FELIPE NASSER

**Avaliação clínica e técnica do tratamento
endovascular percutâneo na síndrome da
congestão pélvica através da técnica de
embolização**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Radiologia

Orientador: Prof. Dr. Francisco César Carnevale

São Paulo

2007

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Nasser, Felipe

Avaliação clínica e técnica dos resultados do tratamento endovascular
percutâneo na síndrome da congestão pélvica através da técnica de embolização /
Felipe Nasser. -- São Paulo, 2007.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Radiologia.

Área de concentração: Radiologia.

Orientador: Francisco César Carnevale.

Descritores: 1.Dor pélvica/diagnóstico 2.Dor pélvica/terapia 3.Embolização
terapêutica 4.Varizes 5. Diagnóstico Diferencial

USP/FM/SBD- 067/07

DEDICATÓRIA

Aos meus pais *Elías* e *Elza*, pela educação, carinho e a oportunidade de me dedicar aos estudos. Minha eterna gratidão.

Aos meus queridos filhos, *Felipe* e *Mariana*, que mudaram a minha visão da vida. Meu eterno amor e dedicação.

Aos meus irmãos, *Elías*, *Ricardo*, *Mauro* e *Vitor*, pela presença e amizade nos momentos difíceis.

Ao meu tio e padrinho *Antonio Faiad Nasser*. Tenho a certeza que estaria orgulhoso se pudesse presenciar este momento (*in memorian*).

A minha amada tia *Julia Faiad Nasser*, pelo amor, carinho e dedicação. (*in memorian*).

Ao Professor Miguel Angel Di Gregório Ariza, Chefe da Unidade de Cirurgia Minimamente Invasiva Guiada por Imagem do Hospital Clínico Universitário de Zaragoza – Espanha, pela oportunidade, amizade e confiança.

Ao Dr. Adnan Naser, Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Santa Marcelina, pelos ensinamentos e apoio durante a minha fase de formação e vida profissional.

Ao meu orientador e grande amigo *Francisco César Carnevale*, Chefe do Departamento de Radiologia Intervencionista do InRad – Faculdade de Medicina USP, pela amizade, companheirismo e profissionalismo durante estes anos de convivência.

À Deus,

por todos os momentos difíceis e bons e a
certeza de que sempre esteve ao meu lado
direcionando as decisões no sentido do Bem.

AGRADECIMENTOS

Às Irmãs de Santa Marcelina pelo apoio profissional durante todos estes anos.

Ao Dr. José Carlos Ingrund, pela amizade e os ensinamentos durante a fase de formação e convivência profissional.

Ao Dr. Marcelo Calil Burihan, amigo e incentivador nas atividades científicas.

Ao Prof. Dr. José Guilherme Mendes Pereira Caldas, amigo, incentivador e responsável pela minha iniciação dentro das atividades na radiologia intervencionista.

Ao Dr. João Francisco Junior, pelos ensinamentos iniciais na área da radiologia intervencionista.

Ao Dr. Mariano de Blas Bravo, pela oportunidade, durante a fase de formação profissional.

Aos meus amigos e companheiros de trabalho, *Airton Mota Moreira, Ricardo Augusto de Paula Pinto, Henrique Elkis, Breno Boueri Affonso e Luis Marcelo Ventura*, por todos estes anos de amizade e convívio profissional.

Ao *Prof. Dr. Jose Ramon Lanz*, pela amizade, profissionalismo e competência durante a confecção deste trabalho.

Aos *residentes*, pelo trabalho, convivência e importância no desenvolvimento de um profissional na área de ensino.

À *Sandra Pacheco de Barros*, secretária da pós graduação, profissional exemplar, amiga e parte integrante na conclusão deste trabalho.

À *Elaine Rizzo*, pela amizade, orientação e elaboração técnica na confecção das aulas de qualificação e defesa da tese.

À *Rogéria Cristina Dias*, pela atenção e profissionalismo dispensados na confecção deste trabalho.

Aos *pacientes*, sem eles este trabalho não seria possível.

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2ª ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e Símbolos

Lista de Tabelas

Lista de Figuras

Resumo

Summary

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Anatomia Venosa	3
1.2	Diagnóstico	12
1.2.1	Clínico	12
1.2.2	Imagem	13
1.2.3	Diferencial	21
1.3	Tratamento da síndrome da congestão pélvica	23
1.4	Importância do estudo	25
2	OBJETIVOS	27
3	MÉTODO	29
3.1	Casuística	29
3.2	Critérios de inclusão	30
3.3	Critérios de exclusão	30
3.4	Técnica endovascular percutânea	31
3.5	Acompanhamento após a intervenção	36
3.6	Estatística	37
4	RESULTADOS	40
4.1	Análise do insucesso	48
5	DISCUSSÃO	51
6	CONCLUSÕES	63
7	ANEXOS	65
8	REFERÊNCIAS	90

LISTAS

Abreviaturas

Angio TC	Angiotomografia computadorizada
EVA	Escala Visual Analógica
MMII	Membros inferiores
RM	Ressonância Magnética
Angio RM	Angioressonância magnética
SCP	Síndrome da Congestão Pélvica
US Doppler	Ultra-sonografia associada ao Doppler
VCI	Veia Cava Inferior
VIID	Veia ilíaca interna direita
VIIE	Veia ilíaca interna esquerda
VOE	Veia ovariana esquerda
VOD	Veia ovariana direita

Símbolos

F	French
ml	mililitros
mm	milímetros
UI	Unidades Internacionais
MHz	Megahertz
%	Por cento
Ø	Diâmetro

Tabelas

Tabela 1 –	Distribuição do calibre das veias, avaliadas pelo US, previamente ao tratamento das pacientes com SCP ..	44
Tabela 2 –	Comportamento da dor na amostra estudada e acompanhada durante o período de 12 meses após a embolização das pacientes com SCP	46
Tabela 3 –	Comportamento dos diferentes sintomas na amostra estudada e acompanhada durante o período de 12 meses após a embolização das pacientes com SCP ..	47
Tabela 4 –	Comparação dos fatores independentes da escala EAV na identificação do sucesso nas pacientes tratadas e acompanhadas durante o estudo	48
Tabela 5 –	Análise multivariada comparando as diferentes variáveis independentes e o sucesso da terapia nas pacientes acompanhadas após o tratamento endovascular percutâneo da SCP	49

Gráficos

Gráfico 1 –	Distribuição por faixa etária das pacientes com SCP tratadas através da embolização endovascular percutânea	41
Gráfico 2 –	Distribuição por número de filhos das pacientes com SCP tratadas através da embolização endovascular percutânea	41
Gráfico 3 –	Distribuição dos sintomas apresentados pelas pacientes com SCP tratadas através da embolização endovascular percutânea	42
Gráfico 4 –	Distribuição da localização das varizes nas pacientes com SCP tratadas através da embolização endovascular percutânea	43
Gráfico 5 –	Análise da evolução dos sintomas antes e no período de acompanhamento de 12 meses das pacientes com SCP após o procedimento de embolização das varizes pélvicas	44
Gráfico 6 –	Relação entre a presença de varizes vaginais e SCP nas pacientes tratadas e acompanhadas durante o estudo	45
Gráfico 7 –	Relação entre a presença de varizes vulvares e SCP nas pacientes tratadas e acompanhadas durante o estudo	45

Figuras

Figura 1 –	Presença de varizes vulvares e vaginais abrangendo a raiz da coxa direita em paciente portadora de SCP	2
Figura 2 A –	Ilustração do plexo venoso pélvico	3
Figura 2 B –	Ilustração identificando as veias ovarianas e as comunicações com as veias do plexo uterino	4
Figura 3 –	Esquema ilustrativo evidenciando visão panorâmica da VCI, aorta abdominal, vasos ilíacos e veias ovarianas	6
Figura 4 –	Venografia retrógrada da VOD demonstrando: (A) Válvula venosa em veia comunicante retroperitoneal. (B) Veias comunicantes paralelas à VOD	7
Figura 5 –	Venografia com catéter posicionado na VOE evidenciando a opacificação de veia colateral com deságüe direto nas veias do hilo renal	8
Figura 6 –	Variações anatômicas: (A) Múltiplas veias formando a VOE; (B) Comunicação entre as veias paravertebrais e a VOE (setas)	9
Figura 7 –	Venografia seletiva da VOE, demonstrando a terceira veia colateral paralela (seta reta) e a veia colateral comunicante com a veia cólica (seta curva)	10
Figura 8 –	(A e B) Venografia identificando a veia renal esquerda, tributária da VCI, não se observando a opacificação da VOE em toda sua extensão devido a presença de válvula competente (setas abertas). Ramo colateral (seta fechada).	11
Figura 9 A –	Venografia identificando o cateterismo seletivo da VOE, a presença de varizes pélvicas e comunicação com o plexo ovário direito identificado pela seta	14
Figura 9 B –	Venografia ovariana direita retrógrada identificando a opacificação do plexo ovariano e uterino e da veia ilíaca interna através da veia uterina	15
Figura 10 –	Venografia por cateterismo seletivo da VOE, identificando dilatação e presença de varizes pélvicas	16

Figura 11 –	US Doppler evidenciando: Alteração do fluxo com a manobra de Valsalva (A). Dilatação do plexo venoso ovariano (B).	18
Figura 12 –	RM do sistema venoso pélvico demonstrando varizes ao redor do útero (setas)	19
Figura 13 –	Projeção coronal demonstrando refluxo na VOE, comunicando-se com a VOD	20
Figura 14 –	Ilustração demonstrando os graus de refluxo na VOE	21
Figura 15 –	Esquema ilustrando a técnica de embolização: VOE embolizada, embolização das veias ovarianas e ilíaca interna à direita	25
Figura 16 A –	Molas fibradas de Gianturco	33
Figura 16 B –	VIIE e VOE embolizadas: estudo flebográfico identificando grande dilatação da VIIE após a embolização, presença de molas na VOE e VIIE	33
Figura 17 –	Estudo angiográfico da VIIE não se evidenciando a presença de varizes. Presença de molas na VOE ..	34
Figura 18 –	Catéteres <i>Sidewinder II</i> (Cordis®) e <i>Cobra II</i> (Terumo®)	35

RESUMO

Nasser F. *Avaliação clínica e técnica do tratamento endovascular percutâneo na síndrome da congestão pélvica através da técnica de embolização* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007. 94p

Um conjunto de evidências sugere que a síndrome da congestão pélvica está associada às varizes pélvicas. A congestão pélvica é explicada em muitos casos pela insuficiência das veias ovarianas em drenar o fluxo venoso dos ovários. No presente estudo, realizou-se a avaliação clínica e técnica do tratamento endovascular percutâneo na síndrome da congestão pélvica através da técnica de embolização. Foram tratadas 113 mulheres, das quais 100 foram acompanhadas pelo período de um ano e a análise dos resultados foi baseada nessa amostra. Os resultados clínicos foram baseados na avaliação da sintomatologia durante o período de acompanhamento, com a utilização da escala visual analógica. A avaliação técnica baseou-se no sucesso da realização dos procedimentos e na avaliação das complicações. As pacientes selecionadas com diagnóstico clínico da síndrome foram submetidas ao estudo angiográfico que revelou insuficiência das veias ovarianas previamente ao tratamento por embolização. Obteve-se sucesso técnico em todos os casos, caracterizado pela possibilidade de realização do cateterismo seletivo das veias ovarianas e ilíacas internas com embolização das mesmas. A remissão total dos sintomas foi observada em 37 pacientes (32.7%) e parcial em 63 pacientes (55.4%). Foi observado significativo alívio dos sintomas ($p < 0,001$), confirmados pela redução dos valores obtidos através da escala analógica visual. A principal complicação foi a migração do agente embolizante metálico, no entanto, com resolução endovascular de todos os casos e sem repercussão clínica. O tratamento endovascular das varizes pélvicas por meio da embolização apresentou resultados satisfatórios em relação aos sintomas apresentados e mostrou-se como método seguro e com baixos índices de complicação.

Descritores: 1. Dor pélvica/diagnóstico 2. Dor pélvica/terapia 3. Embolização terapêutica 4. Varizes 5. Diagnóstico diferencial.

SUMMARY

Nasser F. *Clinical and technical evaluation of transcatheter embolotherapy of the pelvic congestion syndrome* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2007. 94p.

A great body of evidence suggests that the pelvic congestion syndrome is associated to female varicocile. Pelvic congestion is explained in many cases by ovarian and internal iliac vein insufficiency. The endpoint of the study was the measurement of clinical outcomes and technical success of transcatheter embolotherapy in order to obtain relief of symptoms. The treatment group included 113 patients but only 100 were submitted for a follow up period. We had initial technical success rate of the ovarian and internal iliac vein embolization in all cases. It was used a visual analog scale (VAS) during the 12 months follow up period. The selected patients with the diagnosis of the syndrome were submitted to an angiographic evaluation to reveal ovaric and internal iliac vein insufficiency previous embolization. The technical success was determined by the ability to successfully embolize the ovarian and internal ilac varices and the clinical evaluation by the improvement of symptoms after the following period. A total relief of symptoms was observed in 37 patients (32, 7%) and partial relief in 63 (55.4%). Nevertheless, it was seen an important general relief of every symptom ($p<0.001$), as well a reduction of the values. The main complication was coil distal embolization, nevertheless, all of them were solved by endovascular approach without clinical repercussion. The transcatheter embolotherapy of the pelvic congestion syndrome provides significant symptomatic improvement, initial technical success and showed no significant long-term complications.

Descriptors: 1.Pelvic pain/diagnosis 2.Pelvic pain/therapy 3.Embolization, therapeutic 4.Varicose veins 5.Diagnosis, differential

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A síndrome da congestão pélvica (SCP) foi descrita pela primeira vez por Richet em 1850 ¹, mas a associação da dor pélvica com varizes ovarianas foi relatada por Cotte em 1938 ² e confirmada por Taylor em 1949 ³.

Sua etiologia parece estar relacionada ao refluxo venoso em veias ovarianas dilatadas e incompetentes, no entanto, fatores emocionais como ansiedade, depressão e problemas conjugais relacionados à atividade sexual podem estar presentes ². A SCP é caracterizada por dor pélvica crônica e inespecífica ³ associada às varizes pélvicas que afetam, na maioria das vezes, pacientes em fase reprodutiva. A congestão está associada à estase sanguínea causada pela alteração funcional das veias do plexo venoso pélvico. Ao contrário da varicocele no homem, o diagnóstico na mulher é clinicamente difícil. Por não apresentar sinais clínicos patognomônicos, na maioria das vezes, o diagnóstico é de exclusão, identificando-se ao exame físico a presença de varizes vulvares, vaginais e em algumas situações abrangendo a raiz da coxa (Figura 1). Cerca de 2 a 10% das pacientes que comparecem rotineiramente ao ginecologista

referem dor pélvica crônica e em aproximadamente 15 a 20% delas a etiologia da dor apresenta-se como sem causa aparente. Isso permite inferir a presença de varizes pélvicas.

Enquadrada entre as causas de dor pélvica que normalmente necessitam de abordagem multidisciplinar por apresentar componentes complexos e de conseqüente dificuldade diagnóstica, apresenta-se, na maioria das vezes, como diagnóstico de exclusão.

