

SÍNDROME DE CONGESTIÓN PELVICA. ASPECTOS GENERALES: CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

José William Leon-Avellaneda^a, Álvaro Mondragón-Cardona^{b,c}, Felipe Quintero Ramírez^{b,c},
Carlos Andrés Montoya-Hidalgo^{b,c}, Julián Camilo Mora-Muñoz^{b,c}

Resumen

Introducción. El síndrome de congestión pélvica es una queja ginecológica frecuentemente pasada por alto; se caracteriza por la presencia de dolor pélvico persistente, sordo, ubicado por lo general en uno de los puntos ováricos.

Materiales y métodos. Se realizó una revisión de literatura con el objetivo de describir las características generales del síndrome de congestión pélvica en cuanto a presentación clínica, métodos diagnósticos y abordaje terapéutico, en las bases de dato de libre acceso por medio del sistema de información de la Biblioteca Jorge Roa Martínez de la Universidad Tecnológica de Pereira (MEDLINE, EMBASE, LILACS, OVID, PROQUEST, SCIENCE-DIRECT, COCHRANE y BIREME), por medio de palabras clave y búsqueda en cadena. Se aplicaron escalas de evaluación de calidad a los diferentes tipos de artículos.

Resultados. Se seleccionaron un total de 25 artículos

sin discriminación por tipo de los cuales se extrajeron los aspectos de interés para la revisión.

Discusión. Existe uniformidad en diferentes aspectos sobre el síndrome de congestión pélvica, sin embargo es necesario plantear nuevos estudios que permitan establecer los riesgos relativos de diferentes factores de riesgo y la evaluación pronóstica de los diferentes abordajes a las pacientes de esta importante patología.

Palabras clave: Dolor pélvico crónico, venas varicosas.

Abstract

Introduction. Pelvic congestion syndrome, is a commonly overlooked gynecological complaint; it is characterized by the presence of persistent, dull, pelvic pain, usually located in one of the ovaric points.

Methods. A literature review was made with the objective to describe the main characteristics of the pelvic congestion syndrome, regarding clinical presentation, diagnostic methods, and therapeutic approach, using open access data bases, through the information system of the library of "Universidad Tecnológica de Pereira" (MEDLINE, EMBASE, LILACS, OVID, PROQUEST, SCIENCE-DIRECT, COCHRANE and BIREME), using keywords and chain search. Quality evaluation scores were applied to the different articles.

Results. A total of 25 articles were selected, without any type-discrimination, and the relevant aspects for this review were extracted.

Discussion. There is uniformity in different aspects regarding pelvic congestion syndrome; however, it's necessary to design new studies that allow to determine the relative risks of different risk factors, and the prognostic evaluation of the several approaches to the patient with this important syndrome.

Key words: Pelvic chronic pain, varicose vein.

a. Médico y Cirujano, Especialista en Ginecoobstetricia y Epidemiología, Docente departamento Materno Infantil Universidad Tecnológica de Pereira.

b. Estudiante de Medicina y Cirugía, Universidad Tecnológica de Pereira.

c. Miembro Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Risaralda-ACEMRIS, Asociación de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina de Colombia-ASCEMCO

Correspondencia: aemondragon@utp.edu.co
Universidad Tecnológica de Pereira,
Facultad Ciencias de la Salud, Sector la Julita.
Pereira-Risaralda Colombia.

Introducción

Millones de mujeres pueden sufrir de dolor pélvico crónico en algún momento de su vida,¹ se estima que cerca de diez millones de mujeres en el mundo, 39,1% de las mujeres padecen por lo menos una vez en su vida de dolor crónico,² representando del 10 al 15% de las consultas médicas ginecológicas en los Estados Unidos,³ no se conocen estadísticas para nuestro país.

