

# ESCLEROTERAPIA DO VARICOCELO FEMININO

J. MARTINS PISCO; JOÃO ALPENDRE; DANIELA DIAS SANTOS; JORGE BRANCO; RICARDO JORGE;  
J. PEREIRA ALBINO; J. DANIEL MENEZES

Angiografia Diagnóstica e Terapêutica do Hospital de S. Louis. Serviço Universitário de Radiologia do Hospital de Pulido Valente

## RESUMO/SUMMARY

O varicocele feminino está geralmente associado ao síndrome de congestão pélvica, que se descreve. Apresentam-se cinco doentes, com idades compreendidas entre os 31 e 52 anos, quatro das quais tinham dor pélvica constante de vários anos de duração e a quinta, volumosas varizes vaginais e vulvares. Por flebografia selectiva observou-se dilatação da veia ovárica esquerda associada à presença de refluxo. Efectuou-se escleroterapia com Aethoxysklerol a 3 %, verificando-se a trombose venosa com alívio sintomático. No intervalo de tempo compreendido entre 9 e 12 meses após a escleroterapia, as doentes mantêm-se assintomáticas. Existem alguns casos publicados de embolização da veia ovárica, contudo estes são os primeiros em que a escleroterapia selectiva foi o único tratamento utilizado, tendo sido totalmente eficaz.

*Palavras-chave: Varicocele feminino; Veia Ovárica; Varizes; Escleroterapia.*

## THE FEMALE VARICOCILE

The female varicocile is associated to the pelvic congestion syndrome that is described. Five patients 31 to 52 years old are presented. Four of them have continuous pelvic pain and the fifth had huge vaginal and vulvar varices. Flebography of the left ovarian vein showed retrograde flux of the dilated vein. Sclerotherapy with Aethoxysklerol 3 % was performed. There was an immediate relief of symptoms. During the follow up period between 9 and 12 months the five patients were asymptomatic.

There are publications of embolization of the ovarian vein, however the present cases are the first ones in which the selective Sclerotherapy was the only treatment used with good results.

*Key words: Female Varicocile; Ovarian Vein; Varices; Sclerotherapy.*

## INTRODUÇÃO

O varicocele feminino está associado ao Síndrome de Congestão Pélvica (SCP) que foi descrito inicialmente, em 1949, por Taylor<sup>1</sup>, compreende os sintomas de dor pélvica crónica, dispareunia, dismenorreia, disuria e a presença de

congestão vulvar com ou sem varizes vulvares. A dor pélvica e a sensação de peso são exacerbadas pela posição ostostática prolongada, pela marcha, pelo período pré-menstrual e tipicamente afecta mulheres de meia idade, múltiparas. Coexistem frequentemente varizes dos membros

inferiores<sup>2</sup>.

A associação de congestão pélvica com varizes ováricas tem sido reconhecido durante muitos anos. Richter, em 1850, descreve pela primeira vez o varicocele da veia ovárica e os seus sintomas clínicos numa mulher que morreu de hemorragia menstrual maciça e Colte, em 1938 referiu a associação entre dor pélvica e varizes da veia ovárica<sup>3,4</sup>.

O varicocele do homem e da mulher desenvolvem-se devido à insuficiência valvular venosa. Ao contrário do varicocele no homem, o diagnóstico análogo na mulher é clinicamente difícil.

A ausência de válvulas de veia ovárica, 15% à esquerda e 6% à direita, pode ser um factor no desenvolvimento das varizes pélvicas<sup>5</sup>. Tal facto pode explicar a maior frequência do varicocele da veia ovárica esquerda em relação à direita, onde é rara. A insuficiência valvular pode agravar-se durante a gravidez devido ao maior fluxo sanguíneo e à compressão das veias ováricas pelo útero grávido com consequente lesão das válvulas ováricas<sup>3</sup>. Estas alterações podem explicar a maior frequência do síndrome de congestão pélvica na múltipara.

