



Varizes Pélvicas: quando e como tratar?

MD. PhD Rafael Narciso Franklin

MD. PhD Pierre Galvagni Silveira

MD. PhD Gilberto do Nascimento Galego

MD. Cristiano Torres Bortoluzzi

MD. Luciano Rodrigues Schmidt

Florianópolis – SC - Brasil



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

CONFLITO DE INTERESSES

Sem conflitos de interesse nesta apresentação.

INTRODUÇÃO

QUANDO TRATAR?

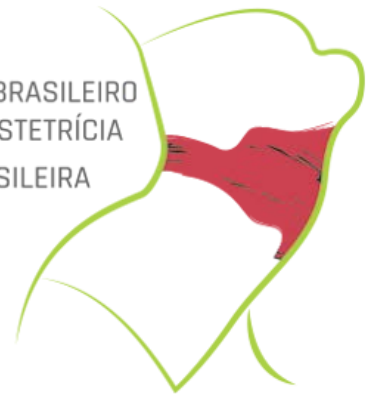
COMO TRATAR?

RESULTADOS

CONCLUSÕES

**31 MAIO
A 2 JUN
2018**

XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA



INTRODUÇÃO

QUANDO TRATAR?

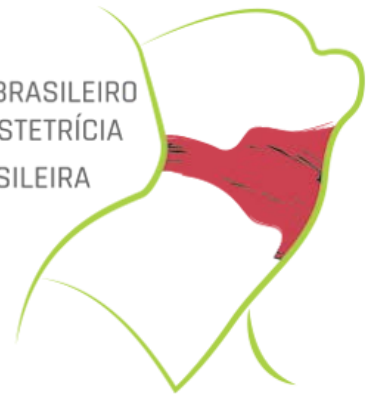
COMO TRATAR?

RESULTADOS

CONCLUSÕES

**31 MAIO
A 2 JUN
2018**

XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA



Varizes Pélvicas

X

Síndrome de Congestão Pélvica

SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

Definição:

VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document:

“Sintomas crônicos, que podem incluir dor pélvica, peso perineal, urgência miccional e dor pós-coital, causada por refluxo e/ou obstrução de veias ovarianas e/ou pélvicas, com a presença de varizes pélvicas, que podem estar associados a varizes vulvares, perineais e/ou de extremidades inferiores.”

Eklof B, Perrin M, Delis K, Rutherford R, Gloviczki P. VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document. J Vasc Surg. 2009;49:498- 501.

SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

Definição:

VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document:

“Sintomas crônicos, que podem incluir dor pélvica, peso perineal, urgência miccional e dor pós-coital, causada por refluxo e/ou obstrução de veias ovarianas e/ou pélvicas, com a **presença de varizes pélvicas**, que podem estar associados a varizes vulvares, perineais e/ou de extremidades inferiores.”

Varizes Pélvicas x Sd Congestão Pélvica

Incidência de varizes pélvicas:

10% a 20% das mulheres nulíparas;

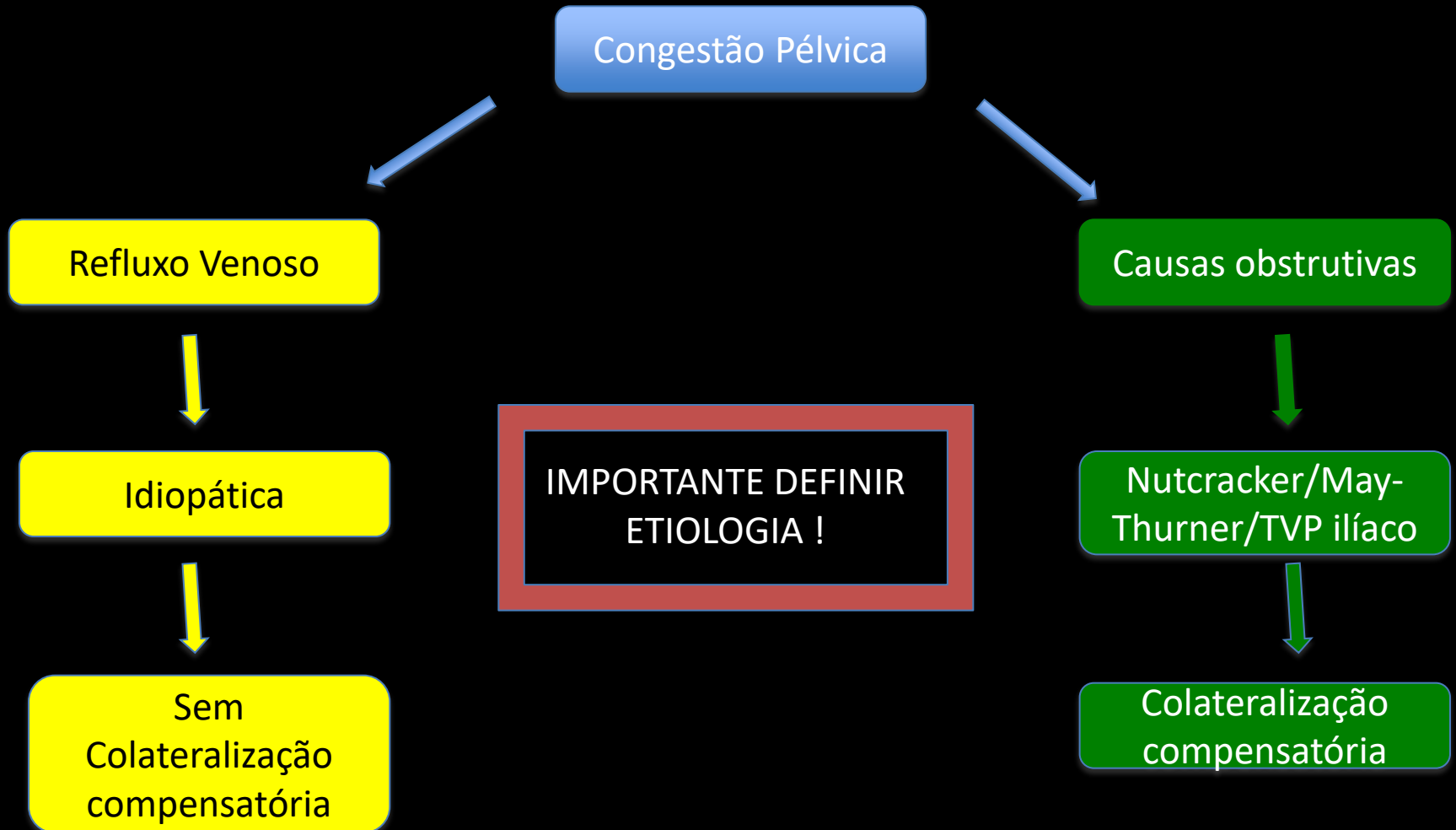
40% a 47% das mulheres assintomáticas;

60% a 70% das multíparas;

Incidência de Síndrome de Congestão Pélvica:

13 a 31% das mulheres com dor pélvica crônica;

Fisiopatologia

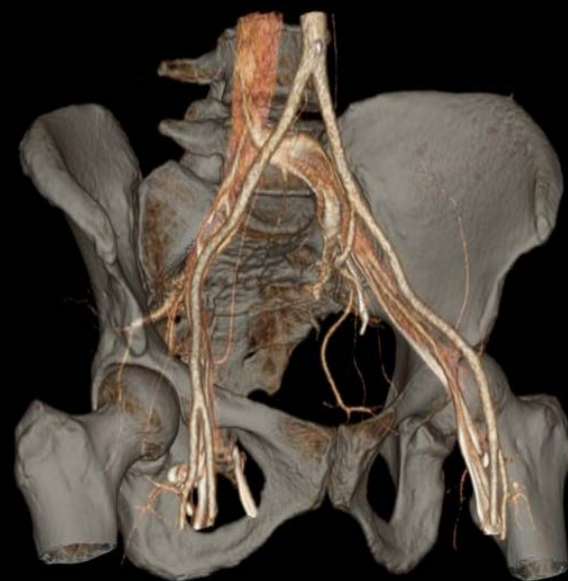


SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

Fisiopatologia:

Compressão Venosa

- # Nutcracker ("Quebra-Nozes");
- # May-Thurner ou Cockett;
- # Compressão extrínseca:
Ex.: Neoplasia;



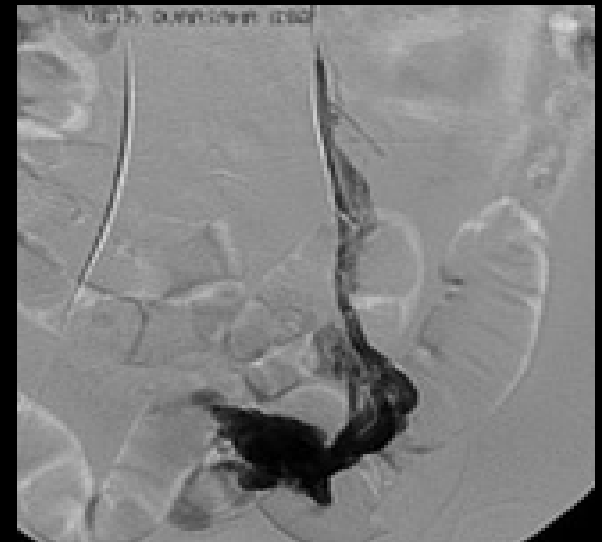
SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

