

Tratamento da congestão pélvica associada a varizes dos membros inferiores: relato de uma pequena série de casos

Treatment of pelvic congestion associated with varicose veins of the lower limbs: report of a small number of cases

Fábio Augusto Cypreste Oliveira¹, Carlos Eduardo de Sousa Amorelli¹, Fábio Lemos Campedelli¹, Juliana Caetano Barreto², Mariana Caetano Barreto³, Philippe Moreira da Silva⁴, Fernanda Lauar Sampaio Meirelles⁵

Resumo

A síndrome de congestão pélvica é definida por critérios anatômicos, hemodinâmicos e clínicos, decorrentes da hipertensão e estase venocapilar no território pélvico, podendo ser estendida aos membros inferiores. A presença de varizes dos membros inferiores pode estar ou não relacionada ao refluxo do sistema safeno e, nos casos de ausência do refluxo safeno, o refluxo pélvico apresenta-se como importante fator etiológico responsável pelo aparecimento e recidiva da doença venosa nos membros inferiores. Os autores relatam uma pequena série de três casos de pacientes jovens portadoras de síndrome de congestão pélvica associada à varizes dos membros inferiores tratadas por embolização pélvica e tratamento cirúrgico das varizes de membros inferiores, no mesmo tempo cirúrgico, com bons resultados iniciais e ausência de complicações embólicas.

Palavras-chave: dor pélvica; embolização terapêutica; varizes.

Abstract

The pelvic congestion syndrome is defined by anatomical criteria, hemodynamic and clinical result of hypertension and venocapillary stasis in the pelvic area and can be extended to the lower limbs. The presence of varicose veins of the lower limbs may or may not correlate reflux of the saphenous system and, in cases of absence of saphenous reflux, the reflux pelvic presents itself as an important etiological factor responsible for recurrence of venous disease in lower limbs. The authors report a small series of three cases of young patients suffering from pelvic congestion syndrome associated with varicose veins of the lower limbs treated by pelvic embolization and surgical treatment of varicose veins of the lower limbs during the surgical procedure with good initial results and no embolic complications.

Keywords: pelvic pain; embolization, therapeutic; varicose veins.

Introdução

A síndrome de congestão venosa pélvica (SCVP) foi descrita desde o século passado¹. As principais manifestações clínicas são: dor pélvica crônica não cíclica (>6 meses), dispareunia ou desconforto pós-coito, dor pélvica pré-menstrual, sensação de “peso” pélvico/perineal e alterações menstruais, associadas à presença de varizes pélvicas, perineais e vulvares. A SCVP pode estar relacionada ao

surgimento de varizes dos membros inferiores em topografia atípica ou recidiva precoce²⁻⁴. A congestão venosa pélvica pode ser decorrente do refluxo venoso, da compressão externa, secundária à processos oclusivos trombóticos, determinando um processo de fuga ou miscelânea, conforme descrito na Tabela 1.

Segundo Monedero et al.⁵ existem múltiplas conexões entre o sistema venoso infrarrenal, pélvico e dos membros inferiores. Dessa forma, o refluxo venoso pélvico pode ser

Trabalho realizado no Serviço de Angiologia, Cirurgia Vascular, Endovascular e Laserterapia do Hospital São Francisco de Assis – Goiânia (GO), Brasil.

¹ Especialista em Cirurgia Vascular com Área de Atuação em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV) do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) e da Associação Médica Brasileira (AMB) – Goiânia (GO), Brasil.

² Médica Clínica Geral da Angiogyn – Goiânia (GO), Brasil.

³ Médica Cirurgiã Geral do Hospital de Urgências de Goiânia – Goiânia (GO), Brasil.

⁴ Técnico de Enfermagem e Instrumentador da Angiogyn – Goiânia (GO), Brasil.

⁵ Graduada em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás) – Goiânia (GO), Brasil.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesse: nada a declarar.

Submetido em: 24.08.11. Aceito em: 28.10.11.

J Vasc. Bras. 2012;11(1):62-66.

Tabela 1. Relação entre fisiopatologia e etiologia da congestão venosa pélvica.