A relação deste síndrome com factores hormonais é sugerida pelo facto da congestão pélvica ocorrer geralmente depois da gravidez, por raramente persistir depois da menopausa e pela melhoria observada depois da supressão ovárica<sup>3</sup>.

A dor pélvica crónica é um sintoma comum e inespecífico que pode estar relacionado com várias patologias (doença inflamatória pélvica, endometriose, tumores pélvicos, cistite e doença inflamatória intestinal), entre as quais a presença de varizes ováricas e pélvicas. A confirmação diagnóstica do SCP é habitualmente efectuada pela flebografia da veia ovárica, sendo o refluxo venoso nas veias ováricas dilatadas a principal causa de varizes pélvicas.

A inespecificidade dos sintomas e a necessidade de recorrer a um exame invasivo para a confirmação diagnóstica fazem com que o SCP seja pouco diagnosticada.

O tratamento cirúrgico standard do síndrome de congestão pélvica e das varizes ováricas é a laqueação bilateral das veias ováricas e a laqueação ou excisão de tantas colaterais quanto possível<sup>6</sup>. A laqueação cirúrgica da veia ovárica está associada a alguma morbidade, alterações cosméticas e exige um internamento mínimo de dois dias. Alguns doentes com doença pélvica crónica nos quais a flebografia revelou varizes pélvicas foram operados com ressecção extra peritoneal da veia ovárica esquerda<sup>7</sup>.

Uma condição análoga no homem, o varicocele do testículo, tem sido tratado com êxito, durante muitos anos por embolização pelo cateter. A embolização percutânea

pelo cateter da veia ovárica foi efectuada pela primeira vez por Edwards<sup>8</sup>.

Apresentamos cinco casos com as alterações clínicas e radiológicas deste síndrome, nos quais técnicas minimamente invasivas, que consistiram na escleroterapia da veia ovárica esquerda produziram total eliminação dos sintomas. Numa revisão da literatura não encontramos qualquer publicação desta nova forma terapêutica.

## MATERIALE MÉTODOS

Cinco doentes com idades compreendidas entre os 31 e os 52 anos foram tratadas. Todas eram múltiparas, portadoras de varizes, possuindo uma delas varizes no terço médio da coxa. Quatro referiam dor e sensação de peso pélvicos com 4 a 16 anos de duração que exacerbavam-se com a posição ortostática prolongada, dismenorrea e varizes dos membros inferiores. A quinta doente, de 31 anos de idade, mãe de dois filhos, foi informada pelo ginecologista que só poderia engravidar novamente após tratamento das volumosas varizes vaginais. Referia sensação de peso pélvico, dismenorrea e dispareunia com 2 anos de duração (figura 1).

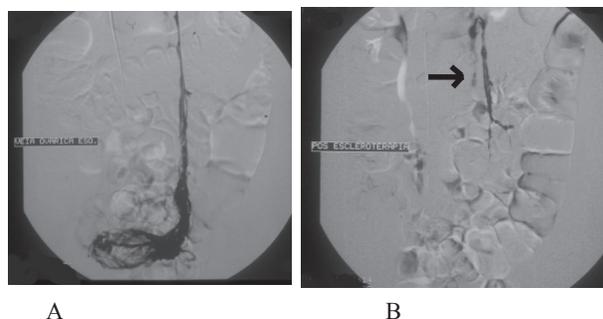


Fig. 1 - HBM - 31 anos de idade. Flebografia da veia ovárica esquerda. A - dilatação de veia ovárica, fluxo venoso retrógrado e ingurgitamento dos plexos venosos pampiniforme e uterino. B - após escleroterapia, verifica-se redução do calibre da veia ovárica (seta) e deixou de se observar ingurgitamento dos plexos venosos.

Todas as doentes tinham sido sistematicamente submetidas a exames ginecológicos e a ecografias transvaginais que foram normais. Antes da escleroterapia três das doentes foram submetidas a laqueação das trompas, sem qualquer melhoria. Todas tomavam vários analgésicos.

