

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

REITOR - PROF. DR. ZEFERINO VAZ

Coordenador Geral da Universidade - Prof. Paulo Gomes Romeu

Coordenador Geral das Faculdades - Prof. Antonio Augusto de Almeida

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Diretor	Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti
Departamentos	Professores:
Anatomia Patológica	José Lopes de Faria
Clínica Médica	Silvio dos Santos Carvalhal
Cirurgia	Marcel Cerqueira Cesar Machado
Tocoginecologia	José Aristodemo Pinotti
Pediatria	José Carneiro Leão
Medicina Preventiva e Social	Miguel Ignácio Tobar Acosta
Neurologia	Oswaldo de Freitas Julião
Oftalmologia	Antonio Augusto de Almeida
Otorrinolaringologia	Gabriel de Oliveira Silva Pôrto
Ortopedia	João Delfino M. B. Alvarenga Rossi
Medicina Legal	Manuel Pereira
Psicologia e Psiquiatria	Aníbal C. Silveira

EDUARDO LANE

A FLEBOGRAFIA PÉLVICA E O QUADRO CLÍNICO DA "SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA"

TESE DE DOUTORAMENTO apresentada à
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Campinas, São Paulo, 1972

EDUARDO LANE

A FLEBOGRAFIA PÉLVICA E O QUADRO CLÍNICO DA "SÍNDROME DE
CONGESTÃO PÉLVICA".

TESE DE DOUTORAMENTO apresentada à
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Campinas, São Paulo, 1972.

This I believe that the visualisation of the venous drainage of the uterine and ovarian veins is an extremely important development and much more work needs to be done.

It is only in this way that a more precise understanding of the relationship between demonstrable varices in the pelvis and symptomatology can be had.

I wish there were other groups interested in this problem.

NICHOLSON J. EASTMAN

=1965=

ÍNDICE

CAPÍTULO I	PAG.
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO II	
SÍNTESE BIBLIOGRÁFICA	5
CAPÍTULO III	
MÉTODO	31
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	53
CAPÍTULO V	
DISCUSSÃO	116
CAPÍTULO VI	
CONCLUSÃO	121
CAPÍTULO VII	
BIBLIOGRAFIA	122

O ginecologista, ao exercer a sua ciência e prática de medicina, encontrará indubitavelmente pacientes, em torno de seus 30 a 40 anos, mães de vários filhos, com queixa de dores em geral de localização pouco precisa, mas sempre apontadas como situadas na região pélvica, ora no hipogástrico, ora nas fossas ilíacas, irradiando-se para a região lombar e a face interna das coxas, agravando-se com o coito e nas horas a este subsequentes, dor acompanhada de mastalgia, hipermenorréia, polaciúria, prurido vulvar, leucorréia. As dores ficam mais pronunciadas no período vespertino e melhoram no decúbito dorsal e no período menstrual. Referem as pacientes muitas vezes tensão pré-menstrual e intensificação da dor neste período. É este o quadro típico das "crônicas do baixo ventre", de CROTTOGINI (41) e a "hete noire" do ginecologista, de que fala BENSON (17), portadoras de um grande polimorfismo sintomático, conforme menção de TOPOLANSKI-SIERRA (143), de diagnóstico impreciso, e segundo TAYLOR (138), considerados num quadro sindrômico denominado "Síndrome de Congestão Pélvica", denominação essa que passamos a adotar neste trabalho.

Diante de um quadro de tal dificuldade diagnóstica como este, o médico ginecologista, em vista do polimorfismo de sinais e a ausência de substrato anátomo-patológico palpável, poderia se consolar e receber recursos para a solução do problema, recorrendo à literatura em procura dos dados que lhe permitissem fazer diagnóstico mais preciso e aplicar a terapêutica apropriada a qual iria pôr termo ao sofrimento de sua paciente e trazer tranquilidade ao seu espírito demonstrando a sua habilidade na ciência de curar. Para sua surpresa e decepção não encontrará porém tão facilmente a informação de que necessita para mal tão frequente e aparentemente banal como este, pois a extensa literatura é entretanto bastante confusa e imprecisa. Notará que existem publicações sobre o assunto há mais de um século, e perceberá que os autores discordam já de início do nome a ser dado a esta condição, entidade clínica ou quadro sindrômico. E então o nosso bem qualificado e atualizado ginecologista, dirá à sua paciente que o mal não é doença, mas sim uma alteração no funcionamento do seu sistema neuro-endócrino, repercutindo sobre o sistema vascular pélvico, e prescreverá, nesta era moderna, um tranquilizante e ela deixará o seu consultório, com a mesma face de sofrimento, sem um alívio para sua dor e uma

esperança para o futuro.

Esta pequena história poderá ser acrescida de detalhes de muitos casos em que os dramas da vida particular, da vida conjugal e da vida doméstica, se repetem nas mulheres infelizes que apresentam sintomatologia semelhante a esta, e se não fôsse esta uma tese apresentada para doutoramento, com finalidade de avaliação de um método diagnóstico, poderíamos nos estender na descrição dos vários aspectos psicológicos e sociais do problema. Entretanto, diante da existência de quadro clínico tão frequente e da pouca informação satisfatória sobre a sua etiopatogenia e conseqüente terapêutica, nós nos propusemos a tentar esclarecer a dificuldade, apresentando os resultados de um método radiológico que possivelmente permitirá diagnóstico mais seguro e conduta mais adequada, e conseqüentemente menor possibilidade de erros e incursões terapêuticas tanto clínicas como cirúrgicas cheias de insucessos, como ocorre frequentemente nestes casos.

Diante do problema, sentimos como FERGUSON (62) em 1859, (citado por THEOBALD (140) em seu trabalho sobre dor pélvica) que em geral os sintomas são semelhantes aos processos inflamatórios, porém sem nenhum de seus sinais; afirma FERGUSON (62) "em nenhuma origem floxística posso colocar esta doença estranha". De início, encontramos a mesma dificuldade de THEOBALD (140) ao afirmar a pobreza de textos na descrição clara desta afecção frequente do organismo feminino.

No mesmo tom, escreve COMTE (40): a fisiologia patológica dos problemas dolorosos da pequena pelvis feminina "est encare pleine de mystère". MILEE (8) em sua linguagem irreverente no livro sobre dor pélvica na mulher, escreve um pequeno capítulo sobre o fator X na dor pélvica, referindo-se à causa da dor como uma incôgnita. Resumindo seu trabalho sobre a congestão pélvica, CASTAÑO (28), descrevendo o quadro, afirma que a característica da congestão pélvica é a existência de "grandes sintomas subjetivos e pequenos sintomas objetivos".

Despertados pelo comentário do grande mestre da ciência ginecológica, NICHOLSON EASTMAN (53), ao comentar o trabalho de EDLUNDH (54) sobre varicosidades pélvicas, resolvemos nos interessar pela procura de uma solução para o problema. Interessando-nos pelo mé

todo radiológico referido por EASTMAN (53), encaminhamos nossas pesquisas neste sentido. Entretanto, quando tentamos estudar o quadro radiológico do problema, encontramos dificuldade em como estabelecer nos achados radiológicos o que seria normal e o que seria patológico. Poucos trabalhos na literatura procuram relacionar a sintomatologia com a radiologia e tecerem conclusões sobre o valor do método no diagnóstico da afecção. PARR e col. (11) afirmam, contudo, no seu trabalho sobre a flebografia no estudo da congestão pélvica, que: "encontramos uma coincidência perfeita entre a radiografia e a cirurgia, entretanto observamos ligeira discrepância entre a sintomatologia clínica e a radiologia". CHIDEKIL e EDLUNDH (34), em 1968, afirmam que nenhum critério roentgenológico uniforme existe na literatura no diagnóstico de varicosidades pélvicas pelo método da flebografia transuterina. CAMUÑEZ (22), na introdução de seu trabalho completo sobre flebografia pélvica, diz da sua preocupação com os vários problemas que não são resolvidos nos estudos radiológicos e termina fazendo 13 perguntas relevantes quanto ao problema do diagnóstico.

Assim, como clínico, experimentando a realidade do problema e sentindo ausência de elementos suficientes para a elaboração de diagnóstico seguro, propomo-nos a estudar a problemática, comparando os achados clínicos pertinentes ao problema, com os achados radiológicos.

O objetivo que visamos nessa pesquisa é portanto, a comparação dos achados radiológicos da flebografia pélvica obtidos através de método por nós modificado com algumas características variáveis da Síndrome de Congestão Pélvica.

Apresento aqui os meus agradecimentos ao Prof. Dr. Busamara Neme, quem primeiro me incentivou e orientou na organização da pesquisa realizada neste trabalho, enquanto permaneceu na direção do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Ao meu orientador Prof. Dr. José Arisotodemo Pinotti, grande estudioso e entusiástico pesquisador da ciência tocoginecológica agradeço sinceramente seu ânimo, conhecimento e expe

riência, pacientemente dispensado a mim e ao trabalho na elaboração desta tese.

Aos Doutores Rubens Marcondes Pereira, Honório Chimnazzo Júnior, Álvaro Ricardo de Selos Moreira e Sergio Santos Lima estendo meus agradecimentos pela colaboração indispensável da radiologia.

De especial modo sinto-me grato a Dr. Rubens Marcondes Pereira que há vários anos vem me acompanhando com seu interesse e disposição desde a primeira flebografia pélvica realizada que deu motivo a esta tese. Também agradeço ao Prof. Dr. Rubens Murilo Marques pela valiosa ajuda na organização das tabelas e estudo estatístico dos dados levantados, e aos colegas do Departamento de Tocoginecologia, Doutores Jessé de Paula Neves Jorge, Gustavo Antonio de Souza, José Waldemar Junqueira Cleto, José Samara, Pedro Antunes Negrao, Kazue Kawamura, Mariza Zanatta Sarian, Milton Shim-Ithi Nakamura, Gizelda Nogueira de Oliveira Ribeiro, José Carlos Gama da Silva e Airton Rodrigues de Mello - meus sinceros agradecimentos que de uma forma ou de outra me ajudaram.

De uma forma especial meus agradecimentos ao meu mestre e amigo Prof. Dr. Paulo Mangabeira Albernaz pelo trabalho de revisão do texto desta tese, e à minha esposa Nelly Bolliger Lane pela ajuda prestada na organização da bibliografia. Ao Sr. George Glass meus agradecimentos pelo trabalho fotográfico realizado. Às srtas. Vilma Próide, hábil desenhista e Dulcília Soares de Souza competente secretária e datilógrafa meus agradecimentos pela valiosa ajuda.

2 - SÍNTESE BIBLIOGRÁFICA

As primeiras referências na literatura ao problema da dor pélvica na mulher apareceram em 1831 com GOOCH (76) e em 1864 com CHURCHILL (35). Aquele descreve o "útero irritável" como causa de dor pensando ser uma forma de neuralgia do útero, e CHURCHILL (35), além dos sintomas citados por GOOCH (76), acrescenta a dor lombar e a dispareunia, concordando que se tratava de uma forma de neuralgia do útero. Nesta mesma época, ARAN (6), conforme citação de FAURE e SIREDEY (59), aparece com a descrição mais completa então, dando importância à hiperemia dos órgãos pélvicos como causa da dor, mas atribuindo como fator etiológico deste fenômeno a "metrite". COURTY, também citado por FAURE e SIREDEY (59), tenta mostrar as diferenças da congestão pélvica provocada por inflamações simples das de origem neoplásica. É interessante notar que CHURCHILL (35) encarou a congestão, a inflamação, a erosão e a ulceração do colo uterino - como diferentes graus na evolução de uma mesma doença, e não como doenças à parte, descrevendo os seguintes sintomas:

- 1) Dor acompanhada de fraqueza e indisposição ao esforço;
- 2) Sensação de peso na pélvis;
- 3) Efusão sanguínea profusa e prolongada com leucorréia nos intervalos;
- 4) Inflamação reflexa das mamas, da bexiga, dos membros inferiores e dos dedos;
- 5) Alterações locais de órgãos genitais como: congestão, hipertrofia, inflamação, erosão e ulceração;
- 6) Depauperamento do estado geral;
- 7) Infertilidade por abortamentos frequentes.

Ao aparecimento destes sintomas e sinais, CHURCHILL (35)

dêu muita importância, atribuindo-lhe a etiologia desta "moléstia co-mun", aos excessos do coito, notando que a dispareunia era queixa cons-tante. Esta descrição de CHURCHILL (35) é muito semelhante ao que hoje conhecemos como a Síndrome de Congestão Pélvica, descrita por TAYLOR - (138) em 1948.

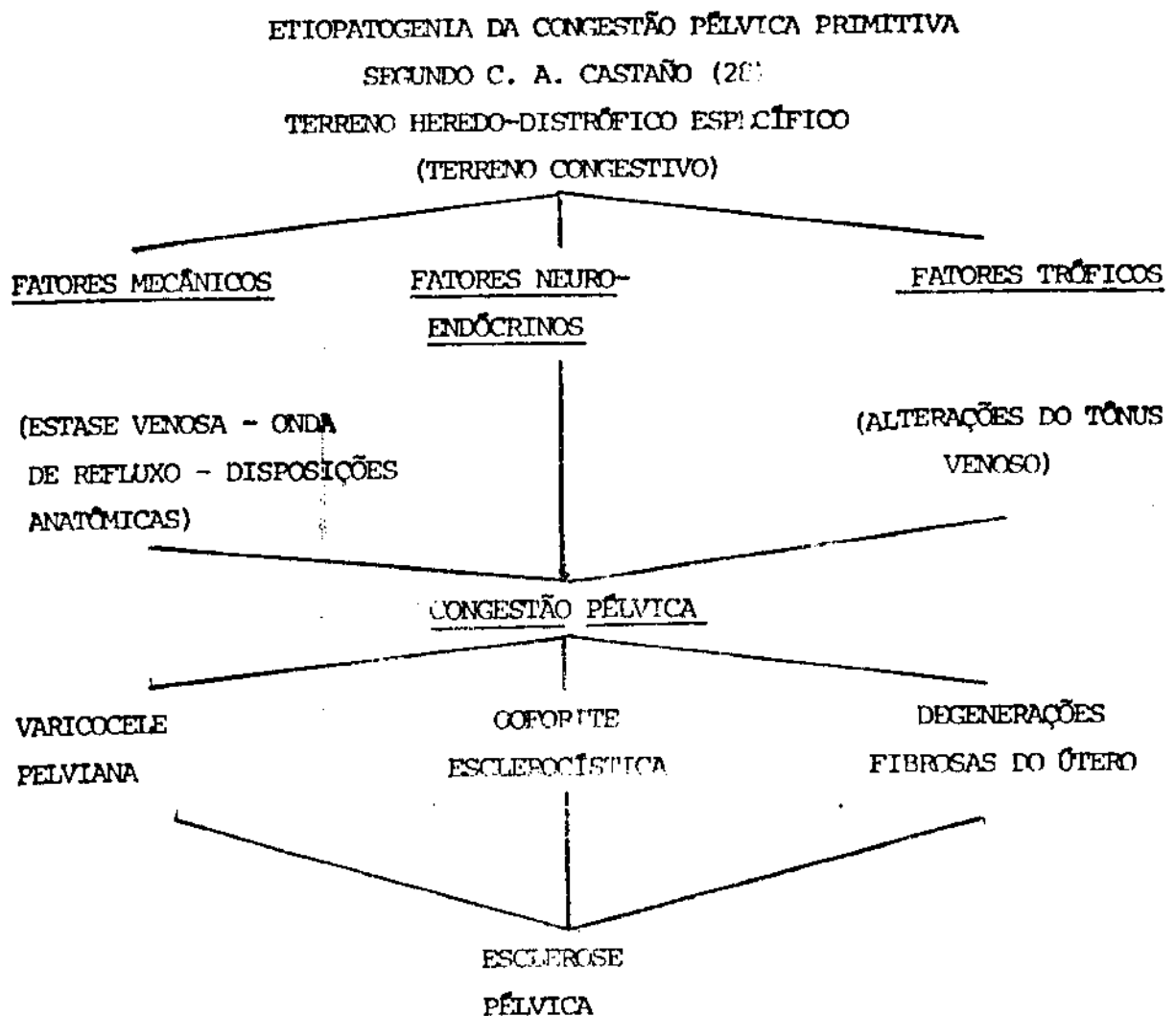
Outros autores descreveram os sintomas e sinais da dor pélvica, imaginando as mais diversas causas. Assim é que, no início deste século, RICHELOT (125), na sua monografia sobre cirurgia do útero, no capítulo sobre congestão e esclerose, procura fazer nítida dis-tinção entre o que chama de "congestão primitiva do útero" e a conges-tão resultante de uma invasão microbiana, isto é, de um processo infla-matório. O mesmo autor associa a este quadro de útero doloroso, alguns sintomas como: dispepsia, neuralgia, enxaqueca, eczema, dores articula-res, acrescentando que em geral se trata de pacientes de linha reuma-tismal ou gotosa e as classifica em geral como "artríticas neuróticas".

MORPAIN (107) e RICHEL (106) posteriormente descre-vem a varicocele feminina como causa de dor e DUDLEY (51) descreve qua-tro casos por ele operados.

Aparece em 1928 o trabalho de COTTE (39). Em seu li-vro "Les troubles fonctionnelles de l'appareil genital de la femme", con-sidera o quadro clínico de dor pélvica como verdadeira entidade clínica, resultante das alterações da integridade das paredes das veias do siste-ma vascular pélvico. A este quadro somam-se fatores físicos e mentais - que provavelmente, sob a influência do sistema endócrino, provocam as alterações conhecidas como congestão pélvica.

Após estas primeiras descrições na literatura, aparecem, já em datas mais recentes, os trabalhos de EMCE (57) FOTHERGILL (66), CASTAÑO (30), MATSON (105) e FERRER e NARIK (60) que dão relevância à existência de varicosidades venosas, como causa de dor. Destacamos o trabalho de CASTAÑO (28), publicado em 1931, resumindo objetivamente o problema, citando aqui suas palavras: "Vinda estamos na era da ginecologia anatômica, apesar dos grandes progressos da patologia e especialmente da neuro-endócrinologia, introduzidos na ginecologia. Entretanto, pro-curamos hoje uma ginecologia funcional, que tente reconhecer o processo inflamatório, a famosa metrite, as anexites e as celulites pélvicas como erros de diagnóstico e de interpretação (grifo nosso). Estes erros são

ometidos diariamente, prejudicando as pacientes, sendo elas rotuladas co mo psicopatas e encaminhadas ao psiquiatra, ou com sintomas digestivos, tra tadas pelo clínico de doenças do estômago, cólon e fígado, ou ainda das vias urinárias, como cistites, neuralgias renais e enviadas ao urologista, sem conseguir alívio para sua dor. Estes sintomas são de origem congestivo pélvico, que marcaram as diversas formas de afecções dos vários aparelhos da "economia humana". CASTAÑO (28) procura conceituar o que chama de "Conges tão Pélvica Primitiva" explicando a sua etiopatogenia de acôrdo com o es quema abaixo, que transcrevemos aqui por acharmos de valor no conceito que atualmente temos na análise do problema pelo diagnôstico radiológico, isto é, as alterações da fisiologia venosa pélvica em consequência a con gestão provocada pelos diversos fatores etiológicos, principalmente os neu ro-endócrinos.



Podemos considerar maior número de trabalhos publicados sobre o assunto a partir de 1930, com as publicações de STAJANO (133), que define a síndrome dolorosa pélvica na mulher, chamando atenção para as "máscaras de la congestión pelviana", assunto este que atualmente ocupa a atenção de vários autores como o trabalho interessante de TAYLOR e colaboradores (74) sob o título de "Identidade feminina e dor pélvica".

Até 1948, o trabalho mais completo publicado foi a monografia de GIOVANNI PAROLI (113), em que a dor abdominal relacionada com obstetrícia e ginecologia é analisada exaustivamente.

YOUNG (153) apresenta em 1951 um trabalho, na Alemanha, chamando atenção à zona de isquemia no quadro de congestão pélvica, que explica a causa da dor. FRANK (67) descreve a retenção hídrica pré-menstrual e procura relacionar a causa com secreções hormonais e posteriormente TAYLOR (137) relaciona a tensão pré-menstrual com a síndrome da congestão e fibrose pélvica. Por esta época, a causa desta retenção hídrica e conseqüente tensão e dor pélvica pré-menstrual já era atribuída aos estrógenos, segundo os trabalhos de GREFINHILL e FREED (77) e ISRAEL (90). Já a esta altura, os nomes sugeridos, tentando explicar as causas da dor são diversos. Assim é que THEODARD (140) publica um trabalho em 1951 com o título de "Síndrome Simpática Pélvica" em que faz completa descrição dos sintomas, afirmando que a dor nem sempre é atribuída à congestão nem ao processo inflamatório crônico dos autores alemães, conhecido como parametrite crônica, e nem a termos vagos como a "espasmofilia genital" de OPITZ (11), mas devido a alterações funcionais, e não a alterações orgânicas dos nervos simpáticos pélvicos. SKAJAA (132) admite como provável patogenia da chamada plexalgia hipogástrica de COTTE (40), uma condição anormal do sistema nervoso autônomo. Em seu trabalho, mos

tra com inúmeras figuras as "zonas hiperálgicas" cutâneas que correspondem aos segmentos da medula espinhal, com as raízes nervosas que formam o plexo hipogástrico, i. é, os segmentos dorsal XI, a lombar I e segmento sacral II a IV, como parte da inervação do útero responsável pela síndrome dolorosa. Anteriormente HEAD (24) já levantara a hipótese de um reflexo víscero-cutâneo como sendo o mecanismo da dor, principalmente os de origem abdominal. Num simpósio sobre dor pélvica realizado em São Francisco em 1946, WILSON e MUSSEY (152) apresentam uma descrição anatômica e fisiológica completa das vias nervosas envolvidas no mecanismo da dor pélvica, principalmente de origem visceral, e fazem a seguinte observação: no diagnóstico da causa da dor pélvica e na avaliação de seu grau, fatores intangíveis (grifo nosso) assim como alterações patológicas nas vísceras devem ser consideradas.

GUERRIERO e STUART (79), em seu trabalho muito elucidativo sobre os plexos nervosos pélvicos em função da dor de origem ginecológicas, também descrevem as áreas desse sintoma como um reflexo víscero-cutâneo e mostram como as vísceras pélvicas estão envolvidas em tecido conjuntivo frouxo, rico em fibras nervosas simpáticas, assim como de nervos somáticos, de modo que qualquer fator de irritação deste tecido conjuntivo provoca dor profunda. MILLER (106), comentando este trabalho, faz uma observação interessante: "cremos que a dor ginecológica, após cuidadosa exclusão de causa patológica orgânica, deve ser considerada como sendo funcional, encontrando neste grupo de pacientes uma incidência alta de alterações psicossomáticas. Então devemos aumentar o nosso interesse na fisiologia do sistema nervoso autônomo, do sistema vascular e do complexo endócrino". Na mesma ocasião em que GUERRIERO (79) estudou este assunto, TAYLOR (138) apresentou seu monumental trabalho intitulado "Congestão Vascular e Hiperemia", esclarecendo todo este aspecto confuso, de idéias impre-

cisas e conceitos nebulosos, sobre a patologia, etiopatogenia e terapêutica da dor pélvica feminina. Deste trabalho surgiu o nome, adotado até hoje por muitos autores: a Síndrome de Congestão e Fibrose Pélvica, também denominada Síndrome de TAYLOR (138). Este trabalho de TAYLOR (138) foi comentado por três eminentes ginecologistas da época (1954), W. C. DANFORD, EDWARD SCHUMANN e LUGWIG EMGE, todos concordes em afirmar a importância da Síndrome, alertando os ginecologistas a se relacionarem em termos desta patologia, adquirindo experiência clínica maior e procurando analisar o problema sobre o prisma: congestão vascular pélvica. Lembravam também que a escola francesa já estava convencida deste fato, principalmente pelos trabalhos de COITE (39). EMGE (58) lembrou que a presença de grandes varicosidades pélvicas, comprometendo principalmente a circulação uterina com sintomas pélvicos de intensidade progressiva por um espaço de anos, poderia sugerir também como sendo um fator adquirido como causa da dor.