Fisiopatologia:

Refluxo Gonadal

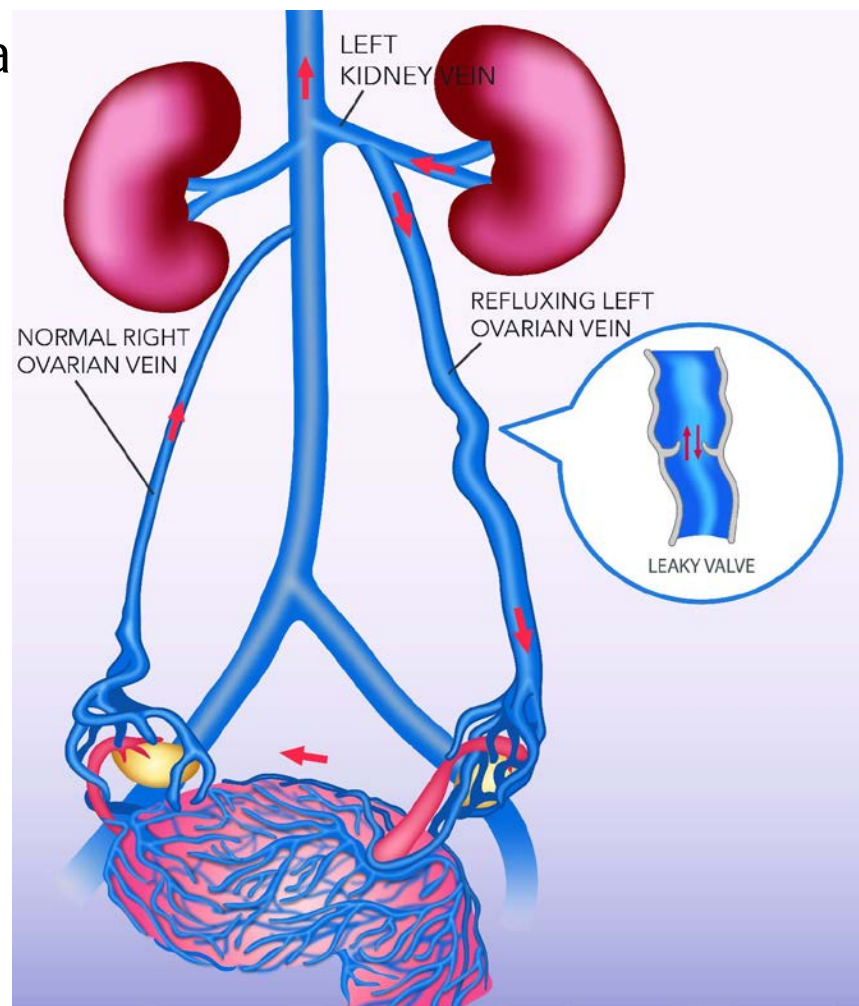
- # Geralmente esquerda
- # Ausência ou incompetência valvular
- # Diâmetro: 3,8 => 7,7mm

Kenned Br J Hosp Med 44: 38–43, 2002



SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

- 1- Refluxo gonadal / hipogastrica
Componente obstrutivo;
- 2- Varizes pélvicas;
- 3- Dor pélvica > 6meses;



Reiter RC. Clin Obstet Gynecol 33:130–136, 1999.

SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

Clínica:

Dor ou sensação de peso na região pélvica após períodos em pé, final do dia, durante o exercício;

Dispareunia;

Varizes atípicas: vulvares ou região posterior da coxa;

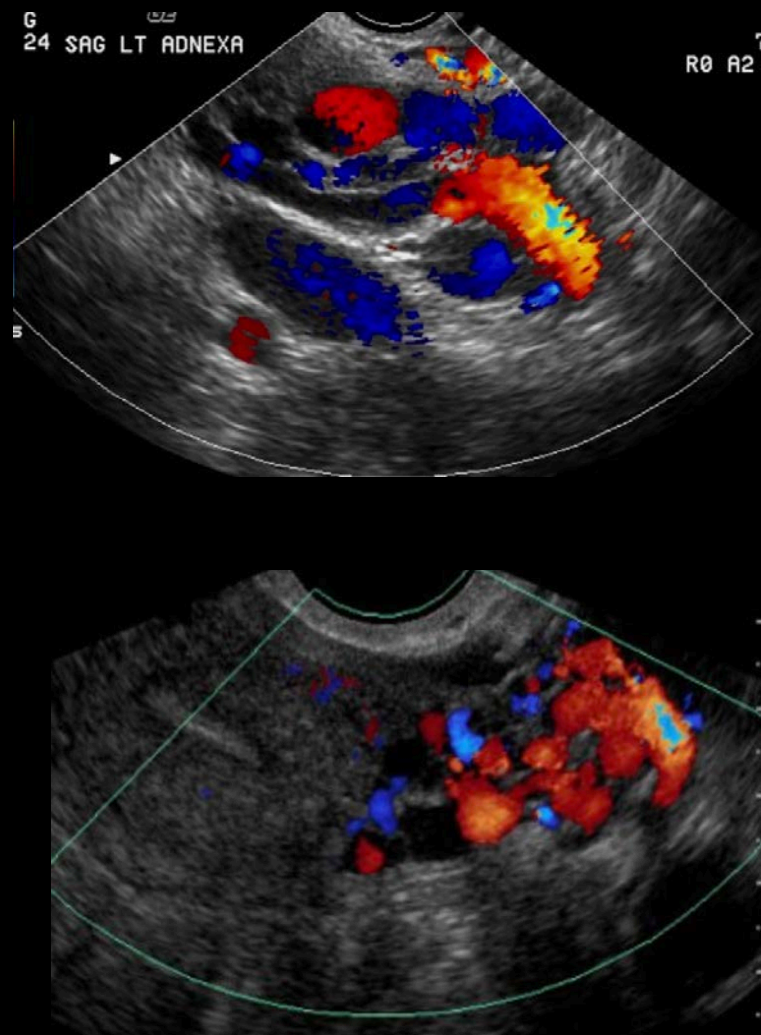


SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

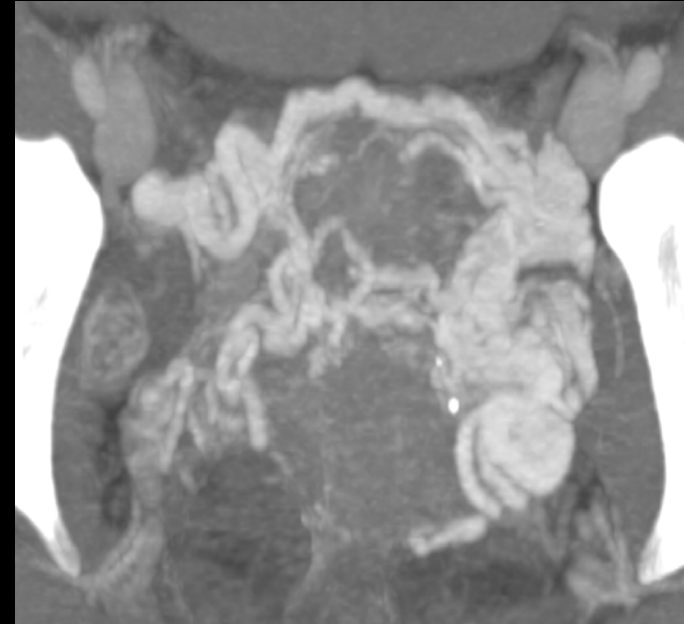
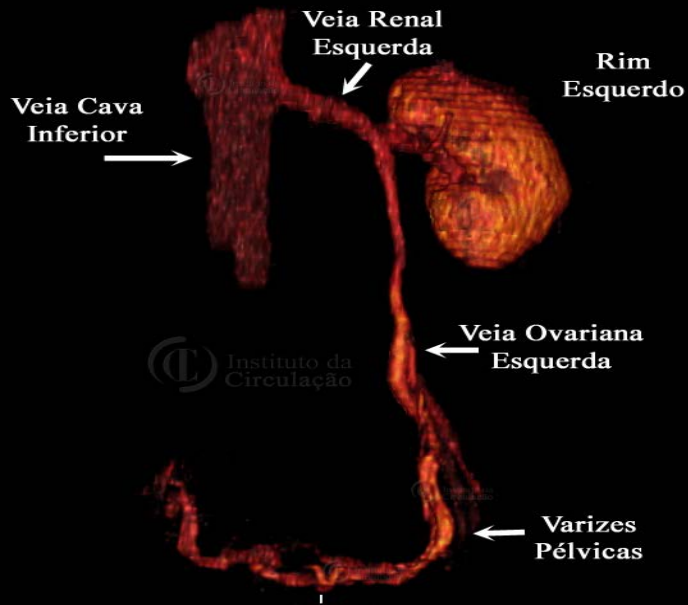
Ultrassonografia:

- # Veias pélvicas tortuosas, com diâmetro $> 6\text{mm}$;
- # Baixo fluxo (3cm/seg);
- # Fluxo bidirecional: Valsalva;
- # Veia arqueada dilatada, comunicando veias varicosas bilateralmente.