El síndrome de congestión pélvica es una queja ginecológica frecuentemente pasada por alto; se caracteriza por la presencia de dolor pélvico persistente, sordo, ubicado por lo general en uno de los puntos ováricos (tercio externo de una línea que une la espina ilíaca anterosuperior con el ombligo), que dura más de seis meses en mujeres jóvenes por lo general múltiples,⁴ ha sido un término empleado para describir la combinación de síntomas y signos consistentes en dolor pélvico, varicosidades pélvicas, dismenorrea y dispareunia.³

La dilatación y posterior incompetencia de las venas ováricas se ha postulado como el mecanismo causante de la congestión venosa productora del cuadro doloroso, sin embargo, no todas las mujeres con venas ováricas dilatadas o varicosas presentan síndrome de congestión pélvica, encontrándose en el 10% de la población general dilataciones venosas pélvicas sin presentación de síntomas que sugieran el diagnóstico.⁵

Existen diferentes métodos diagnósticos cada uno con sus limitaciones y ventajas a la hora de abordar una paciente con dolor pélvico crónico a causa de síndrome de congestión pélvica, un tercio de las laparoscopias diagnósticas se realizan por causa de dolor pélvico crónico,⁶ sin embargo, la orientación por medio de una buena historia clínica y un examen clínico exhaustivo facilita el correcto abordaje de la paciente y la adecuada utilización de métodos diagnósticos.⁷

Como todos los cuadros dolorosos, el dolor producido a causa del síndrome de congestión pélvica causa gran repercusión psicológica, social y económica para las pacientes que lo padecen y confusión en los profesionales de la salud que realizan el abordaje de las mismas, siete millones de pacientes con dolor pélvico crónico en el mundo permanecen sin diagnóstico y por lo tanto sin tratamiento adecuado a pesar de los grandes avances tecnológicos.⁸

La presente revisión de literatura pretende describir las características generales del síndrome de congestión pélvica en cuanto a presentación clínica, factores de riesgo, métodos diagnósticos y abordaje terapéutico.

Objetivo

Evaluar la literatura médica disponible sobre las características clínicas, métodos diagnósticos y abordaje terapéutico del síndrome de congestión pélvica.

Materiales y métodos

Se realizó una búsqueda de publicaciones indexadas en las bases de datos MEDLINE, EMBASE, LILACS, OVID, PROQUEST, SCIEDIRECT, COCHRANE y BIREME, además se empleó búsqueda en cadena por medio de bibliografía de artículos inicialmente encontrados. No se consideraron estudios no indexados; no se comunicó con los autores en búsqueda de trabajos originales no disponibles en las bases de datos mencionadas.

Se obtuvieron los siguientes términos descriptores MeSH (*Medical Subject Headings*) por medio de la búsqueda en la base de datos NLM *controlled vocabulary*: "Pelvic Pain" y "Varicose veins". En algunos artículos se encontró como palabra clave "Pelvic Congestion Syndrome" el cual no se encuentra entre los términos MeSH pero fue empleado para la búsqueda.

La búsqueda fue limitada por idioma a artículos en inglés y español, entre enero de 1995 y abril de 2011; no fue limitada por el diseño metodológico ni el tipo de artículo. La primera selección de los artículos se realizó por el análisis de los resúmenes donde se excluyeron aquéllos cuya temática no era síndrome congestivo pélvico. Para la localización y acceso a las bases de datos se utilizó el servicio del sistema virtual de la Biblioteca Jorge Roa Martínez de la Universidad Tecnológica de Pereira.

Los artículos fueron sistematizados para el análisis por medio de la recolección de diferentes datos entre los cuales se encontraban: tipo de artículo (original, caso clínico, revisión de literatura), título, fecha de publicación, revista de publicación, población y muestra, objetivos, intervenciones realizadas, resultados, discusión, limitaciones y recomendaciones.

La calificación y control de calidad de los artículos fue realizada por medio de la lista de chequeo establecida para ensayos clínicos aleatorizados controlados por la escala de CONSORT, para estudios observacionales, cohorte, casos y controles y transversales por la escala de STROBE.

Resultados

Mecanismos fisiopatológicos: la revisión coincidió con respecto a los mecanismos fisiopatológicos

del síndrome de congestión pélvica en que es una entidad con una causa multifactorial y se resalta por coincidencia dentro de los mecanismos más importantes: el aumento de la demanda del retorno venoso (60%) por los cambios hormonales y anatómicos durante el embarazo sumado a la ausencia de valvas en las venas ováricas generan reflujo sanguíneo por la vena ovárica hacia las venas ilíacas internas de la pelvis.

