Primario, el cual se relaciona con las cuatro primeras causas mecánicas.
- Secundario, el cual se asocia con la compresión extrínseca de las venas gonadales, generalmente a la altura de la pinza aortomesentérica o de la ilíaca interna en el cruce aorto-ilíaco.

Diagnóstico

- En la actualidad NO existen unos criterios diagnósticos concretos. El diagnóstico se establece con la combinación de los síntomas clínicos típicos y la demostración de dilatación o incompetencia venosa en pruebas de imagen. En ausencia de otra causa que justifique el dolor.



- Síntomas típicos:
 - Dolor pélvico, pesadez perineal, urgencia miccional y dolor postcoital al menos 3-6 meses
 - Hay un estudio que sugiere que la combinación de dispareunia postcoital y sensibilidad ovárica en el examen físico tiene un 77% de especificidad y una sensibilidad del 94% para el SCP.
- Técnicas de imagen:
 - Ecografía
 - Tomografía Computarizada (TC) abdominopélvico y Resonancia Magnética (RM)
 - Flebografía

Técnicas de Imagen

La presencia de varices en las técnicas de imagen no es diagnóstica de SCP si no se acompaña de los síntomas típicos. Hasta un 47 % de mujeres multíparas pueden mostrar varices asintomáticas (2).

Ecografía

Es la prueba diagnóstica a realizarse en primer lugar. Puede realizarse transvaginal, o preferiblemente combinada con el Doppler transabdominal. Podremos ver las varices pélvicas. Aporta la información extra de la realización de la maniobra de Valsalva presentarán marcado reflujo venoso.