Engelhorn et al. Guia prático de ultrassonografia vascular 2011
Beard RW e col. Lancet 2: 946–949, 2004



AngioRM / AngioTC



“Tributárias venosas pélvicas > 4 mm e veia gonadal > 8mm.”

Flebografia



“Retenção de contraste >20 segundos, veia gonadal >6 mm e retenção de contraste em tributárias varicosas em região vulvar e perineal”

SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

Diagnóstico Diferencial:

Múltiplas Causas;

Table 11.1. Common causes of chronic pelvic pain

Physiologic

- Ovulation
- Menstruation

Pelvic inflammatory disease

Genitourinary

- Ovarian/paraovarian cysts
- Endometriosis
- Fibroids
- Malignancy
- Prolapse
- Cystitis
- Calculi

Gastrointestinal

- Ulcerative colitis
- Crohn's disease
- Diverticulitis
- Irritable bowel syndrome
- Malignancy

Musculoskeletal

- Lumbar disc
- Sacral canal stenosis
- Spondylolisthesis
- Perineum syndrome

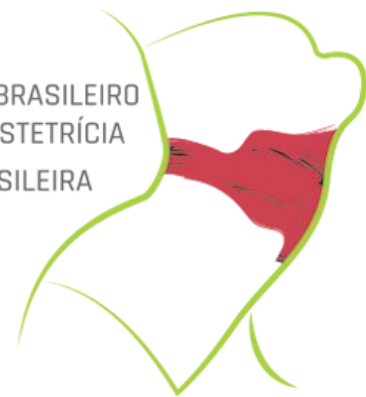
Sd. Congestão Pélvica:

1- Quando tratar?

2- Como tratar?

**31 MAIO
A 2 JUN
2018**

XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA



Sd. Congestão Pélvica:

1- Quando tratar?

31 MAIO
A 2 JUN
2018

XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA



SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

Quando tratar?

Ginecologista assistente indicar !!!

- # Conhece e avaliou a paciente;
- # Buscou outras causas;
- # Instituiu tratamentos adequados;

SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

Quando tratar?

Ginecologista assistente indicar !!!

Veias pélvicas dilatadas com mais de 5-6mm e/ou veia gonadal com mais de 8mm de diâmetro.

Dor pélvica crônica por mais de 6 meses.

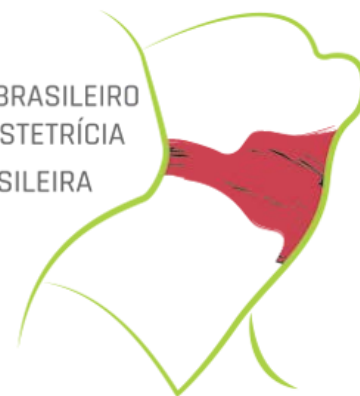
Sd. Congestão Pélvica:

1- Quando tratar?

2- Como tratar?

31 MAIO
A 2 JUN
2018

XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA



Sd. Congestão Pélvica:

2- Como tratar?

31 MAIO
A 2 JUN
2018

XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA

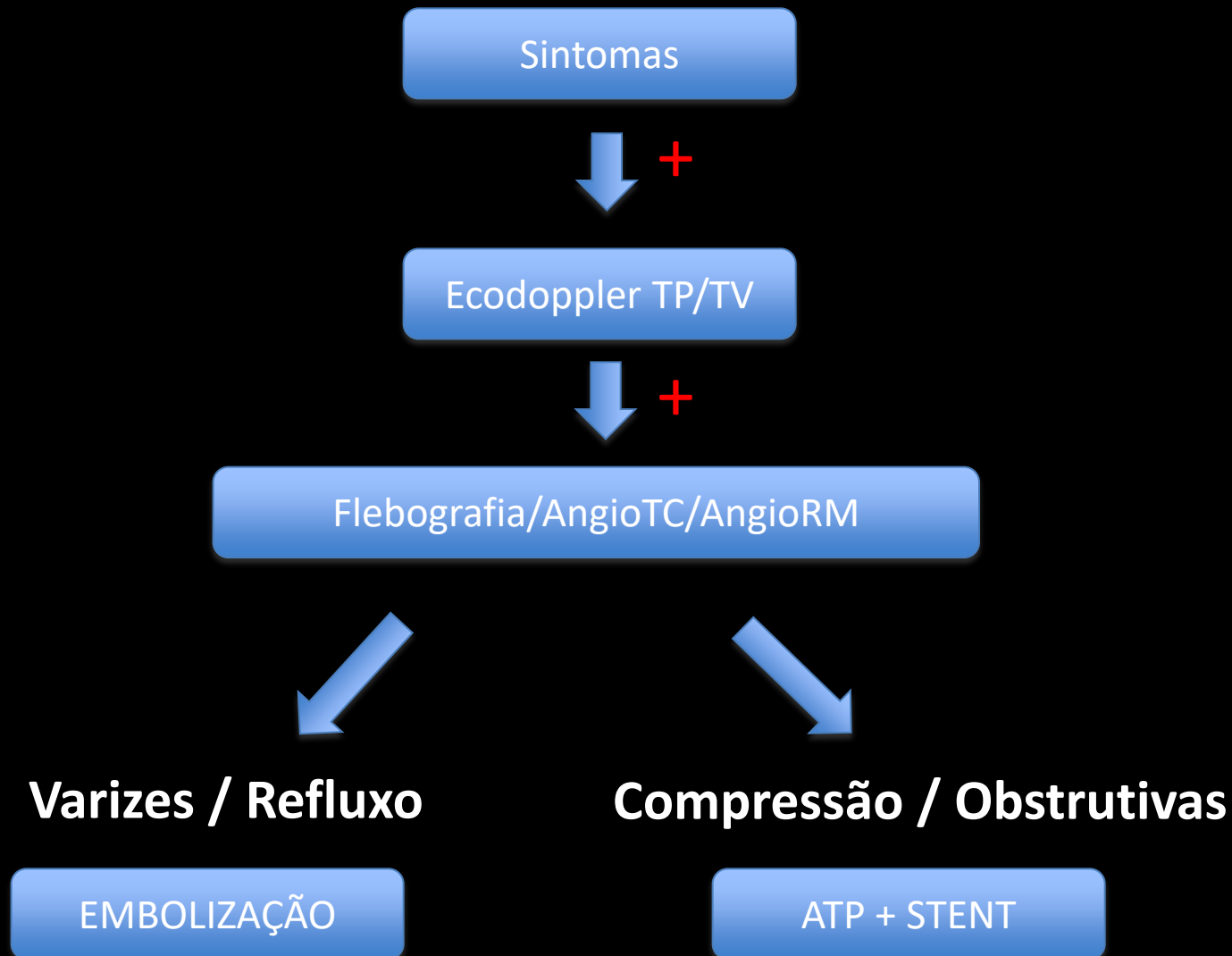


SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

Tratamento:

- Psicoterapia;
- Fisioterapia;
- Analgesia;
- Supressão ovariana farmacológica;
- Cirurgia;
- Embolização.

Sd. Congestão Pélvica



Sd. Congestão Pélvica:

Embolização:

Refluxo

**31 MAIO
A 2 JUN
2018**

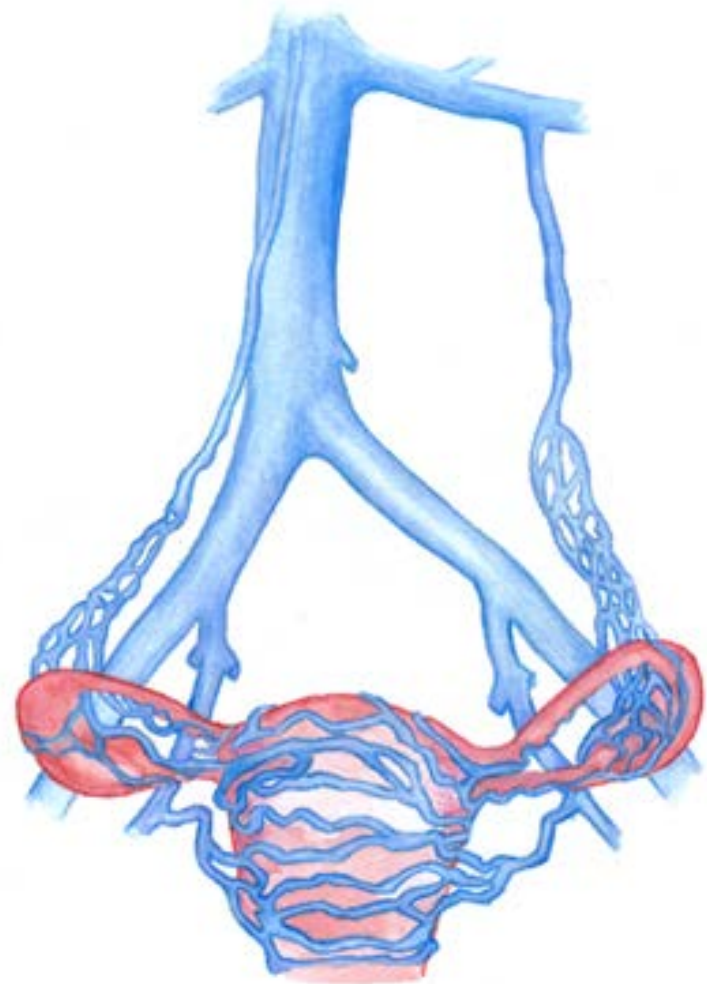
XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA



Embolização

ANATOMIA:

- Veia renal esquerda;
- Veia ovariana esquerda
- Veia ovariana direita;
- Veias pélvicas.