El ángulo casi recto en el que drena la vena ovárica izquierda en la vena renal izquierda hace más frecuente el reflujo sanguíneo que en la derecha donde se genera un ángulo más agudo sobre la vena cava inferior por debajo de la vena renal izquierda.

El papel del estrógeno en la fisiopatología del síndrome de congestión pélvica es postulado en tres artículos como potente vasodilatador, efecto que potencia la incompatibilidad venosa para evitar el reflujo sanguíneo, además se señala que estimula la secreción de ácido nítrico el cual es causante de

la relajación del músculo liso en los vasos uterinos aumentando el cuadro doloroso.

Factores de riesgo: En los estudios revisados se postulan el embarazo, la multiparidad (más de 2,5 embarazos), el síndrome de ovario poliquístico, las venas varicosas en genitales y miembros inferiores, no hay claridad sobre factores raciales o genéticos implicados en la patología; sin embargo no se establecen valores de riesgo relativo para los diferentes factores de riesgo señalados.

Presentación clínica: Los artículos revisados coinciden en que la presentación del síndrome de congestión pélvica se da con dolor pélvico crónico (mayor de seis meses) unilateral o bilateral, sordo, que aumenta con la sedestación, la bipedestación y al final del día y mejora al acostarse y dolor a la palpación de puntos ováricos; uno de los artículos señala que la suma de estos dos hallazgos tiene una

Resultados de la búsqueda sistemática de literatura

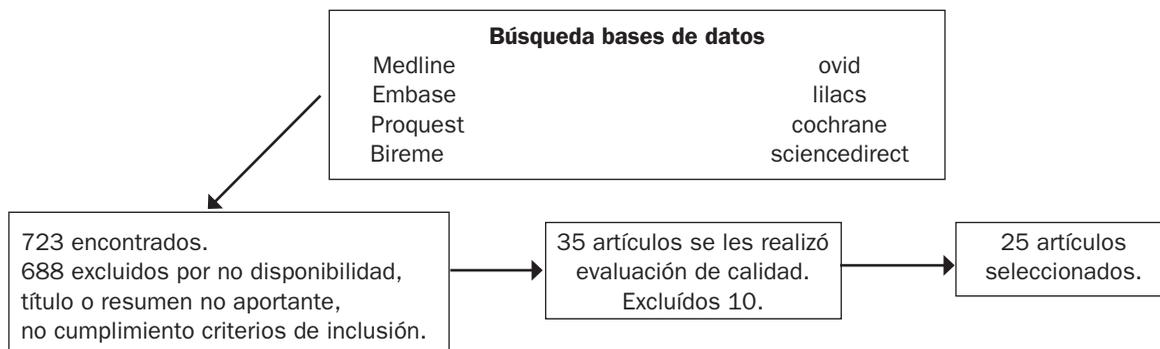


Tabla 1. Síntomas presentados en el Síndrome de congestión pélvica

Síntoma	Número de artículos	Porcentaje %
Dolor pélvico crónico	25	100
Dispareunia	23	92
Sensibilidad pélvica	25	100
Dolor movilización anexos	25	100
Dolor movilización útero	23	92
Dolor movilización cervical	21	84
Polaquiuria	14	56
Dismenorrea	11	44
Hematoquexia	9	36
Disuria	4	16
Dolor poscoital	17	68
Depresión	2	8
Letargia	2	8
Edema vulvar	4	16
Descarga vaginal	7	28
Disconfort rectal	9	36

sensibilidad del 94% y una especificidad del 77% para síndrome de congestión pélvica.⁷ Los otros síntomas encontrados en la revisión se señalan en la *tabla 1*.

Edad de presentación: Con respecto a la edad de presentación dos artículos del total de revisados establecen dos rangos de edad de 18 a 50 años y de 20 a 45 años.

Métodos diagnósticos: los métodos imagenológicos son esenciales en la evaluación del síndrome de congestión pélvica, permitiendo identificar patologías subyacentes que podrían ser la causa de la congestión venosa u otras patologías con las que es necesario hacer diagnóstico diferencial. Los métodos diagnósticos empleados en los diferentes artículos se enlistan en la *Tabla 2*.

