



## TROMBOSE DE VARIZES PÉLVICAS NA GESTAÇÃO: UM RELATO DE CASO

### PELVIC VARICOSE VEIN THROMBOSIS IN PREGNANCY: A CASE REPORT

## Autores

Giovanna de Oliveira Silva<sup>1</sup>  
 Luciana Fernandes Castro<sup>1</sup>  
 Caroline Ribeiro de Castro e Sousa<sup>1</sup>  
 Layla Pereira Freire<sup>1</sup>  
 Tulio Rezende Pimental<sup>1</sup>  
 Pamela Morlin de Araújo<sup>1</sup>  
 Paula Giovanna Branco Zago<sup>2</sup>

## Resumo

**Introdução:** A Síndrome da Congestão Venosa Pélvica é caracterizada pela presença de varizes pélvicas, ocasionando dor pélvica crônica e outros sintomas como dispareunia e sensação de “peso” pélvico. O diagnóstico é feito através de história clínica, exame físico detalhado e exames de imagem. Dentre as SCVP, as varizes pélvicas em topografia do ligamento redondo são pouco frequentes e tendem a manifestar em gestantes. **Objetivo:** Apresentar um relato de caso sobre varizes pélvicas na topografia do ligamento redondo em paciente gestante, assim como evidenciar seu quadro clínico, diagnóstico, riscos e tratamento, com base na literatura científica do assunto. **Relato de caso:** G.O.N, 28 semanas e 6 dias de gestação, iniciou um quadro de queimação em região inguinal, com percepção de abaulamento ao exame físico. Posteriormente, com 34 semanas e 2 dias a paciente teve persistência da dor em região inguinal com irradiação para o membro inferior direito. Solicitou-se exames de imagem para elucidação do diagnóstico, onde foi detectado varicosidades em localização do ligamento redondo a direita. Diante do quadro, foi decidido iniciar uma nova abordagem terapêutica para a paciente. Perante o exposto, a paciente foi submetida a uma cesárea eletiva com 38 semanas e 2 dias de gestação, apresentando alterações clínicas e radiológicas no pós parto. **Considerações finais:** O caso demonstra a importância de realizar o acompanhamento médico de pré-natal para descoberta precoce de alterações vasculares e possibilidade de evitar complicações ao binômio materno-fetal.

**Palavras-chave:** Gestação, Varizes Pélvicas, Trombose.

## Filiação

<sup>1</sup> Acadêmico do Curso de Medicina, Universidade de Uberaba, Uberaba (MG), Brasil.

<sup>2</sup> Docente da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia, Curso de Medicina, Universidade de Uberaba (MG), Brasil

## Autor Correspondente

Paula Giovanna Branco Zago  
 Universidade de Uberaba  
 Av. Nenê Sabino, 1801, Bairro Universitário  
 Cep 38.055-500.  
 Uberaba MG, Brazil  
 E-mail: drapaulagzago@gmail.com

## Abstract

**Introduction:** Pelvic Venous Congestion Syndrome (PVCS) is characterized by the presence of pelvic varicose veins, causing chronic pelvic pain and other symptoms such as dyspareunia and a feeling of pelvic “heaviness”. Diagnosis is made through clinical history, detailed physical examination, and imaging exams. Among the PVCS, pelvic varicose veins in the round ligament topography are infrequent and tend to manifest in pregnant women. **Aim:** To present a case report about pelvic varicose veins in the topography of the round ligament in a pregnant patient, as well as to show its clinical picture, diagnosis, risks, and treatment, based on the scientific literature on the subject. **Case report:** G.O.N, 28 weeks and 6 days of gestation, started a condition of burning in the inguinal region, with the perception of bulging on physical examination. Afterward, at 34 weeks and 2 days, the patient had persistent pain in the inguinal region, radiating to the right lower limb. Imaging exams were requested to elucidate the diagnosis, where varicosities were detected in the right round ligament. Given this situation, it was decided to start a new therapeutic approach for the patient. In light of the above, the patient underwent an elective cesarean at 38 weeks and 2 days of gestation, with clinical and radiological changes in the postpartum period. **Final Considerations:** The case demonstrates the importance of performing prenatal medical care for the early discovery of vascular alterations and the possibility of avoiding complications to the maternal-fetal binomial.