Posteriormente ALLEN e MASTERS (5) descreveram 28 casos de laceração traumática do ligamento largo em consequência de trabalho de parto ou partos operatórios; nos seus 28 casos, 6 eram unilaterais e 22 bilaterais tendo apelidado esta entidade clínica de "cervix de junta universal", (universal joint cervix). VARANGOT (148) na França depois relatou 30 casos, com descrição completa do quadro clínico, achados anátomo-patológicos, considerações sobre a etiologia e tratamento. Outros autores AUBERT (9), CARAYON, COLOMAR e RESILLOT (26), CHESHANKOV (32), COMITTI e EMERY (37), DESARMENIEN (47), GAUTIER e VAN KEMMEL (73), JOYEUX e COLIN (93), ROCHET e MIKAELIAN (127), SERMENT, RUF e FELCE (131), VEPNE, CREPATE e BANGALIER (149) e entre nós, em interessante comentário, FERREIRA (63), relataram um total de 143 casos. LAWRY (96) acrescentou recentemente mais 23 casos da já então chamada "Síndrome de Allen Masters". Ainda mais recentemente, ATKINSON (7) descreve um caso e HARTNETT, EDWARDS, KNIGHT e WOODS (83) descreveram as laparotomias feitas em 85 pacientes com a síndrome de congestão

pélvica e laceração do ligamento largo. E agora recentemente ALLEN (4), em trabalho de apreciação à vida e obra de HOWARD TAYLOR, numa publicação em forma de "FESTSCHRIFT" a TAYLOR, escreve sôbre a dor pélvica e a congestão pélvica crônica, afirmando que as pacientes sentem a dor realmente e não são doentes psiquiátricas, mas vítimas de lesão orgânica que é a congestão vascular pélvica e às vêzes laceração do ligamento largo do útero, e devem ser tratadas convenientemente, de acôrdo com este conceito patológico.

Resumindo os vários conceitos da etiologia e patologia da dor pélvica de acordo com os diversos autores, transcrevemos aqui um quadro demonstrativo, apresentado por TOPOLANSKI-SIERRA (143) em sua tese, modificado por FRIMM e SOUZA RUDGE (70) e por nós aumentado.

TERMINOLOGIA SUGERIDA PARA AS SÍNDROMES DOLOROSAS

DA PELVIS FEMININA

<u>ETIOLOGIA</u>	<u>PATOLOGIA</u>	<u>AUTOR</u>
	COFORITE CRÔNICA	LAWSON-TAIT
	PARAMETRITE CRÔNICA	FRANKEL, SCHULTZE,
INFLAMAÇÃO	METRITE CRÔNICA	FREUND. RICHELOT
ESPASMO		
MUSCULAR	PARAMETRITE ESPÁSTICA	OPITZ, MARTIUS

	SÍNDROME DO SISTEMA SIMPÁTICO	
	PÉLVICO	THEOBALD
	NEVRITE PÉLVICA	GANSSBAUER
NERVOS	PLEXALGIA HIPOGÁSTRICA	COTTE
	NEVRITE DO LIGAMENTO LARGO	YOUNG
	CONGESTÃO PÉLVICA	COTTE, CASTAÑO
VASOS	SÍNDROME DE CONGESTÃO e FIBROSE PÉLVICA	TAYLOR
	PELIPATIA VEGETATIVA	GAUSS, BUNKA
SISTEMA	ENDOSIMPATOSE GENITAL	NETTER
NEURO-VEGETATIVO	DISTONIA VEGETATIVA	KLOTZ
EQUILÍBRIO		
HIDRO-ELETROLÍTICO	TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL	FRANK, ISRAEL, GREENHILL
OVÁRIOS	OVÁRIO CÍSTICO	FAURE, FORGUE, COLANERI
LIGAMENTOS	CÉRVIX DA JUNTA UNIVERSAL	ALLEN e MASTERS.

Concordamos com a maioria dos autores que, de todos estes nomes, não há nenhum absolutamente correto que satisfaça e explique toda a etiologia da dor. Quase todos estão, entretanto de acordo em que o melhor no

me para esta entidade clínica é o sugerido por TAYLOR (138), isto é, a Síndrome de Congestão Pélvica e, como observa TOPOLANSKI-SIERRA em sua tese sobre o assunto, "o nome congestão pélvica é o adotado entre nós e o sugerimos apesar de ser manifestamente incompleto, pois focaliza só um dos - fatores observados numa síndrome: a Congestão localizada na pélvis com todos os transtornos de ordem geral e sua origem central". Entretanto, apesar das dúvidas e das controvérsias da existência de uma entidade clínica com este nome, admitimos não ser ainda bem conhecida a sua etiopatogenia, acreditando que o problema principal e aparentemente a causa da dor, reside no setor circulatório venoso da pélvis feminina. Portanto, a investigação radiológica deste sistema venoso pode nos esclarecer alguma causa, prevalecendo deste método como um meio de diagnóstico mais aperfeiçoado e seguro.

Antes de conhecermos a anatomia venosa pélvica e as possiveis vias de estudo, recordemos a história e a bibliografia dos métodos de diagnóstico das afecções vasculares pélvicas. Mesmo neste aspecto propedêutico o problema não se apresenta tão claro e evidente como em outros setores da radiologia, entretanto justamente no diagnóstico dos quadros dolorosos do abdome inferior, de difícil interpretação clínica ginecológica, é que o estudo das vias contrastadas fornece resultados mais claros nos casos de congestão venosa pélvica. Esta é a opinião de BARRIGA e cols. (12), e nosso trabalho procura evidenciar este fato.

Na aurora da medicina, a anatomia humana era descrita pela observação superficial e simples. Com o decorrer dos tempos, os métodos mais aperfeiçoados de observação foram surgindo, como a dissecação do cadáver e o estudo da morfologia. Surge depois a idéia de se injetar cera ou substâncias plásticas nos órgãos ocios, de maneira a esclarecer melhor a localização e relação destes órgãos. Com o aperfeiçoar das técnicas roentgeno

gráficas surgiu o estudo dos métodos contrastados, e assim as substâncias plásticas da morfologia antiga deram lugar às substâncias rádio-opacas que permitiram melhor estudo dos órgãos, não só no seu aspecto morfológico, como muitas vezes, no aspecto funcional e dinâmico.

HUTTER (89), em 1935, foi um dos primeiros a estudar as veias pélvicas com a finalidade de investigação urológica, injetando contraste na veia dorsal do pênis e na veia escrotal. Depois o estudo mais completo da circulação venosa pélvica humana surgiu com BATSON (14) em 1940, que injetou contraste na veia dorsal profunda do pênis em cadáver, para verificar as metástases de câncer da próstata. Um pouco mais tarde JOHNSTONE (92) repete este mesmo estudo ainda em cadáver.

Atribui-se a DE LA PEÑA (114), em 1946, o primeiro estudo no vivo, de uma flebografia pélvica pela injeção de contraste na veia superficial do pênis, por meio desta via vários autores apresentaram estudos flebográficos da pélvis, como DE LA PEÑA e ANSELEM (115) e BAUX e POUHLES (15). Aqui entre nós, entretanto em 1941, COTRIM e BARBOSA DE BARROS (38) publicaram um trabalho sobre o estudo radiológico da circulação na varicocele, in vivo, usando líquido de contraste com a finalidade de estudar a circulação venosa na varicocele e a modalidade de refluxo nas veias espermáticas. Estes autores injetaram uma solução de contraste nas veias mais anteriores da varicocele em indivíduos com varicocele idiopática. Concluíram, como quase certa, a existência de um refluxo sanguíneo na veia espermática. Por ser também de interesse, estudaram a riqueza de colaterais, contribuindo para o estudo da anatomia cirúrgica das vias venosas pélvicas.

Segundo HERBEAU e cols. (86), a escola francesa liderada pela escola de Toulouse, ampliou o estudo da circulação pélvica com os estudos iniciais de DUCUING (50) e seus colaboradores, destacando-se principalmente GUILHEM, BAUX e cols. (81). Estes, em 1951, publicaram o resultado do primeiro estudo da circulação venosa visceral, usando a via

uterina, e, em 1954, (80) publicaram uma monografia completa sobre o estudo da flebografia pélvica pelas vias venosa, óssea e uterina. Em 1950, BAUX e POULHES (15) descreveram a técnica da flebografia pélvica pela via uterina, que é a base da técnica usada por muitos hoje.

Nesta época vários pesquisadores estavam experimentando as diferentes vias de injeção do contraste. Anteriormente, BARKER e CAMP (10) apresentaram um estudo sobre flebografias dos membros inferiores. GREITZ (78) também injetou contraste nas veias dos membros inferiores, nas varizes da região púbica e obteve flebografias pélvicas. PETKOVIC (117) - em 1953 tentou a injeção do contraste no colo uterino e obteve flebografias em 15 pacientes.

REVELLI e FACCINI (123), em 1956, na Itália, num trabalho bem completo e original, procuraram diferenciar, na flebografia pélvica, os territórios vasculares venosos visceral e parietal. Mostraram que a injeção do contraste pelas vias ósseas (púbica, isquiática, trocantérica, ilíaca, sacra e supra-condílica), a dorsal do pênis ou do clítoris, evidenciam as veias pélvicas parietais, enquanto a injeção uterina mostra o território venoso visceral, e terminam enumerando as indicações da flebografia pélvica para o diagnóstico das trombozes recentes e antigas, congestão venosa pélvica, processos inflamatórios ou tumorais e nos casos de exames pré-operatórios para esclarecer a anatomia dos vasos, quando necessário.

Em 1957, vários autores apresentaram trabalhos: HERBEAU e cols. (86) na França publicaram suas "reflexões" sobre 120 flebografias pélvicas e sugerem que este método seja usado para o diagnóstico das anomalias dinâmicas, morfológicas e topográficas da pélvis. Estes autores usaram neste estudo as vias venosa, óssea e uterina sendo que nesta última adotaram a técnica de BAUX e GUILHEM (80).

Em 1956, no Uruguai, LOCKHART e cols. (99) relataram um

caso de diagnóstico de flebotromboses crônicas pela flebografia pélvica, usando a via trans-óssea púbica. Ainda neste ano, no Uruguai, TOPOLANSKI-SIERRA e PARADA (146) introduziram a técnica usada por quase todos os autores de hoje, que consiste na introdução de hialuronidase antes da injeção de contraste.

REGGIANI (121) e depois FELTIG e TETTI (61), na Itália, publicaram trabalhos sobre a flebografia intra-uterina, como principal indicação no diagnóstico da trombose pélvica. A técnica usada por todos os autores consiste na introdução de uma cânula guia pelo colo uterino, até atingir o fundo uterino e, por esta cânula, a introdução de uma agulha longa que ultrapassa de 3 a 4 mm a extremidade da cânula de modo a penetrar na espessura da parede interna e então aí injetar o líquido de contraste. Este autor usou um método original que foi a punção do fundo uterino sem a cânula como guia, somente orientado pelo tacto na penetração da agulha - pela espessura do micrómetro; mas ele mesmo admite que seus insucessos foram devidos a perfurações do útero, ou à penetração insuficiente da agulha, tendo como resultado uma histerografia.

CAMUÑEZ (23) publica, na Espanha, uma nota prévia sobre o diagnóstico ginecológico pela flebografia pélvica, usando a mesma técnica de GUILHEM e BAUX, na tentativa de evidenciar radiologicamente as tromboflebitides pélvicas, anexites crônicas e varicoceles.

FERRI e cols. (64), na Itália, introduzem a técnica e a noção da flebografia pélvica trans-óssea, para o diagnóstico da patologia venosa, principalmente das flebotromboses. Entre nós, CAVALCANTI (31) publica em 1957, um estudo clínico de 50 casos com diagnóstico de Congestão-Pélvica, sendo que em três destes casos foram feitas flebografias pela via venosa clitorica trans-cutânea. Com os resultados de trabalhos posteriores, sabemos que a injeção do contraste por esta via não é a melhor para se evi

denciar a estase característica da congestão pélvica; esta via contrasta bem as veias parietais, úteis no estudo de obstruções venosas. Ainda em 1957, no Uruguai, TOPOLANSKI-SIERRA (143) apresenta sua tese de doutoramento intitulada: "Congestão Pélvica - nuevo método para el Diagnóstico del Varicocele Pelvico", que veio contribuir grandemente para o esclarecimento do diagnóstico da dor pélvica, discutindo os vários conceitos da etiopatogenia da dor, baseando todo seu raciocínio e método de diagnóstico no conceito de TAYLOR (138) sobre Congestão Pélvica. Sua técnica foi ligeiramente modificada da técnica de GUILHEM e BAUX (80), com a injeção no micométrio, antes do contraste, de 1 ml de um soluto de Hialuronidase, fazendo-se a primeira radiografia logo após a injeção do contraste e a segunda, 20 segundos depois, e não 5 minutos como preconizavam GUILHEM e BAUX (80). A indicação principal da flebografia pélvica, segundo TOPOLANSKI-SIERRA (144), é seu valor no diagnóstico da Síndrome de Congestão Pélvica e da Varicocele Pélvica. Além de apresentar as diferentes técnicas de flebografias feitas pelas vias ósseas, descreve seus 23 casos de varicocele diagnosticadas pela flebografia pélvica intra-uterina.

Em 1958, TOPOLANSKI-SIERRA (147) publica nos Estados Unidos, e no mesmo ano (145) no Uruguai, um resumo de sua tese. Neste país também CANELE (25) publica a sua experiência. Foi esta a primeira publicação de um método diagnóstico da síndrome de TAYLOR naquele país. Até esta época, os autores americanos descrevem a existência desta síndrome, e somente os autores europeus, principalmente os franceses e italianos, estavam convencidos da existência da mesma, por suas experiências e trabalhos nos métodos de diagnóstico. Somente depois deste trabalho de TOPOLANSKI-SIERRA (147) é que outros autores americanos começaram a se interessar e publicar trabalhos.

REVELLI, DURANDO e BARBANTI (122) publicaram em 1958, nova

mente na Itália, um trabalho bastante completo sobre o valor clínico da flebografia pélvica pela via intra-uterina no diagnóstico ginecológico. Estes autores concluem baseados no estudo de 100 casos, que a flebografia - pélvica tem valor diagnóstico relativo, isto é, somente nos casos de trombose pélvicas tem valor diagnóstico absoluto, enquanto nas outras enfermidades ginecológicas não existe um achado radiográfico característico, e portanto este método deve ser considerado como método complementar aos outros métodos radiográficos, como a histerosalpingografia e a ginecografia. O método usado por estes autores consistiu em se tirar somente uma radiografia após a injeção do contraste.

CANDIANI e FACCINI (24), em Milão, apresentam um trabalho sobre flebografia pélvica pela via intra-uterina em que descrevem uma técnica de se injetar o líquido de contraste sob controle de pressões, usando para isto um dispositivo muito engenhoso, que consiste numa seringa adaptada a um reservatório de líquido de contraste e um manômetro que permite a verificação das pressões usadas na injeção. Este autor descreve a varicocele e a morfologia do sistema venoso pélvico em função de outras afecções ginecológicas como retroversão uterina, prolapso urogenital, fibroma uterino, cisto de ovário, útero puerperal e mola hidatiforme.

Na Suécia, ainda em 1958, aparece um trabalho de BARTLEY (13) sobre o uso da flebografia no diagnóstico dos tumores pélvicos ósseos, usando-se a técnica da injeção de contraste pela veia femoral e compressão da veia cava inferior, segundo a técnica de HELANDER e LINDBOM (85), de modo a encher as veias hipogástricas.

Devido ao interesse de muitos autores pela flebografia pélvica intra-uterina, já em 1959 aparece um trabalho de DALSACE (45), na França, descrevendo somente o instrumental usado, que consistiu em algumas pequenas modificações do tipo de cânula e seringa metálica usados originalmen

te por GUILHEM e BAUX (80).

Em 1959 e 1961, novamente CAMUÑEZ (22, 21) apresenta dois trabalhos, um sobre a flebografia no diagnóstico do mioma uterino, usando a via intra-uterina, concluindo que o método auxilia no diagnóstico de pequenos nódulos micomatosos, não sendo útil para os miomas grandes, nem os submucosos. No outro trabalho, de maior valor propedêutico, de pois de fazer uma relação de 13 perguntas a respeito do sentido da disparidade entre os achados propedêuticos e a sintomatologia das dores de localização pélvica, apresenta os resultados de seu estudo flebográfico. O autor baseou sua técnica nos trabalhos originais de GUILHEM e BAUX (80), alterando o comprimento da agulha para 6,5 mm além da cânula-guia para introduzir o contraste na camada miometrial mais próximo da superfície peritoneal, alegando que a este nível a circulação intra parietal do útero é mais abundante, portanto de mais fácil penetração do líquido de contraste. Entretanto, ele mesmo admite a possibilidade de perfurações mais frequentes, principalmente nos úteros hipoplásicos. Este autor conclui seu trabalho dando valor à flebografia no diagnóstico da dor pélvica de causa vascular, devida a varicosidades e alterações da circulação colateral pélvica.

Aparece, em 1960, o primeiro trabalho publicado por autores americanos: WEGRYN e HARRON (150) apresentam sua experiência com a flebografia pélvica em 50 casos, usando a via intra-uterina em 31 casos e a via cervical em 19. Foram feitas radiografias em série após a injeção de contraste em pacientes não grávidas, após o parto e em outras que tiveram suas veias cava e ovarianas ligadas. Este trabalho permitiu estudo bem completo da drenagem venosa pélvica, permitindo a conclusão de que a flebografia pélvica mostra anormalidades nos casos de congestão pélvica, prolapso uterino, processos inflamatórios crônicos e endometriose extensa. Finalizam

do o trabalho, declaram que a flebografia pélvica tem valor diagnóstico, mas merece investigação mais extensa. Em 1961, na Argentina, BARO e cols. (11) - comunicam resumidamente o valor da flebografia pélvica no estudo da congestão pélvica, e notam a ligeira discrepância entre a sintomatologia clínica e a radiografia, sugerindo que esta deveria ser feita nos casos de decisão da oportunidade de intervenção cirúrgica.

Outro trabalho americano aparece, em 1962, com HUGHES e CURTIS (88), baseado na técnica de TOPOLANSKI-SIERRA (147), concluindo os autores pelo valor da flebografia pélvica no diagnóstico da dor pélvica, afirmando que a paridade, o prolapso uro-genital, a cervicite crônica, os processos inflamatórios crônicos e a posição do útero não alteram a circulação pélvica significativamente nos casos de congestão pélvica.

A esta altura, o interesse pelo método aumenta, aparecendo trabalhos de descrição só da técnica radiográfica, como o de LOCKERY (98) e depois MARTIM (101), descrevendo a técnica para radiologistas, mostrando seu valor no estudo da circulação venosa pélvica feminina.

Em 1963, na Venezuela, DIAZ BRUZUAL (48) afirma, no início de seu trabalho, que a síndrome de dor pélvica é talvez uma das afecções de etiologia menos conhecida no presente, apresentando o estudo flebográfico da dor pélvica em 54 casos. Termina dizendo que a flebografia uterina é um método sensível, de fácil execução, não provoca doença na paciente, é útil para o diagnóstico da síndrome dolorosa pélvica, demonstrando alterações anatómicas das veias, causadas pela doença. Ainda na Venezuela, também nesta época PINTO e cols. (118) lembram a dificuldade do diagnóstico das afecções ginecológicas pelos meios usuais de exploração sistemática, como a histerosalpingografia, insuflação tubária etc., e recomendam o uso diagnóstico da flebografia, principalmente nos casos de trombozes e varicocele pélvica.

Por esta época, em 1963, o método se torna mais difundido e aparecem indicações outras de flebografia, como na descrição por MARTIN e MATHEWS (102), de 2 casos de gravidez abdominal, diagnosticado prè - operatõriamente pela flebografia intra-uterina. Também a possibilidade de flebografia acidental durante a histerosalpingografia pode acontecer, como relataram CURTIS e NEWSON (43).

Na Alemanha, em tórno de 1962, aparecem vários trabalhos - com as experiências de alguns autores como PALI, VISEGRADY e SIK (112), e depois SCHUESSLER e HEINEN (130). Ambos os trabalhos descrevem a técnica de injeção do contraste pelas várias vias e suas indicações, principalmente no diagnõstico das lesões tumorais da pequena bacia óssea.

Na Dinamarca, em 1964, BUHL e LEFÈVRE (19) expõem a sua experiência, modificando a técnica de injeção do contraste, usando uma agulha com 2 vias, que facilita a penetração do líquido no miométrio. Seus resultados mostram a retenção do contraste nos plexos venosos, em casos de congestão pélvica.

Novamente na Itália, em 1964, DURANDO e PINOLI (52) publicam um trabalho sôbre considerações sôbre a etiopatogenia, o diagnõstico e a terapêutica da varicocele pélvica, descrevendo técnica semelhante à dos outros autores , com resultados da flebografia pela via intra-uterina, realçando o valor deste método no diagnõstico.

Durante os últimos 6 a 8 anos, nota-se certo aumento no número de publicação de trabalhos sôbre flebografia pélvica, com a introdução de diferentes técnicas e definição das indicações, sendo utilizadas diferentes vias de injeção do contraste. GOLDSTEIN e cols. (75) preconizam a flebografia pela via femoral com compressão extrínseca, para o diagnõstico de trombose - pélvica. MAHAFFY (100) estuda a definição diagnõstica entre a linfografia, a

cavografia, e a flebografia, concluindo que, para efeito de visibilização dos linfonódios pélvicos e metástases ósseas, a linfografia tem maior valor.

THOMAS e FLETCHER (141), na Inglaterra, HOLTZ e cols. (87), CARLSSON e cols. (27), DALALI e cols. (44), WISE e cols. (151) nos Estados Unidos, NORIEGA e cols. (110), no México, publicam trabalhos acerca do uso da flebografia por via femoral ou por via óssea, no diagnóstico de diferentes neoplasias pélvicas.

Com relação à flebografia pélvica por via intra-uterina, vários autores têm ultimamente publicado trabalhos com algumas variações na técnica de injeção do contraste, mas seguindo fundamentalmente a técnica de TOPOLANSKI-SIERRA (143). Assim é que HAMMEN (82) usa 2 cânulas, 2 agulhas e 2 seringas.

PY (119), na França, injeta contraste na cavidade uterina obtendo a histerosalpingografia e depois, sob controle radioscópico, injeta na parede uterina para então se obter o enchimento das veias pelo contraste.

As indicações deste método diagnóstico eram inicialmente as mais amplas e variadas, e, com o passar dos anos, a técnica tornou-se aprimorada e os estudos repetidos feitos por autores de diversos lugares, como acabamos de ver, tornaram as indicações mais precisas, fazendo com que o método realmente oferecesse real subsídio para o diagnóstico. Os autores restringem ultimamente as indicações de flebografia pélvica intra-uterina quase só para o diagnóstico da dor pélvica de origem congestiva, para as obstruções venosas de causa trombótica ou por compressão extrínseca, e para avaliação pré-operatória da circulação. BARRIGA e cols. (12), no Chile, LECLEFQ (97), na França, MURRAY e COMPARATO (108), na Argentina, BELLINA e cols. (16) e SALZER e ABAS (128), nos Estados Unidos, apresentaram seus resultados,

concordes nas indicações principais da flebografia, isto é, no diagnóstico de congestão pélvica, varicosidades pélvicas e trombozes venosas. SALZER e ABAS (128) apresentam sua experiência com 22 casos de flebografia feita em mulheres no pós-parto imediato, para o diagnóstico das trombozes das veias ovarianas.