La ecografía asociada al doppler venoso pélvico es el método más empleado los artículos confluyen en los siguientes criterios diagnósticos:

- Dilatación de las venas ováricas mayor a 4 cm de diámetro.
- Venas arqueadas dilatadas y tortuosas en el miometrio que comuniquen con las venas pélvicas varicosas.
- Flujo sanguíneo lento menor de 3 cm por segundo con flujo sanguíneo retrógrado particularmente en la vena ovárica izquierda.

El estándar de oro para el diagnóstico de síndrome de congestión pélvica según la revisión es el venograma por resonancia magnética, con una sensibilidad para las venas ováricas de 88%, para las hipogástricas de 100% y para el plexo pélvico del 90%, y una especificidad para las ováricas de 67%, hipogástricas de 38% y plexo pélvico de 42%. Los criterios diagnósticos en consenso por venograma son:

- Diámetro de las venas ováricas mayor a 6 mm (4 a 8 mm).
- Flujo venoso ovárico o pélvico retrogrado.
- Presencia de vías venosas pélvicas colaterales tortuosas.

Tabla 2. Métodos diagnósticos empleados en el síndrome de Congestión pélvica

Ultrasonografía pélvica.
Ultrasonografía más doppler venoso pélvico.
Tomografía axial computarizada.
Venograma por resonancia magnética nuclear.
Laparoscopia.

- Acumulación de medio de contraste al final del procedimiento (aclaramiento mayor a 20 segundos).

Abordaje terapéutico: El síndrome de congestión pélvica puede ser manejado médicamente con el uso de antiinflamatorios no esteroideos señalado en la revisión como una alternativa a corto plazo para la disminución del cuadro doloroso, el acetato de medroxiprogesterona evidencia una disminución de los síntomas en el 30 a 40% de las pacientes, en uno de los artículos se señala la comparación de progesterona con placebo presentando una mejoría en el 50% de las pacientes con el placebo.

Dentro del manejo quirúrgico existen diferentes alternativas; la histerectomía y ooforectomía bilateral con reemplazo hormonal evidencia cura o mejoría de los síntomas en dos tercios de las pacientes. El ligamento de la vena ovárica cura entre 62 a 73% y genera mejoría sintomática de 78 a 84% de las pacientes.

El tratamiento endovascular realizando embolización selectiva con diferentes sustancias esclerosantes, presenta mejoría clínica en el 73 a 92% de las pacientes.

Diagnósticos diferenciales: Se deben considerar diferentes causas de dolor pélvico crónico en la revisión (*Tabla 3*).

Pronóstico: De los artículos incluidos solo en uno se enuncia como pronóstico el empeoramiento del

Tabla 3. Diagnósticos diferenciales en el dolor pélvico crónico

Metástasis cáncer.
Endometriosis.
Fibroma.
Fibromialgia.
Patologías neurológicas.
Patologías ortopédicas.
Ovario poliquístico.
Síndrome de congestión pélvica.
Enfermedad inflamatoria pélvica.
Porfiria.
Patología urológica.
Prolapso uterino.

cuadro doloroso en un 4% de las pacientes. No se establecen factores de mal o buen pronóstico. El pronóstico negativo se asocia con complicaciones propias de los procesos diagnósticos y/o terapéuticos.

Discusión

El abordaje del dolor pélvico crónico, considerado como aquel que se presenta con una duración mayor a seis meses implica una correcta anamnesis y una evaluación clínica minuciosa que permita orientar a la paciente que lo padece para la toma del más adecuado método diagnóstico disponible según el medio.⁸

Si bien la fisiopatología del síndrome de congestión pélvica no se encuentra totalmente esclarecida, la revisión realizada encuentra uniformidad en lo planteado con respecto a los mecanismos fisiopatológicos implicados en el desarrollo de la insuficiencia venosa, la congestión sanguínea y el dolor pélvico crónico.

Con respecto a los factores de riesgo encontrados en la revisión los planteados se encuentran enunciados en todos los artículos revisados, la dificultad encontrada es que ningún estudio establece los riesgos relativos de las asociaciones.

La búsqueda de datos sobre la presentación clínica, arroja múltiples síntomas presentes en el síndrome de congestión pélvica, pero se establece una clara asociación con los que se enuncian en la mayoría de los artículos: dolor pélvico crónico, dolor a la movilización de anexos y sensibilidad pélvica.

