

REVISÃO DE LITERATURA: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

AUTORES

**Carvalho, Marina Fleury Cunha
Cazerta, Maria Carolina Villela
Gumiero, Larissa Bassetto**

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

GABRIEL , Sthefano Atique

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

RESUMO

Embora muitas vezes esquecida, a síndrome da congestão pélvica (PCS) é uma causa bem estabelecida de dor pélvica crônica. Vários métodos diagnósticos podem ser empregados, e embora a venografia transcateter continue sendo o padrão para diagnóstico de dilatação e congestão das veias, outras modalidades menos invasivas existem para indicar a presença de ingurgitamento da veia pélvica e sugerir o diagnóstico de PVI. Para o tratamento, apesar de terapias farmacológicas e cirúrgicas abertas existirem, a emboloterapia percutânea transcateter tem se mostrado um método seguro, eficaz e durável para o tratamento de PCS. Outros estudos prospectivos randomizados são necessários para refinar a técnica ideal e avaliar os resultados do paciente em longo prazo.

PALAVRAS - CHAVE

Congestão pélvica, emboloterapia, varizes pélvicas

ABSTRACT

Though often overlooked, pelvic congestion syndrome (PCS) is a well established cause of chronic pelvic pain. Various diagnostic methods can be employed, and although transcatheter venography remains the standard for diagnosing vein dilation and congestion, other less invasive modalities exist to indicate the presence of pelvic vein engorgement and suggest the diagnosis of PVI. For the treatment, despite the existence of pharmacological and open surgical therapies, transcatheter percutaneous embolism has been shown to be a safe, effective and durable method for the treatment of PCS. Other prospective randomized studies are needed to refine the optimal technique and assess long-term patient outcomes.

Key words: Pelvic congestion, embolism therapy, pelvic varices

1. INTRODUÇÃO

O termo “síndrome da congestão pélvica” (PCS) refere-se especificamente à condição descrita por Louis Alfred Richet em 1857, caracterizado por dor pélvica crônica e maçante, pressão e peso que persiste por mais de 6 meses sem outra causa (BORGHI et. al., 2016). A insuficiência venosa pélvica (IVP) é o fluxo retrógrado através das veias ovarianas e pélvicas incompetentes (KNUTTINEN et. al., 2015) e pode ser considerada uma das causas de PCS. A etiologia precisa da PCS permanece incerta, é provavelmente multifatorial e geralmente afeta mulheres em idade reprodutiva, entre 20 a 45 anos e que tiveram pelo menos um filho. É difícil saber a verdadeira incidência de PCS, devido à falta de critérios diagnósticos padrão, sendo então subdiagnosticada (BORGHI et. al., 2016). Fatores predisponentes para o desenvolvimento de IVP inclui uma história familiar de varizes, influências hormonais, cirurgia pélvica anterior, útero retrovertido e gravidezes múltiplas. Especificamente, o aumento da demanda no retorno venoso como resultado da gravidez e influências hormonais levam a distensão venosa crônica podendo tornar as válvulas incompetentes e gerar refluxo de sangue pelas veias ovarianas e para dentro as veias ilíacas internas da pelve (KNUTTINEN et. al., 2015). A dor pélvica é a principal manifestação clínica, costuma ser não cíclica e pode ser exacerbada por caminhadas, relações sexuais e antes ou após a menstruação. Os sintomas geralmente são mais graves no final do dia e diminuem com o posicionamento supino, podendo demorar várias horas cessarem. No exame os pacientes podem apresentar sensibilidade ao movimento cervical e dor no exame bimanual, além de varizes vulvares, retais e das extremidades inferiores que podem estar presentes. Quando hematúria e dor no flanco esquerdo são vistos em associação com as descobertas acima, a “Síndrome do Quebra-Nozes” deve ser considerada (BORGHI et. al., 2016).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Utilizou-se como metodologia de consulta as bases de dados on-line via PubMed e SciELO com palavras chave como “congestão pélvica”, “varizes pélvicas” e “embolotomia” e tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas acerca do tema, de modo sintetizado e ordenado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 DIAGNÓSTICO:

A ultrassonografia pélvica, abdominal ou transvaginal, é de primeira linha, ajuda a excluir outras doenças abdominais ou patologias pélvicas. Os critérios de diagnóstico para PCS no ultra-som incluem veias pélvicas tortuosas de diâmetro superior a 6 mm, fluxo sanguíneo lento ou invertido, veias arqueadas dilatadas, varizes e

ovários policísticos (KIES at. al., 2012). Está amplamente disponível e não envolvem exposição à radiação, porém pode dar falsos positivos (veias dilatadas sem quadro clínico significância em pacientes assintomáticos) (BORGHI at. al., 2016).

