



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-284 - SÍNDROME DE CONGESTIÓN PÉLVICA COMO CAUSA DE LAPAROSCOPIA EXPLORADORA

Perea del Pozo, Eduardo; Durán Muñoz-Cruzado, Virginia; Senent Boza, Ana; Machuca Casanova, José María; Padillo Ruiz, Javier; Docobo Durántez, Fernando

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: Un 20% de las mujeres que padece fuertes dolores pélvicos en edad fértil sufre sin saberlo el síndrome de congestión pélvica (SCP), un cuadro poco diagnosticado de reciente descubrimiento y escasamente estudiado. Las varices internas en las zonas útero-ováricas causan dolor pélvico crónico relacionado con los días de cambios hormonales durante la menstruación. Se ha identificado como motivo de hasta un 10% de las laparoscopias diagnósticas por dolor abdominopélvico recurrente siendo por lo tanto de vital importancia su conocimiento para el cirujano.

Caso clínico: Mujer de 45 años sin antecedentes médicos de interés, que presenta varices en miembros inferiores en tratamiento oral con venotónicos y como cirugías previas amigdalectomía en la infancia e implante de prótesis mamarias. Paciente estudiada durante un año en consultas de MI por dolor pélvico recurrente que motivó múltiples asistencias a Urgencias del Hospital Virgen del Rocío sin encontrar motivo somático. Analíticas normales, eco abdominal con mioma uterino de 12 mm sin complicaciones. La paciente es derivada a las consultas de Cirugía General donde se solicita angio-TAC que evidencia a nivel pélvico abundantes varices parauterinas existiendo también aumento del calibre de ambas venas gonadales. Se solicita flebografía gonadal como técnica diagnóstica definitiva y terapéutica para el síndrome de congestión pélvica mostrando mejoría espectacular en sucesivas consultas.

Discusión: El dolor pélvico crónico en la mujer es una condición muy común en la consulta de cirugía a pesar de ser una patología ginecológica, que afecta a las pacientes durante sus años reproductivos, requiere múltiples valoraciones médicas y produce gran impacto socioeconómico por la incapacidad que genera, afectando aproximadamente al 20% de las mujeres. La paciente consulta por dolor pélvico intermitente o continuo, unilateral o bilateral a nivel hipogástrico y en quien aparentemente no se le encuentra enfermedad. Aumenta con la presión intraabdominal y la irrigación pélvica, como el coito, la marcha, la bipedestación por largos periodos y levantar peso, mientras que cede al reposar en decúbito supino. Pueden existir crisis agudas de dolor que son interpretadas en los servicios de urgencias como cuadros de enfermedad pélvica inflamatoria sin estar asociada a clínica intestinal o urinaria. Las varices vulvares o en la cara interna del muslo se encuentran en 10 a 24% de las pacientes con SCP con comunicación con el sistema venoso safeno profundo. La flebografía es la técnica diagnóstica gold estándar, una vez descritas las ectasias venosas se trata mediante laparoscopia o radiología intervencionista cateterizando selectivamente

las venas ováricas derecha e izquierda e inyectando un químico esclerosante, evidenciado una mejoría entre 50 y 90% de las pacientes sometidas a embolización. Es importante tener en cuenta el SCP en mujer en edad reproductiva con antecedentes de gestaciones a término y dolor pélvico crónico de difícil control analgésico. Requiere para su confirmación el uso de venografía, ecografía transvaginal doppler en bipedestación con Valsalva o estudio de resonancia magnética nuclear dinámica y su tratamiento consiste en bloquear las venas ováricas ya sea via laparoscópica o radiología intervencionista.