

Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências da Saúde



SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA: AFECÇÃO RASTREÁVEL?

Patrícia Marques Moniz

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Covilhã, Junho de 2010

Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências da Saúde



SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA: AFECÇÃO RASTREÁVEL?

Por:

Patrícia Marques Moniz

Orientador:

Professor Doutor José António Martinez Souto de Oliveira

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Covilhã, Junho de 2010

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Medicina, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor José António Martinez Souto de Oliveira.

“Truth is what stands the test of experience.”

Albert Einstein

Aos meus pais

À minha irmã

Ao meu irmão

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor José António Martinez Souto de Oliveira, pela sua disponibilidade e ajuda proporcionadas para a concretização de todas as componentes de elaboração deste trabalho.

Ao Dr. Jayson Meyer, ao Dr. Danilo Morimoto, à Dr.^a Joaquina Tavares e à Dr.^a Bárbara Viamonte, pelo tempo que dedicaram para a exequibilidade deste projecto.

Aos membros do “grupo”, pela vossa amizade ao longo destes seis anos.

And last, but not least, à minha família, por tudo, e porque vocês os quatro são os melhores exemplos que tenho de que a desistência raramente é opção.

ÍNDICE

Dedicatória-----	I
Agradecimentos-----	II
Índice-----	III
Resumo-----	V
Abstract-----	VIII
Lista de Abreviaturas-----	XI
Lista de Ilustrações-----	XII
I. Introdução-----	1
II. Objectivos-----	6
III. Métodos-----	7
3.1 Desenho do Protocolo-----	7
3.2 Desenho do Estudo e Recolha dos Dados-----	8
3.3 Técnica da Medição das Veias Ovárias-----	10
3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão-----	10
3.5 Análise Estatística-----	11
IV. Resultados-----	12
4.1 Dados do Protocolo-----	12
4.2 Dados do Questionário-----	15

4.2.1 Dados dos Casos de Suposta Congestão Pélvica-----	16
4.3 Análise Estatística-----	17
V. Discussão-----	19
VI. Conclusão-----	23
Bibliografia-----	24
Anexos-----	28

Anexo I - Protocolo de Avaliação Ecográfica

Anexo II - Consentimento segundo a *Declaração de Helsínquia*

Anexo III - Questionário

RESUMO

SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA: AFECÇÃO RASTREÁVEL?

Introdução: A dor pélvica crónica (DPC) constitui uma das queixas mais comuns em Ginecologia, correspondendo a 10-40% dos motivos de consulta. Porém, a sua etiologia mantém-se desconhecida em 60% dos casos. A presença de varizes pélvicas pode estar na origem de DPC sem outra causa evidente, sendo que em 50% dos casos, será possível detectar sinais de congestão pélvica (CP). Apesar do seu provável papel preponderante na etiologia de DPC, a Síndrome de Congestão Pélvica (SCP) continua subdiagnosticada. Uma vez que o método de referência, a venografia, é técnica invasiva e que só se efectua em centros especializados, a ecografia ginecológica, transvaginal, é proposta como exame complementar de primeira linha a efectuar para o diagnóstico de SCP.

Objectivos: Pretendeu-se elaborar e avaliar um protocolo de correlação clínica e ecográfica dirigido à definição e standardização dos parâmetros a medir, para uma futura abordagem de rastreio mas, sobretudo, verificar da sua aplicabilidade na rotina de exames ecográficos ginecológicos. Também se elaborou e aplicou um questionário complementar de detecção de sintomatologia atribuível à SCP, tendo como objectivo principal verificar a adesão ao seu preenchimento.

Métodos: Desenhou-se um protocolo de avaliação que abordava três locais anatómicos: as veias ováricas (direita e esquerda), o plexo venoso pélvico (PVP) e os ovários. Previamente à sua aplicação prática, 2 ginecologistas receberam uma formação dirigida sobre a técnica de visualização das veias

ováricas por via transabdominal. Realizou-se um estudo prospectivo, recolhendo dados de 34 mulheres que tinham solicitada ecografia ginecológica, no Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE (CHCB). Todas as pacientes responderam a um questionário especificamente elaborado para este estudo. Paralelamente, solicitou-se a uma ecografista independente a expressão das bases conducentes no exercício diário ao diagnóstico de varicocele pélvico.

Resultados: Mostrou-se inconsistente a avaliação das veias ováricas. Os parâmetros do PVP e ovários foram mensuráveis na maioria das pacientes. Segundo a definição de caso estipulada, identificaram-se 6 casos com diâmetros dos vasos ≥ 5 mm. A grande maioria das inquiridas respondeu autonomamente ao inquérito complementar mas houve necessidade de ajuda num pequeno número delas. A análise oportunista das respostas obtidas aponta para a inexistência de diferenças significativas entre os grupos de mulheres com e sem CP relativamente aos dados inquiridos no questionário.

Conclusão: O protocolo de avaliação não é, no presente, linearmente aplicável, pois a técnica de visualização das veias ováricas não foi eficaz. Há necessidade de aferição dos meios de medição deste parâmetro, bem assim como de critérios de avaliação global da circulação pélvica para que haja possibilidade de dar continuação a este projecto. Outros parâmetros como o estudo de calibre dos vasos pélvicos e uterinos e de estudo dinâmico do fluxo vascular são mensuráveis, e serão certamente cruciais numa investigação programada para a detecção do SCP. Nesta fase preliminar do estudo, pelas dificuldades de colheita apontadas, a amostragem não foi suficiente para atingir

força estatística, o que não constituía, porém, como pressuposto inicial deste trabalho.

Palavras-chave: Síndrome de Congestão Pélvica, dor pélvica crónica, veias ováricas, ecografia transvaginal, rastreio

ABSTRACT

PELVIC CONGESTION SYNDROME: IS SCREENING POSSIBLE?

Introduction: Chronic pelvic pain (CPP) is one of the most common complaints of patients in Gynecology, constituting 10-40% of all gynecologic referrals. However, its etiology remains unknown in 60% of cases. The presence of pelvic varicose veins could be responsible for cases of CPP without other apparent cause, since in 50% of cases, it is possible to detect signs of pelvic congestion (PC). Despite its probable preponderant etiologic role in CPP, the Pelvic Congestion Syndrome (PCS) remains under-diagnosed. Since the gold standard venography is an invasive technique realized in specialized centers, transvaginal gynecologic ultrasound is proposed as the initial diagnostic modality for the diagnosis of PCS.

Goals: One of the main goals was to elaborate and evaluate a protocol of clinical and ecographic correlation for the definition and standardization of parameters to be measured in a future screening approach and, moreover, to verify its applicability during routine gynecologic ultrasound exams. A complementary questionnaire was also created to detect symptoms attributable to the PCS, mainly to verify the degree of adherence, by the patients, for its completion.

Methods: A protocol of evaluation was designed, covering three anatomic components: the right and left ovarian veins, the pelvic venous plexus (PVP) and the ovaries. Before its practical application, 2 gynecologists received specialized training on transabdominal visualization of the ovarian veins. A

prospective study was realized, with the gathering of data pertaining to 34 women who had a solicited gynecologic ultrasound, in the Department of Gynecology of the CHCB. All of the selected patients answered the questionnaire specifically designed for this study. An independent gynecologist, specialized in ecography, was solicited for pertinent data regarding regular procedure with respect to the diagnosis of pelvic varices.

Results: The evaluation of the ovarian veins was found to be inconsistent. The parameters of the PVP and ovaries were measurable in the majority of patients. According to the stipulated case definition, 6 cases were identified with venous diameters ≥ 5 mm. A great majority of the patients answered the complementary questionnaire autonomously, while a few required assistance. The analysis of the obtained answers points to the inexistence of significant differences between groups of women with and without PC with respect to the inquired data of the questionnaire.

Conclusion: The protocol of evaluation is not currently entirely applicable since the technique for the visualization of the ovarian veins was not executable. An evaluation of the means of measurement of this parameter is necessary, as are criteria for the global evaluation of pelvic circulation, for the continuation of this project. Other parameters, such as the caliber of pelvic and uterine vasculature and the dynamic study of vascular blood flow are measurable, and certainly crucial in a programmed investigation for the detection of the PCS. In this preliminary phase of the study, due to difficulties pertaining to the gathering of data, the sample was not sufficient to achieve statistical strength. However, this was not part of the initial goals of our study.