**Keywords:** Pregnancy, Pelvic Varicose Veins, Thrombosis.

## INTRODUÇÃO

A Síndrome da Congestão Venosa Pélvica (SCVP), de acordo com Galego et al. (2015)<sup>1</sup>, é caracterizada pela presença de varizes pélvicas, que podem ocasionar dor pélvica crônica, sendo mais comum em mulheres multíparas na menacme, e de formação comum em torno do ligamento redondo.

Em relação à prevalência das varizes na região do ligamento redondo (VLR), sabe-se que são raras e com precisão desconhecida. Segundo Bastos et al. (2010)<sup>2</sup>, há uma relação diretamente proporcional entre incidência e idade. De acordo com García-Paredes et al. (2017)<sup>3</sup>, os estudos de McKenna (2008)<sup>4</sup> e Kyeong (2014)<sup>5</sup> revelaram respectivamente a ocorrência de tal patologia em 5:3.816 gestantes e em 26 casos descritos na literatura inglesa. Ainda sobre a incidência, Buch et al.<sup>6</sup>, descreveram uma relação de 1:1.000 – 3.000 gestantes com VLR. Acrescentou ainda que é incomum tal varicosidade surgir em primíparas, já que o aumento do útero empurra as estruturas para a periferia (Andriessen et al., 2009)<sup>7</sup>.

O diagnóstico da SCVP é realizado por uma história clínica e exame físico detalhados, sendo o principal achado a dor pélvica crônica. A investigação vascular não invasiva é composta por estudo de imagem ecográfica vascular e endovaginal. Posterior ao diagnóstico, a conduta básica durante a gravidez é conservadora e, caso haja complicações, a abordagem cirúrgica pode ser indicada.

Como influência para o surgimento das VLR, temos a gestação como um dos principais fatores contribuintes para tal patologia. Além dela, há alguns mecanismos envolvidos que seriam o aumento do retorno venoso e da volemia, junto a elevação nos níveis de progesterona que ocorrem fisiologicamente na gestante. Com isso, ocorre uma vasodilatação venosa acrescida de um relaxamento da musculatura lisa do vaso. Ainda pode ser associado ao aumento da pressão na cavidade interna e compressão extrínseca que pressiona as veias, devido ao tamanho do útero gravídico<sup>3</sup>.

De acordo com Lima et al. (2020)<sup>8</sup> a SCVP pode ter etiologia multifatorial, subdividindo-a em dois fatores. Primeiramente, temos os pacientes com predisposição genética que correspondem a 50% daqueles com varizes. Eles podem apresentar um tipo de incompetência valvular devido a agenesia da válvula ou por uma válvula com defeito, que somados a fatores já citados como a influência da volemia e progesterona, causam um fluxo retrógrado. Um dos genes envolvidos seria o FOXC2 que é essencial para o adequado desempenho das válvulas venosas. Ainda nesse estudo, foi mostrado que mutações no TIE2, NOTCH3, receptor do transformador do fator  $\beta$  de crescimento e na trombomodulina estão envolvidos na formação de varicosidades. Em seguida, as anormalidades anatômicas venosas também são um fator para ocorrência de SCVP.

De modo geral, as veias de drenagem ao serem comprimidas mecanicamente causam um fluxo retrógrado para os vasos pélvicos, que ocasionam também a SCVP. Exemplo deste mecanismo é o que se observa na síndrome de quebra-nozes (SQN), síndrome de May-Thurner (SMT), endometriose, fibromas, leiomiomas uterinos, aderências pós-operatórias, tumores mesentéricos, tumores ovarianos e mola hidatiforme.<sup>8</sup>

Anatomicamente, as varizes pélvicas na região onde foi descrito o caso surgem, de modo geral, graças aos mecanismos citados anteriormente que se ampliam até o ligamento redondo, proveniente da veia gonadal, atravessando o canal inguinal e resulta na tortuosidade venosa.<sup>7</sup>

Segundo Correa et al (2019)<sup>9</sup>, a apresentação clínica do paciente que apresenta varizes pélvicas no ligamento redondo pode variar dependendo de cada paciente, tendo como sintomas dor pélvica, dispareunia, dismenorreia, irritação vesical e

sensação de “peso” pélvico. Além disso, ao exame físico podem ser visualizadas as varizes pélvicas, as varicosidades vulvares e de membros inferiores associadas ou não ao ligamento redondo. Ressalta-se ainda que, de acordo com Copete et al (2010)<sup>10</sup>, o paciente pode apresentar uma massa inguinal que associa à sensação de desconforto abdominal. Ademais, conforme Huang et al (2012)<sup>11</sup>, essa massa inguinal pode ser diagnosticada de forma equivocada como uma hérnia inguinal.