Desde 1965, TAVERNIER e LANGE (136), na França, mostraram o valor do método ao apresentarem os primeiros resultados no estudo das veias aferentes da veia cava inferior, principalmente as veias renais. Para isso, sistematizaram a técnica da flebografia seletiva destas veias, obtendo excelentes radiografias da veia renal esquerda, a ovariana esquerda, o plexo pampiniforme e veias uterinas. As indicações deste método foram inicialmente amplas, sendo recomendado como método de complementação diagnóstica de tumores do ovário, alterações no enchimento das veias do paramétrio nos casos de carcinoma do colo uterino, e tumores do útero, com falhas de enchimento. Também DELORME e cols. (46) caracterizaram a veia ovariana esquerda e injetaram contraste nos casos de infertilidade e varicocele. Posteriormente CHIDEKEL e EDLUNDH (34), na Suécia, estudaram exhaustivamente a veia gonadal esquerda, após os estudos iniciais de EDLUNDH (54). Em 1965, aortografias demonstraram em aproximadamente 1% dos casos enchimento retrógrado da veia gonadal esquerda, sendo todos estes casos em mulheres. AHLBERG N. E., BARTLEY, O., CHIDEKEL, N. (1) estudaram aortografias feitas em 52 homens e 53 mulheres e verificaram enchimento da veia renal esquerda em 105 aortografias; em 3 homens e 10 mulheres, a veia gonadal (espermática ou ovariana) mostrou-se contrastada, enchendo pela via retrógrada. Estes achados radiológicos motivaram uma pesquisa anatômica destas veias em material de autópsias feitas em 79 homens e 106 mulheres. Ficou evidente a ausência de válvulas nas veias gonadais em 46% dos homens e 13% das mulheres. No mesmo

estudo, verificaram os autores as condições das válvulas e descobriram que, nas mulheres, a frequência de válvulas incompetentes era maior do que nos homens, e nas pacientes com válvulas incompetentes, as veias se apresentavam mais grossas. Notaram também aumento de incidência de incompetência valvular em mulheres multíparas. Ampliando os estudos nos casos de homens com varicocele e mulheres com varicosidades pélvicas, notaram não existir enchimento retrógrado das veias gonadais e não ser nos casos com alterações valvulares, isto é, ausência ou incompetência valvular. Prossequindo a investigação no setor feminino, comparando os achados das radiografias da seletiva da renal esquerda e flebografias feitas pela via trans-uterina, verificaram que, nos casos com varicosidades, o importante era determinar a direção do fluxo na veia ovariana. Esta informação só se consegue com a seletiva renal esquerda, pois a flebografia trans-uterina só, não fornece este dado. Nos casos de refluxo, existe enchimento retrógrado da veia ovariana. TERNBERG e BUTCHER (139) utilizaram-se desta técnica para contrastar as veias pélvicas, principalmente nos casos de tumores neoplásicos com envolvimento linfático. JACOBS (91) cateterizou as veias ovarianas para estudar as alterações possíveis nos ovários do tipo STEIN-LEVENTHAL. Além das indicações já referidas na flebografia pélvica, aqui entre nós PEREIRA, FERREIRA e LANE (116) relataram um caso de síndrome da veia ovariana direita diagnosticada pré-operatoriamente, pela flebografia pélvica (figura 1). REYNOLDS (124), em 1971, revendo esta síndrome, lembra a utilidade da flebografia pélvica no seu diagnóstico, citando o trabalho de PEREIRA, FERREIRA e LANE (116) e ainda recentemente KAUPPILA (94), na Finlândia, publicou estudo clínico e radiológico de flebografia uterina transcavitária, (como a denomina), sendo o melhor método para se obter a visibilização do sistema venoso pélvico. Esta visibilização pode ser melhorada com a compressão da veia cava inferior. A indicação prin

Principal da flebografia pélvica seria o diagnóstico da dor pélvica causada por alterações congestivas, varicosas ou em alguns casos alterações trombóticas. Também serve de exame auxiliar no diagnóstico de pequenos miomas sub-serosos ou intersticiais, tendo pouco valor no diagnóstico de tumores ovarianos. - KAUPPILA 994) resume no seguinte quadro os critérios sugeridos por diversos autores, para o diagnóstico da alteração venosa por meio da flebografia intra-uterina.

CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE VARICOSIDADES PÉLVICAS (SEGUNDO KAUPPILA)

<u>AUTOR</u>	<u>ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS</u>	<u>TEMPO DE DESAPARECIMENTO DO CONTRASTE</u>
TOPOLANSKI-SIERRA	Dilatação das veias per <u>i</u> uterinas.	20 segundos (normal)
URANÇA IMAZ e cols.	" " "	_____
WEGRYN e HARRON	" " "	_____
HUGHES e CURTIS	" " "	20 segundos (normal)
PALI e cols.	_____	180 segundos (normal)
BUHL e cols.	_____	_____
CHIDEKEL e EDLUNDH	Veia ov. 6 mm. Veia ut. 4 mm. refluxo nas veias dilatadas	insignificante
MURRAY e comparato	_____	20 segundos (normal)

KAUPPILA (94) mesmo observa que foi a retenção do contraste nos plexos venosos mais significativa no grupo de mulheres com dor, co

que no grupo controle. Quanto ao critério do diâmetro das veias, nota que a média no grupo sem dor na veia ovariana direita foi de 3,6 mm, enquanto, no grupo com dor por causa orgânica, foi de 4,6 mm e as com dor de causa desconhecida foi de 6,4 mm. Na veia esquerda as medidas foram de: sem dor 4,3 mm; com dor de causa orgânica 5,1 mm e de causa desconhecida 7,5 mm. Este autor encontrou portanto, diferenças estatisticamente significativas nas veias ovarianas, entre o grupo controle e o grupo de dor de causa não orgânica. Quanto às veias uterinas, esta diferença significativa não foi encontrada. A tese de KAUPPILA (94) não conclui portanto, claramente se o melhor critério para o diagnóstico da dor causada por congestão pélvica é o diâmetro das veias ou o tempo de esvaziamento das mesmas, ou se ambos os critérios são válidos.

Além das indicações da flebografia pélvica intra-uterina segundo o parecer dos vários autores, citamos o trabalho feito no Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, pelo Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, na sua tese de docência, em que a flebografia, combinada à Linfografia, poderia potencializar o seu efeito diagnóstico (fig. 23 e 24).

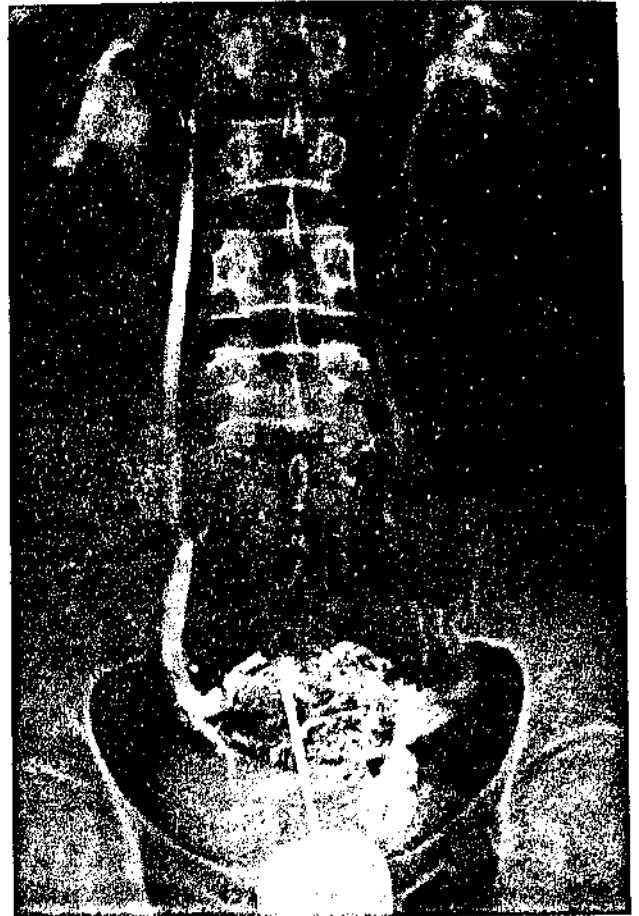
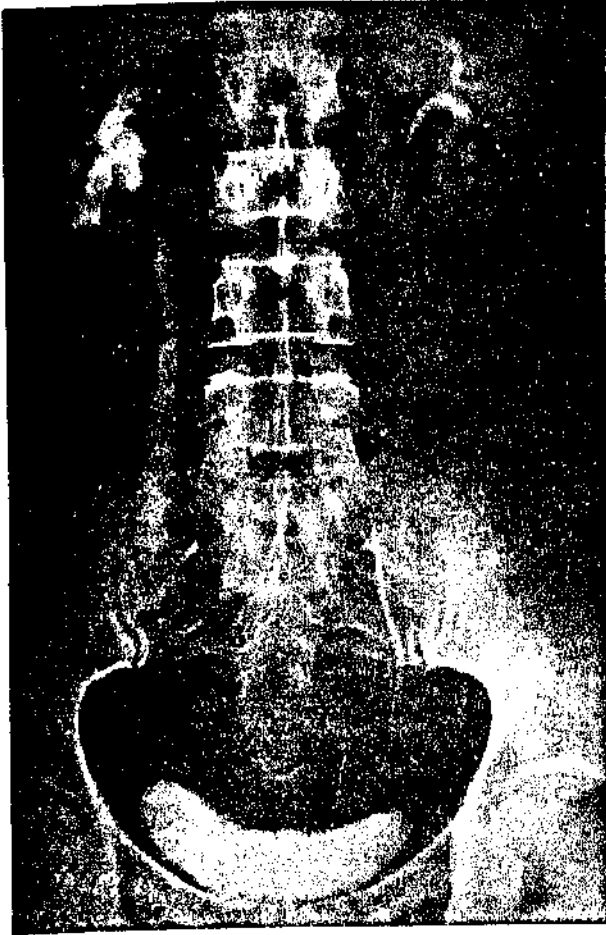
Antes de apresentar o método adotado para o nosso estudo, para tentar esclarecer este problema, damos a seguir um quadro que resume os critérios seguidos pelos diversos autores já citados neste trabalho.

RESUMO DAS TÉCNICAS E INDICAÇÕES DA FLEBOGRAFIA PÉLVICA DE ACÓRDO COM OS DIVERSOS AUTORES

AUTOR	VIA DE INJEÇÃO	TÉCNICA INSTRUMENTAL	TEMPO (após 1ª RX)	INDICAÇÃO
GUILHEM e cols. (1951)	uterina	cânula+agulha	5"	Flebite pélvica
GUILHEM e BAUX (1954)	venosa óssea uterina			Tromboses, tumore benignos e malignos
HERBEAU (1957)	venosa óssea	cânula+agulha		Tromboses e tumores
REVELLI e FACCHINI (1956)	uterina uterina	" "		Inflamação, tumores, trombooses, congestão e avaliação pré-operatória.
REGGIANI (1957)	uterina	agulha	seriôgrafo	Varicocele pélvica e trombooses
CAMONÉZ (1957 e 1961)	uterina	Cânula+agulha		Tromboflebite, anexite crônica e varicocele.

TOPOLANSKI-SIERRA	uterina	cânula+agulha	20"	Congestão e varicocele pélvica
FELEWIG e TEYI (1957)	"	" "	"	Estudo circulação venosa pélvica.
LOCKHART e cols. (1956)	óssea			Flebotrombose pélvica.
FERRI, MARLEY e PICO (1957)	óssea			Flebotrombose pélvica
BARTLEY (1958)	venosa femoral			Circulação venosa pélvica
CANDIANI (1958)	uterina	cânula+agulha e manômetro		Morfologia sistema venoso pélvico: retroversão ut., prolapso urogenital, útero puerperal, varicocele.
DALSACE (1959)	uterina	cânula+agulha e seringa metálica		
WEGRIN e HARRON (1960)	uterina	cânula+agulha	20" e 80"	Congestão pélvica, prolapso ut., inflamação crônica, endometriose.
HUGHES e CURTIS (1962)	uterina	" "	20"	Congestão pélvica. Infecção pélvica.
BARO, ALLIPPI e GARBO (1961)	uterina	cânula+agulha		ca.
LOCKERY (1962)	uterina	cânula+agulha	20" e 80"	Congestão pélvica
DIAZ BRUZUAL (1963).	uterina	cânula+agulha	20" e 60"	Congestão e infecção crônica.
MARTIN (1962)	uterina	cânula+agulha	20"	Congestão pélvica
PALI e cols. (1963)	uterina	cânula+agulha	20" e 30"	Varicosidades, anexites, ectópica, mionas
SCHUESSLER e HEINEN (1963)	uterina	cânula+ 4 agulhas	série	

BUHL e LEFÈVRE (1964)	uterina	cânula+ agulha	5", 10" 15", 20", 30", 60" e 2'	Congestão pélvica. Trambose pélvica Trambozes e tumores
DURANDO e PINOLI (1964)	uterina		20"	Congestão pélvica
GOLDSTEIN e cols. (1964)	venosa			Trambose pélvica
MAHAFFY (1964)	venosa			Trambozes e tumores
HAMMEN (1965)	uterina	duas cânulas e duas agulhas	20" e 60"	Congestão pélvica
TAVERNIER e LANGE (1965)	venosa			Trambozes
PY (1965)	uterina	agulha		Variocoele, tumores e míomas
BARRIGA (1965)	uterina	cânula e agulha	20"	Varicosidades pélvicas
LECLERQ (1966)	uterina	agulha dupla	60" e 3'	Congestão, m _{ic} omas, va ricosidades, S. de Master -Allen.
THOMAS e FLETCHER (1967)	venosa e óssea			Trambose pélvica e altera ções venosas.
FRDM e SOUZA RUDGE (1967)	uterina	cânula+agulha	20"	Congestão pélvica
MURRAY e COMPARATO (1960)	uterina	cânula+agulha	10", 20" e 40"	Congestão pélvica
BELINA e cols (1969)	uterina	cânula+agulha	seriógrafo	Veias aberrantes
PEREIRA, FERREIRA e LANE (1969)	uterina	cânula+agulha	20"	S. veia ovariana direita.
VERBERG (1970)	venosa	cânula+agulha		Metástases pélvicas. Estu do da circulação pélvica.
NAUPILA (1970)	uterina	cânula+duas agulhas	20" e 60"	Congestão pélvica.



Uréter direito obstruído com
hidronefrose direita.

Flebografia pélvica intra-uterina
mostrando a veia ovariana direita
sobre o uréter comprimindo-o.

FIGURA 1

Baseados nos conceitos de dor pélvica de origem congestiva de acordo com os critérios de TAYLOR (138), e nos conhecimentos das técnicas de radiografias contrastadas do sistema venoso pélvico, procuramos adquirir experiência, não só com as várias vias de injeção do contraste, - mas principalmente com a flebografia pélvica intra-uterina, em pacientes com dor sugestiva de congestão pélvica.

Antes de descrever a técnica desta última, juntamos ao texto algumas radiografias, realizadas utilizando as diversas vias já descritas (fig. 2,3,4,5,6). De acordo com REVELLI e FACCINI (123), as várias vias de injeção de contraste podem ser agrupadas de acordo com o seguinte critério:

A) Vias venosas:

- 1) veia dorsal do clítoris;
- 2) veia hemorroidária;
- 3) veia femoral.

B) Vias ósseas:

- 1) púbica;
- 2) isquiática;
- 3) trocantéria;
- 4) ilíaca;
- 5) sacra.

C) Vias especiais:

- 1) supracondílica (osteomedulografia);
- 2) uterina.

Acrescentamos a esta relação a radiografia seletiva da renal esquerda, (fig. 7,8,9,10,11).

FLEBOGRAFIAS PÉLVICAS conforme a via utilizada para a injeção do contraste



Figura 2: Via venosa: veia clitoridiana.

Figura 3: Via óssea: trocantério.

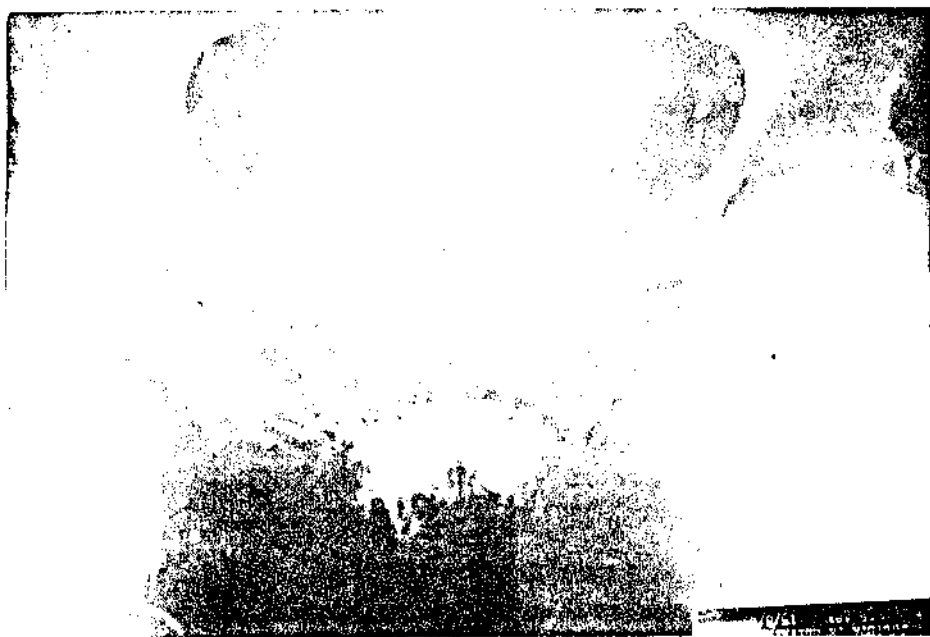


Figura 4: Veia clitoridiana com linfografia havendo bloqueio das veias à

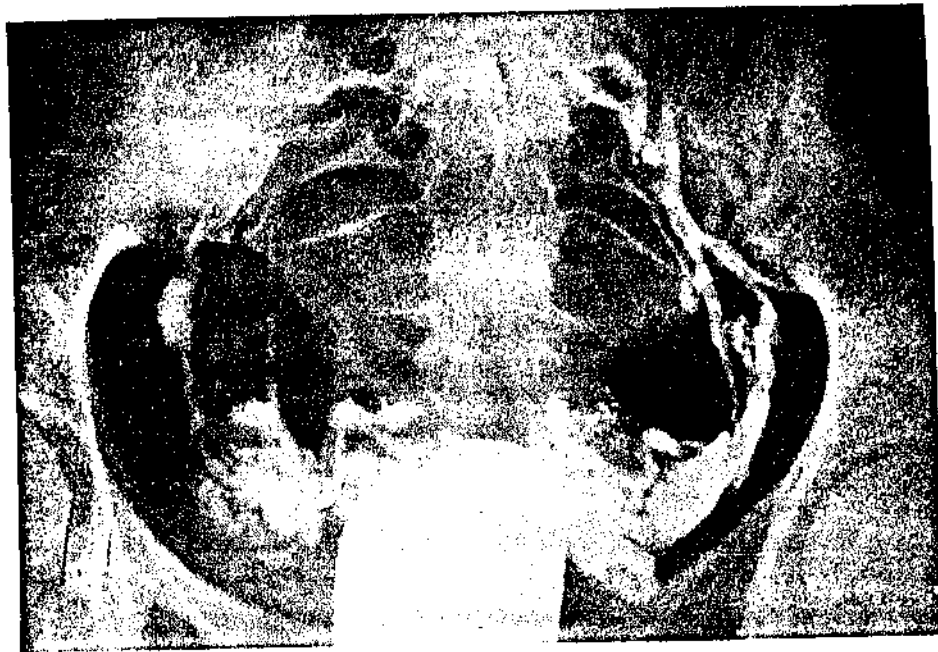


Figura 5: Flebografia pélvica: cervical: - 1ª radiografia.



Figura 6: Flebografia pélvica: cervical: - 2ª radiografia (20").

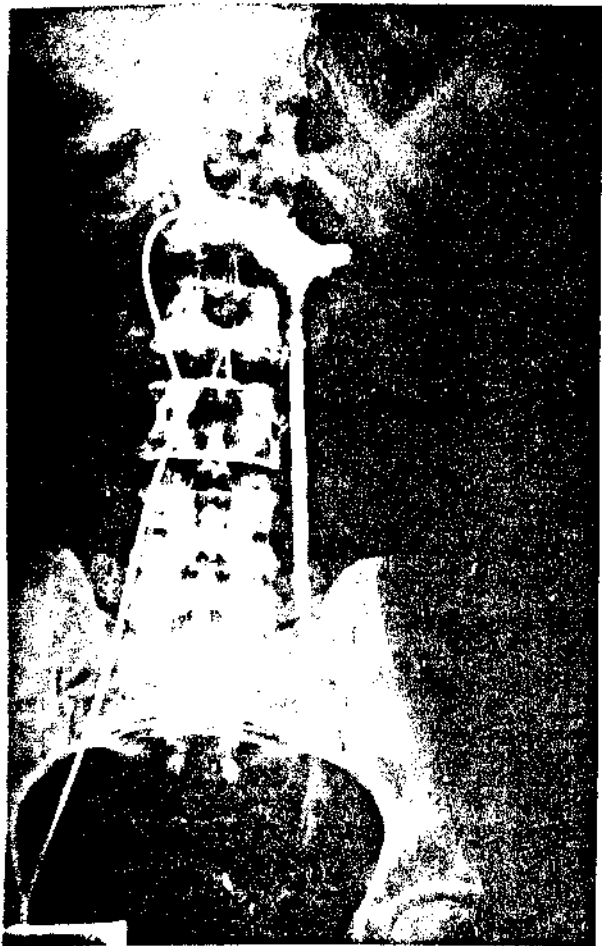


Figura 7: Flebografia seletiva da
veia renal esquerda com refluxo.



Figura 8: Flebografia seletiva da
veia renal esquerda com refluxo.



Figura 9: Flebografia seletiva da veia renal

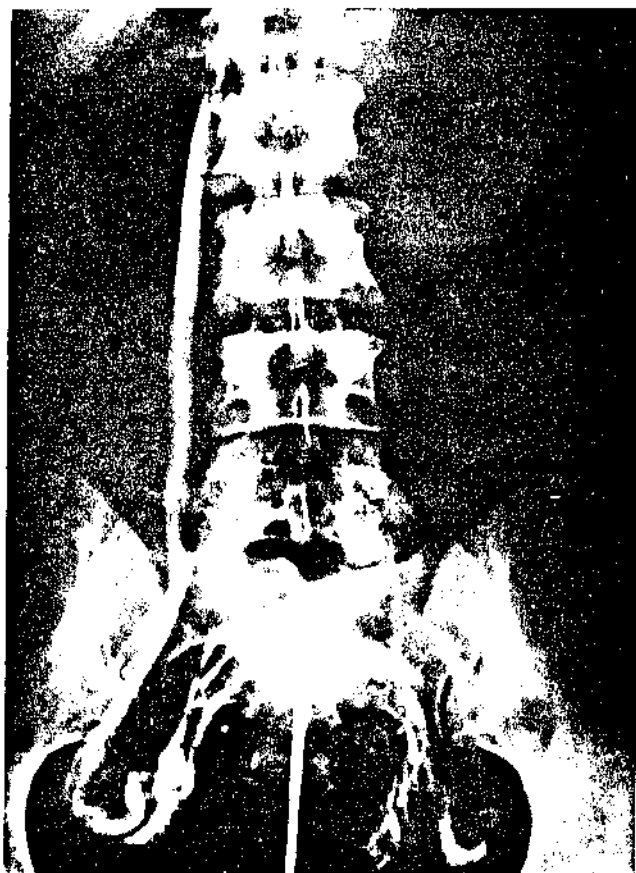


Figura 10: Flebografia pélvica intra-uterina: veia ovariana esquerda n o con-
trastada.

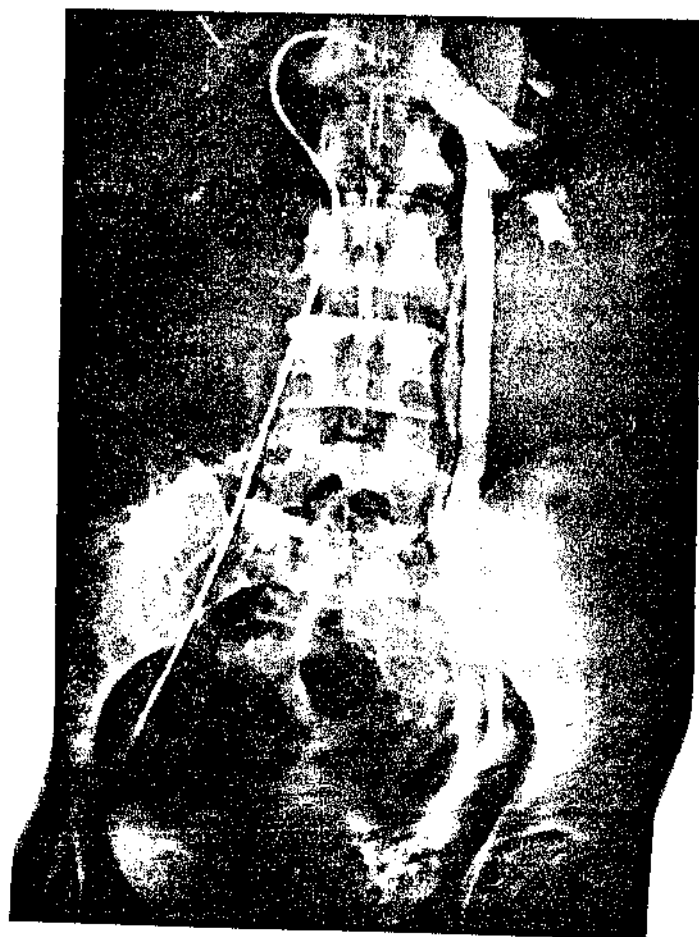


Figura 11: Flebografia seletiva da veia renal esquerda.

Recordando a anatomia radiológica de interesse semiológico nas patologias vasculares pélvicas, reproduzimos aqui um esquema da circulação venosa pélvica (Fig. 12).