Fisiopatologia	Etiologia
Refluxo	Veias ovarianas
	Veias ilíacas internas
	Malformações vasculares pélvicas
	Síndrome pós-trombótica
Compressão externa	Síndrome do “quebra-nozes”
	Síndrome de May-Thurner
	Tumores pélvicos
Oclusão	Tromboses ilíaco-cava

transmitido aos membros inferiores, manifestando-se como varizes recorrentes. Labropoulos et al.⁶ descreve achado em 834 membros estudados um total de 10% (84 membros) de refluxo venoso não safeno e, nessa seleção, a relação com refluxo venoso pélvico foi de 34%, sendo 68% proveniente de veias vulvares mediais à junção safeno-femoral e 32% de veias glúteas. Existem quatro formas de apresentação de varizes dos membros inferiores com origem pélvica:

1. refluxo perijuncional safenofemoral;
2. refluxo para o sistema das safenas magna e parva;
3. refluxo paralelo ao eixo safênico (tributárias na face medial da coxa);
4. refluxo isquiático (tributárias na face posterior da coxa e glúteo).

A recidiva de varizes dos membros inferiores de origem abdominal/pélvica ocorre em até 17% dos casos^{7,8}.

O diagnóstico de SCVP é iniciado por história clínica detalhada e exame físico minucioso, incluindo exame ginecológico e perianal. A propedêutica vascular não invasiva inclui estudo ecográfico vascular, utilizando eco-Doppler colorido abdominal/pélvico transparietal (avaliação do eixo ilíaco, cava e renal) e endovaginal (avaliação pélvica) associado ao estudo ecográfico dos membros inferiores. Existem critérios ecográficos que definem algumas síndromes (May-Thurner e “quebra-nozes”) segundo Engelhorn et al.⁹, porém a presença de tributárias dilatadas e tortuosas na região anaxial pélvica com calibre ≥ 7 mm associadas ao fluxo bidirecional durante a manobra de Valsalva durante ultrassonografia vascular endovaginal define varizes pélvicas⁹. A pesquisa de trombozes também pode ser realizada por esse método.

A angiorressonância pélvica tem sido utilizada como método diagnóstico não invasivo de escolha para definição anatômica da congestão pélvica, sua relação com o sistema venoso dos membros inferiores e a definição etiológica da SCVP. Coakley et al.¹⁰ descrevem critérios à angiorressonância/angiogramografia de refluxo venoso pélvico, que incluem

tributárias venosas para uterinas >4 mm e veia gonadal >8 mm. A flebografia pélvica seletiva não é utilizada de rotina, sendo reservada para casos de exceção e para terapia endovascular. Beard et al.¹¹ descrevem os critérios flebográficos: retenção de contraste >20 segundos, veia gonadal >6 mm e retenção de contraste em tributárias varicosas em região vulvar e perineal. A ultrassonografia intravascular (USIVU) é utilizada, na maioria dos casos, para diagnóstico diferencial de síndrome do “quebra-nozes” e May-Thurner ou em casos de falha dos métodos descritos anteriormente.

Confirmado o diagnóstico de SCVP e insuficiência venosa crônica dos membros inferiores, o tratamento clínico é instituído com farmacoterapia, elastocompressão, fisioterapia e medidas posturais. Nos casos refratários, o tratamento invasivo está indicado.

Relato dos casos

Caso 1

Paciente feminina, 26 anos, múltipara (GIVPIIIA1), portadora SCVP por refluxo de veia gonadal esquerda manifestada por dor pélvica crônica não cíclica, dispareunia e metrorragia. Ao exame físico, apresentava varizes vulvares e perineais associada a varizes dos membros inferiores sintomáticas (classificação CEAP III) sem refluxo safeno à ecografia vascular dos membros inferiores. Realizou ultrassonografia vascular endovaginal sugestiva de varizes pélvicas, principalmente do lado esquerdo, confirmada por angiorressonância. Não foi identificado nenhum sinal de compressão externa ou de trombose. Foi realizada, sob raquianestesia e sedação, cura cirúrgica de varizes dos membros inferiores com flebotomias segmentares e ligadura de perfurante insuficiente de Cockett II, seguida de embolização de varizes pélvicas e veia gonadal esquerda com solução de cola (histoacryl) e lipiodol 3:1, via veia femoral direita no mesmo tempo cirúrgico (Figuras 1 e 2). Procedimento realizado sem intercorrências e a paciente recebeu alta hospitalar após 24 horas de internação com função renal preservada, sem sinais de embolia pulmonar e sem sinais de sangramento nas incisões cirúrgicas.

