

CARTA CIENTÍFICA

Embolización de venas hipogástricas como tratamiento de síndrome de congestión Pélvica

Hypogastric vein embolisation as treatment in pelvic congestion syndrome

I. Estévez Fernández*, E. San Norberto García, J. Taylor, V. Gastambide Norbis, R. Fuente Garrido y C. Vaquero Puerta

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

Recibido el 3 de octubre de 2012; aceptado el 7 de abril de 2013

Disponible en Internet el 21 de julio de 2013

Mujer de 34 años, con antecedentes de colitis ulcerosa y un embarazo con parto eutócico, que acude por sospecha de síndrome de congestión pélvica. Clínicamente presentaba dispareunia, dismenorrea y dolor hipogástrico crónico. En la exploración física presentaba venas de aspecto varicoso a nivel vulvar y, además, una malformación vascular en la cara interna de la raíz del miembro inferior derecho.

Se realizó una angio-TC en la que se comprobó la falta de aporte arterial a dicha malformación, la cual se describía como formaciones venosas superficiales, serpiginosas y gruesas que drenaban en la vena ilíaca derecha. Así mismo, se constató la presencia de venas de gran calibre en útero y anejos (fig. 1).

En la flebografía preoperatoria desde venas femorales se comprobó la permeabilidad del sistema venoso profundo y la retención de contraste en las venas ováricas, sospechando una insuficiencia venosa pélvica.

Tras valorar la clínica y las pruebas de imagen, se diagnosticó de síndrome de congestión pélvica y de malformación venosa en extremidad inferior derecha. Se optó por la embolización venosa, para contrarrestar la insuficiencia venosa pélvica y la esclerosis de dicha malformación.

Mediante acceso percutáneo en la vena yugular interna derecha se canalizaron las venas ováricas, ilíacas e hipogástricas. En las flebografías selectivas intraoperatorias se comprobó la competencia de las venas ováricas de forma bilateral, con diámetros normales, sin embargo, las venas hipogástricas resultaron ser insuficientes, con reflujo de contraste y lavado tardío del mismo. Se procedió a la embolización con coils de las venas insuficientes, precisándose la liberación de 4 coils en la vena hipogástrica derecha y 3 en la izquierda. En las flebografías de control se comprobó la correcta colocación de los coils con obliteración de las venas incompetentes, no rellenándose de contraste con la maniobra de Valsalva. Tras finalizar el procedimiento endovascular se procedió a la esclerosis de la malformación venosa con etoxisclerol 2% en espuma (fig. 2). La paciente fue dada de alta al día siguiente completamente asintomática.

A los 3 meses refiere gran disminución de los síntomas, con desaparición de la dispareunia y de la sensación de peso pélvico; la malformación se encuentra trombosada y en el eco-Doppler se comprueba la permeabilidad del sistema venoso profundo así como la presencia de numerosos vasos trombosados en la cara interna de la raíz del miembro inferior derecho.

El dolor pélvico crónico se ha definido como la presencia de dolor pélvico y abdominal con una duración de al menos 6 meses no exclusivamente relacionado con las relaciones sexuales o el ciclo menstrual. Esta enfermedad

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isaestevezfer@gmail.com
(I. Estévez Fernández).

