

Síndrome de Congestión Pélvica

- Autor: Jaimez Antonio, 3er año especialidad diagnóstico por imágenes.
 - Jefe supervisor de servicio: Dr. Garcia Claveria Guillermo.
 - Jefe de residentes: Dr. Ríos Rodolfo.
-
- Institución: Sanatorio Juan XXIII. General Roca. Rio Negro. Argentina.

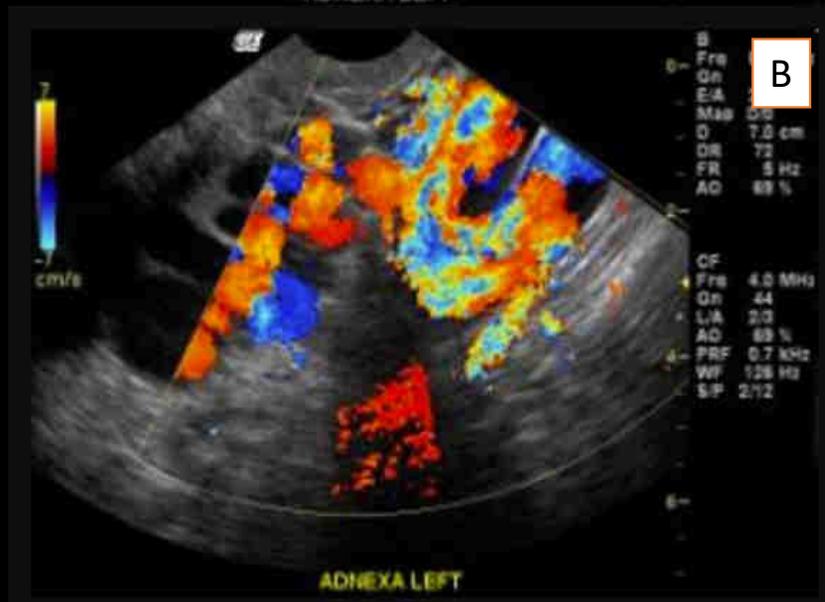
- **Objetivos:** El síndrome de congestión pélvica es causa frecuente, aunque poco conocida, de dolor pélvico crónico en mujeres premenopáusicas. Su desconocimiento e infradiagnostico puede conducir retraso en el tratamiento y hasta laparoscopias exploradoras. El objetivo del presente es hacer revisión actualizada de la literatura con el propósito de ayudar a mejorar el conocimiento de esta patología.

- **Revisión del tema:** El síndrome de congestión pélvica se caracteriza por dolor pélvico de evolución crónica, a veces incapacitante, de prevalencia en mujeres pre menopaúsicas, con antecedentes de múltiples embarazos.
- Si bien puede ser un hallazgo en mujeres asintomáticas, debemos tener en cuenta su existencia después de descartar las principales causas de dolor pélvico.
- Depende de múltiples factores, la insuficiencia valvular de las venas ováricas están entre los principales causantes concomitante a la influencia de los estrógenos con acción vasodilatador, como así los síndromes de Nutcracker y de May Thurner pueden ser subyacentes
- Puede demostrarse mediante los principales métodos de imágenes: eco doppler, Tc abdomino pelviana y RM. Aunque su principal aproximación debe ser clínico.



