

Síndrome de Congestión Pélvica: Una revisión actualizada de la literatura.

Pelvic Congestion Syndrome: An updated review of the literature.

Valeria Leitón Solano¹, María Fernanda Sibaja Mora², Catalina Castrillo Hine³, Juan Carlos Solano Muñoz⁴.

1, 2, 3, y 4 Médico general, Trabajador independiente, San José, Costa Rica.

Contacto: va.leitonsolano@outlook.com

RESUMEN

El síndrome de congestión pélvica (SCP) se define como un dolor pélvico crónico habitualmente asociado a varices vulvares o perineales como resultado del reflujo u obstrucción de las venas gonadales, glúteas o periuterinas. La incompetencia valvular se traduce en estasis sanguínea, obstrucción del flujo venoso y flujo retrógrado en la vascularización pélvica, que puede manifestarse clínicamente como dolor pélvico en al ponerse de pie o sentarse, disuria, dispareunia y dismenorrea. La etiología es variada e involucra factores mecánicos, defectos anatómicos, anomalías en el retorno venoso, obesidad, embarazo, multiparidad y factores hormonales que contribuyen a insuficiencia y dilatación venosa. El diagnóstico se confirma mediante estudios de imagen, siendo la venografía por sustracción digital el estándar de oro. Actualmente existen muchas opciones de tratamiento para el SCP que incluyen hormonoterapia, emboloterapia, escleroterapia, cirugía endovascular y cirugía abierta. Una de las mejor establecidas, con mejores resultados, es la oclusión endovascular de los vasos dilatados.

Palabras Clave: congestión pélvica, venas varicosas, dolor pélvico, revisión.

ABSTRACT

Pelvic congestion syndrome (PCS) is defined as chronic pelvic pain usually associated with vulvar or perineal varices as a result of reflux or obstruction of the gonadal, gluteal or periuterine veins. Valvular incompetence results in blood stasis, venous outflow obstruction, and retrograde flow in the pelvic vasculature, which can manifest clinically as pelvic pain on standing or sitting, dysuria, dyspareunia, and dysmenorrhea. The etiology is varied and involves mechanical factors, anatomical defects, anomalies in venous return, obesity, pregnancy, multiparity, and hormonal factors that contribute to venous insufficiency and dilation. The diagnosis is confirmed by imaging studies, with digital subtraction venography being the gold standard. There are currently many treatment options for PCS including hormonal therapy, embolotherapy, sclerotherapy, endovascular surgery, and open surgery. One of the best established, with better results, is endovascular occlusion of dilated vessels.

Keywords: pelvic congestion, varicose veins, pelvic pain, review.

Cómo citar:

Leitón Solano, V., Sibaja Mora, M. F., Castrillo Hine, C., & Solano Muñoz, J. C. Síndrome de Congestión Pélvica como causa de dolor pélvico crónico. *Revista Ciencia Y Salud*, 6(3), Pág. 97-104. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i3.430>

Recibido: 25/Ene/2022

Aceptado: 02/May/2022

Publicado: 17/Jun/2022



INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico crónico (DPC) en la mujer en edad fértil es un problema frecuente en la consulta ginecológica. Se define como la presencia de dolor que se localiza en la región abdominal inferior o pélvica que se presenta en lapsos o continuamente durante períodos de más de 6 meses y no necesariamente está asociado con el ciclo menstrual, ni ocurre únicamente con el coito o el embarazo. (1,2,3,4)

Entre las causas de dolor pélvico crónico se destaca el síndrome de congestión venosa pélvica (SCP). El SCP se define como un dolor pélvico crónico, asociado a la presencia de varices pélvicas, que provocan dilatación venosa y estasis de los órganos en la cavidad pélvica. Esta condición se caracteriza por tener relación directa con los sistemas reproductivo, genitourinario, gastrointestinal y musculoesquelético, por lo que frecuentemente se necesita de un abordaje multidisciplinario para dictar un diagnóstico definitivo. Dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes están DPC, dolor en bipedestación, dispareunia, disuria y dismenorrea (5,6,7,8).

