

## ARTÍCULO ORIGINAL

# Varizes pélvicas

AUTOR:

DRES. FRANCISCO REIS BASTOS\* / MARIANE GANDRA\*\* / MARCO T. FELIX\*

Correspondencia: drfrbastos@hotmail.com

Recibido: junio 2010

Aceptado: julio 2010

## Resumo

A IVCP (Insuficiência Venosa Crônica Pélvica), não trombótica, é uma doença que merece ser identificada, pois ela surge como síndromes tais como “síndrome de compressão de veia renal”, “síndrome de compressão de veia ilíaca”, “síndrome do quebra-nozes”, refluxo de veias gonádicas, “síndrome de vazamento de pelve” ou “síndrome de May-Turner”. Elas têm uma pato-fisiologia, sinais e sintomas comuns.

Seu tratamento pode ser feito pela escleroterapia com espuma e deve ser executado pelo angiologista com boa formação em ultra-som. Nesse artigo fazemos revisão da literatura e mostramos nossa experiência sobre o tema: vinte dissecações em cadáveres humanos e nosso tratamento com escleroterapia com espuma. Falaremos da IVCP embora reconheçamos que se trata de um assunto ainda mal entendido devido à sua complexidade.

**Palavras chaves:** Varizes pélvicas. Escleroterapia com espuma. Insuficiência venosa crônica.

## Abstract

### *Indications and treatment of pelvic congestion syndrome*

*The CVPI without thrombus is a kind of disease that we must be identified. It appears like many syndromes like the “Syndrome of renal venous compression”, “Cracknutt syndrome” “Pelvic leaks”, “May-Turner syndrome”. All this kind of diseases has the similar sights and manifestations.*

*The treatment could be made by the foam sclerotherapist well training in angiology and ultrasound. In this paper we did a review and we also show our experience: Twenty human dissections and our clinical experience in the field of the foam sclerotherapy for pelvic varices.*

*We know that this theme is an actual challenge of the modern medicine.*

*Key words:* Pelvic varices. Foam sclerotherapy. Chronic venous insufficiency.

---

\*Cirurgião Vascular / \*\*Enfermeira

## Resumen

### Várices pélvicas

*La IVCP (Insuficiencia Venosa Crónica Pélvica) no trombótica es una enfermedad que merece ser identificada debido a que emerge en forma de síndromes, como el "síndrome de compresión de la vena renal", "síndrome de compresión de la vena iliaca", "síndrome del cascanueces", "reflujo venoso gonadal", "síndrome de vaciamiento de pelvis" o "síndrome de May-Turner". Éstos presentan patofisiología, signos y síntomas comunes.*

*Su tratamiento se puede hacer por escleroterapia con espuma y debe ser ejecutado por un angiólogo con buena formación en ultrasonido. En este trabajo se hace una revisión de la literatura y se expone nuestra experiencia en el tema: veinte disecciones en cadáveres humanos y nuestro tratamiento con escleroterapia con espuma. Trataremos la IVC, aunque reconozcamos que se trata de un tema aún poco conocido debido a su complejidad.*

*Palabras claves: Las venas pelvianas. Escleroterapia con espuma. Insuficiencia venosa crónica.*

## INTRODUÇÃO

As primeiras referências feitas a esta patologia foram feitas por Devals em sua tese defendida, em 1858, em Paris(1). Em 1924, Castão(2), publicou sua técnica cirúrgica para o tratamento das varizes pélvicas. Esta técnica consistia em efetuar múltiplas ligaduras das veias ovarianas, um pouco acima dos ovários e impedir o eventual refluxo que viesse das veias renais e cava inferior. No Brasil, Edson Amaral, publicou sua tese "Das veias pelvianas na mulher e sua cura cirúrgica"(3) em 1927.

