



## Controversias en el síndrome de congestión pélvica. Una perspectiva hemodinámica

*Controversies in pelvic congestion syndrome. A hemodynamic perspective*

En este número de la revista se discute ampliamente un tema de actualidad y controversia diagnóstica-terapéutica en relación con el llamado *síndrome congestivo pélvico* (SCP), que hasta hace unos años era desconocido. La naturaleza y la existencia de este síndrome fue motivo de muchos debates y hasta hace unos años era ignorado. Aquí en España fueron el Dr. Leal Monedero y el Dr. Zubicoa quienes, por la década de los noventa, reportaron los primeros casos y su experiencia en diversas reuniones científicas y congresos de la SEACV. Estas terapias se veían con escepticismo y la mayoría creía que eran molestias psicósomáticas en las que no había una base patológica que justificara su tratamiento. Lo que decían y hacían parecía que iba en contra del paradigma entonces aceptado. Dos circunstancias, sin embargo, cambiaron la actitud de afrontar esta nueva patología: una fue diagnóstica, con la introducción del eco Doppler, y otra terapéutica con el desarrollo del tratamiento endovascular.

En este sentido, el advenimiento del estudio hemodinámico venoso con eco Doppler contribuyó a darle un fundamento fisiopatológico que comenzó a justificarlo y a explicar situaciones clínicas hasta entonces desconocidas, como las recidivas varicosas a expensas de los “*shunt* venovenosos”. Esto, en realidad, fue una de las grandes aportaciones de la estrategia CHIVA. La técnica CHIVA, más allá de la cirugía, contribuyó a considerar la perspectiva hemodinámica venosa para saber exactamente qué teníamos delante (insuficiencia paraostial, R4 longitudinal, *shunt* fisiológico y un larguísimo etcétera) y, de ese modo, aplicar un tratamiento correcto para cada caso (1). Eso ayudó a una mejor comprensión de la cirugía de las varices y a explicar ese porcentaje de casos –aproximadamente un 10 % (2,3)– que, con un drenaje venoso errático al carecer de vena safena interna, recidivaban por sus conexiones pélvicas. La estrategia radical en aquellas safenectomías “industriales” solo aseguraba buenos resultados en los casos en los que no había una participación pélvica, aunque, desde una perspectiva menos exigente, podríamos decir que no estaba mal resolver

el 90 % de los casos, pese a que el resto no quedaran como se esperaba. Este cambio de perspectiva fue uno de los grandes hitos de la cirugía de varices moderna y es de justicia reconocer la gran labor divulgativa que el Dr. Jorge Juan realizó en nuestro país.

Pero en este SCP no cabe duda de que el advenimiento de la terapia endovascular, relativamente no compleja, ayudó a su expansión y a su "abuso". Aunque este tipo de tratamiento, con diversos enfoques y técnicas, ha sido validado en diversas series, no está exento de complicaciones, o de ineficacia terapéutica en ciertos casos, que el estudio hemodinámico ayuda a identificar.

La evaluación diagnóstica de este SCP es compleja. La valoración clínica es fundamental, pero otras pruebas de imagen, como el angio-TAC, pueden poner de manifiesto en fases tardías esas dilataciones venosas o síndromes compresivos y, finalmente, la flebografía será la que mostrará de forma definitiva esas lesiones. Hoy día, incluso el IVUS ha ganado protagonismo en la evaluación terapéutica del *stenting* venoso y hay grandes centros europeos y americanos que lo propugnan como de rutina para mejorar los resultados.