El diagnóstico se establece por medio de estudios de imagen como ecografía pélvica o trasvaginal, la tomografía axial computarizada con medio de contraste y la venografía, la cual se considera adecuada tanto para el diagnóstico como para el tratamiento endovascular. El tratamiento para el SCP debe ser individualizado según el contexto clínico de cada paciente. Una de las opciones es la terapia médica, aunque suele tener escasa respuesta terapéutica; siendo el método de elección el procedimiento endovascular, el cual ha demostrado ser seguro y mínimamente invasivo. Para los pacientes que son refractarios a otra modalidad de tratamiento, se utiliza el tratamiento quirúrgico como otra alternativa (2,4,5,7,9,10).

Métodos

Para llevar a cabo esta revisión se realizó una revisión bibliográfica de las literaturas más recientes sobre aspectos generales, diagnóstico y tratamiento del síndrome de congestión pélvica, para un total de 17 bibliografías revisadas. Se consultaron las bases de datos Elsevier, PubMed y MEDLINE, en los idiomas inglés, portugués y español.

Epidemiología

Debido a los grandes avances en el campo de la cirugía vascular en las últimas décadas, las estimaciones de incidencia y prevalencia de las venas varicosas han cambiado considerablemente y los resultados específicos varían de acuerdo con la definición empleada y de la muestra geográfica examinada. En Estados Unidos, se calcula que la prevalencia de dolor pélvico crónico es del 15% en mujeres de 18 a 50 años y hasta del 43,4% en todo el mundo. Del 30 al 40% de los casos de DPP están asociados con SCP (1,5,11).

En España, un estudio realizado por el servicio de Ginecología y Obstetricia arroja resultados similares, donde se plantea que el 15% de las mujeres en su vida presentan várices pélvicas, entre los 20 y 50 años de edad, este estudio adicionalmente establece el embarazo como un factor de muy alto riesgo y aumenta la prevalencia en un 50% de tener SCP (1).

En Latinoamérica, la estadística documentada reciente es limitada, son necesarios estudios que incluyan incidencia y prevalencia actualizada de la patología varicosa pélvica para poder estimar el impacto del SCP sobre los diferentes sistemas de salud.

Fisiopatología

La incompetencia valvular pélvica es producida por causas multifactoriales que dan como resultado estasis sanguínea, obstrucción al flujo venoso y flujo retrógrado en la vascularización pélvica (9).

La fisiopatología de la insuficiencia venosa en miembros inferiores arroja resultados muy similares que coinciden con los resultados obtenidos en la fisiopatología del síndrome de congestión pélvica. Inicia con la activación de una falla en las válvulas venosas, lo cual habilita el flujo retrógrado por la vena; aumentando la presión dentro de la misma, y por ende su diámetro, perjudicando así la distancia entre las válvulas, esto favorece distintas alteraciones en las paredes de las venas, convirtiéndolas en venas tortuosas y prominentes. El estado de flujo bajo en los lechos capilares provoca un atrapamiento de leucocitos, lo que culmina en una respuesta inflamatoria e hipertensión venosa crónica (4).

Esta insuficiencia venosa perjudica considerablemente la vena ovárica derecha y la vena íliaca interna derecha en cerca del 57%, seguidamente la vena íliaca interna en un 50% y por último la vena ovárica derecha en aproximadamente un 3% (9).

Clínicamente, los pacientes con SCP presentan síntomas que a menudo limitan el estilo de vida y consisten en dolor crónico en la parte inferior del abdomen o la pelvis exacerbado al sentarse o pararse, dispareunia, disuria, varicosidades en la vulva y las extremidades inferiores y sensibilidad pélvica (11).

Etiología

Los factores etiológicos pueden clasificarse en primarios o secundarios.