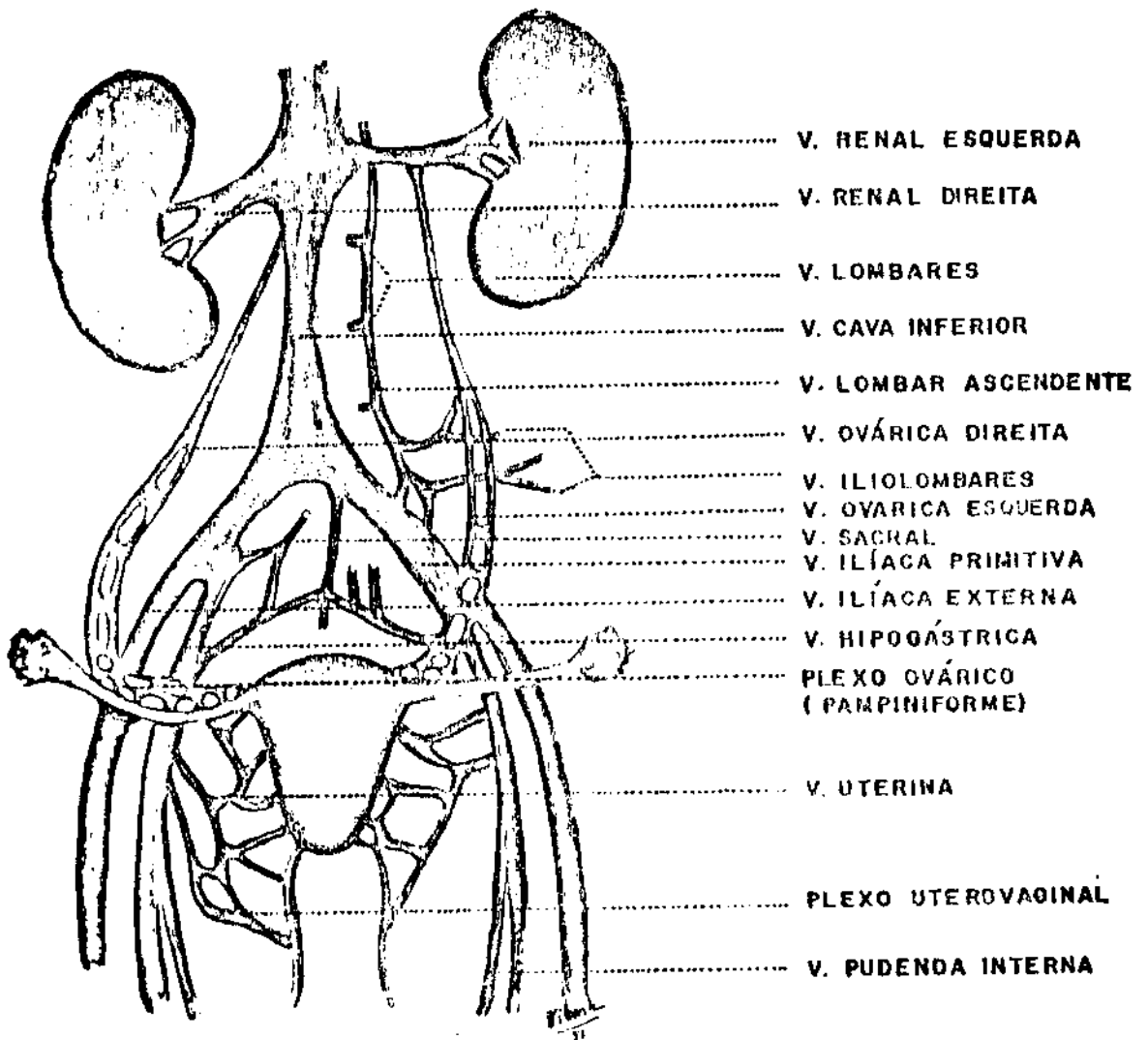


Figura 12: CIRCULAÇÃO VENOSA PÉLVICA

De acôrdo com a via de injeção escolhida, os diversos setores do sistema venoso pélvico são contrastados. Em geral as vias ôsseas e as venosas femoral e clitoridiana contrastam as veias parietais, enquanto a intra-uterina e a seletiva da renal esquerda contrastam as veias viscerais, isto é, as uterinas, o plexo pampiniforme e as ovarianas. Existe uma indepenência das circulações parietal e visceral, tendo DUCUING (50) já demonstração isto em 1950.

Diante do problema, de qual o melhor critério para o diagnóstico da dor pélvica de causa não orgânica, conseqüente à congestão crônica levando à varicosidades no setor venoso pélvico, resolvemos procurar relacionar os sintomas mais relevantes no diagnótico clínico de síndrome de congestão pélvica descrito por TAYLOR (138), com os achados radiológicos.

Oitenta e quatro pacientes que procuraram os serviços de ambulatório do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e o consultório privado, com a queixa específica e única de dor na região pélvica, uma vez excluída causa orgânica e outras causas de dor de outros aparelhos, foram incluídas neste estudo e submetidas ao seguinte interrogatório além da observação clínica habitual:

IDADE:

NÚMERO DE GESTAÇÕES:

DURAÇÃO DA DOR:

MENOS DE 2 ANOS

MAIS DE 2 ANOS

LOCALIZAÇÃO DA DOR: Fossa ilíaca direita:
Fossa ilíaca esquerda:
Região hipogástrica
Região lombar

Características: aumento no período vespertino
diminuição com repouso
acentuação no premenstruo
dispareunia:
dor após o coito

Estas pacientes foram depois submetidas ao exame radiológico segundo a técnica de flebografia pélvica intra-uterina, basicamente de acordo com a técnica de TOPOLANSKI-SIERRA (143). O exame é feito de ambulatório, instruindo-se a paciente a alimentar-se levemente na manhã do exame. Sem nenhum preparo prévio especial, a paciente é colocada na mesa radiológica, em posição de exame ginecológico.

O instrumental essencial para o exame consta de:

- um espêculo vaginal;
- uma pinça de colo;
- uma cânula com agulha longa;
- um histerômetro;
- duas seringas de 20ml;
- gazes;
- tubo de polietileno intermediário (Fig. 13).

Após a colocação do espêculo e o colo uterino exposto, este é limpo cuidadosamente com gaze seca. O lábio inferior do colo é pinçado e tracionado ligeiramente e o histerômetro é introduzido pelo orifício cervical até atingir o fundo uterino, de modo a permitir ao examinador conhecer o monômetro (Fig. 14).

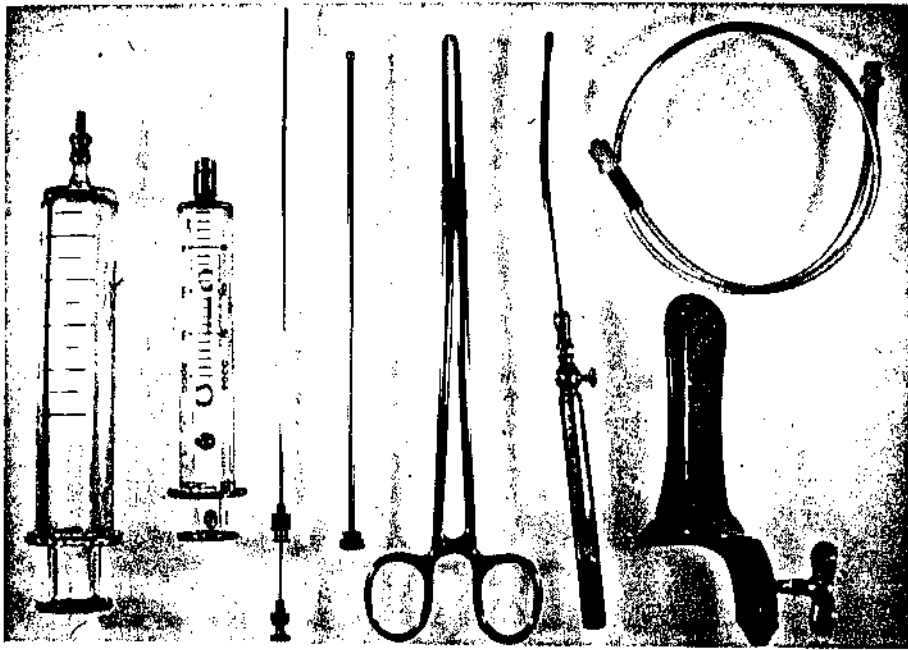


Figura 13: Flebografia pélvica: instrumental necessário.

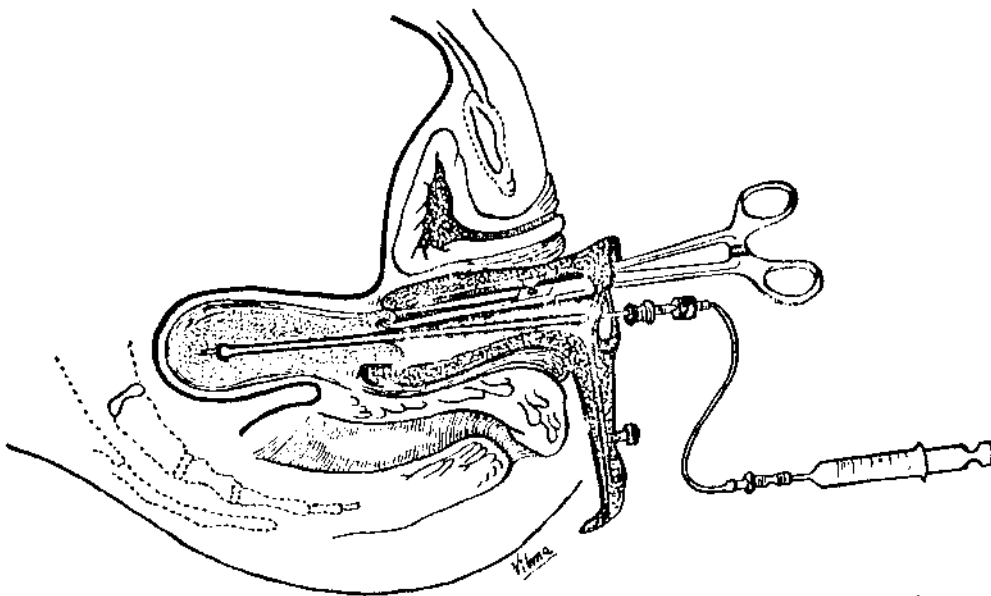


Figura 14: Flebografia pélvica: introdu o da cânula-guia e agulha.

Adotamos aqui uma medida que não é descrita nas outras técnicas, e consiste em injetar alguns centímetros de solução fisiológica, com a finalidade de testar a posição da agulha na espessura do micométrio. Quando a agulha se encontra localizada no micométrio percebe-se uma resistência ao injetar-se o líquido, e tem-se certeza da posição. Quando a injeção se faz muito facilmente, então percebe-se que a agulha não está bem alojada na musculatura uterina.

Após este teste passa-se então a injetar o contraste e a tirar as radiografias.

Um comentário deverá ser feito aqui quanto à agulha e à injeção de hialuronidase antes da injeção do contraste.

O uso de uma única agulha, iniciado por GUILHEM e BAUX (80) é preferido por muitos outros autores como REVELLI e FACCINI (123), REGGIANI (121), CAMUÑEZ (21), TOPOLANSKI-SIERRA (143), CANDIANI (24), DALSIÈRE (45), WEGRYN e HARRON (150), HUGHES e CURTIS (88), FELETIG e TETTI (61), BARO e cols. (11), DURANDO e PINOLI (52), BARRICA e cols. (12), MURRAY e COMPARATO (108), BELINA e COLS. (16), FRIMM e SOUZA RUDGE (70). Entretanto, outros autores preferem para facilidade de injeção do líquido e para maior difusão do mesmo no útero, usar duas ou mais agulhas ligadas a um dispositivo que permite a injeção simultânea. MARTIN (101), BUHL e LEFÈVRE (19), HAMMEN (82), LECLERCQ (97), SALZER e APAS (128) usam aparelhos com duas agulhas enquanto SCHUESSLER e HEINEN (130) usam quatro agulhas. KAUPPILA (94) obteve fleboesquemas com uma e duas agulhas, respectivamente concluindo que a técnica com duas agulhas permitia melhor visibilização das veias. A técnica da agulha única era entretanto mais fácil tecnicamente e mais conveniente para a paciente. Neste trabalho usamos a técnica da agulha única. Vários autores idealizavam diferentes dispositivos de fixação da agulha e da cânula guia. FRIMM e

SOUZA RUDGE (70) colocaram um cursor em formato de concha, cuja concavidade se adapta à superfície do colo depois de fixada na distância conveniente; a finalidade deste cursor é evitar a possibilidade de perfuração do útero, durante a injeção do contraste. KAUPPIA (94) utilizou-se de uma alça de borracha, que fixava a cânula à pinça de Pozzi. Preferimos manter com a mão esquerda a pinça de colo firmando o útero e com a direita a cânula no seu lugar.

A possibilidade de perfuração do útero sempre existe e ocasionalmente isto aconteceu. Como o exame sempre é, entretanto, feito pelo radiologista com a colaboração do ginecologista, lembramos a expressão de SWILLI e FACCHINI (123): a "presença contemporânea" dos dois especialistas e este tendo experiência na sondagem da cavidade uterina, a possibilidade de perfuração é diminuída. Para evitar este risco, idealizamos a colocação de um tubo de 20 cm de comprimento de polietileno entre, de um lado, a extremidade proximal da agulha, e a ponta da seringa, do outro. Deste modo, a movimentação da seringa conseqüente ao esforço de injetar-se o contraste, não interfere na posição da agulha inserida no miométrio.

Quanto ao uso prévio de hialuronidase à injeção do contraste, vários autores indicam esta técnica, primeiro usada por TOPOLANSKI-SIERRA (143) e adotado por CAMUÑEZ (21), WEXLEYN e HARRON (150), HUGHES e CURTIS (88), MARTIN (101), PALI e cols. (112), SCHLOSSER e HEINEN (130), BUIL e LEFFÈVRE (19), HAMMEN (82), IECHEKCO (97), MURRAY e COMPAGNON (108), BELINA e cols. (94). Concordamos com FRIMM e SOUZA RUDGE (70) que a hialuronidase não facilita mais a injeção do contraste, sendo esta também a opinião de DIAZ BRUZUAL (48), o qual acrescenta que a hipótese de a hialuronidase aumentando a permeabilidade do tecido aparecer uma rede venosa intramural uterina, não corresponde à realidade.

Imediatamente após a injeção do contraste, (HYPAQUE a 50% no total de 40 ml) tira-se a primeira radiografia. A técnica desta consiste numa incidência frontal, utilizando-se o Potter-Bucky, KV em torno de 70, variando com o volume do abdome da paciente, 500 mAS e tempo de exposição de 0,2 segundos. Logo após a primeira radiografia, tiram-se a agulha, a cânula e o espêculo e contam-se 20 segundos até a segunda radiografia (Fig. 15 e 16). Em alguns casos, após 3 minutos da primeira radiografia, é feita a terceira. Os autores também não estão acordes quanto ao número de radiografias e os intervalos de tempo entre elas. GUILHEM e BAUX (80) efetuaram a segunda radiografia 5 minutos após a primeira e deram o nome de chapa controle, encontrando nos seus casos contraste restante só no micrómetro.

REVELLI e FACCINI (123), CAMUÑEZ (21), REVELLI, DURANDO e BARBANTI (122), CANDIANI e FACCINI (24), FELETIG e TETTI (61), PY (119) relataram ter feito somente a primeira chapa, enquanto TOPOLANSKI-SIERRA (143), HUGES e CURTIS (88), MARTIN (101), BARRIGA e cols. (12) e SALZER e ABAS (128) fizeram a segunda chapa 20 segundos após. Outros autores adotaram diferentes tempos, como WEGRYN e HARRON (150), que tiraram chapas aos 20 e 80 segundos; LOCKEY (98), várias chapas entre 20 e 80 segundos; DIAZ BRIZUAL (48) e também HARTEN (82), e KAUPPILA (94) aos 20 e 60 segundos; PALI e cols (112), aos 20 segundos e aos 3 minutos; LECLERCO (97) tirando chapas seguidas, acompanhadas de radioscopia; e ainda outros autores, como REGGIANI (121), BELINA e cols. (16) e MURRAY e COMPARATO (108) que empregaram o seriógrafo; FRIMM e SOUZA RIDGE (70) que fizeram três radiografias consecutivas com intervalos de 20 segundos, os quais, entretanto, afirmam que a terceira radiografia é dispensável pelo fato da imagem em geral corresponder à segunda. KAUPPILA (94) usou a técnica de compressão da veia cava inferior, utilizando dois balões insuflados sobre o abdome, com a finalidade de se obter enchimento mais completo de toda a rede

vascular pélvica. Entretanto, segundo a experiência deste autor, dos 176 casos feitos com compressão, obteve bom resultado apenas em 51 casos. Em alguns de nossos doentes recorremos à manobra de Valsalva obtendo radiografias com bom enchimento (Figura 25), entretanto, dispensamos esta técnica por ser desnecessária e raramente nos indicaria clinicamente algum resultado significativo. Além disso, torna inconveniente e mais demorado o exame, pois seria necessária repetição de toda a técnica, isto é, de nova injeção de contraste. As figuras 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24, mostram alguns de nossos casos com dilatação das veias (veias espessadas) e demora no esvaziamento (estase).

Referindo-nos aos trabalhos de CHILDEKEL (33), encontramos a afirmativa de que as flebografias pélvicas e as seletivas da renal esquerda sugerem uma relação entre a direção do fluxo na veia ovariana esquerda, a espessura desta e das veias uterinas. Quando existe refluxo na veia ovariana, existe alargamento significativo da veia uterina também. Quando não existe refluxo estas veias não são dilatadas. Por isso este autor propõe um critério diagnóstico, considerado na radiografia, de veias ovarianas maiores (tais largas) do que 6 mm. e veias uterinas maiores que 4 mm., significativas de varicosidades pélvicas, concluindo tratar-se de estágio mais avançado da síndrome de congestão pélvica.

Alguns autores, como TOPOLANSKI-SIERRA (143), WIEGRYN e HARRON (150), HUGHES e CURTIS (88), LOCKERY (98), DIAZ BRUZUAL (48), PALI e cols. (112), SCHUESSLER e HEINEN (130), BUHU e LEFÈVRE (19), HAMMEN (82), BARRIGA e cols. (12), LECLERCQ (97), MURRAY e COMPARTO (108), SALZER e NIAS (128), FRIMM e SOUZA RUDGE (70) e KAUPPILA (94), consideram o tempo de esvaziamento das veias como fator importante no critério de diagnóstico. Portanto, neste estudo relacionamos o quadro clínico da síndrome de congestão pélvica de acordo com a informação das 84 pacientes com dor, com as radiografias, considerando estes dois critérios:

- 1) espessura das veias uterinas e ovarianas.
- 2) o tempo de esvaziamento.

O total de 95 pacientes estudadas foi dividido em dois grupos: 84 com dor e 11 sem dor. Consideramos as veias com mais de 6 mm. e menos de 6 mm. de largura na radiografia, como critério válido para a avaliação da existência de varicosidades, e o tempo de esvaziamento de 20 segundos como critério para considerar a existência ou não de estase sanguínea neste setor venoso. Adotamos a escolha destes dois parâmetros, espessura e estase das veias, para avaliar as alterações circulatórias pélvicas como válidas, por serem estes dados facilmente demonstráveis nas radiografias, e satisfazerem o conceito da etiopatogenia da Congestão Pélvica, segundo TAYLOR (138), isto é, alterações da fisiologia vascular pélvica normal, provocando retardamento na circulação venosa, aumentando a estase, causando dilatação dos vasos, edema intersticial, fibrose e dor. Para avaliar estas alterações, adotamos os critérios de CHIDEKEL e EDLUNDH (34) e TOPOLANSKI-SIERRA (143) quanto à espessura de 6 mm. e ao tempo de esvaziamento de 20 segundos, respectivamente.

Estabelecemos a seguinte ordem de análise dos dados:

I) Espessura das veias: (medida na radiografia, veias uterinas e ovarianas)

- 1) menor que 6 mm.;
- 2) maior que 6 mm.;

II) Estase: (contraste nas veias após 20 segundos da injeção)

Quanto à metodologia estatística utilizada, constou basicamente da obtenção dos coeficientes de correlação entre as variáveis radiológicas, refinando-os através do uso dos coeficientes de correlação parcial e da utilização dos coeficientes de correlação entre estas variáveis e cada uma das outras intervenientes no estudo.

O nível de significância adotado foi sempre de 5%.

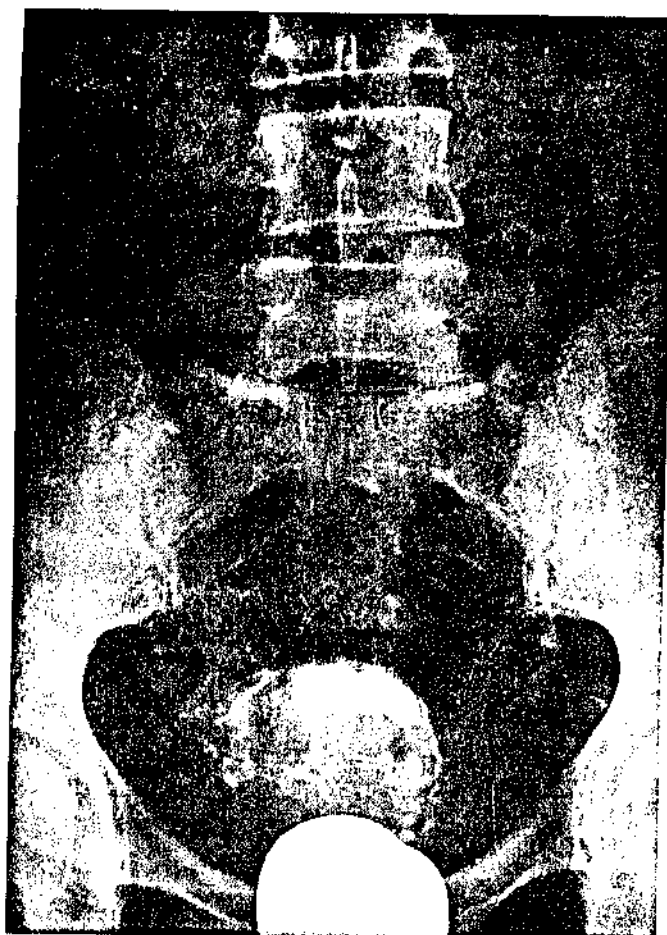
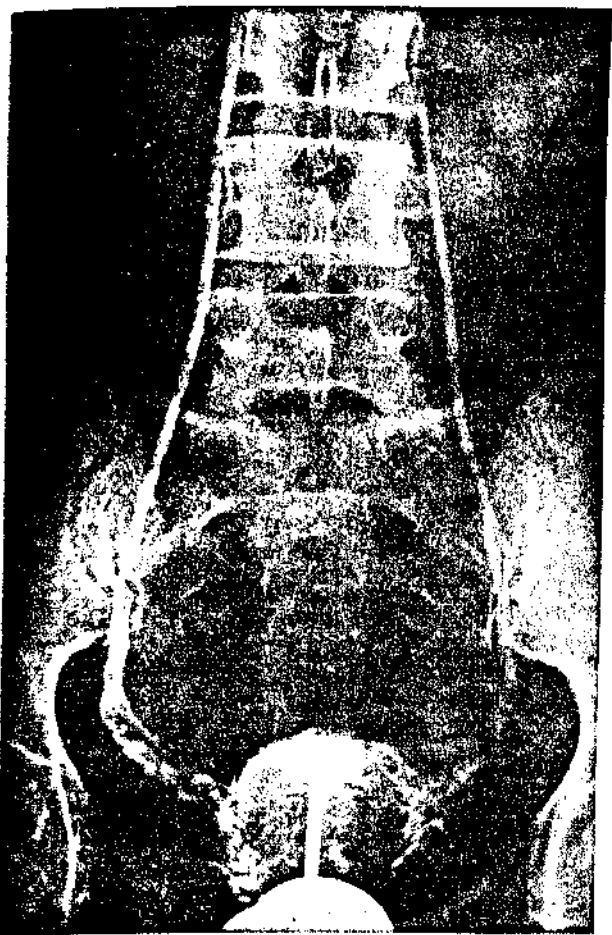


Figura 15: Flebografia pélvica: 1ª radiografia - NORMAL.

Figura 16: Flebografia pélvica: 2ª radiografia (20") - NORMAL.