Figura 1 – Presença de varizes vulvares e vaginais abrangendo a raiz da coxa direita em paciente portadora de SCP.

FONTE: Scultetus *et al.* *J Vasc Surg.* 2002;36:881-8.

1.1 Anatomia Venosa

As veias ovarianas formam um plexo próximo aos ovários e o útero. Duas veias emergem desse plexo e correm paralelas à artéria ovariana, comunicando-se com o plexo venoso uterino ⁴ (Figura 2 A e Figura 2 B).

Figura 2 A – Ilustração do plexo venoso pélvico.

FONTE: Netter FH. *Atlas of Human Anatomy*. Summit, NJ: Ciba Geigy Corporation; 1995.

Figura 2 B – Ilustração identificando as veias ovarianas e as comunicações com as veias do plexo uterino.

FONTE: Sobotta. *Atlas de Anatomia Humana*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1984.

A veia ovariana esquerda (VOE) une-se com a veia renal esquerda em ângulo reto próximo a sua junção com a veia cava inferior (VCI), mais lateralmente à junção com a veia adrenal e ao cruzamento da artéria mesentérica superior. Em menos de 1% das mulheres, a veia ovariana esquerda é tributária da VCI.

A veia ovariana direita (VOD) é tributária da VCI abaixo da junção da veia renal direita com a VCI em aproximadamente 60% dos casos, podendo apresentar sua junção mais abaixo ao nível de L3 – L4. Pode unir-se com a VCI ao nível da junção da veia renal direita em aproximadamente 30% dos indivíduos ⁴ (Figura 3).

Ocasionalmente, o orifício da VOD na VCI pode estar à esquerda da linha média. Ambas as veias ovarianas podem apresentar múltiplas tributárias, fato de extrema importância para o procedimento da embolização, por duas razões: a) comunicação com ramos da veia mesentérica inferior (raro) ou comunicações entre o plexo venoso da pelve e as veias ilíacas internas; b) a embolização incompleta das tributárias freqüentemente leva à falha da terapêutica ⁴ (Figura 4).

Figura 3 – Esquema ilustrativo com visão panorâmica da VCI cava inferior, aorta abdominal, vasos ilíacos e veias ovarianas.

Artérias e Veias das Visceras Pélvicas Femininas

FONTE: Netter FH. *Atlas of Human Anatomy*. Summit, NJ: Ciba Geigy Corporation; 1995.

Figura 4 – Venografia retrógrada da VOD direita demonstrando: (A) Válvula venosa em veia comunicante retroperitoneal (seta). (B) Veias comunicantes paralelas à VOD.

FONTE: Kadir S. *Atlas of Normal and Variant Angiographic Anatomy*. Philadelphia: Saunders; 1991. p.259

No lado esquerdo, em aproximadamente 30% dos casos, podem ser observadas variações anatômicas, como as descritas a seguir: a) uma pequena veia acessória pode drenar separadamente na veia renal esquerda diretamente nos ramos venosos do parênquima renal, b) na VCI próxima à veia renal esquerda, c) em veias lombares, d) veias retroperitoneais ou e)

juntarem-se em um único tronco tributário da veia renal esquerda. ⁴ (Figura 5 e Figura 6).

Figura 5 – Venografia com catéter posicionado na VOE evidenciando, a opacificação de veia colateral com deságüe direto nas veias do hilo renal.

FONTE: Kadir S. *Atlas of Normal and Variant Angiographic Anatomy*. Philadelphia: Saunders; 1991. p.259

Figura 6 – Variações anatômicas: (A) Múltiplas veias formando a VOE; (B) Comunicação entre as veias paravertebrais e a VOE pelas setas

A

B

FONTE: Kadir S. *Atlas of Normal and Variant Angiographic Anatomy*. Philadelphia: Saunders; 1991. p.259

No lado direito, veias acessórias podem drenar na veia renal ou na VCI acima da junção da veia renal direita com a VCI em aproximadamente 25% dos casos.

As veias ovarianas também se comunicam com outras veias retroperitoneais ao nível da crista ilíaca, com veias paravertebrais, lombares, cólicas, veias capsulares renais e veias ureterais ⁴ (Figura 7).

Figura 7 – Venografia seletiva da VOE demonstrando a terceira veia colateral paralela (seta reta) e a veia colateral comunicante com a veia cólica (seta curva).

FONTE: Kadir S. *Atlas of Normal and Variant Angiographic Anatomy*. Philadelphia: Saunders; 1991. p.259

As válvulas, parte integrante do sistema venoso gonadal, tem a função de evitar o refluxo de sangue, permitindo, quando suficientes o fluxo unidirecional em direção ao coração ⁵. Em relação às veias gonadais, as válvulas, quando competentes, impedem o refluxo de sangue para a pelve. Estão presentes em aproximadamente 90% das pessoas. A ausência das válvulas na veia ovárica, pode ocorrer com uma incidência de 15% à

esquerda e 6% à direita ^{4, 6}. A principal localização é na topografia junto à veia renal do lado esquerdo ou à VCI à direita, com distância variável entre 1 a 4 cm. Além dessas localizações, pode-se identificar a presença de uma ou mais válvulas na porção média das veias ovarianas, sendo à direita em aproximadamente 90% dos indivíduos e à esquerda em torno de 60%. A válvula também pode estar presente na colateral retroperitoneal ao nível da crista ilíaca, aproximadamente 1-2 cm proximal à sua junção com a veia ovariana ⁴, (Figura 4 B). É necessário ressaltar que durante a venografia retrógrada, o refluxo do contraste só é observado na presença de incompetência valvular total. Se a válvula for parcialmente competente, o refluxo pode não ser observado como demonstrado na Figura 8.

Figura 8 – (A e B) Venografia identificando a veia renal esquerda, tributária da VCI, não se observando a opacificação da VOE em toda sua extensão devido a presença de válvula competente (setas abertas). Ramo colateral (seta fechada).

FONTE: Kadir S. *Atlas of Normal and Variant Angiographic Anatomy*. Philadelphia: Saunders; 1991. p.259

1.2 Diagnóstico

1.2.1 Clínico

O diagnóstico clínico da SCP é difícil de ser feito. Deve ser realizado a partir da caracterização da dor. Esta deve estar presente por um período mínimo de seis meses, sendo variável em relação à intensidade e duração, estando geralmente associada a outros sintomas como dispareunia e irritabilidade vesical ⁷.

As características da dor são variáveis em intensidade e duração, podendo estender-se para a região póstero-medial da coxa e nádegas e, na maioria das vezes, mais acentuada do lado esquerdo devido à maior incidência da ausência de válvulas na VOE ⁷. Segundo alguns autores, é localizada no ponto ovárico, ponto anatômico situado no terço externo de uma linha imaginária que une a cicatriz umbilical com a espinha ilíaca ântero-superior ⁸. Apresenta como fator de piora o tempo prolongado na posição ortostática, melhorando na posição supina.

Na dor pélvica, o exame físico deve ser completo, avaliando-se o abdome, região lombo-sacra e genitálias interna e externa. É importante a avaliação dos membros inferiores em virtude da presença de varizes associadas.

O diagnóstico clínico muitas vezes não identifica uma causa aparente, mesmo após investigação exaustiva. Desde a década de cinquenta, alguns autores reportaram a presença de varizes pélvicas em pacientes portadoras

de dor pélvica crônica. Grande número de autópsias e venografias realizadas reforçam a correlação entre insuficiência venosa ovariana e dor pélvica crônica. Algumas séries de estudos laparoscópicos correlacionados às venografias de mulheres portadoras de dor pélvica crônica de causa indefinida revalidam a presença de congestão pélvica em mais de 91% dos casos avaliados ⁹.

1.2.2 Imagem

Entre os métodos mais utilizados na investigação da SCP, encontram-se a venografia, a ultra-sonografia com efeito Doppler (US Doppler), angioressonância magnética (angioRM), Angiotomografia computadorizada (angio TC) e a laparoscopia.

A venografia é considerada padrão ouro para o diagnóstico da SCP permitindo a avaliação da dilatação e tortuosidade das veias ovarianas e uterinas e a confirmação do aumento do tempo de esvaziamento do meio de contraste, fatos que permitem inferir a presença de incompetência valvular ou a ausência de válvulas. Esse método permite ainda a avaliação do diâmetro das veias e a distribuição das mesmas ¹⁰ (Figuras 9 A e B; Figura 10).

Figura 9 A – Venografia identificando o cateterismo seletivo da VOE, a presença de varizes pélvicas e comunicação com o plexo ovariano direito (seta).

FONTE: Kim HS, Amid D, Rowe M, Lee JM, Venbrux AC. Embolotherapy for pelvic congestion syndrome: long term results. *J Vasc Interv Radiol*. 2006;17:289-97.

Figura 9 B – Venografia ovariana direita retrógrada identificando a opacificação do plexo ovariano e uterino e da veia ílica interna através da veia uterina.

FONTE: Kadir S. *Atlas of Normal and Variant Angiographic Anatomy*. Philadelphia: Saunders; 1991. p.259

Figura 10 – Venografia por cateterismo seletivo da VOE identificando dilatação e presença de varizes pélvicas.

FONTE: Park SJ, Lim JW, Ko YT, Lee DH, Yoon Y, Oh JH, Lee HK, Huh CY. Diagnosis of pelvic congestion syndrome using transabdominal and transvaginal sonography. *AJR*. 2004;182:683-88.

A US apresenta-se como importante método de diagnóstico, podendo ser realizada pela técnica transabdominal e transvaginal. Trata-se de método não invasivo que permite, além da avaliação anatômica, a caracterização do fluxo local em razão da associação ao Doppler. O fluxo venoso normal é fásico o que significa que a velocidade de fluxo altera-se em resposta à respiração. Alterações fásicas na velocidade são evidentes na imagem duplex scan colorida, na visualização pelo espectro do Doppler e pelo sinal audível do Doppler ⁵. Na pesquisa das varizes pélvicas, utiliza-se um transdutor de 2 a 5 MHz. A parede das veias é fina dificultando sua visualização, no entanto o espessamento das paredes, que pode ocorrer em situações patológicas pode facilitar a caracterização ⁵. A técnica transvaginal apresenta maior acuidade em relação à detecção de varizes pélvicas ¹⁰. A técnica transabdominal oferece melhores resultados para a detecção das veias ovarianas ao nível do abdome, no entanto a espessura abdominal e a interposição dos gases das alças podem dificultar a avaliação ¹⁰. Pode ser realizada na posição supina e ortostática e associada ou não à manobra de Valsalva ¹¹. Esta manobra caracterizada por inspiração profunda, seguida por um esforço respiratório contra as vias aéreas fechadas resulta em uma parada abrupta do fluxo sanguíneo nas veias de médio e grande calibre, facilitando a identificação das veias pélvicas dilatadas ⁵. Na posição de pé, a pressão hidrostática é grandemente aumentada nas partes inferiores do corpo, auxiliando o diagnóstico ¹⁰. Na posição supina, pode ser associada à angulação de vinte graus reversos (posição de Trendelenburg), com o intuito de aumentar o refluxo. A realização da manobra de Valsalva acarreta o

aumento da pressão intra-abdominal, ocasionando maior retenção do contingente venoso da pelve, facilitando assim a detecção de alterações ¹⁰. Os achados na SCP são múltiplas veias dilatadas ao redor dos ovários e útero, com sinais de amplitude variada ao Doppler (Figura 11). A presença de veias com diâmetros acima de 05mm, são indicativos de varizes pélvicas ¹⁰. O presente método apresenta-se com grande importância para o diagnóstico e seguimento das pacientes portadoras de varizes pélvicas, entretanto, trata-se de procedimento examinador dependente.

Figura 11 – US Doppler evidenciando: Alteração do fluxo com a manobra de Valsalva (A). Dilatação do plexo venoso ovariano (B).

FONTE: Rowe M, Lee JM, Venbrux AC. Embolotherapy for pelvic congestion syndrome: long term results. *J Vasc Interv Radiol*. 2006;17:289-97.

A angioressonância magnética (Angio RM) venosa com gadolínio apresenta grande sensibilidade para o diagnóstico e auxilia na detecção de outras doenças pélvicas associadas ¹¹. Tem como vantagem principal o fato

de se tratar de método não invasivo que pode ser utilizado em pacientes portadoras de alergia ao meio de contraste iodado e poder auxiliar no diagnóstico de outras enfermidades com grande especificidade e sensibilidade (Figura 12).

Figura 12 – RM do sistema venoso pélvico demonstrando varizes ao redor do útero (setas).

FONTE: Kim HS, Amid D, Rowe M, Lee JM, Venbrux AC. Embolotherapy for pelvic congestion syndrome: long term results. *J Vasc Interv Radiol*. 2006;17:289-97.

A angiotomografia computadorizada (Angio TC) permite a avaliação das veias da pelve e ovarianas. Apesar de ser considerada metodologia não invasiva, é necessária a utilização de contraste iodado, impossibilitando sua

realização em pacientes que apresentem contra-indicação ao uso deste. Com o desenvolvimento dos equipamentos multidetectores, tornou-se possível a avaliação pormenorizada das veias ovarianas e do plexo venoso pélvico através das reconstruções coronais (Figura 13).

Figura 13 – Projeção coronal demonstrando refluxo na VOE comunicando-se com a VOD.

FONTE: Hiromura T, Mishioka T, Mishioka S, Ikeda H, Tomita k. Reflux in the left ovarian vein: analysis of the MCDT findings in asymptomatic women. *AJR*. 2004;183:1411-5.

Aproximadamente 40% das mulheres apresentam ao estudo por angio TC algum grau de refluxo na veia ovariana esquerda ¹². Este achado permitiu classificar o grau de refluxo (Figura 14) e relacioná-lo com o desenvolvimento da SCP.

Figura 14 – Ilustração demonstrando os graus de refluxo na VOE.

FONTE: Hiromura T, Mishioka T, Mishioka S, Ikeda H, Tomita k. Reflux in the left ovarian vein: analysis of the MCDT findings in asymptomatic women. *AJR*. 2004;183:1411-5.

A laparoscopia permite a identificação direta das varizes e da drenagem na posição de Trendelenburg. Todavia, trata-se de método invasivo que deve ser realizado sob anestesia geral e em muitas situações não identifica a presença de ramos venosos colaterais e variações anatômicas¹³.

1.2.3 Diferencial

Os diagnósticos diferenciais da SCP incluem a doença inflamatória pélvica, endometriose, tumores pélvicos, cistite e doença inflamatória intestinal⁷. Classificada entre as causas de dor pélvica crônica, e por apresentar-se como diagnóstico de exclusão, a SCP pode apresentar um

maior número de diagnósticos diferenciais. Sendo assim, o diagnóstico diferencial pode ser baseado em causas ginecológicas, gastrintestinais, neurológicas, músculo-esqueléticas e urológicas ¹⁴.

As pacientes com dor pélvica crônica, freqüentemente, apresentam-se ansiosas e deprimidas. Elas normalmente obtiveram maus resultados da terapia clínico-ginecológica e em muitos casos podem ter sido submetidas a múltiplas cirurgias mal sucedidas para controle da dor. Aproximadamente 12% das histerectomias são realizadas por dor pélvica ¹⁵. Dentre as causas gastrintestinais, destacam-se as doenças inflamatórias do cólon. Entre as de origem músculo-esqueléticas, vale a pena salientar a dor miofascial relacionada como uma das principais causas de dor pélvica.