Primarios:

- **Embarazo y multiparidad:** Las várices vulvares se presentan en aproximadamente el 10% de las mujeres embarazadas y el riesgo aumenta con el número de embarazos. Durante el embarazo se produce un aumento en el volumen intravascular, lo que genera un aumento en la capacidad venosa de un 60%. La multiparidad se asocia a mayor afectación a nivel de las venas pélvicas, provocando incompetencia valvular. Las varicosidades vulvares suelen desaparecer espontáneamente después del parto (8,9,12).
- **Defectos anatómicos:** Entre el 13-15% de las pacientes con SCP presenta anomalías congénitas en las válvulas de las venas ováricas, produciendo reflujo sanguíneo hacia las venas íliacas internas de la pelvis (5,8,9).
- **Problemas de retorno venoso:** Provocado por cirugías previas o trombosis venosa (5).
- **Hormonales:** El estrógeno como potente vasodilatador relaja el músculo liso y ablanda las fibras de colágeno, aumentando la disfunción venosa por estasis y flujo retrógrado. Un aumento en los niveles de estrógenos secundariamente produce un incremento de los niveles de óxido nítrico, lo que genera relajación del músculo liso de las paredes de los vasos uterinos provocando incremento del dolor (5,8).
- **Obesidad:** La presencia de sobrepeso genera compresiones venosas intermitentes, las cuales dan lugar a insuficiencia, dilatación y reflujo de las venas periováricas y periuterinas (8,9).

Secundarios:

- **Compresión vascular extrínseca:** Se presenta una circulación colateral compresiva la cual genera várices pélvicas y con esto daño valvular, atribuyendo dicho fenómeno a los síndromes May Turner (compresión de la vena íliaca común izquierda por la arteria íliaca común derecha suprayacente) o síndrome del cascanueces (compresión de la vena renal izquierda entre la aorta abdominal y la arteria mesentérica superior) (5,8,9).

- **Anomalías venosas asociadas a causas locales extrínsecas:** Provocada por patologías como endometriosis o masa tumoral (7,9).

Diagnóstico

Para el diagnóstico del SCP, se han establecido cuatro métodos de imagen, dentro de los cuales se encuentran:

1. Ecografía pélvica o transvaginal: Los criterios para el diagnóstico ecográfico de várices incluyen la identificación de venas ováricas dilatadas, generalmente >6 mm, (aunque también se ha sugerido 7 mm como punto de corte) y presencia de reflujo durante la maniobra de Valsalva. En algunos casos se puede observar un flujo venoso lento menor a 3 cm/s (8,13,14).

2. Tomografía computarizada: Es una herramienta sensible para el diagnóstico, ya que permite identificar la dilatación y tortuosidad de las venas pélvicas, pero presenta un margen de error en algunos casos, porque al colocar al paciente en decúbito supino se subestima el diagnóstico ya que la posición enmascara los resultados, además de que es una fuente de radiación ionizante considerable (7,8,13).

3. Resonancia magnética: Permite visualizar estructuras tortuosas y dilatadas que van desde el útero hasta la pared pélvica lateral, los resultados se maximizan cuando se emplea gadolinio como medio de contraste y más aún, cuando asocia a la maniobra de Valsalva que aumenta el reflujo venoso, pero también en este caso se presentan reacciones adversas como reacciones alérgicas y fibrosis quística nefrogénica (8,9).

4. Venografía por sustracción digital: Es el estándar de oro para diagnosticar SCP, se confirma al visualizar venas ováricas dilatadas según referencias (>6 -8 mm de diámetro), flujo sanguíneo enlentecido <3 cm/s, reflujo venoso a nivel de las venas ováricas y presencia de venas colaterales tortuosas y dilatadas a nivel pélvico. Además de ser la prueba diagnóstica de elección, puede ser empleada como tratamiento de la misma (8,11,13).

Tratamiento médico

Durante décadas, el tratamiento no quirúrgico del SCP ha sido tema de debate, se ha valorado el uso de diversas opciones terapéuticas dentro de las que se incluyen progestágenos, flebotónicos, danazol, agonistas del receptor de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) con terapia de reemplazo hormonal, dihidroergotamina, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos y psicoterapia (11,13).