Devido à persistência e gravidade dos sintomas efectuou-se a flebografia das veias ilíacas e da veia ovárica. Foi realizada, sob anestesia local, pela veia femoral comum direita. Para tal, introduziu-se uma bainha 6F e através dela colocou-se um catéter tipo cobra com que se cateterizou a veia renal esquerda e de seguida a veia ovárica do mesmo lado. Após cateterização selectiva da veia ovárica esquerda

realizou-se flebografia e de seguida escleroterapia.

A escleroterapia iniciou-se a nível do terço distal da veia ovárica e posteriormente no seu terço médio. Para a escleroterapia usou-se Aethoxysklerol a 3%. Decorridos 5 minutos após a escleroterapia, repetiu-se a flebografia. O controlo clínico efectuou-se entre os 3 e os 12 meses.

## RESULTADOS

A flebografia selectiva revelou dilatação da veia ovárica esquerda, fluxo venoso retrógrado e ingurgitamento dos plexos venosos, pampiniforme e uterino. Nalguns casos verificou-se opacificação das veias do lado oposto através da linha média (figura 2). Após a escleroterapia, observou-se oclusão da veia ovárica cujo calibre passou a ser filiforme, e sem qualquer fluxo retrógrado (figura 3).

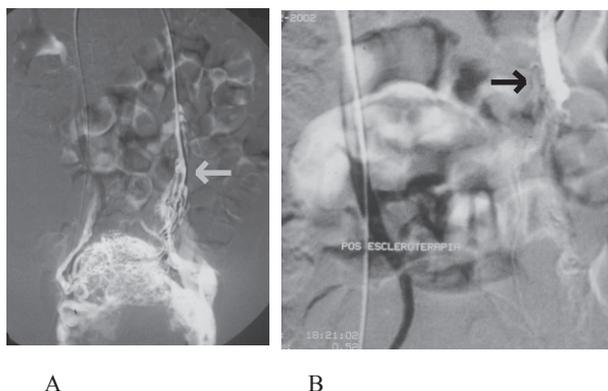


Fig. 2 - VR. 42 anos de idade. Flebografia da veia ovárica esquerda. A - dilatação de veia ovárica (seta), fluxo venoso retrógrado e ingurgitamento do plexo pampiniforme e uterino. B - após escleroterapia, a veia ovárica (seta) está ocluída no seu terço médio e verificou-se interrupção do fluxo retrógrado.

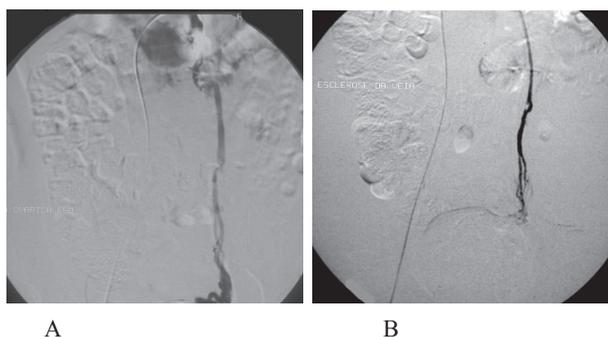


Fig. 3 - M. J.P. 52 anos de idade. Flebografia selectiva da veia ovárica esquerda. A - veia ovárica muito dilatada, fluxo venoso retrógrado e ingurgitamento dos plexos venosos pampiniforme. B - após escleroterapia - oclusão da veia ovárica no seu terço superior e interrupção do fluxo retrógrado.

A flebografia ilíaca revelou ingurgitamento venoso pélvico e opacificação do segmento distal da veia ovárica esquerda.

O sucesso técnico inicial foi de 100 %. Uma das doentes fez uma reacção alérgica ao contraste tendo sido tratada. Não ocorreram outras complicações imediatas ou tardias. Após a escleroterapia verificou-se alívio sintomático imediato, na mesa de angiografia. As cinco doentes tiveram alta no dia seguinte à intervenção, referindo eliminação dos sintomas e retomaram rapidamente a sua actividade profissional.

As doentes permaneceram sem sintomas durante o controlo efectuado 3 e 12 meses após a escleroterapia, apesar da ausência de qualquer terapêutica analgésica.