A ressonância magnética também é uma importante ferramenta diagnóstica devido à ausência de radiação ionizante, a facilidade de geração de imagens multiplanares e a visão detalhada da anatomia pélvica que ela fornece. Modalidades de imagem mais transversal são limitadas, pois são adquiridas em decúbito dorsal, o que pode pressionar as varizes pélvicas e resultar em exames falso-negativos (KIES at. al., 2012).

A venografia por cateter ovariano e ilíaco é o padrão-ouro diagnóstico para congestão pélvica e é realizada quando os achados na imagem não invasiva são inconclusivos para o diagnóstico em um paciente com suspeita de IVP ou quando o tratamento intervencionista é buscado. Este procedimento envolve cateterização das veias ovarianas direita e esquerda via femoral ou jugular percutânea. Métodos para melhorar a demonstração de varizes incluem injeção de contraste, colocando o paciente em posição semi-vertical. O venograma é realizado durante Valsalva, para avaliar a distensão e refluxo (BORGHI at. al., 2016). Os achados diagnósticos do exame incluem veias ovarianas dilatadas com diâmetros de pelo menos 5 mm; refluxo retrógrado da veia ovariana; ingurgitamento venoso uterino; e enchimento cruzado das veias pélvicas através da linha média com enchimento vulvovaginal ou coxa varicosidade (KNUTTINEN at. al., 2015).

3.2 TRATAMENTO:

Não existe uma abordagem padrão para o tratamento da PCS, terapias devem ser individualizadas com base sintomas e necessidades do paciente. Entre os métodos utilizados, estão os análogos hormonais, operações cirúrgicas como ligadura das veias ovarianas e histerectomia com ou sem salpingooforectomia bilateral. Abordagens mais modernas e menos invasivas incluem embolização transcateter do ovário e veias ilíacas internas ou externas (KNUTTINEN at. al., 2015).

Como opção medicamentosa podemos citar o acetato de medroxiprogesterona (MPA), que atua como um agonista da progesterona, causando um efeito inibitório sobre os níveis de estrogênio por meio supressão do eixo hipotálamo-hipófise. Seu efeito é suprimir a função do ovário (KNUTTINEN at. al., 2015). Em termos de prognóstico, o tratamento medicamentoso com MPA 50 mg/dia foi relacionado ao alívio significativo da dor durante 4 meses tratamento: 73% das mulheres relataram pelo menos 50% de benefícios. A melhoria foi ainda melhor se o MPA estivesse associado a psicoterapia. Embora o MPA seja eficaz, tem efeitos sistêmicos quando usados à longo prazo e necessidade de acompanhamento regular durante o seu uso. Pacientes refratários à terapia medicamentosa podem então considerar a ligação, embolização ou escleroterapia das veias ovarianas (BORGHI at. al., 2016).

A primeira terapia cirúrgica para PCS consistiu em ligadura extraperitoneal da veia ovariana esquerda, descrito por Rundqvist et al. nos anos 1980. Histerectomia sem e com ooforectomia também tem sido realizado, mas apesar de sua aparente cura, dor pélvica persistente e varizes recorrentes ocorrem em até 30% dos pacientes. Danos nos nervos é um fator de risco (KNUTTINEN at. al., 2015).

Histerectomia sem e com ooforectomia também tem sido realizado, mas apesar de sua aparente cura, dor pélvica persistente e varizes recorrentes ocorrem em até 30% dos pacientes (KIES at. al., 2012). No geral, a cirurgia é raramente usada porque tratamentos endovasculares mais modernos são muito mais eficazes e menos invasivos. (KNUTTINEN at. al., 2015).