Nas causas de etiologia urológica, é de grande importância a Síndrome de *Nutcracker*, caracterizada pela compressão da veia renal esquerda entre a aorta e a artéria mesentérica superior ¹⁶.

Dentre as causas de origem ginecológica, destacam-se as aderências, endometriose, salpíngo-ooforite e as neoplasias ovarianas ¹⁵.

A endometriose e as aderências são os distúrbios ginecológicos mais comuns. A endometriose é detectada em aproximadamente 15-40% das pacientes submetidas à laparoscopia para avaliação de dor pélvica crônica

¹⁵.

1.3 Tratamento da SCP

O tratamento pode ser realizado mediante três formas de abordagens: clínica, cirúrgica tradicional ou percutânea endovascular.

A abordagem clínica utiliza fármacos supressores das funções ovarianas. É descrito o uso de contraceptivos orais contínuos com baixo nível de estrogênio e progestogênios em altas doses proporcionando alívio da dor. A supressão hormonal é a forma inicial de tratamento, sendo o acetato de medroxiprogesterona a droga mais utilizada. As substâncias hemorreológicas também podem ser empregadas como coadjuvantes ao tratamento hormonal ¹⁵.

O tratamento farmacológico apresenta resultados satisfatórios com alívio dos sintomas durante a administração do agente supressor, no entanto, cabe destacar que seu resultado não é permanente, pois se observa recidiva dos sintomas após a retirada do medicamento. O início do alívio dos sintomas é observado após um período de quatro meses da administração do fármaco ¹⁴.

A abordagem cirúrgica tradicional na forma de histerectomia e ooforectomia bilateral bem como a ligadura das veias ovarianas por cirurgia aberta ou laparoscópica, é mais uma alternativa terapêutica no tratamento da SCP.

O tratamento cirúrgico através da ooforectomia bilateral e histerectomia apresenta-se com alta morbidade e permanência hospitalar de até uma semana ¹⁴. Os resultados são permanentes em relação à abolição

dos sintomas, porém deve ser considerado o fato de que essas pacientes apresentam órgãos genitais normais e que a retirada parece ser prematura¹⁴. Vale a pena salientar que a associação da histerectomia tem como objetivo evitar sangramentos uterinos secundários à reposição hormonal prolongada a que essas mulheres são submetidas¹⁴.

O tratamento laparoscópico com ligadura das varizes apresenta resultados satisfatórios e comparáveis aos obtidos com o tratamento endovascular, porém é realizado sob anestesia geral e demanda um período de internação hospitalar de, no mínimo, dois dias³.

O tratamento percutâneo por meio da embolização endovascular das veias ováricas foi inicialmente relatado em um caso por Edwards (1993). A técnica percutânea de embolização já está estabelecida para o tratamento da varicocele masculina¹⁴. No homem está relacionada com a dilatação das veias do plexo espermático ocasionando refluxo venoso¹⁷. Essa alteração vem sendo considerada como causa de infertilidade, em virtude das repercussões que provoca na motilidade e na morfologia do espermatozóide¹⁷.

O tratamento endovascular, no homem, consiste na embolização das veias espermáticas através do cateterismo seletivo e foi inicialmente descrito por Iaccarino *et al.* (1980) (Figura 15). Na mulher, a técnica vem sendo relatada para o tratamento das varizes pélvicas com resultados encorajadores^{14, 18}, motivos pelos quais a presente pesquisa foi realizada. Este trabalho visa avaliar o tratamento da síndrome de congestão pélvica mediante a embolização endovascular percutânea.

Figura 15 – Esquema ilustrando a técnica de embolização: VOE esquerda embolizada e embolização das veias ovarianas e ílica interna à direita.

FONTE: Kim HS, Amid D, Rowe M, Lee JM, Venbrux AC. Embolotherapy for pelvic congestion syndrome: long term results. *J Vasc Interv Radiol*. 2006;17:289-97.

1.4 Importância do estudo

Motivadas e impelidas pelas perturbações freqüentes que acometem suas vidas conjugais, sociais e ocupacionais, grande número de mulheres procuram o consultório ginecológico em busca de solução para a dor pélvica crônica. A maioria delas permanece, por via de regra, sem um diagnóstico etiológico definido e, conseqüentemente, sem tratamento. O presente estudo destaca a grande importância do diagnóstico diferencial oferecendo uma nova terapêutica através da técnica endovascular percutânea.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

O trabalho tem por objetivos:

1. Avaliar o grau de remissão dos sintomas nas pacientes submetidas ao tratamento endovascular percutâneo da SCP.
2. Identificar qual sintoma apresentou melhor resposta ao tratamento endovascular percutâneo da SCP.
3. Identificar quais os fatores preditivos de insucesso da técnica de embolização endovascular percutânea na SCP.
4. Identificar qual a principal veia acometida nas pacientes portadoras da SCP.
5. Avaliar a segurança do tratamento endovascular percutâneo nas pacientes portadoras da SCP.

MÉTODO

3 MÉTODOS

3.1 Casuística

Foram tratadas 113 pacientes portadoras de varizes pélvicas, no entanto, para a pesquisa retrospectiva foram selecionadas e avaliadas 100 pacientes que realizaram o acompanhamento no período de um ano. As pacientes eram originárias do ambulatório da Unidade de Cirurgia Minimamente Invasiva Guiada por Imagem do Hospital Clínico Universitário de Zaragoza, na Espanha. Todas as mulheres eram portadoras da síndrome da congestão pélvica e os diagnósticos diferenciais foram investigados e descartados, sendo realizada avaliação com US associada ao Doppler com mapeamento em cores, para a identificação do aumento do diâmetro das veias ovarianas, dilatação das veias do plexo venoso pélvico e a inversão de fluxo nas veias ovarianas. As pacientes foram tratadas e acompanhadas durante o período compreendido entre janeiro de 2001 e janeiro de 2006.

As pacientes ou, na sua impossibilidade, os familiares responsáveis por elas receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em linguagem apropriada, com os esclarecimentos sobre o tratamento e suas

possíveis complicações, mostrando a importância do seguimento ambulatorial. O documento foi assinado pela paciente ou responsável e pelo médico responsável pela intervenção.

3.2 Critérios de inclusão

As pacientes selecionadas para o estudo obedeceram aos seguintes critérios: suspeita clínica de SCP, traduzida por dor pélvica crônica sem outra causa aparente; US Doppler pélvico transvaginal e transcutâneo abdominal identificando veias ovarianas ou ilíacas internas com diâmetro superior a 6 mm; e/ou ao menos três dos seguintes critérios: varizes pélvicas, refluxo venoso nas veias ovarianas, alterações substanciais do fluxo durante a manobra de Valsalva; varizes vulvares e/ou vaginais; período mínimo de acompanhamento após a embolização de 12 meses.

3.3 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram baseados na recusa em participar do estudo, insuficiência renal, coagulopatias, gravidez em curso através da dosagem da fração beta da gonadotrofina coriônica humana, na presença de reação adversa grave comprovada ao meio de contraste iodado ¹⁹, impossibilidade de acesso vascular ou presença de outra enfermidade

pélvica associada à SCP que pudesse interferir na avaliação antes e após a embolização como por exemplo: endometriose, doença inflamatória pélvica em atividade ou neoplasia. No que se refere aos valores limites laboratoriais para a realização da intervenção foram utilizados: Hemoglobina < 9g/dl, Creatinina > 1,5 mg/dl, RNI > 1,7, Atividade de Protrombina < 50% e Plaquetas < 50.000/mm³.

3.4 Técnica endovascular percutânea

Os procedimentos foram realizados na sala de intervencionismo e foi utilizado equipamento de angiografia com subtração digital. Marca *PHILIPS*, modelo *ALLURA* e com intensificador de imagem de 16 polegadas.

As pacientes foram submetidas à tricotomia inguinal bilateral, anti-sepsia local com polivinilpirrolidona-iodo e sondagem vesical de demora.

O acesso vascular foi realizado sob anestesia local com lidocaina a 2% sem vasoconstrictor, por meio da punção e cateterismo da veia femoral comum direita. Procedeu-se à colocação de um introdutor com válvula hemostática 5F. O emprego do introdutor valvulado permitiu a troca de cateteres com segurança e sem risco de sangramento. Através do introdutor valvulado foram administrados 20ml de solução heparinizada composta de 500ml de solução fisiológica e 5000UI de heparina sódica. Através do introdutor foi inserido o fio guia hidrofílico (*Terumo*) de 0,035 polegadas,

ponta semi-curva, assim como o cateter para cateterismo seletivo das veias ovarianas.

Para o acesso à veia ovariana esquerda, foi utilizado o catéter *Cobra®* curva II, *Terumo*, 60cm, 5F que foi introduzido sobre o fio guia hidrofílico, até o orifício da veia ovariana esquerda no terço médio da veia renal esquerda. Foi retirado o fio guia e realizou-se o estudo angiográfico com injeção manual de 10ml de contraste iodado, confirmando-se a presença das varizes e a incompetência valvular.

Posteriormente, foi efetuada nova introdução do fio guia hidrofílico na veia ovariana esquerda, com a progressão do cateter sobre este seletivamente até o terço proximal da mesma. O fio-guia foi retirado e após a confirmação fluoroscópica do posicionamento adequado do cateter, realizou-se o procedimento de embolização. O agente esclerosante utilizado foi o Polidocanol a 2% diluído em 2-4 cc (*Etoxyesclerol®*) (*Barna-Geve SA*, Barcelona, *Spain*). É um detergente de baixa alergenicidade agindo como emulsificador produzindo a dissolução da membrana celular endotelial. Posteriormente ao agente esclerosante, foram introduzidas molas fibradas de *Gianturco®* Cook (Figura 16 A e Figura 16 B), liberadas e posicionadas através do catéter. O número e o tamanho das molas fibradas utilizadas, variou de acordo com o diâmetro das varizes. Foram utilizadas espirais fibradas compatíveis com cateter de lúmen interno de 0,035 polegadas e com diâmetro atingido após sua liberação de 1-2mm maior que o vaso a ser ocluído.

Figura 16 A – Molas fibradas de Gianturco.

FONTE: Carnevale FC. *Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular*. Rio de Janeiro: Revinter; 2006. Cap.4

Figura 16 B – VIIE e VOE embolizadas: estudo flebográfico identificando grande dilatação da VIIE após a embolização e presença de molas na VOE e VIIE.

Após a embolização, foi feito o estudo angiográfico de controle, sendo o catéter recuado até o terço distal da veia ovariana e posterior injeção manual de contraste iodado com o objetivo de confirmar a oclusão das varizes e o adequado posicionamento dos agentes embolizantes.

Com o auxílio do fio-guia, realizou-se o reposicionamento do cateter com cateterismo seletivo das veias ilíacas internas. A angiografia seletiva destas foi adotada em todos os procedimentos e efetivada a embolização, quando confirmada a presença de ramos colaterais comunicantes ou a presença de varizes (Figura 17). A embolização das veias ilíacas internas foi realizada apenas com a utilização de molas fibradas tipo *Gianturco*[®] (Cook), sem o uso do agente esclerosante.

Figura 17 – Estudo angiográfico da VIIE não se evidenciando a presença de varizes. Presença de molas na VOE.

Em virtude de suas características anatômicas, o cateterismo seletivo da VOD foi feito com o uso do cateter *Sidewinder II* (Cordis®) 5F (Figura 18).

Figura 18 – Catéter *Sidewinder II* (Cordis®) e *Cobra II* (Terumo®)

Após o cateterismo seletivo da VOD, realizou-se o estudo angiográfico para confirmação das alterações e quando confirmadas, efetuou-se a progressão do cateter sobre o fio-guia até o seu terço proximal e embolização da mesma. Utilizou-se a mesma técnica empregada para a veia ovariana esquerda.

Após o término do procedimento, foi efetuada a retirada do cateter sobre o fio-guia e posterior retirada do introdutor valvulado. O sítio da punção foi submetido à compressão por um período mínimo de 20 minutos até a observação de interrupção do sangramento pelo local do acesso vascular.

A analgesia pós-operatória seguiu o protocolo com a administração de ibuprofeno 600mg a cada oito horas até o alívio completo da dor. Foi

verificado que nem todas as pacientes necessitaram da administração da droga.

3.5 Acompanhamento após a intervenção

As pacientes tratadas foram acompanhadas nos ambulatórios de Ginecologia e da Unidade de Cirurgia Minimamente Invasiva Guiada por Imagem nos períodos de um, três, seis e 12 meses após a intervenção. O acompanhamento consistiu na avaliação dos critérios clínicos relacionados aos principais sintomas como: dor ortostática, dor supina, dismenorréia, dispareunia, urgência miccional e sensação de peso nos membros inferiores. As possíveis complicações relacionadas à punção vascular também foram avaliadas e tratadas, se necessário.

Para a avaliação do sintoma dor foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA) ²⁰. Cada sintoma foi representado em escala de dor variável de zero a 10, sendo as pontuações estabelecidas pelas pacientes de forma subjetiva. O valor zero foi definido se a paciente não referia dor ou qualquer outro sintoma associado e 10 se a paciente considerava a dor em sua pior forma possível ²⁰. Foi determinado como sucesso da terapia no final do estudo a situação em que a paciente apresentava melhora da sintomatologia presente antes do tratamento.

Em relação à análise da variável “sintomas”, que compreendia dispareunia, urgência miccional, dor menstrual e sintomas nos membros inferiores, foram adotados dois tipos de enfoques: o primeiro considerava as variáveis como dicotômicas, avaliando a presença ou ausência dos sintomas. Para esta análise, foi utilizado um modelo geral linear para as medidas repetidas conhecido como teste de Cochran. Foram consideradas as variáveis que se repetiam nos períodos pré-operatório, um, três, seis e 12 meses.

O segundo enfoque foi realizado calculando-se um escore total para cada paciente, avaliando o conjunto de sintomas antes mencionados. Nesse caso foi utilizado o teste de Friedman.

3.6 Estatística

O presente estudo foi retrospectivo, não randomizado em mulheres portadoras da SCP.

As variáveis qualitativas foram estimadas por média $\pm$ desvio padrão. O teste do qui-quadrado foi usado na comparação das variáveis qualitativas.

Para avaliação das variáveis referentes ao diâmetro dos vasos foram realizados os testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk antes das pacientes serem incluídas nas análises de regressão logística.

O teste de Mann-Whitney foi utilizado para as amostras independentes na análise entre os calibres dos vasos e a presença de varizes.

Dentro das variáveis não paramétricas, a análise da EVA foi avaliada pelo método de Cochran após o ajuste binário das mesmas variáveis. Adicionalmente, foi elaborado um escore contendo os sintomas a cada período do acompanhamento que foi analisado no tempo, por meio do teste não paramétrico de Friedman para amostras relacionadas.

Nas análises de regressão logística, foram identificadas as variáveis pertinentes e utilizada a análise não-paramétrica de qui-quadrado, que permitiu observar as variáveis que podiam influenciar o modelo e sendo retiradas aquelas que não o influenciavam.

