



SÍNDROME DE

CONGESTIÓN PÉLVICO Y VARICES PÉLVICAS PERIUTERINAS



servei
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

INTRODUCCIÓN

Un 24 % de las mujeres del planeta sufren dolor pélvico crónico y en el Reino Unido un 20 % de las consultas al ginecólogo son por este motivo. Sin embargo, después de un estudio ginecológico completo hasta en un 40 % de los casos no se llega a diagnosticar la causa exacta del dolor. Hoy se sabe que una vez descartadas las causas ginecológicas, las varices pélvicas son responsables de buena parte de ese 40 % de causas no filiadas de dolor pélvico.

QUÉ SON LAS VARICES PÉLVICAS

Las varices pélvicas son cordones venosos dilatados localizados en el interior de la cavidad abdominal que se sitúan rodeando al útero y los ovarios. Cuando una vena es insuficiente, es decir que no desagua la sangre a la velocidad y volumen adecuados, va a permanecer congestionada y dilatada. Esta dilatación que inicialmente es reversible con el tiempo se hace irreversible y la vena normal acaba degenerando en una variz. Una vena permanentemente distendida puede además ser dolorosa.

Las varices pélvicas pueden ser una consecuencia de uno o varios embarazos previos pero también ocurren por causas genéticas en mujeres nulíparas. En ocasiones pasan desapercibidas sin dar síntomas. En este caso no será necesario el tratamiento ni el seguimiento de las mismas. Sin embargo en otras ocasiones las varices pélvicas van a ocasionar un auténtico suplicio para las pacientes causando dolor crónico, circunstancia que se conoce médicamente como Síndrome de Congestión Pélvico (SCP). El dolor se localiza en el bajo vientre o en la región lumbar izquierda, es variable, suele ser un dolor sordo, más o menos constante, que puede obligar a la ingesta de analgésicos a demanda. Generalmente se acentúa con la bipedestación o sedestación prolongada, al hacer *running*, durante el periodo menstrual y con frecuencia inmediatamente después de las relaciones. Por definición para poder hablar de SCP el dolor debe existir por un periodo superior a 6 meses.

Es muy importante la visita a su ginecólogo que deberá realizar un examen completo para descartar que la causa de su problema sea ginecológica. No es infrecuente que procesos ginecológicos habituales coexistan con el SCP. Si la paciente responde al tratamiento hormonal (medroxiprogesterona) debe ponerse en duda la existencia real de este síndrome. La endometriosis y los trastornos menstruales dan síntomas similares o superponibles al SCP y deben descartarse antes de hacer un diagnóstico final de SCP. A pesar de ello en un estudio se vio que hasta en un 55 % de las laparoscopias realizadas por este motivo no se encuentra ninguna causa que justifique el dolor.

TRATAMIENTO

La **embolización** es el tratamiento de elección en las pacientes sintomáticas. Consiste en obstruir (embolizar) de manera controlada y deliberada la vena varicosa. Obstruyendo las venas varicosas la mejoría ocurre en un 75 % de los casos, es además una mejoría que con el tiempo suele ir a más y estabilizarse.

La embolización es un procedimiento muy seguro que generalmente se realiza de **manera ambulante** o como mucho con una noche de ingreso hospitalario. Sus **riesgos son muy escasos** y el principal problema que podemos encontrar es que no sea suficientemente efectiva para controlar el cuadro doloroso. Respecto al 25 % de mujeres que después de la embolización no presentarán una mejoría significativa se piensa que es porque además de las varices existen otras múltiples causas (ginecológicas, hormonales, neurológicas, somáticas...) que coexisten con las varices y que también son responsables del dolor.

La propia embolización por el hecho de ocluir la vena puede, entre un 15 y un 25 % de los casos, desencadenar un dolor transitorio y autolimitado que responde bien al tratamiento con ibuprofeno y cede en unos días.

Al día siguiente de haberse realizado la embolización la paciente podrá hacer **vida normal** retomando todas sus actividades diarias habituales. Puede reincorporarse al trabajo, hacer ejercicio físico, viajar o tener relaciones. En el largo plazo se ha visto también que este tratamiento no tendrá repercusión en la fertilidad, la menstruación o en la reserva ovárica.

La técnica consiste en canalizar por punción con una aguja fina una vena (en la ingle, el cuello o el antebrazo) que será el punto de entrada del catéter. El radiólogo vascular intervencionista guiado por rayos X dirigirá el catéter hasta las venas varicosas pélvicas a través de la vena gonadal, generalmente la del lado izquierdo (navegando por el interior de cualquier vena podremos ir desplazando nuestro catéter hasta llegar a cualquier vena por muy alejada que esté del punto de punción). Esta **maniobra es sencilla** y usted no notará nada. Una vez el catéter esté en la posición deseada se liberarán a su través sustancias que bloquearán y a medio plazo destruirán las venas varicosas. No debe usted preocuparse por la oclusión de una vena en particular (la vena varicosa y enferma) pues siempre existen **otras venas sanas que serán las responsables del drenaje venoso** de su pelvis.

En casos extremos la histerectomía (extirpación de la matriz) puede llegar a ser necesaria aunque los estudios no han podido demostrar su efectividad real para controlar el dolor pélvico crónico de causa no filiada.



servei

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE RADIOLOGÍA
VASCULAR
E INTERVENCIONISTA

www.servei.org