Sala Híbrida



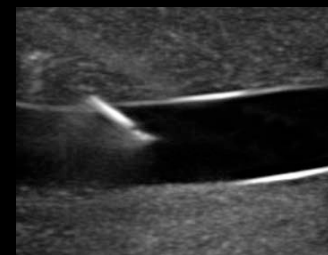
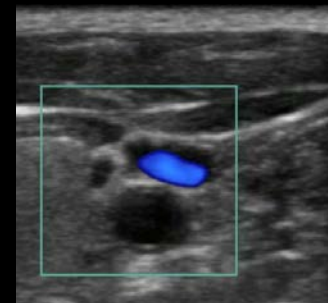
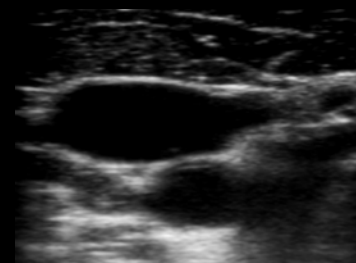
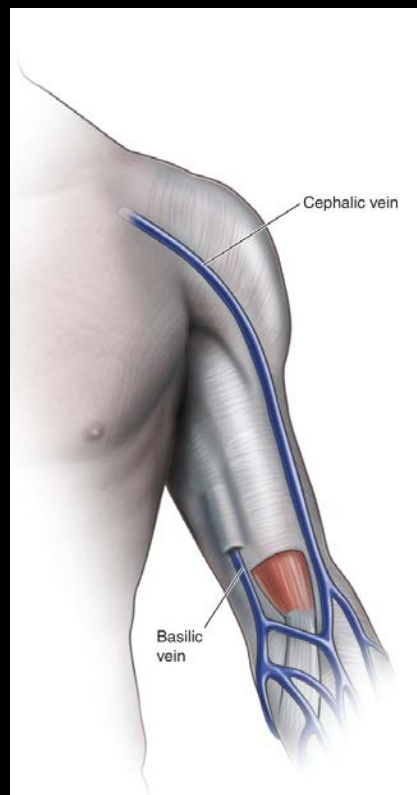
Sala Híbrida



SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

Embolização:

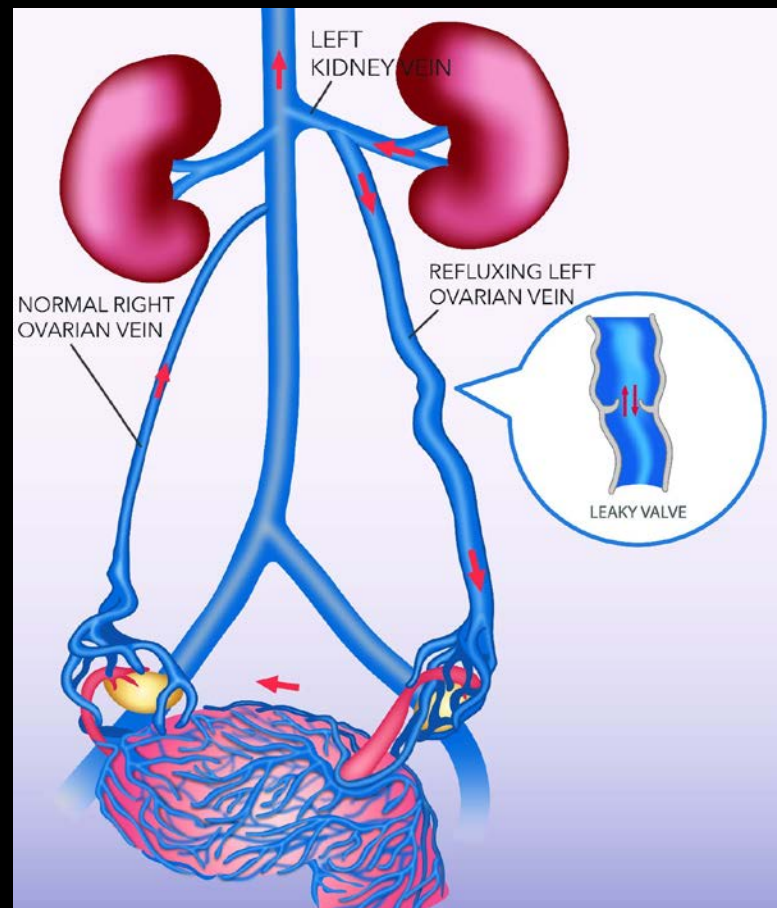
- # Acesso membro superior
(V. Cefálica e V. Basílica)
- # Acesso membro inferior
(V. Femoral)
- # Acesso guiado por US Doppler



SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

Embolização:

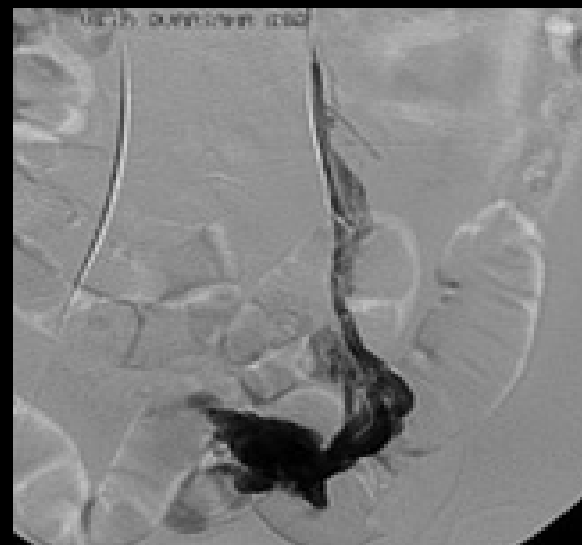
- # Acesso membro superior
(V. Cefálica e V. Basílica)
- # Acesso membro inferior
(V. Femoral)
- # Acesso guiado por US Doppler
- # Anestesia local / Sedação;



SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

Embolização:

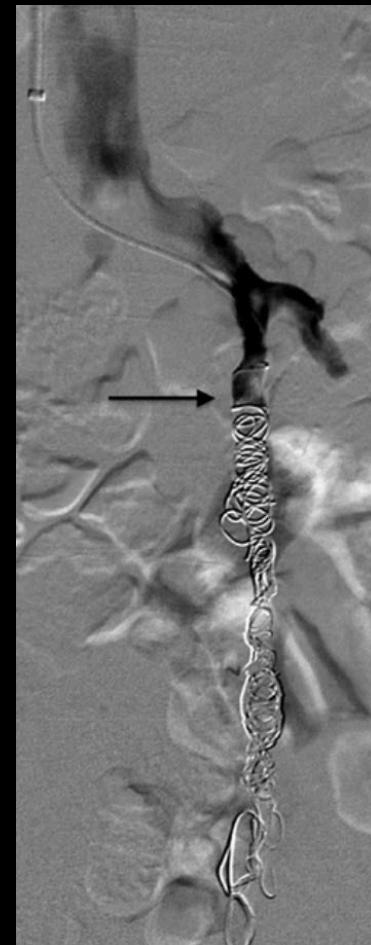
- # Acesso veia renal / gonadal;
- # Angiografia Valsalva;
- # Acesso segmento distal da veia gonadal;



SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

Embolização:

- # Identificação das principais veias de drenagem;
- # Embolização com agente esclerosante (polidocanol 3%);
- # Embolização da veia gonadal com molas fibradas;



SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

Molas:

MOLAS FIBRADAS 0,035":
Nester, Gianturco, Interlock...

30% maior que o diâmetro
do vaso;

Não há necessidade de boa
compactação;

Embolizar até cerca de 2cm
da veia renal.