Keywords: Pelvic Congestion Syndrome, chronic pelvic pain ovarian veins, transvaginal ultrasound, screening

LISTA DE ABREVIATURAS

CHCB – Centro Hospitalar Cova da Beira EPE

CP – Congestão pélvica

DPC – Dor pélvica crónica

ETA – Ecografia transabdominal

ETV – Ecografia transvaginal

PVP – Plexo venoso pélvico

SCP – Síndrome de congestão pélvica

VOD – Veia ovárica direita

VOE – Veia ovárica esquerda

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

- Figura 1.** Imagem de uma ecografia transvaginal, com Doppler colorido, visualizando vasos pélvicos dilatados. 2
- Figura 2.** Imagem de uma ecografia transvaginal, com Doppler colorido, evidenciando vários vasos pélvicos dilatados. 3
- Figura 3.** Imagem de uma ecografia transvaginal, com Doppler colorido, de vasos dilatados a atravessar o miométrio. 4
- Figura 4.** Imagem de uma ecografia transvaginal, com Doppler colorido, de vasos pélvicos dilatados. 5
- Figura 5.** Imagem de uma ecografia transvaginal, em escala de cinzentos, visualizando um vaso pélvico dilatado com um diâmetro de 5,6 mm. 12
- Figura 6.** Imagem de uma ecografia transvaginal, em escala de cinzentos, visualizando um vaso dilatado do plexo venoso pélvico com um diâmetro de 8,2 mm. 13
- Figura 7.** Dados do plexo venoso pélvico, segundo o respectivo diâmetro do vaso de maior calibre. 14
- Figura 8.** Alterações do fluxo dos vasos do plexo venoso pélvico com a manobra de Valsalva, segundo o respectivo diâmetro do vaso de maior calibre. 15

Figura 9. . Dados das mulheres consideradas casos de congestão pélvica.	17
---	----

TABELAS

Tabela 1. Relação entre dados do questionário e grupos de mulheres com e sem CP.	18
--	----

I. INTRODUÇÃO

A dor pélvica crónica (DPC) define-se como uma dor, referida às regiões abdominal inferior ou pélvica, com duração igual ou superior a 6 meses (1-7). Constitui uma das queixas mais comuns em Ginecologia, correspondendo a 10-40% dos motivos de consulta (1, 2, 5, 8). Porém, apesar da sua alta prevalência, a sua etiologia mantém-se desconhecida em 60% dos casos (2, 4, 9-11). As causas de DPC são muito variadas e incluem: congestão pélvica (CP), endometriose, aderências pélvicas, dor menstrual atípica, perturbações urológicas e intestinais, factores psicossociais e doenças músculo-esqueléticas e neurológicas (5, 6, 10-13). A presença de varizes pélvicas pode estar na origem de DPC sem outra causa evidente, sendo que em 50% dos casos de DPC, será possível detectar sinais de congestão pélvica, constituindo-se assim como etiologia subjacente (12,(13).

Aproximadamente 10% da população geral feminina possui varizes pélvicas (2, 9, 13). Richet, em 1857, foi o primeiro a descrever a síndrome de congestão pélvica (SCP), contribuindo para as primeiras associações entre a dor pélvica crónica e varizes ováricas (2, 13, 14). Contudo, só a partir de 1949, com os estudos de Taylor, é que se confirmou esta correlação (2, 15).

A Síndrome de Congestão Pélvica (SCP) caracteriza-se pela presença de dilatação visível das veias pélvicas (figura 1), devido a insuficiência funcional ou estrutural das mesmas, e sintomatologia de dor pélvica crónica, sem evidências de doença inflamatória (1, 2, 5-8, 10, 13, 16-24). Terá etiologia seguramente multifactorial, salientando-se as componentes mecânica e hormonal, mas sabe-se que se deve principalmente ao refluxo das veias ováricas, podendo inclusivamente ser atribuível à obstrução do retorno venoso

Síndrome de Congestão Pélvica: Afecção Rastreável?

ovárico, resultando num fluxo invertido (2, 10, 13, 23, 25). A sua preponderância em mulheres pré-menopáusicas sugere uma correlação entre a SCP e a actividade ovárica (2, 12). Geralmente ocorre em mulheres de idade fértil e multíparas cuja DPC, que pode atingir, em alguns casos, um carácter incapacitante, se exacerba com a gravidez, a actividade sexual, a bipedestação e outras manobras que favoreçam a estase e/ou aumentem a pressão intra-abdominal. (1, 2, 5, 12, 23, 26-31). São suas manifestações a dispareunia, a dor pélvica migratória e pós-coital, podendo haver varizes localizadas nas pernas, coxas, vulva, vagina (13, 26, 32-34)

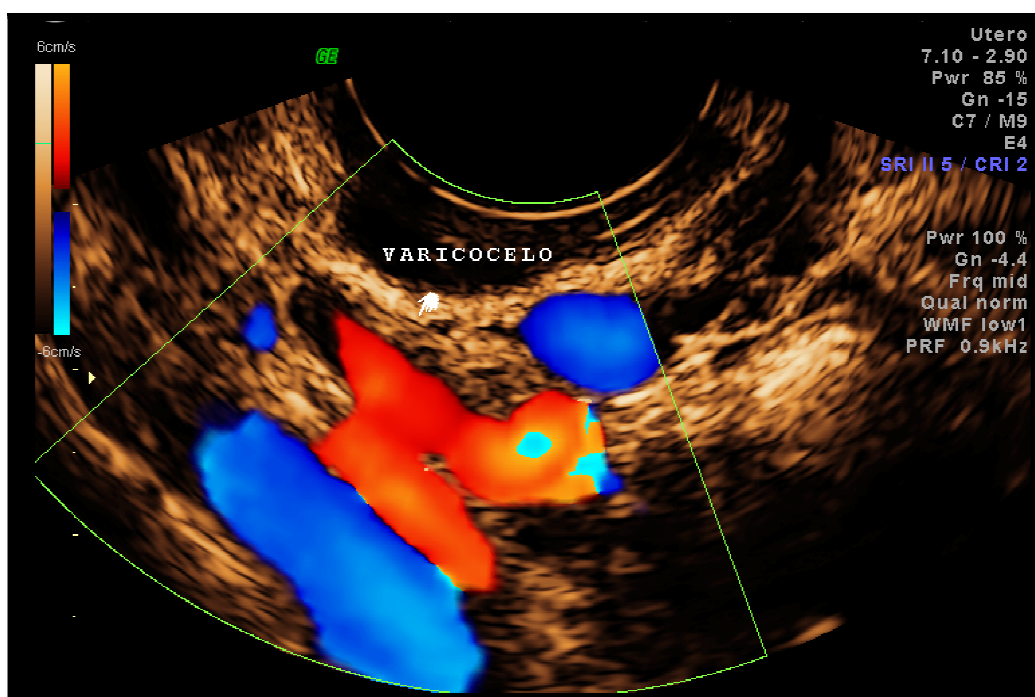


Figura 1. Imagem de uma ecografia transvaginal, com Doppler colorido, visualizando vasos pélvicos dilatados. (Disponibilizado pela Dra. Joaquina Tavares, Lisboa.)

Apesar do seu provável papel preponderante na etiologia de DPC, a SCP continua a ser sub-diagnosticada (2). A ausência de critérios de diagnóstico consensuais e as suas manifestações variadas podem contribuir para a não valorização desta tanto por parte dos clínicos como dos radiologistas (2).

Síndrome de Congestão Pélvica: Afecção Rastreável?

Actualmente, continua a considerar-se como meio de diagnóstico de referência a venografia ovárica selectiva, uma vez que detecta tanto a dilatação venosa como a estase funcional da congestão pélvica (13, 28, 35). No entanto, uma vez que é técnica invasiva e que só se efectua em centros especializados, a ultrassonografia é proposta como alternativa, posicionando-se a ecografia ginecológica transvaginal (ETV) como primeiro exame complementar a efectuar para o diagnóstico de DPC (12, 13, 26), até porque possibilita ainda a detecção de outras fontes pélvicas de DPC (35) (figuras 2-4).