Todo ello lleva a que, actualmente, estemos asistiendo a dos tendencias opuestas frente al tratamiento de la insuficiencia venosa pélvica. Por un lado, la idea de gran cantidad de especialistas en ginecología que, advirtiendo una pelvis surcada por varices congestiva y con trastornos menstruales, le restan importancia y no derivan estos casos al especialista. Que algo sea muy prevalente no lo equipara a la categoría de normalidad. Y, por otro lado, la sobreindicación de diagnósticos de varices pélvicas parauterinas, donde se aplican tratamientos radicales de embolización (con o sin esclerosis) sin un estudio hemodinámico apropiado. En el primer caso, lo único que ocurre es que la paciente tarda algo más de tiempo en encontrar un cauce apropiado, pero, en el segundo caso, estamos encontrándonos con una imagen especular de lo que fue el pasado en los miembros inferiores (MMII), y es que la safenectomía "industrial" es a los MMII lo que la embolización venosa pélvica "industrial" o "sistemática" a la insuficiencia venosa pélvica (IVP). En estos casos, el estudio hemodinámico es mucho más complejo que en MMII, pero no por ello deberíamos obviarlo. Embolizar, o tratar con *stent*, sin criterios clínicos y hemodinámicos, lo único que asegura es que, en muchos casos (más del 10 %) (4), vamos a empeorar a la paciente, lo que conlleva una pérdida de calidad de vida y un detrimento del coste-beneficio de estos procedimientos. De cuanto se afirma parece claro que tanto la valoración clínica como la valoración hemodinámica con eco Doppler es esencial en la evaluación de estos pacientes.

En este número de la revista, el Dr. Rodríguez-Morata, *et al.* detallan una perspectiva hemodinámica de los puntos de fuga y de drenaje de las varices pélvicas que nos ayuda para su tratamiento hemodinámico. En ese artículo se especifica cómo averiguar si las varices pélvicas que se presentan tienen asociada o no una insuficiencia venosa gonadal, si las venas gonadales son retrógradas o anterógradas y cómo saber si estamos tratando venas dilatadas primariamente patológicas o bien dilatadas porque son sencillamente vías de suplencia de un síndrome compresivo subyacente. Si no se tienen estos aspectos claros, nos enfrentamos a un porcentaje poco admisible de malos resultados.

Pero, sin duda, lo que complica este SCP –término amplio e inexacto en el que encajan muchas patologías venosas pélvicas– es la complejidad que aportan los síndromes compresivos. El tratamiento endovascular del síndrome de May-Thurner no tiene debate alguno, aunque tampoco lo tiene que solo deben tratarse casos sinto-

máticos. El gran reto en este síndrome no es cómo tratarlo, sino cómo diagnosticarlo, y en este sentido, también animamos al lector a revisar el artículo referido de la revista. Aquí la terapia endovascular prevalece totalmente, pues no tiene competencia posible a nivel de cirugía abierta, que, aunque pueda tener algunas indicaciones, es más bien marginal.

Con respecto al Síndrome del Cascanueces (*Nutcracker*), ha habido a lo largo del tiempo un proceso evolutivo. Inicialmente se trataba ese pinzamiento aortomesentérico con cirugía abierta, que era compleja y muy agresiva. Posteriormente, se pasó a una segunda etapa, con un abuso del *stenting* en la vena renal izquierda. Esto coincidió con el desarrollo y la proliferación de los *stents*, aunque los *stents* de entonces no eran específicos venosos y no tenían una indicación directa en su ficha técnica. Por lógica irrefutable se entendía que, igual que valían para el territorio arterial, podrían serlo para el sistema venoso; además, era un tratamiento mínimamente invasivo y que podía ayudar mucho en estos síndromes compresivos (5,6). Esto se acentuó aún más con la llegada de modelos de *stents* ya dedicados para la vena (ilíaca), no heredados del terreno arterial (a finales de la década pasada) y con diámetros y longitudes apropiados.

Hoy día, nos encontramos en una tercera etapa mucho más escéptica sobre su beneficio sistemático en toda vena renal izquierda comprimida. De hecho, se comienzan a recoger los frutos de esa etapa expansiva y sin criterio. No hay más que ir periódicamente a congresos internacionales como el LINC o a foros venosos europeos para entender que el *stenting* en la vena renal izquierda actualmente es controvertido e incluso desaconsejado por las principales figuras europeas de la terapia endovascular venosa. A modo de ejemplo, el Dr. Nils Kuscher, reputado intervencionista mundial, decía coloquialmente que “la vena renal izquierda con cada movimiento respiratorio está haciendo un auténtico masaje cardiaco al *stent* implantado”, con todo lo que ello conlleva.