Según la teoría según la cual el estrógeno es un dilatador venoso, la farmacoterapia de la insuficiencia venosa pélvica consiste en provocar la vasoconstricción de las venas dilatadas, la supresión ovárica farmacológica y la reducción de los niveles de estrógeno a través de medroxiprogesterona (MPA) y un análogo de la GnRH como goserelina. La literatura respalda el uso de medroxiprogesterona por vía oral, 30 mg diarios por 6 meses y 3,6 mg de acetato de goserelina como una inyección intramuscular una vez al mes durante 6 meses, junto con terapia de reemplazo hormonal para mitigar los efectos perjudiciales de la ligadura química de ovarios (9,11,16).

Aunque el tratamiento médico brinda cierto alivio al paciente, sus efectos son transitorios, en particular los del MPA. Si bien los riesgos son pocos, especialmente cuando se compara con los riesgos de los procedimientos invasivos, la terapia médica no está exenta de posibles efectos secundarios. El uso de progestinas se ha asociado a efectos adversos como hinchazón y un aumento de peso y los agonistas de GnRH se han ligado a sequedad vaginal, sudores nocturnos, sofocos y cambios de humor. Es fundamental educar al paciente

sobre los aspectos positivos y negativos de la terapia médica frente a la intervención quirúrgica, abordando los efectos secundarios y los beneficios de estas opciones (11,13).

Tratamiento Quirúrgico

En el pasado, la histerectomía con salpingooforectomía bilateral y la ligadura de la vena ovárica (ya sea a través de un abordaje retroperitoneal o laparoscópico) eran las técnicas quirúrgicas de primera línea en el tratamiento del SCP. Con el advenimiento de la terapia endovascular, actualmente estos procedimientos se reservan para un grupo reducido de pacientes que tienen síntomas debilitantes y son refractarios a otros tratamientos menos invasivos como la terapia médica o endovascular. Se ha demostrado que la cirugía para el reflujo ovárico es capaz de brindar alivio sintomático a las pacientes, con los inconvenientes de la hospitalización, morbilidad y el tiempo de cicatrización prolongado (11,12).

Tratamiento Endovascular

La baja tasa de morbilidad y complicaciones de la terapia endovascular ha reemplazado en gran medida a la intervención quirúrgica abierta para la insuficiencia venosa ovárica sintomática. Los procedimientos endovasculares utilizados en la actualidad abarcan la escleroterapia con espuma o sustancia esclerosante y la embolización de venas insuficientes (11,12,13).

El objetivo de la embolización transcáteter consiste en ocluir los ejes venosos insuficientes lo más cerca que sea posible del origen del reflujo. En el SCP, estos serán los ejes gonadales, las venas varicosas pélvicas y las ramas tributarias insuficientes de las venas ilíacas internas. La embolización se puede realizar con diferentes tipos de agentes embolizantes, incluida la espuma esclerosante, adhesivos, enchufes Amplatzer y bobinas (11,12).