Encontra-se em acompanhamento ambulatorial com 21 meses de pós-operatório com melhora significativa dos sintomas pélvicos, assintomática dos membros inferiores e com resultado cosmético satisfatório sem recidiva das varizes vulvares e dos membros inferiores.

Caso 2

Paciente feminina, 41 anos, múltipara (GIVPIVA0), portadora SCVP manifestada por dor pélvica crônica não

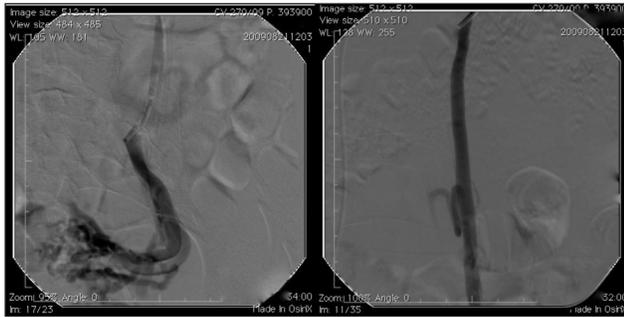


Figura 1. Venografia seletiva de veia ovariana esquerda com refluxo e enchimento de varizes pélvicas com retenção de contraste.

cíclica, desconforto pélvico pós-coito e sensação de peso em hipogastro. Ao exame físico, apresentava varizes vulvares, varizes em nádega (Figura 3) e dos membros inferiores sintomáticas (classificação CEAP III), com refluxo de veia safena magna esquerda à ecografia vascular dos membros inferiores. Realizou ultrassonografia vascular endovaginal sugestiva de varizes pélvicas confirmada por angiressonância, mostrando refluxo em veia íliaca interna direita com retenção de contraste em tributárias varicosas por provável refluxo isquiático. Não foi identificado nenhum sinal de compressão externa ou trombose. Foi realizada, sob raquianestesia e sedação, cura cirúrgica de varizes de ambos os membros inferiores com flebectomias segmentares e termoablação padronizada de veia safena magna esquerda com laser de diodo (980 nm de comprimento de onda e 30 watts de potência com fibra de 600 micra), seguida de embolização de varizes pélvicas tributárias de veia íliaca interna direita e tronco da mesma com histoacryl (mesma solução descrita anteriormente) e molas de Gianturco, via veia femoral direita no mesmo tempo cirúrgico.

Procedimento realizado sem intercorrências e a paciente recebeu alta hospitalar com 24 horas de internação com função renal preservada, sem sinais de embolia pulmonar e sem sinais de sangramento nas incisões cirúrgicas. Encontra-se em acompanhamento ambulatorial com 18 meses de pós-operatório com melhora significativa dos sintomas pélvicos, assintomática dos membros inferiores com resultado cosmético satisfatório e sem recidiva das varizes vulvares, em nádegas e dos membros inferiores.

Caso 3

Paciente feminina, 28 anos, múltipara (GIIIPIIIA0), portadora SCVP por refluxo de veia gonadal esquerda manifestada por dor pélvica crônica não cíclica, dispareunia e metrorragia. Ao exame físico apresentava varizes vulvares



Figura 2. Cateterismo superseletivo com microcateter e injeção de solução de lipiodol com histoacryl 3:1 com embolização distal para proximal.



Figura 3. Forma de apresentação de refluxo para os membros inferiores. Notar predomínio em face posterior de coxa e nádegas por refluxo proveniente de tributárias de veia íliaca interna.

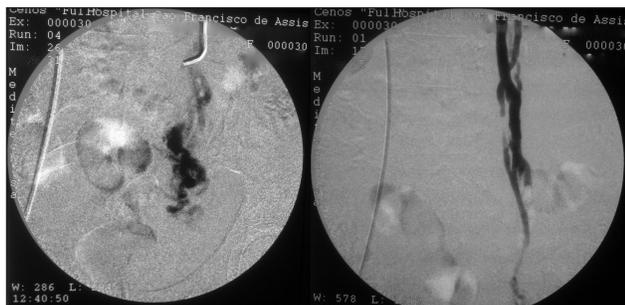


Figura 4. Flebografia seletiva de veia gonadal esquerda mostrando-se duplicada, tortuosa, dilatada e incompetente, com refluxo e retenção de contraste pélvico. Notar o enchimento e a retenção de contraste em varizes do plexo ovariano.