As varizes dos mmii e as hemorróidas constituem entidades nosológicas bastante reconhecidas. Entre as doenças venosas existem as varizes da pelve que permanecem pouco conhecidas ou pouco valorizadas. As laparoscopias, as cesarianas e mesmo as laparotomias mostram com freqüência, a existência de dilatações das veias da pelve. Entretanto, inexplicavelmente, tal fato, não é levado em consideração no diagnóstico diferencial da "Síndrome de Congestão Pélvica". Uma das explicações é que as varizes, em qualquer local do corpo humano, podem se manifestar com dilatações sem um quadro sensorial clínico correspondente. As pessoas podem ter alterações da drenagem venosa sem sintomatologia dolorosa. Sintomas são subjetivos sinais são objetivos. Não há como negar que dilatações e alongamentos de veias, as varizes, sejam um processo patológico.

Existem evidências da importância da doença varicosa na pelve. Muitos autores publicaram estudos a respeito deste tipo de varizes.

Taylor, HC.,1949, publicou um brilhante estudo

de 150 casos(4-5), onde ele abordou considerações clínicas, fisiológicas, hormonais e psicológicas.

Em estudo relacionando a doença com fatores morfológicos, encontramos em veias renais (por cateterismo) com 60% de incompetência valvar da veia ovariana em 75 mulheres estudadas(6). Outro artigo sobre o estudo das veias pélvicas mostra relação ao ecodopler colorido com veias transvaginais(7).

Vimos uma série de 1500 pacientes(8-9) tratados com a colocação de "coils" e espuma de polidocanol na área de deságüe das veias ovarianas. O autor afirmou que a patologia venosa dos mmii tem íntima relação com os pontos de fuga das veias da pelve para as veias dos mmii e que os casos de recidiva de varizes dos mmii se explicam pelo fato dos pontos de fuga não serem tratados. Tal fenômeno representa a constatação de forças de sucção dos mmii atuando na rede venosa da pelve, pois no final trata-se do mesmo sistema venoso cava inferior.

Tessari, L. tem apresentado sua técnica e experiência no tratamento pela escleroterapia com espuma por punção para vaginal (para pudendas) sob controle com o ecodoppler(12). Labropoulos, N.(15) mostra em uma série de 824 casos que a 10% dos casos de varizes tinham origem não-safenianas e provinham de pontos de vazamento da pelve para os mmii.

## Anatomía

A drenagem venosa do sangue no útero se dá através de um plexo venoso esponjoso que pode caminhar em duas direções. Existem veias orientadas na direção das

veias ilíacas internas e estas acabam drenando para as veias ilíacas comuns que são as formadoras da veia cava inferior. Também existem veias que drenam em direção aos plexos ovarianos, direito e esquerdo. Nestes casos, o sangue oriundo do útero se junta ao sangue dos ovários para finalmente drenar para as veias ovarianas.

Fizemos um estudo anatômico das veias ovarianas em vinte cadáveres humanos que apresentamos no congresso da UIP em Mônaco(19).

À direita, a veia ovariana, que começa em número variável, de 4 a 8 veias, geralmente, termina como única veia, em ângulo de 27 graus, na veia cava inferior infra-renal. Na maioria das vezes, existem dois ou um par de valvas e ela tem pouco menos que 3 mm de diâmetro e cerca de 15 cm. de comprimento. À esquerda, essas veias partem do nível do ovário, de 4 a 8 veias que convergem geralmente, terminando em uma só, em um ângulo de 114 graus com a veia renal esquerda. Interessante ressaltar que a literatura, ao contrário do que encontramos, relata que esse ângulo seria de 90 graus. Um ou dois pares de valvas podem ser encontrados no ser humano. A veia ovariana esquerda termina normalmente com pouco menos de 3 mm. de diâmetro. Seu comprimento é de 17 cm. em média.

Este sistema venoso drena o sangue em direção ao coração e faz parte de um sistema venoso infra-diaphragmático. Como tal, ele é submetido a alterações de pressão intra-torácica e abdominais. Este sistema venoso tem valvas que orientam o sangue no sentido do coração.