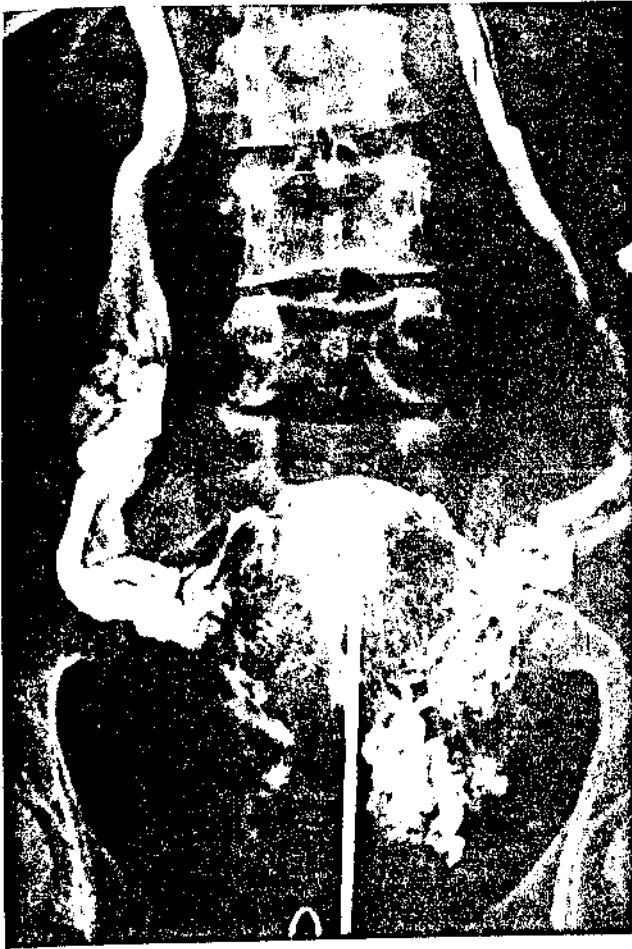


Figura 17: Flebografia p lvica: 1^a radiografia - Veias espessadas.



Figura 18: Flebografia p lvica: 2^a radiografia (20") - Estase.

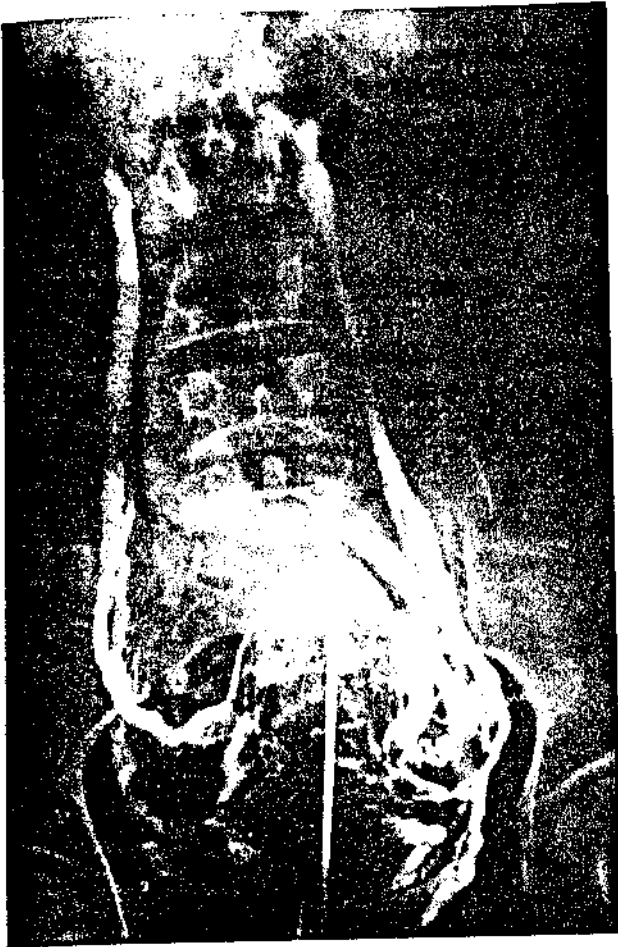


Figura 19: Flebografia pélvica: 1^a radiografia - Velas espessadas



Figura 20: Flebografia pélvica: 2^a radiografia (20") - Estase diminuida.

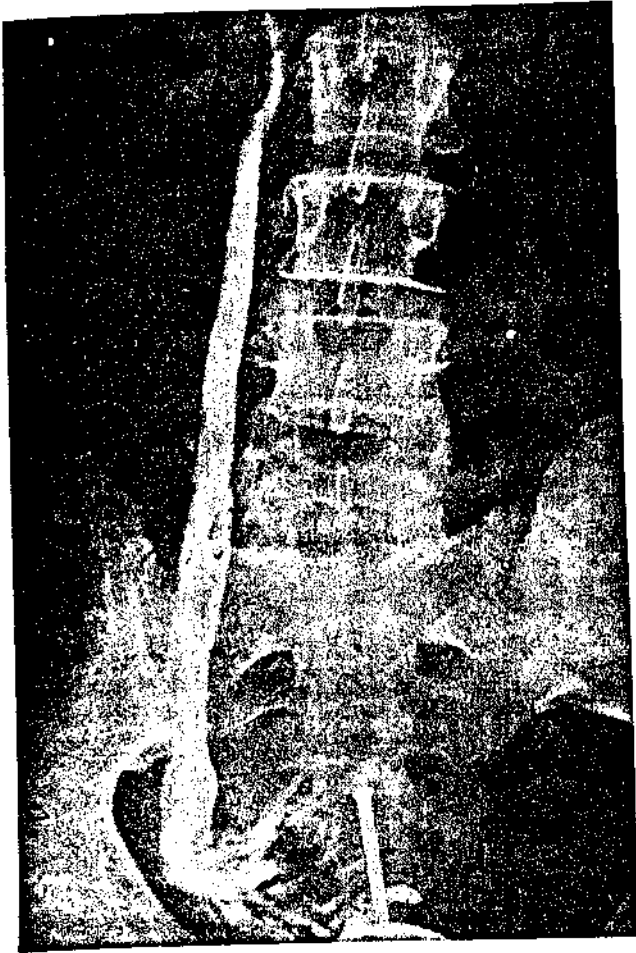


Figura 21: Flebografia pélvica: 1ª radiografia - Veias espessadas.

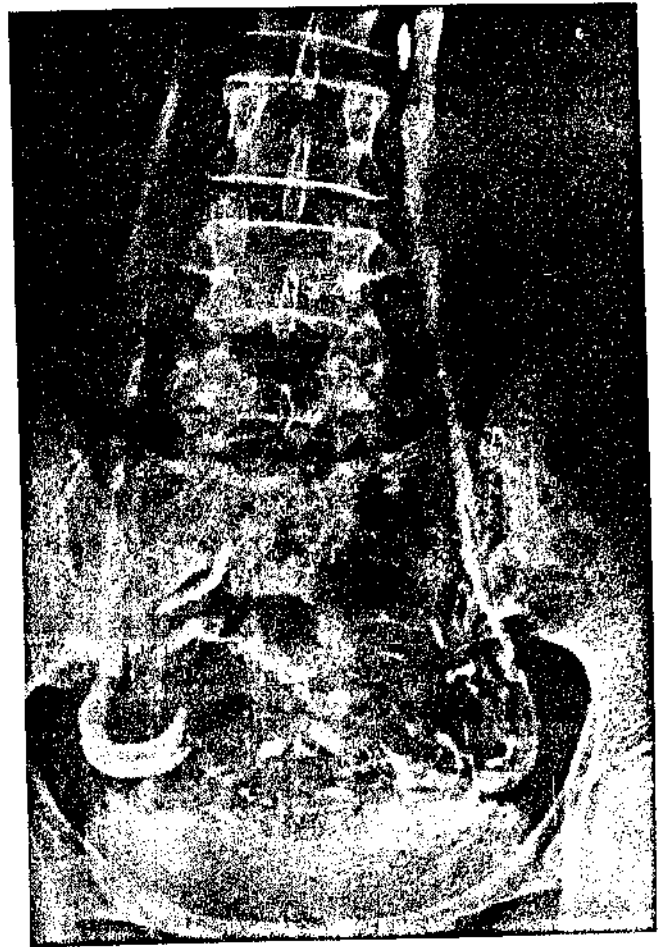


Figura 22: Flebografia pélvica: 2ª radiografia (20") - Estase retardamento no enchimento.

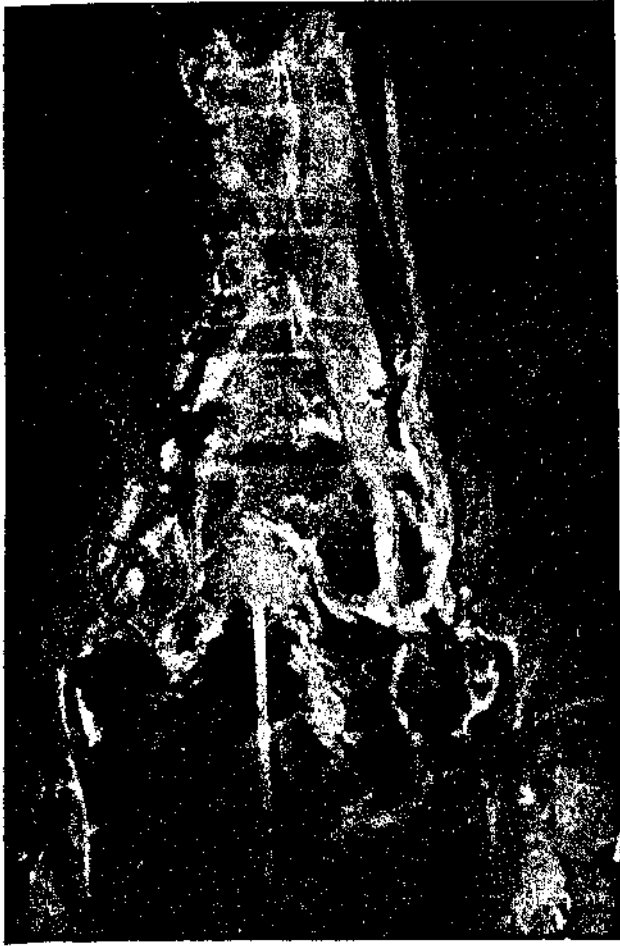


Figura 23: Flebografia pélvica associada a linfografia. Paciente com carcinoma de colo e metástases. Bloqueio da veia ovariana direita.

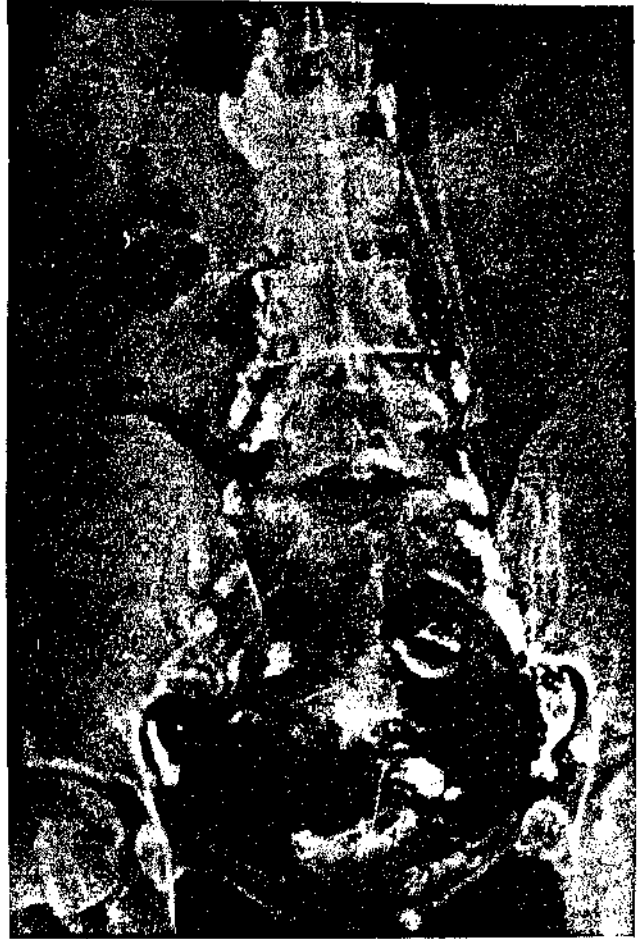


Figura 24: Flebografia pélvica associada a linfografia - 2^a radiografia.

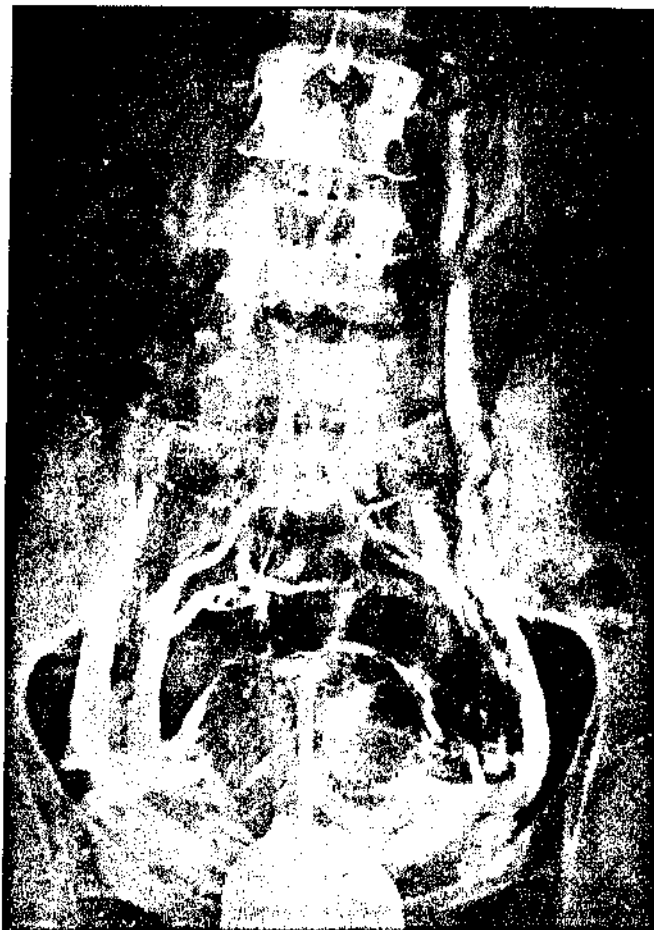


Figura 25: Flebografia pélvica com a manobra de Valsalva.

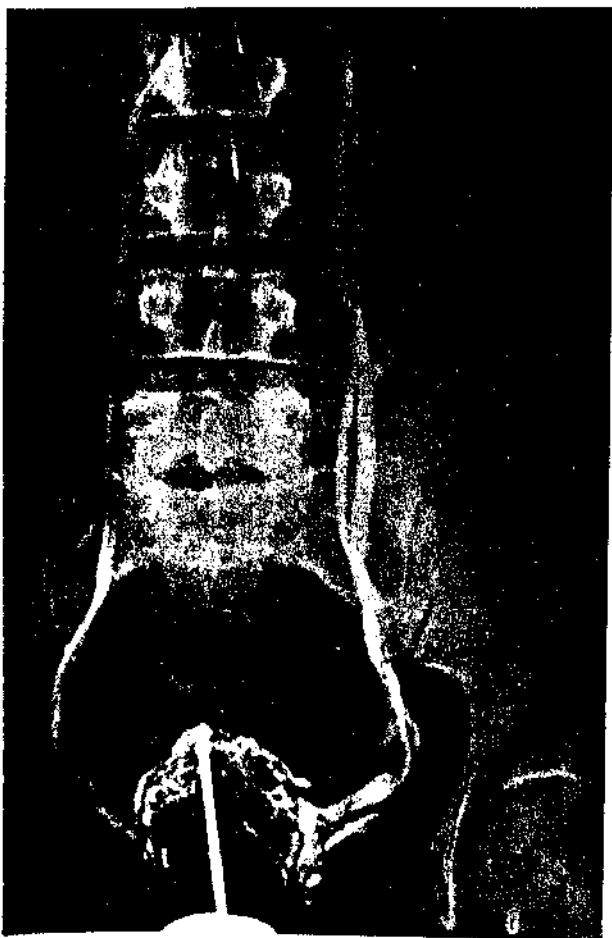


Figura 26: Flebografia pélvica: 1^a radiografia.

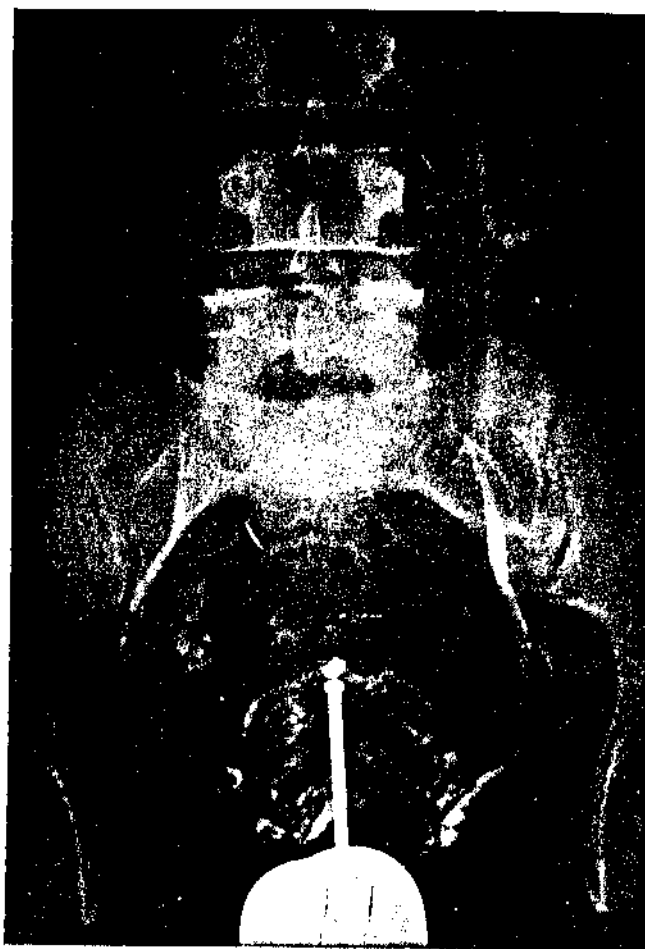


Figura 27: Flebografia pélvica: 2^a radiografia - Estase.

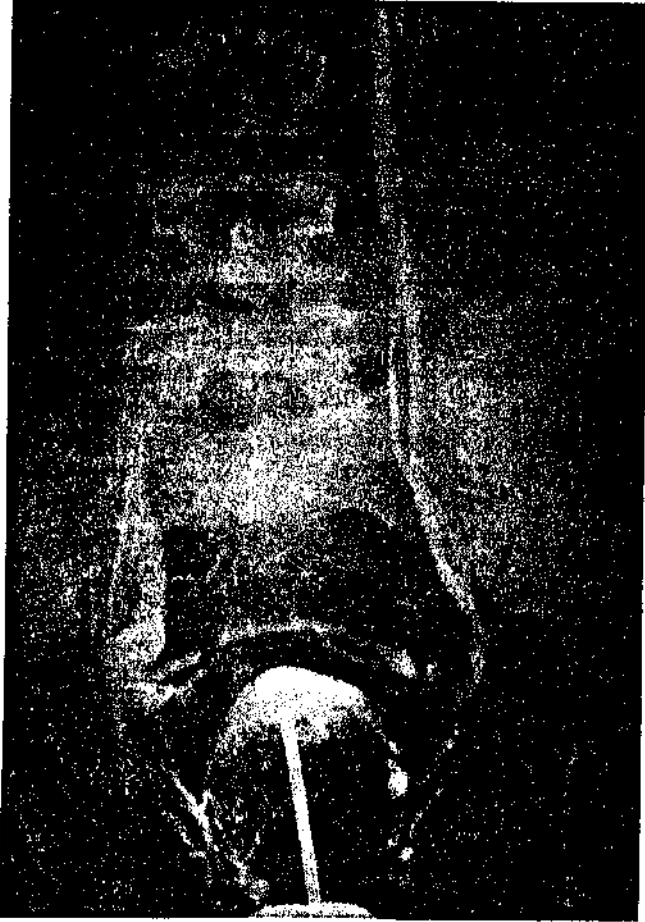


Figura 28: Flebografia pélvica . Valsalva

4 - RESULTADOS

Das 95 pacientes submetidas ao interrogatório clínico e ao exame radiológico pela flebografia pélvica intra-uterina, 84 apresentavam dor e 11, não.

IDADES: As mulheres com dor foram agrupadas pelas idades nos seguintes grupos:

20 - 30 anos

31 - 40 anos

41 anos ou mais

ficando distribuídas de acordo com a tabela 1.

20 - 30 anos	31 - 40 anos	41 anos ou mais
21	45	18
(25%)	(53,6%)	(21,4%)

Tabela 1: Pacientes com dor pélvica agrupadas por idade.

As mulheres sem dor foram igualmente distribuídas de acordo com a tabela 2.

20 - 30 anos	31 - 40 anos	41 anos ou mais
5	2	4
(45,5%)	(18,1%)	(36,4%)

Tabela 2: Pacientes sem dor pélvica agrupadas por idade.

NÚMERO DE GESTAÇÕES

Quanto ao número de gestações as pacientes foram agrupadas segundo tabelas 3 e 4.

0	1	2	3	4	5	6 ou mais
3	8	23	13	11	11	15
3,5%	9,5%	27,4%	15,5%	13,1%	13,1%	17,9%

Tabela 3: Pacientes com dor pélvica distribuídas segundo o número de gestações.

0	1	2	3	4	5	6 ou mais
0	0	3	3	1	1	3
		27,3%	27,3%	9,1%	9,1%	27,3%

Tabela 4: Pacientes sem dor pélvica distribuídas segundo o número de gestações.

CARACTERÍSTICAS DA DOR:

O tempo de existência da dor é muito relativo, entretanto para efeito desse estudo foram divididas as pacientes em dois grupos: as com duração de menos de dois anos e as com mais de dois anos. Este critério não é absoluto. Entretanto é baseado na experiência clínica de que a dor pélvica com as mesmas características persistindo por mais de dois anos, sugere ser de causa congestiva, por ser doença de natureza crônica. De acordo com este critério, temos as 84 pacientes com dor distribuídas do seguinte modo: (tabela 5).

MENOS DE 2 ANOS	MAIS DE 2 ANOS
35	49
(41,7%)	(58,3%)

Tabela 5: Pacientes com dor pélvica distribuídas segundo a duração da dor.

LOCAL DA DOR:

A dor pélvica de natureza congestiva é em geral uma dor difusa e profunda na pélvis, muitas vezes de localização difícil de se conhecer pela anamnese, porém neste estudo as pacientes foram cuidadosamente interrogadas, quanto ao local de maior dor, e foram agrupadas de acordo com os seguintes locais: fossa ilíaca direita (FID), fossa ilíaca esquerda (FIE), região hipogástrica (H) e região lombar (L). Muitas vezes a paciente referia vários locais, entretanto foi levado em consideração para cada paciente o local de maior intensidade da dor. Na tabela 6 encontramos a relação de acordo com a localização:

FID	FIE	H	L
19	4	60	1
22,6%	4,8%	71,4%	1,2%

Tabela 6: Pacientes com dor pélvica distribuídas segundo a localização da dor.

De acordo com a descrição do quadro clínico da dor pélvica do tipo da Síndrome de Congestão Pélvica consideramos de valor semiológico os seguintes dados: aumento da dor no período vespertino, aumento no período pré-menstrual, melhora da dor no repouso e intensificação da dor no coito e persistindo horas depois. As incidências destes dados neste grupo de pacientes com dor estão relacionadas na tabela 7.

CARACTERÍSTICAS DA DOR	SIM	NÃO	TOTAL
Aumento no período vespertino	21 (25%)	63 (75%)	84 (100%)
Melhora com repouso	33 (39,3%)	51 (60,7%)	84 (100%)
Aumento no premenstruo	56 (66,7%)	28 (33,3%)	84 (100%)
Dispareunia	60 (71,4%)	24 (28,6%)	84 (100%)
Após o coito	27 (32,1%)	57 (67,9%)	84 (100%)

Tabela 7: Pacientes com dor pélvica distribuídas de acordo com as caracterís-
ticas da dor.

No grupo de pacientes com dor, relacionando os grupos etários com o número de gestações, duração, local e características da dor , temos as seguintes tabelas (tabela 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15).

IDADE EM ANOS	PARIDADE						
	0	1	2	3	4	5	6 ou mais
20 - 30	0	3 3,6%	12 14,3%	4 4,8%	0	2 2,4%	0
31 - 40	1 1,2%	4 4,8%	7 8,3%	6 7,1%	11 13,1%	8 9,5%	8 9,5%
41 ou mais	2 2,4%	1 1,2%	4 4,8%	3 3,6%	0	1 1,2%	7 8,3%
TOTAL	3 3,6%	8 9,5%	23 27,4%	13 15,5%	11 13,1%	11 13,1%	15 17,9%

Tabela 8 : Pacientes com dor pélvica relacionadas suas idades com o número de gestações.