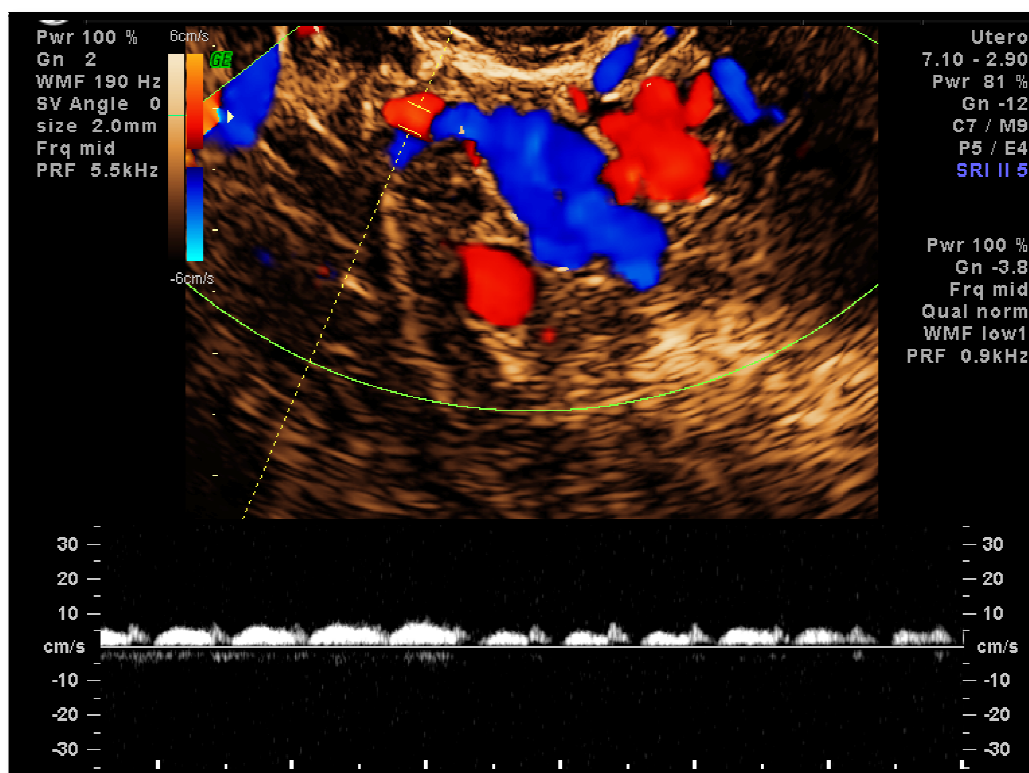


Figura 2. Imagem de uma ecografia transvaginal, com Doppler colorido, evidenciando vários vasos pélvicos dilatados. (Disponibilizado pela Dra. Joaquina Tavares, Lisboa.)

A correcta aplicação da ultrassonografia, com protocolos de avaliação dirigidos para a detecção de parâmetros característicos de insuficiência venosa pélvica, poderão tornar a SCP uma entidade clínica possivelmente rastreável na área da ginecologia. Devido à escassez de investigações dedicadas ao

Síndrome de Congestão Pélvica: Afecção Rastreável?

estabelecimento de critérios de diagnóstico para a SCP, pretendeu-se no presente estudo, elaborar um protocolo de avaliação dirigido à medição de parâmetros, alguns dos quais com valores preditivos positivos previamente comprovados, que poderão futuramente ser pesquisados numa abordagem de rastreio e, sobretudo, verificar da sua aplicabilidade na rotina de exames ecográficos ginecológicos.

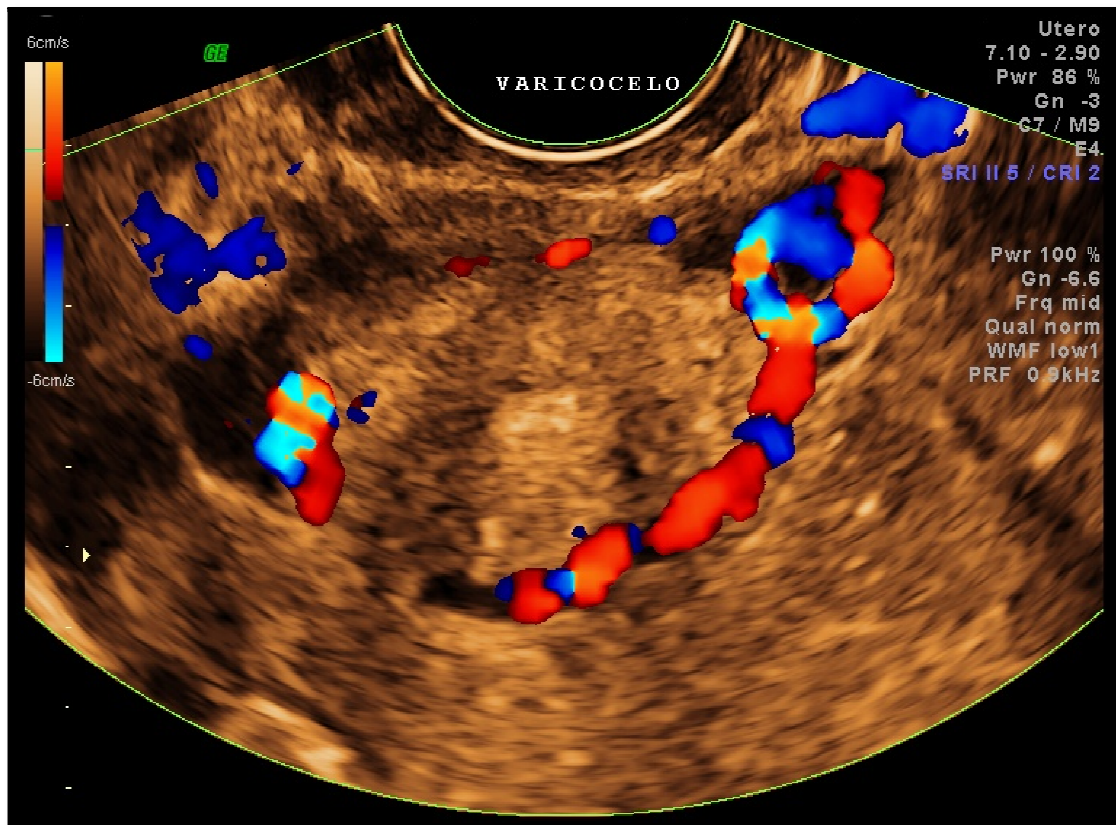


Figura 3. Imagem de uma ecografia transvaginal, com Doppler colorido, de vasos dilatados a atravessar o miométrio. (Disponibilizado pela Dra. Joaquina Tavares, Lisboa.)

Síndrome de Congestão Pélvica: Afecção Rastreável?

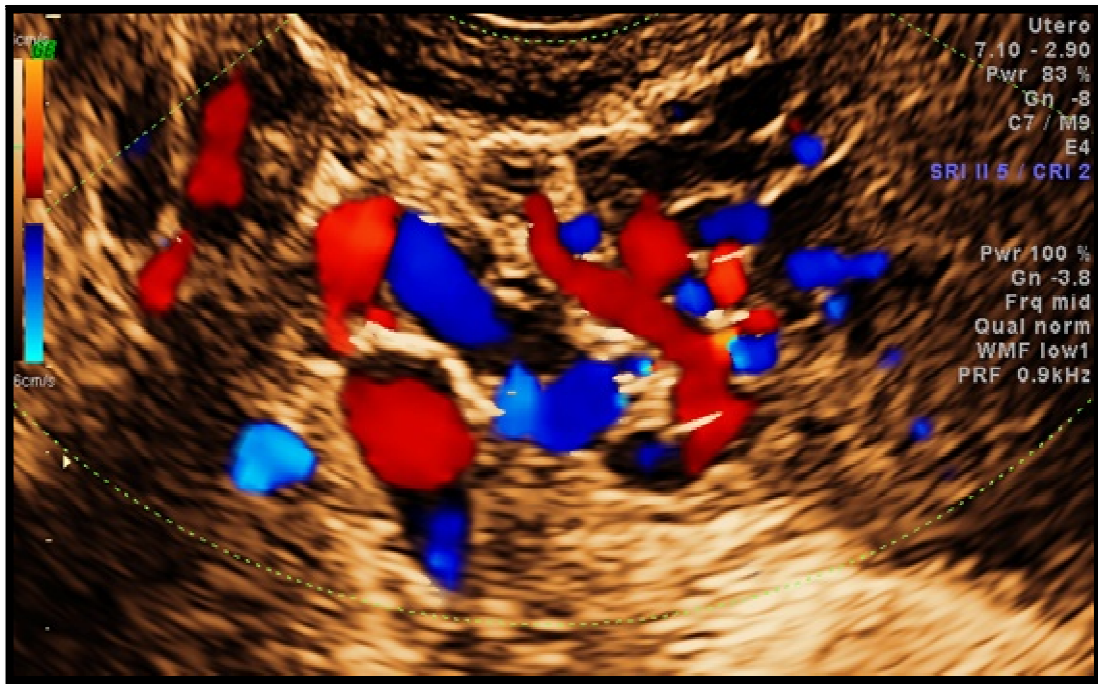


Figura 4. Imagem de uma ecografia transvaginal, com Doppler colorido, de vasos pélvicos dilatados.