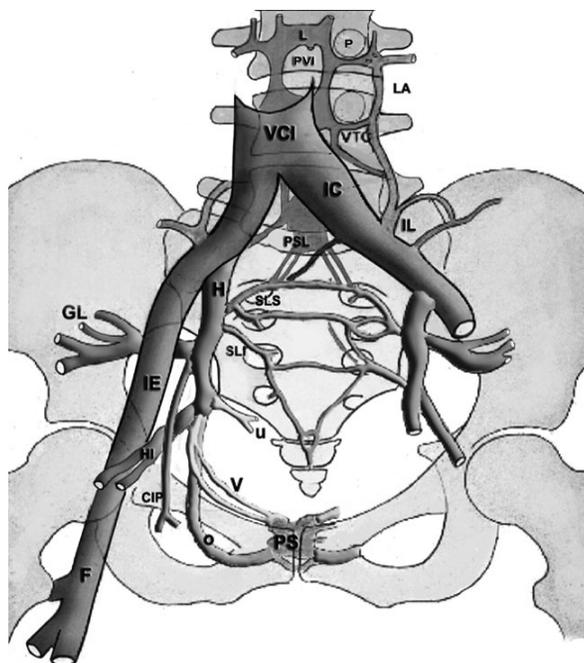


FIGURA 1: Veias da pelve by Jean-François Uih

Este sistema pode se comunicar através de veias colaterais com várias outras áreas. Veias sacrais, veias mesentéricas inferiores, veias lombares, veias epigástricas inferiores. A anatomia das veias da pelve e suas inúmeras variações foram demonstradas por estudo em 1989(10).

Segundo Tessari(12) e Labropoulos(15) existem cinco pontos ou áreas de refluxo possíveis interligando

## TABELA

### Circunferências das veias ovarianas

Direita	→	8,9 mm. (2,83 mm. de diâmetro)
Esquerda	→	8,6 mm. (2,73 mm. de diâmetro)

### Comprimento das veias ovarianas

Direita	→	15,1 cm.
Esquerda	→	17,0 cm.

### Número de válvulas encontradas nas veias ovarianas

Direita	→	um ou dois pares
Esquerda	→	um ou dois pares

### Ângulo de deságüe das veias ovarianas

Direita	→	27,4 graus
Esquerda	→	114,1 graus

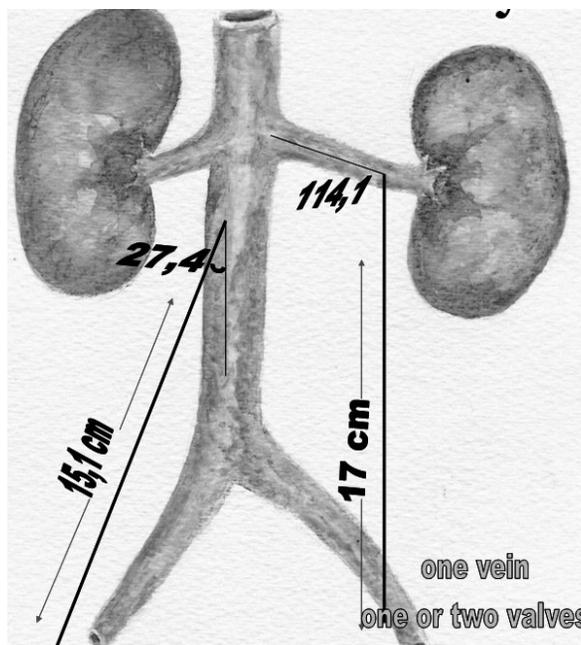


FIGURA 1: Veias ovarianas e ângulo de deságüe. As linhas negras simbolizam as veias ovarianas. Desenho por Bastos e Jarbas.

a pelve e os mmii: ligamento redondo, supra-púbico, podendo (ponto "P"), obturatório e ciático. São chamados de pontos de refluxo ou pelvic leaks. Essas são as áreas onde nosso tratamento deve focalizar visando interceptar a sucção do sangue da rede venosa pélvica pela rede da raiz da coxa.

## Fisiologia

A drenagem venosa dos mmii se relaciona por laços estreitos com a drenagem dos vasos intra-abdominais, e principalmente com as veias da pelve humana. Trata-se de uma drenagem de todo o chamado distrito venoso infra-diafragmático. Este distrito é uma rede complexa de milhares de veias que funcionam com um regime de baixa pressão venosa. Sabemos que as veias têm paredes finas e que são susceptíveis a pressões externas que podem influenciar os níveis pressóricos intra-venosos.