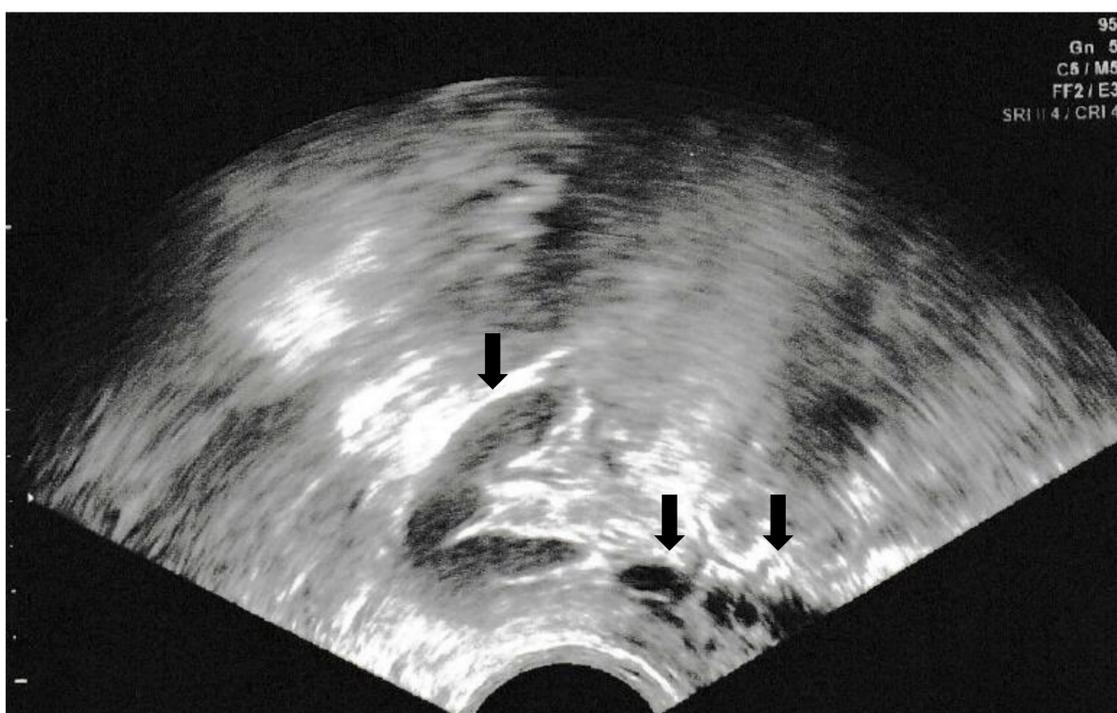


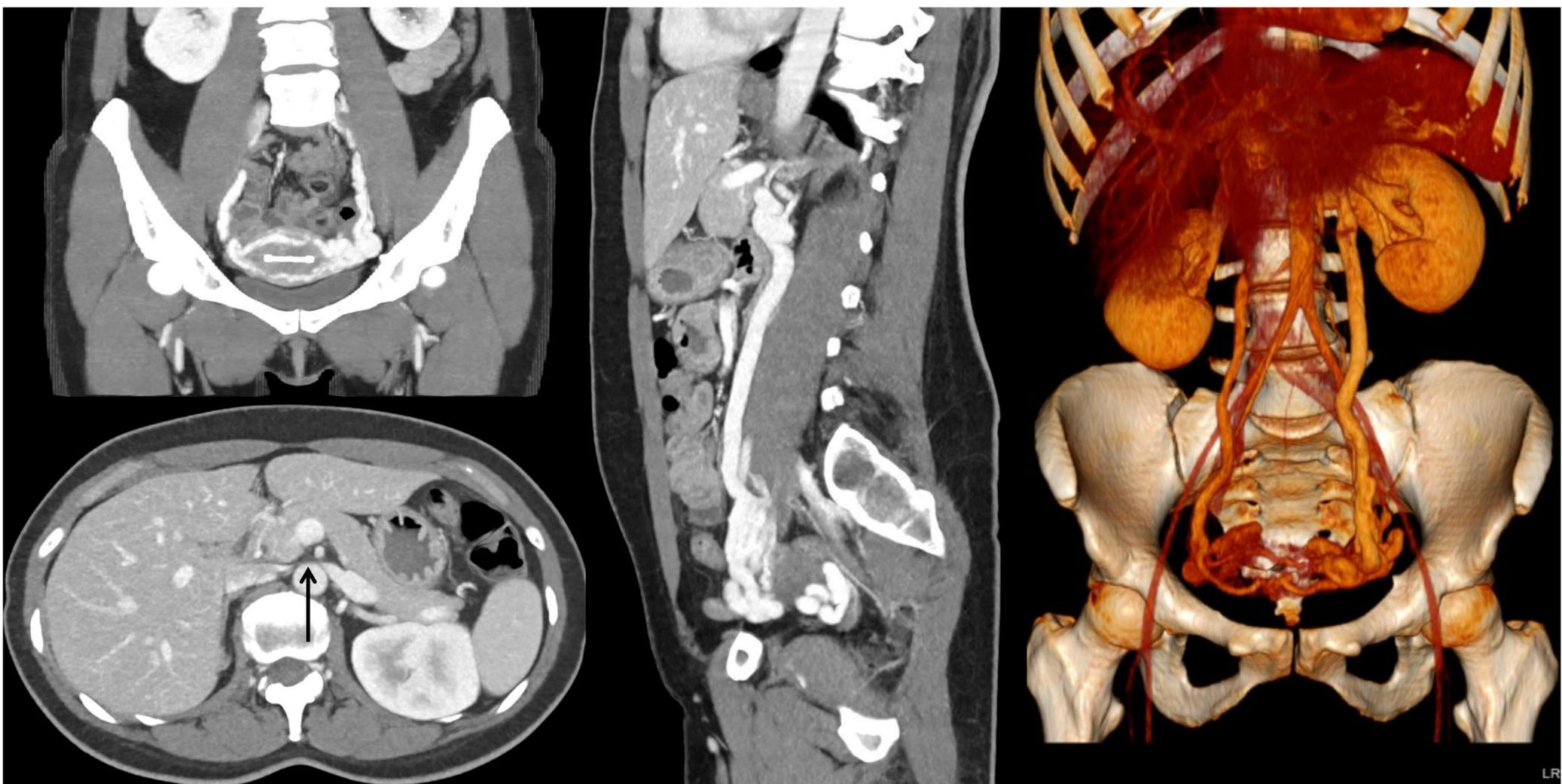
Imagen de ecografía intra-vaginal en la que se visualizan imágenes tubulares anecogénicas, compatibles con varices periuterinas.