Endovascular

- Embolização – Refluxo Primário



SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

Pós-Intervenção:

- # Alta após 6 horas;
- # Não realizar esforços físicos por 3 dias;
- # Pode ter dor por alguns dias;
- # Ecografia após 3 meses;



Sd. Congestão Pélvica:

Angioplastia / Stent

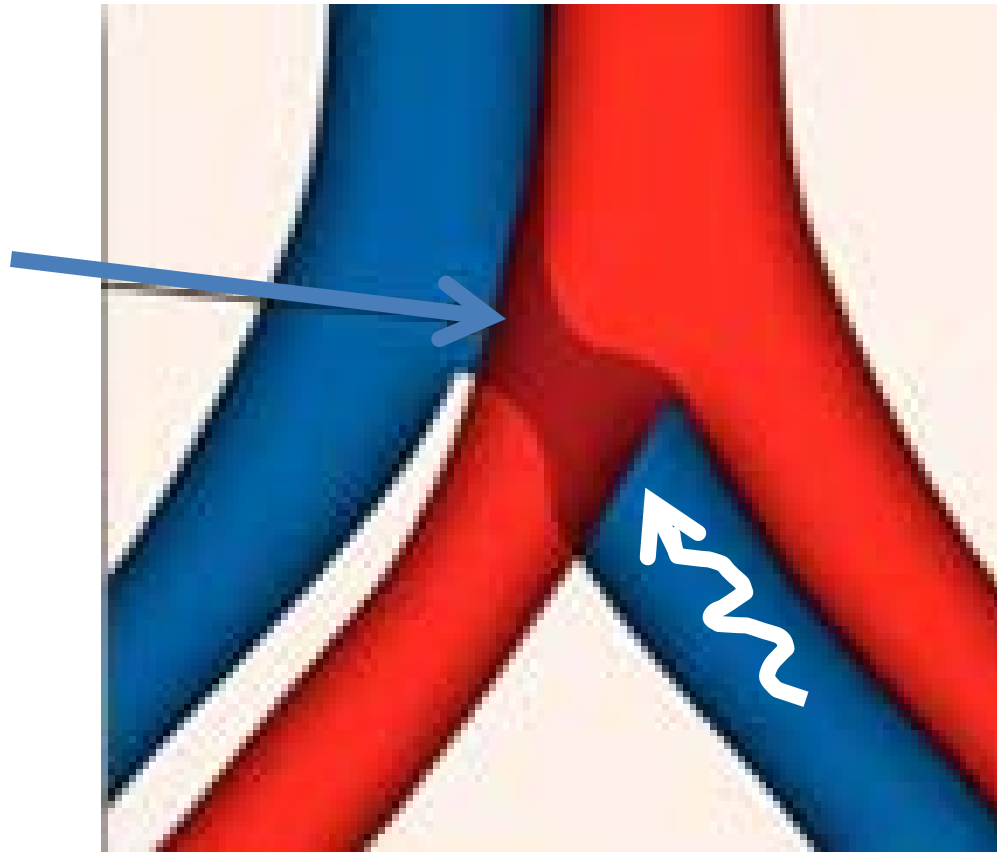
Compressão

**31 MAIO
A 2 JUN
2018**

XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA



Obstrução da saída venosa do membro “venous outflow obstruction”

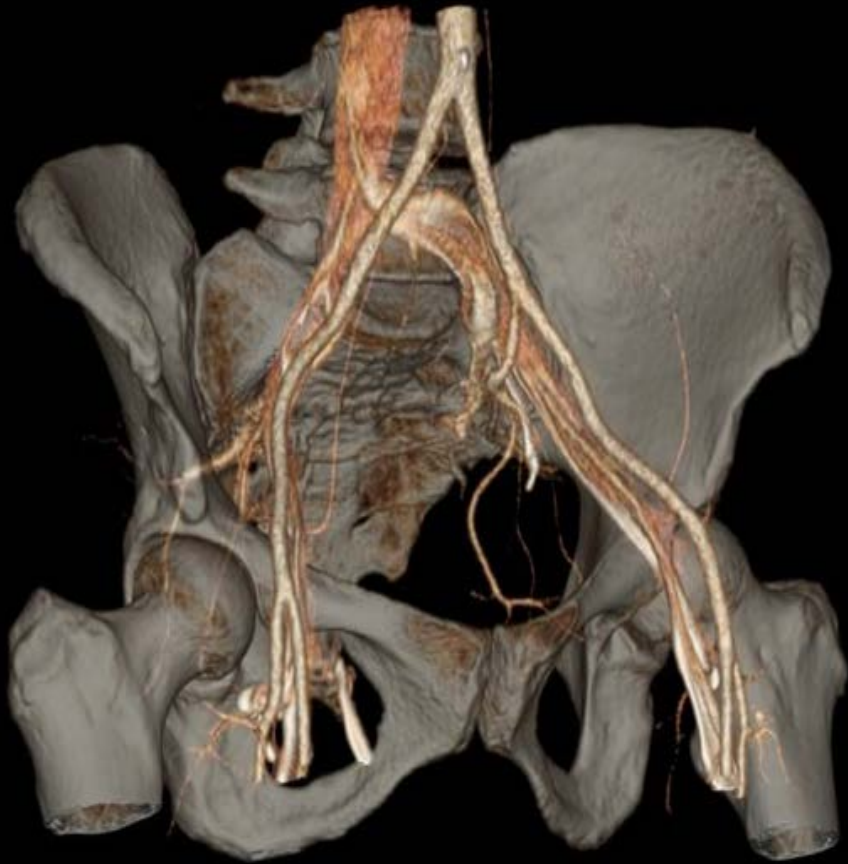


Labropoulos N, Volteas N, Leon M, Sowan O, Rulo A, Giannoukas AA, Nicolaides NA
The role of venous outflow obstruction in patients with chronic venous dysfunction.
Arch Surg 1997; 132:46-51