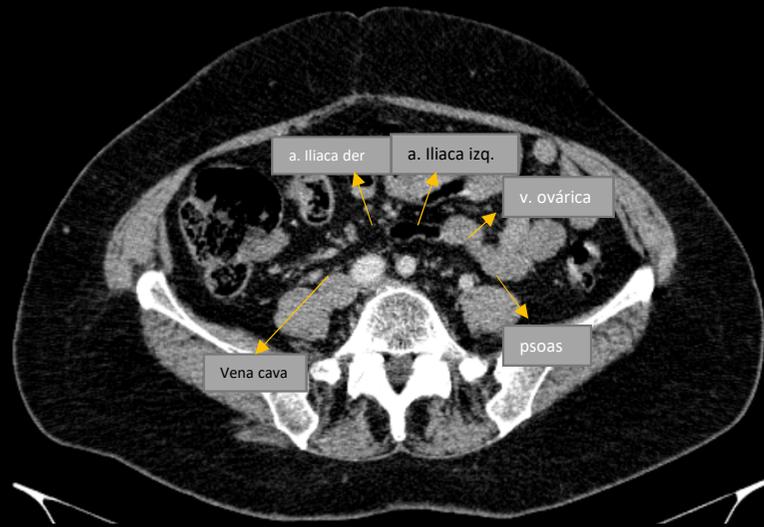
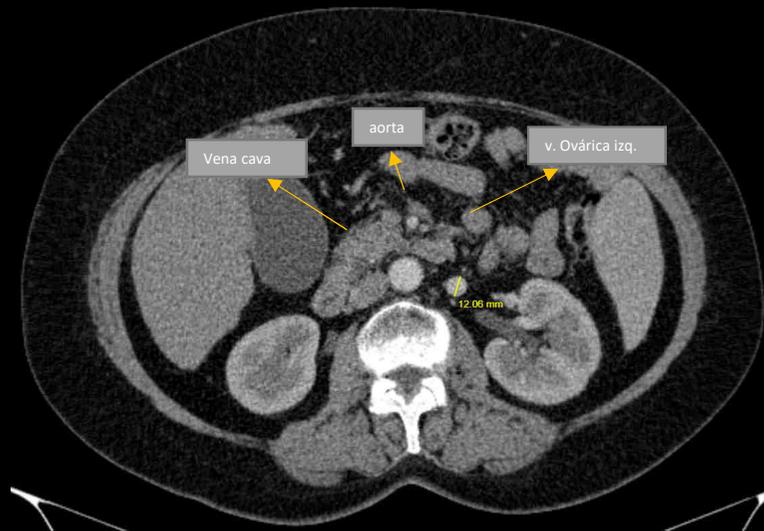
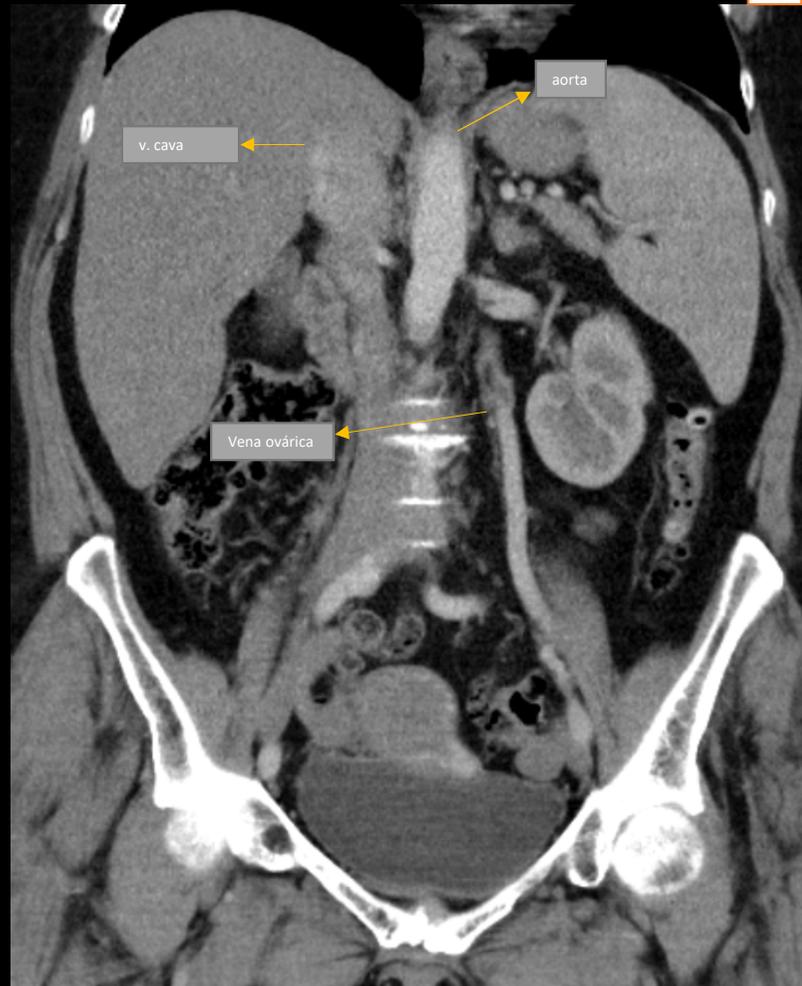
A

A: En escala de grises que muestra varices pélvicas de gran tamaño (9 mm) en región útero-ovárica izquierda.



B

B: Con Doppler color y maniobra de Valsalva, las varices presentan reflujo venoso marcado.

A**B****C**

A: Tc pelvis corte axial, demuestra presencia de izquierda a derecha vena cava, ambas arterias iliacas primitivas y vena ovárica izquierda dilatada con presencia de contraste en tiempo arterial.

B: Tc abdomen a nivel mesentérico, destaca de izquierda a derecha vena cava, arteria aorta y vena ovárica dilatada con diámetro >10 mm.

C: Tc abdominopélvica, corte coronal con cte. Evidencia los principales vasos abdominales y vena ovárica derecha claramente visible.

- **Conclusiones:** Si bien el dolor pélvico de evolución crónica tiene múltiples diagnósticos diferenciales, debemos tener en cuenta la eficacia de los principales métodos imagenológicos evitando falsos diagnósticos y temprana terapéutica, como así también laparoscopias exploradoras. Como primer escalón contamos con la ultrasonografía y aplicación doppler, siendo la angioTc de mayor especificidad y sensibilidad aunando con la clínica que es constante entre 3 y 6 meses. La flebografía se utiliza como un método diagnóstico-terapéutico. El tratamiento endovascular es de elección.

BIBLIOGRAFIA

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-31702020000500003

<https://radiopaedia.org/articles/pelvic-congestion-syndrome-2>

<https://radiopaedia.org/articles/may-thurner-syndrome-2>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560790/>