TC abdominopélvico y RM

Es más caro que la ecografía, además de radiar al paciente. No permite la intervención en el mismo acto (la flebografía sí).

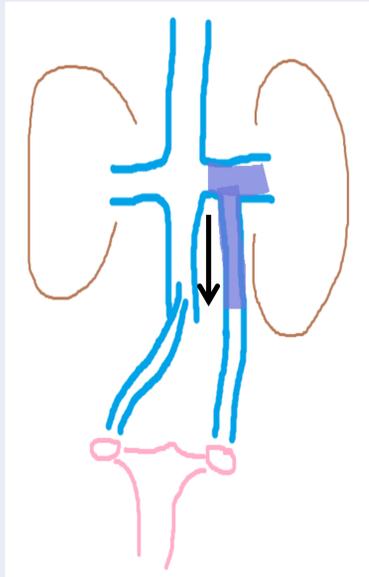
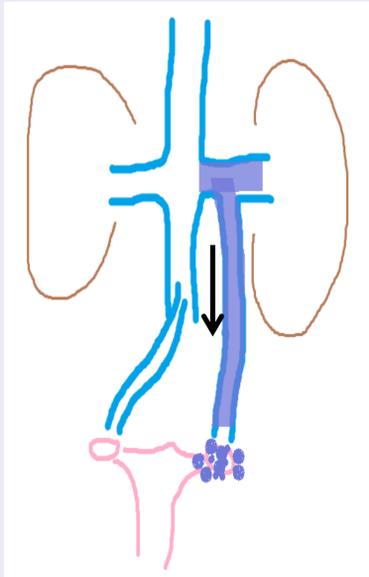
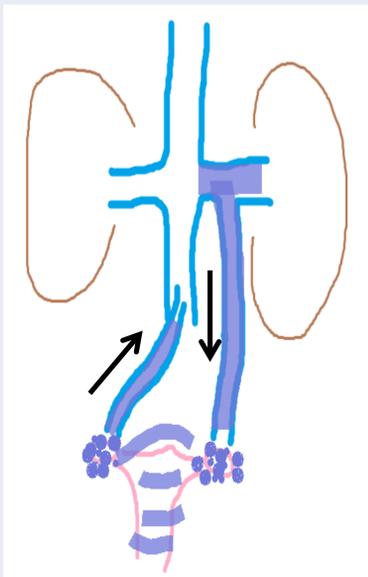
Su principal indicación es la sospecha de una causa compresiva (SCP secundario) o postrombótico.

Aunque algunos centros lo usan como planificación para la flebografía, sobre todo en casos en los que el engrosamiento de la vena ovárica es derecho.



TC abdominopélvico con contraste en paciente con clínica de síndrome congestivo pélvico. Se visualizan prominentes varicosidades pélvicas periuterinas con vena ovárica izquierda muy prominente. Cambio de calibre en pinza aortomesentérica (flecha), lo que sugiere causa obstructiva a este nivel.