A emboloterapia percutânea para PCS tem revolucionado o tratamento, embora não existem ensaios clínicos randomizados prospectivos comparando a emboloterapia com outras técnicas. Esta tornou-se o tratamento de escolha devido à sua eficácia, competitividade, durabilidade e baixa taxa de complicações (KIES at. al., 2012). O objetivo da embolização é ocultar nos doentes, veias de fluxo, o que elimina o aumento da pressão hidrostática na pelve e resolve as varicosidades. O procedimento geralmente é realizado sob orientação fluoroscópica em radiologia, sob anestesia local ou intravenosa, sedação consciente e pode ser realizada em ambulatório hospitalar ou dia, reduzindo assim o desconforto do paciente e custos. Diferentes abordagens para alcançar veias abdominais e pélvicas estão disponíveis, incluindo vias femoral, transjugular, subclávia e braquial, todas com boa taxa de sucesso técnico e baixa complicação. Vários agentes embólicos foram descritos, incluindo bobinas de embolização compatíveis com RM de platina, espumas, cola ou esclerosantes líquidos. Eles podem ser usados sozinhos ou em combinação. O objetivo é atingir danos endoteliais por ação mecânica, detergente ou osmótica. A escolha dos agentes embólicos depende principalmente da preferência do operador e da instituição, de fato as taxas de sucesso clínico e técnico permanece alto para todos eles (KNUTTINEN at. al., 2015).

Chung et al. publicou a única série comparando emboloterapia com cirurgia em pacientes que tiveram falha no gerenciamento médico com a MPA. Os pacientes foram randomizados para embasamento percutâneo. Terapia, histerectomia com BSO, substituição hormonal e histerectomia com ooforectomia unilateral. A emboloterapia foi significativamente mais eficaz na redução da dor, particularmente em pacientes com um nível basal mais baixo de emocional estresse. Embora os resultados desses estudos claramente demonstrem a eficácia e segurança dos sistemas percutâneos e emboloterapia, é necessário mais trabalho para identificar o esclerosante mais ideal, para determinar a necessidade embolização da veia ilíaca e avaliar melhor resultados a longo prazo. Complicações associadas à emboloterapia percutânea são raros, mas incluem perfuração da veia gonadal, arritmias cardíacas, trombose venosa profunda, tromboflebite venosa e varizes recorrentes (KIES at. al., 2012). As diretrizes de prática clínica da Society for Vascular Cirurgia Cirúrgica e no Fórum Venoso Americano concluem que a embolização das veias ovariana e pélvica se tornou o padrão de tratamento para essa condição como grau 2B de recomendação, devido à qualidade moderada da evidência apoiar o procedimento, e as informações individuais do paciente apresentação, valores e preferências devem ser considerados (BORGHI at. al., 2016).

4. CONCLUSÃO

A abordagem diagnóstica e terapêutica para PVI deve ser adaptado para cada caso e deve levar em consideração a gravidade dos sintomas. Para o diagnóstico, embora a venografia transcateter continue sendo o padrão ouro para o diagnóstico de dilatação e congestão das veias, outras modalidades menos invasivas existem para indicar a presença de ingurgitamento da veia pélvica e sugerir o diagnóstico de PVI. No tratamento, a terapia endovascular tem sido preferência devido a taxa de sucesso e menor riscos quando comparado à cirurgia, no entanto, estudos clínicos adicionais são necessários para abordar os resultados de longo prazo e para esclarecer quais pacientes podem se beneficiar de cada abordagem de tratamento.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Borghi, C., Dell'Atti, L. Pelvic congestion syndrome: the current state of the literature. Arch Gynecol Obstet 293, 291–301 (2016). <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3895-7>

Knuttinen MG, Xie K, Jani A, Palumbo A, Carrillo T, Mar W. Pelvic venous insufficiency: imaging diagnosis, treatment approaches, and therapeutic issues. *AJR Am J Roentgenol*. 2015 Feb;204(2):448-58. doi: 10.2214/AJR.14.12709. PMID: 25615769. [Pelvic Venous Insufficiency: Imaging Diagnosis, Treatment Approaches, and Therapeutic Issues : American Journal of Roentgenology : Vol. 204, No. 2 \(AJR\) \(ajronline.org\)](#)

Kies DD, Kim HS. Pelvic congestion syndrome: a review of current diagnostic and minimally invasive treatment modalities. *Phlebology*. 2012 Mar;27 Suppl 1:52-7. doi: 10.1258/phleb.2012.012s27. PMID: 22312068. [Pelvic Congestion Syndrome: A Review of Current Diagnostic and Minimally Invasive Treatment Modalities - D D Kies, H S Kim, 2012 \(sagepub.com\)](#)

Chung MH, Huh CY. Comparison of treatments for pelvic congestion syndrome. *Tohoku J Exp Med* 2003; 201:131–8