

Tratamiento del varicocele femenino: a quién, cuándo, cómo, dónde y por qué.

Carlos Jiménez Zapater, Javier Sainz Sánchez, Borja Peña Baranda, Edison Morales Deza,
Mikel Merino Aboitiz, Nicolás Pérez Fidalgo.

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao

Objetivos docentes

- Revisar qué es el síndrome de congestión pélvica (SCP) y por qué está infradiagnosticado.
- Explicar cuándo sospecharlo en estudios de imagen habituales.
- Repasar las técnicas de diagnóstico por imagen más útiles.
- Describir el tratamiento endovascular y sus variantes técnicas.
- Comparar resultados publicados con nuestra experiencia.

Introducción

- El síndrome de congestión pélvica es una causa frecuente de dolor pélvico crónico en mujeres.
- Se caracteriza por insuficiencia venosa de las venas gonadales, especialmente la izquierda por su “desembocadura” en ángulo recto, reflujo venoso, hiperpresión y desarrollo de varices periuterinas y pélvicas.
- A pesar de su frecuencia, continúa siendo una patología infradiagnosticada debido a la inespecificidad de la clínica.

Relevancia clínica/Epidemiología

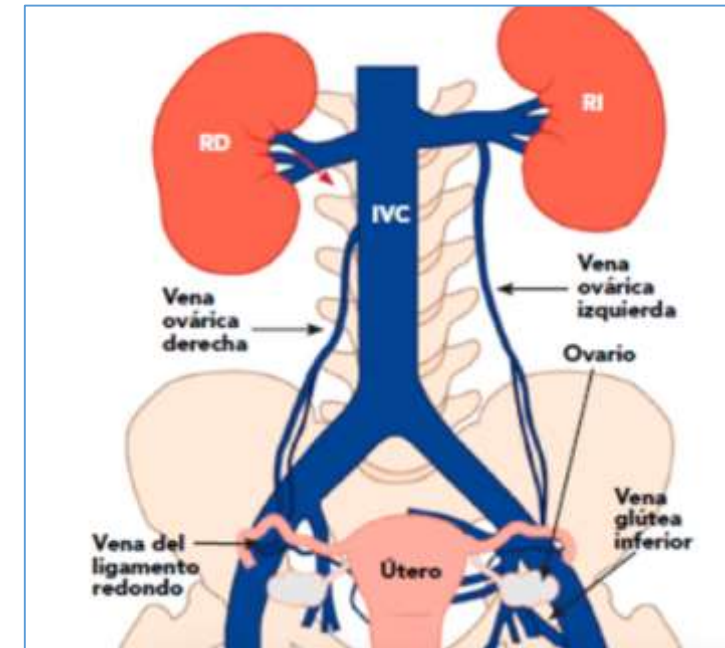
- El dolor pélvico crónico afecta aproximadamente al 15% de las mujeres en edad reproductiva.
- Se estima que el síndrome de congestión pélvica podría explicar hasta un 30% de estos casos.
- Puede producir importante deterioro de la calidad de vida.

Fisiopatología

- Insuficiencia de las venas ováricas.
- Reflujo venoso pélvico.
- Desarrollo de varices periuterinas y pélvicas.
- Estasis venosa y congestión.

Anatomía venosa relevante

- Vena ovárica derecha → cava inferior.
- Vena ovárica izquierda → vena renal izquierda.
- Esta anatomía explica la mayor frecuencia de insuficiencia en el lado izquierdo (aunque no siempre es así).



