

FÓRUM DE GINECOLOGIA

01 de setembro de 2012

Windsor Barra Hotel



VARIZES PÉLVICAS

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Clóvis Bordiny Racy Filho

Fábio Vargas Magalhães

Kennedy Gonçalves Pacheco



**ESCOLA MÉDICA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR**



CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM
CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR



Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Professor Associado da PUC-RJ

Professor Convidado da UERJ

Membro Titular e Especialista pela SBACV / SOBRICE / CIRSE /CBC

Vice-Diretor Científico da SBACV - RJ - 2011/2013



**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM
CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR**



Antonio Luiz de Medina
Arno von Ristow
Alberto Vescovi
Bernardo Massiére

Carlos C.S. Peixoto

Paulo Roberto Mattos da Silveira
Marcos Arêas Marques

Robson Chicrala de Abreu
Marcelo Lacerda

- A dor pélvica crônica (DPC) é definida como dor pélvica e abdominal não cíclica com pelo menos seis meses de duração.
- Conta com 10-40% das consultas ao ginecologista.
- A síndrome da congestão pélvica (SCP) caracteriza-se por congestão das veias pélvicas ou ovarianas visualizada na flebografia ou duplex-scan em mulheres com DPC.



Diagnóstico

Quadro clínico

Idade

Multiparidade – 73%

Dor pélvica - 80%

Disúria – 23%

Dispareunia – 60%

Dismenorréia

Doença hemorroidária – 83%

Varizes glúteas e/ou perineais
43%

Varizes primárias e/ou recidivadas –
45 %



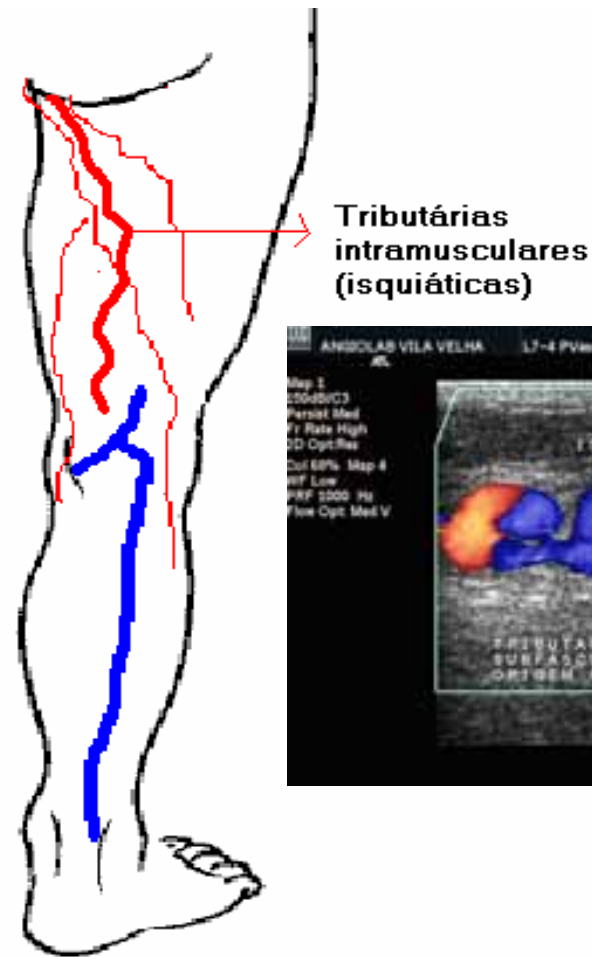
Diagnóstico

**Transferência de
Refluxo pelas**

✓ **Veias glúteas**

✓ **Isquiáticas**

38,7%

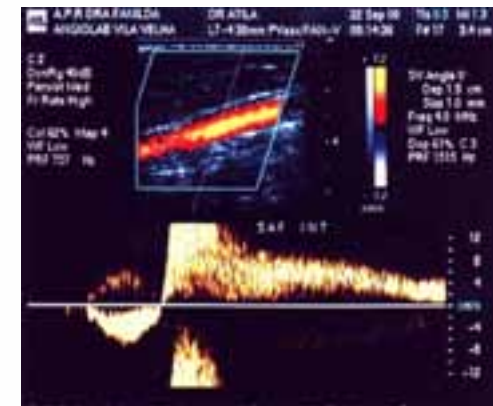
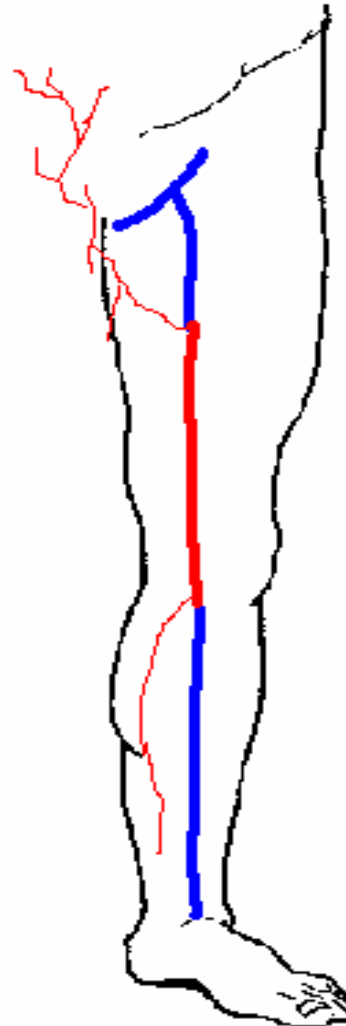


Diagnóstico

✓ Transferência de Refluxo para a veia safena interna

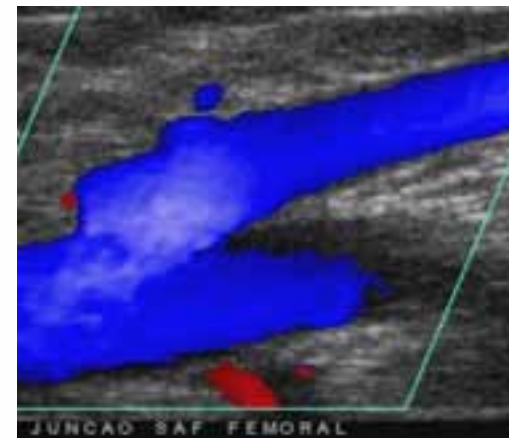
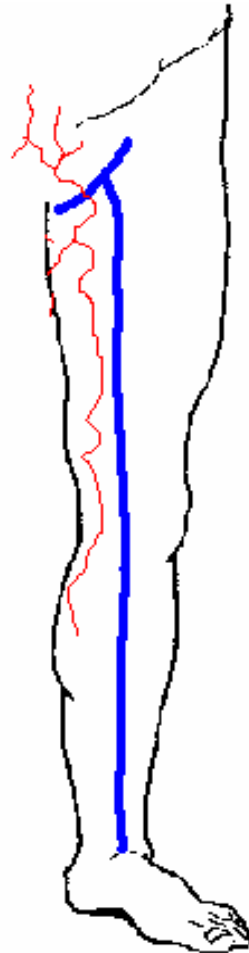
- Gonadal / hipogast (Pélvico)

28,2%



Diagnóstico

✓Tributárias paralelas ao eixo da safena interna



22,6%

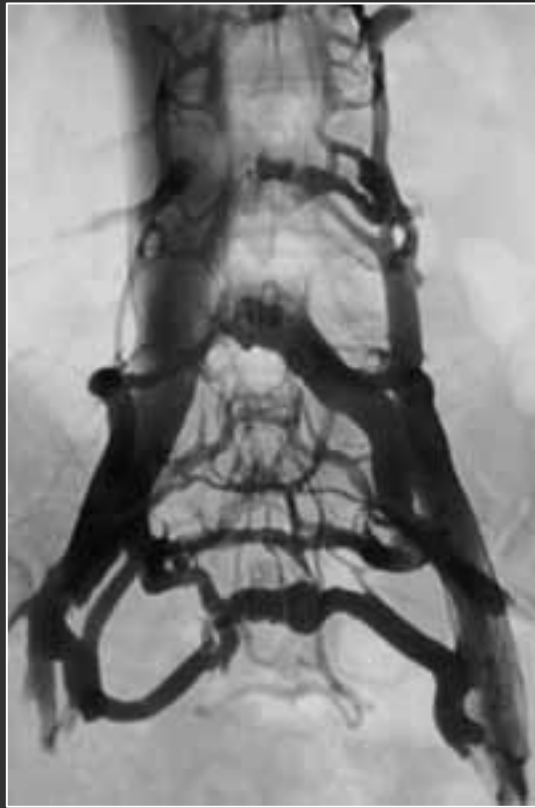
DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR

- **Eco color Doppler abdominal, pélvico e trans-vaginal**
- **Angio Tomografia abdominal e pélvica**
- **Flebografia Retrógrada por catéter ****
- **Angio ressonância abdominal e pélvica**

PESQUISA POR ECO COLOR DOPPLER :

- **Estudo :**
- **Síndrome de Quebra Nozes “Nut Cracker”
(compressão da artéria mesentérica superior
sobre a veia renal esquerda)**
- **Síndrome de May-Turner (Cockett) – Compressão
da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca
comum direita**

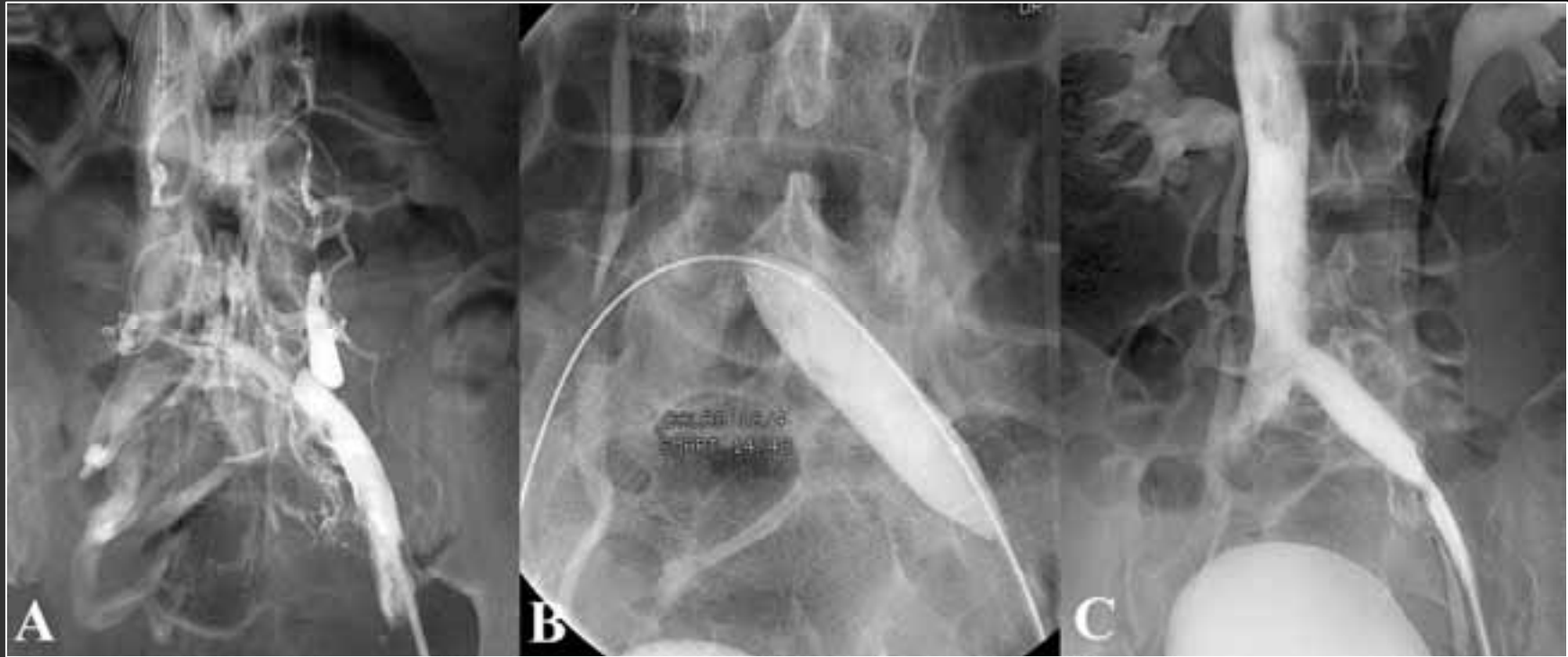
TVP Crônica e Síndrome de May-Thurner



Flebografia pré e pós tratamento



TVP Aguda



Síndrome de May-Thurner

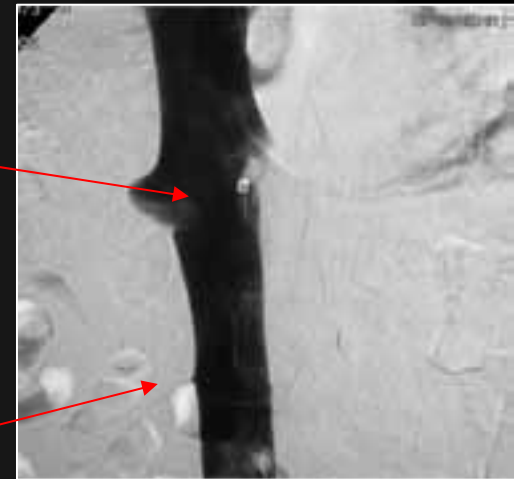
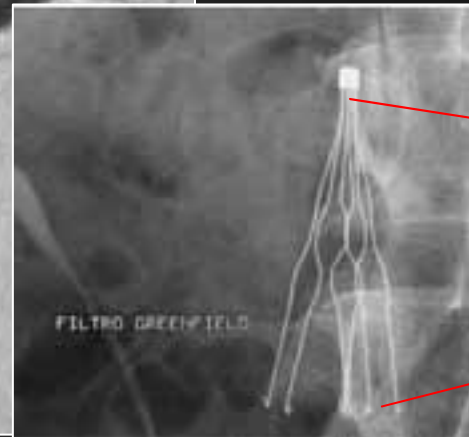
TVP Aguda – Filtro de Veia Cava



Cavografia pré.