IDADE EM ANOS	DURAÇÃO DA DOR	
	MENOS DE 2 ANOS	MAIS DE 2 ANOS
20 - 30	12 14,3%	9 10,7%
31 - 40	17 20,2%	28 33,3%
41 ou mais	6 7,1%	12 14,3%
TOTAL	35 41,7%	49 58,3%

Tabela 9: Pacientes com dor pélvica relacionadas suas idades com a duração da dor.

IDADE EM ANOS	LOCAL DA DOR			
	FID	FIE	II	L
20 - 30	2 2,4%	2 2,4%	17 20,2%	0
31 - 40	13 15,5%	1 1,2%	31 36,9%	0
41 ou mais	4 4,8%	1 1,2%	12 14,13%	1 1,2%
TOTAL	19 22,6%	4 4,8%	60 71,4%	1 1,2%

Tabala 10: Pacientes com dor pélvica relacionadas suas idades com o local da dor.

IDADE EM ANOS	MELHORA NO PERÍODO VESPERTINO	
	SIM	NÃO
20 - 30	5 6,0%	16 19,0%
31 - 40	15 17,9%	30 35,7%
41 ou mais	1 1,2%	17 20,2%
TOTAL	21 25%	63 75%

Tabela 11: Pacientes com dor pélvica relacionadas suas idades com características de melhora no período vespertino.

IDADE EM ANOS	CARACTERÍSTICAS: MELHOR NO REPOUSO	
	SIM	NÃO
20 - 30	6 7,1%	15 17,9%
31- 40	21 25,0%	24 28,6%
41 ou mais	6 7,1%	12 14,3%
TOTAL	33 39,3%	51 60,7%

Tabela 12: Pacientes com dor pélvica relacionadas suas idades com melhora da dor com repouso.

IDADE EM ANOS	CARACTERÍSTICAS: AUMENTA PREMENSTRUO	
	SIM	NÃO
20 - 30	14 16,7%	7 8,3%
31 - 40	31 36,9%	14 16,7%
41 ou mais	11 13,1%	7 8,3%
TOTAL	56 66,7%	28 33,3%

Tabela 13: Pacientes com dor pélvica relacionadas suas idades com a caracte_rística de aumento da dor no período pré-menstrual.

IDADE EM ANOS	CARACTERÍSTICAS: DISPAREUNIA	
	SIM	NÃO
20 - 30	16 19,0%	5 6,0%
31 - 40	34 40,5%	11 13,1%
41 ou mais	10 11,9%	8 9,5%
TOTAL	60 71,4%	24 28,6%

Tabela 14: Pacientes com dor pélvica relacionadas suas idades com a dispareunia.

IDADE EM ANOS	CARACTERÍSTICAS: DOR APÓS COITO	
	SIM	NÃO
20 - 30	8 9,5%	13 15,5%
31 - 40	16 19,0%	29 34,5%
41 ou mais	3 3,6%	15 17,9%
TOTAL	27 32,1%	57 67,9%

Tabela 15: Pacientes com dor pélvica relacionadas suas idades com a dor após o coito.

RELAÇÃO QUADRO CLÍNICO - FLEBOGRAFIA PÉLVICA

Levando em conta o critério de avaliação radiológica, que está sendo estudado: a espessura e o tempo de esvaziamento das veias - nas flebografias, e comparando estes parâmetros com o quadro clínico da Síndrome de Congestão Pélvica, obtemos os seguintes dados, em relação idade/espessura das veias (tabela 16), idade/estase uterina (tabela 17), idade/estase ovariana (tabela 18), número de gestações/espessura das veias (tabela 19), número de gestações/estase uterina (tabela 20) e número de gestações e estase ovariana (tabela 21).

IDADE EM ANOS	ESPESSURA DAS VELAS	
	MENOS DE 6 mm.	MAIS DE 6 mm.
20 - 30	11 13,1%	10 11,9%
31 - 40	20 23,8%	25 29,8%
41 ou mais	9 10,7%	9 10,7%
TOTAL	40 47,6%	44 52,4%

Tabela 16: Pacientes com dor pélvica relacionadas as idades com as espessuras das veias nas radiografias.

IDADE EM ANOS	ESTASE UTERINA	
	SIM	NÃO
20 - 30	13 15,5%	8 9,5%
31 - 40	38 45,2%	7 8,3%
41 ou mais	8 9,5%	10 11,9%
TOTAL	59 70,2%	25 29,8%

Tabela 17: Pacientes com dor pélvica relacionadas as idades com estase uterina nas radiografias.

IDADE EM ANOS	ESTASE OVARIANA	
	SIM	NÃO
20 - 30	11 13,1%	10 11,9%
31 - 40	32 38,1%	13 15,5%
41 ou mais	8 9,5%	10 11,9%
TOTAL	51 60,7%	33 39,3%

Tabela 18: Pacientes com dor pélvica relacionadas as idades com estase ovariana nas radiografias.

NÚMERO DE GESTAÇÕES	ESPESSURA DAS VEIAS	
	MENOS DE 6 mm.	MAIS DE 6 mm.
0	2 2,4%	1 1,2%
1	4 4,8%	4 4,8%
2	10 11,9%	13 15,5%
3	6 7,1%	7 8,3%
4	4 4,8%	7 8,3%
5	7 8,3%	4 4,8%
6 ou mais	7 8,3%	8 9,5%
TOTAL	40 47,6%	44 52,4%

Tabela 19: Pacientes com dor pélvica relacionados o número de gestações e ..
espessuras das veias nas radiografias.

NÚMERO DE GESTAÇÕES	ESTASE UTERINA	
	SIM	NÃO
0	2 2,4%	1 1,2%
1	4 4,8%	4 4,8%
2	17 20,2%	6 7,1%
3	9 10,7%	4 4,8%
4	9 10,7%	2 2,4%
5	8 9,5%	3 3,6%
6 ou mais	10 11,9%	5 6,0%
TOTAL	59 70,2%	25 29,8%

Tabela 20: Pacientes com dor pélvica relacionados o número de gestações com a estase uterina nas radiografias.

NÚMERO DE GESTAÇÕES	ESTASE OVARIANA	
	SIM	NÃO
0	2 2,4%	1 1,2%
1	4 4,8%	4 4,8%
2	14 16,7%	9 10,7%
3	7 8,3%	4 7,1%
4	7 8,3%	4 4,8%
5	8 9,5%	3 3,6%
6 ou mais	9 10,7%	6 7,1%
TOTAL	51 60,7%	53 39,3%

Tabela 21: Pacientes com dor pélvica relacionadas o número de gestações com a estase ovariana nas radiografias.

A seguir relacionamos os dados clínicos escolhidos como representativos do quadro clínico da Síndrome de Congestão Pélvica com os sinais radiológicos que estão sendo estudados.

Os dados da espessura das veias e a estase nas veias uterinas e nas ovarianas relacionadas com a duração da dor estão nas tabelas 22, 23 e 24 com o local referido da dor, nas tabelas 25, 26 e 27; com o fato da dor aumentar no período da tarde: tabelas 28, 29 e 30; com o alívio da dor no repouso: tabelas 31, 32 e 33; com a intensificação da dor no período pré-menstrual; tabelas 34, 35 e 36; com dispareunia: tabelas 37, 38 e 39; com a persistência da dor após o coito: tabelas 40, 41 e 42.

DURAÇÃO DA DOR	ESPESSURA DAS VEIAS	
	MENOS DE 6 mm.	MAIS DE 6 mm.
Menos de 2 anos	24 28,6%	11 13,1%
Mais de 2 anos	16 19,0%	33 39,3%
TOTAL	40 47,6%	44 52,4%

Tabela 22: Pacientes com dor pélvica relacionada a duração da dor com a espessura das veias nas radiografias.

DURAÇÃO DA DOR	ESTASE UTERINA	
	SIM	NÃO
Menos de 2 anos	18 21,4%	17 20,2%
Mais de 2 anos	41 48,8%	8 9,5%
TOTAL	59 70,2%	25 29,8%

Tabela 23: Pacientes com dor pélvica relacionadas a duração da dor com a estase uterina nas radiografias.

DURAÇÃO DA DOR	ESTASE OVARIANA	
	SIM	NÃO
Menos de 2 anos	14 16,7%	21 25,0%
Mais de 2 anos	37 44,0%	12 14,3%
TOTAL	51 60,7%	33 39,3%

Tabela 24 : Pacientes com dor pélvica relacionadas a duração da dor com a estase ovariana nas radiografias.

LOCAL DA DOR	ESPESSURA DAS VEIAS	
	MENOS DE 6 mm.	MAIS DE 6 mm.
FID	10 11,9%	9 10,7%
FIE	3 3,6%	1 1,2%
H	26 31,0%	34 40,5%
L	1 1,2%	0
TOTAL	40 47,6%	44 52,4%

Tabela 25: Pacientes com dor pélvica relacionadas a espessura das veias com o local da dor.

LOCAL DA DOR	ESTASE UTERINA	
	SIM	NÃO
FID	11 13,1%	8 9,5%
FIE	2 2,4%	2 2,4%
H	46 54,8%	14 16,7%
L	0	1 1,2%
TOTAL	59 70,2%	25 29,8%

Tabela 26: Pacientes com dor pélvica relacionadas a estase uterina com o local da dor.

LOCAL DA DOR	ESTASE OVARIANA	
	SIM	NÃO
FID	9 10,78	10 11,98
FIE	3 3,68	1 1,28
H	39 46,48	21 25,08
L	0	1 1,28
TOTAL	51 60,78	33 39,38

Tabela 27: Pacientes com dor pélvica relacionadas a estase ovariana com o local da dor.

AUMENTO VESPERTINO	ESPESSURA DAS VEIAS	
	MENOS DE 6 mm.	MAIS DE 6 mm.
SIM	8 9,5%	13 15,5%
NÃO	32 38,1%	31 36,9%
TOTAL	40 47,6%	44 52,4%

Tabela 28: Pacientes com dor pélvica relacionadas a espessura das veias com o aumento vespertino.

AUMENTO VESPERTINO	ESTASE UTERINA	
	SIM	NÃO
SIM	20 23,8%	1 1,2%
NÃO	39 46,4%	24 28,6%
TOTAL	59 70,2%	25 29,8%

Tabela 29: Pacientes com dor pélvica relacionadas a estase uterina com o aumento vespertino.

AUMENTO VESPERTINO	ESTASE OVARIANA	
	SIM	NÃO
SIM	19 22,6%	2 2,4%
NÃO	32 38,1%	31 36,9%
TOTAL	51 60,7%	33 39,3%

Tabela 30: Pacientes com dor pélvica relacionadas a estase ovariana com o aumento vespertino.

MELHOR COM REPOUSO	ESPESSURA DAS VEIAS	
	MENOS DE 6 mm.	MAIS DE 6 mm.
SIM	7 8,3%	26 31,0%
NÃO	33 39,3%	18 21,4%
TOTAL	40 47,6%	44 52,4%

Tabela 31: Pacientes com dor pélvica relacionadas a espessura das veias com a melhora com repouso.

MELHOR COM REPOUSO	ESTASE UTERINA	
	SIM	NÃO
SIM	29 34,5%	4 4,8%
NÃO	30 35,7%	21 25,0%
TOTAL	59 70,2%	25 29,8%

Tabela 32: Pacientes com dor pélvica relacionadas a estase uterina com a melhora com repouso.

MELHOR COM REPOUSO	ESTASE OVARIANA	
	SIM	NÃO
SIM	28 33,3%	5 6,0%
NÃO	23 27,4%	28 33,3%
TOTAL	51 60,7%	33 39,3%

Tabela 33: Pacientes com dor pélvica relacionadas a estase ovariana com a melhora com repouso.

AUMENTO NO PREMENSTRUO	ESPESSURA DAS VEIAS	
	MENOS DE 6 mm.	MAIS DE 6 mm.
SIM	15 17,9%	41 48,8%
NÃO	25 29,8%	3 3,6%
TOTAL	40 47,6%	44 52,4%

Tabela 34: Pacientes com dor pélvica relacionadas a espessura das veias com aumento no premenstruo.

AUMENTO NO PREMENSTRUO	ESTASE UTERINA	
	SIM	NÃO
SIM	50 59,58	6 7,18
NÃO	9 10,78	19 22,68
TOTAL	59 70,28	25 29,88

Tabela 35: Pacientes com dox pélvica relacionadas a estase uterina com o aumento no premenstruo.

AUMENTO NO PREMENSTRUO	ESTASE OVARIANA	
	SIM	NÃO
SIM	46 54,8%	10 11,9%
NÃO	5 6,0%	23 27,4%
TOTAL	51 60,7%	33 39,3%

Tabela 36: Pacientes com dor pélvica relacionadas a estase ovariana com o aumento no premenstruo.

DISPAREUNIA	ESPESSURA DAS VEIAS	
	MENOS DE 6 mm.	MAIS DE 6 mm.
SIM	24 28,6%	36 42,9%
NÃO	16 19,0%	8 9,5%
TOTAL	40 47,6%	44 52,4%

Tabela 37: Pacientes com dor pélvica relacionadas a espessura das veias com a dispareunia.

DISPAREUNIA	ESTASE UTERINA	
	SIM	NÃO
SIM	51 60,7%	9 10,7%
NÃO	8 9,5%	16 19,8%
TOTAL	59 70,2%	25 29,8%

Tabela 38: Pacientes com dor pélvica relacionadas a estase uterina com a dispareunia.

DISPAREUNIA	ESTASE OVARIANA	
	SIM	NÃO
SIM	46 54,8%	14 16,7%
NÃO	5 6,0%	19 22,6%
TOTAL	51 60,7%	33 39,3%

Tabela 39: Pacientes com dor pélvica relacionadas a estase ovariana com a dispareunia.

DOR APÓS COITO	ESPESSURA DAS VEIAS	
	MENOS DE 6 mm.	MAIS DE 6 mm.
SIM	5 6,0%	22 26,2%
NÃO	35 41,7%	22 26,2%
TOTAL	40 47,6%	44 52,4%

Tabela 40: Pacientes com dor pélvica relacionadas a espessura das veias com a dor após o coito.

DOR APÓS COITO	ESTASE UTERINA	
	SIM	NÃO
SIM	25 29,8%	2 2,4%
NÃO	34 40,5%	23 27,4%
TOTAL	59 70,2%	25 29,8%

Tabela 41: Pacientes com dor pélvica relacionadas a estase uterina com a dor após o coito.

DOR APÓS COITO	ESTASE OVARIANA	
	SIM	NÃO
SIM	23 27,4%	4 4,8%
NÃO	28 33,3%	29 34,5%
TOTAL	51 60,7%	33 39,3%

Tabela 42: Pacientes com dor pélvica relacionadas a estase ovariana com a dor após coito.

Ainda neste grupo de mulheres com dor, relacionamos os sinais radiológicos entre si, isto é, espessura das veias e estase uterina: tabela 43, espessura das veias e estase ovariana: tabela 44 e finalmente estase uterina e estase ovariana: tabela 45.

ESPESSURA DAS VEIAS	ESTASE UTERINA	
	SIM	NÃO
Menos de 6 mm.	20 23,8%	20 23,8%
Mais de 6 mm.	39 46,4%	5 6,0%
TOTAL	59 70,2%	25 29,8%

Tabela 43: Pacientes com dor pélvica relacionadas a espessura das veias com a estase uterina.

ESPESSURA DAS VEIAS	ESTASE OVARIANA	
	SIM	NÃO
Menos de 6 mm.	14 16,7%	26 31,0%
Mais de 6 mm.	37 44,0%	7 8,3%
TOTAL	51 60,7%	33 39,3%

Tabela 44: Pacientes com dor pélvica relacionadas a espessura das veias com estase ovariana.

ESTASE UTERINA	ESTASE OVARIANA	
	SIM	NÃO
SIM	49 58,3%	10 11,9%
NÃO	2 2,4%	23 27,4%
TOTAL	51 60,7%	33 39,3%

Tabela 45: Pacientes com dor pélvica relacionadas a estase uterina com a estase ovariana.

Relacionando os grupos etários e o número de gestações das mulheres sem dor com os mesmos parâmetros radiológicos, isto é, espessura das veias e estase nas uterinas e ovarianas, obtemos as seguintes tabelas: tabela 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53 e 54.

SEM DOR: IDADE EM ANOS	ESPESSURA DAS VEIAS	
	MENOS DE 6 mm.	MAIS DE 6 mm.
20 - 30	5 45,5%	0
31 - 40	2 18,2%	0
41 ou mais	4 36,4%	0
TOTAL	11 99,9%	0

Tabela 46: Pacientes sem dor pélvica relacionadas suas idades com a espessura das veias.

SEM DOR: IDADE EM ANOS	ESTASE UTERINA	
	SIM	NÃO
20 - 30	0	5 45,5%
31 - 40	0	2 18,2%
41 ou mais	0	4 36,4%
TOTAL	0	11 99,9%

Tabela 47: Pacientes sem dor pélvica relacionadas as idades com a estase uterina.

SEM DOR: IDADE EM ANOS	ESTASE OVARIANA	
	SIM	NÃO
20 - 30	0	5 45,5%
31 - 40	0	2 18,2%
41 ou mais	0	4 36,4%
TOTAL	0	11 99,9%

Tabela 48: Pacientes sem dor pélvica, relacionadas a idade e a estase ovariana.

SEM DOR: NÚMERO DE GESTAÇÕES	ESPESSURA DAS VELAS	
	MENOS DE 6 mm.	MAIS DE 6 mm.
0	0	0
1	0	0
2	3 27,3%	0
3	3 27,3%	0
4	1 9,1%	0
5	1 9,1%	0
6 ou mais	3 27,3%	0
TOTAL	11 99,9%	0

Tabela 49: Pacientes sem dor pélvica relacionadas o número de gestações e a espessura das veias.

SEM DOR: NÚMERO DE GESTAÇÕES	ESTASE UTERINA	
	SIM	NÃO
0	0	0
1	0	0
2	0	3 27,3%
3	0	3 27,3%
4	0	1 9,1%
5	0	1 9,1%
6 ou mais	0	3 27,3%
TOTAL	0	11 99,9%

Tabela 50: Pacientes sem dor pélvica relacionadas o número de gestações e a estase uterina.

SEM DOR: NÚMERO DE GESTAÇÕES	ESTASE OVARIANA	
	SIM	NÃO
0	0	0
1	0	0
2	0	3 27,3%
3	0	3 27,3%
4	0	1 9,1%
5	0	1 9,1%
6 ou mais	0	3 27,3%
TOTAL	0	11 99,9%

Tabela 51: Pacientes sem dor pélvica relacionadas o número de gestações e a estase ovariana.

SEM DOR: ESPESSURA DAS VEIAS	ESTASE UTERINA	
	SIM	NÃO
MENOS DE 6 mm.	0	11 99,9%
MAIS DE 6 mm.	0	0
TOTAL	0	11 99,9%

Tabela 52: Pacientes sem dor pélvica relacionadas a espessura das veias e a estase uterina.

SEM DOR: ESPESSURA DAS VEIAS	ESTASE OVARIANA	
	SIM	NÃO
MENOS DE 6 mm.	0	11 99,9%
MAIS DE 6 mm.	0	0
TOTAL	0	11 99,9%

Tabela 53: Pacientes sem dor pélvica relacionadas a espessura das veias e a estase ovariana.

SEM DOR: ESTASE UTERINA	ESTASE OVARIANA	
	SIM	NÃO
SIM	0	0
NÃO	0	11 99,9%
TOTAL	0	11 99,9%

Tabela 54: Pacientes sem dor pélvica relacionadas a estase uterina e a estase ovariana.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Na análise estatística destes dados, será inicialmente importante verificar se as três variáveis radiológicas (espessura das veias, estase uterina e estase ovariana) se justificam no sentido de que não sejam redundantes, uma em relação à outra. Para tanto, as correlações entre elas são estudadas no total das 95 pacientes.

Estase ovariana/estase uterina (tabela 55).

ESTASE UTERINA \ ESTASE OVARIANA	ESTASE OVARIANA		TOTAL
	SIM	NÃO	
SIM	49	10	59
NÃO	2	34	36
TOTAL	51	44	95

Tabela 55: Número total das pacientes com o seu relacionamento às estas uterina e ovariana.

ue:

$$\chi^2 = N r^2 = \frac{X^2}{N} \quad \text{sendo } \chi^2 = r = \text{coeficiente de correlação.}$$

$$r = 0.754,$$

de-se portanto que não há redundância.

2) Espessura das veias/estase ovariana (tabela 56)

ESTASE OVARIANA	ESPESSURA DAS VEIAS	MAIS DE 6 mm.	MENOS DE 6 mm.	TOTAL
	SIM		37	14
NÃO		7	37	44
TOTAL		44	51	95

Tabela 56: Número total de pacientes com e sem dor relacionadas as espessuras das veias com a estase ovariana.

$r = 0.566.$

3) Espessura das veias/estase uterina (tabela 57)

ESTASE UTERINA \ ESPESSURA DAS VEIAS	MAIS DE 6 mm.	MENOS DE 6 mm.	TOTAL
SIM	39	20	59
NÃO	5	31	36
TOTAL	44	51	95

Tabela 57: Número total de pacientes com e sem dor relacionadas à espessura das veias e à estase uterina.

$r = 0,508.$

Resumindo, verificamos que as correlações são:

estase uterina/estase ovariana = 0.754 (tabela 55).

estase ovariana/espessura das veias = 0.566 (tabela 56)

estase uterina/espessura das veias = 0.508 (tabela 57).

conquanto, sendo significativamente diferentes de zero, os coeficientes não são elevados e, portanto, as variáveis radiológicas escolhidas para o estudo não são redundantes entre si. Observação: $r^2 = \beta^2$ = redução da variação de uma das variáveis e que é explicada pela correlação com a outra.

Passando para uma 2^a etapa nesta análise, verificamos qual das três variáveis radiológicas está mais correlacionada à dor.

Pelos cálculos encontramos os coeficientes de correlação.

espessura das veias X dor = 0.3361

estase uterina X dor = 0.4633

estase ovariana X dor = 0.3896

Estes resultados mostram que a estase uterina é das três variáveis, a mais ligada à dor.

Conquanto todos estes coeficientes de correlação sejam significativamente diferentes de zero, ao nível de 5%, nenhum deles é realmente elevado. Isto mostra que a escolha destas variáveis radiológicas não tenha talvez sido a melhor.

Por outro lado, como as variáveis radiológicas poderiam estar influenciadas pela idade das mulheres, bem como pelo número de gestações, passamos a calcular as correlações parciais entre elas (variáveis radiológicas com idade e gestações) e a dor.

Portanto, espessura das veias X dor, temos:

a) $r_{\text{espessura} \times \text{dor} \cdot \text{idade}}$

$$r_{\text{espessura} \times \text{dor}} - r_{\text{espessura} \times \text{idade}} - r_{\text{dor} \times \text{idade}}$$

$$1 - r^2_{\text{espessura} \times \text{idade}} \quad 1 - r^2_{\text{dor} \times \text{idade}}$$

Calculamos que:

$$r_{\text{espessura} \times \text{idade}} = -0.0254$$

$$r_{\text{dor} \times \text{idade}} = -0.0249$$

portanto, a idade praticamente não tem correlação com a espessura das veias encontrada nas radiografias, nem com a dor, de maneira que a correlação parcial entre espessura e dor, fixada a idade torna-se, finalmente pela aplicação da fórmula:

$$r = \frac{0.3361 - (-0.0254)(-0.0249)}{\sqrt{[1 - (-0.0254)^2][1 - (-0.0249)^2]}}$$

$$r = 0.3359$$

isto é, ficou praticamente inalterada.

Procedendo-se de forma análoga quanto ao número de gestações obtemos:

$$r_{\text{espessura}_X \text{ gestações}} = 0.00001$$

$$r_{\text{dor}_X \text{ gestações}} = 0.00002$$

mostrando, mais enfaticamente que as variáveis em consideração não estão influenciadas pelo número de gestações.