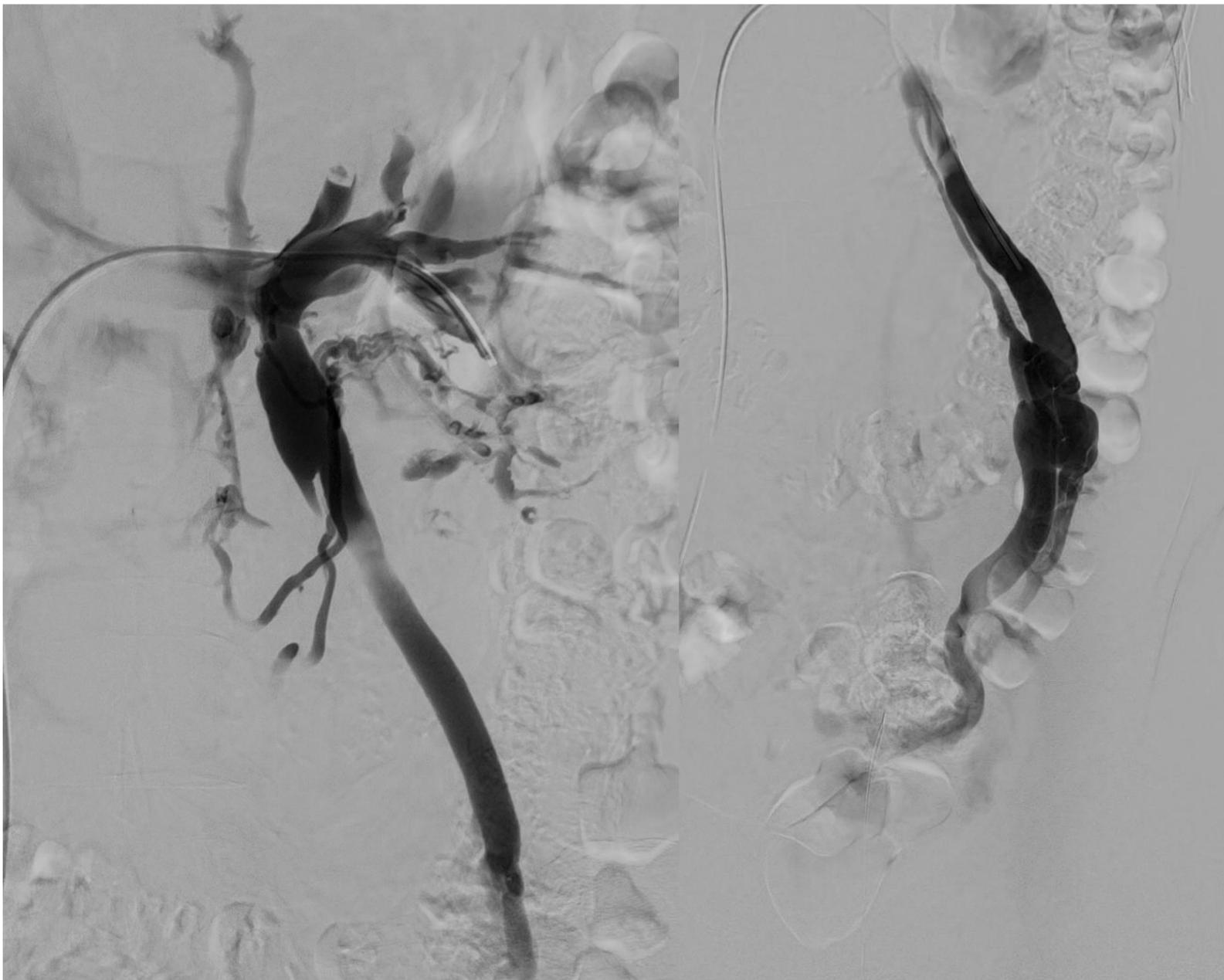
Existe una escala para la evaluación mediante TC del síndrome congestivo pélvico. Se llama escala de Hiomura mide el grado de reflujo de la vena ovárica tras la administración de contraste.

Grado	Grado 1	Grado 2	Grado 3
Hallazgos en CT	Flujo retrogrado en vena ovárica sin alcanzar venas para-uterinas	Flujo retrógrado hasta venas para-uterinas ipsilaterales	Flujo retrógrado que alcanza hasta vena ovárica derecha
Ilustración			

Flebografía

Algunas guías la recomiendan como prueba de elección.

Tiene la desventaja de que es una prueba invasiva. Pero, de confirmarse el diagnóstico permite la realización de la embolización para tratamiento en el mismo acto.



Flebografía con el catéter en la vena renal izquierda, visulizándose una vena ovárica muy dilatada y que permite el paso de retrógradamente hasta el plexo venoso peri-uterino.