De acordo com Oliveira et al. (2012)<sup>12</sup> o diagnóstico de SCVP é iniciado por história clínica detalhada e exame físico minucioso, incluindo exame ginecológico e perianal. A propedêutica vascular não invasiva inclui estudo ecográfico vascular, utilizando eco-Doppler colorido abdominal/pélvico transparietal (avaliação do eixo ilíaco, cava e renal) e endovaginal (avaliação pélvica) associado ao estudo ecográfico dos membros inferiores.

A medida de dilatação de veia pélvica associada a dor pélvica é variável, sendo 4 mm considerada normal, 4-8 mm associada com refluxo assintomático, e > 8 mm associada com refluxo e sintomas. Assim, são critérios para o diagnóstico de varizes pélvicas a visualização de veias ovarianas dilatadas, com diâmetro superior a 8 mm, e de veias parauterinas > 5 mm, e também a presença de refluxo durante a manobra de Valsalva. A ressonância magnética e a angiotomografia apresentam maior sensibilidade para o diagnóstico da SCVP, além de permitirem a avaliação concomitante da presença de outras síndromes venosas compressivas abdominais. Todavia, como são realizados com o paciente em decúbito dorsal, a extensão e o diâmetro da rede de colaterais pélvicas e a dilatação da veia ovariana podem ser subestimados. Confirmado o diagnóstico de SCVP e insuficiência venosa crônica dos membros inferiores, o tratamento clínico é instituído com farmacoterapia, elastocompressão, fisioterapia e medidas posturais. Nos casos refratários, o tratamento invasivo está indicado através de microcirurgias ou embolização.<sup>9</sup>

A presença de múltiplas veias dilatadas passando pelo canal inguinal, veias drenando para a veia epigástrica inferior, e ausência de alça intestinal ou linfadenopatia em massa inguinal são critérios característicos no Us doppler de varizes do ligamento redondo, pois estas podem ser diagnosticados erroneamente como hérnias inguinais. Após o diagnóstico, o manejo básico durante a gravidez é conservador, pois a anestesia e a cirurgia podem precipitar o parto e as varizes irão se resolver espontaneamente durante o período de pós-parto, no qual a obstrução venosa pélvica pelo útero grávido é aliviada. No entanto, deve haver o monitoramento rigoroso e crítico, devido ao risco de ruptura ou trombose aguda das varizes. Quando a ruptura ou trombose não podem ser descartadas clinicamente, a cirurgia deve ser realizada o mais rápido possível para evitar hemorragias maiores e garantir a segurança da mãe e feto. A ruptura das varicosidades uterinas é rara, e pode mimetizar o descolamento prematuro da placenta, ruptura do útero, apendicite, ruptura esplênica e obstrução intestinal.<sup>11</sup>

Segundo Wingeyer et al. (2017)<sup>13</sup>, a trombose na gestação causa alteração da circulação materno-fetal e insuficiência placentária, que pode levar a aborto espontâneo, desprendimento placentário, restrição de crescimento intrauterino e pré-eclâmpsia.

Assim, sendo o objetivo desse trabalho foi apresentar um relato de caso sobre varizes pélvicas na topografia do ligamento redondo em paciente gestante, assim como evidenciar seu quadro clínico, diagnóstico, riscos e tratamento, com base na literatura científica do assunto.

