

Síndrome de Congestão Pélvica Crônica e Dor Pélvica Crônica

José Carlos Costa Baptista-Silva

INTRODUÇÃO

A síndrome de congestão pélvica crônica, sem evidência de inflamação ou outra doença pélvica óbvia, é uma manifestação ginecológica comum e que apresenta dificuldade de diagnóstico e tratamento.^{1,2} Os achados clínicos da síndrome de congestão pélvica crônica (SCPC) incluem: dor pélvica de intensidade variável sendo exacerbada no período menstrual e por mudanças posturais e caminhadas, congestão dismenorréica, dispaurenia, dor pós-coito e sintomas urinários.^{2,3,4, 5,6,7,8}

Esta síndrome afeta as mulheres de idade reprodutiva e multíparas, sem evidência de inflamação pélvica ou outra doença de base, tendo prevalência de 15% nos Estados Unidos da América e de 15 a 20% na Europa.^{3,4,6,7}

Em 1857, Reichet descreveu as varizes pélvicas pela primeira vez e as nomeou de varicocele tubo-ovariana¹. Lefèvre⁹ sugeriu que as varizes pélvicas observadas em mulheres multíparas eram consequência de veias dilatadas durante a gravidez e que não se recuperaram a morfologia depois do parto. Giacheto et al.¹⁰ demonstraram através de flebografia, o fluxo sanguíneo retrógrado através das veias ováricas e ilíacas internas em mulheres com SCPC. Foi sugerido que as mulheres mais idosas e jovens multíparas têm mais chance de ter SCPC. Recentemente foi publicado que o refluxo através das veias ováricas dilatadas e com incompetência valvar é o problema primário de SCPC.^{1,11,12}

Estudos anatômicos mostraram que as valvas venosas ováricas estão ausentes aproximadamente 15% de mulheres à esquerda e 6% à direita¹³ e bilateralmente em 35-43% dos casos.¹⁴ Além de incompetência valvar, alterações primárias da parede venosa, malformações arteriovenosas também são causas adicionais de varizes pélvicas.¹⁵ Durante gravidez, a capacidade das veias ováricas pode aumentar 60 vezes e esta mudança pode persistir por até seis meses após o parto.¹⁶ Isto poderia explicar porque SCPC é mais comum em mulheres multíparas.² Varizes vulvares e varicosidades atípicas nas nádega e coxa podem fazer parte da SCPC e devido refluxo das veias pélvicas dilatadas.¹² Estas varizes são originárias principalmente das veias pudenda interna e obturatória que são tributárias da veia ilíaca interna. As vezes há contribuição da veia pudenda externa que é tributária da croça da safena magna.¹⁷

A esquerda veia renal pode ser comprimida entre a artéria mesentérica superior e a aorta (síndrome de quebra-nozes) e resulta em um problema comum como varicocele em homens ou síndrome de veia ovárica em mulheres.¹⁸

Embora uma associação de varizes pélvicas e SCPC seja conhecida há muitos anos,¹⁹ porém, a incerteza da sua etiologia resultou em condutas terapêuticas diferentes com resultados variáveis.² O exame ginecológico geralmente é inconclusivo, mas varizes vulvares podem ser vistas na inspeção e dor

pode ser referida durante a palpação dos anexos.²

O uso de métodos não-invasivos como o ultrassom Doppler colorido (mapeamento dúplex) transvaginal, utilizando janelas anatômicas específicas ou aproximação aumentadas auxilia no diagnóstico de SCPC.² Este exame de ultrassom é um método bom para demonstrar varizes pélvicas, mas deve ser executado em posição ereta e com uma manobra de Valsalva para demonstrar o enchimento das veias pélvicas.^{2,10}

A flebografia (por cateterismo da veia femoral) das veias ováricas e ilíacas internas é considerada como o método padrão para o diagnóstico de varizes pélvicas, mas é invasivo e pode apresentar riscos.^{2,3} Porém, no passado foi utilizada também a histeroflebografia para estudar esta síndrome, mas, hoje já não tem aceitação devido a ótima resolução dos exames menos invasivos.

A laparoscopia embora seja um exame invasivo demonstra com segurança as veias ectasiadas, varizes e congestão pélvica, ajuda a fazer o diagnóstico diferencial com outras doenças, e também pode ser utilizada para o tratamento dessa síndrome.^{1,8}

O tratamento clássico da SCPC é através de ligaduras das veias ováricas insuficientes e colaterais, e na maioria das vezes das ilíacas internas também, por via retroperitoneal.² A embolização por via percutânea das veias ováricas varicosas e algumas vezes das veias ilíacas internas insuficientes é uma técnica segura e oferece alívio sintomático de dor pélvica na maioria de casos.²⁰ Mas recentemente também foi realizada ligadura das varizes pélvicas por via laparoscópica, mostrando ser um método seguro e aliviando a síndrome de congestão pélvica crônica.^{1,8,11,12} A histerectomia e ooforectomia bilateral só poderão ser indicadas seletivamente nos casos refratários a todos métodos acima realizados no tratamento da SCPC, e ainda temos que lembrar que esta síndrome acomete mulheres jovens e em idade reprodutiva.³