Finalmente, foi aplicado o teste multivariado contendo todas as variáveis pertinentes previamente identificadas pelos métodos anteriores. Todos os testes foram bi-caudais e $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Foram tratadas 113 pacientes portadoras de varizes pélvicas, no entanto, em virtude de 13 pacientes não terem o acompanhamento de, no mínimo 12 meses ao término deste estudo, os resultados serão apresentados em dois grupos. O primeiro refere-se à análise de todas as pacientes tratadas e o segundo às 100 pacientes com o acompanhamento mínimo necessário após o tratamento endovascular percutâneo da SCP. (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição por faixa etária das pacientes com SCP tratadas através da embolização endovascular percutânea.

Gráfico 2 – Distribuição por número de filhos das pacientes com SCP tratadas através da embolização endovascular percutânea.

Gráfico 3 – Distribuição dos sintomas apresentados pelas pacientes com SCP tratadas através da embolização endovascular percutânea.

Gráfico 4 – Distribuição da localização das varizes nas pacientes com SCP tratadas através da embolização endovascular percutânea.

É necessário destacar que oito pacientes (7,1%) não apresentavam nenhum tipo de varizes e que cistos ovarianos (sete pacientes, 7%) e mioma uterino (treze pacientes, 13%), não apresentaram associação com a evolução clínica dos pacientes e com a terapêutica empregada.

Gráfico 5 – Análise da evolução dos sintomas antes e no período de acompanhamento de 12 meses das pacientes com SCP após o procedimento de embolização das varizes pélvicas.

Obs: Todas as variáveis foram significativas em relação ao momento inicial ($p < 0,001$).

Tabela 1 – Distribuição do calibre das veias, avaliadas pelo US, previamente ao tratamento das pacientes com SCP.

VEIA	N	Ø Máximo	Ø Médio	Ø Mínimo	Erro padrão
VOE	113	9	7,54	6	0,529
VOD	86	8	6,735	4,2	0,7863
VIIE	81	10	5,738	3,7	1,4099
VIID	79	11	4,892	3,2	1,3304

Gráfico 6 – Relação entre a presença de varizes vaginais e SCP nas pacientes tratadas e acompanhadas durante o estudo

Gráfico 7 – Relação entre a presença de varizes vulvares e SCP nas pacientes tratadas e acompanhadas durante o estudo

A análise dos sintomas no período do acompanhamento foi realizada com a utilização do modelo de análise de variância para as medidas repetidas. Todas as variáveis foram comparadas com a condição inicial e assim foi possível a visualização das mudanças dos escores em relação aos demais períodos.

Para a análise do escore dor foi utilizado um modelo de análise de variância para medidas repetidas. Neste modelo, todas as variáveis foram comparadas com a condição inicial e assim foi possível a visualização da mudança dos escores em relação aos demais períodos (Tabela 2).

Tabela 2 – Comportamento da dor na amostra estudada e acompanhada durante o período de 12 meses após a embolização das pacientes com SCP

Dor / meses	Média	Desvio padrão	Intervalo de confiança 95%	
Antes	7,34	0,071	7,198	7,48
Após 1 mês	2,27	0,143	1,985	2,55
Após 3 meses	0,84	0,037	0,767	0,91
Após 6 meses	0,69	0,046	0,598	0,78
Após 12 meses	0,47	0,050	0,370	0,570

Nota: $p < 0,001$

Na análise dos sintomas dispareunia, urgência miccional, dismenorréia e sintomas nos membros inferiores, observou-se que o sintoma urgência miccional apresentou redução significativa em todos os períodos de acompanhamento. Analisando-se o conjunto de sintomas, para cada paciente com o teste de Friedman. Nessa avaliação cada um dos sintomas teve redução significativa ao comparar todos os períodos de acompanhamento, $p < 0,001$.

O segundo enfoque foi realizado calculando-se um escore total para cada paciente, avaliando o conjunto de sintomas antes mencionados. Nesse caso foi utilizado o teste de Friedman.

Ambos os testes são classificados como análises estatísticas não paramétricas (Tabela 3).

Tabela 3– Comportamento dos diferentes sintomas na amostra estudada e acompanhada durante o período de 12 meses após a embolização das pacientes com SCP

Período	n	Máximo	Média	Mínimo	Desvio padrão
Antes	100	4,00	2,65	0	1,14
1 mês	100	3,00	1,83	0	0,85
3 meses	100	3,00	1,17	0	1,06
6 meses	100	2,00	0,88	0	0,75
12 meses	100	2,00	0,92	0	0,81

Nota: $p < 0,001$

Embora identificando diminuição significativa de cada sintoma no período de acompanhamento, observou-se que nem todos os sintomas apresentaram melhora clínica quando avaliados pelos escores.

No início do estudo, 13 pacientes apresentavam alguma pontuação no escore dor, porém sem manifestação clínica no referente à urgência miccional, dispareunia ou dismenorréia e ainda de sintomas nos MMII. No final do estudo, 53 pacientes (55,4%) não expressavam dor pélvica pelo escore de dor, no entanto 37 pacientes tiveram remissão absoluta dos sintomas, ou seja, escore zero na EAV e nos sintomas de urgência miccional, dispareunia, dismenorréia ou sintomas nos MMII. Essas 37

pacientes foram definidas então como aquelas pacientes nas quais a terapia foi considerada resolutive.

O período máximo de internação foi de 24 horas e o mínimo de oito horas.

4.1 Análise do insucesso

Tentou-se identificar quais os fatores independentes em relação ao critério EVA, utilizando-se os sintomas nos MMII e presença de varizes, que pudessem estar envolvidos no sucesso da terapia. Foram analisadas 100 pacientes tratadas e acompanhadas após o tratamento endovascular. Nesse sentido dicotomizou-se a amostra baseada nas 37 pacientes que tiveram resolução completa de todos os sintomas após um ano de acompanhamento (Tabela 4).

Tabela 4 – Comparação dos fatores independentes da escala EVA na identificação do sucesso nas pacientes tratadas e acompanhadas durante o estudo

Fatores	Dentro do GS n=37	Dentro do GI n=63	p
Dispareunia	29 %	47 %	0,43
Urgência Miccional	5 %	42 %	<0,001
Dor menstrual	29 %	51 %	0,47
Sintomas MMII	8 %	54 %	<0,001
Varizes vaginais	8 %	17 %	0,364
Varizes vulvares	3 %	32 %	<0,001
Varizes MMII	78,4 %	100 %	<0,001

GS –Grupo sucesso; GI – Grupo insucesso.

A presença de sintomas nos MMII no momento basal da análise multivariada aumenta em aproximadamente 5,9 vezes a chance de que a terapia não tenha sucesso. Apresentar sintomas de urgência miccional aumenta em aproximadamente 5,3 vezes a chance de insucesso e, para cada unidade em milímetro de aumento no calibre da VOD diminui em 0,1 vezes a chance de insucesso, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 – Análise multivariada comparando as diferentes variáveis independentes e o sucesso da terapia nas pacientes acompanhadas após o tratamento endovascular percutâneo da SCP

Variável	Parâmetro estimado	Erro padrão	p	“odds ratio”	IC 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Sintomas MMII	1,771	0,7	0,012	5,9	1,5	23,4
Urgência Miccional	1,676	0,7	0,014	5,3	1,4	20,4
VOD	-1,912	0,7	0,005	0,1	0,04	0,6

As complicações observadas neste estudo (6 casos; 5,3%) correspondem a quatro casos (3,5%) de embolização acidental da mola embolizante durante a sua liberação, um caso (0,9%) de reação adversa leve (“rush” cutâneo) ao contraste iodado e outra paciente (0,9%) onde houve perfuração acidental da veia ilíaca interna.

Todos os dados (protocolo da instituição) referentes ao estudo encontram-se no Anexo 2

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Devido a grande incidência da SCP e número de mulheres que procuram o consultório ginecológico, é possível salientar sua importância para a população feminina. Todas as pacientes tratadas haviam sido submetidas à investigação minuciosa, sendo que o componente vascular apresentou-se como diagnóstico de exclusão.

Dentre os fatores relacionados encontramos principalmente a multiparidade observada em 100% desta amostra. Tal fato é resultado dos inúmeros períodos de congestão vascular causados pelo acometimento das veias do infundíbulo pélvico e regiões ligamentares, tributárias das veias ovarianas e ilíacas internas durante o período de gravidez e no pós-parto. É possível inferir que a dilatação por tempo prolongado destas veias, poderia ocasionar a formação das varizes e conseqüente estase. Outra observação significativa neste estudo foi que, nesta casuística, a presença de varizes nos MMII observada em 92% das pacientes, ou apenas dor devido a estase, sugerem a predisposição genética como fator etiológico. Em estudos realizados por Rozenblit *et al.*, analisando 38 pacientes assintomáticas, este autor observou a incidência de 47% de veias ovarianas incompetentes e dilatadas, confirmando que os sintomas da insuficiência venosa pélvica,

podem não estar relacionados apenas com insuficiência venosa ovarianas, mas com outros fatores como a escassez valvular e predisposição genética^{21, 13}.

Em pacientes portadoras de varizes nos membros inferiores, de causa primária ou essencial, encontra-se a gestação como fator predisponente, sendo em muitas situações, responsável pelo surgimento das varizes reforçando assim a provável associação com a etiologia das varizes pélvicas²².

Salienta-se que a multiparidade não se apresenta como condição exclusiva para a presença das varizes pélvicas. Encontra-se em publicações, o diagnóstico e tratamento em pacientes nulíparas portadoras da síndrome, com resultados encorajadores e gravidez após tratamento endovascular²². Por isso, a não inclusão destas pacientes no estudo poderia caracterizar falha no diagnóstico da SCP durante a seleção das pacientes ou ainda a não valorização dos sintomas em pacientes sem filhos.

A presença de doenças associadas, como mioma uterino e cistos ovarianos, em parte da população tratada, evidenciou relação estatisticamente significativa com a presença de varizes pélvicas. No entanto, a presença destas parece não estar relacionada com a etiologia da congestão pélvica. Apesar da não correlação entre estas doenças, pode ser observado que dependendo do envolvimento dos órgãos pélvicos, a compressão extrínseca do plexo venoso pélvico, poderia explicar tal associação.

O fator emocional, não avaliado no presente estudo e descrito por Taylor em 1954, sugere que alterações do sistema nervoso autônomo acarretariam espasmo da musculatura lisa e congestão das veias que drenam ovários e útero e poderiam estar presentes na maioria das mulheres portadoras da dor pélvica crônica. Apesar desta observação, a presença deste fator parece não estar esclarecida, pois a gestante apresenta, na maioria das vezes, congestão assintomática destacando-se que no período gestacional, a dilatação das veias ovarianas é causada pelo aumento do fluxo sanguíneo pélvico em até 60 vezes ^{23, 15}. A avaliação do perfil emocional das pacientes poderia apresentar-se como fator prognóstico, proporcionando a melhora do resultado terapêutico e inferindo a necessidade do acompanhamento psicológico durante o tratamento.

Baseado nas características dos sintomas, muitas vezes subjetivos, parece que o diagnóstico de exclusão se apresenta como fator significativo no achado de outras doenças.

Entre os exames laboratoriais pré-operatórios, salienta-se a importância da fração beta da gonadotrofina coriônica humana com o objetivo de descartar a gravidez ¹⁷.

Os sintomas mais prevalentes detectados foram a dor menstrual em 80% e a dispareunia em 76% das pacientes. No entanto, o sintoma micção imperiosa, com menor prevalência (47%), apresentou maior significância estatística em relação aos resultados da terapêutica ($p < 0,001$), como observado na Tabela 2.

Dentro dos achados clínicos foi observado que, apesar do acometimento principal estar localizado nas veias ovarianas, a presença de varizes vulvares (39,8%) e vaginais (31,98%) foram observadas ao exame ginecológico. Tal fato demonstra a importância destas associações na confirmação do diagnóstico, não obstante oito pacientes (7,1%) não apresentaram, ao exame físico, a presença de varizes.

O presente estudo permite salientar a importância do diagnóstico ultra-sonográfico, pois definiu a presença das varizes de forma esclarecedora e permitiu o estabelecimento do critério diâmetro na inclusão das pacientes. No entanto, deve-se salientar que este método diagnóstico é operador dependente.

A VOE foi a mais acometida, apresentando-se com diâmetro acima de seis milímetros em todas as pacientes. Destaca-se que o diâmetro normal é de aproximadamente 3 mm^{24, 38}. A avaliação da pelve e do abdome por este método confirmou a presença das varizes e quando associado ao Doppler permitiu inferir a presença de incompetência valvular das veias ovarianas. O acompanhamento das pacientes com US Doppler poderia fornecer dados importantes em relação a recanalização dos segmentos venosos tratados, possibilitando a reintervenção com melhora dos resultados. Acredita-se que a recanalização das veias embolizadas, associada ou não ao desenvolvimento de novas veias colaterais, pode estar relacionada com o insucesso da terapêutica^{25, 26}. No entanto, a utilização de agentes embolizantes definitivos sugere que a recanalização não ocorreria, prevalecendo apenas a avaliação do aparecimento de ramos colaterais.

A venografia realizada em todas as pacientes tratadas mostrou-se de grande importância para o diagnóstico confirmando seu padrão ouro na investigação desta enfermidade e é parte integrante da terapêutica. Destaca-se a importância de materiais e técnicas adequadas para estabelecer o diagnóstico correto e conseqüente terapêutica²⁷.

Outras modalidades de diagnóstico como angioRM e angioTC poderiam ser utilizadas para estudos comparativos, visto que, se apresentam como métodos não invasivos. Entretanto, possuem alto custo quando comparados ao US Doppler³⁶.

A laparoscopia também poderia ser utilizada como método diagnóstico. Trata-se de método invasivo e com maiores riscos. Apesar da grande acurácia no diagnóstico das varizes pélvicas a não identificação de ramos colaterais e variações anatômicas poderiam acarretar falha diagnóstica^{28,29}.

Neste trabalho, o diagnóstico das varizes já estava estabelecido e a confirmação através da venografia permitiu a correlação entre os sintomas, os achados clínicos e o sucesso terapêutico.

O sucesso técnico do procedimento de embolização das varizes foi de 100% e comparável aos resultados da literatura onde são relatados sucesso técnicos iniciais de 98 a 100%^{15, 16}.

Para o adequado desenvolvimento da técnica endovascular são necessários preparos pré-operatórios. Desde o jejum, tricotomia e até a sondagem vesical, todas as manobras se apresentam importantes objetivando o melhor resultado final.

Especificamente relacionada ao procedimento endovascular na região pélvica, a sondagem vesical de demora deve ser realizada rotineiramente pois a presença do meio de contraste na bexiga urinária causa dificuldade na visualização dos vasos pélvicos, levando à dificuldade técnica para a realização do procedimento ⁶.

O acesso femoral unilateral direito foi utilizado em todos os procedimentos. Alguns autores utilizam o acesso jugular salientando algumas vantagens, como mobilização imediata da paciente no pós-procedimento, alta hospitalar após quatro horas e acesso retilíneo em direção às veias ovarianas e ilíacas internas, o que facilita o cateterismo e a injeção dos agentes embolizantes ⁶.