Siempre, y de todos es conocido, hablamos de las posibilidades de complicaciones migratorias hacia la vena cava inferior y las cavidades cardíacas derechas (5); sin embargo, no profundizamos ni discutimos cuántas veces estos *stents* pueden desplazarse justo en sentido contrario, hacia la izquierda, hacia el hilio renal izquierdo. En la actualidad, estamos recibiendo muchos casos en los que se constata cómo el *stent* se ha movido desde el principio (la migración precoz es lo más frecuente) hacia la periferia, lo que origina, en primer lugar, que la pinza aortomesentérica vuelve a comprimir la vena y, en segundo lugar, que el *stent* con calibres grandes impacte en una parte venosa que ya no tiene tanto tamaño, lo que produce un dolor crónico que en todos los casos se define de un mismo modo: dolor subcostal/flanco izquierdo, como en garra, que no alivia mucho con posturas, que empeora en todo caso en algunas y que suele dejar invalidado al individuo que lo padece.

Los *stents* autoexpandibles que se implantan en la vena renal no son cónicos, y se sabe que una estimación de diámetro pequeño puede hacer que migre a la vena cava inferior. Por eso, nadie quiere implantar algo con tal riesgo, y justo lo que origina es una sobredimensión excesiva en sentido contrario (más cuanto más largo y cerca del hilio se implanta), lo que puede conllevar a ese dolor crónico asociado en algunos casos.

Sabemos, por lo que aprendimos con los filtros de vena cava inferior, que los implantes venosos autoexpandibles topan con una pared muscular poco robusta. Y sabemos que los filtros de cava pueden protruir, perforarla, migrar y pueden producir dolor crónico (dolor en la zona dorsolumbar, fijo o a veces irradiado en cinturón).

Al igual que los filtros de vena cava, los *stents* sobredimensionados en exceso pueden impactar, protuir y sobresalir más allá de la adventicia. Las venas no lo aguantan todo. Y hay caso (pocos, afortunadamente) en los que, finalmente, hay que explantar. Y eso son palabras mayores. Lo que aprendimos del *stenting* arterial no es siempre aplicable al terreno venoso.

Por tanto, tenemos que asumir que, en la vena renal, hasta que no se diseñen modelos cónicos con fijación activa (*¿endoanchors* venosos?) con bastante conformabilidad, pero sin mucha fuerza expansiva radial, debemos ser cautos y dejar a un lado el *stent* renal generalizado. Cuando un especialista solo puede ofrecer y ofrece un tipo de tratamiento, su orientación está sesgada. Si puede ofrecer un abanico de posibilidades (o derivarlo al que lo pueda hacer), está permitiendo que el paciente sea tratado con lo que mejor le pueda resolver el problema.

La medicina cambia al ritmo que evoluciona la enfermedad y la tecnología, y tenemos que renovarnos siempre desde la humildad, la autocrítica, la sinceridad y nuestro objetivo primordial: mejorar la calidad de vida de los pacientes sin perder de vista la máxima de *primum non nocere*.

Alejandro Rodríguez-Morata<sup>1</sup>, José Antonio González-Fajardo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Angiología, Cirugía Vasculard y Endovascular. Hospital Quirónsalud. Málaga.

<sup>2</sup>Servicio de Angiología, Cirugía Vasculard y Endovascular.  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Juan Samsó J. La cura CHIVA en el tratamiento de las varices primarias de las extremidades inferiores. Madrid: Arán Ediciones; 2019.
2. González Cañas E. Estudio clínico comparativo aleatorizado para evaluar la eficacia de la radiofrecuencia (RFO) frente a la técnica quirúrgica de la fleboextracción de vena safena interna y la técnica CHIVA en el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2017.
3. Fontcuberta García J, Juan Samsó J, Senin Fernández ME, et al. Actualización de la guía para el diagnóstico no invasivo de la insuficiencia venosa (II). Documento de consenso del Capítulo de Diagnóstico Vasculard de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculard. *Angiología* 2015;67(3):216-24.
4. Hartung O. Embolization is essential in the treatment of leg varicosities due to pelvic venous insufficiency. *Phlebology* 2015;30(Suppl.1):81-5.
5. Rodríguez Morata A, Reyes Ortega JP, Robles Martín ML. Tratamiento endovascular del síndrome de Nutcracker. En: Guerra Requena M, Rodríguez Morata A (editores). Tratamiento endovascular de la patología venosa. Guadalajara: AACHE Ediciones; 2018. pp. 87-98.
6. Rodríguez-Morata A, Robles-Martín ML, Reyes-Ortega JP. Endovascular treatment of posterior nutcracker syndrome with a new autoexpandable stent. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 2018.