Factores predisponentes

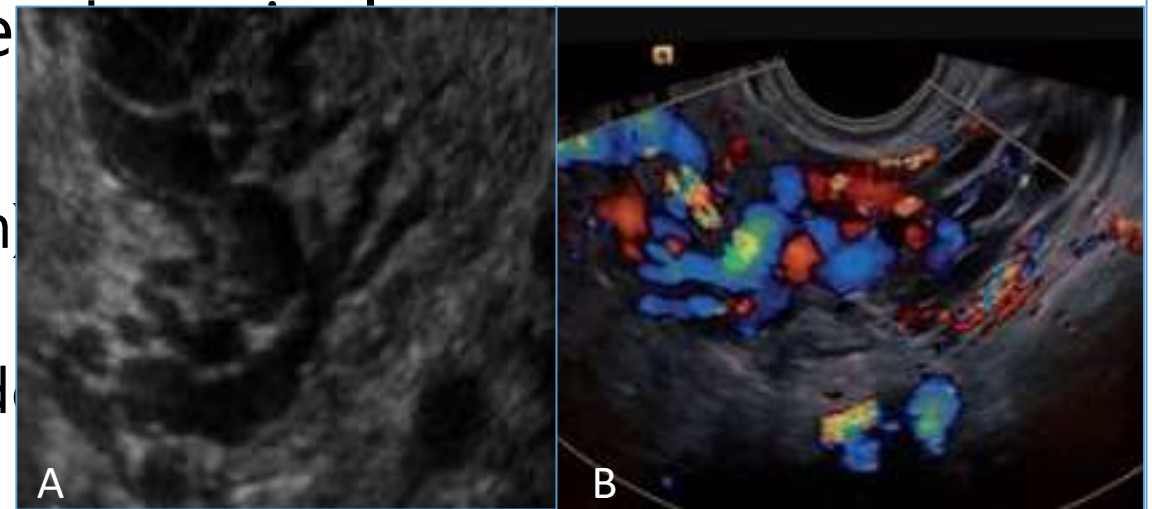
- Se cree que es una patología multifactorial en la que participan fundamentalmente:
 - Multiparidad.
 - Cambios hormonales del embarazo.
 - Dilatación venosa persistente.
 - Debilidad valvular venosa.

Presentación clínica

- Dolor pélvico crónico (>6 meses).
- Empeoramiento con bipedestación prolongada y
- Reproducción del dolor tras Valsalva.
- Dispareunia.
- Sensación de pesadez pélvica.
- Varices vulvares o perineales.

Ecografía Doppler

- Suelen sospecharla los ginecólogos y la primera técnica habitualmente es una ecografía endovaginal.
- Hallazgos:
 - Venas ováricas dilatadas ($>5-6$ mm).
 - Flujo lento o reverso.
 - Plexos venosos periuterinos dilatados.

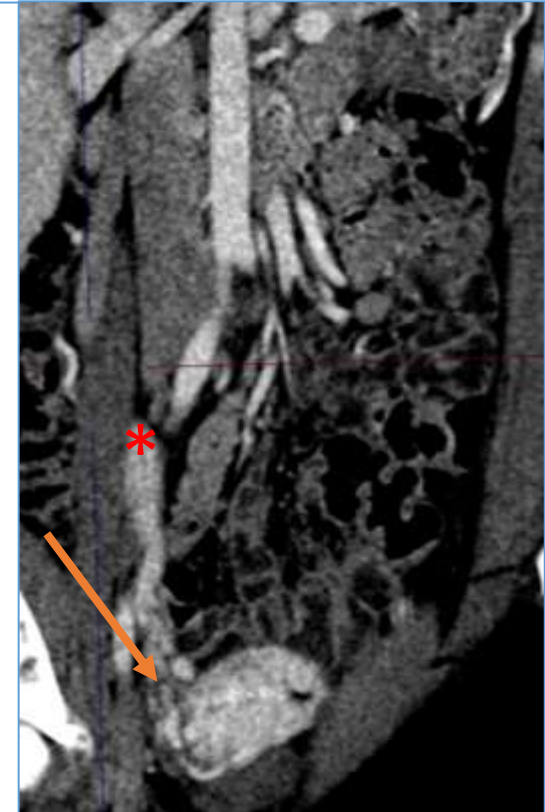


En la ecografía endovaginal tras Valsalva adyacente al anejo derecho, pueden observarse unas venas periuterinas ipsilaterales dilatadas en la imagen A, mientras que en la B, con técnica Doppler color se ve un abundante flujo invertido (color rojo).