## APRESENTAÇÃO DO CASO

G.O.N, 35 anos, G1P0A0, 28 semanas e 6 dias de gestação, iniciou quadro de dor em queimação em região inguinal, com

percepção de abaulamento ao toque pela própria paciente. A suspeita inicial era de hérnia inguinal à direita, mas não havia alterações no exame físico. Paciente negava sintomas semelhantes antes da gestação. Em relação aos hábitos e condições de vida, praticava exercícios físicos diariamente, negava tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas. Utilizou anticoncepcional combinado oral por 8 anos. Negava história familiar de trombose, trombofilias e coagulopatias. Realizou varicectomia de membros inferiores (MMII) há 1 ano.

Com 34 semanas e 2 dias de gestação, paciente compareceu ao atendimento médico com persistência da dor inespecífica na região inguinal, com irradiação para todo o membro inferior direito, sem sinais flogísticos, ainda com percepção do abaulamento, mas não visualizado no exame físico. Assim, foi solicitada Ultrassonografia (US) pélvica da região inguinal direita com estudo Doppler (13/01/2021), no qual foram detectadas varicosidades em topografia do ligamento redondo à direita, parcialmente trombosadas e estudo negativo para hérnia inguinal direita (figura 1). Paciente foi encaminhada imediatamente para internação e para acompanhamento com a hematologia, dando início ao tratamento com dose terapêutica de enoxaparina sódica 60 mg de 12 em 12 horas devido a trombo em varizes pélvicas, até 30 dias pós-parto, e posterior investigação

fora do período gestacional. Após a primeira dose da medicação, a gestante já apresentou alívio da dor.

Paciente foi submetida a parto cesárea eletivo com 38 semanas e 2 dias de gestação (06/02/2021), sem intercorrências. Após o parto, foi mantida a enoxaparina sódica por mais 2 semanas na mesma posologia e, posteriormente, foi ajustada a dose para 30 mg, aplicada apenas uma vez ao dia. Puérpera retornou ao consultório 5 dias após o parto, com hematoma e drenagem de sangue pela ferida cirúrgica, sendo resolvido com drenagem manual, compressa e gelo.

Em relação aos achados radiológicos posteriores ao parto, todos no dia 23/02/2021, o US superficial de parede abdominal evidenciou coleção profunda à cicatriz operatória, provável seroma/hematoma. Já o US de abdome total mostrou hepatopatia de depósito leve, de provável etiologia gordurosa (esteatose). Dessa forma, o US doppler de MMII demonstrou ausência de sinais ecográficos, sugestivos de trombose venosa superficial ou profunda nos segmentos venosos estudados.

Por fim, repetiu exames de US com doppler 4 semanas após o parto, tendo como resultado ausência de sinais ecográficos de trombose venosa superficial ou profunda nos vasos pélvicos e de membros inferiores, reduzindo assim a dose da enoxaparina. Atualmente, nega presença de abaulamento doloroso em região inguinal e demais alterações.

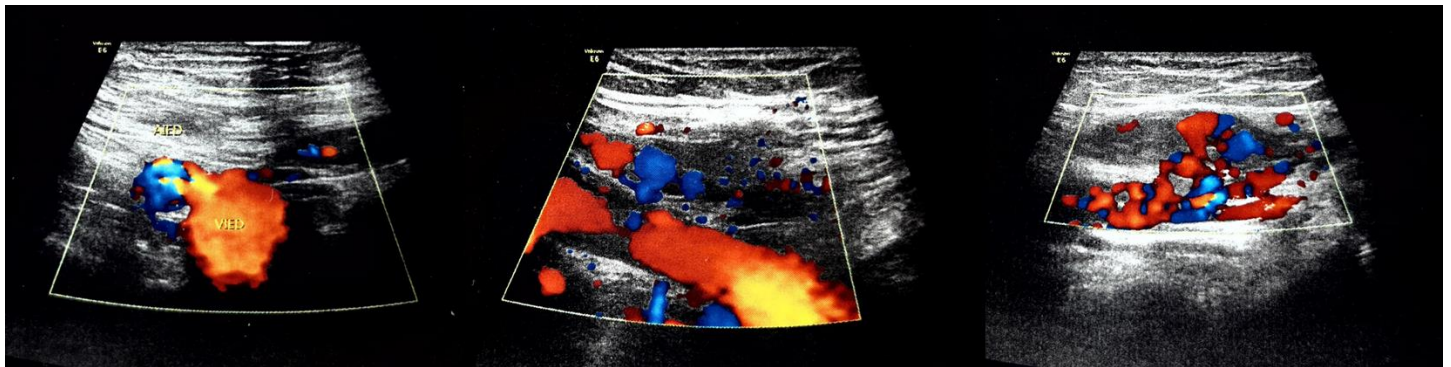


Figura 1: Representação do exame de ultrassonografia pélvica da região inguinal direita com estudo Doppler.