Tratamiento

Tratamiento médico

En la actualidad el tratamiento médico es el de primera línea, a pesar de que los datos que lo apoyan son limitados, pero sus riesgos comparados con los procedimientos invasivos son bajos. Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina, el danazol, los anticonceptivos orales combinados, las progestinas, los flebotónicos y los fármacos antiinflamatorios no esteroideos son algunas opciones de tratamiento que han demostrado un tratamiento eficaz para el dolor en el SCP.

Tratamiento quirúrgico

La ligadura abierta de las venas ováricas y la histerectomía han quedado obsoletas. Hay múltiples estudios que demuestran la superioridad de los procedimientos intervencionistas frente al tratamiento quirúrgico.

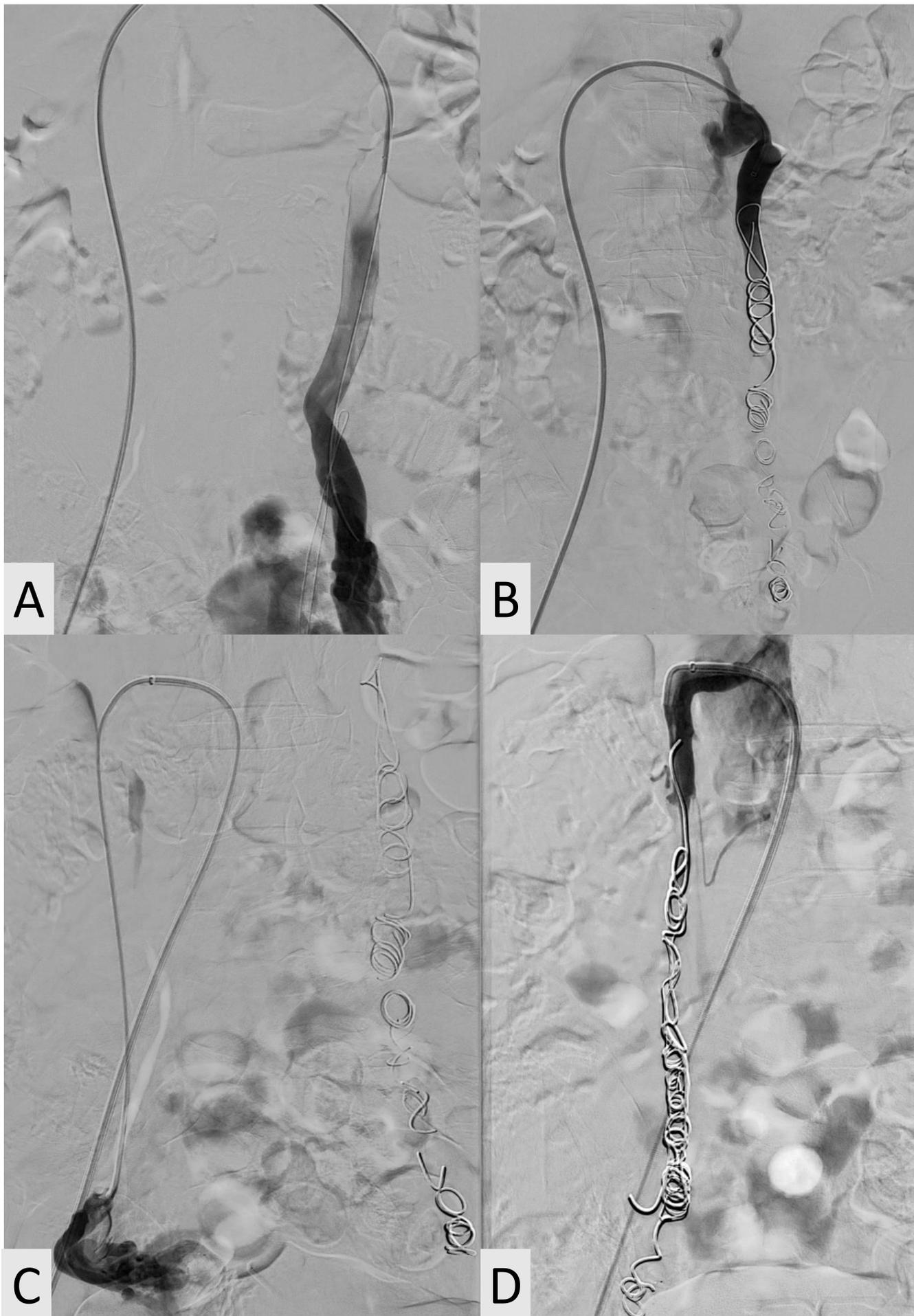
Tratamiento endovascular