TC

- Permite identificar:
 - Dilatación de venas gonadales.
 - Varices periuterinas.
 - Colaterales venosas.
 - Diagnóstico diferencial con otras causas de dolor.

En este TC helicoidal en fase venosa, reconstrucción coronal ligeramente oblicua, se aprecia una gran vena gonadal derecha (*) asociada a un plexo periuterino muy prminente, varicoso (flecha)



RM

- La resonancia proporciona excelente caracterización anatómica.
- Permite evaluar varices pélvicas y descartar patología ginecológica asociada.

Angio RM. Secuencia dinámica en fase venosa en plano coronal y reconstrucción MIP, se aprecia una gran vena gonadal izquierda (*) asociada a un plexo periuterino muy prominente, varicoso (flecha)



Hallazgos característicos (tanto en TAC como RM)

- Vena ovárica > 6 mm (*).
- Plexos venosos periuterinos tortuosos (flecha).
- Varices parametriales (flecha abierta).
- Dilatación de venas ilíacas internas (no siempre).



Errores diagnósticos

- Uno de los errores más frecuentes es confundir estos hallazgos con el síndrome de cascanueces:

	Cascanueces	Congestión pélvica
Epidemiología	Prevalencia desconocida Pacientes jóvenes y delgadas A veces hallazgo incidental.	20-45 años Multíparas. Muy común.
Clínica	Hematuria Proteinuria ortostática Dolor flanco izquierdo	Dolor pélvico crónico Pesadez pélvica Dispareunia
Hallazgos	Estenosis de la vena renal por la pinza aortomesentérica. Desarrollo de venas renogonadales.	Venas ováricas dilatadas. Varices periuterinas Reflujo venoso.
Tratamiento	Stent o cirugía en casos seleccionados.	Embolización de venas gonadales.

Errores diagnósticos

- El síndrome del cascanueces es una entidad rara, debe sospecharse si hay estenosis de la vena renal por la pinza aortomesentérica y desarrollo de venas renogonadales.
 - Clínicamente cursa con:
-

Indicaciones de tratamiento

- Dolor pélvico crónico sintomático.
- Correlación clínica e imagen.
- Fracaso de tratamiento conservador.

Tratamiento endovascular. Evidencia y resultados

- La embolización de venas gonadales elimina el reflujo venoso.
- Procedimiento mínimamente invasivo con alta tasa de éxito técnico (cercano al 100%) y según la literatura.
- Éxito clínico (mejoría de los síntomas) mayor a 2/3 a un año de las pacientes tratadas.
- Puede haber recurrencias a un año en un 15% aproximadamente, según los estudios.
- Hay autores que afirman recurrencias muy altas (hasta más del 90%) a 5 años.

Tratamiento endovascular. Técnica.