Posicionamento
do filtro



Controle
final.

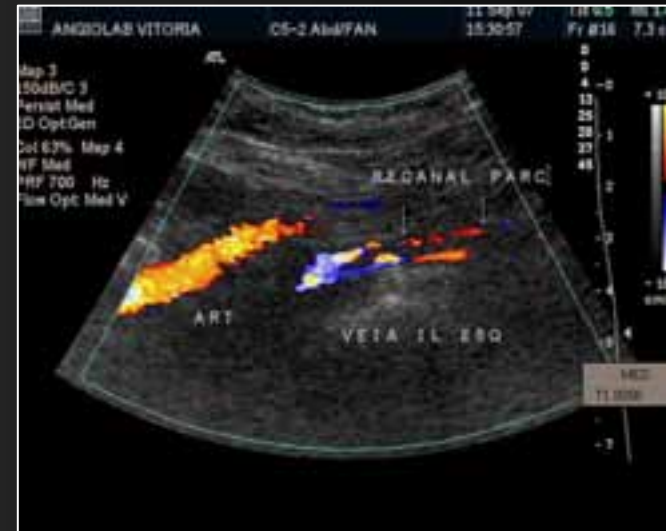
PESQUISA POR ECO COLOR DOPPLER :

- **Veias gonadais direita e esquerda**
- **Plexo hipogástrico direito e esquerdo**

Eco Doppler colorido

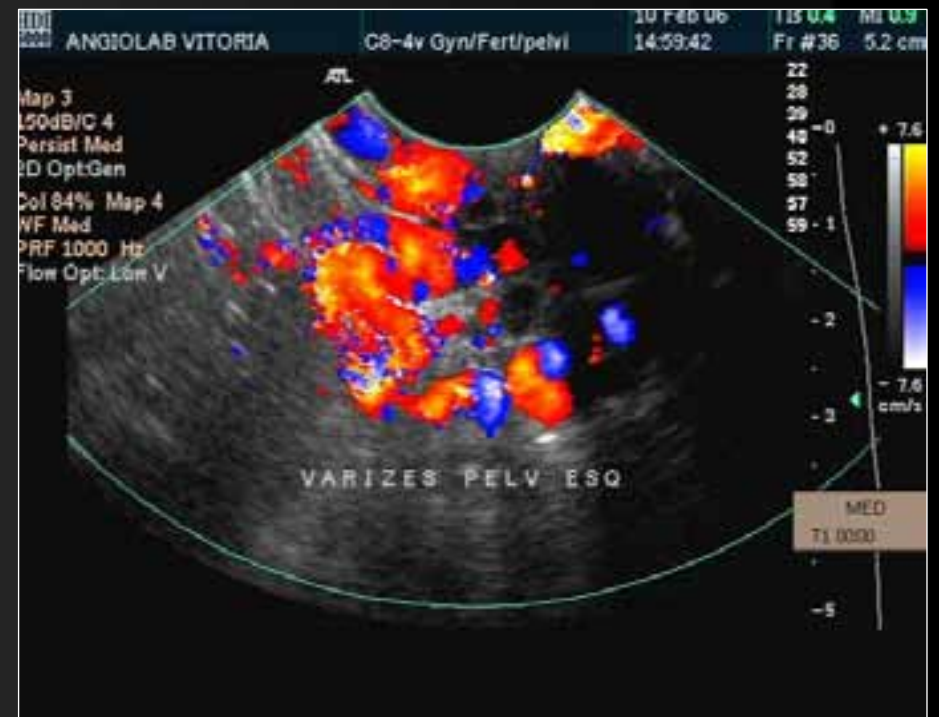
✓ Trans abdominal

- Perviedade SVP
- Síndr. venosa compressiva



Endovaginal

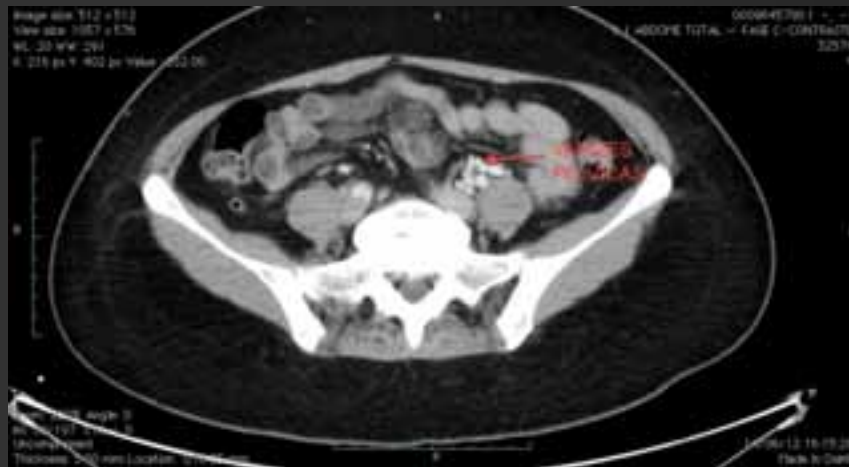
- Varizes pélvicas - Canal de Alcock
- Refluxo (Valsalva)
- Calibre das veias



ECOGRAFIA PARIETAL/ENDO VAGINAL



ANGIO TOMOGRAFÍA



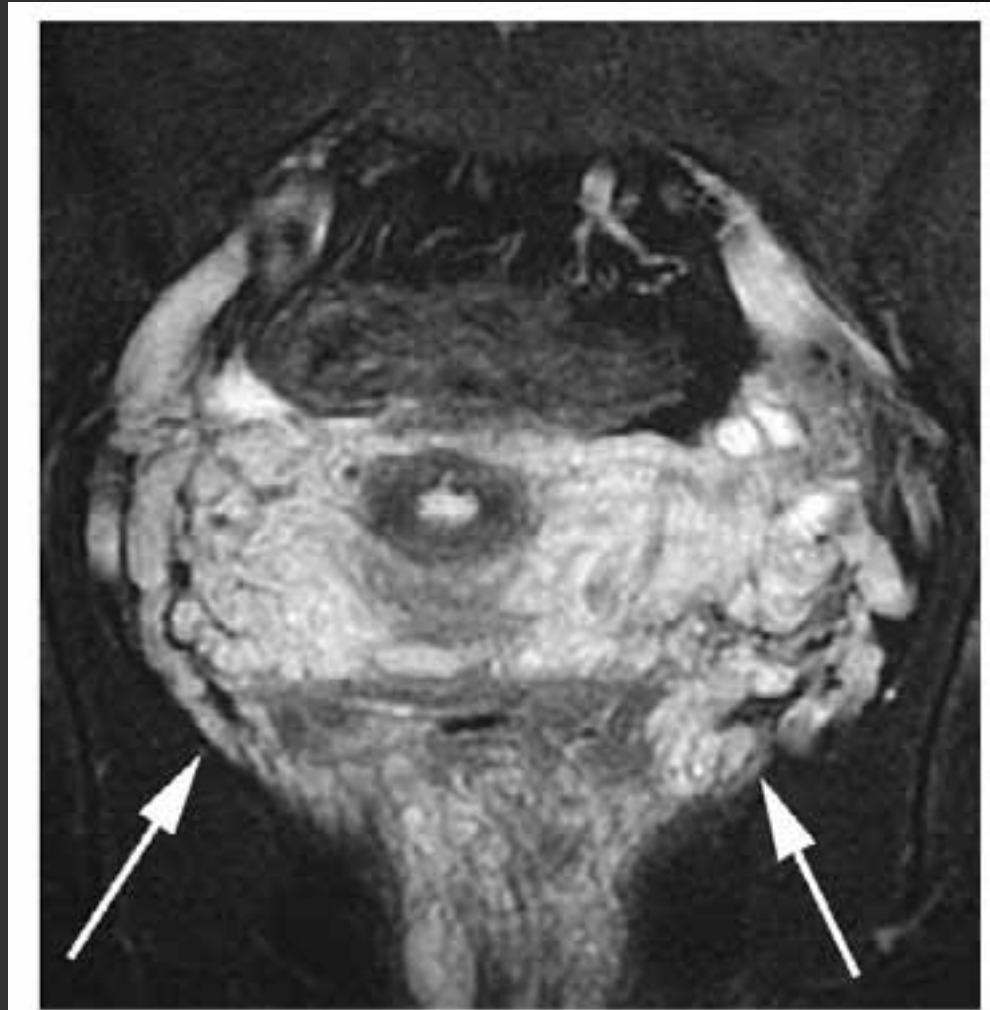
ANGIO TOMOGRAFÍA



ANGIO TOMOGRAFÍA



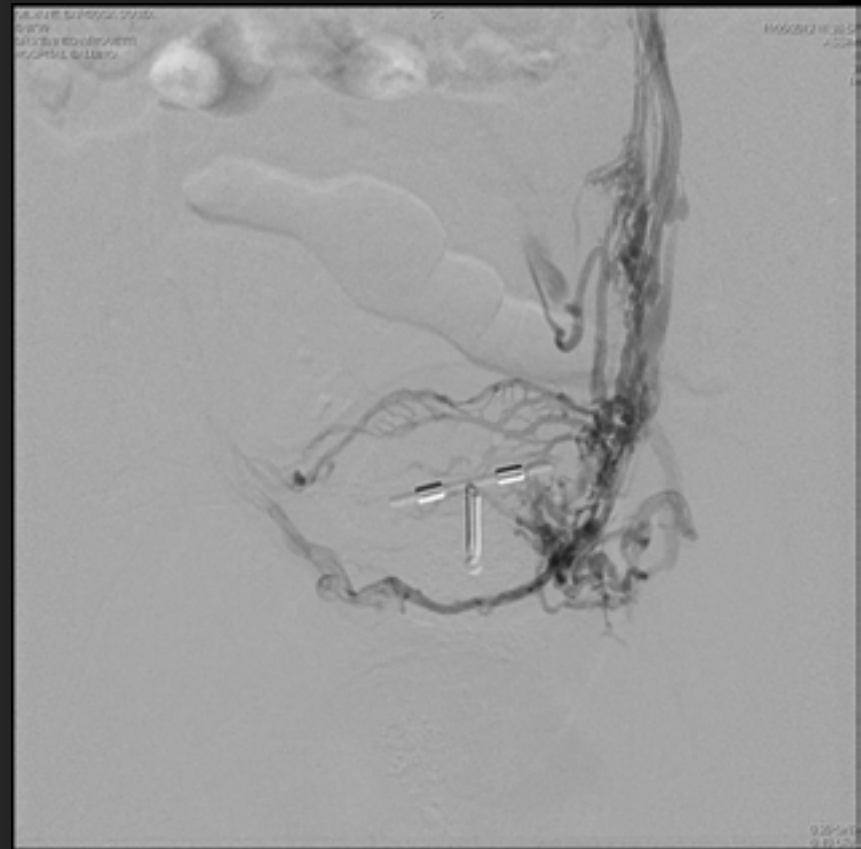
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA



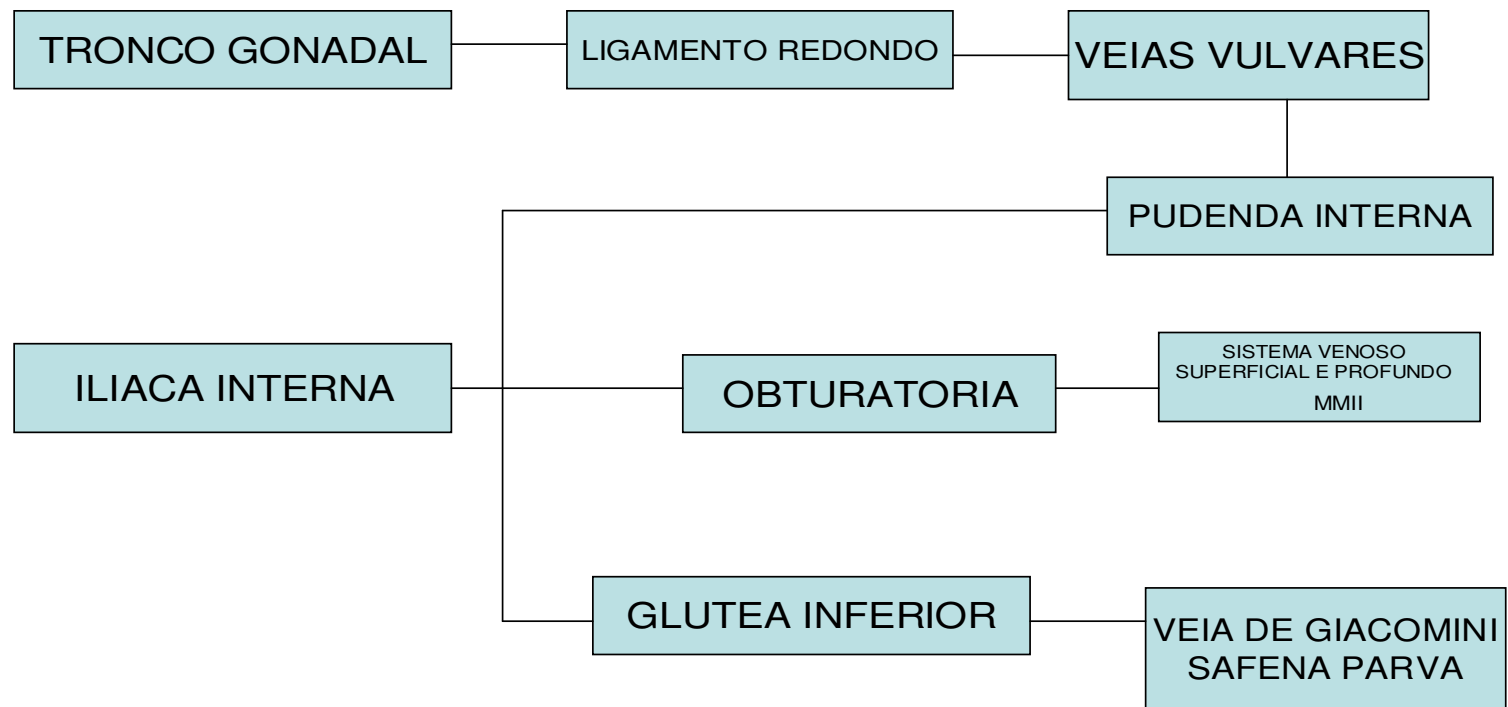
Kim H S, MD, Venbrux A C, MD et al. Embolotherapy for Pelvic Congestion Syndrome: Long-term Results. J Vasc Interv Radiol feb2006; 17:289-297