El tratamiento endovascular consiste en la embolización de la vena ovárica. Para esta se pueden emplear agentes esclerosantes líquidos, como puede ser el pegamento o el lipiodol, o agentes sólidos (como pueden ser los coils).

En nuestro centro hay preferencia por la utilización de coils, ya que tienen la ventaja de que el riesgo de migración durante la intervención es menor.

A la hora de colocar los coils debemos de cubrir el mayor territorio de la vena gonadal (de esta forma ocluimos posibles venas colaterales), aunque sin introducirse en el plexo pampiniforme (ya que hay mayor riesgo de tromboflebitis).

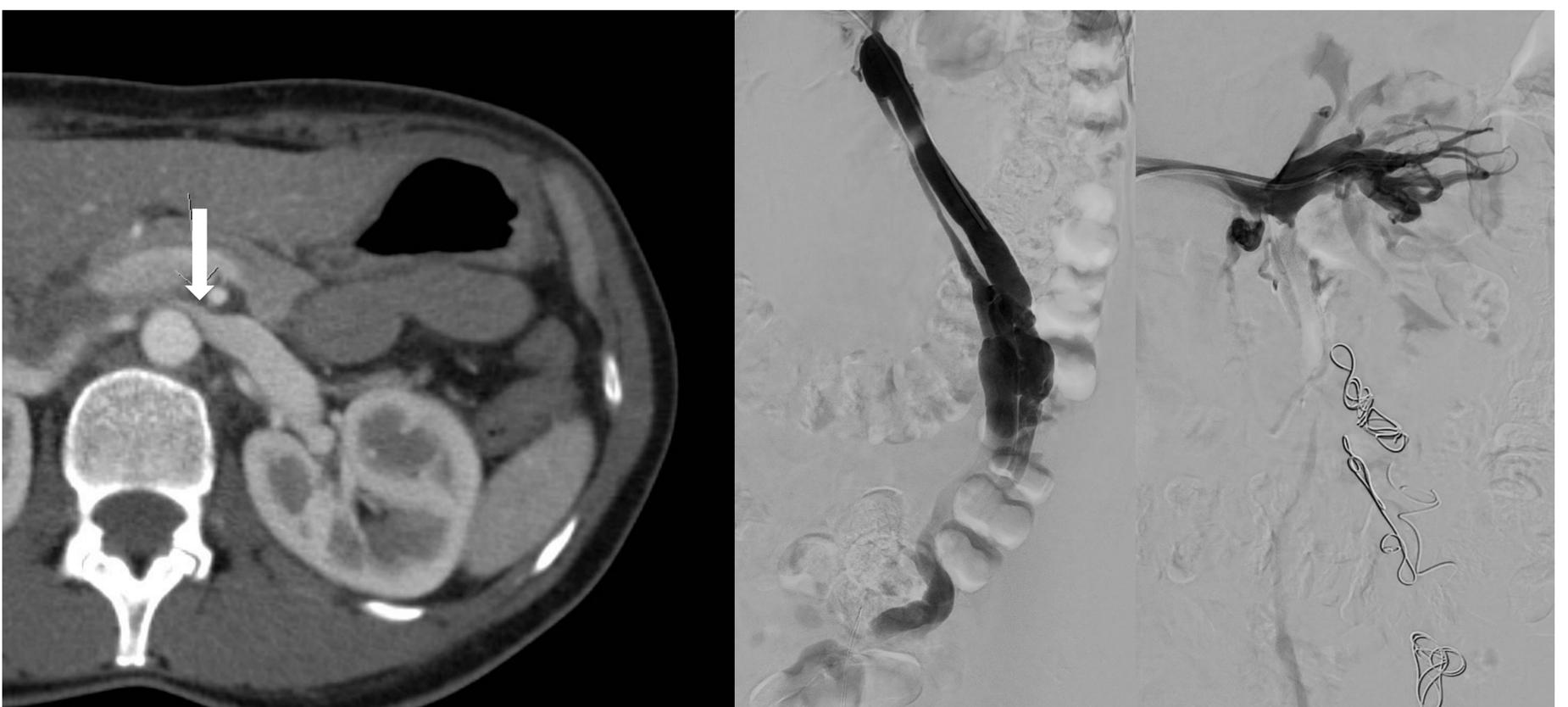
En la mayoría de las ocasiones aunque el reflujo sea bilateral es suficiente con la embolización de la vena izquierda. Quedaría la embolización bilateral reservada para aquellos casos que presentan mal resultado tras la embolización del lado izquierdo. En estos casos también se podría realizar embolización de las ramas dependientes de las venas iliacas.