Logo, pode-se dizer que

$$r_{\text{espessura}_X \text{ dor}_X \text{ gestações}} = 0.3361$$

b) Repetindo o mesmo cálculo para a outra variável radiológica, estase uterina X dor, temos:

$$r_{\text{estase uterina}_X \text{ dor}_X \text{ idade}} =$$

$$= \frac{r_{\text{estase uterina}_X \text{ dor}} - r_{\text{estase uterina}_X \text{ idade}} \cdot r_{\text{dor}_X \text{ idade}}}{\sqrt{(1 - r_{\text{estase uterina}_X \text{ idade}}^2) (1 - r_{\text{dor}_X \text{ idade}}^2)}}$$

$$= \frac{0.4633 - 0.117 \cdot (-0.0249)}{\sqrt{(1 - (0.117)^2) (1 - (-0.0249)^2)}} = 0.4637$$

$$r_{\text{estase uterina}_X \text{ dor}_X \text{ gestações}} =$$

$$= \frac{r_{\text{estase uterina}_X \text{ dor}} - r_{\text{estase uterina}_X \text{ gestações}} \cdot r_{\text{dor}_X \text{ gestações}}}{\sqrt{(1 - r_{\text{estase uterina}_X \text{ gestações}}^2) (1 - r_{\text{dor}_X \text{ gestações}}^2)}}$$

$$= \frac{0.4633 - (0.003) (0.00002)}{\sqrt{[1 - (0.003)^2] [1 - (0.00002)^2]}}$$

$$= 0,4633$$

c) Os mesmos cálculos para estase ovariana X dor, temos:

$r_{\text{estase ovariana X dor . idade}}$

$$= \frac{r_{\text{estase ovariana X dor}} - r_{\text{estase ovariana X idade}} \cdot r_{\text{dor X idade}}}{\sqrt{[1 - r^2_{\text{estase ovariana X idade}}] [1 - r^2_{\text{estase ovariana X dor}}]}}$$

$$= \frac{0.3896 - (0.025) (-0.0249)}{\sqrt{[1 - (0.025)^2] [1 - (-0.0249)^2]}}$$

$$= 0.3892.$$

$r_{\text{estase ovariana X dor . gestações}}$

$$= \frac{r_{\text{estase ovariana X dor}} - r_{\text{estase ovariana X gestações}} \cdot r_{\text{dor X gestações}}}{\sqrt{[1 - r^2_{\text{estase X gestações}}] [1 - r^2_{\text{dor X gestações}}]}}$$

$$= \frac{0.3896 - (-0.013) (0.00002)}{\sqrt{[1 - (-0.013)^2] [1 - (0.00002)^2]}}$$

$$= 0.3897.$$

Julgamos, por conseguinte, poder concluir que, no material de pacientes por nós estudadas, e particularmente no grupo com dor, a

idade da mulher e o número de gestações não têm influência nos achados radiográficos que indicam maior ou menor espessura das veias, nem se existe ou não estase uterina ou ovariana.

Na terceira etapa deste estudo, sô no grupo de mulheres com dor, analisamos as características da dor em relação aos achados radiológicos.

a) <u>Duração da dor</u>	χ^2	$\phi^2 = \frac{\chi^2}{N}$	ϕ
espessura das veias (quanto maior a duração maior a espessura) (tabela 26)	10.550	0.126	0.355
estase uterina (quanto maior a duração maior a estase) (tabela 27)	10.155	0.121	0.348
estase ovariana (quanto maior a duração maior a estase) (tabela 28)	10.794	0.128	0.358
b) <u>Local da dor</u>			
espessura das veias (tabela 29)	2.935	0.035	0.187
estase uterina (tabela 30)	5.715	0.068	0.261

	χ^2	ρ^2	ρ
estase ovariana (tabela 31)	3.769	0.045	0.212
c) <u>Aumento da dor no período vespertino</u>			
espessura das veias (tabela 32)	1.018	0.012	0.110
estase uterina (tabela 33)	8.372	0.100	0.316
estase ovariana (tabela 34)	10.398	0.124	0.352
d) <u>Melhora da dor com repouso</u>			
espessura das veias (tabela 35)	15.195	0.181	0.425
estase uterina (tabela 36)	8.091	0.096	0.310
estase ovariana (tabela 37)	13.273	0.158	0.398
e) <u>Aumento da dor no premenstruo</u>			
espessura das veias (tabela 38)	29.233	0.348	0.590
estase uterina (tabela 39)	29.158	0.347	0.589
estase ovariana (tabela 40)	32.342	0.385	0.621

	χ^2	ρ^2	ρ
f) <u>Dispareunia</u>			
espessura das veias (tabela 41)	4.887	0.058	0.241
estase uterina (tabela 42)	21.891	0.261	0.510
estase ovariana (tabela 43)	22.405	0.267	0.516
g) <u>Dor após coito</u>			
espessura das veias (tabela 44)	13.509	0.161	0.401
estase uterina (tabela 45)	9.512	0.113	0.337
estase ovariana (tabela 46)	9.989	0.119	0.345

Finalmente, tomando as variáveis radiográficas e relacionando as características da dor, temos os coeficientes de correlação de cada uma, conforme quadro comparativo abaixo:

Espessura das veias

duração da dor	0.355
local da dor	0.187
aumento no período vespertino	0.110
melhora com repouso	0.425
aumento no premenstruo	0.590
dispareunia	0.241
dor após coito	0.401

Estase uterina

duração	0.348
local da dor	0.261
aumento no período vespertino	0.316
melhora com repouso	0.310
aumento no premenstruo	0.589
dispareunia	0.510
dor após coito	0.337

Estase ovariana

duração	0.358
local da dor	0.212
aumento no período vespertino	0.352
melhora com repouso	0.398
aumento no premenstruo	0.621
dispareunia	0.516
dor após coito	0.345

Destas correlações, sendo todas significativamente diferentes de zero, notamos que a característica -- aumento da dor no período premenstrual, está mais elevada nas mulheres cujas radiografias revelam veias mais espessadas e com estase uterina e ovariana. Também notamos que na dispareunia, encontra-se elevado nas mulheres, que apresentam estase uterina e ovariana, estando as outras características com coeficientes mais baixos.

5 - DISCUSSÃO

Na introdução deste trabalho levantamos o problema do diagnóstico da dor pélvica, e em particular o diagnóstico radiológico das alterações vasculares pélvicas, atribuídas como responsáveis pela dor de natureza não orgânica no sexo feminino. Após uma análise dos conceitos da etiopatogenia da dor, admitimos como sendo o critério de TAYLOR (138) sobre a "Congestão Pélvica" o mais satisfatório para explicar a sintomatologia e o quadro clínico desta entidade patológica.

Diante desta promessa, fundamentamos a nossa pesquisa, avaliando clinicamente os casos, de acordo com as características da dor descritas no trabalho de TAYLOR (138).

Analisando, em seguida os diversos métodos radiológicos conhecidos no estudo da circulação venosa pélvica, descrevemos o método da flebografia pélvica intra-uterina, escolhendo o critério da análise das espessuras das veias uterinas e ovarianas e o tempo de esvaziamento das mesmas, como sinais radiológicos possivelmente válidos no diagnóstico da dor pélvica.

Estudando 95 mulheres, 84 com dor e 11 sem dor, nos propusemos a saber:

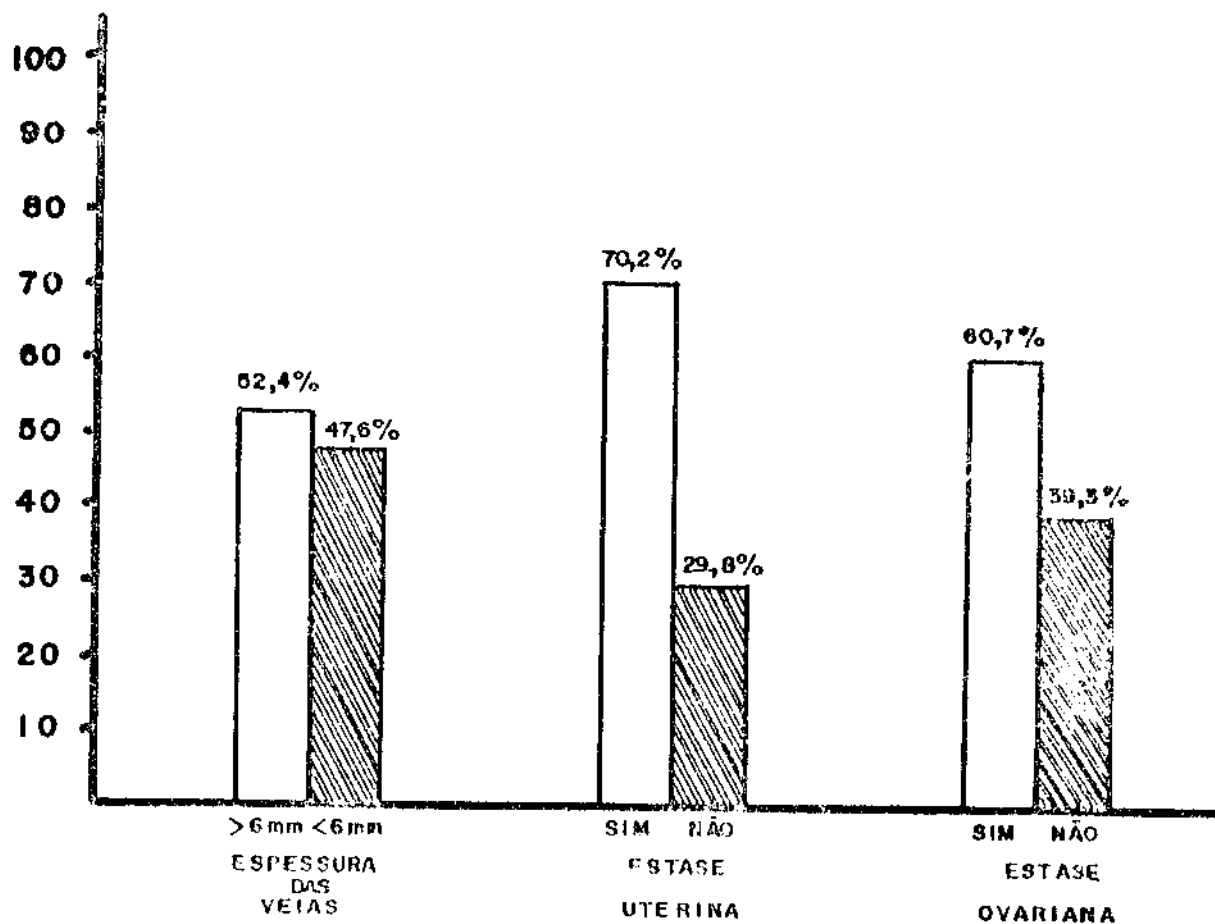
- 1) se os critérios radiológicos escolhidos são válidos no diagnóstico da dor pélvica;
- 2) quais as características da dor do tipo congestivo pélvico que são mais significativas em relação aos achados radiológicos.

Procurando responder a estas perguntas, neste estudo comparativo entre o quadro clínico desta síndrome dolorosa e o exame radiológico concluímos que os critérios radiológicos escolhidos para o diagnóstico não são absolutos no sentido de que toda mulher que tem dor pélvica tem veias uterinas e ovarianas dilatadas, nem tão pouco mostram haver estase constante nestes vasos venosos. Encontramos

mento de veias mais espessadas, como também estase nos setores das veias uterinas e ovarianas. Encontramos no grupo de mulheres com dor, 47,6% - com veias menores de 6 mm. e 52,4% com veias maiores de 6mm. A estase uterina foi encontrada em 70,2% e a estase ovariana em 60,7% das mulheres, enquanto no grupo das mulheres sem dor, 99,9% tinham veias de menos de 6 mm. e 99,9% não tinham estase uterina ou ovariana conforme gráficos I e II.

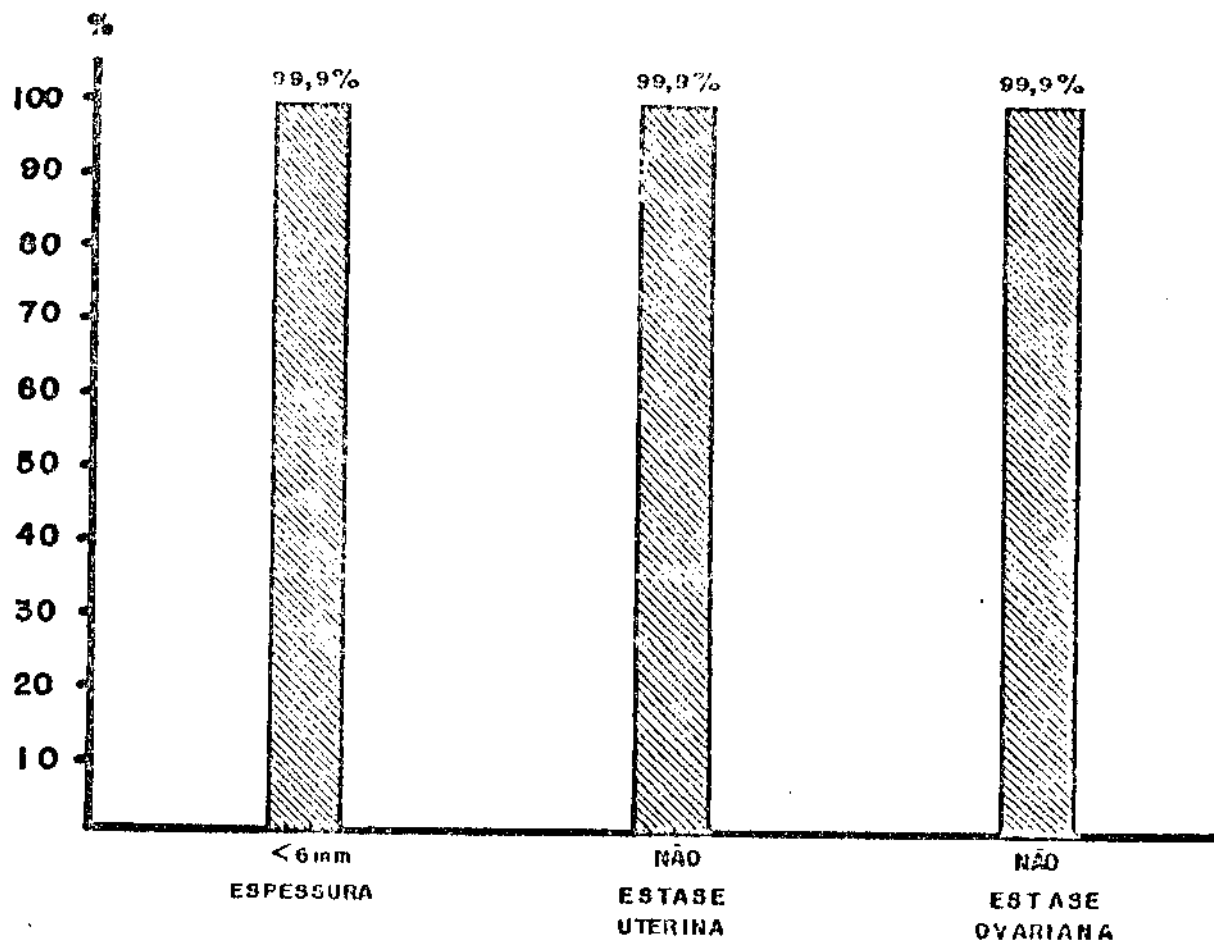
Na análise estatística verificamos, porém que estas três variáveis radiológicas correlacionadas com a dor, simplesmente não demonstram haver coeficientes de correlação significativamente elevados. Não podemos, portanto, tomar estes sinais radiológicos pura e simplesmente como de valor absoluto no diagnóstico de uma dor pélvica. Mesmo quando consideramos as variáveis de idade e o número de gestações das mulheres como possíveis fatores de influência sobre os resultados encontrados nas radiografias, verificamos que os coeficientes de correlação continuam praticamente inalterados, concluindo que no grupo de mulheres com dor, a idade e a paridade não têm relação com o aparecimento de varicosidades pélvicas e a sintomatologia de congestão pélvica. TOPOLANSKI-SIERRA (143) afirma na sua tese que a paridade tem certa influência no aparecimento de varicosidades, entretanto KAUPPILA (94) comparando o diâmetro das veias em nulíparas com as múltíparas encontrou diferença, porém comparando primíparas com múltíparas não havia diferença significativa. Mas, relacionando os sinais radiológicos em questão e as características da dor (Pag. 112) verificamos, pelos coeficientes de correlação, que nas mulheres com queixas de aumento da dor no período pré-menstrual, dispareunia com persistência da dor nas horas subsequentes ao coito, e melhora quando em decúbito, as veias apresentam-se mais espessadas e com sinais de estase.

Na realidade, quando clinicamente examinamos estas mulheres com queixa dolorosa deste tipo, verificamos como constante a existência de dor no período que precede à menstruação, a dispareunia e continuidade da dor após o coito, referindo também alguma melhora quando em repouso, havendo portanto



— PORCENTAGEM DAS VARIÁVEIS RADIOLÓGICAS ESTUDADAS EM MULHERES COM DOR PÉLVICA

GRÁFICO I



— PORCENTAGEM DAS VARIÁVEIS RADIOLÓGICAS ESTUDADAS EM MULHERES SEM

certa concordância do quadro clínico com os achados radiológicos.

Por estes resultados, concluímos portanto que os critérios radiológicos adotados para a avaliação da dor pélvica não são constantes, porém significativos no diagnóstico da causa da dor, principalmente quando levamos em conta as características da dor, o que nos permite considerar a flebografia pélvica intra-uterina como um meio de diagnóstico útil nos casos de dor pélvica do tipo de congestão pélvica.

Devenos porém considerar alguns fatos relacionados com o problema.

Citando as palavras de Shakespeare: "Isto acima de tudo; seja sincero para consigo mesmo". (This above all; to thine own self be true) , confessamos que, ao iniciarmos este trabalho, descrevamos da possibilidade de mostrar de forma objetiva, por meio de um método diagnóstico, a existência de uma síndrome dolorosa na pélvis feminina, como foi descrita por TAYLOR (138). Tecendo na ocasião comentários sobre o assunto com um ginecologista fomos surpreendidos com a pergunta: "Voce acredita na existência da Síndrome de Congestão Pélvica de Taylor? Não pudemos responder com segurança na ocasião, e como o problema já vinha sendo sentido no contacto diário com pacientes com a queixa, passamos a duvidar da existência de uma entidade clínica que pudesse explicar a etiopatogenia da dor. Como dissemos no início deste trabalho, a literatura é a mais confusa, discordando os autores até com a denominação da entidade, tentando explicar a etiopatogenia das mais diversas formas.

Entretanto, diante da situação real e angustiante das pacientes com esta dor, procuramos nos aprofundar no estudo do assunto, e auxiliados pela radiologia, tentamos de maneira honesta como todo trabalho científico deve ser feito, verificar se realmente a sintomatologia clínica correspondia a algum achado radiológico, pois, pelo exame de uma paciente com esta dor pouco se consegue obter de achados físicos para facilitar o diagnóstico. Tivemos o cuidado de estudar a Síndrome de Congestão Pélvica descrita por TAYLOR (138) em

1949, e adquirir experiência com a flebografia pélvica intra-uterina descrita por TOPOLANSKI-SIERRA (143) em 1957. Após as várias tentativas de obter flebografias de boa qualidade técnica, entremeadas com muitos insucessos, conseguimos estabelecer uma norma de pesquisa que resultou neste trabalho.

Para a realização deste estudo admitimos como hipótese a existência da Síndrome de Congestão Pélvica de TAYLOR, e, pela experiência clínica e pelos achados radiológicos, concordamos com a maioria dos autores que aceitam a teoria de TAYLOR (137) de que o distúrbio da fisiologia vascular pélvica é consequente aos impulsos vasomotores conduzidos pelos nervos simpáticos e parasimpáticos que, em condições normais, promovem maior ou menor fluxo de sangue no setor venoso pélvico em resposta aos estímulos neuro-endócrinos. Esta labilidade de fluxo sanguíneo pélvico feminino se faz necessária fisiologicamente no período pré-menstrual, no coito e na gestação. Quando este aumento e esta diminuição de fluxo sanguíneo pélvico se alteram possivelmente sob a influência de estímulos nervosos anormais acrescido de um fator constitucional, tem-se depois de algum tempo uma persistência desta "congestão", provocando edema nos espaços intersticiais pélvicos e posteriormente fibrose e dor consequente a estas alterações anatômicas. O mais comum é encontrarmos veias dilatadas, varicosas e abundantes na pélvis, entretanto o substrato anátomo-patológico desta síndrome não é a existência de varicosidades, mas sim a permanência de congestão nos vasos pélvicos e edema nos espaços intersticiais pélvicos motivando a dor. Todo cirurgião ginecologista já encontrou, no decurso de uma laparotomia, veias pélvicas varicosas em mulheres que nunca tiveram dor com as características de congestão pélvica. Portanto não são as varizes que sempre causam dor, mas alguma alteração no fluxo de sangue. Este nosso trabalho mostra que a estase nas veias uterinas principalmente e nas ovarianas são significativamente mais correlacionadas com a dor.

Também pelos trabalhos de CHIDEKEL e EDLUNDH (34) principalmente, e por alguns poucos casos observados por nós, e citados neste trabalho como exemplo, verificamos que, além de um possível fator constitucional próprio da mulher, da alteração fisiológica vascular causada por um distúrbio - neuro-endócrino motivado por fatores psicológicos possivelmente, existe outro fator responsável pela estase no setor venoso pélvico, que é o refluxo de sangue pelas ovarianas, motivado pela ausência de válvulas nestas veias ou ainda por uma incapacidade das mesmas.

Manifestamos o nosso desejo de continuar ainda esta pesquisa neste sentido, de melhor conhecer as alterações anatômicas e funcionais das veias.

Não podemos deixar também de mencionar o fato de que se este trabalho contribui para o esclarecimento de um diagnóstico, o assunto ficará incompleto se não procurarmos uma solução para o problema, estabelecendo um critério adequado de terapêutica.

Como já tivemos oportunidade de dizer neste trabalho, incursões cheias de insucessos, tanto clínico como cirúrgicos, têm sido feitas sem se conhecer bem a fisiopatologia do problema e sem se ter convicção na conduta terapêutica. Muito mais ainda, portanto necessita ser feito. Julgamos porém, até aqui, ter esclarecido e ter conseguido estabelecer os conceitos finais deste trabalho, enumerados no capítulo de conclusões.

6 - CONCLUSÃO

Concluindo este trabalho, acreditamos ter contribuído para o esclarecimento de um método diagnóstico, que sendo bem indicado, poderá auxiliar o clínico na solução difícil dos casos de dor pélvica por ele encontrados na vida profissional.

Assim, acreditamos ter encontrado "um caminho preciso" conforme a sugestão de EASTMAN, citado no início deste trabalho.

Em conclusão portanto admitimos:

- 1) A técnica da flebografia pélvica intra-uterina é um método diagnóstico - útil para evidenciar as espessuras e o tempo de esvaziamento do sangue - nas veias uterinas e ovarianas principalmente.
- 2) As características mais importantes da dor pélvica de natureza congestiva, isto é, a duração, o local, a relação com o repouso, o período pré-menstrual e o coito, estão relacionadas com os achados radiológicos de espessura das veias e o tempo de esvaziamento das mesmas, que são alterações compatíveis com a fisiopatologia da Síndrome de Congestão Pélvica.
- 3) Das características da dor pélvica mais significativamente relacionadas com as veias mais espessadas e estase mais evidentes vistas nas radiografias, encontramos a dor acentuada no período pré-menstrual, dor ao coito e persistência da mesma nas horas subsequentes.

7 - BIBLIOGRAFIA

- 1.-AHLBERG, N. E., BARTLEY, O. & CHIDEKEL, N. Retrograde contrast filling of the left gonadal vein: a roentgenologic and anatomical study. Acta Radiol. Diagn. (Stockh) 3:385-392, 1965.
- 2.-AHLBERG, N. E., BARTLEY, O. & CHIDEKEL, N. Circunference of the left gonadal vein: an anatomical and statistical study. Acta Radiol. Diagn. (Stockh) 3:503-512, 1965.
- 3.-AHLBERG, N. E., BARTLEY, O. & CHIDEKEL, N. Right and left gonadal veins: an anatomical and statistical study. Acta Radiol. Diagn. (Stockh) 4:593-601, 1966.
- 4.-ALLEN, W. M. Chronic pelvic congestion and pelvic pain. Am. J. Obstet. Gynecol. 109:198-202, 1971.
- 5.-ALLEN, W. M. & MASTERS, WILLIAM H. Traumatic laceration of uterine support: the clinical syndrome and the operative treatment. Am. J. Obstet. Gynecol. 70:500-513, 1955.
- 6.-ARAN, F. A. Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et ses annexes. Paris, Labé, 1858.
- 7.-ATKINSON, S. M. The universal joint syndrome: report of a case. Obstet. Gynecol. 36:510-514, 1970.