Mediante un abordaje femoral o yugular interno derecho, utilizando una guía controlada por fluoroscopia y un catéter multipropósito, los venogramas renal izquierdo e ilíaco izquierdo suelen ser el paso inicial para evaluar síndromes compresivos. El siguiente paso consiste en canular selectivamente las venas gonadales e ilíaca interna. Se inyecta un medio de contraste en el vaso de interés y se le pide al paciente que realice una maniobra de Valsalva para evaluar el reflujo. Poner la mesa en una posición de Trendelenburg inversa puede apoyar esta evaluación. El flujo retrógrado hacia la pelvis es diagnóstico de reflujo. Las venas gonadales incompetentes con frecuencia están dilatadas y el contraste se acumula en las várices pélvicas posterior a la inyección. Generalmente, cuando se encuentra una vena anormal, esta se trata antes de evaluar la próxima. Posteriormente, se examinan las venas ilíacas internas mediante venografía. Puede utilizarse un globo de oclusión inflado en la vena ilíaca interna justo proximal a la confluencia con la vena ilíaca externa para demostrar las tributarias distales y los puntos de escape pélvicos, si se identifican, estos afluentes pueden seleccionarse y tratarse individualmente haciendo avanzar el catéter con globo. En los casos en que se encuentre dicho reflujo, es importante ocluir estos vasos para evitar una mejoría clínica incompleta. Una vez identificados, los ejes patológicamente dilatados con flujo retrógrado se ocluyen mecánicamente, para lo cual pueden utilizarse bobinas, con o sin escleroterapia y pegamento de cianoacrilato. Las bobinas son uno de los dispositivos más utilizados para la oclusión mecánica, sin embargo, faltan datos sólidos que respalden la superioridad de una técnica sobre otra (11,12).

La emboloterapia moderna del tronco principal de la vena ovárica o de las venas ilíacas se ve favorecida por un sistema de microcatéteres y microespirales. En general, primero se colocan espirales de encuadre, seguidas de espirales de gel para provocar la trombosis venosa. Por último, es importante evaluar las venas ilíacas internas en busca de puntos de fuga a miembros inferiores y/o conexiones de venas ilíacas internas con venas varicosas periuterinas inferiores; de encontrarse, se debe realizar canulación selectiva y embolización con coils y/o esclerosantes (11,12).

Los síndromes de compresión venosa, como el síndrome del cascanueces, también podrían provocar hipertensión del plexo venoso pélvico y dar como resultado SCP. En estos casos, una buena opción de tratamiento podría ser la colocación de un stent en la vena ilíaca común o en la vena renal izquierda (12,13,15).

Pronóstico y seguimiento

Para las técnicas de embolización, el éxito técnico se define como la oclusión completa de una vena que previamente evidenció reflujo, fue alta en todos los estudios (98% a 100%) con escasas y menores complicaciones. Actualmente, aún se debate cómo medir el éxito clínico, ordinariamente se han utilizado cuestionarios de dolor y escalas analógicas visuales para valorar la mejoría de los síntomas clínicos (16).

Los tratamientos endovasculares han demostrado ser seguros y los resultados publicados han sido favorables, con tasas de éxito técnico para embolización de entre 89-100 %, y tasas de éxito clínico del 58-100 %. Además, se han registrado escasas complicaciones (entre el 4-8%). Entre las posibles complicaciones se encuentran: recurrencia de las varices pélvicas, tromboflebitis de las venas ováricas y desplazamiento del material embolizante o esclerosante (3,13).

Es fundamental explicar a los pacientes sobre el panorama esperado de los resultados definitivos, posibles complicaciones y riesgo de recidiva futura. El seguimiento se lleva a cabo mediante la práctica clínica y la realización de una ecografía Doppler que puede realizarse cada 6 meses, adicionalmente, estos pacientes pueden beneficiarse en alguna medida de la psicoterapia complementaria (3,16,17).

CONCLUSIONES

El SCP es una condición prevalente y tratable que resulta de la incompetencia de las venas pélvicas y ocasiona dolor pélvico. Clínicamente se presenta como un dolor crónico, sordo o continuo y pesadez que aumenta con la bipedestación prolongada, durante el período premenstrual o con movimientos que aumentan la presión intraabdominal. La identificación de venas pélvicas dilatadas y disfuncionales es crucial para el diagnóstico. Existen diversas técnicas de imagen que nos permiten confirmar el diagnóstico, entre las cuales se incluye, la ecografía Doppler, venografía por sustracción digital, resonancia magnética y tomografía computarizada. El estándar de oro en este campo es la venografía por sustracción digital. La terapia endovascular, especialmente la emboloterapia transcáteter ha demostrado ser segura, bien tolerada, mínimamente invasiva y con resultados satisfactorios, por lo que actualmente es considerado el tratamiento de preferencia.