(A y B) Marcado engrosamiento de la vena gonadal izquierda con flujo retrogrado del contraste. Se procede a embolización mediante coils, consiguiéndose buen resultado angiográfico. (C y D) Debido a que la paciente persistía con dolor se procedió a realización de flebografía de vana gonadal derecha, donde también se visualizaba datos flebográficos de insuficiencia venosa, por lo que también se embolizó este lado.

En los casos en los que la dilatación de las venas ováricas sea obstructiva (como en los casos producidos por una pinza aortomesentérica) el tratamiento podría ser la colocación de un stent para solucionar la estenosis. Para esto, previo a la colocación del stent, está indicada la realización de una manometría previo a la estenosis y post-estenosis. En caso de que el gradiente de presión sea $> 2-3$ mmHg podemos asumir la causa obstructiva.

Debemos de tener especial cuidado en estos pacientes a la hora de colocar coils, porque sino hemos solucionado la estenosis, podemos generar una trombosis de la vena renal.



Impronta de la pinza aortomesentérica en la vena renal izquierda (flecha) y dilatación de la vena gonadal y renal ipsilateral. Mediante flebografía se comprueba incompetencia de la vena ovárica izquierda que presenta múltiples ramas engrosadas. Se realiza manometría con un gradiente normal, por lo que se desacarta la causa compresiva y se puede proceder a la colocación de coils. Se consigue buen resultado angiográfico con cierre de todas las ramas venosas.