1. Acceso:

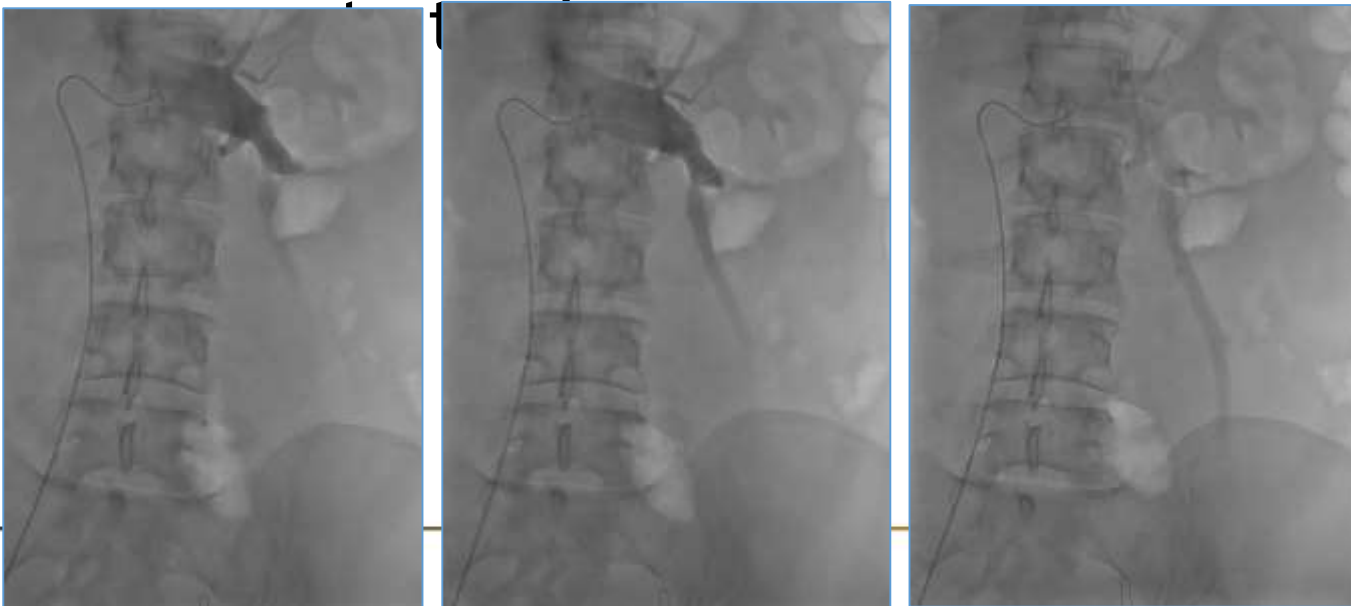
- Femoral.
 - Más frecuente en nuestro centro.
 - Da estabilidad y facilita la cateterización de la vena gonadal.
 - Mayor comodidad técnica.
- Humeral/radial.
 - Alta precoz.
 - Más cómoda para la paciente.
 - Menos riesgo de complicaciones.
 - En determinados casos facilita la cateterización de la vena renal.

Tratamiento endovascular. Técnica.

2. Diagnóstico:

- Flebografía:

- Confirma el diagnóstico y permite planificar el

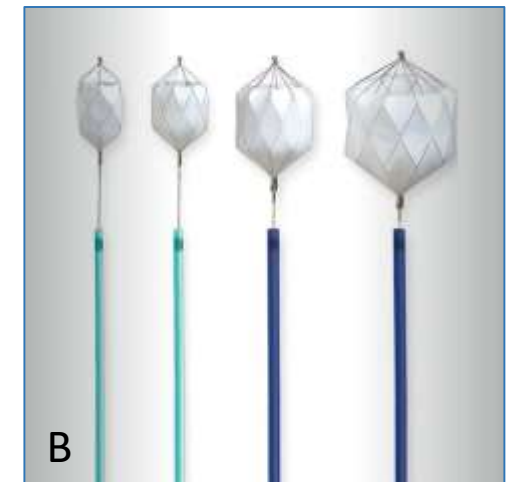
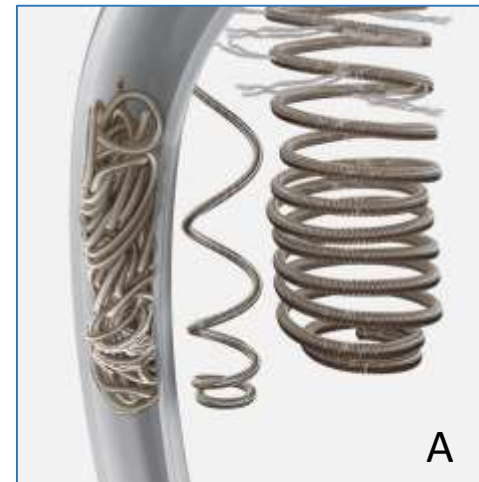
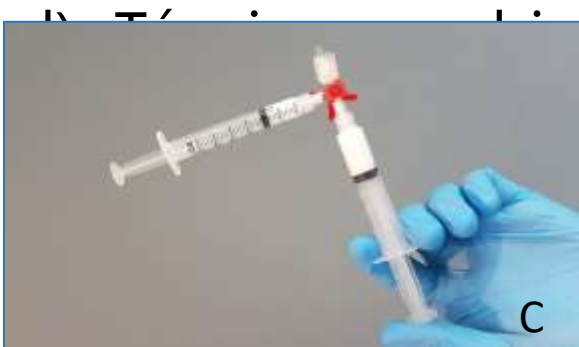


Acceso femoral derecho. Flebografía sin sustracción de la vena renal izquierda con catéter Simmons 1 hidrofílico: Dilatación de la vena gonadal izquierda con reflujo (se aprecia un llenado de contraste de proximal a distal, en contra del flujo normal).