## DISCUSSÃO

A Síndrome da Congestão Venosa Pélvica é caracterizada pela presença de varizes pélvicas, que acarretam dilatação e estase venosa dos órgãos da pelve, podendo ocasionar dor pélvica crônica<sup>1</sup>. As varizes pélvicas são mais comuns em mulheres multíparas na menacme e, geralmente, desaparecem durante o climatério. Isso ocorre porque a disfunção venosa apresenta como fatores centrais o aumento da pressão abdominal e fatores hormonais, pois o estrógeno induz dilatação seletiva das veias ovariana e uterina durante a gravidez, colocando maior estresse nas válvulas.<sup>9</sup> Em relação ao caso apresentado, nota-se que a gestante não está entre os casos mais comuns de SCVP, pois se trata de uma primípara.

A SCVP pode ser definida como uma dor pélvica crônica, ou seja, há mais de 6 meses, em associação com varizes perineais ou vulvares, decorrentes do refluxo venoso ou obstrução das veias gonadais, glúteas ou periuterinas, sendo diagnosticada principalmente na terceira e quarta décadas de vida.<sup>9</sup> Ascituo et al. (2009)<sup>14</sup>, em seu estudo sobre varizes pélvicas, demonstrou que as veias gonadal esquerda e íliaca interna direita são as mais acometidas, e na maioria das vezes, a incompetência de duas ou mais veias. A SCVP, em alguns casos, pode estar relacionada com o aparecimento de varizes dos membros inferiores, varizes em topografias atípicas ou recidiva precoce.<sup>12</sup>

As varizes em região do ligamento redondo são pouco frequentes e tendem a se manifestar em mulheres gestantes, como uma massa inguinal, normalmente no terceiro trimestre de gestação. O ligamento redondo, em sua localização anatômica, se estende da parede lateral do útero, bilateralmente, aos lábios maiores, e contém artérias, veias, vasos linfáticos e nervos. Dessa forma, durante a gestação, vários eventos condicionam que as veias do ligamento redondo se tornem varicosas. O primeiro é o fato de que existem receptores fisiológicos de progesterona nas veias do ligamento redondo, e durante a gestação, os níveis de progesterona aumentam, tendo como resultado um aumento do estímulo para dilatação desses vasos.<sup>10</sup> Além disso, durante a gestação, diminui-se o tônus e aumenta o retorno venoso, devido ao crescimento uterino, que causa compressão das veias pélvicas.<sup>4,10</sup>

Segundo Lee et al. (2010)<sup>15</sup>, as varizes em topografia do ligamento redondo são raras durante a gestação e podem ser confundidas, especialmente, com hérnias inguinais, uma vez que apresentam o mesmo quadro clínico. Além disso, há outros diagnósticos diferenciais mais raros, como cistos mesoteliais, linfadenopatias, endometriose e lipoma subcutâneo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso relatado demonstra a importância de realizar o acompanhamento de pré-natal para descoberta precoce de

alterações nos exames médico e complementares, para que assim, a paciente tenha as orientações adequadas quanto ao caso. Também põe em evidência que a apresentação de varizes na localização do ligamento redondo é rara em primigestas e há poucos relatos na literatura. Portanto, viemos por meio deste relato de caso contribuir para o acervo bibliográfico sobre as varizes pélvicas e nortear ações terapêuticas em casos semelhantes.