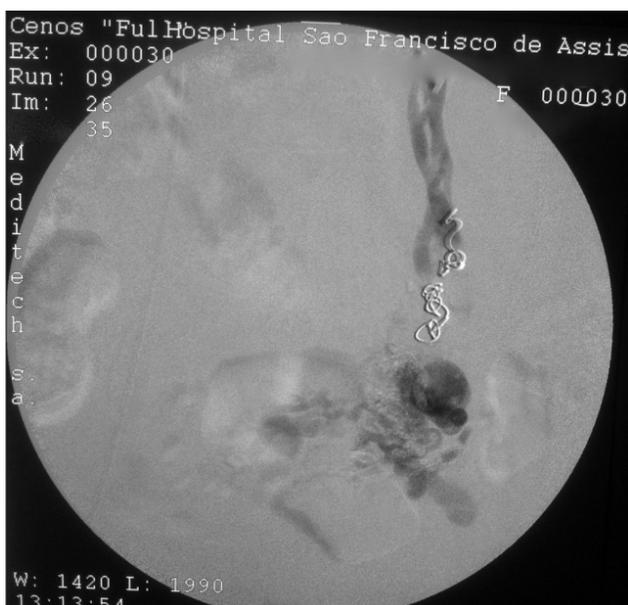


Figura 5. Cateterismo superselctivo com embolização mista, no plexo varicoso com cola e no tronco gonadal proximal com molas de Gianturco. Venografia de controle sem enchimento do plexo varicoso.

e perineais associada a varizes dos membros inferiores sintomáticas (classificação CEAP III) sem refluxo safeno à ecografia vascular dos membros inferiores. Realizou ultrassonografia vascular endovaginal sugestiva de varizes pélvicas. Angiorressonância confirmou o achado ecográfico e identificou incompetência de veia ovariana esquerda. Não foi identificado nenhum sinal de compressão externa ou trombose. Foi realizada, sob raqui-anestesia e sedação, cura cirúrgica de varizes de ambos os membros inferiores com flebectomias segmentares seguida de embolização de varizes pélvicas e veia gonadal esquerda com cola (mesma descrita anteriormente) e molas de Gianturco, via veia femoral direita no mesmo tempo cirúrgico (Figura 4 e 5).

Paciente recebeu alta hospitalar com 24 horas de internação com função renal preservada, sem sinais de embolia pulmonar e sem sinais de sangramento nas incisões cirúrgicas. Encontra-se em acompanhamento ambulatorial com 2 meses de pós-operatório com melhora significativa dos sintomas pélvicos, assintomática dos membros inferiores e resultado cosmético satisfatório sem recidiva das varizes inguinais, vulvares e dos membros inferiores.

Discussão

Várias formas cirúrgicas são descritas no tratamento da SCVP para o tratamento dos sintomas refratários ao tratamento clínico inicial. A ligadura cirúrgica por acesso retroperitoneal das veias gonadais e/ou ílicas internas consiste no tratamento clássico¹². A ligadura laparoscópica apresenta-se factível com melhora dos sintomas abdominais e importante método no diagnóstico diferencial das causas de dor pélvica crônica¹³. A embolização das tributárias varicosas e dos troncos venosos vem mostrando resultados satisfatórios e comparáveis à ligadura cirúrgica no controle clínico da SCVP, porém com menor morbidade e tempo de internação¹⁴.

Nos casos de compressão externa ou trombose crônica íliaco-cava, a angioplastia simples ou com *stent* tem sido realizada com resultados iniciais satisfatórios^{15,16}.

A histerectomia com ou sem ooforectomia só está indicada na falha das opções terapêuticas descritas anteriormente.

Não encontramos na literatura contraindicações ou fatores que aumentem a morbidade do tratamento cirúrgico das varizes dos membros inferiores associado ao tratamento endovascular da SCVP. Dessa forma, optamos pelo tratamento da SCVP e da insuficiência venosa crônica dos membros inferiores no mesmo tempo cirúrgico, com objetivo de realizar tratamento definitivo, sob procedimento anestésico único e pós-operatório simultâneo, sem colocar em risco as pacientes.

Conclusão

O tratamento simultâneo da síndrome de congestão pélvica por embolização percutânea associada ao tratamento cirúrgico de varizes dos membros inferiores apresenta-se factível, com bons resultados iniciais e baixo índice de complicações, porém necessitamos de maior número de casos e estudos à longo prazo.