## DISCUSSÃO

A dor pélvica crónica sem evidência de qualquer patologia é um problema ginecológico comum. É a causa mais frequente de laparoscopia no Reino Unido, mas em 75 % dos casos nenhuma etiologia é encontrada<sup>4</sup>. Referida de forma mais frequente por mulheres de meia idade, as quais são informadas que nada há a fazer e que as queixas desaparecerão com a menopausa, sendo-lhes entretanto prescritos vários analgésicos.

Mulheres com dor pélvica crónica e sem doença aparente podem ser portadoras do SCP<sup>2</sup>, particularmente quando exacerbada pela posição ostostática prolongada, pela marcha e por vezes associada a varizes vulvares e dos membros inferiores.

Na presença de suspeita clínica o diagnóstico é confirmado por flebografia. Dado a inespecificidade dos sintomas e o carácter invasivo do método complementar de diagnóstico este síndrome é diagnosticado de forma pouco frequente.

Estas doentes habitualmente efectua outros exames imagiológicos (Ecografia, Tomografia Computorizada) para excluir outras patologias pélvicas. Estes exames podem demonstrar estruturas venosas ingurgitadas a nível do útero e ovários. A Ecografia com Doppler pode ter um papel importante no diagnóstico e deve ser efectuada em posição ostostática, para uma melhor repleção das veias e para poder revelar refluxo venoso<sup>9</sup>. A angiografia por TC ou RM também podem vir a ter um papel diagnóstico preponderante.

Na ausência de doença orgânica pélvica realiza-se flebografia da veia ovárica. As alterações flebográficas são o maior diâmetro da veia ovárica, congestão do plexo ovárico, ingurgitamento venoso uterino, opacificação das veias pélvicas do lado oposto ou opacificação de varicosidades vulvares ou da coxa<sup>10</sup>. A flebografia ovárica

selectiva é uma técnica simples evidenciando o grau de dilatação das veias, o número de colaterais e permitiu fazer o diagnóstico nas nossas doentes.

A terapêutica deste síndrome pode ser cirúrgica ou endovascular (embolização da veia ovárica). A terapêutica cirúrgica é tida como referência, no entanto exige anestesia geral e pelo menos dois dias de internamento<sup>6</sup>. Alguns autores referem que os resultados clínicos depois da laqueação da veia ovárica não são melhores do que os resultados da sua embolização<sup>11</sup>. Esta tem sido considerada por alguns como tratamento de escolha<sup>12</sup>. Após a embolização da veia ovárica tem sido referido um alívio total dos sintomas entre 57,9 e 58,3% e alívio parcial entre 9,7 e 15,9% dos casos, após 2-4 semanas<sup>11,12</sup>.

Embora as espirais metálicas utilizadas na embolização sejam efectivas em ocluir as veias ováricas, existem recidivas relacionadas com a sua recanalização ou com o desenvolvimento de colaterais, tal como após embolização da veia espermática interna para tratamento do varicocele no homem<sup>12</sup>.

Há certas semelhanças com o varicocele no homem, no qual a escleroterapia é uma forma estabelecida de tratamento. Devido à nossa experiência na escleroterapia do varicocele da veia espermática pensamos que o mesmo tratamento poderia ser igualmente eficaz na mulher. Verificámos a eliminação total dos sintomas nas quatro doentes em que efectuámos escleroterapia.

Uma vantagem teórica da escleroterapia relativamente à embolização é a de o estado líquido do esclerosante permitir o refluxo para os ramos colaterais e o seu efeito inflamatório local provocar uma trombose extensa, evitando recidivas.

Contudo, numa revisão da literatura médica, não identificámos qualquer referência à escleroterapia selectiva da veia ovárica, como única terapêutica, sendo estes os primeiros casos. Para alguns autores, o uso de esclerosantes através do cateter seria evitado devido ao risco de trombose das veias com anastomoses às veias ováricas e eventual lesão de outros órgãos<sup>8</sup>. Recentemente, Scultetus et al efectuaram injeções múltiplas e locais de Aethoxysklerol através de agulhas 27 G em varizes vulvares<sup>13</sup>.