Declaración conflicto de interés.

Esta investigación no posee ningún conflicto de interés por declarar.

Declaración de Financiamiento.

La presente investigación no ha recibido financiamiento de ninguna entidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lara-Cuenca A, Andrade-Falla O, Reyes O. Caracterización clínica y prevalencia de pacientes con síndrome de congestión pélvica en Colombia y el mundo. CINA Research. 2019;3(3):21-31.
2. Aguila-Márquez R, Ochoa AL. Síndrome de congestión pélvica, una enfermedad subdiagnosticada. Acta Med. 2017;15(2):135-138.

3. Riarola Sagarduy AI, López Zárraga F, Maynar Moliner J, Añorbe Mendívil E, Bastida Torre R. Embolización en síndrome de congestión pélvica: análisis de resultados para un tratamiento óptimo. *Revista intervencionismo*. 2019;19(4):140-145.
4. Riding D, Hansrani V, McCollum C. Pelvic vein incompetence: clinical perspectives. *Vascular Health and Risk Management*. 2017; 13:439-447.
5. Gómez A. Síndrome de congestión venosa pélvica: manejo endovascular mediante embolización percutánea con espirales. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica* 2013 70(606); 237-238.
6. Wedel Herrera K. Dolor pélvico crónico. *Revista Médica Sinergia*. 2018;3(5):3-8.
7. Corrêa M, Bianchini L, Saleh J, Noel R, Bajerski J. Síndrome da congestão pélvica e embolização de varizes pélvicas. *Jornal Vascular Brasileiro*. 2019;18.
8. De Gregorio M, Guirola J, Serrano-Casorran C, Urbano J, Sánchez M, Álvarez E et al. Desórdenes venosos pélvicos en la mujer debidos a varices pélvicas. Tratamiento mediante embolización. Breve revisión. *Revista Intervencionismo* 2020; 20(1):44-53.
9. Sanabria Rojas P, Morales González F. Síndrome de congestión pélvica como causa de dolor pélvico crónico. *Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual*. 2015;32(1409-0015).
10. Jurga-Karwacka A, Karwacki G, Schoetzau A, Zech C, Heinzelmann-Schwarz V, Schwab F. A forgotten disease: Pelvic congestion syndrome as a cause of chronic lower abdominal pain. *PLOS ONE*. 2019;14(4):e0213834.
11. O'Brien M, Gillespie D. Diagnosis and treatment of the pelvic congestion syndrome. *Journal of Vascular surgery venous and lymphatic disorders*. 2014.
12. Antignani PL, Lazarashvili Z, Monedero JL, et al. Diagnosis and treatment of pelvic congestion syndrome: UIP consensus document. *Int Angiol* 2019;38:265-83.
13. Gómez-Arbeláez D, Ansuátegui Vicente M, Comanges Yéboles A, Ibarra Sánchez G, Sánchez-Guerrero Á, Villar Esnal R, González-Fajardo JA. Síndrome de congestión pélvica: revisión actualizada de la literatura. *Angiología* 2020;72(5):229-239
14. Basile A, Failla G, Gozzo C. Pelvic Congestion Syndrome. *Seminars in Ultrasound, CT and MRI*. 2021;42(1):3-12.
15. Drazic B. O, Zárate B. C, Valdés E. F, Mertens M. R, Bergoeing R. M, Krämer S. A et al. Dolor pélvico crónico secundario a síndrome de congestión pélvica. Resultados del tratamiento endovascular de la insuficiencia venosa pelviana y várices genitales. *Rev Med Chile* 2019; 147: 41-46
16. Basile A, Failla G, Gozzo C. Pelvic Congestion Syndrome. *Seminars in Ultrasound, CT and MRI*. 2021;42(1):3-12.
17. Rizer M, Alexander R, Sharpe E, Rochon P, Brown C. Pelvic Congestion Syndrome: Systematic Review of Treatment Success. *Seminars in Interventional Radiology*. 2018;35(01):035-040.