Tratamiento endovascular. Técnica.

3. Materiales de embolización (siempre lo hacemos de distal a proximal).

- a) Coils (Fig. A).
- b) Plug vascular (Fig B).
- c) Agentes líquidos (Fig C).



Tratamiento endovascular. Técnica.

a) Coils

- Técnica más utilizada.
- Ventajas:
 - Control preciso y progresivo del vaso insuficiente.
 - Amplia experiencia clínica y buenos resultados en la literatura.
 - Bajo riesgo de migración
- Inconvenientes
 - Coste elevado.
 - No tratan colaterales, lo que puede favorecer recanalización.
 - Artefacto en eventuales pruebas de imagen futuras.

Paciente de 48 años multipara con pesadez pélvica, especialmente con calor y dismenorrea desde el segundo embarazo.

En las imágenes se aprecia la cateterización con un catéter Simmons 1 de la vena renal izquierda en la angiografía sin sustracción (imagen 1), con microcatéter de 2,8 la vena gonadal en la

VALENCIA

20 - 23 MAYO 2026
PALACIO DE CONGRESOS

33 CONGRESO NACIONAL

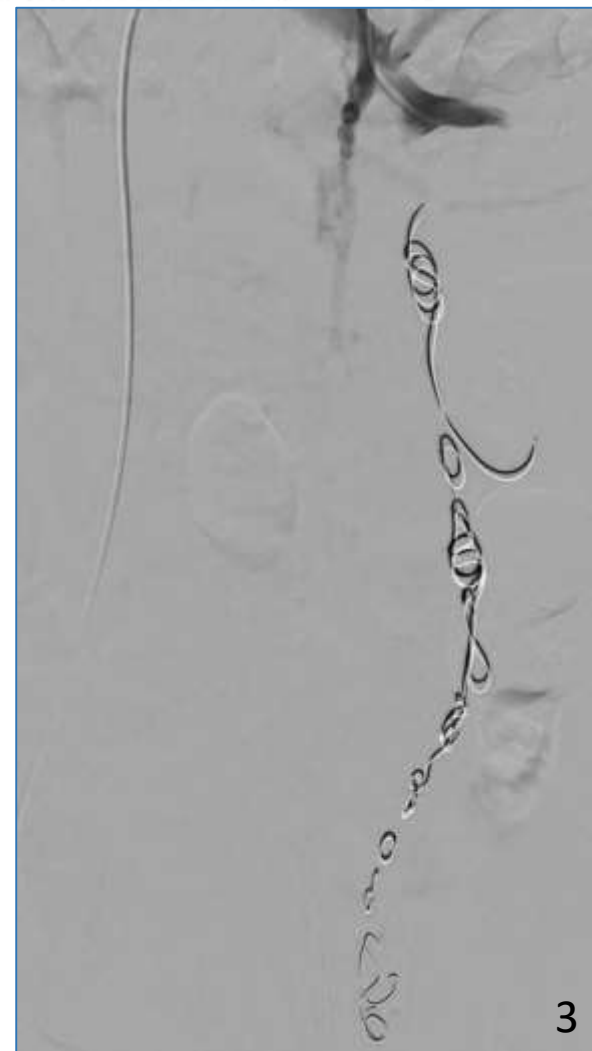
SERAM FERIM



1



2



3



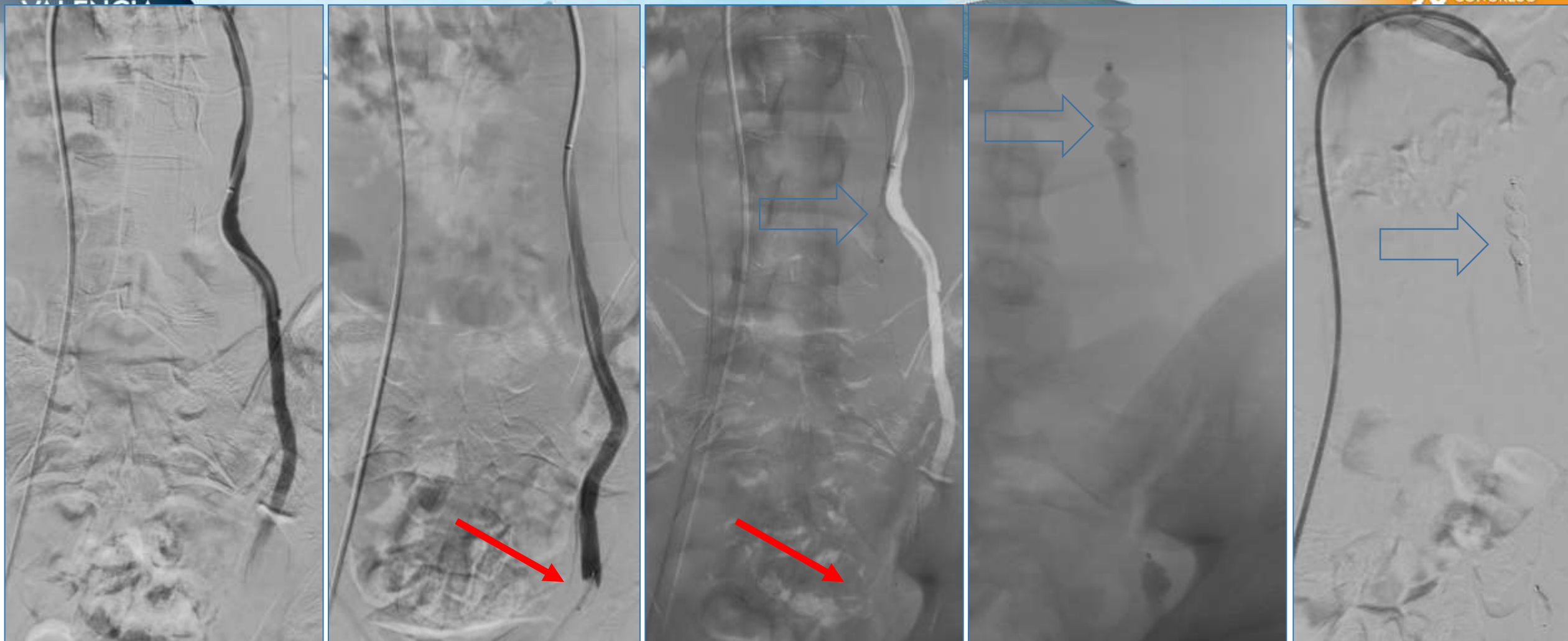
4

Paciente de 48 años multipara con pesadez pélvica, especialmente con calor y dismenorrea desde el segundo embarazo.

En las imágenes se aprecia la cateterización con un catéter Simmons 1 de la vena renal izquierda en la angiografía sin sustracción (imagen 1), con microcatéter de 2,8 la vena gonadal en la imagen angiográfica sin sustracción con "Smart prep" (imagen 2). Embolización con coils de la vena gonadal en toda su longitud en las imágenes con sustracción (3) y sin sustracción (4), con resolución del reflujo.

Plug

- Ventajas:
 - Oclusión rápida y eficaz del vaso.
 - Menor número de dispositivos necesarios.
 - Liberación controlada y reposicionable.
 - Bajo riesgo de migración.
- Inconvenientes:
 - Coste elevado por dispositivo.
 - No trata bien colaterales pequeñas
 - Reduce número de dispositivos.