## REFERÊNCIAS

- 1 Galego GD, Silveira PG, Bortoluzzi CT, Franklin RN, Ronchi TM. Síndrome da Congestão Venosa Pélvica e resultados do tratamento endovascular: série de casos. *Jornal Vascular Brasileiro*. Set 2015;14(3):262-6. Available from: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.0085>
- 2 Bastos Francisco, et al. Varizes pélvicas. *Flebología Y Linfología - Lecturas Vasculares* [Internet]. 2010 septiembre-diciembre;(15):905-910. Available from: [http://www.sflb.com.ar/revista/2010\\_05\\_15-03.pdf](http://www.sflb.com.ar/revista/2010_05_15-03.pdf)
- 3 García-Paredes Luis, et al. A Case of Round Ligament Varices Presenting in Pregnancy. *American Journal of Case Reports* [Internet]. 2017 Nov 10;18:1194-1197. DOI 10.12659/ajcr.905753. Available from: <https://www.amjcaserep.com/abstract/index/idArt/905753>
- 4 McKenna, D A et al. "Round ligament varices: sonographic appearance in pregnancy." *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* vol. 31,3 (2008): 355-7. doi:10.1002/uog.5271
- 5 Ryu, Kyeong Hwa, and Jung-Hee Yoon. "Ultrasonographic diagnosis of round ligament varicosities mimicking inguinal hernia: report of two cases with literature review." *Ultrasonography (Seoul, Korea)* vol. 33,3 (2014): 216-21. doi:10.14366/usg.14006
- 6 Buch, Kerri E et al. "Management of hernias in pregnancy." *Journal of the American College of Surgeons* vol. 207,4 (2008): 539-42. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2008.04.030
- 7 Andriessen MJ, et al. Round ligament varicosities mimicking inguinal hernia during pregnancy. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2009 Feb 01;208(2):321. DOI 10.1016/j.jamcollsurg.2008.11.003. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19228550/>.
- 8 Lima MF, Lima IA, Oliveira VH. Tratamento endovascular de síndrome congestiva venosa pélvica em paciente com duplicação de veia cava inferior e anatomia venosa pélvica incomum: revisão bibliográfica. *Jornal Vascular Brasileiro* [Internet]. 2020;19(e2019001710.1590) DOI 10.1590/1677-5449.190017. Available from: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190017>
- 9 Corrêa MP, Bianchini L, Saleh JN, Noel RS, Bajerski JC. Síndrome da congestão pélvica e embolização de varizes pélvicas. *Jornal Vascular Brasileiro* [Internet]. 2019;18(e20190061). DOI 10.1590/1677-5449.190061. Available from: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190061>.
- 10 Copete MC, Ruiz MC, Yanez RJ, Lopes LH. Varices en el ligamento redondo. *Radiología* [Internet]. 2010 Feb ;52: 81-84. DOI:10.1016/j.rx.2009.11.003. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2009.11.003>
- 11 Huang Y, Zhu J, Liu F, Hu B. Round Ligament Varicosities Associated with Uterine Varicosities in Pregnancy: A Case Report. *Journal of Clinical Ultrasound*[Internet]. 2013 Jan,41:10-14. DOI:10.1002/jcu.22038. Available from: <https://doi.org/10.1002/jcu.22038>
- 12 Oliveira FA, Amorelli CE, Campedelli FL, Barreto JC, Barreto MC, Silva PM, Meirelles FL. Tratamento da congestão pélvica associada a varizes dos membros inferiores: relato de uma pequena série de casos. *Jornal Vascular Brasileiro* [Internet]. 2012,11:62-66. DOI:10.1590/S1677-54492012000100011. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1677-54492012000100011>
- 13 Wingeyer SP, Aranda F, Udry S, Lantino J, Larranaga G, Trombophilia hereditaria y pérdidas de embarazo. Estudio de una cohorte de Argentina. *Medicina Clinica* [Internet]. 2017.152: 249-252. DOI:10.1016/j.medcli.2017.12.019. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.12.019>
- 14 Ascianto, G., Ascianto, K.C., Mumme, A., & Geier, B. Pelvic venous incompetence: reflux patterns and treatment results. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* [Internet], 2009. 38(3):381-386. DOI:10.1016/j.ejvs.2009.05.023. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2009.05.023>
- 15 Lee W, Chung JW, Jae HJ, Park EA, Jin KN, Shin C, Park JH. Unusual causes of varicose veins in the lower extremities: CTvenography and Doppler US findings. *Radiographics* [Internet]. 2009 Mar; 29:525-536. DOI:10.1148/rg.292085154. Available from: <https://doi.org/10.1148/rg.292085154>