Devido as características anatômicas da veia ovariana esquerda e ilíacas internas, os cateterismos seletivos foram realizados utilizando-se o catéter *Cobra curva II* (*Terumo*®). Para o acesso à veia ovariana direita foi utilizado o catéter *SideWinder II* (*Cordis*®). Para as seletivações vasculares foi utilizado o fio-guia hidrofílico da marca *Terumo*® de 150cm de comprimento e espessura de 0,035 polegadas. Este apresenta características que favorecem o cateterismo seletivo com o torque, flexibilidade e extremidade distal semi-curva³⁰⁻³².

A escolha do tipo de catéter depende da preferência do autor e da disponibilidade dos materiais durante cada intervenção. No presente trabalho, o catéter *Simmons*®, nas curvas I e II apresentou-se como opção para o acesso à veia ovariana direita.

Alguns autores utilizam rotineiramente o catéter-guia, que permanece estável no óstio das veias, proporcionando a introdução de catéteres de maneira superseletiva oferecendo maior comodidade ²⁴.

Outra opção técnica é a utilização de microcatéteres que proporcionam o acesso mais proximal em direção à origem das veias e muitas vezes em localizações tortuosas, onde os catéteres convencionais não conseguem atingir ²⁴. Outra variante técnica descrita é a utilização do catéter- balão nas veias ilíacas internas durante o processo de embolização, com o intuito de evitar o refluxo do agente embolizante para a VCI e para proporcionar a opacificação de ramos colaterais durante o estudo angiográfico^{28, 33}.

Outros agentes esclerosantes e suas utilizações são descritos no tratamento das varizes pélvicas com resultados satisfatórios ^{41, 25, 27}. Neste estudo, a associação dos dois agentes permitiu a oclusão imediata das varizes pelo Polidocanol e as molas preencheram o lúmen venoso na extensão desejada, impossibilitando a provável recanalização e migração do agente esclerosante. A utilização do agente temporário *Gelfoam*® é descrita (28), no entanto, salienta-se a possibilidade de recidiva das varizes por tratar-se de agente com ação temporária.

As vasos tratados no presente estudo foram: VOE (100%), VOD (72%), VIIE (80%) e VIID (46%). Como observado em outros estudos^{35, 36}, notou-se maior predominância à esquerda.

Outras veias tributárias da veia ilíaca interna, como as veias pudenda e vaginal, foram embolizadas quando opacificadas durante o estudo

angiográfico, notando-se grande aumento de seus calibres e acentuada retenção do meio de contraste, caracterizando a presença de varizes.

Apesar da incidência variável das varizes em relação aos dois lados da pelve, é importante o estudo angiográfico bilateral, para que se realize o tratamento completo das varizes com a conseqüente melhora dos sintomas e menor recidiva. Este estudo pode ser realizado em dois tempos, com a abordagem posterior das veias ilíacas internas ²⁸. Acreditamos que a principal vantagem desta tática operatória seja a possível identificação de vasos colaterais neoformados ou recanalizados.

A complicação mais freqüente foi a migração de molas solucionada em todos dos casos com a extração por laço. A técnica de extração por laço, muito utilizada nas complicações de procedimentos endovasculares, proporciona ao intervencionista a resolução de algumas situações, evitando procedimentos cirúrgicos convencionais. A complicação mais temida neste procedimento é a migração do agente embolizante para a circulação pulmonar ^{23, 24}, no entanto não observada nesta casuística. Entretanto, é importante mencionar a possibilidade de extração das molas na árvore pulmonar pela técnica mencionada.

A reação alérgica ao meio de contraste, observada em uma paciente, foi solucionada com a administração de corticóide, anti-histamínico e adrenalina. Este tipo de complicação pode ser observada em procedimentos que utilizam o meio de contraste iodado, havendo maior incidência em administrações no sistema venoso devido ao fluxo mais lento e com maior tempo de contato com o meio de contraste. Com a evolução dos meios de

contraste, esta complicação apresenta-se com menor frequência, sendo importante salientar a história clínica no diagnóstico precoce desta complicação⁴⁰.

O extravasamento do meio de contraste na veia ovariana esquerda, observado na mesma paciente que apresentou a reação alérgica, foi tratado por conduta expectante e não observada nenhuma consequência. A ruptura venosa ocorreu provavelmente devido à fraqueza da parede venosa observada em situações de dilatação.

A incidência de complicações e suas consequências nesta casuística permitem a análise da segurança do método com baixos índices de complicação e comparáveis aos da literatura^{24, 29, 33}.

O principal sintoma avaliado foi a dor pélvica, através do critério da EAV¹². Observou-se melhora no critério dor pélvica na totalidade das pacientes, salientando a importância do tratamento por embolização. Apesar da variabilidade pré-operatória no critério EVA, as pacientes apresentaram no pós-operatório resultados positivos mesmo que em pequena escala, em algumas pacientes. Com os baixos índices de complicações da terapêutica, a possibilidade de melhora das indicações baseadas na análise estatística dos fatores correlacionados e a possibilidade de tratamentos coadjuvantes como a abordagem psicológica das pacientes, melhorando os resultados, é possível avaliar a importância da técnica apresentada.

Se forem avaliados todos os sintomas associados, é possível ainda observar resultados encorajadores nesta casuística pois a remissão total dos sintomas ocorreu em 37 e parcial em 63 pacientes.

A presença, estatisticamente significativa, das varizes nos MMII e associação de sintomas relacionados às varizes, sugere que a abordagem multidisciplinar de especialidades médicas como a cirurgia vascular poderia, através do tratamento das varizes dos membros inferiores, seja ele cirúrgico ou percutâneo, melhorar ainda mais os resultados e evitar as complicações oriundas desta doença.

Em relação à associação do sintoma dispareunia e a presença de varizes vulvares, é possível salientar a causa diretamente relacionada ao contato sexual, no entanto, com a diminuição do engurgitamento das varizes após o tratamento pode estar relacionada à melhora deste sintoma em algumas pacientes. No entanto, Capasso *et al*¹⁸. relataram que a presença de dispareunia apresenta-se como fator de mau prognóstico no tratamento das varizes pélvicas pela técnica de embolização.

As pacientes tratadas apresentavam diâmetro das veias pélvicas acima de seis milímetros. Se considerarmos que o diâmetro normal é três milímetros, pacientes com diâmetros entre três e sete milímetros, sintomáticas poderiam beneficiar-se com a técnica.

A análise estatística dos resultados permitiu estabelecer a presença de fatores preditivos para os resultados do tratamento endovascular, como o diâmetro e a associação com varizes nos MMII. Neste estudo, a presença destes fatores esteve relacionada ao insucesso da terapêutica.

Em relação ao acompanhamento das pacientes, a US Doppler como método não invasivo, se realizada no pós-operatório poderia nortear a necessidade de re-intervenção melhorando os resultados, visto que neste

estudo não foram realizadas re-intervenções. Os relatos de re-intervenção são baseados em critérios clínicos associados aos ultra-sonográficos¹⁸.

Em relação à fertilidade das pacientes, não avaliada neste estudo, parece que não se observam alterações, visto que existem relatos de gravidez após o procedimento de embolização. No entanto, nesta casuística as pacientes são múltiparas, não sendo esta observação, o objetivo da análise.

A obstrução do retorno venoso ovariano através da embolização poderia levar ao dano na função deste órgão, porém a riqueza da vascularização venosa da pelve poderia ser o mecanismo de defesa.

Todas as pacientes permaneceram internadas por, no máximo, um dia. Entretanto, algumas pacientes permaneceram internadas por período inferior a 12 horas. O curto período de internação hospitalar das pacientes tratadas aparece como fator favorável à técnica endovascular. Este fator está relacionado à diminuição dos custos hospitalares, maior aceitação das pacientes e diminuição das complicações pós-operatórias.

Em virtude do observado e discutido, acredita-se que as pacientes com SCP passam a ter mais uma alternativa terapêutica minimamente invasiva com ótimos resultados e que deveria ser mais conhecida, difundida e indicada pela comunidade médica.

CONCLUSÕES

5 CONCLUSÕES

Baseado nos dados deste estudo foram obtidas as seguintes conclusões:

1. A remissão completa dos sintomas foi observada em 32,7% e a parcial em 55,4% das pacientes submetidas ao tratamento endovascular percutâneo da SCP.
2. O sintoma urgência miccional apresentou melhor resposta ao tratamento endovascular percutâneo da SCP.
3. As pacientes com sintomas nos membros inferiores e urgência miccional apresentaram menor probabilidade de sucesso da técnica de embolização endovascular percutânea na SCP.
4. A principal veia acometida nas pacientes portadoras da SCP foi a VOE.

5. O tratamento endovascular percutâneo através da embolização nas pacientes portadoras da SCP apresentou-se como uma alternativa segura com baixos índices de complicações.

ANEXOS

Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Ao
Departamento de Radiologia

O Presidente da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 06.03.06, tomou ciência da execução do Protocolo de Pesquisa nº 103/06, intitulado: **"Tratamento da síndrome de congestão pélvica através da embolização percutânea das veias ovarianas"**.

No que tangue sua parte empírica será desenvolvido no Hospital Universitário de Zaragoza-Espanha, tendo a anuência do Prof. Dr. Miguel Angel de Gregório, Chefe da Unidade de Cirurgia Minimamente Invasiva Guiada por Imagem do Hospital Clínico Universitário de Zaragoza.

Pesquisador(a) Responsável: **Dr. Francisco César Carnevale**

Pesquisador(a) Executante: **Dr. Felipe Nasser**

CAPPesq, 06 de Março de 2006.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

Anexo 2 - Planilha com dados dos pacientes

#	Iniciales	Edad	Fecha	Hijos	VAS pre	Dolor bipedestacion	Dolor Supino	Dispareunia	Micción imperiosa	Dolor Menstrual	Otros síntomas	Varices EEII	Varices vaginales	Varices vulvares	USDV-Ø VOI/mm	USDV-Ø VOD/mm	USDV-Ø VHI/mm	USDV-Ø VHD/mm	Inversion de flujo VOI	Varicocele en mm
1	ANG	34	9/1/2001	3	8	8	4	7	NO	8	Dolor en EEII/8	SI	SI	NO	8	7,2	6,7	7,1	SI	9,7
2	RSM	39	15/2/2001	3	9	9	4	4	SI	3	NO	SI	NO	SI	7,8	6,3	7,6	5,6	SI	10,2
3	BRA	41	15/3/2001	2	8	8	3	2	SI	4	Dolor en EEII/6	SI	SI	NO	6,4	66	NSV	5,9	SI	11,2
4	NGT	33	15/3/2002	2	7	7	3	0	SI	3	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,1		7,2	3,2	SI	9,2
5	MAL	42	11/4/2002	3	7	7	5	2	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	NSV	SI	9,8
6	TBA	41	12/4/2002	2	7	7	6	6	SI	5	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,2	6,7	6,9	6,4	SI	9,3
7	EVN	38	15/5/2002	2	7	7	3	0	SI	3	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,1		NSV	3,2	SI	9,3
8	IGL	38	11/6/2002	3	7	7	5	2	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,8
9	IBO	45	12/6/2002	2	7	7	6	6	SI	5	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,2	6,7	6,9	NSV	SI	8,4
10	ECS	57	2/7/2002	3	9	9	5	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	7,1		NSV	5,6	SI	8,7
11	MPF	50	8/7/2002	4	8	8	7	2	SI	NO	NO	SI	NO	SI	7,2	64	67	NSV	SI	11,5
12	CTL	46	15/7/2002	2	8	8	3	2	SI	4	Dolor en EEII/4	SI	SI	NO	6,4	6,6	NSV	5,9	SI	10,4
13	MLRN	39	17/7/2002	3	7	7	6	6	SI	5	Dolor en EEII/4	SI	NO	NO	8,2	6,7	6,9	6,4	SI	9,8
14	PHB	41	21/7/2002	2	7	7	5	1	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,6
15	MGM	40	1/9/2002	3	8	8	4	3	NO	1	Dolor en EEII/4	SI	SI	SI	7,3	6,5	6,1	5,8	SI	9,7
16	MJT	37	11/9/2002	2	8	8	5	2	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,6
17	NMG	42	2/10/2002	3	8	8	6	6	SI	4	Dolor en EEII/5	SI	SI	SI	7,9	7,4	5,8	5,3	SI	11,3
18	APM	37	15/10/2002	2	7	7	3	7	NO	1	Dolor en EEII/2	SI	NO	SI	7,1	6,3	5	4,5	SI	10,2
19	RSM	33	15/10/2002	2	7	7	3	0	SI	3	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,1		7,2	3,2	SI	9,1
20	RSP	40	21/10/2002	2	8	8	2	0	NO	0	Dolor en EEII/6	SI	NO	NO	7	4,2	NSV	NSV	SI	9,5

continua

#	Iniciales	Edad	Fecha	Hijos	VAS pre	Dolor bipedestacion	Dolor Supino	Dispareunia	Micción imperiosa	Dolor Menstrual	Otros síntomas	Varices EEII	Varices vaginales	Varices vulvares	USDV-Ø VOI/mm	USDV-Ø VOD/mm	USDV-Ø VHI/mm	USDV-Ø VHD/mm	Inversion de flujo VOI	Varicocele en mm
21	MRP	50	3/11/2002	4	8	8	7	2	SI	NO	NO	SI	NO	SI	7,2	64	67	NSV	SI	11,5
22	RTG	36	5/11/2002	3	7	7	5	2	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,8
23	MAL	41	27/11/2002	3	7	7	5	2	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	NSV	SI	9,8
24	TBA	43	13/12/2002	2	7	7	6	6	SI	5	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,2	6,7	6,9	6,4	SI	9,3
25	EVN	39	8/1/2003	2	7	7	3	0	SI	3	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,1		NSV	3,2	SI	9,3
26	MGM	41	1/2/2003	4	8	8	4	3	NO	1	Dolor en EEII/4	SI	SI	SI	7,3	6,5	6,1	5,8	SI	9,7
27	MJT	37	11/2/2003	3	8	8	5	2	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,6
28	NMG	39	2/3/2003	3	8	8	6	6	SI	4	Dolor en EEII/5	SI	SI	SI	7,9	7,4	5,8	5,3	SI	11,3
29	APM	33	15/4/2003	2	7	7	3	7	NO	1	Dolor en EEII/2	SI	NO	SI	7,1	6,3	5	4,5	SI	10,2
30	RSM	38	8/5/2003	3	7	7	3	0	SI	3	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,1		7,2	3,2	SI	9,1
31	RMCS	41	12/5/2003	3	9	9	5	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	7,1		NSV	5,6	SI	8,7
32	RGH	41	12/5/2003	3	7	7	5	2	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,8
33	AMT	48	16/5/2003	2	7	7	6	6	SI	5	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,2	6,7	6,9	NSV	SI	8,4
34	GLM	45	17/5/2003	3	9	9	5	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	7,1		NSV	5,6	SI	8,7
35	PGH	39	8/6/2003	4	8	8	7	2	SI	NO	NO	SI	NO	SI	7,2	64	67	NSV	SI	11,5
36	ACLB	36	25/6/2003	3	7	6	3	5	NO	3	Dolor en EEII	Varices en EEII	SI	SI	7,3	5,3	NSV	NSV	SI	12,3
37	MLLB	46	6/7/2003	3	6	6	0	2	NO	1	Dolor en EEII	SI	SI	SI	8,1	7,7	6,1	NSV	SI	11,2
38	MPSL	53	19/7/2003	4	7	7	3	4	NO	2	Dolor en EEII/4	SI	SI	SI	7,3		NSV	NSV	SI	9,5
39	MTL	39	23/7/2003	2	7	7	5	2	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,8
40	TRM	52	23/7/2003	2	7	7	6	6	SI	5	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,2	6,7	6,9	NSV	SI	8,4