(Disponibilizado pela Dra. Joaquina Tavares, Lisboa.)

II. Objectivos

Principais

- ❖ Desenhar um protocolo de avaliação ultrassonográfica de rastreio dos quadros congestivos pélvicos;
- ❖ Testar a aplicabilidade do protocolo na rotina ecográfica da ginecologia;
- ❖ Elaborar um questionário complementar para a detecção de sintomatologia atribuível ao SCP e avaliar a adesão ao seu preenchimento.

Secundários

- ❖ Descobrir correlações entre sintomatologia e a presença de congestão pélvica, com os dados da fase preliminar do estudo.

III. MÉTODOS

3.1 Desenho do Protocolo

Para testar a possibilidade de rastrear mulheres para a SCP, foi necessário começar por desenhar um protocolo de avaliação, uma vez que não existem critérios diagnósticos consensuais para a congestão pélvica (ANEXO I). A escolha dos parâmetros baseou-se em estudos prévios, cujos objectivos focavam na identificação de alterações estruturais que se encontravam mais prevalentes em doentes com congestão pélvica, diagnosticada por venografia, comparativamente aos controlos. Após a consulta de tais estudos, e tentativas de aplicação de técnicas para a medição dos parâmetros mais relevantes, elaborou-se um protocolo, assemelhando-se ao de Park e col. (12), exceptuando a medição do volume uterino, o qual não se pesquisou. Abordaram-se três locais anatómicos: as veias ováricas direita (VOD) e esquerda (VOE), o plexo venoso pélvico (PVP) e os ovários.

Previamente à aplicação prática do protocolo, os ginecologistas que iriam participar no projecto receberam uma formação dirigida por uma imagiologista, que exemplificou a técnica específica para a visualização das veias ováricas por via transabdominal, técnica esta, que não se aplica normalmente na área da ginecologia. Testaram a técnica em 10 mulheres, só tendo conseguido a visualização das veias em apenas uma das pacientes. Só se conseguiu iniciar a recolha de dados após a elaboração do protocolo e a implementação da sua técnica de execução.

3.2 Desenho do Estudo e Recolha dos Dados

Realizou-se um estudo prospectivo, recolhendo dados referentes ao período entre 8 de Abril e 6 de Maio de 2010, para avaliar a possibilidade de rastrear casos de congestão pélvica em mulheres de idade fértil através de um protocolo elaborado especificamente para o estudo. A população estudada foi composta por 84 mulheres, pacientes que tinham solicitada ecografia ginecológica, no Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar Cova da Beira EPE (CHCB), no mesmo período. Desta população, foram escolhidas 34 mulheres que cumpriam os critérios de selecção do estudo para a amostra e aceitaram participar.

Inicialmente, pretendia-se abranger três centros diferentes em Portugal, para a aplicação do protocolo, e o contributo de centros de tratamento especializado deste tipo de patologia. No entanto, devido à falta de um consenso e dos recursos previstos para um ensaio multicêntrico, baseou-se o estudo no Serviço de Ginecologia do CHCB, uma vez que este disponibilizava os recursos humanos e materiais necessários.

Após a sua inscrição para a realização de ecografia ginecológica, as mulheres que cumpriam os critérios de selecção foram informadas sobre o projecto. A informação foi disposta, e o consentimento livre e informado obtido, segundo as normas da *Declaração de Helsinquia*, por escrito (ANEXO II).

Todas as mulheres seleccionadas responderam a um questionário, especificamente elaborado para o estudo, enquanto esperavam pela sua consulta (ANEXO III). O questionário foi composto por três partes. A primeira inquiria sobre pormenores pertinentes a informação ginecológica, como, por

exemplo, a existência ou não de dor pélvica e as suas características, o método de contraceção e padrão menstrual, entre outros. A segunda componente centrava-se nos dados obstétricos e a terceira, e última parte, referia-se a outros de antecedentes pessoais, como a presença de varizes extra-pélvicas, a toma de medicação (excluindo contraceptivos orais), e a existência de alterações intestinais.

Após o preenchimento do questionário, realizaram-se as ecografias ginecológicas: numa primeira fase, orientando o exame conforme o motivo do pedido e logo após, prosseguindo a avaliação dos parâmetros especificados no protocolo de avaliação. As ecografias foram, assim, realizadas por ambas vias: transvaginal e transabdominal. Quanto às veias ováricas, tentou-se medir o seu diâmetro e averiguar a presença de inversão do fluxo. Na pelve, pesquisaram-se características da morfologia do PVP e diâmetros, a presença de veias dilatadas a atravessar o miométrio e as particularidades do fluxo durante manobras de Valsalva.

Cada ecografia foi efectuada por um de dois ginecologistas especialistas, utilizando a escala de cinzentos e doppler colorido do ecógrafo *Voluson E6*. Realizou-se uma ETV, com uma sonda endocavitária de 4,0-9,0 MHz, para a medição dos parâmetros do PVP e ovários, e outra por via transabdominal, com uma sonda 4D de 1,0-4,0 MHz, para as mensurações dos dados pertinentes às veias ováricas.

Estipulou-se uma definição de caso para poder avaliar no final da recolha de dados se realmente é possível identificar mulheres com congestão pélvica, segundo o protocolo elaborado e questionário aplicado. Sendo assim, um

potencial caso de SCP foi definido como a presença de inversão de fluxo de uma veia ovárica ou a presença de veias do PVP com diâmetros superiores a 5 mm e de morfologia tortuosa, acompanhados de sinais e sintomas típicos de dor pélvica crónica e dispareunia.

3.3 Técnica de Medição das Veias Ováricas

Colocada a sonda no quadrante superior esquerdo do abdómen, num plano transversal, identificam-se as veias renal e ovárica esquerdas, após o que se direcciona a sonda longitudinalmente para se detectar especificamente a VOE. Ao colocar a sonda na linha média do abdómen, visualiza-se a veia cava inferior. Seguidamente, posiciona-se a sonda lateralmente para se distinguir a VOD (12).

3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

3.4.1 Critérios de Inclusão

Mulheres:

- ❖ Inscritas na consulta externa de ecografia ginecológica;
- ❖ Idade entre 20 e 50 anos.

3.4.2 Critérios de Exclusão

Mulheres:

- ❖ Em fase pós-menopausa;

- ❖ Histerectomizadas;
- ❖ Inscritas no programa de fertilidade do CHCB, que já efectuavam tratamento farmacológico, e que portanto, iriam realizar ecografias de controlo do crescimento folicular.

3.5 Análise Estatística

Para a análise descritiva, utilizou-se o programa Microsoft Office Excel 2007. Aplicou-se o teste exacto de Fisher ou o teste do chi-quadrado, dependendo do número de casos em questão, recorrendo ao programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 15, para a análise de variáveis qualitativas recolhidas no questionário. Foram considerados significativos valores de $p < 0,05$.

IV. RESULTADOS

4.1 Dados do Protocolo

De todos os parâmetros avaliados, os relativos ao diâmetro e à presença de inversão de fluxo das VOE e VOD, por ETA, foram os únicos que não se conseguiram medir com a regularidade pretendida. Contudo, os achados referentes ao PVP e ovários foram mensuráveis na maioria das mulheres.