Verificámos que contrariamente à embolização em que o alívio dos sintomas ocorre após 2-4 semanas<sup>12</sup>, na escleroterapia esse alívio foi imediato em todas as nossas doentes.

Se os resultados favoráveis desta técnica comprovarem-se em séries com maior número de doentes, a escleroterapia poderá ser uma nova terapêutica, com

vantagens sobre a cirurgia e eventualmente sobre a embolização.

## CONCLUSÃO

A dor pélvica crónica é frequente. Algumas destas doentes apresentam o SCP. Por se verificar uma estreita relação entre este síndrome e a existência de varizes ováricas devem efectuar-se exames que para além de excluam outras causas de dor pélvica, possam diagnosticar as varizes pélvicas.

A flebografia da veia ovárica continua a ser o principal meio de diagnóstico, podendo ser efectuada no mesmo tempo escleroterapia selectiva através do cateter colocado na veia ovárica como alternativa à terapêutica cirúrgica, menos cruenta e dispendiosa, com resultados semelhantes.

## BIBLIOGRAFIA

1. TAYLOR HC: Vascular congestion and hyperemia: the effect on function in the female reproductive organs. Part I. Physiological basis and history of the concept. *Am J Obstet Gynecol* 1949; 57: 211-30
2. MALEUX G, STOCK L, WILMS GUY, MARCHAL G. Ovarian vein embolization for the treatment of pelvic congestion syndrome: long-term technical and clinical results. *JVIR* 2000; 11: 859 – 864.
3. TARAZOV P6, PROZOROVEAU KU, PYZHKOVA VK: Pelvic pain syndrome caused by ovarian varices. Treatment by transcatheter embolization. *Acta Radiológica*, 1997; 38: 1023-1026
4. HOBBS JT: The pelvic congestion syndrome. *Br. J. Hosp Med* 1990; 43: 200 – 206
5. AHLBERG NE, BARTLEY O, CHIDEKEL N: Right and left gonadal veins: an anatomical and statistical study. *Acta Radiol*. 1996; 4: 593 – 601
6. MATHIAS BV, MILLER JS, LUKENS ML, PALUZZI MW: Pelvic congestion Syndrome: a new approach to an unusual problem. *Am Surg* 1995; 61: 1016 – 1018
7. RUNDQUIST E, SANDHOLM LE, LARSSON G: Treatment of pelvic varicosities causing lower abdominal pain with extraperitoneal resection of the left ovarian vein. *Ann Chir Gynecol* 1984; 73(6): 339 – 41
8. EDWARDS RD, ROBERTIN IR, MAC LEAN AB, HEMINGWAY A P: Case Report; pelvic pain syndrome – successful treatment of a case by ovarian vein embolization. *Radiol* 1993; 47(6): 429 – 31
9. HODGSON TJ, REED MW, PECK RJ, HEMINGWAY AP: Case report: the ultrasound doppler appearances of pelvic varices. *Clin. Rad.* 1991; 44: 208 – 209
10. KENNEDY A, HEMINGWAY A: Radiology of ovarian varices. *Br. J. Hosp. Med.* 1990; 44: 38 – 43
11. SICHLAU MJ, YAO JS, VOGELZANG RL: Transcatheter embolotherapy for the treatment of pelvic congestion syndrome. *Obstet Gynecol* 1994; 83 (5 PT 2): 892 – 6
12. CAPASSO P, SIMONS C, TROTTEUR C, DONDELINGUER RF, HENROTEAUX D, GASPARD U: Treatment of symptomatic pelvic varices by ovarian vein embolizations. *Cardiovasc. Intervent. Radiol* 1997; 20(2): 107 – 111
13. SCULTETUS AH, VILLAVICENCIO JL, GILLESPIE, DL, KAO TC, RICH NM. The pelvic venous syndromes: Analysis of our experience with 57 patients. *J Vasc Surg* 2002; 36: 881-8.