continua

#	Iniciales	Edad	Fecha	Hijos	VAS pre	Dolor bipedestacion	Dolor Supino	Dispareunia	Micción imperiosa	Dolor Menstrual	Otros síntomas	Varices EEII	Varices vaginales	Varices vulvares	USDV-Ø VOI/mm	USDV-Ø VOD/mm	USDV-Ø VHI/mm	USDV-Ø VHD/mm	Inversion de flujo VOI	Varicocele en mm
41	PLM	47	1/8/2003	2	9	9	5	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	7,1		NSV	5,6	SI	8,7
42	AGM	53	8/8/2003	3	8	8	7	2	SI	NO	NO	SI	NO	SI	7,2	64	67	NSV	SI	11,5
43	CLB	42	8/8/2003	3	8	8	3	2	SI	4	Dolor en EEII/4	SI	SI	NO	6,4	6,6	NSV	5,9	SI	10,4
44	EGM	41	15/8/2003	4	7	7	6	6	SI	5	Dolor en EEII/4	SI	NO	NO	8,2	6,7	6,9	6,4	SI	9,8
45	OHM	49	21/8/2003	3	7	7	5	1	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,6
46	VBM	46	21/8/2003	2	8	8	4	3	NO	1	Dolor en EEII/4	SI	SI	SI	7,3	6,5	6,1	5,8	SI	9,7
47	EVb	41	25/8/2003	3	8	8	5	2	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,6
48	BMG	49	2/9/2003	2	8	8	6	6	SI	4	Dolor en EEII/5	SI	SI	SI	7,9	7,4	5,8	5,3	SI	11,3
49	TGM	43	15/9/2003	3	7	7	3	7	NO	1	Dolor en EEII/2	SI	NO	SI	7,1	6,3	5	4,5	SI	10,2
50	MCRG	45	15/9/2003	3	9	9	5	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	7,1		NSV	5,6	SI	8,7
51	TGN	42	27/9/2003	3	7	7	5	2	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,8
52	MTG	51	27/9/2003	3	7	7	6	6	SI	5	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,2	6,7	6,9	NSV	SI	8,4
53	RNB	42	4/10/2003	2	8	8	3	2	SI	4	Dolor en EEII/4	SI	SI	NO	6,4	6,6	NSV	5,9	SI	10,4
54	MCBL	43	8/10/2003	3	7	7	6	6	SI	5	Dolor en EEII/4	SI	NO	NO	8,2	6,7	6,9	6,4	SI	9,8
55	PHB	41	17/10/2003	2	7	7	5	1	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,6
56	MFCM	46	17/10/2003	4	7	7	5	3	NO	1	Dolor en EEII/4	SI	SI	SI	7,3	6,5	6,1	5,8	SI	9,7
57	MJTG	43	17/10/2003	3	7	7	6	2	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,6
58	IBY	48	24/10/2003	2	8	8	6	6	SI	4	Dolor en EEII/5	SI	SI	SI	7,9	7,4	5,8	5,3	SI	11,3
59	MRAG	41	31/10/2003	2	7	7	3	7	NO	1	Dolor en EEII/2	SI	NO	SI	7,1	6,3	5	4,5	SI	10,2
60	ALP	47	21/11/2003	2	7	7	3	0	SI	3	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,1		7,2	3,2	SI	9,1

continua

#	Iniciales	Edad	Fecha	Hijos	VAS pre	Dolor bipedestacion	Dolor Supino	Dispareunia	Micción imperiosa	Dolor Menstrual	Otros síntomas	Varices EEII	Varices vaginales	Varices vulvares	USDV-Ø VOI/mm	USDV-Ø VOD/mm	USDV-Ø VHI/mm	USDV-Ø VHD/mm	Inversion de flujo VOI	Varicocele en mm
61	PLAM	55	21/11/2003	3	7	7	2	0	NO	0	Dolor en EEII/6	SI	NO	NO	7	4,2	NSV	NSV	SI	9,5
62	GLL	43	28/11/2003	2	6	6	3	0	SI	3	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,1		NSV	3,2	SI	9,3
63	MART	42	11/12/2003	2	7	7	5	2	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,8
64	MTRA	41	12/12/2003	3	6	6	6	6	SI	5	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,2	6,7	6,9	NSV	SI	8,4
65	RFLM	45	12/12/2003	3	8	8	5	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	7,1		NSV	5,6	SI	8,7
66	GJM	46	27/12/2003	3	8	8	7	2	SI	NO	NO	SI	NO	SI	7,2	64	67	NSV	SI	11,5
67	MAGR	41	15/1/2004	2	7	7	3	2	SI	4	Dolor en EEII/4	SI	SI	NO	6,4	6,6	NSV	5,9	SI	10,4
68	MPLA	46	17/1/2004	3	7	7	6	6	SI	5	Dolor en EEII/4	SI	NO	NO	8,2	6,7	6,9	6,4	SI	9,8
69	RSMG	47	21/1/2004	3	6	6	5	1	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,6
70	ELG	42	1/2/2004	2	7	7	4	3	NO	1	Dolor en EEII/4	SI	SI	SI	7,3	6,5	6,1	5,8	SI	9,7
71	PBG	43	14/2/2004	2	8	8	5	2	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,6
72	MSAM	46	2/3/2004	2	7	7	6	6	SI	4	Dolor en EEII/5	SI	SI	SI	7,9	7,4	5,8	5,3	SI	11,3
73	HALM	41	12/4/2004	3	6	6	3	7	NO	1	Dolor en EEII/2	SI	NO	SI	7,1	6,3	5	4,5	SI	10,2
74	PMA	42	15/5/2004	3	7	7	3	0	SI	3	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,1		7,2	3,2	SI	9,1
75	AGM	51	21/9/2004	4	7	7	2	0	NO	0	Dolor en EEII/6	SI	NO	NO	7	4,2	NSV	NSV	SI	9,5
76	MRP	47	28/9/2004	3	7	7	7	2	SI	NO	NO	SI	NO	SI	7,2	64	67	NSV	SI	11,5
77	PEL	48	3/10/2004	2	6	6	6	6	SI	5	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,2	6,7	6,9	6,4	SI	9,3
78	MALG	47	22/10/2004	3	7	7	3	0	SI	3	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,1		NSV	3,2	SI	9,3
79	ALMR	45	4/11/2004	3	8	8	4	3	NO	1	Dolor en EEII/4	SI	SI	SI	7,3	6,5	6,1	5,8	SI	9,7
80	ZMM	44	11/11/2004	2	7	7	5	2	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,6

continua

#	Iniciales	Edad	Fecha	Hijos	VAS pre	Dolor bipedestacion	Dolor Supino	Dispareunia	Micción imperiosa	Dolor Menstrual	Otros síntomas	Varices EEII	Varices vaginales	Varices vulvares	USDV-Ø VOI/mm	USDV-Ø VOD/mm	USDV-Ø VHI/mm	USDV-Ø VHD/mm	Inversion de flujo VOI	Varicocele en mm
81	PBB	51	16/11/2004	3	8	8	6	6	SI	4	Dolor en EEII/5	SI	SI	SI	7,9	7,4	5,8	5,3	SI	11,3
82	RSM	45	25/11/2004	2	7	7	3	7	NO	1	Dolor en EEII/2	SI	NO	SI	7,1	6,3	5	4,5	SI	10,2
83	BLY	44	3/12/2004	2	8	8	3	0	SI	3	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,1		7,2	3,2	SI	9,1
84	PLF	47	12/12/2004	3	7	7	5	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	7,1		NSV	5,6	SI	8,7
85	RSM	46	27/12/2004	2	7	7	5	2	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,8
86	MARG	45	9/1/2005	2	7	7	6	6	SI	5	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,2	6,7	6,9	NSV	SI	8,4
87	MARL	48	11/1/2005	2	8	8	5	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	7,1		NSV	5,6	SI	8,7
88	ALM	45	11/1/2005	4	8	8	7	2	SI	NO	NO	SI	NO	SI	7,2	6,4	67	NSV	SI	11,5
89	LADM	39	17/1/2005	2	6	6	3	5	NO	3	Dolor en EEII	Varices en EEII	SI	SI	7,3	5,3	NSV	NSV	SI	12,3
90	EGM	48	17/1/2005	2	7	7	0	2	NO	1	Dolor en EEII	SI	SI	SI	8,1	7,7	6,1	NSV	SI	11,2
91	PHG	41	24/1/2005	3	7	7	3	4	NO	2	Dolor en EEII/4	SI	SI	SI	7,3		NSV	NSV	SI	9,5
92	BLM	52	28/1/2005	3	7	7	5	1	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,6
93	CLM	44	1/2/2005	3	8	8	4	3	NO	1	Dolor en EEII/4	SI	SI	SI	7,3	6,5	6,1	5,8	SI	9,7
94	LCZ	48	2/2/2005	3	7	7	5	2	NO	2	NO	SI	NO	NO	7,5	7,4	3,7	3,8	SI	9,6
95	FLM	53	2/2/2005	2	8	8	6	6	SI	4	Dolor en EEII/5	SI	SI	SI	7,9	7,4	5,8	5,3	SI	11,3
96	GAL	49	15/2/2005	3	7	7	3	7	NO	1	Dolor en EEII/2	SI	NO	SI	7,1	6,3	5	4,5	SI	10,2
97	CMGJ	41	15/2/2005	2	7	7	3	0	SI	3	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,1		7,2	3,2	SI	9,1
98	RNL	48	21/2/2005	3	7	7	2	0	NO	0	Dolor en EEII/6	SI	NO	NO	7	4,2	NSV	NSV	SI	9,5
99	YDLM	51	23/2/2005	3	7	7	6	2	SI	NO	NO	SI	NO	SI	7,2	6,4	67	NSV	SI	11,5
100	LBM	45	3/3/2005	3	6	6	6	6	SI	5	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,2	6,7	6,9	6,4	SI	9,3

continua

#	Iniciales	Edad	Fecha	Hijos	VAS pre	Dolor bipedestacion	Dolor Supino	Dispareunia	Micción imperiosa	Dolor Menstrual	Otros síntomas	Varices EEII	Varices vaginales	Varices vulvares	USDV-Ø VOI/mm	USDV-Ø VOD/mm	USDV-Ø VHI/mm	USDV-Ø VHD/mm	Inversion de flujo VOI	Varicocele en mm
101	VSL	39	3/3/2005	3	6	6	3	0	SI	3	Dolor en EEII/5	SI	NO	NO	8,1		NSV	3,2	SI	9,3
102	GBM	51	13/3/2005	3	8	8	4	3	NO	1	Dolor en EEII/4	SI	SI	SI	7,3	6,5	6,1	5,8	SI	9,7
103	ACLB	36	25/3/2005	3	7	6	3	5	NO	3	Dolor en EEII	Varices en EEII	SI	SI	7,3	5,3	NSV	NSV	SI	12,3
104	MLLB	46	6/4/2005	3	6	6	0	2	NO	1	Dolor en EEII	SI	SI	SI	8,1	7,7	6,1	NSV	SI	11,2
105	MPMC	31	2/6/2005	2	6	0	0	6	NO	0	NO	Varices en EII	SI	Si	8,1	7,2	NSV	NSV	SI	10,2
106	METG	27	2/6/2005	2	5	5	0	4	NO	3	NO	Varices en EII	SI	Si	8,5		NSV	NSV	SI	9,6
107	MPSM	38	11/7/2005	3	7	7	4	9	NO	2	Dolores en EEII /5	Varices en EII	SI	Si	9.1	7,2	6.1	6.3	SI	8,2
108	MJLB	44	11/7/2005	3	7	7	2	6	NO	3	Dolores en EEII /5	Varices en EII	SI	SI	7.4	6.2	6.1	5.4	SI	8.5
109	MPSL	53	19/7/2005	4	7	7	3	4	NO	2	Dolor en EEII/4	SI	SI	SI	7,3	11,915	NSV	NSV	SI	9,5
110	MERP	34	27/9/2005	2	3	3	0	0	NO	2	Dolor en EEII /5	SI	Si	NO	7,5		10	11	SI	10
111	MBL	60	14/12/2005	4	8	8	7	0	NO	4	Dolor en EEII/5	Varices operadas	SI	SI	5,8		NSV	NSV	SI	9
112	MBP	43	11/1/2006	2	8	8	5	8	NO	7	Edema de piernas	Varices	NO	NO	7		NSV	NSV	SI	8
113	MCBJ	58		2	9	9	7	7	NO	7	NO	Varices en EEII	NO	NO	7,8		7,3	NSV	SI	8

#	Cambio de mofologia Valsalva	Quistes en ovario	Otros hallazgos	EVOI	EVOD	EVHI	EVHD	Otras venas	Complicaciones	Exit Tecn	1VAS post	1mes Dispareunia	1mes Miccion imperiosa	1mes Dolor Menstruacion	1 Otros sintomas	3meses VAS post	3meses Dispareunia
1	SI	OD	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	2	0	NO	1	Dolor en EEII/7	1	0
2	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	3	1	NO	1	NO	2	1
3	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	2	1	NO	2	NO	2	0
4	SI	OD	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	0	0	NO	0	Dolor en EEII/7	0	0
5	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
6	SI	NO	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	3	1	NO	1	Dolor en EEII/7	2	1
7	SI	OD	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	0	0	NO	0	Dolor en EEII/7	0	0
8	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
9	SI	NO	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	3	1	NO	1	Dolor en EEII/7	2	1
10	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	3	0	NO	NO	NO	2	0
11	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	2	1	NO	NO	NO	2	1
12	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	2	1	NO	2	NO	2	0
13	SI	NO	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	3	1	NO	1	Dolor en EEII/7	2	1
14	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
15	SI	NO	MIOMAS UTERINOS	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	PUDENDA	NO	SI	6	3	NO	2	Dolor en EEII/3	2	1
16	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
17	SI	SI	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	PUDENDA	NO	SI	3	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0
18	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	VULVAR	NO	SI	2	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0
19	SI	OD	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	0	0	NO	0	Dolor en EEII/7	0	0
20	SI	OI	MIOMAS UTERINOS	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	0	0	NO	1	Dolor en EEII/7	0	0