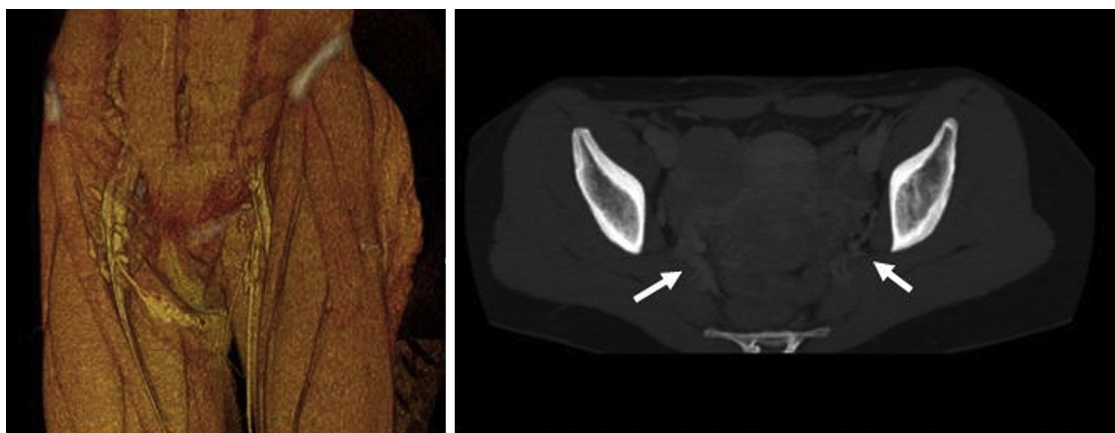


Figura 1 Angio-TC preoperatorio en el que se evidencia a) la presencia de una malformación vascular en cara interna de la raíz de miembro inferior derecho dependiente de venas ilíacas derechas, así como b) venas de gran calibre a nivel de útero y anejos (flechas).

supone hasta el 10% de las consultas ginecológicas y hasta un tercio de las laparoscopias diagnósticas. Una de las posibles causas es el síndrome de congestión pélvica debido a la incompetencia de las venas ováricas y/o hipogástricas. Debe sospecharse en mujeres con dolor pélvico crónico tras excluir otras causas del mismo, como endometriosis, adherencias pélvicas, dolor menstrual atípico, enfermedad urológica o gastrointestinal^{1,2}.

Para hacer el diagnóstico de síndrome de congestión pélvica es preciso constatar la incompetencia venosa con distintas técnicas como ecografía Doppler transvaginal, angio-TC o angio-RM, donde se evidencia la presencia de venas dilatadas y tortuosas a nivel de ovario y anejos y, sobre todo, la flebografía. El hallazgo flebográfico fundamental es el reflujo de contraste hacia las venas ováricas y/o pélvicas. También se ha descrito el hallazgo de una vena ovárica mayor de 5 mm de diámetro, el lavado tardío

de contraste, la opacificación de las venas que cruzan la línea media y de las comunicantes con varices en la región obturadora^{3,4}.

La insuficiencia venosa crónica pélvica depende de factores mecánicos (multiparidad, compresión extrínseca como en el síndrome del cascanueces o defectos anatómicos venosos) y hormonales⁴⁻⁶. En ocasiones provoca el síndrome de congestión pélvica, más frecuentemente en premenopáusicas y multiparas. El síntoma más importante es el dolor pélvico. Otros síntomas son la dispareunia, dismenorrea, peso pélvico, irritabilidad vesical, dolor a la palpación de los puntos ováricos y venas varicosas en la zona vulvar y en la raíz de los miembros inferiores⁷.

Hasta la década de los años 1980, en los casos resistentes al tratamiento sintomático, se propugnaba la histerectomía y doble anexectomía. Posteriormente se utilizaron progestágenos y análogos de la GnRH así como resección