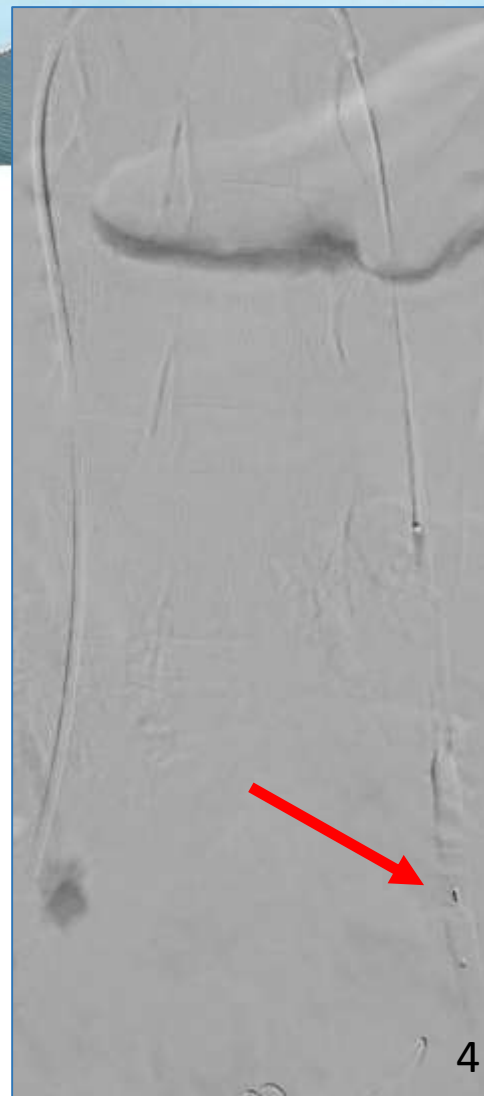
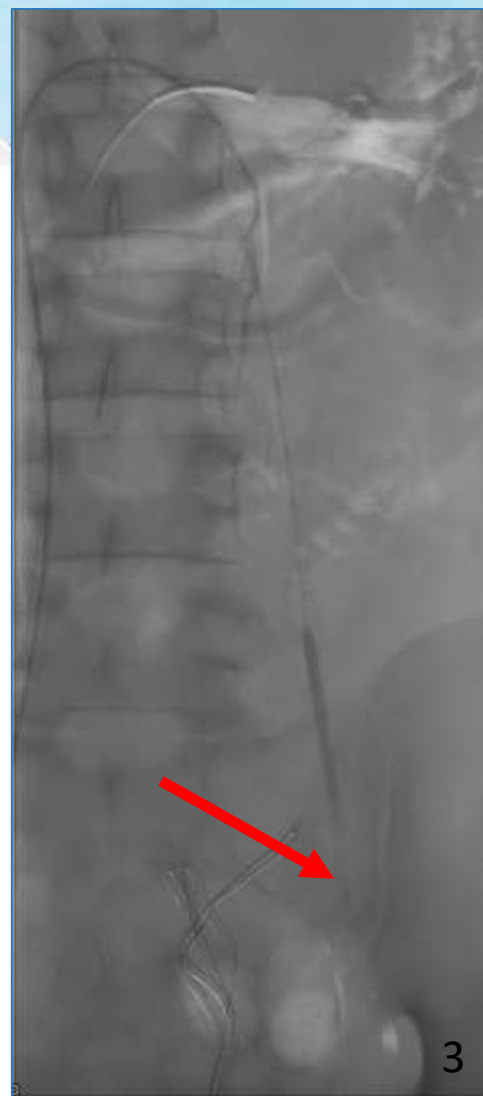


Paciente de 43 años y múltipara con sensación de pesadez pélvica, dispaurenia y dismenorrea.

Se aprecia una vena gonadal izquierda muy dilatada e insuficiente en la angiografía con sustracción, cateterizada con un catéter Simmons 1 (imagen 1)). Embolizamos con un microplug distal (flecha) visto en la angiografía con sutración (imágenes 2 y 3). Posteriormente colocamos un plug tipo Amplatzer a través de un introductor (flecha abierta) en la imagen 3. En en el control angiográfico sin y con sutración (imagen 4 y 5) se confirma la ausencia de reflujo de contraste.