HSM

FLEBOGRAFÍA POR CATÉTER SELETIVA DAS VEIAS GONADAIS DIREITA E ESQUERDA

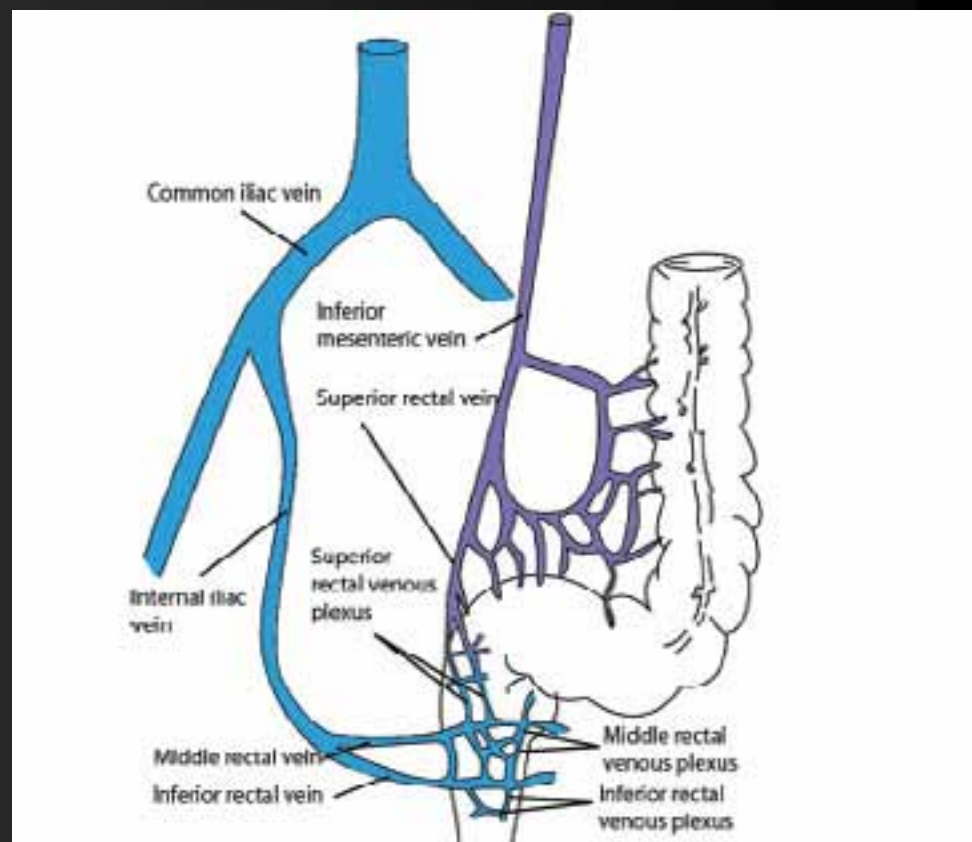
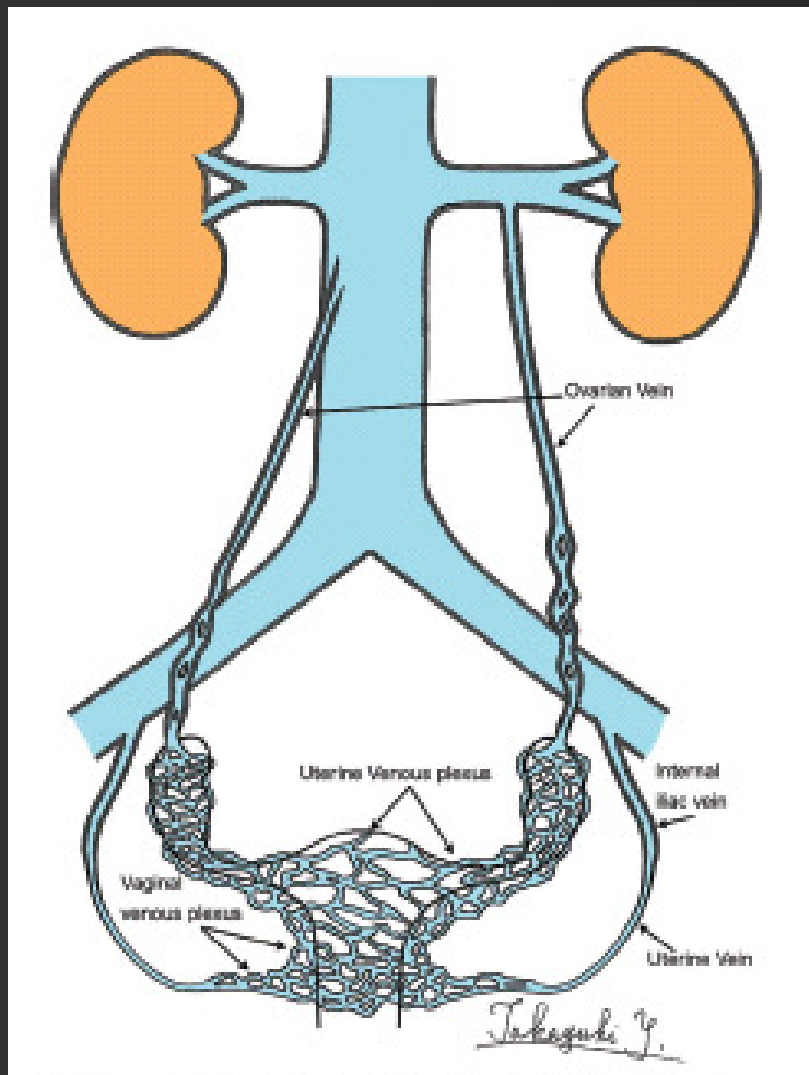


Pontos de fuga pelvicos



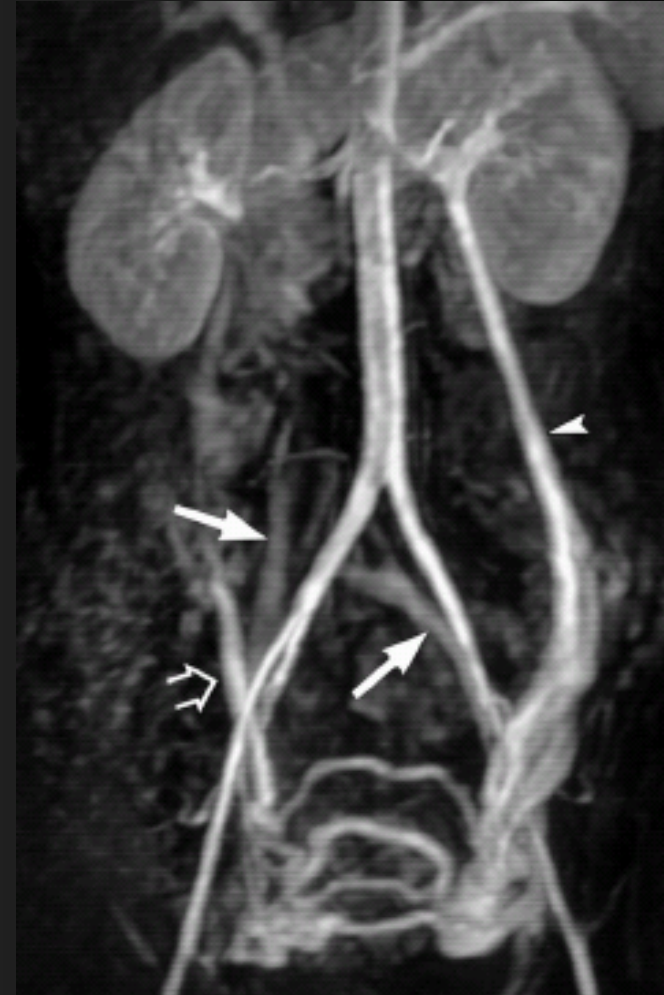
ANATOMIA E CONEXÕES SISTEMA

VENOSO PARIETAL E VISCERAL



HSM

CT SCAN



Umeoka S, Koyama T, et al. Vascular Dilatation in the Pelvis: Identification with CT and MR Imaging. RadioGraphics 2004; 24:193-208

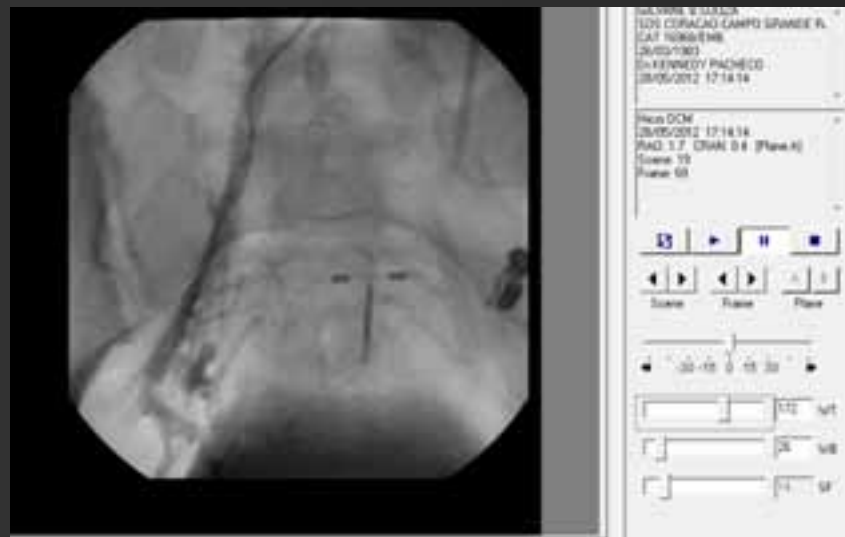


**SÍNDROME DE MAY -
THURNER**

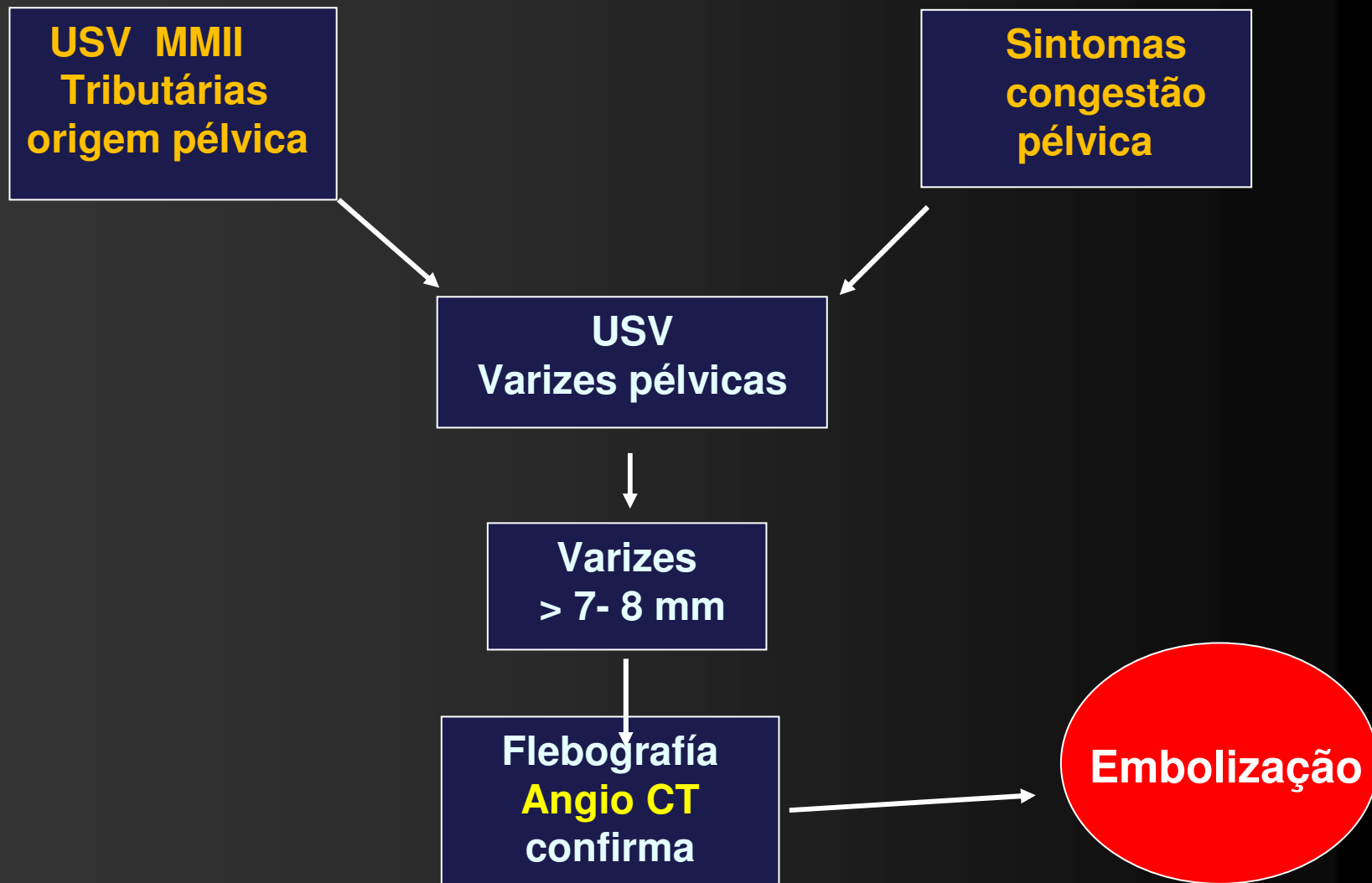
SÍNDROME DE QUEBRA-NOZES



FLEBOGRAFÍA POR CATÉTER SELETIVA DOS PLEXOS HIPOGÁSTRICOS DIREITO E ESQUERDO



Algoritmo- diagnóstico e tratamento endovascular de varizes pélvicas



Monedero JL et al. Tratado de flebol e linf, 2006.