Los métodos diagnósticos empleados presentan uniformidad en las recomendaciones establecidas en los diferentes artículos, sin embargo es notorio en la revisión que métodos como la ultrasonografía más doppler venoso se encuentran más disponibles en diferentes medios, son más económicos y menos invasivos en contraste con el venograma el cual por la necesidad de uso de medio de contraste produce mayor discomfort en la paciente y representa un mayor costo. Métodos señalados como la tomografía axial computarizada no muestran mayor rendimiento con respecto a los dos anteriores, y la laparoscopia diagnóstica tiene serias limitaciones cuando al insuflar con CO₂ para la realización de la misma es posible comprimir las diferentes estructuras venosas ocultando el diagnóstico, cerca del 70% de las laparoscopias diagnósticas pueden ser negativas en pacientes con síndrome de congestión pélvica.

Para el abordaje terapéutico con uniformidad se señala que el manejo médico no representa en las pacientes una mejoría radical ni significativa, el manejo quirúrgico en mayoría representa mejoría to-

tal sin embargo es mucho más invasivo y se asocia con mayor tasa de complicaciones, sin embargo en definitiva es la embolización se prefiere por ser menos invasivo y tener menor tasa de complicaciones.

Las complicaciones y el pronóstico están asociados principalmente con los métodos diagnósticos y terapéuticos, se han asociado con empeoramiento del cuadro doloroso, ruptura ovárica, embolización pulmonar, trombosis de la vena renal, perforación de la vena ovárica con sangrado retroperitoneal, sin embargo, en los artículos donde se señalan dichas complicaciones se aclara que son muy poco frecuentes.

Conclusiones

El dolor pélvico crónico representa un motivo de consulta frecuente en todos los momentos de la consulta médica general hasta especializada. Para su abordaje inicial un adecuado interrogatorio; con la caracterización del caso, la identificación de factores de riesgo y la elaboración de una buena historia clínica continúa siendo de extrema importancia.

Los cambios desencadenados por la insuficiencia venosa y la congestión sanguínea continúan siendo el mecanismo fisiopatológico más relacionado con el síndrome de congestión pélvica.

Si bien no se enuncia en la literatura cuadros sintomatológicos patognomónicos que permitan orientarse con alta especificidad hacia un síndrome de congestión pélvica se establece dolor pélvico crónico, dolor a la movilización de anexos y sensibilidad pélvica como los síntomas más frecuentemente relacionados con esta entidad.

Diferentes métodos diagnósticos pueden ser empleados para el diagnóstico de esta entidad con sus ventajas y desventajas enunciadas en el texto.

Se hace necesario un abordaje integral de esta sintomatología con el fin de identificar un síndrome causante de gran morbilidad entre las pacientes y cuyo manejo está limitado al diagnóstico oportuno del mismo. •

Bibliografía

1. Ignacio EA, Ruchika D, Shawn S, Soltes A. Pelvic Congestion Syndrome: diagnosis and Treatment. *Sem Intervent Radiol* 2008;25(4):361-8.
2. Scholbach T. From the nutcracker-phenomenon of the left renal vein to the midline congestion syndrome as a cause of migraine, headache, back and abdominal pain and functional disorders of pelvic organs. *Med hypotheses* 2007;68:1218-327.
3. Nicholson T, Basile, A. Pelvic Congestion Syndrome,