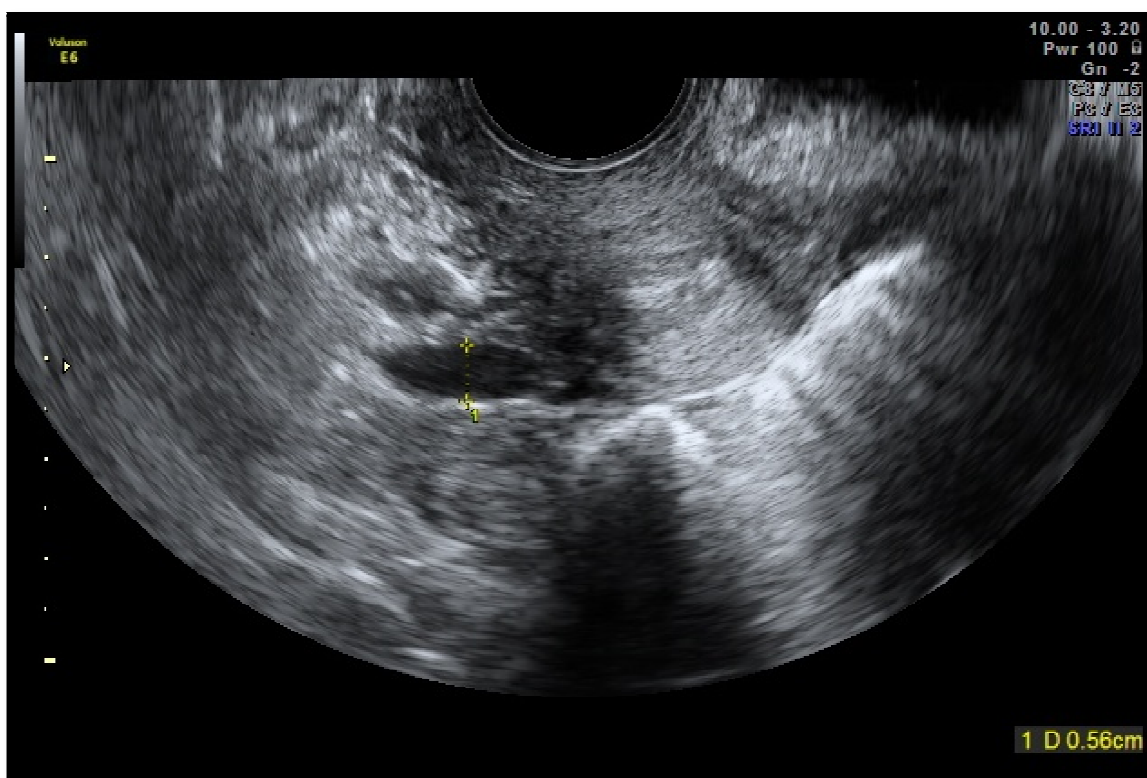


Figura 5. Imagem de uma ecografia transvaginal, em escala de cinzentos, visualizando um vaso pélvico dilatado com um diâmetro de 5,6 mm.

O diâmetro das veias do PVP conseguiu medir-se em 30 (88,2%) mulheres. A média dos diâmetros foi de $3,55 \pm 1,62$ mm, com um máximo de 8,20 mm e um mínimo de 1,50 mm. De acordo com a definição de caso previamente estipulada, identificou-se um total de 6 (17,6%) possíveis casos de congestão pélvica, 3 com diâmetro de 5-6 mm (figura 5), 2 de 6-7 mm, e 1 de

Síndrome de Congestão Pélvica: Afecção Rastreável?

um valor >7 mm (figura 6). A figura 7 mostra o resumo dos dados do protocolo recolhidos. A maioria das mulheres apresentava vasos cujo maior calibre media entre 2-3 mm, a morfologia linear tinha uma prevalência maior que a tortuosa, e a presença de veias dilatadas a atravessar o miométrio foi detectada mais frequentemente nos casos identificados como tendo congestão pélvica. Apesar de várias mulheres manifestarem alterações quísticas dos ovários, apenas 9 (26%) apresentaram ovários poliquísticos, todas sem sinais ou sintomas de hiperandrogenismo.

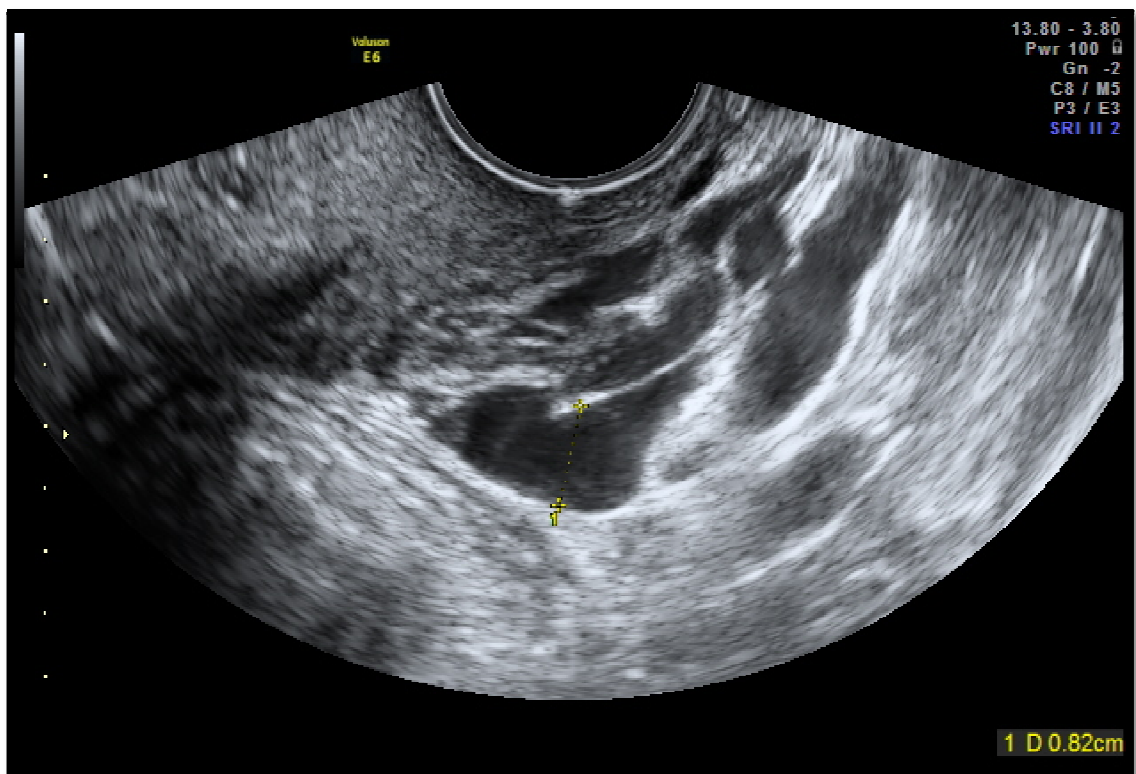


Figura 6. Imagem de uma ecografia transvaginal, em escala de cinzentos, visualizando um vaso dilatado do plexo venoso pélvico com um diâmetro de 8,2 mm.

As alterações do fluxo venoso sob, a manobra de Valsalva, realizada por um sopro contínuo de aproximadamente 5 segundos contra o dorso da mão, foram observadas em todas as mulheres (figura 8). Não se verificou em nenhuma mulher uma inversão de fluxo durante a manobra, mas a existir

Síndrome de Congestão Pélvica: Afecção Rastreável?

parece que teria sido facilmente detectado. Observou-se porém, uma alta prevalência de mulheres sem alterações do fluxo, sendo que a acentuação inicial do mesmo foi o segundo achado mais frequente.

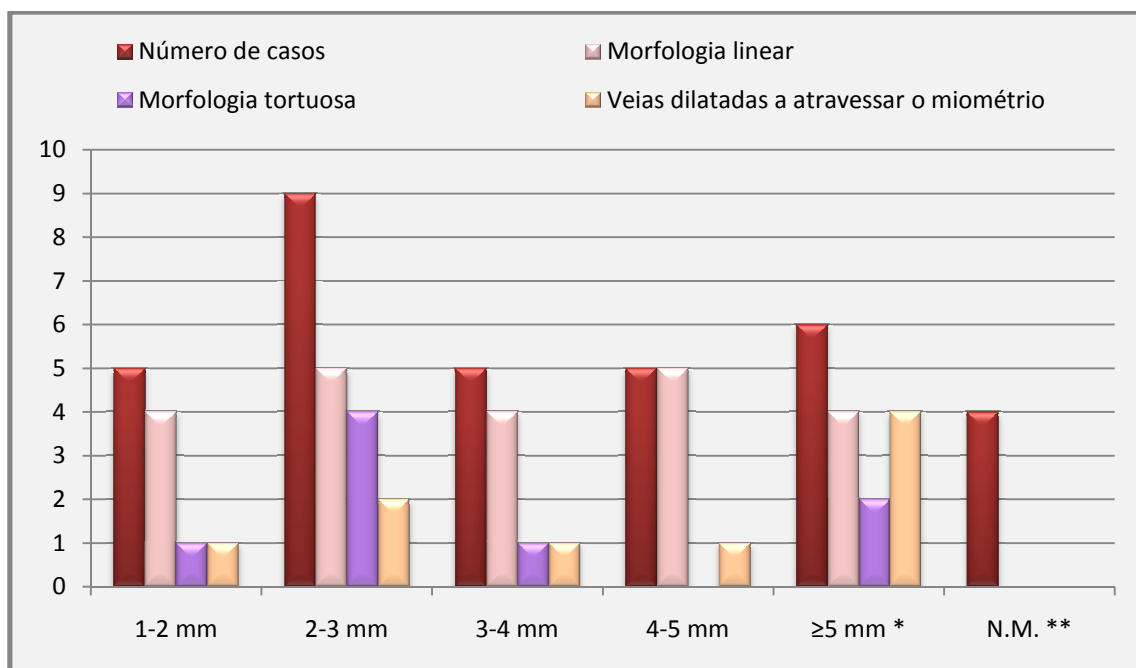


Figura 7. Dados do plexo venoso pélvico, segundo o respectivo diâmetro do vaso de maior calibre. *Diâmetros ≥ 5 mm foram considerados casos de congestão pélvica. **N.M. (número de mulheres em que os dados não foram obtidos).