CASUÍSTICA

- Pacientes com média de idade de 43 anos: 74%
- Multíparas : 100 %
- Sintomas de congestão pélvica : 100 %
- Dispareunia : 66 %
- Doença hemorroidária : 62 %
- Varizes primárias dos membros inferiores : 44 %
- **Varizes recidivadas dos m. inferiores : 72 %**

CASUÍSTICA

- 76 pacientes foram tratadas por embolização de veias varicosas pélvicas
- Período de abril de 2007 à agosto de 2012
- Todas as pacientes foram submetidas há avaliações clínicas e por exames de imagem
- **TODAS AS PACIENTES ERAM SINTOMÁTICAS**

METODOLOGÍA PRÉ-OPERATÓRIA

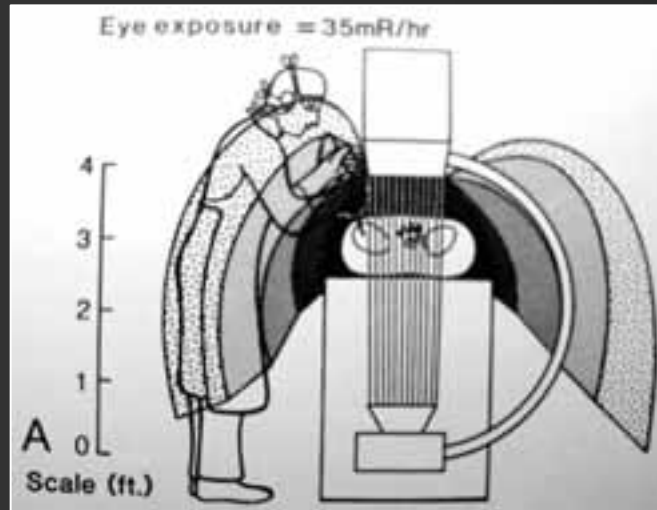
- **Todas as pacientes realizam o pré-operatório :**
- **Exames de sangue (beta HCG) e urina**
- **Raio X de tórax em PA e perfil**
- **Ecocardiograma uni e bidimensional com Doppler**
- **Avaliação clínico-cardiológica com risco cirúrgico**

SALA DE HEMODINÂMICA OU SALA CIRÚRGICA EQUIPADA COM ARCO EM C PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

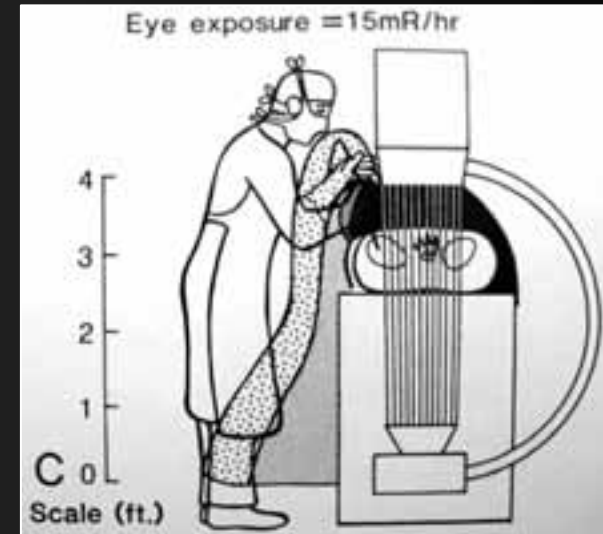


ANGIOGRAFIA

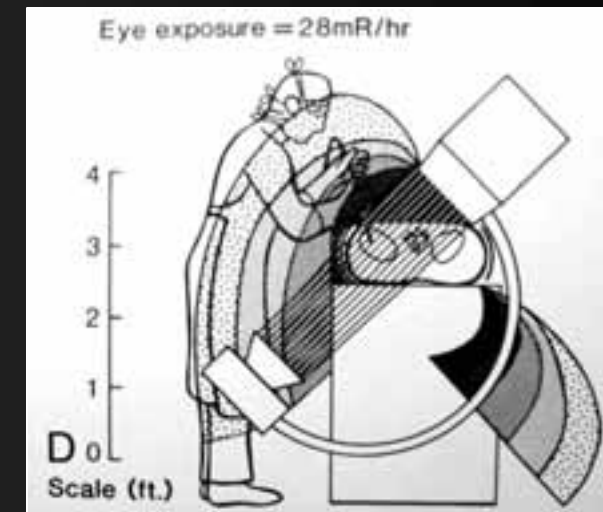
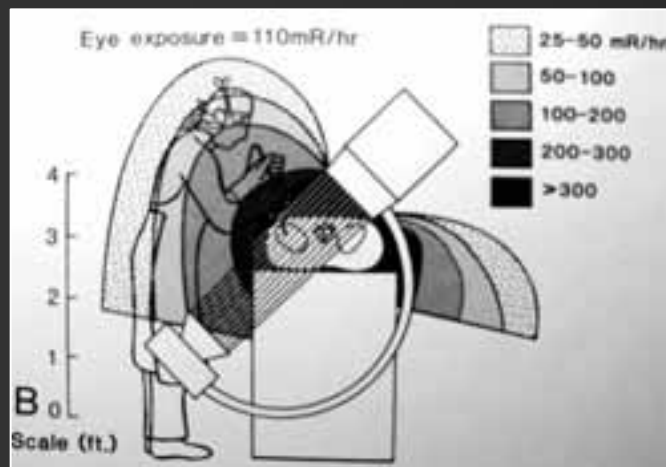
PROTEÇÃO RADIOLÓGICA



Sem proteção



Com proteção(cortinas)



EQUIPAMENTO ANGIOGRÁFICO E DE SUPORTE

- **Equipamento de alta resolução de imagem.**
- **Estoque adequado de cateteres, guias, introdutores, etc.**
- **Bomba injetora.**
- **Monitores, respiradores e equipamento para PCR.**
- **Área e enfermagem preparadas para observação e suporte pós-procedimento.**

HISTÓRIA PREGRESSA DO PACIENTE

- **Peso**
- **Altura**
- **HAS**
- **DM**
- **Dislipidemia**
- **Sedentarismo**
- **Tabagismo**
- **Hepatite**
- **História Familiar**
- **Arritmia Cardíaca**
- **Etiismo**
- **DPOC**
- **Insuficiência Cardíaca**
- **Diálise**
- **Alergias**
- **Intervenções anteriores**

ANGIOGRAFIA : CUIDADOS ESPECIAIS

HEPARINA

- Parar a infusão 4 horas antes, PTT aceitável é 1,2 vezes o controle.
- Reiniciar 6 horas depois.

CUMARINICOS

- INR < 1,5
- TAP > 60%

INSULINO-DEPENDENTES

- Nos pacientes em uso de NPH (Neutral Protamine Hagedorn) não usar Protamina para antagonizar a heparina devido a possibilidade de reação anafilática).

TROMBOCITOPENIAS

USO DE DERIVADOS DA METFORMINA

- Risco de acidose láctica quando $C > 1,6 \text{ mg/dL}$

INSUFICIENCIA RENAL

- Em pacientes com doença renal pré-existente (principalmente associados a DM) tem sido reportado entre 23 a 40% de nefropatia induzida por contraste, desses 2,5% necessitam diálise permanente.

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

REQUISITOS SEGUNDO SCVIR

- **Treinamento especial.**
- **Habilidade técnica.**
- **Conhecimento clínico das patologias e dos cuidados no tratamento dos pacientes.**

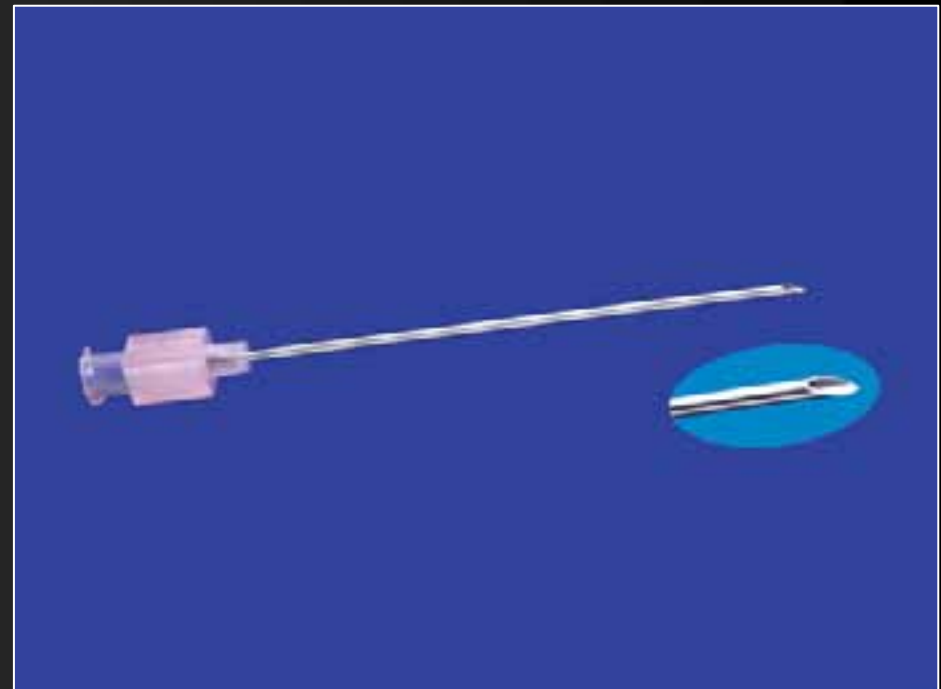
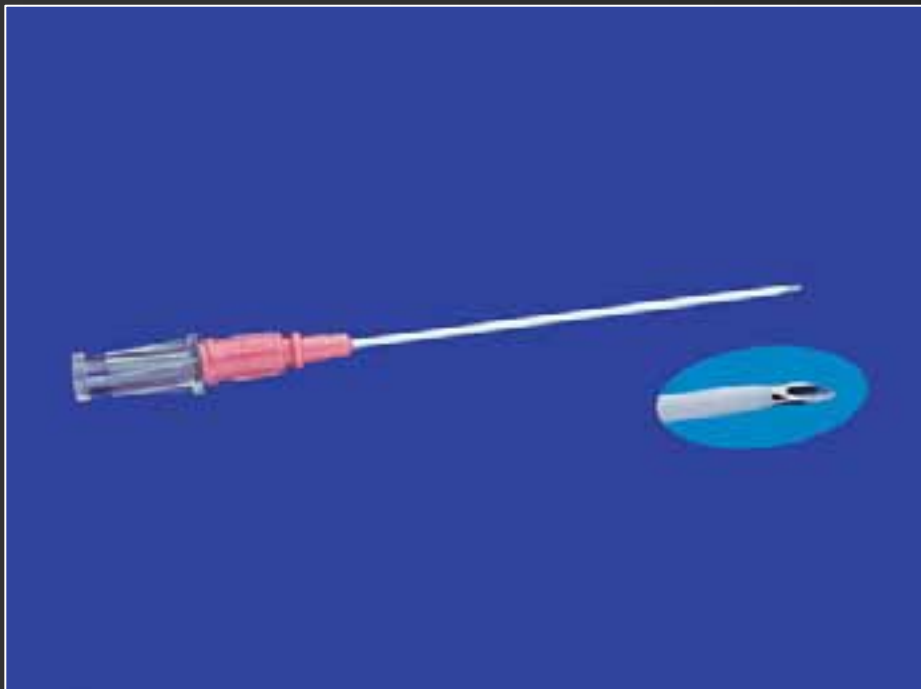
***Cooperação com outras especialidades.**

PROCEDIMENTO

- **Via de acesso**
- **Fio-guia, introdutor, cateter diagnóstico**
-
- **Estudo das veias:**
 - Cava inferior**
 - Renal/ gonadal esquerda**
 - Renal/gonadal direita**
 - Ilíaca e hipogástrica direita**
 - Ilíaca e hipogástrica esquerda**

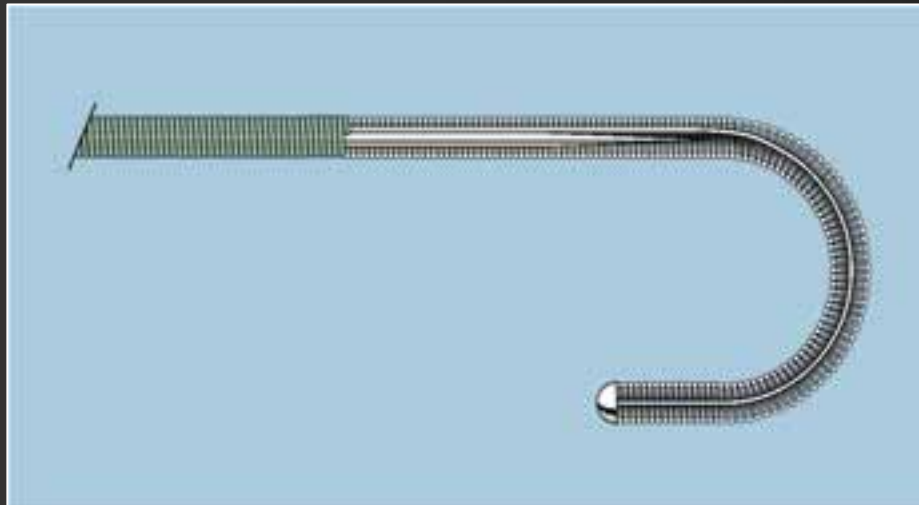
PUNÇÃO

- **Agulhas de punção vascular normalmente tem bixel curto e calibre adequado ao guia que será utilizado.**



FIOS GUIA

- Teflonados ou hidrofílicos.
- Funções:
 - Guias para punção.
 - Guias para suporte e troca de cateteres.
 - Guias hidrofílicos para ultrapassar estenoses.