Referências

1. Taylor Jr HC. Vascular congestion and hyperhemia: the effect on function in the female reproductive organs. Part I. Physiological basis and history of the concept. *Am J Obstet Gynecol.* 1949;57:211-30.
2. Greiner M, Gillin-Smith GL. Leg varices originating from the pelvis: diagnosis and treatment. *Vascular.* 2007;15(2):70-8.
3. Creton D, Hennequin L, Kohler F, et al. Embolisation of symptomatic pelvic veins in women presenting with non-saphenous varicose veins of pelvic origin - three-year follow-up. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2007;34(1):112-7.
4. Engelhorn CA, Engelhorn AL, Cassou MF, et al. Classificação anotomofuncional da insuficiência das veias safenas baseada no eco-Doppler colorido dirigida para o planejamento cirúrgico das varizes. *J Vasc Br.* 2004;3(1):13-9.
5. Leal Monedero J, Zubicoa Ezpeleta S, Castro Castro J et al. Embolization treatment of recurrent varices of pelvic origin. *Phlebology.* 2006;1(1):3-11.
6. Labropoulos N. Nonsaphenous superficial vein reflux. *J Vasc Surg.* 2001;34(5):872-7.
7. Van Rij AM, Jiang P, Solomon C, et al. Recurrence after varicose vein surgery (a prospective long-term clinical study with duplex ultrasound scanning and air plethysmography). *J Vasc Surg.* 2003;38:935-43.
8. Perrin MR, Labropoulos N, Leon LR Jr. Presentation of the patient with recurrent varices after surgery (REVAS). *J Vasc Surg.* 2006;43(2):327-34.
9. Engelhorn CA, Morais-Filho DM, Barros FS, et al. Investigação da síndrome de quebra-nozes e Síndrome compressiva da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita. Engelhorn CA, Morais-Filho DM, Barros FS, et al. Guia prático de ultrassonografia vascular. 2. ed. Rio Janeiro: Di Livro, 2011. p. 213-26.
10. Coakley FV, Varghese SL, Hricak H. CT and MRI of pelvic varices in women. *Journal of Computer Assisted Tomography.* 1999;23(3):429-34.
11. Beard RW, Highman JH, Pearce S, et al. The diagnosis of pelvic varicosities in women with chronic pelvic pain. *Lancet.* 1984;2:946-9.
12. Edwards RD, Robertson AB, MacLean AB, et al. Case report pelvic pain syndrome - successful treatment of a case by ovarian vein embolization. *Clin Radiol.* 1993;47:429-31.
13. Mathis BV, Miller JS, Lukens ML, et al. Pelvic congestion syndrome: a new approach to an unusual problem. *Am Surg.* 1995;61:1016-8.
14. Cordts PR, Eclavea A, Buckley PJ, et al. Pelvic congestion syndrome: early clinical results after transcatheter ovarian vein embolization. *J Vasc Surg.* 1998;28:862-8.
15. Ferreira M, Lanziotti L, Abuhadba G, et al. Dor pélvica crônica: o papel da síndrome do quebra-nozes. Chronic pelvic pain: the role of the nutcracker syndrome. *J Vasc Bras.* 2008;7(1):76-9.
16. Cunha Júnior JR, Neves DQ, Fontes FA, et al. Tratamento endovascular da síndrome de compressão da veia ilíaca (May-Thurner) – relato de caso. *J Vasc Bras.* 2011;10(1):1-5.

Correspondência

Fabio Augusto Cypreste Oliveira
Av. Alphaville Flamboyant, 3.900, casa 283
CEP 74884-527 – Goiânia (GO), Brasil
E-mail: fabioacoliveira@gmail.com

Contribuições dos autores

Concepção e desenho do estudo: FACO
Análise e interpretação dos dados: FACO, CESA e FLC
Coleta de dados: FACO, JCB, MCB, FLSM e PMS
Redação do artigo: FACO, JCB, MCB e FLSM
Revisão crítica do texto: FACO, CESA e FLC
Aprovação final do artigo*: FACO, CESA, FLC, JCB, MCB, FLSM e PMS
Análise estatística: FACO, CESA e FLC
Responsabilidade geral pelo estudo: FACO, CESA e FLC

*Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao J Vasc Bras.