continua

#	Cambio de morfología Valsalva	Quistes en ovario	Otros hallazgos	EVOI	EVOD	EVHI	EVHD	Otras venas	Complicaciones	Exit Tecn	1VAS post	1mes Dispareunia	1mes Miccion imperiosa	1mes Dolor Menstruacion	1 Otros sintomas	3meses VAS post	3meses Dispareunia
21	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	2	1	NO	NO	NO	2	1
22	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
23	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
24	SI	NO	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	3	1	NO	1	Dolor en EEII/7	2	1
25	SI	OD	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	0	0	NO	0	Dolor en EEII/7	0	0
26	SI	NO	MIOMAS UTERINOS	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	PUDENDA	NO	SI	6	3	NO	2	Dolor en EEII/3	1	1
27	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
28	SI	SI	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	PUDENDA	NO	SI	3	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0
29	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	VULVAR	NO	SI	2	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0
30	SI	OD	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	0	0	NO	0	Dolor en EEII/4	0	0
31	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	3	0	NO	NO	NO	2	0
32	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
33	SI	NO	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	3	1	NO	1	Dolor en EEII/5	2	1
34	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	3	0	NO	NO	NO	2	0
35	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	2	1	NO	NO	NO	2	1
36	SI	OD	Miomas uterino 50x60	Coils+Escl	Colis	Coils	Coils	NO	NO	SI	3	0	NO	pesadez	mejoria varices	2	1
37	SI	NO	NO	Coil+Escl	Colis+excl	Colis	NO	NO	NO	SI	1	0	NO	1	NO	1	0
38	SI	OI	NO	Coil+Escl	Coil	Coil	Coil	NO	Migracion de coil en Vena iliaca externa. Extraccion con lazo	SI	3	0	NO	1	Dolor en EEII	1	0
39	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
40	SI	NO	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	3	1	NO	1	Dolor en EEII/7	2	1

continua

#	Cambio de morfología Valsalva	Quistes en ovario	Otros hallazgos	EVOI	EVOD	EVHI	EVHD	Otras venas	Complicaciones	Exit Tecn	1VAS post	1mes Dispareunia	1mes Miccion imperiosa	1mes Dolor Menstruacion	1 Otros sintomas	3meses VAS post	3meses Dispareunia
41	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	3	0	NO	NO	NO	2	0
42	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	2	1	NO	NO	NO	2	1
43	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	2	1	NO	2	NO	2	0
44	SI	NO	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	3	1	NO	1	Dolor en EEII/7	2	1
45	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
46	SI	NO	MIOMAS UTERINOS	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	PUDENDA	NO	SI	6	3	NO	2	Dolor en EEII/3	2	1
47	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
48	SI	SI	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	PUDENDA	NO	SI	3	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0
49	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	VULVAR	NO	SI	2	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0
50	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	3	0	NO	NO	NO	2	0
51	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
52	SI	NO	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	3	1	NO	1	Dolor en EEII/7	2	1
53	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	2	1	NO	2	NO	2	0
54	SI	NO	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	3	1	NO	1	Dolor en EEII/7	2	1
55	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
56	SI	NO	MIOMAS UTERINOS	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	PUDENDA	NO	SI	6	3	NO	2	Dolor en EEII/3	4	1
57	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
58	SI	SI	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	PUDENDA	NO	SI	3	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0
59	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	VULVAR	NO	SI	2	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0
60	SI	OD	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	0	0	NO	0	Dolor en EEII/7	0	0

continua

#	Cambio de mofologia Valsalva	Quistes en ovario	Otros hallazgos	EVOI	EVOD	EVHI	EVHD	Otras venas	Complicaciones	Exit Tecn	1VAS post	1mes Dispareunia	1mes Miccion imperiosa	1mes Dolor Menstruacion	1 Otros sintomas	3meses VAS post	3meses Dispareunia
61	SI	OI	MIOMAS UTERINOS	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	0	0	NO	1	Dolor en EEII/7	0	0
62	SI	OD	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	0	0	NO	0	Dolor en EEII/7	0	0
63	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
64	SI	NO	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	3	1	NO	1	Dolor en EEII/7	2	1
65	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	3	0	NO	NO	NO	2	0
66	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	2	1	NO	NO	NO	2	1
67	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	2	1	NO	2	NO	2	0
68	SI	NO	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	3	1	NO	1	Dolor en EEII/7	2	1
69	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
70	SI	NO	MIOMAS UTERINOS	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	PUDENDA	NO	SI	6	3	NO	2	Dolor en EEII/3	2	1
71	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
72	SI	SI	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	PUDENDA	NO	SI	3	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0
73	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	VULVAR	NO	SI	2	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0
74	SI	OD	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	0	0	NO	0	Dolor en EEII/7	0	0
75	SI	OI	MIOMAS UTERINOS	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	0	0	NO	1	Dolor en EEII/7	0	0
76	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	2	1	NO	NO	NO	2	1
77	SI	NO	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	3	1	NO	1	Dolor en EEII/7	2	1
78	SI	OD	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	0	0	NO	0	Dolor en EEII/7	0	0
79	SI	NO	MIOMAS UTERINOS	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	PUDENDA	NO	SI	6	3	NO	2	Dolor en EEII/3	2	1
80	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0

continua

#	Cambio de morfología Valsalva	Quistes en ovario	Otros hallazgos	EVOI	EVOD	EVHI	EVHD	Otras venas	Complicaciones	Exit Tecn	1VAS post	1mes Dispareunia	1mes Miccion imperiosa	1mes Dolor Menstruacion	1 Otros sintomas	3meses VAS post	3meses Dispareunia
81	SI	SI	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	PUDENDA	NO	SI	3	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0
82	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	VULVAR	NO	SI	2	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0
83	SI	OD	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	0	0	NO	0	Dolor en EEII/7	0	0
84	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	3	0	NO	NO	NO	2	0
85	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
86	SI	NO	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	3	1	NO	1	Dolor en EEII/7	2	1
87	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	3	0	NO	NO	NO	2	0
88	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	2	1	NO	NO	NO	2	1
89	SI	OD	Miomas uterino 50x60	Coils+Escl	Colis	Coils	Coils	NO	NO	SI	3	0	NO	pesadez	mejoria varices	2	1
90	SI	NO	NO	Coil+Escl	Colis+excl	Colis	NO	NO	NO	SI	1	0	NO	1	NO	1	0
91	SI	OI	NO	Coil+Escl	Coil	Coil	Coil	NO	Migracion de coil en Vena iliaca externa. Extraccion con lazo	SI	3	0	NO	1	Dolor en EEII	1	0
92	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
93	SI	NO	MIOMAS UTERINOS	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	PUDENDA	NO	SI	6	3	NO	2	Dolor en EEII/3	2	1
94	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	NO	NO	NO	NO	SI	2	1	NO	1	NO	1	0
95	SI	SI	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	PUDENDA	NO	SI	3	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0
96	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	VULVAR	NO	SI	2	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0
97	SI	OD	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	0	0	NO	0	Dolor en EEII/7	0	0
98	SI	OI	MIOMAS UTERINOS	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	0	0	NO	1	Dolor en EEII/7	0	0
99	SI	NO	NO	Coil+Escl	Coil+Escl	Coil	Coil	NO	NO	SI	2	1	NO	NO	NO	2	1
100	SI	NO	NO	Coil+Escl	NO	Coil	NO	NO	NO	SI	3	1	NO	1	Dolor en EEII/7	2	1

continua

#	3mese Micccion imperiosa imp	3meses Dolor Menstruacion	3 Otros síntomas	6meses VAS post	6meses Dispareunia	6 meses Micccion imperiosa	6meses Dolor Menstruacion	6 Otros síntomas	12 mesesVAS post	12meses Dispareunia	12 meses Micccion imperiosa	12meses Dolor Menstrual	12 Otros síntomas	2y VAS post	2y Dispareunia	2y Micccion imperiosa	2y Dolor Menstrual
1	NO	1	Dolor en EEII/7	1	0	NO	1	Dolor en EEII/4	1	0	NO	1	Dolor en EEII/3	0	0	NO	1
2	NO	0	NO	1	1	NO	1	NO	0	0	NO	1	NO	1	0	NO	1
3	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
4	NO	0	Dolor en EEII/7	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0
5	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
6	NO	1	Dolor en EEII/7	1	0	NO	1	Dolor en EEII /4	1	0	NO	1	Dolor en EEII/3	1	0	NO	1
7	NO	0	Dolor en EEII/7	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0
8	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
9	NO	1	Dolor en EEII/7	1	0	NO	1	Dolor en EEII /4	1	0	NO	1	Dolor en EEII/3	1	0	NO	1
10	NO	1	NO	2	0	NO	NO	NO	1	0	NO	NO	NO	1	0	NO	NO
11	NO	1	NO	1	1	NO	NO	NO	1	1	NO	NO	NO	1	1	NO	NO
12	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
13	NO	1	Dolor en EEII/7	1	0	NO	1	Dolor en EEII /4	2	0	NO	1	Dolor en EEII/3	1	0	NO	1
14	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
15	NO	0	Dolor en EEII/3	2	0	NO	0	Dolor en EEII /3	1	0	NO	0	Dolor en EEII/2	1	0	NO	0
16	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
17	NO	1	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/1	0	0	NO	1	Dolor en EEII/1	0	0	NO	0
18	NO	1	Dolor en EEII/1	1	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0	NO	1
19	NO	0	Dolor en EEII/6	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0
20	NO	0	Dolor en EEII/5	0	0	NO	0	Dolor en EEII/5	0	0	NO	0	Dolor en EEII/3	0	0	NO	0

continua

#	3mese Miccion imperiosa imp	3meses Dolor Menstruacion	3 Otros síntomas	6meses VAS post	6meses Dispareunia	6 meses Miccion imperiosa	6meses Dolor Menstruacion	6 Otros síntomas	12 mesesVAS post	12meses Dispareunia	12 meses Micccion imperiosa	12meses Dolor Menstrual	12 Otros síntomas	2y VAS post	2y Dispareunia	2y Miccion imperiosa	2y Dolor Menstrual
21	NO	0	NO	1	1	NO	NO	NO	1	1	NO	NO	NO	0	0	NO	0
22	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
23	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
24	NO	1	Dolor en EEII/5	2	0	NO	1	Dolor en EEII /4	1	0	NO	1	Dolor en EEII/3	2	0	NO	0
25	NO	0	Dolor en EEII/5	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0
26	NO	0	Dolor en EEII/3	2	0	NO	0	Dolor en EEII /3	1	0	NO	0	Dolor en EEII/2	1	0	NO	0
27	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
28	NO	1	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/1	0	0	NO	1	Dolor en EEII/1	0	0	NO	0
29	NO	1	Dolor en EEII/1	1	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0	NO	1	Dolor en EEII/2	0	0	NO	1
30	NO	0	Dolor en EEII/6	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0
31	NO	0	NO	2	0	NO	NO	NO	1	0	NO	NO	NO	1	0	NO	NO
32	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
33	NO	1	Dolor en EEII/7	1	0	NO	1	Dolor en EEII /4	1	0	NO	1	Dolor en EEII/3	1	0	NO	1
34	NO	0	NO	2	0	NO	NO	NO	1	0	NO	NO	NO	1	0	NO	NO
35	NO	0	NO	1	1	NO	NO	NO	1	1	NO	NO	NO	1	1	NO	NO
36	NO	0	Pesadez	0	0	NO	NO	NO	1	0	NO	NO	NO	0	0	NO	0
37	NO	0	NO	0	0	NO	0	Molestias	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
38	NO	0	Dolor en EEII/2	1	0	NO	0	Dolor en EII /4	0	0	NO	0	Dolor en EEII /2	0	0	NO	0
39	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
40	NO	1	Dolor en EEII/7	1	0	NO	1	Dolor en EEII /4	1	0	NO	1	Dolor en EEII/3	1	0	NO	1

continua

#	3mese Miccion imperiosa imp	3meses Dolor Menstruacion	3 Otros síntomas	6meses VAS post	6meses Dispareunia	6 meses Miccion imperiosa	6meses Dolor Menstruacion	6 Otros síntomas	12 mesesVAS post	12meses Dispareunia	12 meses Micccion imperiosa	12meses Dolor Menstrual	12 Otros síntomas	2y VAS post	2y Dispareunia	2y Miccion imperiosa	2y Dolor Menstrual
41	NO	NO	NO	2	0	NO	NO	NO	1	0	NO	NO	NO	1	0	NO	NO
42	NO	NO	NO	1	1	NO	NO	NO	1	1	NO	NO	NO	1	1	NO	NO
43	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
44	NO	1	Dolor en EEII/7	1	0	NO	1	Dolor en EEII /4	1	0	NO	1	Dolor en EEII/3	1	0	NO	1
45	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
46	NO	0	Dolor en EEII/3	2	0	NO	0	Dolor en EEII /3	1	0	NO	0	Dolor en EEII/2	1	0	NO	0
47	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
48	NO	1	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/1	0	0	NO	1	Dolor en EEII/1	0	0	NO	0
49	NO	1	Dolor en EEII/1	1	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0	NO	1	Dolor en EEII/2	NO viene a consulta			
50	NO	NO	NO	2	0	NO	NO	NO	1	0	NO	NO	NO	0	0	NO	NO
51	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	NO
52	NO	1	Dolor en EEII/7	1	0	NO	1	Dolor en EEII /4	1	0	NO	1	Dolor en EEII/3	1	0	NO	0
53	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
54	NO	1	Dolor en EEII/7	1	0	NO	1	Dolor en EEII /4	1	0	NO	1	Dolor en EEII/3	0	0	NO	1
55	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
56	NO	0	Dolor en EEII/3	2	0	NO	0	Dolor en EEII /3	1	0	NO	0	Dolor en EEII/2	1	0	NO	0
57	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
58	NO	1	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/1	0	0	NO	1	Dolor en EEII/1	0	0	infeccion de orina	0
59	NO	1	Dolor en EEII/1	1	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0	NO	0
60	NO	0	Dolor en EEII/6	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0

continua

#	3mese Miccion imperiosa imp	3meses Dolor Menstruacion	3 Otros síntomas	6meses VAS post	6meses Dispareunia	6 meses Miccion imperiosa	6meses Dolor Menstruacion	6 Otros síntomas	12 mesesVAS post	12meses Dispareunia	12 meses Miccion imperiosa	12meses Dolor Menstrual	12 Otros síntomas	2y VAS post	2y Dispareunia	2y Miccion imperiosa	2y Dolor Menstrual
61	NO	0	Dolor en EEII/5	0	0	NO	0	Dolor en EEII/5	0	0	NO	0	Dolor en EEII/3	0	0	NO	0
62	NO	0	Dolor en EEII/7	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0
63	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0
64	NO	1	Dolor en EEII/7	1	0	NO	1	Dolor en EEII /4	1	0	NO	1	Dolor en EEII/3	0	0	NO	1
65	NO	NO	NO	2	0	NO	NO	NO	1	0	NO	NO	NO	1	0	NO	0
66	NO	NO	NO	1	1	NO	NO	NO	1	1	NO	NO	NO	0	0	NO	0
67	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO				
68	NO	1	Dolor en EEII/7	1	0	NO	1	Dolor en EEII /4	1	0	NO	1	Dolor en EEII/3				
69	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO				
70	NO	0	Dolor en EEII/3	4	0	NO	0	Dolor en EEII /3	3	0	NO	0	Dolor en EEII/2				
71	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO				
72	NO	1	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/1	0	0	NO	1	Dolor en EEII/1				
73	NO	1	Dolor en EEII/1	1	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0	NO	1	Dolor en EEII/2				
74	NO	0	Dolor en EEII/6	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2				
75	NO	0	Dolor en EEII/5	0	0	NO	0	Dolor en EEII/5	0	0	NO	0	Dolor en EEII/3				
76	NO	0	NO	1	1	NO	NO	NO	1	1	NO	NO	NO				
77	NO	1	Dolor en EEII/7	1	0	NO	1	Dolor en EEII /4	1	0	NO	1	Dolor en EEII/3				
78	NO	0	Dolor en EEII/7	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2				
79	NO	0	Dolor en EEII/3	2	0	NO	0	Dolor en EEII /3	1	0	NO	0	Dolor en EEII/2				
80	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO				