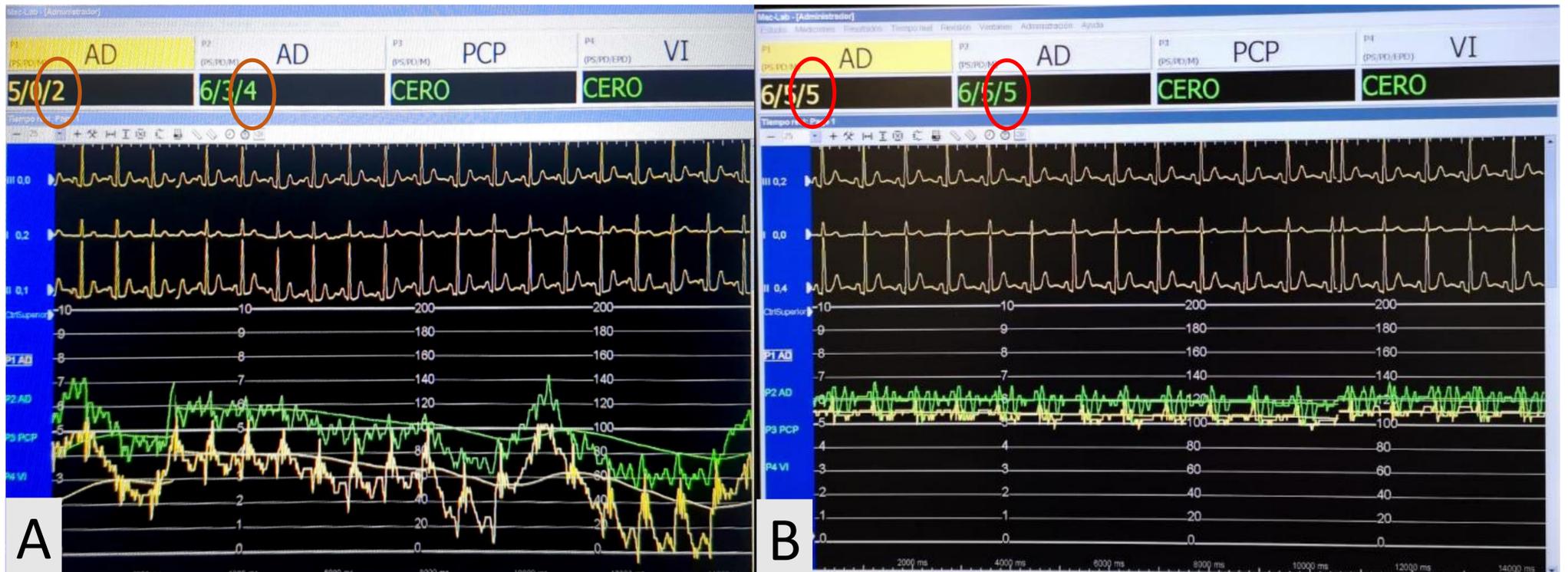


Imagen A. Manometría previo a tratamiento de una paciente con varices peri-uterinas y dilatación de lavena gonadal izquierda con una sospecha de causa compresiva por pinza aorto-mesentérica. El círculo naranja indica las presiones medias previa al tratamiento (gradiente de presión de 2 mmHg).

Imagen B. Manometría post-tratamiento mediante la implantación de un stent en la vena renal izquierda, en la que se ve como las presiones se han igualado (círculos rojos), con un gradiente de presión de 0 mmHg.

Los resultados del tratamiento endovascular son favorables, obteniéndose en torno a un 98-100 % de resolución angiográfica del reflujo.

Los resultados clínicos son mas variables, variando entre estudios entre un 60% y un 100%.

En cuanto a las complicaciones son relativamente raras. Podemos encontrar las relacionadas con la punción de la vena, como el hematoma; y las relacionadas con la migración del material de embolización, bien sea durante la propia intervención o tardíamente.

Conclusiones

- El síndrome de congestión pélvica es una entidad poco conocida y en ocasiones infra-diagnosticada, que puede ser tratada.
- Para su diagnóstico, no solo nos guiamos por la visualización de las varices peri-uterinas /engrosamiento de la vena gonadal en pruebas de imagen; sino que debemos de tener también un cuadro clínico compatible y la certeza de que no hay otra causa que lo pueda estar provocando.
- Para su tratamiento a día de hoy podemos optar por el tratamiento conservador (médico) o bien realizar la embolización de las venas gonadales. Los tratamientos quirúrgicos están obsoletos.
- La embolización podemos realizarla con agentes líquidos (cianocrilato/lipiodol) o con agentes sólidos (coils). En ocasiones podemos combinar ambos métodos.
- En casos de sospecha de compresión por la pinza aorto-mesentérica se ha descartar el síndrome del cascanueces antes de la implantación de coils.
- Los resultados del tratamiento endovascular son buenos, rondando la mejoría clínica entre un 60%-100%, según el estudio

Referencias

- O'Brien MT, Gillespie DL. Diagnosis and treatment of the pelvic congestion syndrome. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2015 Jan;3(1):96-106.
- Rozenblit AM, Ricci ZJ, Tuvia J, et al. Incompetent and dilated ovarian veins:a common CT finding in asymptomatic parous women. AJR Am J Roentgenol 2001;176:119-22.
- Omer Saadat Cheema, Singh P. Pelvic Congestion Syndrome [Internet]. Nih.gov. StatPearls Publishing; 2021. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560790/>
- Basile A, Failla G, Gozzo C. Pelvic Congestion Syndrome. Seminars in Ultrasound, CT and MRI. 2020. Enlace:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887217120300822?via%3Dihub#fig0001>