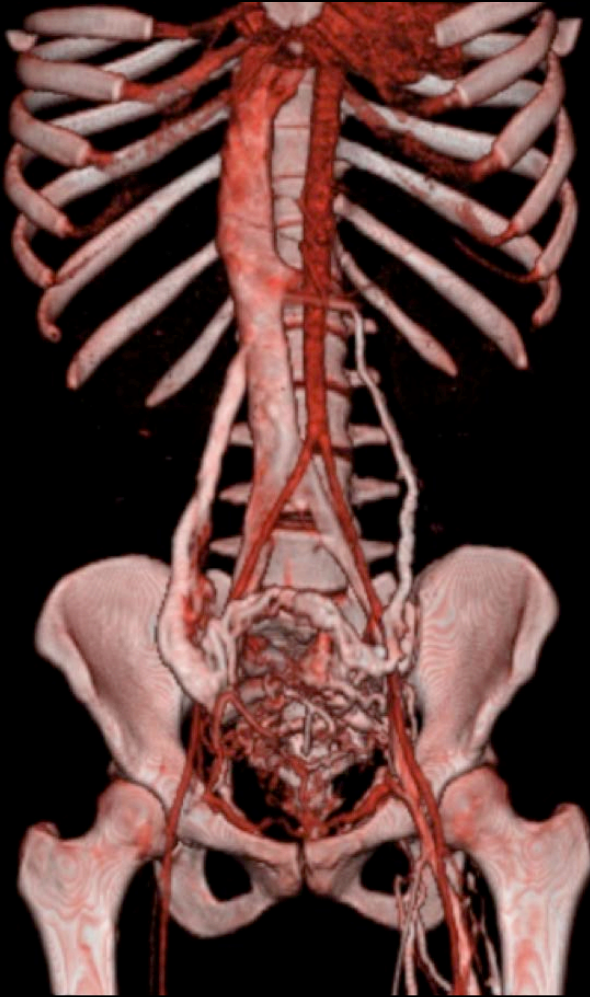
Ecodoppler



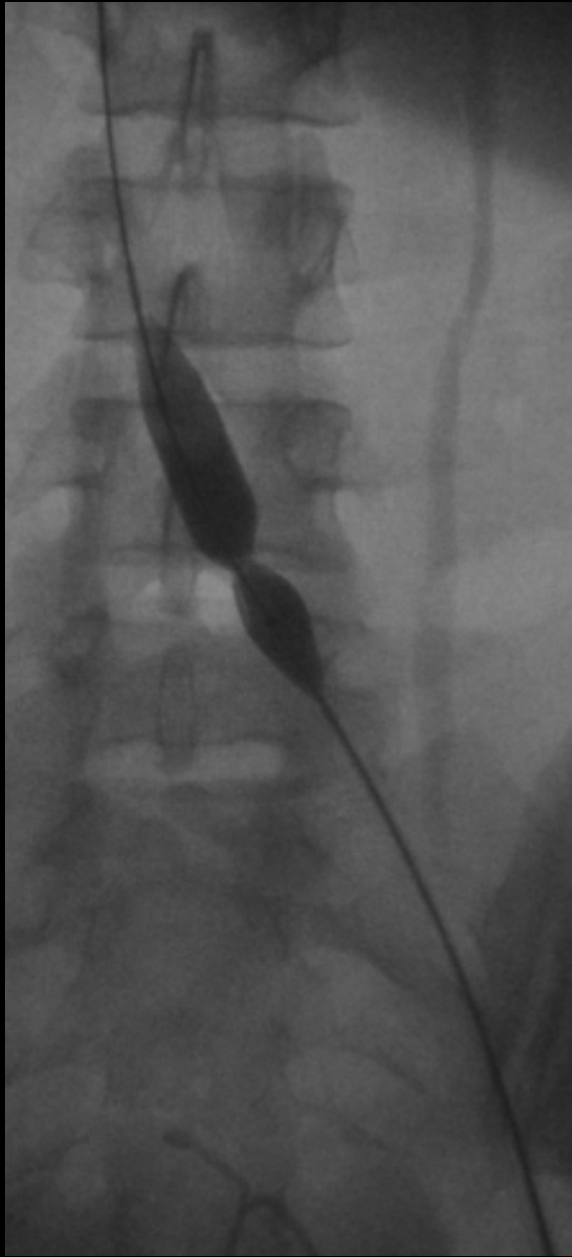
Angiotomografia

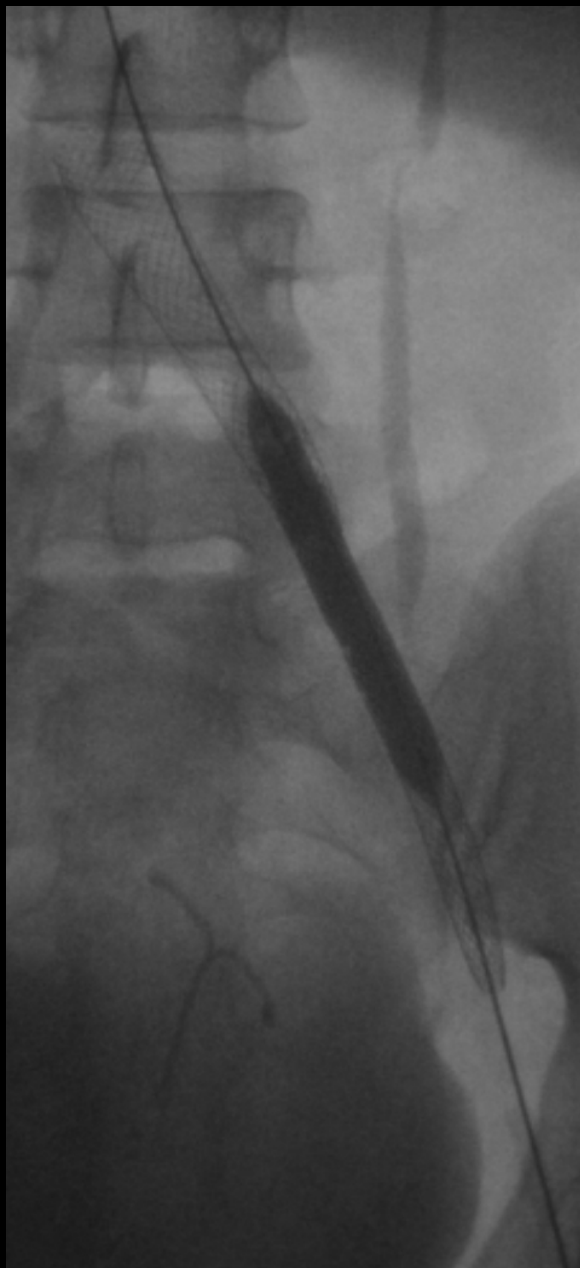
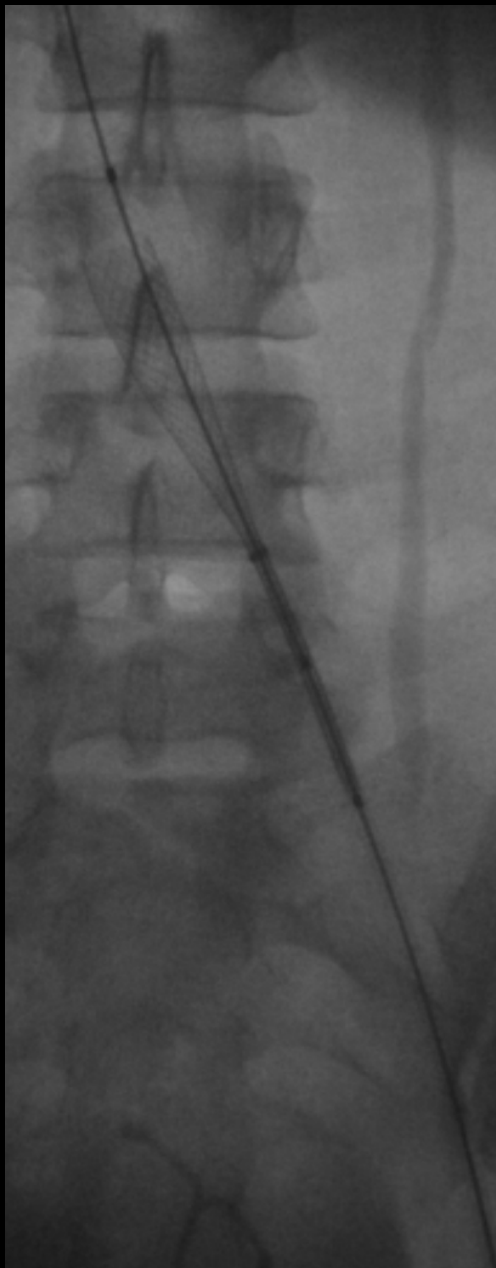


Angiotomografia



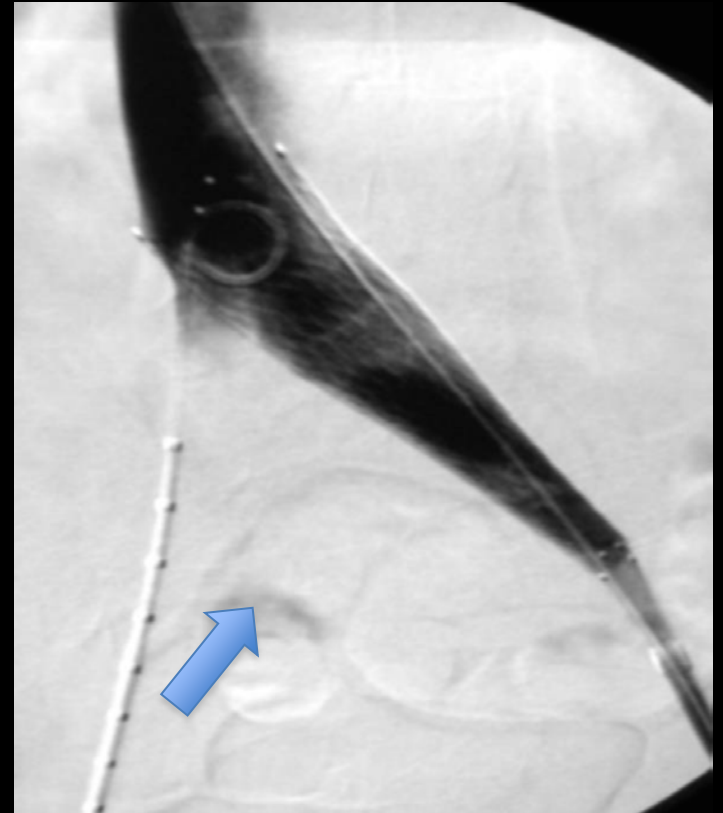


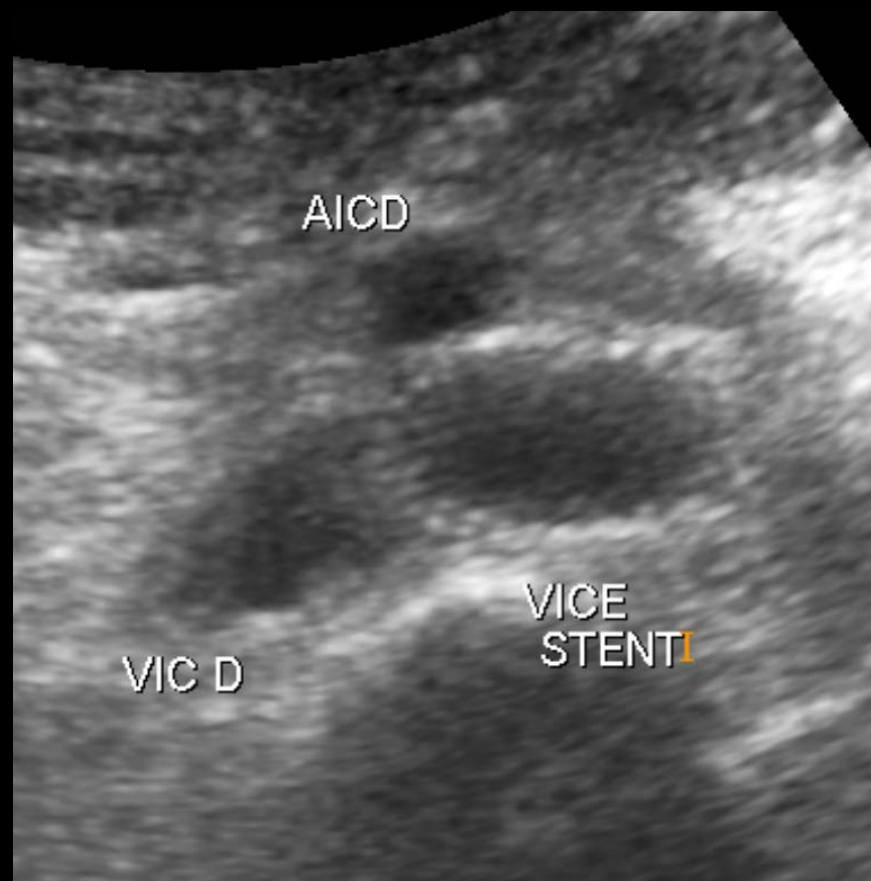
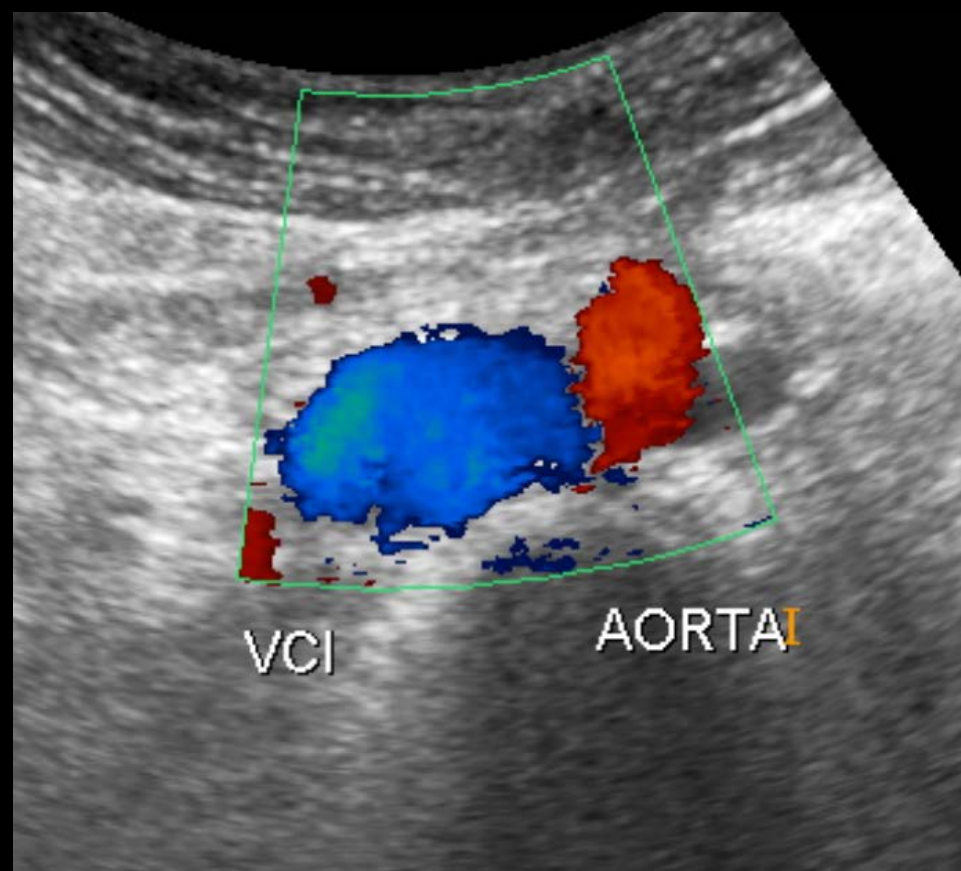