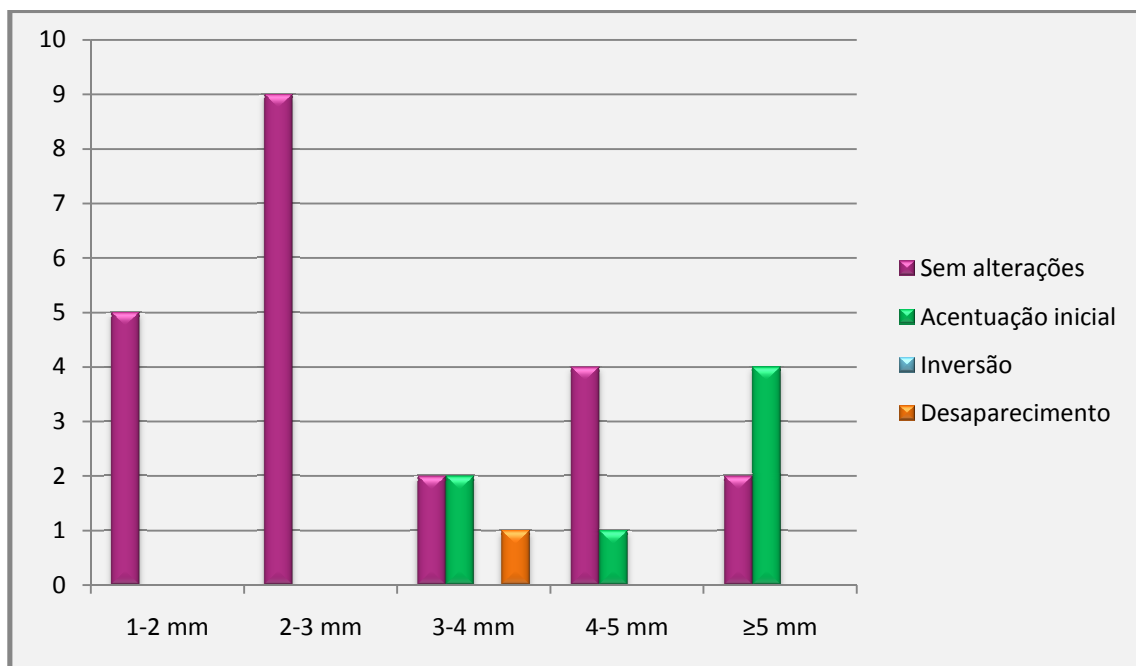


Figura 8. Alterações do fluxo dos vasos do plexo venoso pélvico com a manobra de Valsalva, segundo o respectivo diâmetro do vaso de maior calibre.

4.2 Dados do Questionário

Das mulheres inseridas no estudo, todas responderam ao questionário sozinhas, exceptuando 4 que precisaram de acompanhamento. As idades variaram dos 22 aos 50 anos, com uma média de 38.76 anos.

Quanto à informação ginecológica, 14 (41,2%) mulheres referiram queixas de dor pélvica no baixo ventre, 10 (29,4%) das quais com uma duração superior a 6 meses (dor pélvica crónica). Apenas 2 (5,9%) afirmaram ter irregularidades menstruais. A toma de contracepção foi muito frequente, com 31 (91,2%) mulheres a tomarem qualquer forma de contracepção e 26 (76,5%) que usavam ou já tinham usado o tipo oral e 7 (20,6%), o DIU.

Das 25 (73,5%) mulheres que já tinham estado grávidas, 15 (44,1%) eram múltiparas (≥ 2 filhos) e 6 (17,6%) tinham tido dificuldade em engravidar,

sendo que esta se definia como tentativas de engravidar superiores à duração de um ano.

Mais de metade das mulheres (52,9%) afirmou ter varizes, as mais frequentes das quais localizadas nas pernas (50%). Excluindo a contraceção, 6 (17,6%) mulheres tomavam algum tipo de medicação, nomeadamente anti-depressivos e 11 (32,3%) referiram queixas de obstipação.

4.2.1 Dados dos Casos de Suposta Congestão Pélvica

A figura 9 resume os dados recolhidos das mulheres com provável congestão pélvica. Apenas uma destas referiu queixas de DPC, não tendo as características típicas de melhoria em decúbito dorsal e agravamento quando em bipedestação. Nenhum caso manifestou queixas de dispareunia. Quanto ao uso de contraceção, 1 usava o DIU enquanto as restantes 5 recorriam à contraceção oral.

Todas já tinham estado grávidas mas apenas uma minoria era múltipara (33,3%), sendo que 1 teve dificuldade em engravidar. Quanto ao tipo de parto, 4 tiveram partos do tipo cesariana, 1 do tipo normal e 1 por ventosa.

Metades das mulheres tinham varizes, sendo que todas afirmaram ter varizes nas pernas. Quanto ao IMC, 2 (33,3%) dos casos foram classificados como tendo excesso de peso. Não se conseguiu calcular o IMC de um caso por falta de dados. Os restantes valores de IMC foram normais. Só 1 caso apresentava queixas de obstipação intestinal. Nenhuma tomava medicação além da contraceção oral.

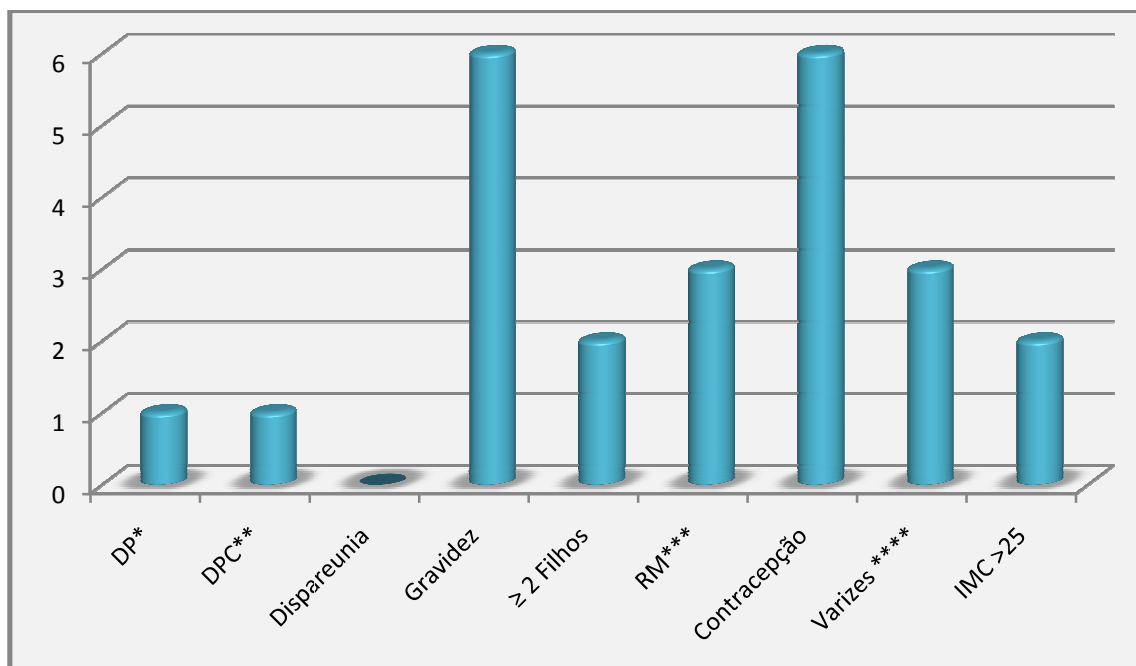


Figura 9. Dados das mulheres consideradas casos de congestão pélvica. *DP (dor pélvica);

DPC (dor pélvica crónica); *RM (regularidade menstrual); ****Inquiriu-se sobre varizes localizadas nas coxas, nas virilhas, na vulva, na vagina e nas pernas.