O fluxo do sangue se altera com inúmeros fatores internos e externos. A presença de estruturas valvares funciona no ser humano como válvulas de retenção, ou seja, elementos de segmentação da coluna de sangue, facilitando o processo.

Veias dilatadas e atípicas representam desvios do funcionamento harmônico da rede venosa. Estas veias dilatadas representam alteração da drenagem correta e devem ser eliminadas (ablação) quer seja com cirurgia, cateterismo ou com escleroterapia com espuma. Hobbs, em 1976, apresentou estudo sobre esta fisiologia(11).

## Diagnóstico

A síndrome da congestão pélvica foi definida na conferência de consenso Vein-Term(16) por: sintomatologia crônica que se traduz por dores pélvicas, sensação de peso perineal, urgência miccional, dispauremia causadas por um refluxo e ou obstrução de veias pélvicas e ou gonádicas. Podem se associar a varizes vulvares, perineais e ou de mmii(17).

O ecodopler colorido é um bom exame no diagnóstico do refluxo pélvico e das varizes pélvicas, assim como a flebografia.

No homem, a varicocele se manifesta quase sempre pela dilatação das veias escrotais; na mulher, ao contrário, ela é mais insidiosa, localizada no abdome constituindo fonte de sintomas que são difíceis de interpretar, pois são semelhantes aos da endometriose.

Manifestase por varizes discretas sub-pubianas, pudendas e inguinais com maior intensidade durante a gravidez, quando podemos ver varizes vaginais e até mesmo verdadeiros cavernomas inguinais, que geralmente regridem após o parto. Constituem o

chamado "vazamento pélvico". O assoalho da pelve pode desempenhar papel importante nessa patologia.

O refluxo pelviano é um dos capítulos mais interessantes da flebologia, especialmente face às recidivas de varizes mmii, depois de cirurgias ditas feitas "corretamente". Podemos fazer uma cirurgia bem feita segundo os ditames da academia e se não contemplarmos o tratamento do refluxo da conexão pélvico-mmii iremos fatalmente ter recidivas no pós-operatório.

O exame trans-abdominal pelo ecodopler colorido pode fornecer os dados necessários para o diagnóstico de varizes pélvicas. Se feito por via vaginal, pode mostrar grossas veias dilatadas nos ovários, útero, colo do útero e da bexiga, assim como da parede posterior sacral e da vagina.

## Tratamento

A orientação mais importante que devemos ter nesses casos é a da drenagem venosa. Milhares de veias da pelve e dos mmi tem como função conduzir o sangue venoso ao coração. As veias da pelve são intermediárias entre os mmii e o átrio direito. Tudo funciona dentro do conceito de distrito venoso infra-diafragmático. Os vasos sanguíneos funcionam como vasos comunicantes e a sua dilatação patológica altera a boa fisiologia e cria forças negativas como o efeito coluna e o efeito sifão que são inimigos da boa drenagem venosa. As grandes veias que comunicam a pelve com os mmii representam canais que podem transmitir forças negativas perturbadoras. Nosso tratamento deve ter como objetivo interromper essas vias anômalas de drenagem.

Recomendamos em todos os casos o tratamento clínico com medidas gerais e uso de flebotônicos(17-20). Eles parecem diminuir a dilatação patológica das veias doentes e dos linfáticos. Tem efeito anti-inflamatório sobre a parede da veia. As meias elásticas medicinais tem papel importante nos mmii contribuindo para melhor drenagem do volume de sangue.

Outra maneira de atuar na IVCP pode ser por procedimentos mais complexos como os *coils* aliado a escleroterapia com espuma. Essa técnica consiste em abordar as veias da pelve, por cateterismo, nos pontos exatos da pelve onde haja refluxo e interrompê-los com espuma esclerosante, posicionada entre pequenas molas fixantes, os "*coils*". Assim podemos intervir pontualmente nos segmentos que apresentam compressões ou estenoses e corrigir a drenagem do sangue. Este tipo de procedimento implica nos custos do cateterismo somado aos custos dos "*coils*", do ecodopler e da espuma. É técnica de abordagem por cima da pelve(8).

## ESCLEROTERAPIA COM ESPUMA VIA BAIXA

Essa técnica consiste em fechar os pontos de vazamento da pelve através da fibrose causada pelo tratamento com espuma esclerosante. É a técnica por baixo de pelve.