continua

#	3mese Micccion imperiosa imp	3meses Dolor Menstruacion	3 Otros síntomas	6meses VAS post	6meses Dispareunia	6 meses Miccion imperiosa	6meses Dolor Menstruacion	6 Otros síntomas	12 mesesVAS post	12meses Dispareunia	12 meses Micccion imperiosa	12meses Dolor Menstrual	12 Otros síntomas	2y VAS post	2y Dispareunia	2y Miccion imperiosa	2y Dolor Menstrual
81	NO	1	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/1	0	0	NO	1	Dolor en EEII/1				
82	NO	1	Dolor en EEII/1	1	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0	NO	1	Dolor en EEII/2				
83	NO	0	Dolor en EEII/6	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2				
84	NO	NO	NO	2	0	NO	NO	NO	1	0	NO	NO	NO				
85	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO				
86	NO	1	Dolor en EEII/7	1	0	NO	1	Dolor en EEII /4	1	0	NO	1	Dolor en EEII/3				
87	NO	NO	NO	2	0	NO	NO	NO	1	0	NO	NO	NO				
88	NO	NO	NO	1	1	NO	NO	NO	1	1	NO	NO	NO				
89	NO	0	Pesadez	0	0	NO	NO										
90	NO	0	NO	0	0	NO	0	Molestias	0	0	NO	0	NO				
91	NO	0	Dolor en EEII/2	1	0	NO	0	Dolor en EII /4	0	0	NO	0	Dolor en EEII /2				
92	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO				
93	NO	0	Dolor en EEII/3	2	0	NO	0	Dolor en EEII /3	1	0	NO	0	Dolor en EEII/2				
94	NO	0	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO				
95	NO	1	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/1	0	0	NO	1	Dolor en EEII/1				
96	NO	1	Dolor en EEII/1	1	0	NO	1	Dolor en EEII/2	1	0	NO	1	Dolor en EEII/2				
97	NO	0	Dolor en EEII/6	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII/2				
98	NO	0	Dolor en EEII/5	0	0	NO	0	Dolor en EEII/5	0	0	NO	0	Dolor en EEII/3				
99	NO	NO	NO	1	1	NO	NO	NO	1	1	NO	NO	NO				
100	NO	1	Dolor en EEII/7	1	0	NO	1	Dolor en EEII /4	1	0	NO	1	Dolor en EEII/3				

continua

[illegible]

#	2y Otros síntomas	3y VAS post	3y Dispareunia	3y Miccion imperiosa	3y Dolor Menstrual	3y Otros síntomas	4y VAS post	4y Dispareunia	4y Micccion imperiosa	4y Dolor Menstrual	4y Otros síntomas	5y VAS post	5y Dispareuni	5y Miccion imperiosa	5y Dolor Menstrual	5y Otros síntomas	Comentario s
1	Dolor en EEII /3	0	0	NO	1	Dolor en EEII /3	0	0	NO	1	Dolor en EEII /2	0	0	No	0	Pesadez de piernas	ALTA clínica
2	NO	0	0	NO	1	NO	0	0	NO	0	NO						
3	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO						
4	dolor en EEII /1	0	0	NO	0	dolor en EEII /1	0	0	NO	0	Ligero dolor EEE						
5	NO	PERDIDA PARA EL ESTUDIO															
6	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Intervenida de varices	0	0	NO	0	NO						
7	dolor en EEII /1	0	0	NO	0	dolor en EEII /1	0	0	NO	0	Intervenida de varices EEII						
8	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO						
9	Dolor en EEII/2	1	0	NO	0	Intervenida de varices	1	0	NO	0	NO						
10	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO						
11		0	0	NO	0		0	0	NO	0							
12	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO						
13	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Dolor en EEII	1	0	NO	0	NO						
14	NO	1	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO						
15	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO						
16	NO	0	0	NO	0	NO	0	0	NO	0	NO						
17	NO	0	0	NO	0	No											
18	Dolor en EEII/2	0	0	NO	0	Ligero peso											
19	dolor en EEII /1	0	0	NO	0	dolor en EEII/1											
20	Interveida de varices EEII	0	0	NO	0	No											
21	NO	0	0	NO	0	No											
22	NO	0	0	NO	0	No											

continua

#	2y Otros síntomas	3y VAS post	3y Dispareunia	3y Miccion imperiosa	3y Dolor Menstrual	3y Otros síntomas	4y VAS post	4y Dispareunia	4y Miccion imperiosa	4y Dolor Menstrual	4y Otros síntomas	5y VAS post	5y Dispareuni	5y Miccion imperiosa	5y Dolor Menstrual	5y Otros síntomas	Comentarios
23	NO	0	0	NO	0	No											
24	NO	NO VIENE A CONSULTA															
25	NO	0	0	NO	0	No											
26	Dolor en EEII/2																
27	NO																
28	NO																
29	Dolor en EEII/2																
30	dolor en EEII /1																
31	NO																
32	NO																
33	Dolor en EEII/2																
34	NO																
35	NO																
36	NO																
37	NO																
38	NO																
39	NO																
40	Dolor en EEII/2																
41	NO																
42																	
43	NO																
44	Dolor en EEII/2																
45	NO																
46	Dolor en EEII/2																
47	NO																
48	NO																
49																	

continua

#	2y Otros síntomas	3y VAS post	3y Dispare unia	3y Miccion imperiosa	3y Dolor Menstrual	3y Otros síntomas	4y VAS post	4y Dispareunia	4y Micccion imperiosa	4y Dolor Menstrual	4y Otros síntomas	5y VAS post	5y Dispareuni	5y Miccion imperiosa	5y Dolor Menstrual	5y Otros síntomas	Comentarios
50	NO																
51	NO																
52	Inteiveida de varices EEII																
53	NO																
54	NO																
55	NO																
56	Inteiveida de varices EEII																
57	NO																
58	Inteiveida de varices EEII																
59	NO																
60	NO																
61	Ligero peso																
62	Ligero peso																
63	NO																
64	NO																
65	NO																
66	NO																
67																	
68																	
69																	
70																	
71																	
72																	
73																	
74																	
75																	
76																	
77																	
78																	
79																	
80																	

continua

REFERÊNCIAS

7 REFERÊNCIAS

1. Richet NA. *Traite pratique d'anatomie medico-chirurgicale*. Paris: E, Chamerot Libraire Editeur; 1857.
2. Cotte G. *Lés troubles fonctionelles de l'appareil genital de la femme*. Paris: Maason et Cie; 1928.
3. Taylor HC Jr. Vascular congestion and hyperemia: The effect on function in the reproductive organs. Part I. Physiological basis and history of the concept. *Am J Obstet Gynecol*. 1949;57:211-30.
4. Pisco MJ, Alpendre J, Santos DD, Branco J, Jorge R, Albino JP, Menezes JD. Escleroterapia do varicocelo feminino. *Acta Med Port*. 2003;16:9-12.
5. Park SJ, Lim JW, Ko YT, Lee DH, Yoon Y, Oh JH, Lee HK, Huh CY. Diagnosis of pelvic congestion syndrome using transabdominal and transvaginal sonography. *AJR*. 2004;182:683-8.
6. Stein B. Division of Interventional Radiology Chief, Cardiovascular MRI. Hartford Hospital and Jefferson X-ray group, CT. Jefferson, Philadelphia, USA. Diagnosis and management of pelvic congestion syndrome and varicocetes. (bstein@harthosp.org) [Diagnosis and management of pelvic congestion syndrome and varicocetes]. [Internet] 2003 [cited 2003 May 23]; [about11p.]. Available from: <http://jeffersonxray.vascularomain.com/handler.cfm>

-
7. Gadolinium enhanced magnetic resonance venography as a potential modality to screen for incompetent gonadal veins in patients suspected of having pelvic congestion syndrome. *J Vasc Interv Radiol*. 2000;11(Suppl):221-2.
 8. Farquhar CM, Rogers V, Franks S, Pearce S, Wadsworth J, Beard RW. A randomized controlled trial of medroxyprogesterone acetate and psychotherapy for treatment of pelvic congestion. *Br J Obstet Gynaecol*. 1989;96:1153-62.
 9. Navarro H, Vinueza B, Martínez D. Síndrome de congestión pélvica: Evaluación del dolor después del tratamiento laparoscópico con Ligasure®. *Colomb Med*. 2005;36:153-7.
 10. Edwards RD, Robertson IR, MacLean AB, Hemingway AP. Pelvic pain syndrome: successful treatment of a case by ovarian vein embolization. *Clin Radiol*. 1993;47:429-31.
 11. Iacarina V. A nonsurgical treatment of varicocele: transcatheter sclerotherapy of gonadal veins. *Ann Radiol*. 1980;23:369-70.
 12. Thomee R, Grimby G, Wright BD, Linacre JM. Rasch analysis of visual analog scale measurements before and after treatment of patellofemoral pain syndrome in women. *Scand J Rehabil Med*. 1995;27:145-51.
 13. Beard RW, Highman J, Pearce S, Reginald P. Diagnosis of pelvic varicosities in women with chronic pelvic pain. *Lancet*. 1984;2(8409):946-9.
 14. Ahlberg NE, Bartley O, Chidekel N. Right and left gonadal veins: an anatomical and statistical study. *Acta Radiol*. 1966;4:593-601.
 15. Chidekel N. Female pelvic veins demonstrated by selective renal phlebography with particular reference to pelvic varicosities. *Acta Radiol*. 1968;7:193-211.

16. Cordts PR, Eclavea A, Buckley PJ, DeMaioribus CA, Cockerrill ML, Yeager TD. Pelvic congestion syndrome: early clinical results after transcatheter ovarian vein embolization. *J Vasc. Surg.* 1998;28:862-8.
17. Sichlau MJ, Yoo JS, Vogelzang RL. Transcatheter embolotherapy for the treatment of pelvic congestion syndrome. *Obstet Gynecol.* 1994;83:892-6.
18. Capasso P, Simons C, Trotteur G, Dondellinger RF, Henroteaux D, Gaspard V. Treatment of symptomatic pelvic varices by ovarian vein embolization. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 1997;20:107-11.
19. Ahlberg NE, Bartley O, Chidekel N. Right and left gonadal veins: an anatomical and statistical study. *Acta Radiol.* 1996;4:593-601.
20. Baptista-Silva JC. Síndrome de congestão pélvica crônica e dor pélvica crônica. (jocabaptista@uol.com.br). [citado 23 maio 2003]. Disponível em: <http://www.bapbaptista.com>.
21. Stein B. Division of Interventional Radiology Chief, Cardiovascular MRI. Hartford Hospital and Jefferson X-ray group, CT. Jefferson, Philadelphia, USA. Diagnosis and management of pelvic congestion syndrome and varicoceles. (bstein@harthosp.org) [Diagnosis and management of pelvic congestion syndrome and varicoceles]. [Internet] 2003 [cited 2003 May 23]; [about11p.]. Available from: <http://jeffersonxray.vascularomain.com/handler.cfm>
22. Castaneda F, Goodwin SC, Swischuk JL, Wong GCH, Bonilla SB, Wang MJ, Abdel-Sayed PS. Treatment of pelvic arteriovenous malformations with Ethylene Vinyl Alcohol Copolymer (Onyx). *J Vasc Interv Radiol.* 2002;13:513-6.
23. Maleux G, Stockx L, Wilms G, Marchal G. Ovarian vein embolization for the treatment of pelvic congestion syndrome: long-term technical and clinical results. *J Vasc Interv Radiol.* 2000;11:859-64.
24. 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.

-
25. Cheong Y, Stones W. Investigations for chronic pelvic pain. *Rev Gynaecol Pract.* 2005;5:227-36.
 26. Hartung O, Grisoli D, Boufi M, Marani I, Hakam Z, Barthelemy P, Alimi YS. Endovascular stenting in the treatment of pelvic vein congestion caused by nutcracker syndrome: lessons learned from the first five cases. *J Vasc Surg.* 2005;42:275-80.
 27. Venbrux AC, Chang AH, Kim HS, Montague BJ, Hebert JB, Arepally A, Rowe PC, Barron DF, Lambert D, Robinson JC. Pelvic Congestion Syndrome (Pelvic Venous Incompetence): Impact of Ovarian and Internal Iliac Vein Embolotherapy on Menstrual Cycle and Chronic Pelvic Pain. *J Vasc Interv Radiol.* 2002;13(2Pt1):171-8.
 28. Chung MH, Huh CY. Comparison of treatment for pelvic congestion syndrome. *Tohoku J Exp Med.* 2003;201:131-8.
 29. Harjit S. Interventional radiology in the gynaecological oncology patient. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2001;15:279-90.
 30. Belenky A, Bartal G, Atar E, Cohen M, Bachar GN. Ovarian varices in healthy female kidney donors: incidence, morbidity, and clinical outcome. *AJR.* 2002;179:625-7.
 31. Rudloff U, Holmes RJ, Prem JT, Faust GR, Moldwin R, Siegel D. Meso-aortic compression of the left renal vein (Nutcracker Syndrome): case reports and review of the literature. *Ann Vasc Surg.* 2006;20:120-9.
 32. Kim HS, Amit D, Rowe M, Lee JM, Venbrux AC. Embolotherapy for pelvic congestion syndrome: long term results. *J Vasc Interv Radiol.* 2006;17:289-97.
 33. Hodgkinson CP. Physiology of the ovarians veins during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1953;1:26-37.

-
34. Le Page PA, Villavicencio JL, Gomez ER, Sheridan MN, Rich NM. The valvular anatomy of the iliac venous system and its clinical implications. *J Vasc Surg.* 1991;14:678-83.
 35. Hiromura T, Mishioka T., Mishioka S, Ikeda H, Tomita K. Reflux in the left ovarian Vein: Analysis of MDCT findings in asymptomatic women. *AJR.* 2004;183:1411-5.
 36. Roney KC. Anatomia Venosa Periférica. In: Zweibel WJ. *Introdução à ultra sonografia vascular.* 3a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1996. Cap.18, p.259-65.
 37. Stefan AC. Considerações hemodinâmicas na doença vascular periférica e na doença cerebrovascular. In: Zweibel WJ. *Introdução à ultra sonografia vascular.* 3a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1996. Cap.1, p.3-17.
 38. Kadir S. *Atlas of normal and variant angiographic anatomy.* Philadelphia: Saunders; 1991. Section II, Cap.11, p.259-76: Gonadal Vessels.
 39. Rapkin AJ. Dor Pélvica e dismenorréia. In: *Novo tratado de ginecologia.* 12a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. Cap.14, p.289-308.
 40. Carnevale FC. *Radiologia intervencionista e cirurgia endovascular.* Rio de Janeiro: Revinter; 2006. Cap.3, p.19-32: Meios de contraste iodados.
 41. Weiss M.A. Weiss R.A. Agentes escleroterapêuticos disponíveis nos Estados Unidos e em outros locais; In: Goldman M.P. *Tratamento Ambulatorial da Doença Venosa: Um guia ilustrativo.* Rio de Janeiro: Interlivros; 1996.