4.3 Análise Estatística

A tabela 1 mostra o resumo dos dados do questionário analisados, comparando o grupo de doentes com CP e o grupo sem CP. Aplicou-se o teste exacto de Fisher para a análise estatística das seguintes variáveis qualitativas entre os dois grupos: varizes nas pernas, dispareunia, obstipação, DPC, regularidade menstrual e IMC > 25. Os respectivos valores p não revelaram significância.

Para a análise estatística da variável de gravidez, recorreu-se ao teste do chi-quadrado, obtendo-se um valor p não significativo.

Síndrome de Congestão Pélvica: Afecção Rastreável?

Tabela 1. Relação entre dados do questionário e grupos de mulheres com e sem *CP (congestão pélvica).

Variável	Com CP* (n=6)	Sem CP (n=28)	Valor P
Varizes	3 (50%)	14 (50%)	1,000
Dispareunia	0	1 (3,6%)	1,000
Obstipação	1 (16,7%)	11 (39,3%)	0,389
DPC	1 (16,7%)	9 (32,1%)	0,644
Regularidade Menstrual	3 (50%)	16 (57,1%)	1,000
IMC > 25	2 (33,3%)	11 (39,3%)	1,000
Gravidez	6 (100%)	19 (67,9%)	0,105

V. DISCUSSÃO

Actualmente, a SCP considera-se um diagnóstico de exclusão (5,34). Com este estudo preliminar, pretendeu-se elaborar um protocolo e questionário dirigido para a sua avaliação, ensaiando a sua exequibilidade e capacidade de rastrear síndromes de congestão pélvica na ginecologia, tendo como objectivo complementar estabelecer correlações, se possível, entre sinais e sintomas e a presença de patologia.

Uma vez que a detecção das veias ováricas não foi exequível da forma que se pretendia, considera-se que o protocolo de avaliação não é, no momento, linearmente aplicável, pois não existe segurança no que diz respeito à execução desta técnica na prática diária da ginecologia. Estudos que recorreram à medição dos diâmetros das veias ováricas têm sido realizados principalmente por imagiologistas (12, 13, 33, 35) usando a via transabdominal e com bases em investigações dirigidas à região superior do abdómen. Admite-se que um treino específico desta abordagem na ginecologia seria vantajoso, já que apesar de a técnica ser mais praticável por especialistas da radiologia, seria provavelmente mais proveitoso a pesquisa de casos na ginecologia e assim, benéfico aplicá-la na mesma. Este princípio foi igualmente tentado, mas não deu os resultados esperados.

Numa perspectiva de rastreio, o critério de incluir mulheres em idade fértil, constitui um viés de selecção, pois apesar da maioria dos estudos afirmarem uma exclusividade das mulheres pré-menopáusicas na SCP, (2, 10, 12, 13) outros estudos admitem que estas são as mais frequentemente afectadas (5, 28, 31) colocando, assim, a possibilidade da CP também ocorrer

em mulheres pós-menopáusicas. Nestes, porém, a visualização venosa ovárica seria ainda mais difícil.

Cada mulher foi avaliada para a medição dos parâmetros do protocolo por um de dois ginecologistas que realizaram as ecografias ginecológicas, o que acrescenta um viés de medição pela variabilidade inter-individual que isso origina. Para tornar as medições mais objectivas, sugere-se a medição de cada mulher por ambos os ginecologistas, recorrendo à média dos valores obtidos como resultado final. Segundo o médico, o subgrupo de mulheres estudado também variou, tendo em conta que um dos ginecologistas tinha uma alta prevalência de mulheres com problemas de fertilidade. Como existem estudos que implicam uma correlação entre a SCP e a disfunção ovárica (2,12), isto tornar-se-ia um viés da amostra. Porém, curiosamente, nenhuma das mulheres com problemas de fertilidade apresentou evidência ecográfica de CP.

O questionário foi respondido com uma taxa de adesão de 100%, pois as mulheres estudadas no presente estudo mostraram grande interesse na patologia em questão, umas porque tinham antecedentes de insuficiência venosa extra-pélvica, outras por serem portadoras de dor pélvica crónica que não cedia com medicação analgésica, ou porque perceberam as vantagens do estudo que lhes foram explicadas antes de se obter consentimento. Porém, apesar da escolha da maioria dos dados inquiridos se basear em estudos prévios que comprovaram a sua relevância perante a SCP, este questionário nunca tinha sido previamente testado, o que possivelmente interroga a sua praticabilidade neste tipo de estudo. A elevada taxa de adesão faz prever que em próximos estudos, detalhado o protocolo de avaliação ecográfico, a

aplicação do questionário possa vir a fornecer dados de correlação clínica e ecográfica.

Além do mais, o uso de um questionário pode ter várias limitações no que diz respeito à legitimidade dos dados recolhidos. Como se inquiriu sobre dados do passado da paciente, coloca-se a hipótese de um viés de memória. Mesmo que esse viés não esteja presente, um erro na interpretação das questões poderá condicionar respostas inválidas, uma vez que a maioria das mulheres respondeu ao inquérito sem recorrer a alguma ajuda de interpretação.

Apesar de não se ter encontrado significância entre o grupo de mulheres com CP e o sem CP, no que diz respeito à gravidez ($p=0.105$), à presença de varizes nas pernas ($p=1.000$), à dispareunia ($p=1.000$), e à DPC ($p=0.644$), não se deve excluir a importância destes dados, uma vez que estudos prévios comprovam a sua alta frequência entre mulheres com SCP (1,2,32,34,36), e a amostra do presente estudo acarreta uma perda da força estatística pelo número reduzido de casos detectados.

O refluxo das veias ováricas e o SCP são mais frequentemente diagnosticados em mulheres multíparas, (1, 2, 5, 12, 13, 23, 26-31) dando especial ênfase à gravidez como possível factor favorecedor de aparecimento de CP (1, 2, 5, 12, 13, 23, 28, 29). Durante a gravidez, o fluxo venoso ovárico aumenta até 60 vezes em relação ao normal (10, 12, 17, 23), provocando uma dilatação das veias ováricas pela elevação do fluxo sanguíneo resultante(5, 17), podendo originar uma incompetência valvular venosa (5, 6, 20).

Síndrome de Congestão Pélvica: Afecção Rastreável?

A presença de insuficiência venosa fora da pélvis está descrita como sendo um achado frequente em mulheres com CP, pois apesar do local principal de refluxo nos membros inferiores geralmente se localizar abaixo do joelho(36), por vezes pode existir uma fonte mais proximal, ou seja, pélvica de refluxo (34), podendo assim haver varizes localizadas nas coxas, virilhas, vulva, vagina e pernas na SCP (32, 33). Em casos de insuficiência venosa dos membros inferiores, além dos sintomas locais característicos, pode haver manifestações de dispareunia e dores pélvicas, ambos sintomas a favor de uma origem pélvica de refluxo(5). Assim, os ginecologistas deveriam ser incentivados a valorizarem a possibilidade de fontes pélvicas de refluxo, especialmente nas mulheres que se queixam de dores pélvicas juntamente com insuficiência venosa crónica dos membros inferiores (23, 34).

Quanto à regularidade menstrual ($p=1.000$), o IMC > 25 ($p=1.000$), e à obstipação (0.389), também não se encontrou diferença significativa entre os dois grupos. Apesar de não serem avaliados em estudos anteriores, decidiu-se incluí-los no presente estudo, pois existe a possibilidade de haver uma correlação entre a disfunção ovárica (2,12) e um aumento de pressão intra-abdominal com a SCP (1,2), já que este pode favorecer o aparecimento de varizes. Porém, a pouca força estatística da amostra poderá ser responsável pela ausência de significância encontrada. Além do mais, o uso frequente de contraceção, tanto em mulheres com CP (100%), como nas sem CP (74%), poderá interferir com a regularidade menstrual, constituindo, assim, outro viés de informação no questionário.