Buscamos fechar os seguintes canais de comunicação entre a pelve e os mmii:

1. Canal via veias ovarianas (anterior): Pudendas, onde existem as veias para-vaginais. Esse vazamento se dá na face medial da raiz da coxa e caminha para a face posterior da coxa. Ponto Inguinal, onde encontramos várias veias na virilha.
2. Canal via veia íliaca interna (posterior): Canal glúteos inferiores, Canal ciático, onde podemos encontrar veias refluindo para a parede posterior da coxa e perna. Uma vez identificado o ponto de vazamento venoso buscamos fechar tal canal. Tessari, L.(12) recomenda que essa técnica seja feita sob controle com ecodoppler, e com as injeções de espuma esclerosante de AET ou TDS.

Segundo Monedero e Perrin(19) os “pontos de fuga da pelve” são os seguintes: o refluxo das veias ovarianas vai às veias do ligamento redondo que pode vazar pelas veias do ligamento inguinal. Já as veias tributárias das veias íliacas internas podem refluir para as veias pudendas internas, para as veias glúteas e para as obturatórias.

O importante é o exato diagnóstico do canal de comunicação que depois pode ser bloqueado com a espuma esclerosante. A escleroterapia tem a vantagem de abordar veias às vezes dispostas em plexos venosos de acesso cirúrgico muito difícil.

## Material e Resultado clínico

Buscamos rever nossos casos de varizes pélvicas tratadas com escleroterapia com espuma e encontramos 106 casos de mulheres com IVCP, difíceis serem operadas dado à sua complexidade.

Ao exame clínico encontramos varizes atípicas do tipo não-safenianas, ou seja, varizes pudendas, varizes glúteas, varizes ciáticas, ou íliacas. A sintomatologia é aquela típica da estase venosa, como veias dilatadas, podendo se complicar com sintomas ginecológicos.

A ablação química da parte da rede venosa doente com a escleroterapia com espuma permite reversão dos sinais e sintomas. É um método direto, seguro, eficaz

e sem complicações que permite tratar casos de difícil solução cirúrgica.

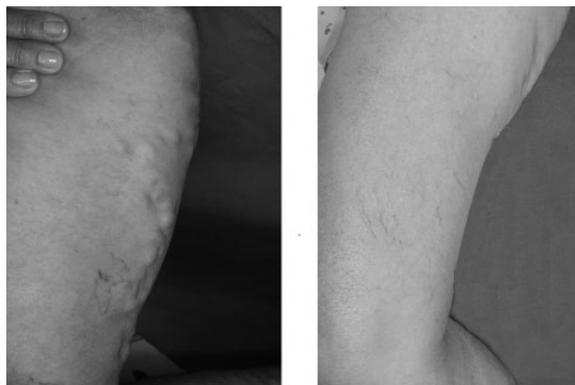
A idade média constatada foi de 50 anos. Encontramos varizes de ambos os lados sendo que foram 64 casos à direita e 42 casos à esquerda.

O número de sessões escleroterápicas foi variado, sendo que constatamos que a maioria dos casos respondeu bem a duas ou três sessões. Mais de três sessões foram feitas raramente.

Entre nossos pacientes com varizes pélvicas encontramos; 78 varizes pudendas, varizes glúteas 14 , 8 casos de varizes ciáticas e 6 casos de varizes íliacas.

As complicações foram poucas e encontramos o que é comum nas escleroterapias, ou seja, a formação de esclerus e manchas hiperocrômicas e escotomas visuais e/ou enxaqueca. O esclerus é coleção de sangue não coagulada que pode ser facilmente puncionada e esvaziada. Ele surge devido à dificuldade de compressão externa que possa aproximar as paredes das veias após tratamento. As manchas têm tendência a desaparecer com o tempo ou com o uso de descamantes como a o ácido tio-glicólico e a hidroquinona. Nossa experiência confirma a segurança e a eficácia do tratamento. Apresentamos fotos de um caso, para ilustração, onde podemos constatar o quadro clínico antes e o depois do tratamento escleroterápico (Veja figura 3).