- 8.-ATLEE, H. B. Acute and chronic iliac pain in women: a problem in diagnosis
2nd edition. Chicago, Carles C. Thomas, 1966.
- 9.-AUBERT, L. The Masters-Allen syndrome. *Concours Méd.* 82:4531-2, 1960.
- 10.-BARKER, N. & CAMP, J. Direct venography in obstructive lesions of the
veins. *Amer. J. Roentgenol. Radium Ther. Nucl. Med.* 35:485, 1936.
- 11.-BARO, J. H., ALIPPI, R. M. & CARBO, V. La flebografía por via endouterina
en el estudio de la congestión pélvica. *Día Medico* 33:2927-8, 1961.
- 12.-BARRIGA, P., RODRIGUEZ, R. & NORIEGA, C. Flebografía uterina. *Nunt. Radiol.*
31:437-446, 1965.
- 13.-BARILEY, O. Venography in the diagnosis of pelvic tumours. *Acta Radiol.*
Diagn. (Stockh) 49(3):169-186, 1958.
- 14.-BATSON, O. The function of vertebral veins and their role in the spread of
metastases. *Ann. Surg.* 112:138, 1940.
- 15.-BAUX, R. & POUHLES, J. La phlébographie pelvienne. *J. Radiol. Electrol.*
Med. Nucl. 31:7, 1950.

- 16.-BELLINA, J. H., DOUGHERTY, C. M. & MICKAL, A. Transmyometrial pelvic venography. *Obstet. Gynecol.* 34:194-199, 1969.
- 17.-BENSON, R. C., HANSON, K. H. & MATARAZZO, J. D. Atypical pelvic pain in women: gynecologic - psychiatric considerations. *Am. J. Obstet Gynecol.* 77(4):806-823, 1959.
- 18.-BERBERICH, J. & HIRSCH, S. Die Roentgenographische Darstellung der Arterien und Venen am lebenden Menschen. *Klin. Wschr.* 2:2226, 1923.
- 19.-BUHL, J. & LEFÈVRE, H. Uterine phlebography. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 43(suppl. 7):124-129, 1964.
- 20.-BUNKA, H. Ueber die Pelipatia Vegetativa. *Zentralbl. Gynaekol.* 76.830, 1954.
- 21.-CAMUÑEZ, S. E. Flebografia pelviana. Nuestra experiencia personal en alteraciones circulatorias y vasculares. *Tokoginec. Pract.* 20:71-99, 1961.
- 22.-CAMUÑEZ, S. E. La venografia pelviana en el diagnóstico del mioma uterino. *Rev. Esp. Obstet. Ginec. (Valencia)* 18:223-230, 1959.
- 23.-CAMUÑEZ, S. E. El diagnóstico ginecológico por la venografia pelviana: nota prévia. *Rev. Esp. Obstet. Ginec. (Valencia)* 14(16):416-423, 1957.

- 24.-CANDIANI, G. B. & FACCINI, M. La flebografia pelvica per via endouteri
na. Clin. Obstet. Gynecol. 80(11):999-1019, 1958.
- 25.-CANELE, G. M. Flebografia pelvica en la mujer por via uterina. Arch.
Ginec. Obstet. 16(1-3):30-60, 1958.
- 26.-CARAYON, A., COLOMAR, R. & RESILLOT, A. Fréquence méconnue du syndro
me de Masters et d'Allen (à propos de 24 observations dakaroises).
Bull. Soc. Med. Afr. Noire Lang. Franc. 9:524-536, 1964.
- 27.-CARLSSON, E., HOLTZ, S. & SHERMAN, A. I. Demonstration of lymph node
metastases by pelvic venography. Am. J. Roentgenol. Radium Ther. 85(1):
21-28, 1961.
- 28.-CASTAÑO, C. A. La congestión pelviana: su etiopatogenia y tratamiento.
Prensa Méd. Argent. 20:933-939, 1931/1932.
- 29.-CASTAÑO, C. A. Congestión uterina. Semana Médica 13,1919.
- 30.-CASTAÑO, C. A. Pelvic varicocele. Surg. Gynec. Obstet. 40:237, 1925.
- 31.-CAVALCANTI, R. C. Congestão pelviana. Anais Bras. Ginecol. 44(5):275
-308, 1957.
- 32.-CHESHANKOV, K. Po povod sindroma na Allen i Masters. Akush. Ginek.
(Sofia) 4:240-243, 1965.

- 33.-CHIDIKEL, NATHAN. Phlebography in female pelvic varicosities and varicocele scroti: an anatomical and roentgenologic study on retrograde flow in the left gonadal vein. Goeteborg, Roentgen Department III, 1966.
- 34.-CHIDEKEL, N., EDLUNDH, K. O. Transuterine phlebography with particular reference to pelvic varicosities. Acta Radiol. Diagn. (Stockh) 7(1):1-12, 1968.
- 35.-CHURCHILL, F. On the diseases of women. 5th ed. Dublin, Fannin, 1864.
- 36.-COLANERI, X. & DOUAY, E. Les douleurs abdomino-pelviennes. Rev. Franc. Gynec. Obstet. 28:483-515, 1933.
- 37.-COMITI, J. & EMERY, J. A propos of the Allen-Masters syndrome. Marseill^e le Chir. 15:37-40, 1963.
- 38.-COTRIM, E. & BARBOSA DE BARROS, J. Estudo radiológico in vivo da circulação no varicocele por meio de líquidos de contraste. Rev. Paul. Med. 19:341-351, 1941.
- 39.-COTTE, G. Troubles fonctionels de l'appareil gēnital de la femme. Paris, Masson, 1931.

- 40.- COTTE, G. DECHAUME, J. Les plexalgies hypogastriques: documents histopathologiques, considérations pathogéniques. Presse Med. 21:373,1931.
- 41.-CROTTOGINI, J. J. Congestión pélvica. II Congr. Uruguayo de Ginecotoc. 1957.
- 42.-CROTTOGINI, J. J. Congestión pélvica y fertilidad. Proc. 1st. World. Cong. Fert. and Sterl., 1953.
- 43.-CURTIS, E. M. & NEWSON, N. H. Accidental pelvic phlebogram. J. Med. Assoc. Ga. 53:147-148, 1964.
- 44.-DALALI, S. J., PLENTL, A. A. & BACHMAN, A. L. The application of pelvic venography to diagnostic problems associated with cancer of the female genital tract. Surg. Gynec. Obstet. 98:735-742, 1954.
- 45.-DALSACE, J. Appareil destiné à la phlébographie pelvienne par voi trans utérine. Soc. Franc. Gynéc. 29(6):258-259, 1969.
- 46.-DELORME, G., TAVERNIER, J. & CAILLÉ, J. et al. La phéboographie de l'utérus par la technique d'injection rétrograde de l'utéro-ovarienne - gauche. Ann. Radiol. (Paris) 11:11-20, 1968.
- 47.-DESARMENIEN, J. Les blessures de l'uretère dans la chirurgie pelvienne. J. Chir. (Paris) 86:443-449, 1963. Sud. Méd. Chir. 99:11064, 1963.

- 48.-DIAZ BRUZUAL, A. La flebografía uterina en el dolor pélvico. Rev. Obstet. Ginec. Venez. 23:535-544, 1963.
- 49.-DIAZ BRUZUAL, A. Utilidad de la exploración radiológica de la pelvis en el estudio del cáncer del cuello uterino. Bol. del Inst. Onc. Luiz Razetti 3:197-199, 1960.
- 50.-DUCUING, J., GUILHEM, P., ENJALBERT, A., POUHLES, J. & BAUX, R. Le point de départ des phlébites post-opératoires. Presse Med. 58:353-354, 1950.
- 51.-DUDLEY, A. Varicocele in the female. New York J. Med. 48:174,1888.
- 52.-DURANDO, C. & PINOLI, G. Il varicocele pelvico. Minerva Ginec. 16(23):955-970, 1964.
- 53.-EASTMAN, N. J. Pelvic varicosities in women: a preliminary report: comentário sobre o trabalho de K. O. Edlundh sob o mesmo título. Obstet. Ginec. Survey 20:866-868, 1965.
- 54.-EDLUNDH, K. O. Pelvic varicosities in women: a preliminary report. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 43:399, 1964.
- 55.-EDSMAN, G. Angionephrography and suprarenal angiography. Acta Radiol. (Suppl. 155), 1957.

- 56.-EDWARDS, E. & BIGURIA, F. A comparison of skiodan and diodrast as vasographic media with special reference to their effect on blood pressure. *New Eng. J. Med.* 211:589, 1934.
- 57.-EMGE, L. Varicose veins of female pelvis. *Surg. Gynec. Obste.* 32:133, 1921.
- 58.-EMGE, L. Vascular congestion and hyperemia: discussão do trabalho de H. Taylor sob o mesmo título. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 57:229-230, 1949.
- 59.-FAURE, J. L. & SIREDEY, A. *Traité de gynécologie medico-chirurgicale* Paris, G. Doin, 1923.
- 60.-FEGERL, H. & NARIK, G. Die Varicocele pelviana muliebrum als selstændiges Krankheitsbild. *Gynaekol. Klin.* 76:392, 1954.
- 61.-FELETIG, P. & TETTI, A. Note di flebografia segmentaria intraparietale uterina. *Eadiol. Med. (Torino)* 43(12)1196-1203, 1957.
- 62.-FERGUSON, R. An account of some of the most important diseases peculiar to women: prefácio ao trabalho de R. Gooch sob o mesmo título. London, J. Murray, 1829.
- 63.- FERREIRA, C. A. Síndrome de Masters e Allen. *An. Bras. Ginecol.* 56:111-114, 1963.

64.-FERRI, L. MARLEY, A. & PICO, G. Flebografia pélvica transossea: notizie di tecnica e di anatomia angiografica in condizioni normali e patologiche.
Nunt. Radiol. (Roma) 23(4):305-323, 1957.

65.-FORGUE, E. & MASSABUAN, G. Nouveau traité de chirurgie. Paris, Bailli re, 1927.

66.-FOTHERGILL, W. Varicocele in the female. Br. Med. J. 2:925, 1921.

67.-FRANK, R. T. The homonal causes of premenstrual tension. Arch. Neurol. Psych. (Chicago) 26:1053, 1931.

68.-FRANKEL, L. Dtsch. Med. Wochenschr. 35:2204, 1909.

69.-FREUND, W. A. Gynaekol. Klin. 1:203-326, 1885.

70.-FRIMM, C. E. & SOUZA RUDGE, W. Flebografia pélvica por via intrauterina: contribui o ao diagn stico radiol gico da congest o e varicocele pélvicos. Hospital 72(2):385-430, 1967.

71.-GAENSSBAUER, H. Beitrag zur Diskussion ueber Aetiologie, Therapie und Benennung der von Gauss als Pelipatia Vegetativa Bezeichneten Krankheit. Geburtshilfe Frauenheilkd 12:1104, 1952.

72.-GAUSS, C. J. Eine haeufig Vorkommende, mehrfach Beschriebene, meist verkannte und oft operativ umsonst angegangene Erkrankung: die Pelipatia vegetativa. Dtsch. Med. Wochenschr 74:1288, 1949.

- 73.-GAUTIER, P. VAN KEMMEL, P. Le syndrome de Masters et Allen: rétroflexion utérine douloureuse par déchirure du ligament large. Lille Chir. 19:57-61, 1964.
- 74.-GIDRO-FRANK, L., GORDON, T. & TAYLOR, N. Jr. Pelvic pain and female identity: a survey of emotional factors in 40 patients. Am. J. Obstet. Gynecol. 79(6):1184-1202, 1960.
- 75.-GOLDSTEIN, M., VAN HOORN, M. & VAN DER STRICHT, J. La phlébographie pelvienne: technique et indications. Acta Chir. Belg. 63(8):837-900, 1964.
- 76.-GOOCH, R. An account of some of the most important diseases peculiar to women. London, J. Murray, 1829.
- 77.-GREENHILL, J. P. & FREED, S. C. The mechanism and treatment of premenstrual distress with ammonium chloride. Endocrinology 26:529, 1948.
- 78.-GREITZ, T. Some aspects of the technique in pelvic phlebography. Acta Radiol. Diagn. (Stockh) 43:429, 1955.
- 79.-GUERRIERO, W. F. & STUART, J. Pelvic pain of gynec. or other origin. Am. J. Obstet. Gynecol. 67(6):1265-1273, 1954.
- 80.-GUILHEM, P. & BAUX, R. La phlébographie pelvienne par voies veineuse, osseuse et utérine. Paris, Masson, 1954.

- 81.-GUILHEM, P., BAUX, R., VOISIN, R. & PAILLÉ, J. La phlébographie pelvienne par voie utérine. Bull. Soc. Obstet. Gynecol. (Toulouse) 3:709-713, 1951.
- 82.-HAMMEN, R. The technique of pelvic phlebography. Acta Obste. Gynecol. Scand. 44(2):370-374, 1965.
- 83.-HARTNETT, L. J., EDWARDS, D., KNIGHT, W. A. & WOODS, R. Broad ligament laceration and pelvic congestive disease syndrome: a new surgical concept. Obstet. Gynecol. 36(1):16-25, 1970.
- 84.-HEAD, H. On disturbances of sensation with special reference to the pain of visceral disease. Brain 16:1-133, 1893.
- 85.-HELANDER, C. G., LINDBOM, A. Acrolumbar venography. Acta Radiol. Diagn. (Stockh) 44:410, 1955.
- 86.-HERBEAU, J., VERHAEGHE, M. & DU BOIS, R. Réflexions après 120 phlébographies pelviennes. J. Radiol. Electrol. Med. Nucl. 38(11-12):1117-1121, 1957. Bull. Fed. Soc. Gynecol. Obstet. Lang. Fr. 9:575-578, 1957.
- 87.-HOLTZ, S., POWERS, W. E. & SHERMAN, A. I. Effect of radiation on metastatic pelvic lymph nodes judged by pelvic venograms. Radiology 76(1) . 287-289, 1961.

- 88.-HUGHES, R. R. & CURTIS, D. D. Uterine phlebography. Am. J. Obstet. Gynecol. 83(2):156-164, 1962.
- 89.-MUTTER, K. Zur roentgen Darstellung von Beckenge faessen bei Urologischen faellen. Acta Radiol. Diagn. (Stockh) 16:94, 1935.
- 90.-ISRAEL, S. L. Premenstrual tension. JAMA 110:1721, 1938.
- 91.-JACOBS, J. B. Selective gonadal venography. Radiology 92:885-888, 1969.
- 92.-JOHNSTONE, A. S. Experimental study of vertebral venous system: preliminary report. Proc. Roy. Soc. Med. 39:538-540, 1946.
- 93.-JOYEUX, R. & COLIN, R. Troubles stratiques utérines avec dystrophie ovarienne dans le post-partum: à propos du syndrome de Masters-Allen. Le rôle de la stase veineuse. Ann. Chir. 17:1475-1482, 1963.
- 94.-KAUPPIA, A. Uterine phlebography with venous compression: a clinical and roentgenological study. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 49(suppl.3), 1970.
- 95.-KLUJZ, R. Kritische Stellungnahme zum Begriff und zur Namengebung "vegetative Dystonie". Zentralbl. Gynaek. 73:1571, 1951.
- 96.-LAWRY, E. V. Traumatic laceration of uterine supports: further observations of the Allen-Masters syndrome. Am. J. Obstet. Gynecol. 101(3):

- 97.-LECLERCQ, E. La phlébographie endouterine. Bull. Soc. Belg. Gynecol. Obstet. 36:391-402, 1966.
- 98.-LOCKERY, R. L. Pelvic phlebography. The X-Ray Technician 34(1):11-12, 1962.
- 99.-LOCKHART, J., GORLERO, A. & POLERO, H. La flebografía pelviana en las flebotrombosis crónicas. Bol. Soc. Cirur. Uruguay 27(4):409-412, 1956.
- 100.-MAHAFFY, R. G. A comparison of the diagnostic accuracy of lymphography, cavography and pelvic venography. Brit. J. Radiol. 37(438):422-429, 1964.
- 101.-MARTIN, R. D. Instrumentation and technique for uterine phlebography. Am. J. Obstet. Gynecol. 85(1):125-128, 1963.
- 102.-MARTIN, R. D. & MATTHEWS, G. B. Uterine phlebography in 2 cases of abdominal pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 86:530-534, 1963.
- 103.-MARTIUS, H. Spastische Parametropathie. Ztschr. f. aeztl. Fortbild. 39:289-290, 1942.
- 104.-MARTIUS, H. Ueber einen haeufigen gynaekologischen Symptomkomplex. Arch. F. Gynaek. 166:332-335, 1938.
- 105.-MATSON, C. Varicose veins of the broad ligament. Minerva Med. 19:376, 1936.

- 106.-MILLER, G. I. Pelvic pain of gynecic or other origin: discussão do trabalho de W. Guerriem sob o mesmo título. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 67:1273-1274, 1954.
- 107.-MORVAIN, A. Du varicocele chez la femme et de son traitement. *Bull. Gen. Ther. (Paris)* 96:150, 1854.
- 108.-MURRAY, E. & COMPARNIO, M. R. Uterine phlebography. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 102(8):1088-1093, 1968.
- 109.-NETTER, A. *Gynécologie.* Paris, Ed. Med. 1950.
- 110.-NORIEGA, J., SAN MARTIN, G. R & FALCÓ, J. Intraosseous phlebography and lymphadenography in carcinoma of the cervix and other pelvic neoplasia. *Radiology* 83:219-227, 1964.
- 111.-OPITZ, E. Die Uebererregbarkeit der glatten Muskulatur der weiblichen Geschlechtsorgane. *Zentralbl. Gynaekol.* 46:1594-1598, 1922.
- 112.-PÁLI, K., VISNYGRÁDY, L. & SIK, J. Die Phlebographie des Beckens als gynaekologische Methode. *Zentralbl. Gynaekol.* 85(7):224-229, 1963.
- 113.-PAROLI, G. Il dolore addominale nel campo ginecologico obstetrico. Bologna, 1948.
- 114.-DE LA PEÑA, A.
XII Congr. Soc. Int. Chirurgia. Londra, 1947 (cit. de GUILHEM e BAUX).

- 115.-DE LA PEÑA, A. & ANSELEM. Rev. Cl. Espan. XI, XXXVI, 1950. Atti 42^o Congresso Urologia pag. 402-403. (cit. de GUILHEM e BAUX).
- 116.-PEREIRA, R. M., FERREIRA, A. A. & LANE, E. Diagnosis of the right ovarian vein syndrome. Am. J. Obstet. Gynecol. 103(6):888-889, 1969.
- 117.-PETKOVIC, S. Darstellung der Beckenvenen durch verschiedene wege. Fortschr. Geb. Roentgenstr. Nuklear-med. 79:739, 1953.
- 118.-PINTO, V., GONZALEZ, H., SERRIER, E., NÄGEL, J. & GÄTNER, F. Flebografía transuterina: evaluación de algunos aspectos en relación al dolor pelviano y la función ovarica, comunicación preliminar. Rev. Obstet. - Ginec. Venez. 23:613-617, 1963.
- 119.-PY, A. De la pratique de la phlébographie pelvienne. Angéiologie 17(6): 23-24, 1965.
- 120.-RATSCHOW, I. Uroselectan in der Vasographie, unter spezieller Berücksichtigung der Varicographie. Fortschr. Geb. Roentgenstr. Nuklear-med. 42:37, 1935.
- 121.-REGGIANI, G. La nostra esperienza sulla flebografia pelvica per via endouterina. Quad. Radiol. 22(3):247-260, 1957.
- 122.-REVELLI, E., DURANDO, C. & BARBANTI, A. Il valore clinico della flebografia pelvica per via endouterina in campo ginecologico. Minerva Ginec. 10(16):611-638, 1958.
- 123.-REVELLI, E. & FACCINI, M. Possibilità e tecnica della flebografia pelvica per via endouterina. Minerva Ginec. 8(18):695-703, 1956.
- 124.-REYNOLDS, S. R. M. Right ovarian vein syndrome. Obstet. Gynecol. 37(2): 308-313, 1971.
- 125.-RICHELOT, L. G. Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve. Paris, Octave Doin, 1902.
- 126.-RICIET, A. Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale.

- 127.-ROCHET, Y. MIKAELIAN, S. Bull. Féd. Gynec. Obstet. Franc. 17 Suppl. 293-350, 1965.
- 128.-SALZER, R. B. & ABAS, S. Ovarian vein phlebography in postpartum patientes. Obstet. Gynecol. 35(2):270-277, 1970.
- 129.-SCHULTZER, K. W. & GOETZER, G. Zur Frage der sogenannten Pellepatia vegetativa. Z. Geburtshilfe Gynaekol. 142:266, 1955.
- 130.-SCHUESSLER, R. & HEINEN, G. Die Phlebographie des uterus: ein neues Instrument zur Darstellung der Uterusvenen in Roentgenbild. Fortschr. Geb. Roentgenstr. Nuklear-med. 98(5):610-618, 1963.
- 131.-SERMENT, H., RUF, H. & FELCE, A. A propos du syndrome de Allen et Masters. Marseille Chir. 15:357, 1963.
- 132.-SKAJAA, K. Abdomino-pelvic pains in females without structural or organic pathology: plexalgia hypogastrica. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 30:21-74, 1950/1951.
- 133.-STAJANO, C. La congestión pelviana y el varicocele. Arch. Urug. Med. Cir. 4:3, 1934.
- 134.-STAJANO, C. La terapêutica de la congestión pelvico-abdominal. Revista Soca 16:1931.
- 135.-TAPP, LAWSON. The pathology and treatment of the diseases of the ovaries. New York, W. Lxxxi, 1883.
- 136.-TAVERNIER, J. & LANCE, D. La phlébographie utéro-ovarienne gauche: premiers résultats. Presse Med. 73(1):863-866, 1965.
- 137.-TAYLOR, H. C. Jr. Pelvic pain based on a vascular and autonomic nervous system disorder. Am. J. Obstet. Gynecol. 67(6):1177-1196, 1954.

- 138.-TAYLOR, H. C. Jr. Vascular congestion and hyperemia. Part I: Am. J. Obstet. Gynecol. 57(2):211-227, 1949. Part II: Am. J. Obstet. Gynecol. 57(4):637-653, 1949. Part III: Am. J. Obstet. Gynecol. 57(4):654-668, 1949.
- 139.-TERNBERG, J. L. & BUTCHER, H. R. Evaluation of retrograde pelvic venography. Arch. Surg. 91(4):607-609, 1970.
- 140.-THEOBALD, G. W. The pelvic sympathetic syndrome. J. Obstet. Gynaekol. Br. Emp. 58(5):733-761, 1951.
- 141.-THOMAS, M. L. & FLETCHER, E. W. L. The techniques of pelvic phlebography. Clin. Radiol. 18:399-412, 1967.
- 142.-THORN, G. W., NELSON, K. R. & THORN, D. W. A study of the mechanism of edema associated with menstruation. Endocrinology 22:155, 1938.
- 143.-TOPOLANSKI-SIERRA, R. Congestion pelvica: tesis de doctorado. Montevideo, Facultad Medicina, 1957.
- 144.-TOPOLANSKI-SIERRA, R. Diagnóstico radiológico del varicocele pelvico. II Congreso Uruguayo de Ginecología. 2:125-131, 1957.
- 145.-TOPOLANSKI-SIERRA, R. Flebografía pélvica por vía endouterina: histeroflebografía. Arch. Gynecol. Obstet. 16(1-3):3-29, 1958.
- 146.-TOPOLANSKI-SIERRA, R. & PARADA, R. Flebografía pélvica por vía endouterina: histeroflebografía. Acta Gynecol. (Montevideo) 10:19, 1956.
- 147.-TOPOLANSKI-SIERRA, R. Pelvic phlebography. Am. J. Obstet. Gynecol. 76:44-52, 1958.
- 148.-VARANGOT, J., GRANJON, A., CHARTIER, M. & LOFRÉDO, V. La syndrome de déchirure du ligament large. Presse Med. 67(28):1139-1141, 1959.

- 149.-VERNE, J. M., CREPATTE, J. & BANGALIER, L. A rare observation: bilateral tubal pregnancy (by superfetation), interrupted by a simultaneous bilateral hemorrhage of cataclysmic inundation type. *Mem. Acad. Chir.* 8:45-53, 1959.
- 150.-WEGRYN, S. P. & HARRON, R. A. Pelvic phlebography. *Obstet Gynecol.* 15(1): 73-79, 1960.
- 151.-WISE, R.E., SALZMAN, E. A., JOHNSTON, D. O. & SIBER, F. J. Intraosseous venography in pelvic malignancy. *Am. J. Roengenol. Radium Ther. Nucl. Med.* 90:373-385, 1963.
- 152.-WILSON, R. B. & MUSSEY, R. D. Nervous pathways involved in pelvic pain. *JAMA* 134:857-861, 1947.
- 153.-YOUNG, J. Korreferat zum III Hauptbericht: Neurovegetativ bedingten Störungen in kleinen Becken der Frau. *Arch. Gynaek.* 120:197, 1951.