Técnicas combinadas. Coils o plug + agentes líquidos.

- Ventajas:
 - Oclusión más completa del sistema venoso.
 - Menor tasa de recanalización.
 - Permite tratar tronco principal y colaterales.
- Inconvenientes:
 - Mayor complejidad técnica.
 - Procedimiento más largo.
 - Mayor coste global.



Paciente de 52 años y múltipara con varices vulvares desde su último embarazo hace 15 años, que va a peor. Sensación de pesadez pélvica. Se aprecia una vena gonadal izquierda no demasiado dilatada, pero insuficiente en la angiografía sin sustracción, cateterizada con un catéter cobra1 (imagen 1) y posterior paso de un microcatéter (imagen 2). Embolizamos con un microplug distal (flecha) visto en la angiografía sin y con sustracción (imágenes 3 y 4) y a la salida del microcatéter, administración de polidocanol al 1,5%, disuelto en contraste que no progresa distal a plug (imagen 3). En el control angiográfico (imagen 5) se objetiva la ausencia de paso de contraste refluído.

Agentes líquidos. NBCA o esclerosantes

- Ventajas:
 - Oclusión de colaterales venosas pequeñas
 - Muy eficaces en redes venosas complejas
 - Menor cantidad de material necesario.
- Inconvenientes:
 - Menor control durante la inyección.
 - Riesgo de embolización no deseada, razón por la que preferimos no utilizar esta técnica.
 - Técnica dependiente de la experiencia del operador.

Complicaciones

- Generalmente poco frecuentes:
 - Dolor postembolización tipo dismenorrea, autolimitado y normalmente muy controlable.
 - Migración de coils (infrecuente), generalmente prevenibles con sobredimensionamiento del dispositivo y utilizando liberación controlada.
 - Trombosis venosa (vena gonadal o territorios adyacentes), muy rara.

Resultados literatura

- Éxito técnico >95% en la mayoría de las series publicadas.
- Mejoría clínica 70–90% durante el primer año de seguimiento.
- Baja tasa de complicaciones. Generalmente son menores y autolimitadas.
- Recurrencia sintomática en un 10-20% de los casos a un año, relacionada con colaterales venosas no tratadas o recanalización.

Ventajas

- Procedimiento mínimamente invasivo.
- Recuperación rápida y corta estancia hospitalaria.
- Alta eficacia clínica en la mejoría de los síntomas.
- Baja tasa de complicaciones.
- Alternativa segura frente a tratamientos quirúrgicos más invasivos.

Limitaciones

- Variabilidad anatómica que puede dificultar la cateterización selectiva.
- Posible recurrencia (ya comentado).
- Dependencia de la experiencia del operados y de la técnica utilizada, aunque en general es un procedimiento muy sencillo.
- Necesidad de adecuada selección de pacientes para obtener unos buenos resultados.

Conclusiones

- El síndrome de congestión pélvica es frecuente e infradiagnosticada.
- La embolización venosa constituye un tratamiento seguro y eficaz, mínimamente invasivo y con alta tasa de éxito técnico.
- El radiólogo intervencionista desempeña un papel clave en el diagnóstico y tratamiento de esta entidad.

Bibliografía

1. Laborda A, Medrano J, de Blas I, et al.

Endovascular treatment of pelvic congestion syndrome: long-term follow-up evaluation.

Cardiovasc Intervent Radiol. 2013.

2. 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.

3. Kwon SH, Kim MJ, Chung JW, et al.

Pelvic congestion syndrome treated with ovarian vein embolization: clinical outcome and predictors of treatment success.

J Vasc Interv Radiol. 2007.

4. Brown CL, Rizer M, Alexander R, Sharpe EE.

Pelvic congestion syndrome: systematic review of treatment success.

Semin Intervent Radiol. 2018.

5. Guirola JA, Sánchez-Ballestin M, Sierre S, et al.

Pelvic congestion syndrome: current perspectives on diagnosis and treatment.

J Clin Med. 2020.