• Guia teflonado J3.

FIOS GUIA PARA SUPORTE

- Guias para suporte e troca de cateteres.
- 260cm.
- Ponta J ou reta.



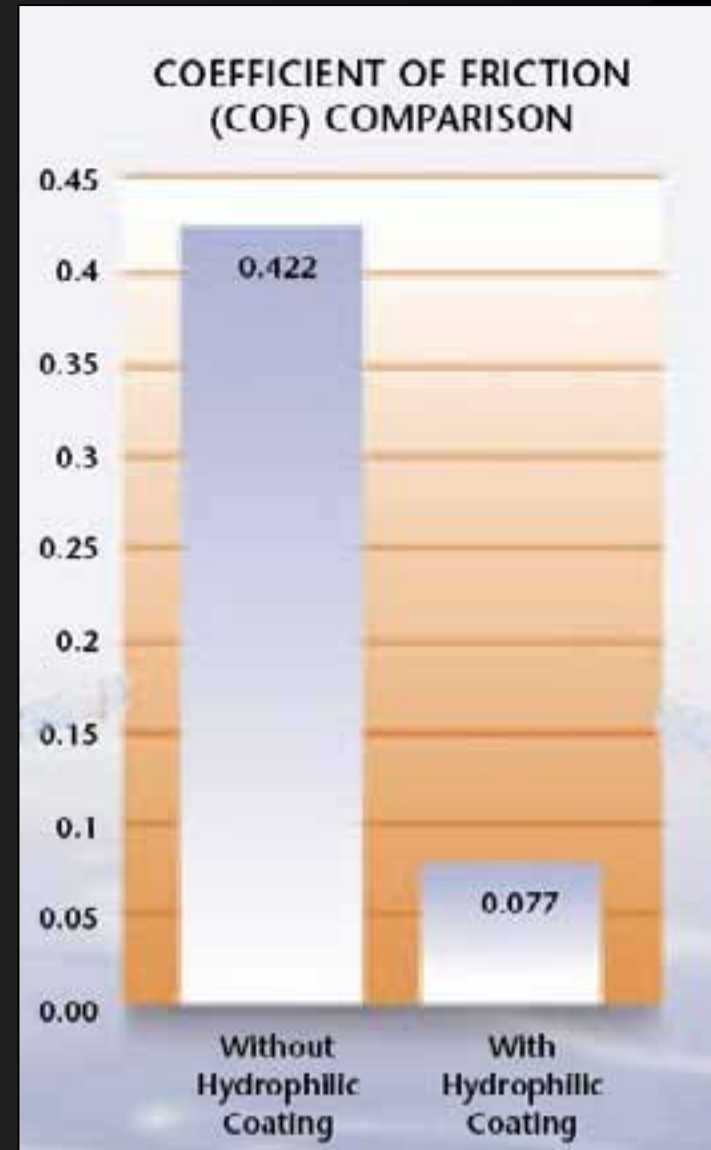
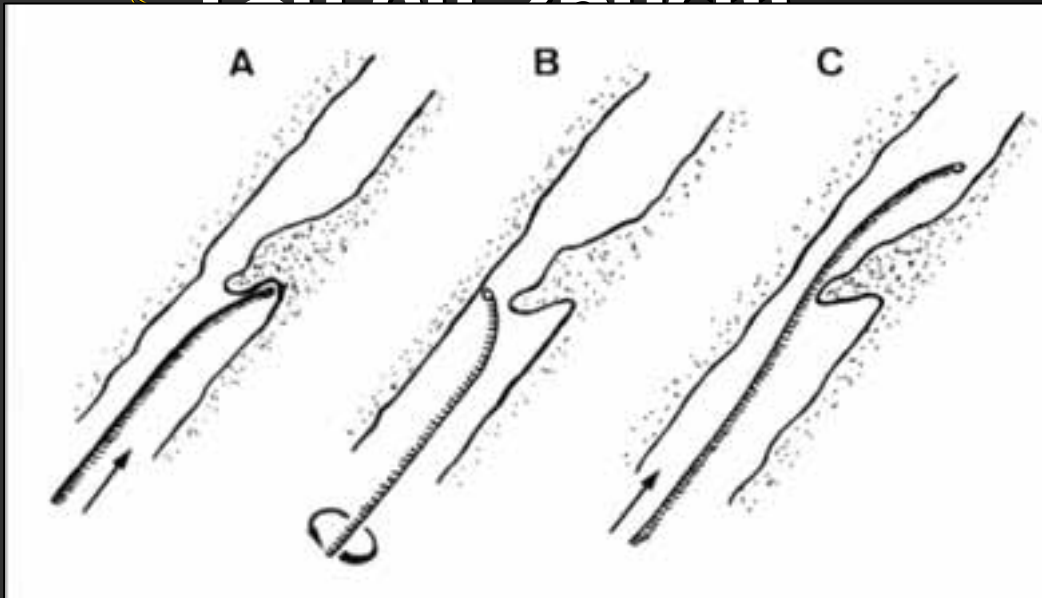
Guia Amplatz.



Guia Lunderquist.

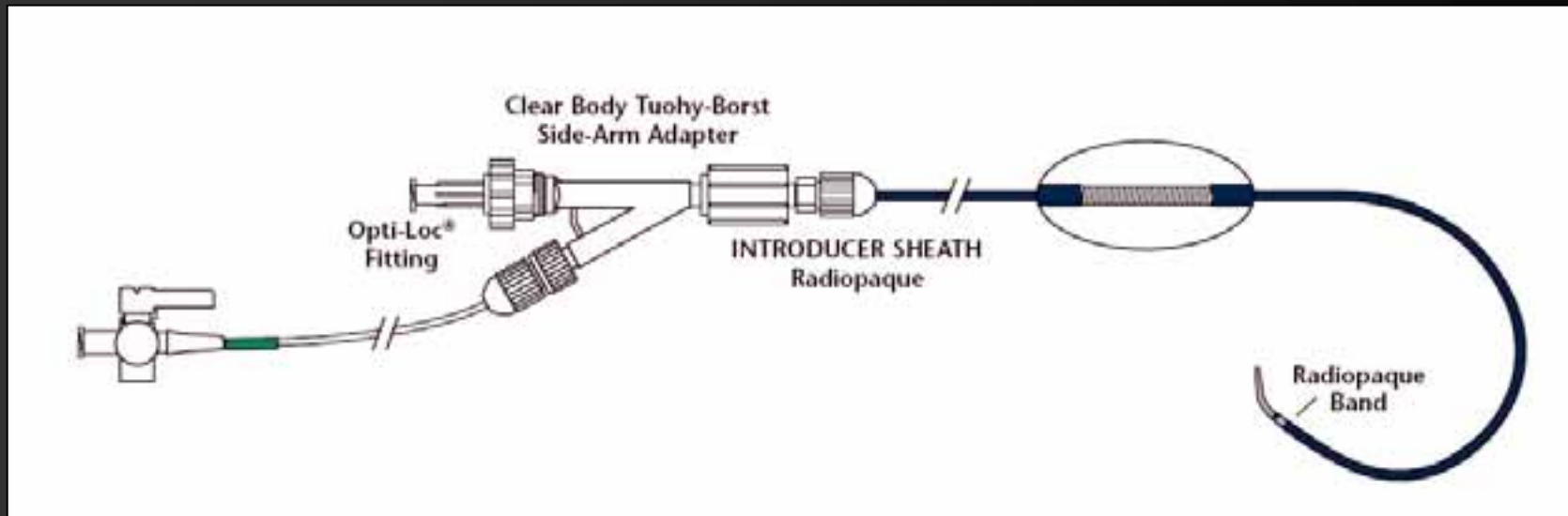
FIOS GUIA HIDROFÍLICOS

- Guias para ultrapassar estenoses
- Troca de cateteres.
- 180 ou 260cm



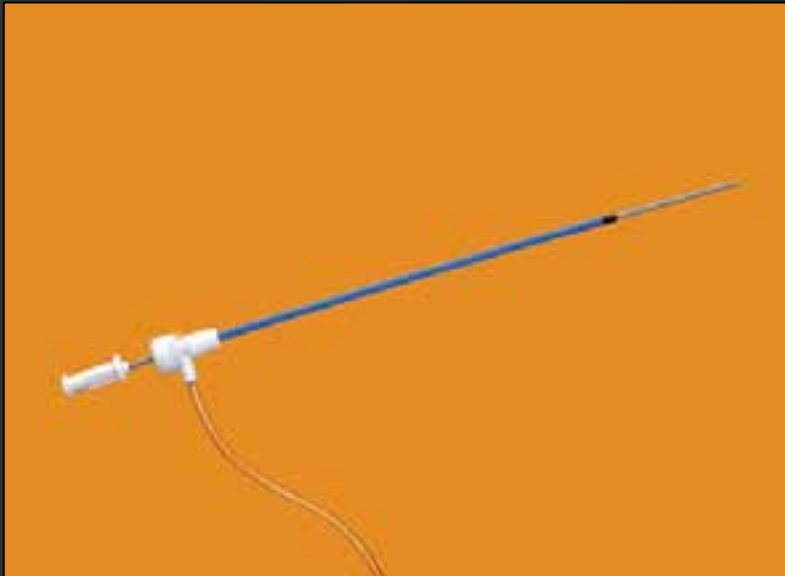
INTRODUTORES

- Introdutores são utilizados para que a manipulação e as trocas de cateteres sejam o menos traumática possível para o vaso.
- Possuem válvulas hemostáticas.
- Podem ter formatos específicos para execução de procedimentos.
- Marcas radiopacas marcam a extremidade.



INTRODUTORES

- **Introdutores angiográfico.**



- **Introdutor contra-lateral Balkin.**



ACESSÓRIOS

- Torneira S.

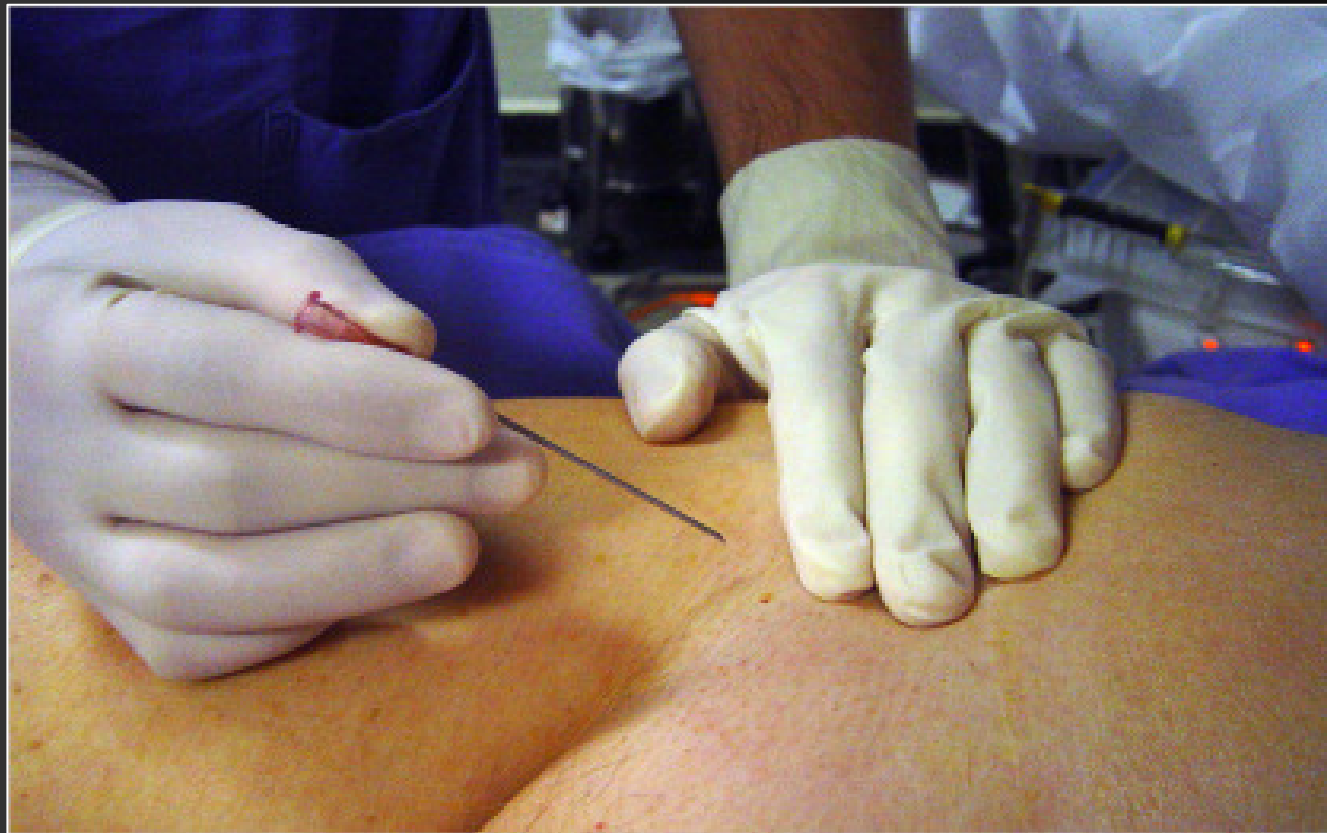


Tratamento

- Via de acesso
- Fio-guia, introdutor, cateter diagnóstico
- Estudo das veias:
 - Cava inferior
 - Renal/ gonadal esquerda
 - Renal/gonadal direita
 - Ilíaca e hipogástrica direita
 - Ilíaca e hipogástrica esquerda