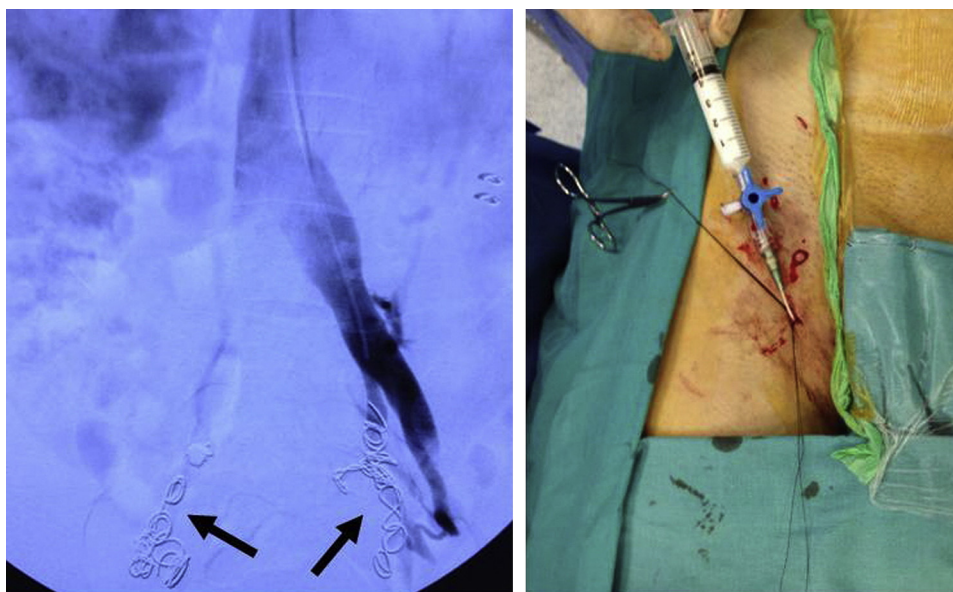


Figura 2 a) Flebografía de control tras la colocación de coils (flechas) en ambas venas hipogástricas con obliteración de las mismas no rellenándose de contraste durante la maniobra de Valsalva. b) Esclerosis de la malformación venosa con etoxisclerol al 2% en espuma.

laparoscópica de las venas ováricas. Desde los años 1990, el tratamiento endovascular percutáneo se ha convertido en el tratamiento de elección⁴.

El procedimiento puede realizarse bajo anestesia local o regional. Los accesos más utilizados son la vía transyugular y transfemoral, siendo menos frecuente la transbraquial. Se utilizan introductores de 6-7 Fr, guías hidrofílicas teflonadas y catéteres tipo multipropósito. Tras canalizar las venas ováricas e hipogástricas se realiza flebografía selectiva para constatar la presencia de reflujo. Para la embolización pueden utilizarse materiales sólidos como coils o líquidos como tetradecil sulfato. Tras la embolización se realiza un control flebográfico para constatar el éxito técnico⁸.

Las distintas series reportan alto éxito técnico, con corta estancia hospitalaria y mejoría clínica en un elevado número de pacientes. Se describen complicaciones como perforación venosa, tromboflebitis, hematomas o migración de material, todas con baja incidencia. Por todo ello esta técnica es actualmente el tratamiento de elección.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cordts PR, Elavea A, Buckley PJ, deMaiores CA, Cockerill ML, Yeager TD. Pelvic congestion syndrome: early clinical results after transcatheter ovarian vein embolization. *J Vasc Surg.* 1998;28:862-8.
2. Van der Vleuten CJM, van Kempen JA, Schultze-Kool LJ. Embolization to treat pelvic congestion syndrome and vulval varicose veins. *Int J Gynecol Obstet.* 2012;118:227-30.
3. Kwon SH, Oh JH, Ko KR, Park CH, Huh JY. Transcatheter ovarian vein embolization using coils for the treatment of pelvic congestion syndrome. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2007;30:655-61.
4. Edo Prades MA, Ferrer Puchol MD, Esteban Hernández E, Ferrero Asensi M. El síndrome congestivo pélvico. Resultados tras la embolización con espirales. *Radiología* 2012. En prensa.
5. Belenky A, Bartal G, Atar E, Cohen M, Bachar GN. Ovarian varices in healthy female kidney donors: incidence, morbidity and clinical outcome. *AJR Am J Roentgenol.* 2002;179:625-7.
6. Scultetus AH, Villavicencio JL, Gillespie DL. The nutcracker syndrome: its role in the pelvic venous disorders. *J Vasc Surg.* 2001;34:812-9.
7. Beard RW, Reginald PW, Wadsworth J. Clinical Features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion. *Br J Obstet Gynaecol.* 1988;95:153-61.
8. Machan L. Pelvic Congestion Syndrome. En: Goltzarian J, editor. *Medical Radiology-Vascular Embolotherapy.* Vol. 1. New York; Springer:2004, p 199-212.