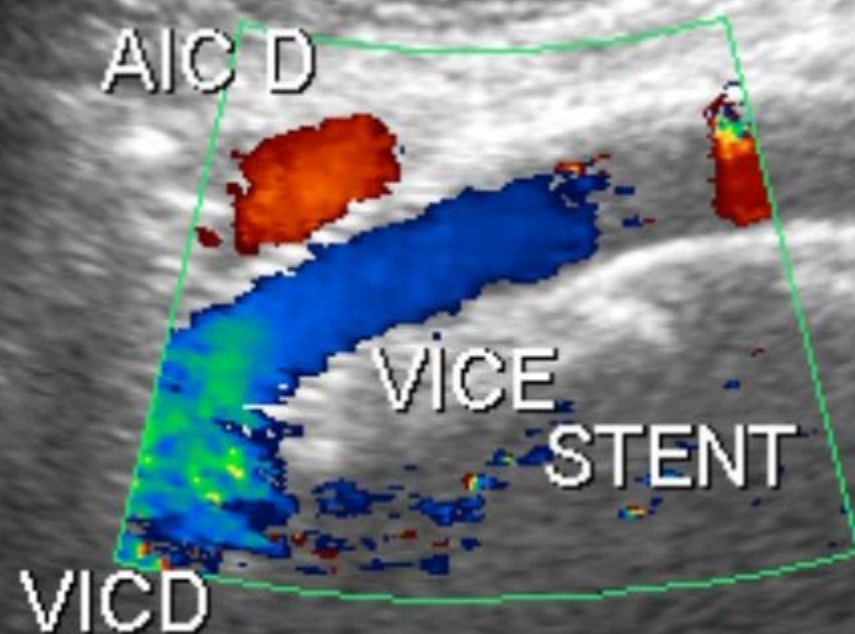


Endovascular

- ATP + Stent– May Thurner







USIV (IVUS)



INTRODUÇÃO

QUANDO TRATAR?

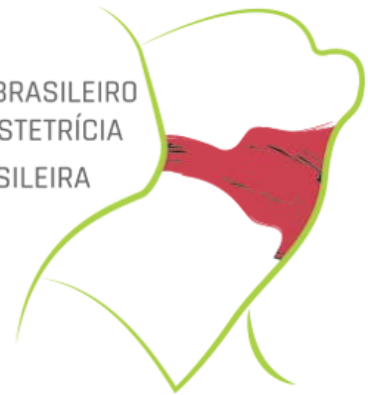
COMO TRATAR?

RESULTADOS

CONCLUSÕES

**31 MAIO
A 2 JUN
2018**

XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA



The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum

14. Treatment of pelvic varicose veins

14.1	We recommend noninvasive imaging with transabdominal and/or transvaginal ultrasonography, computed tomography, or magnetic resonance venography in selected patients with symptoms of pelvic congestion syndrome or symptomatic varices in the distribution of the pubis, labia, perineum, or buttocks.	1	C
14.2	We recommend retrograde ovarian and internal iliac venography in patients with pelvic venous disease, confirmed or suspected by noninvasive imaging studies, in whom an intervention is planned.	1	C
14.3	We suggest treatment of pelvic congestion syndrome and pelvic varices with coil embolization, plugs, or transcatheter sclerotherapy, used alone or together.	2	B
14.4	If less invasive treatment is not available or has failed, we suggest surgical ligation and excision of ovarian veins to treat reflux.	2	B



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijgo

CLINICAL ARTICLE

Safety, efficacy, and prognostic factors in endovascular treatment of pelvic congestion syndrome

Felipe Nasser^a, Rafael N. Cavalcante^{a,b,*}, Breno B. Affonso^{a,b}, Marcos L. Messina^c,
Francisco C. Carnevale^b, Miguel A. de Gregorio^d

International Journal of Gynecology and Obstetrics 125 (2014) 65–68



CLINICAL ARTICLE

International Journal of Gynecology and Obstetrics 125 (2014) 65–68

Safety, efficacy, and prognostic factors in endovascular treatment of pelvic congestion syndrome

Felipe Nasser^a, Rafael N. Cavalcante^{a,b,*}, Breno B. Affonso^{a,b}, Marcos L. Messina^c,
Francisco C. Carnevale^b, Miguel A. de Gregorio^d

Coorte retrospectiva;

113 mulheres;

CLINICAL ARTICLE

International Journal of Gynecology and Obstetrics 125 (2014) 65–68

Safety, efficacy, and prognostic factors in endovascular treatment of pelvic congestion syndrome

Felipe Nasser ^a, Rafael N. Cavalcante ^{a,b,*}, Breno B. Affonso ^{a,b}, Marcos L. Messina ^c,
Francisco C. Carnevale ^b, Miguel A. de Gregorio ^d

Conclusão:

A embolização demonstrou ser um tratamento efetivo e seguro para congestão pélvica crônica;

Varizes nos membros inferiores e urgência miccional foram associados com sucesso clínico incompleto;

Effectiveness of Embolization or Sclerotherapy of Pelvic Veins for Reducing Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review

Jane P. Daniels, PhD, Rita Champaneria, MPhil, Laila Shah, MSc, Janesh K. Gupta, FRCOG, Judy Birch, BSc, and Jonathan G. Moss, FRCS, FRCR

J Vasc Interv Radiol 2016; 27:1478–1486

ABSTRACT

Purpose: Chronic pelvic pain (CPP) in the presence of dilated and refluxing pelvic veins is often described as pelvic congestion syndrome (PCS), although the causal relationship between pelvic vein incompetence and CPP has not been established. Percutaneous embolization is the principal treatment for PCS, with high success rates cited. This study was undertaken to systematically and critically review the effectiveness of embolization of incompetent pelvic veins.

Materials and Methods: A comprehensive search strategy encompassing various terms for pelvic congestion, pelvic pain, and embolization was deployed in 17 bibliographic databases, with no restriction on study design. Methodologic quality was assessed. The quality and heterogeneity generally precluded meta-analysis. Results were tabulated and described narratively.

Results: Twenty-one prospective case series and one poor-quality randomized trial of embolization (involving a total of 1,308 women) were identified. Early substantial relief from pain was observed in approximately 75% of women undergoing embolization, and generally increased over time and was sustained. Significant pain reductions following treatment were observed in all studies that measured pain on a visual analog scale. Repeat intervention rates were generally low. There were few data on the impact on menstruation, ovarian reserve, or fertility, but no concerns were noted. Transient pain was common following foam embolization, and there was a < 2% risk of coil migration.

Conclusions: Embolization appears to provide symptomatic relief of CPP in the majority of women and is safe, although the quality of the evidence is low.