ACESSO FEMORAL ANTERÓGRADO



Punção parede única

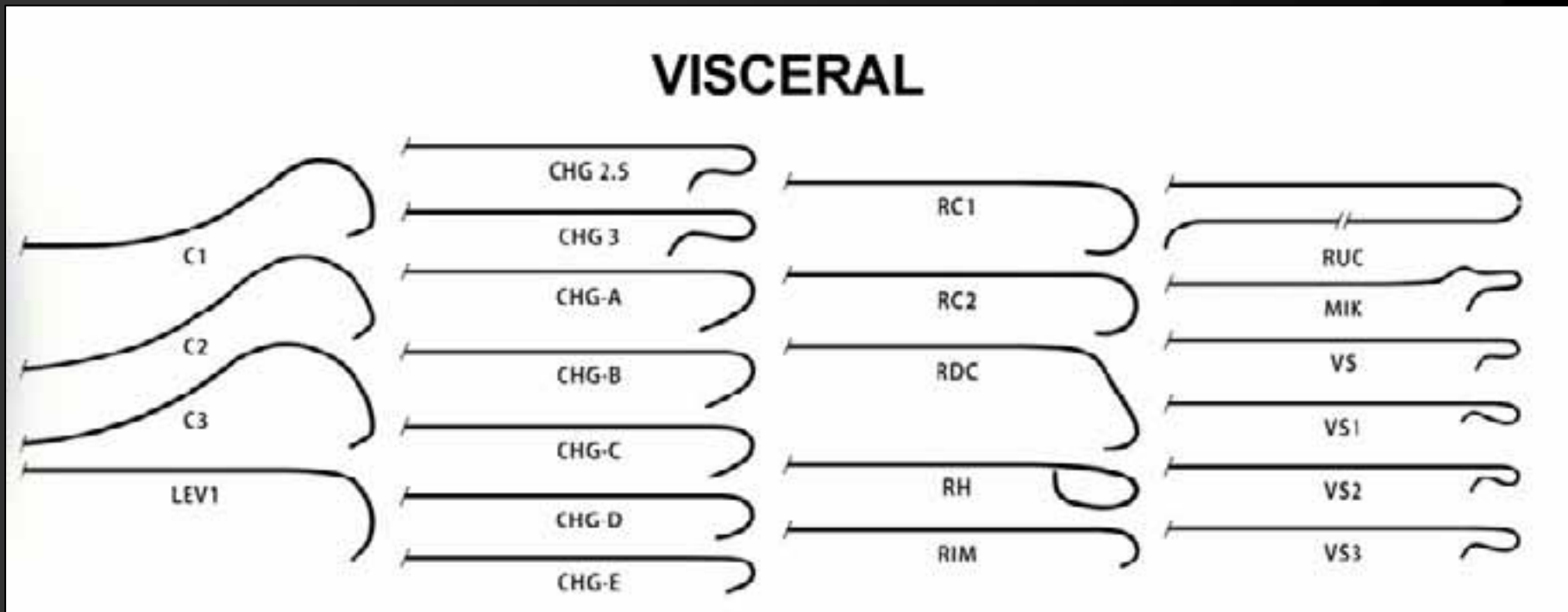
TÉCNICA FLEBOGRAFIA ACESSO BRAQUIAL - MSD



HSM

ESCOLHA DOS CATÉTERES

- Catéteres com curvas específicas para o tratamento endovascular

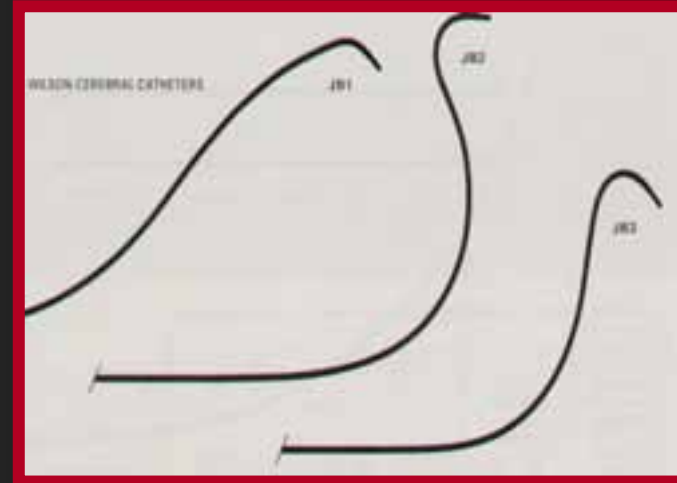


OPÇÕES DE CATETERES

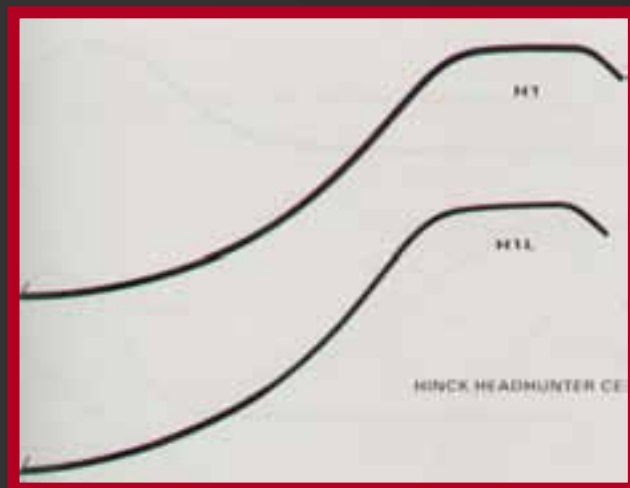
Pig Tail



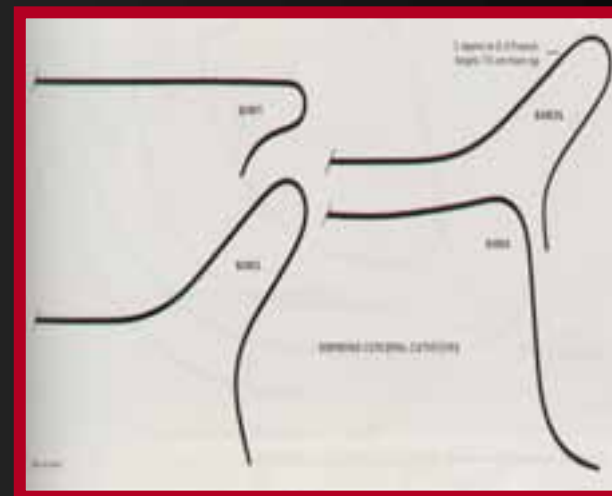
JB1



Head Hunter



SIMMONS





ESPUMA DENSA "MUSSE"

Espuma densa de Sol. de POLIDOCANOL 3%



FLEBOGRAFÍA PRÉ E PÓS TRATAMIENTO COM ESPUMA DENSA – Sol. de Polidocanol 3%



EMBOLIZAÇÃO COM AGENTES OCLUSORES

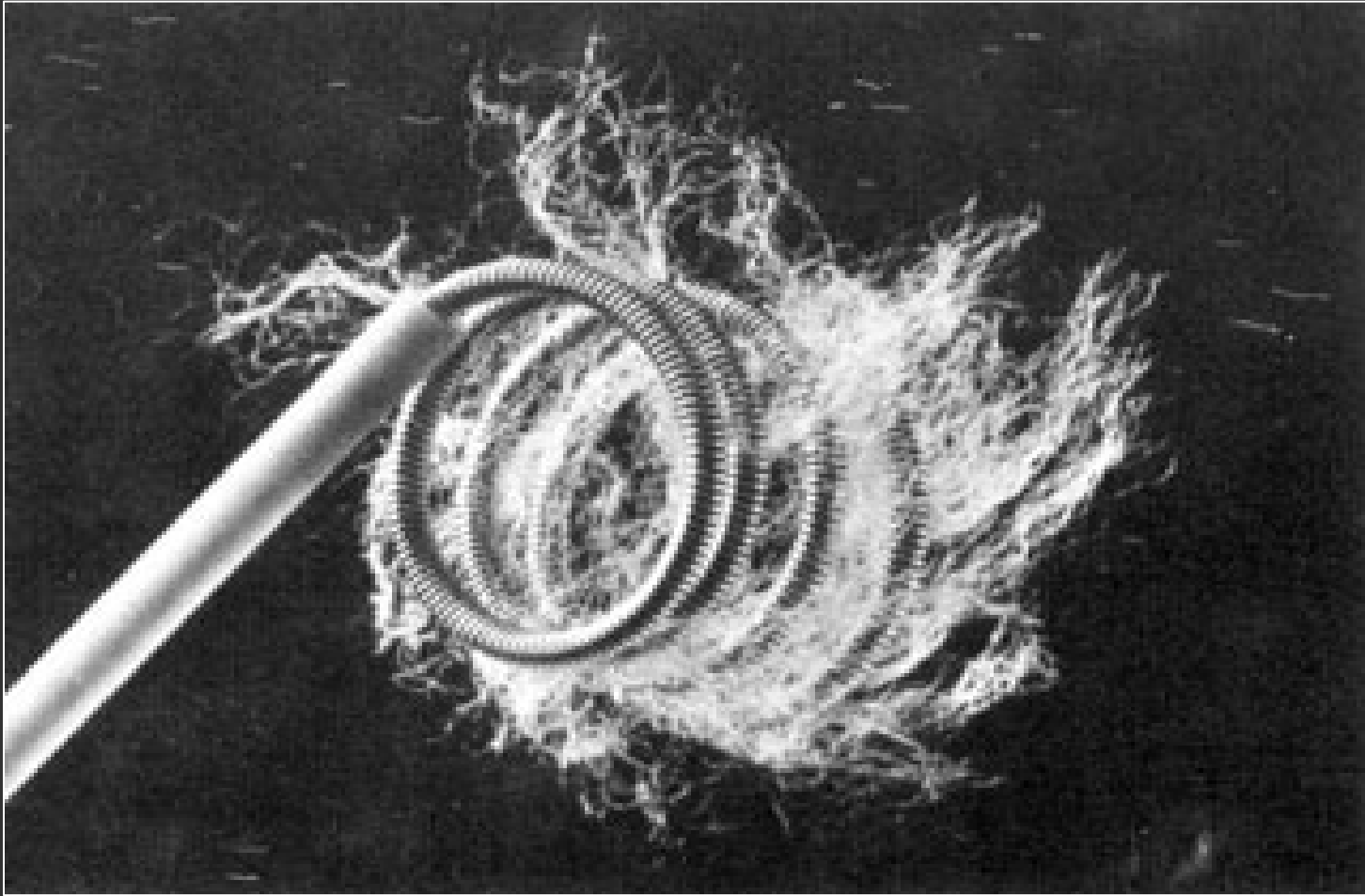
- **A não utilização implica em recidiva pela recanalização das varizes pélvicas em cerca de 45 % (dados do Drs. Monedero / Expeleta Zubicoa em cerca de 3.000 pacientes).**
- **O tratamento combinado de espuma densa + agentes oclusores (molas ou plugs) a recanalização pode ocorrer em 2 %.**

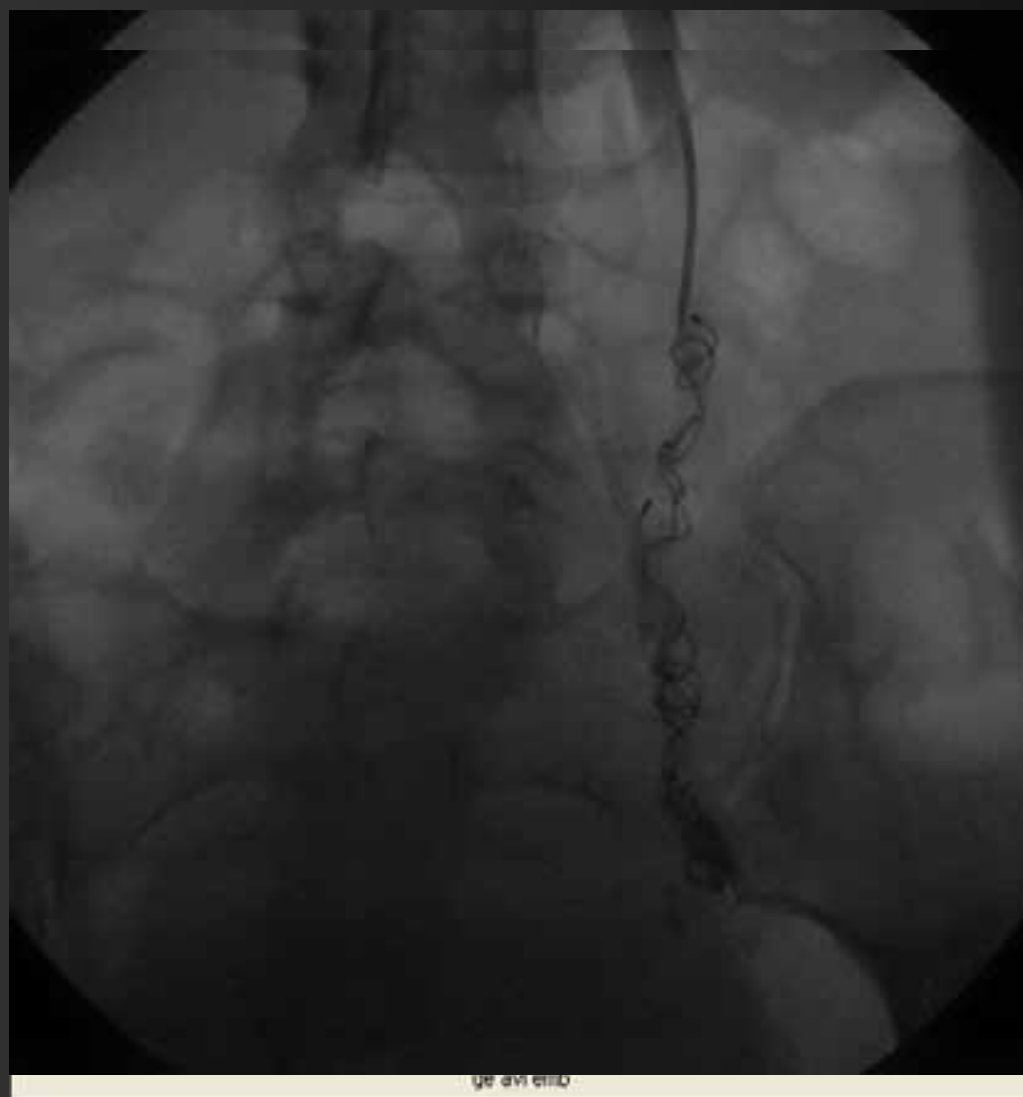
MOLAS



SM

Molas





ge an end

A JUSTIFICATIVA PARA O USO DE MICRO-MOLAS

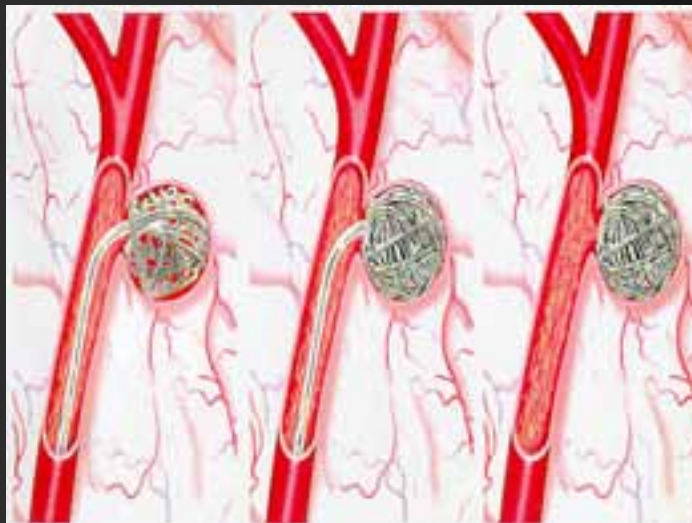
- As molas de destaque livre não permitem a liberação controlada e segura.
- Os casos 3 e 9 da casuística, tivemos o deslocamento das molas para a artéria pulmonar (Embolia pulmonar assintomática).
- Daí o uso de micro-molas que o custo é 3,5 x a mola convencional.