MAG, 67 anos apresentava enormes veias dilatadas alimentadas por refluxo oriundo de veia pudenda de 4 mm de calibre, à direita. Tratada por via baixa através de punção de veia pudenda injetamos 3 c de espuma de polidocanol a 2% e verificamos ao ecodoppler que todas as veias imediatamente acima e abaixo se fecharam com boa veno-constricção, bom prenúncio de boa cicatriz. Uma segunda punção complementar se fez necessário para o total fechamento da conexão pélvico-coxa.



**FIGURA 1:** Veias pudendas, fuga das veias da pelve . Fotos por F. Bastos

## CONCLUSÃO

As varizes pélvicas, também chamadas de varizes são-safenianas, assim como as varizes de mmii ocorrem em cerca de 20-30% da população e não devem ser subestimadas na nossa prática médica. Elas são a explicação das recidivas precoces de varizes dos mmii de pacientes “bem operados”. Ademais sua incidência aumenta com a idade revelando a degeneração da parede venosa de toda a rede venosa infra-diafragmática.

Nossa prática médica deve avaliar todo o distrito venoso cava inferior e as conexões possíveis das veias da pelve com as dos membros inferiores.

Após diagnóstico bem feito, com novas tecnologias disponíveis, como o ultra-som e as laparotomias, devemos oferecer aos nossos pacientes também a modernidade do tratamento escleroterápico com espuma(13) que permite um tratamento seguro, mesmo em pacientes idosos ou com risco cirúrgico aumentado. O diagnóstico e o tratamento de todos os tipos de varizes segue sendo um desafio da medicina moderna(18).

## Referências bibliográficas

1. Devals. Du varicocele pelvien et son influence sûr le developpment et l'hematocèle rétro-uterin, Paris, França, 1858.
2. Castão. La Presse medicale, Dec. 1924.
3. Amaral E. Das varizes pelvianas na mulher e sua cura cirúrgica” Rio de Janeiro, Tese, 1927.
4. Taylor HC. Vascular congestion and hyperemia, Am.J.Obst and Gyn, vol 57, 1949, 211-226.
5. Taylor HC, Duncan AM. J Obstr Gyn, vol 64, Jul 1952
6. Chideken N. Acta Radiol Diagn, 7, 193.
7. Pieri A, Vin F. L'echo-dopler couler transvaginal dans l'étude dès reflux pelviens et de la varicocele féminine Phlebologie 1999, 52, n 1, 45-51.
8. Monedero JL. La pathologie veineuse pelvienne. Traitement embolisant. Phlebologie, 1999, 52, n 3 , 299-310.
9. Monedero JL. Phlebo lymphology 2004; 45: 269-275
10. Kamina P, Chansigaud J. P. 1989. Anatomie fonctionnelle des veines pelviennes chez la femme. Phlebologie 42 N3 363-384.
11. Hobbs JT. The pelvic congestion syndrome Prationer 216 , 529-40 , May 1976.
12. Tessari L. III Simpósio Venoso Mineiro 2009. Varizes Pélvicas.
13. Bastos, FR. Ecoescleroterapia de varizes – Revisão da literatura. Rev Méd Minas Gerais. 2009;19(1) 38-43.
14. Bastos F. et al. Inclusion social par la sclerotherapie a la mousse. Phlebologie. 2009.
15. Labropoulos N. Varices non sapheniens, Am J Surg . Volume 34, number 5,2001.
16. Monedero JL, Zubicoa, Perrin M. Maladie veineuse chronique pelvienne nom post-thrombotique, EMC. Technique chirurgicales – Chirurgie vasculaire, 42-175, 2010.
17. Eklöf B, Perrin M et als. VEIN-TERM TIF Updated terminology of CVD. J Vasc. Surg 2009;48:498-501.
18. Zehra GN, Kurt A, Ypek A et al. Varizes pélvicas. Phlebology.2008;15(2):61-67.
19. Bastos F. The humans ovariens veins. Anaes of UIP Congress of Mônaco. 2009.
20. Coleridge Smith P, Ramelet AA. Venous leg ulcers.. Eur.J. Vasc. Endovasc.Surg. 2005 30:198-208.