

## **Consideraciones sobre los puntos oscuros de la insuficiencia venosa pélvica**

## **Considerations about the dark spots of pelvic venous insufficiency**

## **Consideraciones sobre los puntos oscuros de la insuficiencia venosa pélvica**

### ***Considerations about the dark spots of pelvic venous insufficiency***

Borja Castejón Navarro, Marta Garnica Ureña, Santiago Zubicoa Ezpeleta, Pablo Gallo González

Hospital Ruber Internacional. Madrid

Señor Director:

Hemos leído atentamente el artículo “Los puntos oscuros de la insuficiencia venosa pélvica” (1), publicado en la revista *Angiología*.

Hay que felicitar a los autores por el esfuerzo realizado en la explicación y en la sistematización de los patrones hemodinámicos que caracterizan a la patología venosa pélvica. Es el desconocimiento de estos mecanismos lo que genera fracasos terapéuticos.

No obstante, el planteamiento centrado en la flebografía y la analogía con la estrategia CHIVA puede dificultar su entendimiento. Según el Consenso de la International Union of Phlebology (2), el síndrome de congestión pélvica (SCP) (3) debe estudiarse de forma integral.

El conocimiento de la clínica del SCP es fundamental. Los cuadros primarios se producen frecuentemente en pacientes multíparas; es infrecuente la avalvulación primaria. Este antecedente, acompañado de una sintomatología sugerente o de la presencia de varices atípicas en las piernas, nos hará pensar en ello. La sintomatología puede cambiar en cuadros compresivos u obstructivos.

En cuanto a la hemodinámica venosa, diferenciamos tres patrones (2):

1. Centrífugo: se produce reflujo por insuficiencia valvular.
2. Centrípeto: la sangre encuentra un obstáculo en su circuito normal y se desarrollan otras venas como derivación para sortearlo.
3. Patrón mixto: mezcla de ambos modelos.

El estudio mediante eco Doppler transvaginal (4,5) permite distinguir estos patrones en el flujo venoso periuterino. En SCP primario, centrífugo, se observa reflujo con maniobra de Valsalva; en SCP secundario, centrípeto, observaremos flujo venoso espontáneo elevado. Los casos “mixtos” presentan varices periuterinas con flujo espontáneo elevado y reflujo al realizar Valsalva. Además, mediante eco Doppler abdominal podemos valorar la presencia de compresiones o trombosis. Este es un método diagnóstico no invasivo, rápido y accesible para cualquier equipo de angiología y cirugía vascular.

Para completar el diagnóstico y realizar el tratamiento, la flebografía es el método de referencia. En casos en los que solo existe reflujo, el tratamiento es la embolización. Recomendamos estudiar siempre las ilíacas internas, ya que se relacionan con fugas hacia miembros inferiores y varices atípicas. En los casos de trombosis, May-Thurner (M-T) o Nut-Cracker (N-T), el tratamiento debe adaptarse.

En M-T debe realizarse implante de *stent*, y no siempre será necesaria la embolización secundaria. En los casos de N-C, el tratamiento comienza con la embolización primaria. Así, en la serie de 450 casos de N-C publicada por nuestro equipo (6), 414 fueron embolizados de manera primaria, y de estos, solo 13 necesitaron *stent* secundario. Indicamos *stent* de forma primaria en casos de hematuria o dolor lumbar intenso y gradiente reno-cavo  $> 5$  mmHg. En este estudio se incluyeron 55 casos de implante de *stent* solo con dos migraciones que se resolvieron de forma endovascular. El seguimiento a cinco años de los pacientes del estudio fue satisfactorio.

El SCP presenta un campo de estudio en desarrollo y que merece nuestra plena atención. El trabajo que realizan los autores del citado artículo es muestra de ello. Existen puntos oscuros que debemos abordar para ofrecer el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Es un momento excepcional para aunar esfuerzos en el estudio y en el desarrollo de esta patología tan prevalente e infradiagnosticada en nuestro medio.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rodríguez Morata A, Reyes Ortega JP, Robles Martín ML, et al. Los puntos oscuros de la insuficiencia venosa pélvica. *Angiología* 2020;72(5):253-64. DOI: 10.20960/angiologia.00147
  2. Antignani PL, Larashvili Z, Monedero J, et al. Diagnosis and treatment of pelvic congestion síndrome: UIP consensus document. *Int Angiol* 2019;38(4):265-83. DOI: 10.23736/S0392-9590.19.04237-8
  3. Eklof B, Perrin M, Delis KT, et al. Updated terminology of chronic venous disorders: The VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document. *J Vasc Surg* 2009;49:498-501. DOI: 10.1016/j.jvs.2008.09.014
  4. Leal J, Zubicoa S, Perrin M. Pelvic congestion síndrome: an update. *Phlebology* 2013;20(3):145-49.
  5. Labropoulos N, Jasinsky PT, Arahtas D, et al. A standardized ultrasound approach to pelvic congestion síndrome. *Phlebology* 2016. DOI: 10.1177/0268355516677135
  6. Monedero J, Zubicoa S, Perrin M. Management of left renal vein compression in patients presenting left gonadal vein reflux. *Phlebology* 2017;0(0):1-8.
-