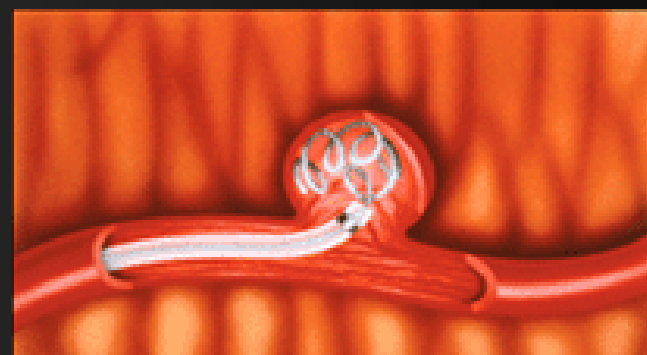
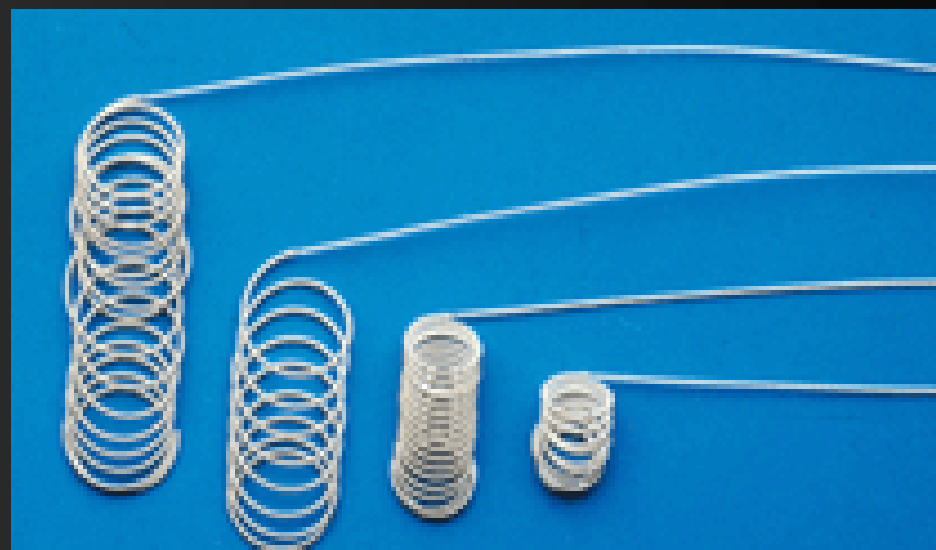
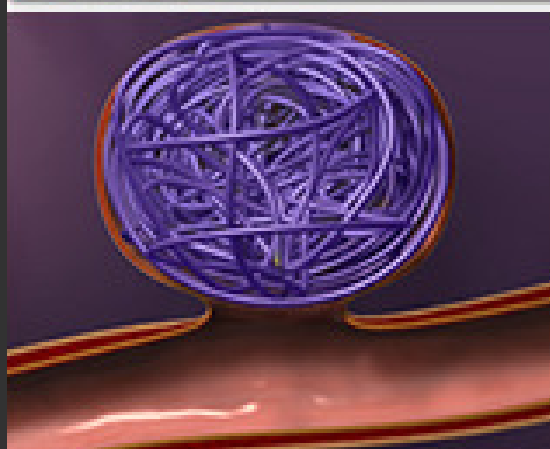
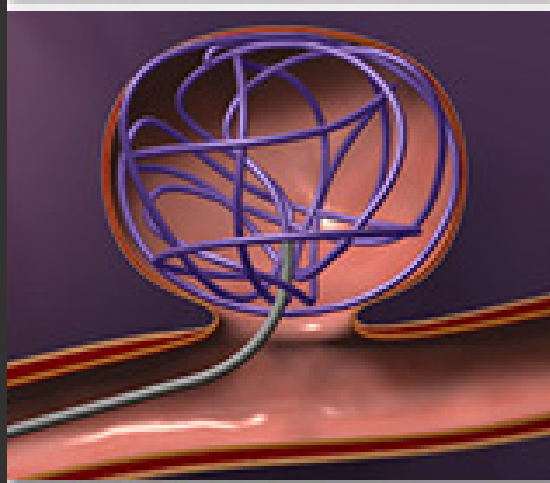
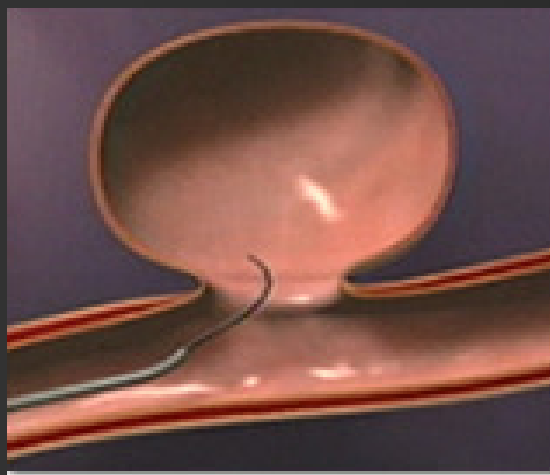


MICROMOLAS

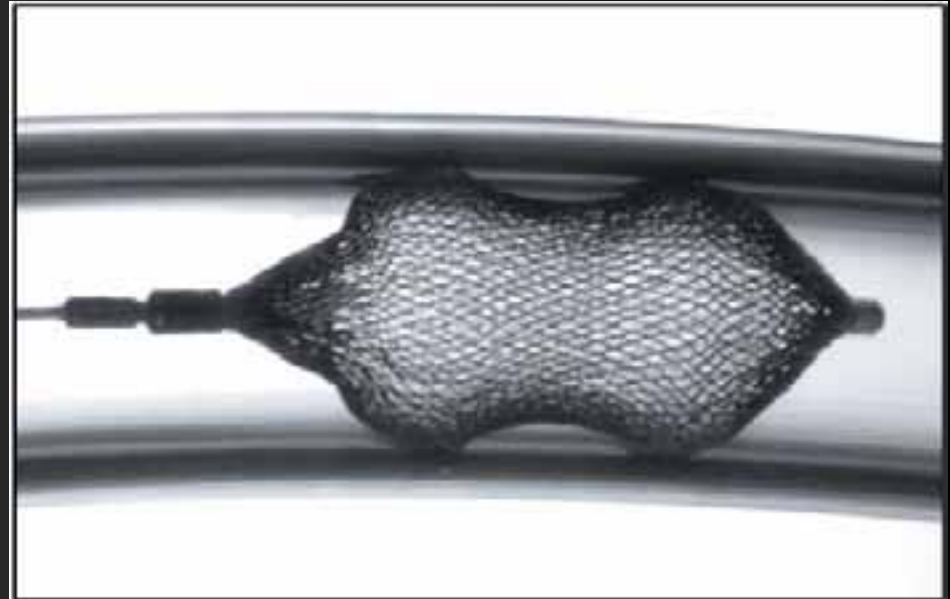
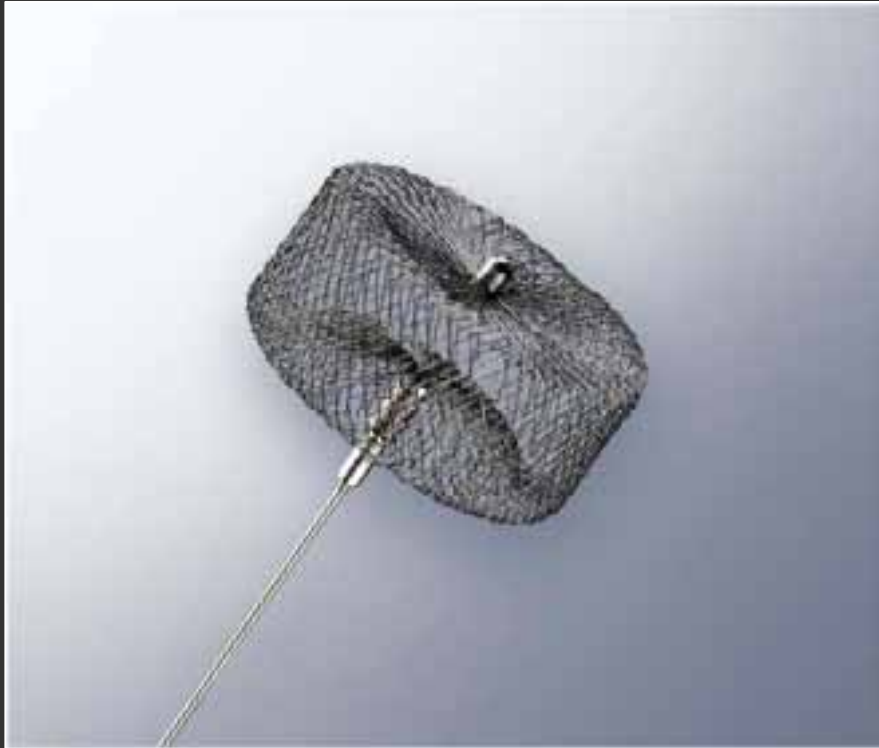


- Molas standart. ■ **Molas 3D.**
- Molas complexas.





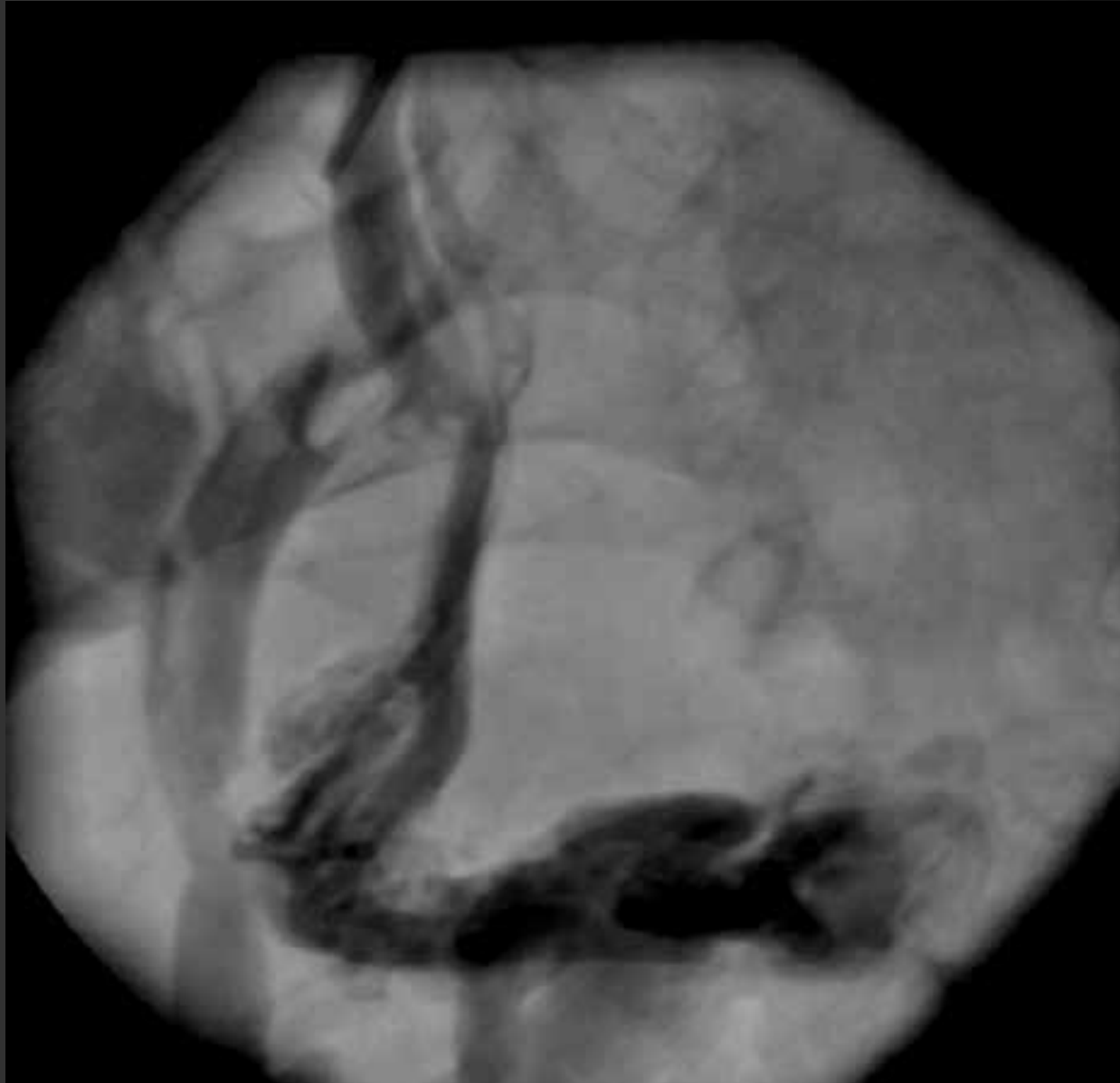
PLUGS VASCULARES



- Amplatzer.