- Who Should We Treat and How? *Techniq Vascul Intervent Radiol* 2006;9(1):19-23.
4. Ascitutto G, Mumme A, Marpe B. Venography in the Detection of Pelvic Venous Congestion. *Europ J Vascul Endovasc Surg* 2008;36(4):491-6.
 5. Liu SZ, Chou CP, Lion WS. Pelvic Congestion Syndrome-Findings on Multi-Detector Row Computerized Tomography: A Case Report. *Kaohsiung J Med Scien* 2003;19(11):569-72.
 6. Cordts PR, Eclavea A, Buckley PJ. Pelvic congestion syndrome: Early clinical results after transcatheter ovarian vein embolization. *J Vascul Surg* 1998;28(5):862-8.
 7. Van Os-Bossagh P, Pols T, Hop WCJ. Questionnaire as diagnostic tool in chronic pelvic pain (CPP): a pilot study. *Europ J Obstet, Gynecoil Reprod Biol* 2002;103(2):173-8.
 8. Fassiadis N, Buchanan E, Wilkins J. Retroaortic left renal vein fistula masquerading as pelvic congestion syndrome: Caser report. *Internat JSurg* 2008;6(6):e77-9.
 9. Hartung O, Grisoli D, Boufi M. Endovascular stenting in the treatment of pelvic vein congestion caused by nutcracker syndrome: Lessons learned from the first five cases. *J Vasc Surg* 2005;42(2):275-80.
 10. Mavili E, Kahriman G, Sacit I, Özcan N. Successful treatment of pelvic congestion syndrome by transcatheter embolization. *Europ J Radiol Extra* 2006;17(59):39-42.
 11. Creton D, Hennequin L, Kohler F, Allaert FA. 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):112-7.
 12. Ruifang W, Zhenhai W, Lichang L, Fenger Z, Xinglin G. Relationship between prostaglandin in peritoneal fluid and pelvic venous congestion after sterilization. *Prostaglandins* 1996;(51):161-7.
 13. Kim C, Miller M, Merkle E. Time-Resolved MR angiography as a useful sequence for assessment of ovarian vein reflux. *AJR Women's imaging* 2009;(139):458-63.
 14. Clinical Outcome in Female Patients with Pelvic Pain and Normal Pelvic US Findings Robert D. Harris, MD Stephen R. Holtzman, MD, MS Angela M. Poppe, BA *Radiology* 2000;216:440-3.
 15. Koc S, Ulsan N, Tokmak L, Oguzkurt T. Double retroaortic left renal veins as a possible cause of pelvic congestion syndrome: imaging findings in two patients. *British J Radiol* 2006;79(16):e152-5.
 16. Neslihan Z, Ali, Mehmet G, Kemal R, Yazicio, lu G., The relation between pelvic varicose veins, chronic pelvic pain and lower extremity venous insufficiency in women. *Diagn Interv Radiol* 2006;12:34-8.
 17. Bittles M, Hoffer E. Gonadal Vein Embolization: Treatment of Varicocele and Pelvic Congestion Syndrome. *Sem Interv Radiol* 2008;(53):261-70.
 18. Ascitutto G, Ascitutto K, Mumme A, Geier B. Pelvic venous incompetence: reflux Patterns and treatment results. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2009;(38):381-6.
 19. Current Concepts of Pelvic Congestion and Chronic Pelvic Pain. Thomas I. Janicki. *JSLs* 2002;6:89-91.
 20. Kuligowska E, Deeds L, Lu K. Pelvic Pain: over-looked and underdiagnosed gynecologic conditions. *Radio Graphics* 2005;(25):3-20.
 21. Jin S, Won J, Tae Y, Lee D, Oh J, et al. Diagnosis of Pelvic congestion syndrome using trasabdominal and trasvaginal sonography. *AJM* 2004;(182):683-8.
 22. Soysal M, Soysal S, Vicdan K, Ozer S. A randomized controlled trial of goserelin and medroxyprogesterona acetate in the treatment of pelvic congestion. *Hum Reprod* 2001;(16):931-9.
 23. Tu F, Hahn D, Steege J. Pelvic congestion syndrome-associated pelvic pain: a systematic review of diagnosis and management. *Obstet Gynecol Surv* 2010;(65):332-40.
 24. Navarro H, Vinueza B, Martinez D. Síndrome de congestión pélvica evaluación del dolor después del tratamiento laparoscópico con Ligasure. *Colombia Médica* 2005;36(3):153-7.
 25. Won H, Abbott J. Optimal management of chronic cyclical pelvic pain: an evidence-based and pragmatic approach. *Inter J Women's Health* 2010;(2):263-77.
 26. CONSORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial. Disponible en: www.consort-statement.org
 27. Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology. 2011. Disponible en: <http://www.strobe-statement.org/>
 28. Baluela G. Evaluación de la calidad de los artículos y de las revistas científicas: Propuesta del factor de impacto ponderado y de un índice de calidad. *Psicothema* 2003;(15):23-35.