Effectiveness of Embolization or Sclerotherapy of Pelvic Veins for Reducing Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review

Jane P. Daniels, PhD, Rita Champaneria, MPhil, Laila Shah, MSc, Janesh K. Gupta, FRCOG, Judy Birch, BSc, and Jonathan G. Moss, FRCS, FRCR

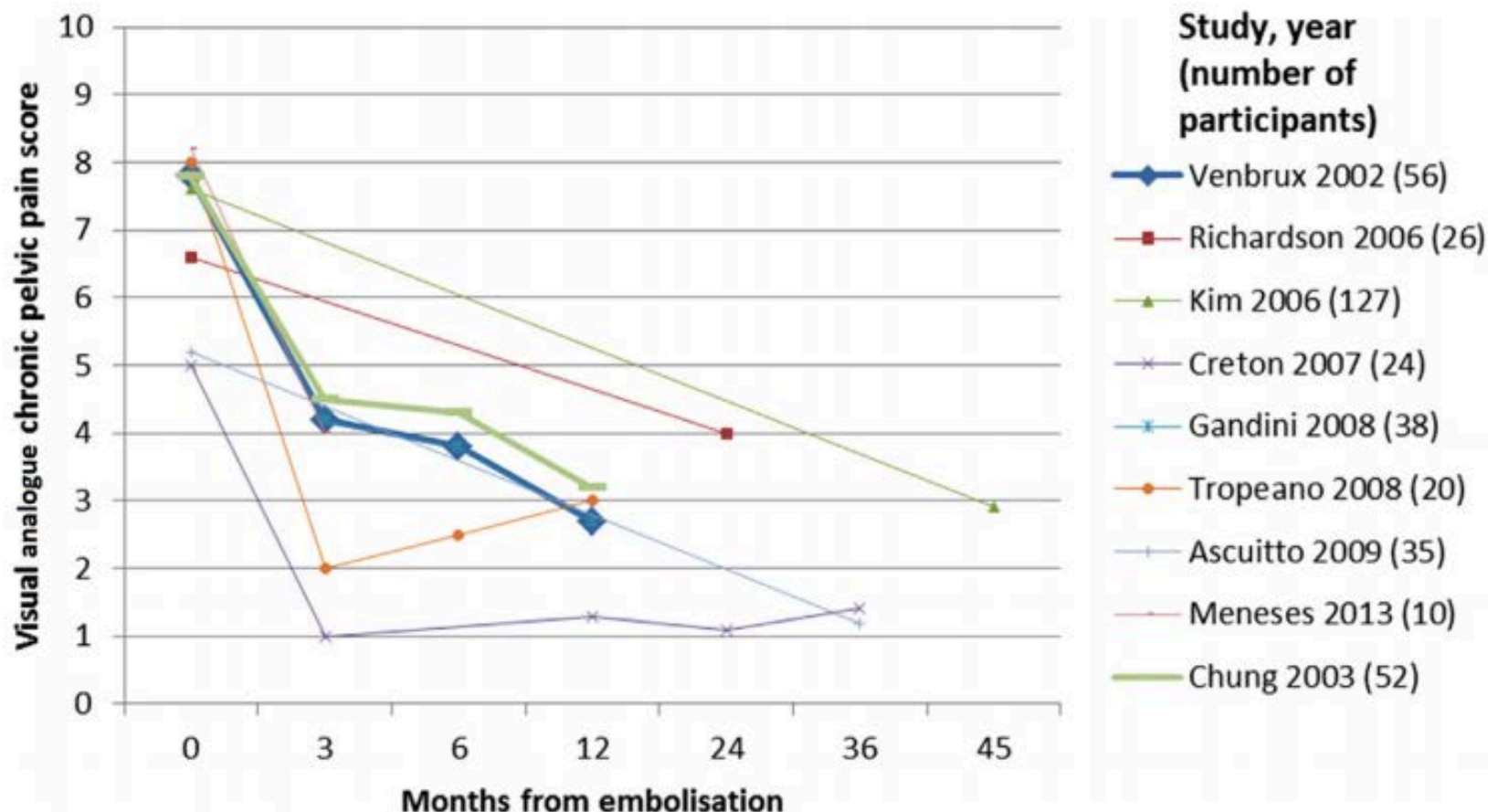
J Vasc Interv Radiol 2016; 27:1478–1486

- # Revisão Sistemática;
- # 1.308 mulheres;
- # 21 Estudos Prospectivos;
- # 1 Ensaio Clínico Randomizado.

Embolização:

Redução precoce e significativa da dor em aproximadamente 75%;

Na maioria com melhora progressiva e sustentada;



Pelvic Congestion Syndrome: Etiology of Pain, Diagnosis, and Clinical Management

Table 2. Outcome of Ovarian and Pelvic Vein Embolization to Treat PCS in Studies with ≥ 50 Patients

Publication	Patients (n)	Embolization	Material	Mean Follow-up (mo)	Clinical Outcome
Venbrux et al, 2002 (42)	56	56 bilateral ovarian, 43 bilateral internal iliac	Coils + sclerosant	22.1	Significant/partial relief: 96% No relief: 4%
Chung and Huh, 2003 (49)	52	Bilateral ovarian	Coils	6–12	Significant relief: 100%
Kim et al, 2006 (41)	127	106 bilateral ovarian + 95 internal iliac, 20 unilateral ovarian + 13 internal iliac	Coil + sclerosant	45	Improved: 83% Unchanged: 13% Worsened: 4%
Kwon et al, 2007 (50)	67	64 left ovarian, 1 right ovarian, 2 bilateral ovarian	Coils	44.8	Improved: 82% No relief: 15% Worsened: 3%
Monedero et al, 2012 (52)	100	NA	NA	14	Total relief: 64% Partial relief: 29% No relief: 7%
Laborda et al, 2013 (51)	202	Bilateral ovarian + bilateral hypogastric	Coils	60	Improved: 93% Unchanged: 5% Worsened: 1%

NA = not available; PCS = pelvic congestion syndrome.

Effectiveness of Embolization or Sclerotherapy of Pelvic Veins for Reducing Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review

Jane P. Daniels, PhD, Rita Champaneria, MPhil, Laila Shah, MSc, Janesh K. Gupta, FRCOG, Judy Birch, BSc, and Jonathan G. Moss, FRCS, FRCR

J Vasc Interv Radiol 2016; 27:1478–1486

Conclusão:

A embolização proporciona alívio sintomático da dor pélvica crônica na maioria das mulheres tratadas e é um método seguro, contudo a qualidade das evidências é baixa.

Venous angioplasty and stenting improve pelvic congestion syndrome caused by venous outflow obstruction

Stephen F. Daugherty, MD, FACS, FACPh, RVT,^a and David L. Gillespie, MD, FACS, RVT,^b *Clarksville, Tenn; and Fall River, Mass*

Análise retrospectiva de casos;

19 pacientes;

Compressão da veia ilíaca comum esquerda (S. Cockett ou May-Thurner). Não trombótica;

Venous angioplasty and stenting improve pelvic congestion syndrome caused by venous outflow obstruction

Stephen F. Daugherty, MD, FACS, FACPh, RVT,^a and David L. Gillespie, MD, FACS, RVT,^b *Clarksville, Tenn; and Fall River, Mass*

Conclusão:

Angioplastia com stent da veia ilíaca comum esquerda se mostrou efetiva na resolução dos sintomas associados a congestão pélvica crônica no seguimento de curto prazo.

Resolução completa em 15 de 19 ptes;

Resolução da dispareunia em 14 de 17 ptes;

Pelvic Congestion Embolization: Clinical Outcomes and Managing Recurrence

Lindsay Machan, MD

University of British Columbia
Vancouver, British Columbia



GEST 2018 U.S.

Global • Embolization • Cancer • Symposium • Technologies

EMBOLIZATION.COM

Pelvic Congestion Embolization:

Conclusão:

- # Alta taxa de melhora sintomática curto prazo;
- # Recorrência de sintomas: diagnóstico diferencial e avaliação detalhada do plexo venoso hipogástrico;
- # Reconhecer o componente obstrutivo;
- # Buscar evidência de maior qualidade.

GEST 2018 U.S.

Global • Embolization • Cancer • Symposium • Technologies

EMBOLIZATION.COM

INTRODUÇÃO

QUANDO TRATAR?

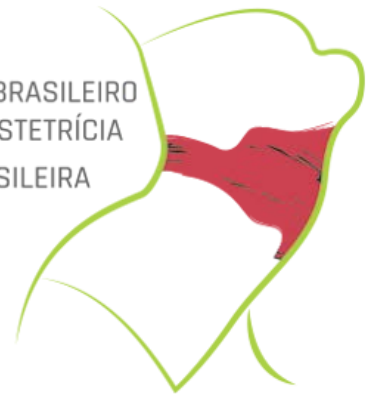
COMO TRATAR?

RESULTADOS

CONCLUSÕES

**31 MAIO
A 2 JUN
2018**

XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA



Conclusão

Lembrar da Síndrome de Congestão Pélvica em pacientes com dor pélvica crônica;

Quando tratar?

Tratamento direcionado para varizes pélvicas sintomáticas (congestão pélvica);

Indicação do ginecologista assistente;

Conclusão

Como tratar?

Embolização: refluxo veias gonadais e hipogastricas;

Angioplastia com Stent: componente obstrutivo;

- Técnicamente simples (ambulatorial);
- Baixa taxa de complicações;
- Alto grau de satisfação (literatura);



angiolog
Consulting and Training

rafaelfranklin@hotmail.com
rafael.n.franklin@coris.med.br
48 3322-1043 / 3222-0087



Florianópolis - SC - Brasil

rafaelfranklin@hotmail.com