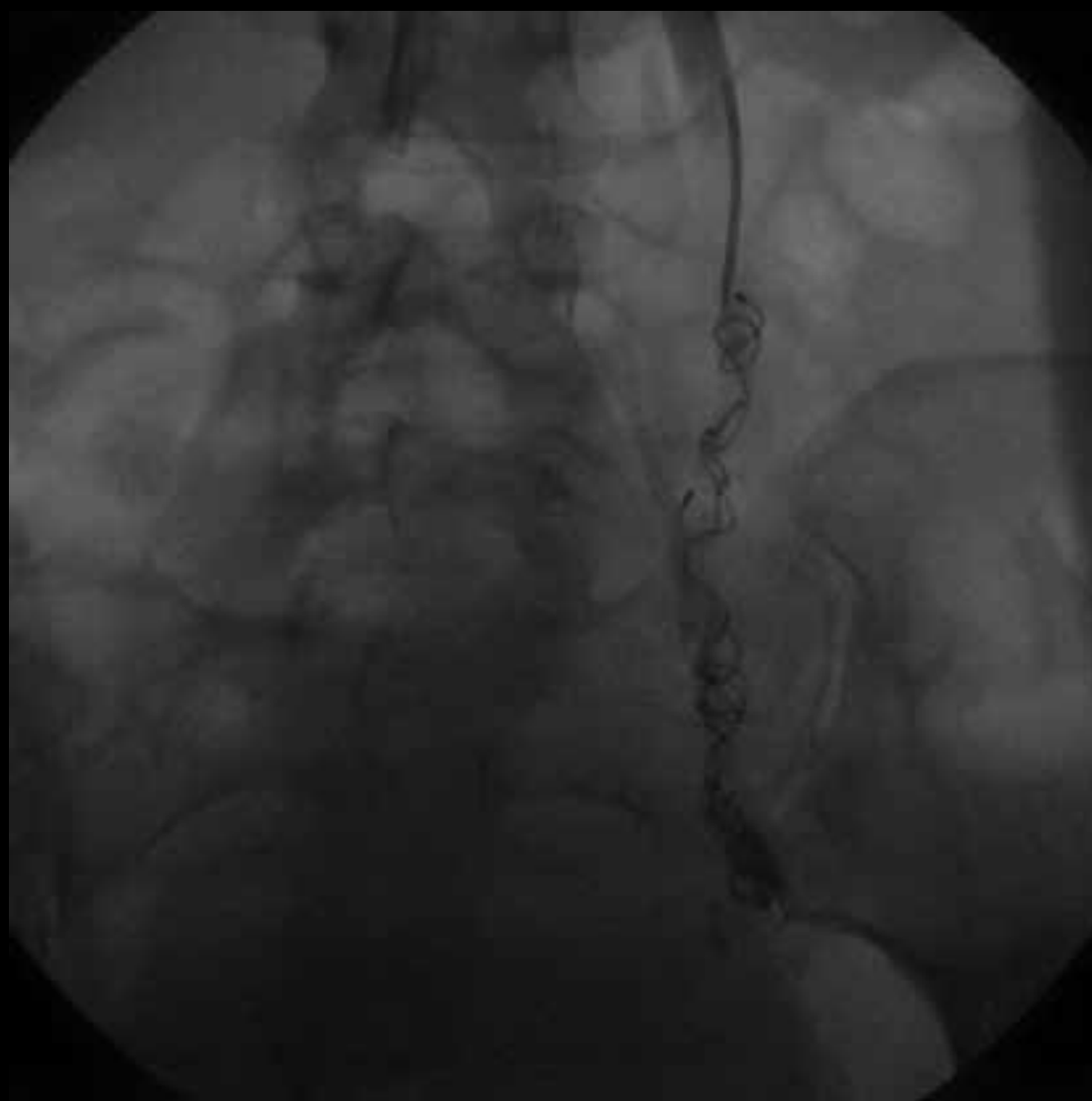
HSM

TÉCNICA DE EMBOLIZAÇÃO



TÉCNICA DE EMBOLIZAÇÃO





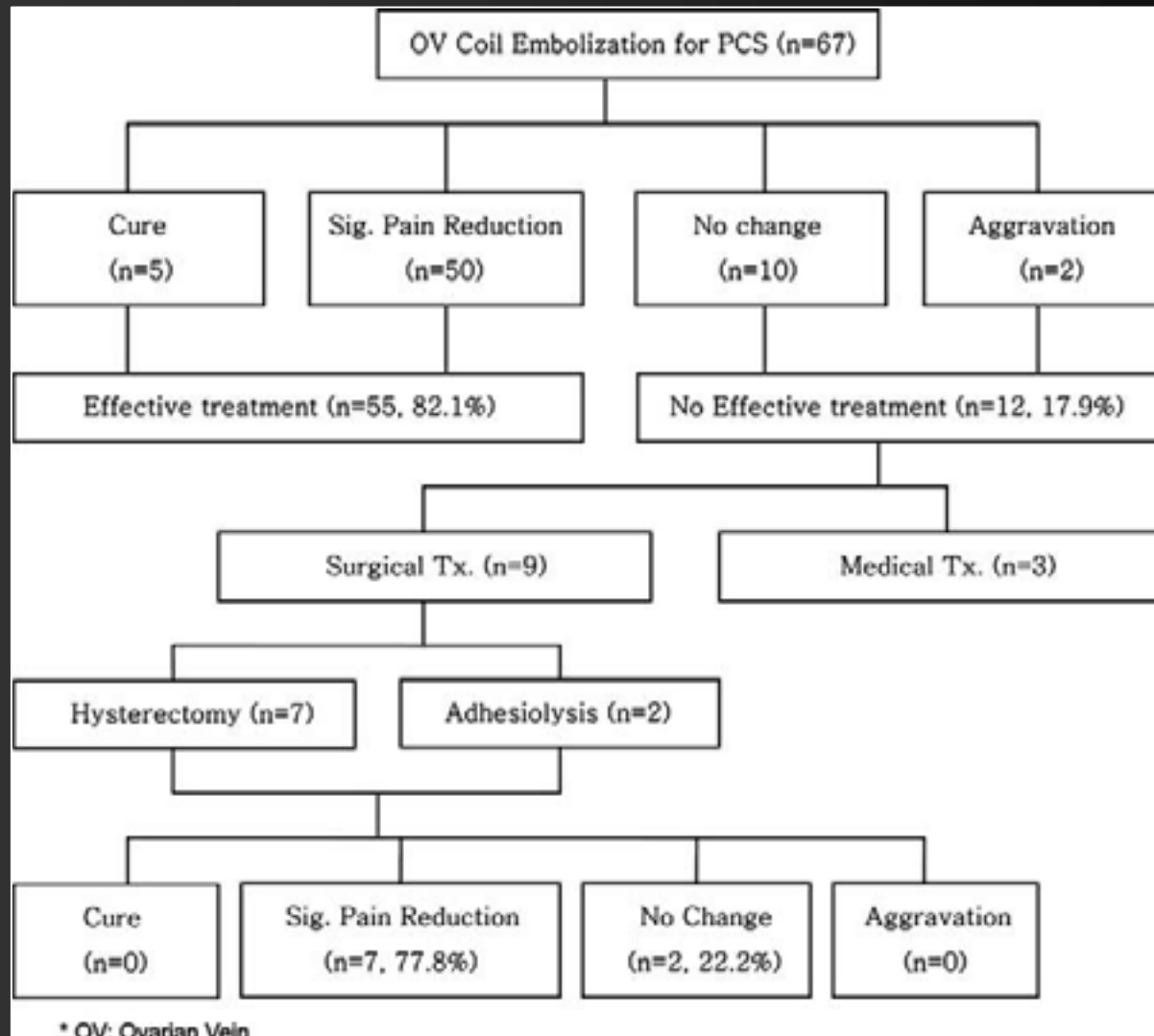
TÉCNICA DE EMBOLIZAÇÃO



ORIENTAÇÕES PÓS-PROCEDIMENTO

- **Membro em repouso por 4-6 horas**
- **> ingestão de líquidos**
- **Manter dieta**
- **Evitar esforços por 48 hs, como dirigir**
- **Analgésico SOS**
- **Bandaïd - curativo**
- **Sangramento ou hematoma ligar para o hospital**
- **Manter medicamentos**

Resultados



* OV: Ovarian Vein

RESULTADOS

- 145 pacientes
 - **94,16%** com redução dos sintomas
 - **9 pacientes – 5,84%** com pouca ou nenhuma melhora.
- Durante o procedimento:
 - Desconforto, cólicas, e náuseas
28 – 18,18% pacientes.
 - Síndrome pós-embolização (febrícula, dor abdominal e flebite mecânica)
54 – 15,4% dos pacientes.

RESULTADOS DA EQUIPE

- 82 % dos casos sob internação em Day Clinic.

- Complicações :

 - 2 casos de EP assintomática pelo deslocamento das molas

 - 15 % de sintomas de desconforto abdominal e/ou pélvico temporários

- **Regressão dos sintomas:**

 - 92 % da dor pélvica**

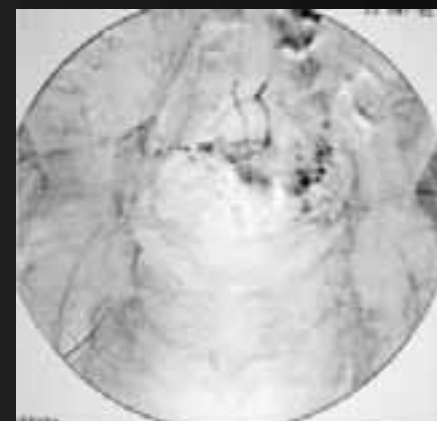
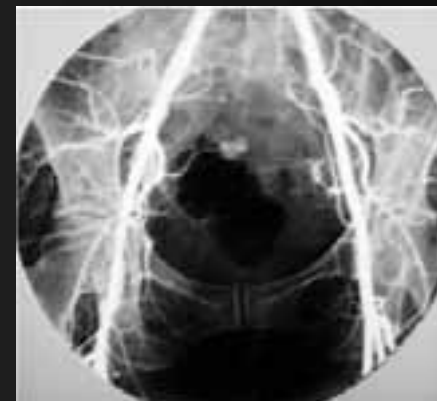
EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO VENOSA VENOSA

RISL., 35a., malformação venosa vulvar.

Primeira sessão de embolização.



HSM



EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO VENOSA

RISL., 35a., malformação venosa vulvar.

Primeira sessão com Ethamoulin.



Seletiva hipogástrica



HSM



Punção
direta



**EMBOLIZAÇÃO DE
MALFORMAÇÃO ARTÉRIO-
VENOSA VULVAR**

Embolização de MAV vulvar com ÔNIX.

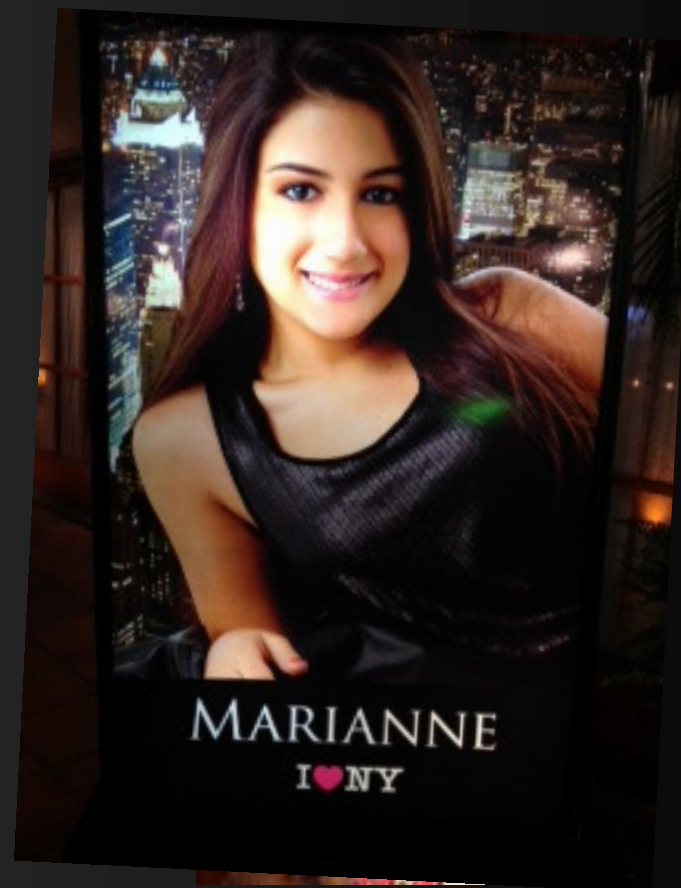


CONCLUSÕES

A embolização de varizes pélvicas promove redução da sintomatologia de congestão venosa, com baixo índice de complicações e morbidade.

Um seguimento de cinco anos se faz necessário para avaliar recidiva de varizes. Temos utilizado o eco color doppler para controle de 6 meses e após anual.

EVOLUÇÃO



COMO EVITAR AS VARIZES PÉLVICAS :

- NÃO TER A MULTIPARIDADE**

**AGRADEÇO O GENTIL
CONVITE !**

**MUITO OBRIGADO PELA
ATENÇÃO !**