A pesquisa cuidadosa e apropriada para diagnóstico da síndrome de congestão pélvica crônica é realizada através de história, exame físico, exames complementares incluindo considerações sobre múltiplos sistemas, para que possamos ter um tratamento mais eficiente dessa síndrome tão complexa.⁶

REFERÊNCIAS

- Hobbs JT. The pelvic congestion syndrome. *Br J Hospital Med* 1990;43:200-6.
- Edwards RD, Robertson AB, MacLean AB, Hemigway AP. Case report pelvic pain syndrome - successful treatment of a case by ovarian vein embolization. *Clin Radiol* 1993;47:429-31.
- Beard RW, Kenndy RG, Gangar KF, Stones RW, Rogers V, Reginald PW, Anderson M. Bilateral oophorectomy and hysterectomy in treatment for intractable pelvic pain associated with pelvic congestion. *Br Obstet Gynecol* 1991;98:988-92.
- Capasso P, Simons C, Trotteur G, Dondelinger RF, Henroteaux D, Gaspard U. Treatment of symptomatic pelvic varices by ovarian vein embolization. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1997;20(2):107-11.
- Carter JE. Diagnosis and treatment of the causes of chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996; 3(4, suppl):s5-6.
- Scialli AR. Evaluating chronic pelvic pain. A consensus recommendation. Pelvic pain expert working group. *J Reprod Med* 1999;44(11):945-52.
- Haag T, Mannhès H. Veines et algies pelviennes chroniques. *J Maladies Vasc (Paris)* 1999;24(4):267-74.
- Mathis BV, Miller JS, Lukens ML, Paluzzi MW. Pelvic congestion syndrome: a new approach to an unusual problem. *Am Surg* 1995;61:1016-8.
- Lefrève H. Broad ligament varicocele. *Acta Obstet Scand* 1964;43:122-3.
- Giacchetto C, Cotroneo GB, Marincolo F, Camisulu F, Caruso G, Catizone F. Ovarian Varicocele: ultrasound and plebographic evaluation. *J Clin Ultrasound*, 1990;18:551-5.
- Lechter A. Pelvic Varices: treatment. *J Cardiovasc Surg* 1985;26:111.
- Lechter A, Alvarez A. Pelvic Varices and gonadal veins. In: Negus D, Janet G editors. *Phlebology '85*. London: John Libbey; 1986:225-8.
- Ahlberg NE, Bartley O, Chidekel N. Circumference of the left gonadal vein. A: Anatomical and statistical study. *Acta Radiol* 1965;3:503-12.
- Ahlberg NE, Bartley O, Chidekel N. Right and left gonadal veins. An Anatomical and statistical study. *Acta Radiol* 1966;4:593-601.
- Goren G, Yellin AE. Primary varicose veins; and hemodynamic correlations. *Cardiovasc Surg* 1990;31:672-7.
- Hodgkinson CP. Physiology of the ovarian veins during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1953;1:26-37.

17. Dodd H, Cockett FB. Varicose veins in pregnancy. In: Dodd H, Cockett FB editors. The pathology and surgery of the veins of the lower limb. Edinburgh Churchill Livingstone 1976:155-9.
18. Barnes RW, Fleisher HL, Redman 1F, Smith W, Harshfield DL, Ferris EJ. The nutcracker syndrome. J Vasc Surg 1988;8:415-21.
19. Topolanski-Sierra R. Pelvic phlebography. Am J Obstet Gynecol 1958;76:44-5.
20. Cordts PR, Eclavea A, Buckley PJ, DeMairibus CA, Cockerill ML, Yeager TD. Pelvic congestion syndrome: Early clinical results after transcatheter ovarian vein embolization. J Vasc Surg 1998;28:862-8.

Versão prévia publicada:
Nenhuma

Conflito de interesse:
Nenhum declarado.

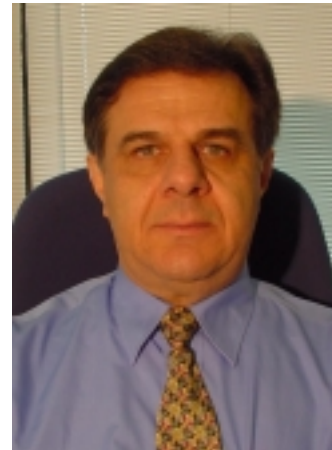
Fontes de fomento:
Nenhuma declarada.

Data da última modificação:
30 de junho de 2004.

Como citar este capítulo:

Baptista-Silva JCC Síndrome de congestão pélvica crônica e dor pélvica crônica. In: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. Disponível em: URL: <http://www.lava.med.br/livro>

Sobre o autor:



José Carlos Costa Baptista-Silva
Professor Associado (livre docente) do Departamento de Cirurgia da
Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina,
São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência:
Rua Borges Lagoa, 564, conj 124.
04038-000 São Paulo, SP
Fone: +11 5571-8419
Fax: +11 5574 5253
Correio eletrônico: jocabaptista@uol.com.br
URL: <http://www.bapbaptista.com>