VI. CONCLUSÃO

Seria proveitoso continuar com o projecto, uma vez normalizada a avaliação ecográfica das veias ováricas na Ginecologia, já que estudos comprovam que o refluxo nas veias ováricas está presente em 100% de mulheres com CP (12). Apesar de a técnica ser familiar na área da radiologia, a provável não valorização da SCP faz com que esta não seja frequentemente pesquisada, mesmo pelos especialistas deste ramo. Com a execução desta técnica na ginecologia, conseguir-se-ia uma maior acessibilidade à população alvo para um rastreio de congestão pélvica ao mesmo tempo que excluem outras possíveis fontes de dor pélvica crónica.

Apesar dos resultados da análise estatística, nesta fase preliminar do estudo, não revelarem significância entre mulheres com CP e sem CP para várias variáveis inquiridas no questionário, atribui-se este resultado à pouca força estatística que a amostra possui, recomendando-se então, o seguimento do estudo. Esta correlação não era um objectivo primário do presente estudo.

BIBLIOGRAFIA

1. Tropeano G, Di Stasi C, Amoroso S, Cina A, Scambia G. Ovarian vein incompetence: a potential cause of chronic pelvic pain in women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*2008 Aug;139(2):215-21.
2. Ganeshan A, Upponi S, Hon LQ, Uthappa MC, Warakaulle DR, Uberoi R. Chronic pelvic pain due to pelvic congestion syndrome: the role of diagnostic and interventional radiology. *Cardiovasc Intervent Radiol*2007 Nov-Dec;30(6):1105-11.
3. Robinson JC. Chronic pelvic pain. *Curr Opin Obstet Gynecol*1993 Dec;5(6):740-3.
4. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol*1996 Mar;87(3):321-7.
5. Cura M, Cura A. What is the significance of ovarian vein reflux detected by computed tomography in patients with pelvic pain? *Clin Imaging*2009 Jul-Aug;33(4):306-10.
6. Hobbs JT. The pelvic congestion syndrome. *Br J Hosp Med*1990 Mar;43(3):200-6.
7. Liu SZ, Chou CP, Lion WS, Huang JS, Pan HB. Pelvic congestion syndrome--findings on multi-detector row computerized tomography: a case report. *Kaohsiung J Med Sci*2003 Nov;19(11):569-73.
8. Beard RW, Reginald PW, Wadsworth J. Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion. *Br J Obstet Gynaecol*1988 Feb;95(2):153-61.

Síndrome de Congestão Pélvica: Afecção Rastreável?

9. Belenky A, Bartal G, Atar E, Cohen M, Bachar GN. Ovarian varices in healthy female kidney donors: incidence, morbidity, and clinical outcome. *AJR Am J Roentgenol*2002 Sep;179(3):625-7.
10. Liddle AD, Davies AH. Pelvic congestion syndrome: chronic pelvic pain caused by ovarian and internal iliac varices. *Phlebology*2007;22(3):100-4.
11. Cheong Y, William Stones R. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*2006 Oct;20(5):695-711.
12. Park SJ, Lim JW, Ko YT, Lee DH, Yoon Y, Oh JH, et al. Diagnosis of pelvic congestion syndrome using transabdominal and transvaginal sonography. *AJR Am J Roentgenol*2004 Mar;182(3):683-8.
13. Karcaaltincaba M, Karcaaltincaba D, Dogra VS. Pelvic Congestion Syndrome. *Ultrasound Clinics*2008;3:415-25.
14. Richet MA. *Traite pratique d'anatomie medico-chirurgicale*. E Chemeror, Libraire Editeur1857.
15. Taylor HC, Jr. Vascular congestion and hyperemia; their effect on function and structure in the female reproductive organs; the clinical aspects of the congestion-fibrosis syndrome. *Am J Obstet Gynecol*1949 Apr;57(4):637-53.
16. Mathis BV, Miller JS, Lukens ML, Paluzzi MW. Pelvic congestion syndrome: a new approach to an unusual problem. *Am Surg*1995 Nov;61(11):1016-8.
17. Hodgkinson CP. Physiology of the ovarian veins during pregnancy. *Obstet Gynecol*1953 Jan;1(1):26-37.
18. Reginald PW, Beard RW, Kooner JS, Mathias CJ, Samarage SU, Sutherland IA, et al. Intravenous dihydroergotamine to relieve pelvic congestion with pain in young women. *Lancet*1987 Aug 15;2(8555):351-3.

19. Kennedy A, Hemingway A. Radiology of ovarian varices. *Br J Hosp Med*1990 Jul;44(1):38-43.
20. Giacchetto C, Cotroneo GB, Marincolo F, Cammisuli F, Caruso G, Catizone F. Ovarian varicocele: ultrasonic and phlebographic evaluation. *J Clin Ultrasound*1990 Sep;18(7):551-5.
21. Coakley FV, Varghese SL, Hricak H. CT and MRI of pelvic varices in women. *J Comput Assist Tomogr*1999 May-Jun;23(3):429-34.
22. Lechter AA, Alvarez A. Pelvic varices and gonadal veins. *Phlebology*1986:225-8.
23. Gultasli NZ, Kurt A, Ipek A, Gumus M, Yazicioglu KR, Dilmen G, et al. The relation between pelvic varicose veins, chronic pelvic pain and lower extremity venous insufficiency in women. *Diagn Interv Radiol*2006 Mar;12(1):34-8.
24. Hodson TJ, Reed MW, Peck RJ, Hemingway AP. The ultrasound and Doppler appearances of pelvic varices. *Clinical Radiology*1991;44:208-09.
25. Kuligowska E, Deeds L, 3rd, Lu K, 3rd. Pelvic pain: overlooked and underdiagnosed gynecologic conditions. *Radiographics*2005 Jan-Feb;25(1):3-20.
26. Stones RW. Pelvic vascular congestion-half a century later. *Clin Obstet Gynecol*2003 Dec;46(4):831-6.
27. Giacchetto C, Catizone F, Cotroneo GB, Cavallaro V, Cammisuli F, Minutolo V, et al. Radiologic anatomy of the genital venous system in female patients with varicocele. *Surg Gynecol Obstet*1989 Nov;169(5):403-7.

28. Beard RW, Highman JH, Pearce S, Reginald PW. Diagnosis of pelvic varicosities in women with chronic pelvic pain. *Lancet*1984 Oct 27;2(8409):946-9.
29. Rozenblit AM, Ricci ZJ, Tuvia J, Amis ES, Jr. Incompetent and dilated ovarian veins: a common CT finding in asymptomatic parous women. *AJR Am J Roentgenol*2001 Jan;176(1):119-22.
30. Maleux G, Stockx L, Wilms G, Marchal G. Ovarian vein embolization for the treatment of pelvic congestion syndrome: long-term technical and clinical results. *J Vasc Interv Radiol*2000 Jul-Aug;11(7):859-64.
31. Thorne C, Stuckey B. Pelvic congestion syndrome presenting as persistent genital arousal: a case report. *J Sex Med*2008 Feb;5(2):504-8.
32. Scultetus AH, Villavicencio JL, Rich NM. The female pelvic venous syndrome-an overview. *Phlebologie*2003;32:37-42.
33. Asciutto G, Asciutto KC, Mumme A, Geier B. Pelvic venous incompetence: reflux patterns and treatment results. *Eur J Vasc Endovasc Surg*2009 Sep;38(3):381-6.
34. Ninia JG. Pelvic phlebology: an emerging specialty. *Contemporary OB/GYN*2009;54/3:45-50.
35. Halligan S, Campbell D, Bartram CI, Rogers V, El-Haddad C, Patel S, et al. Transvaginal ultrasound examination of women with and without pelvic venous congestion. *Clin Radiol*2000 Dec;55(12):954-8.
36. Englehorn CA, Englehorn AL, Cassou MF. Patterns of saphenous venous reflux in women presenting with lower extremity telangiectasias. *Derm Surg*2007;33:282-88.

ANEXOS

ANEXO I

SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

Protocolo de Ecografia

1. VEIA OVÁRICA

Direita

Diâmetro _____mm

Inversão de fluxo: Sim _____ Não _____

Esquerda

Diâmetro _____mm

Inversão de fluxo: Sim _____ Não _____

2. PLEXO VENOSO PÉLVICO

Morfologia: Linear _____ Tortuosa _____

Diâmetro _____mm

Veias dilatadas a atravessar o miométrio: Sim _____ Não _____

Fluxo com manobra de Valsalva

Sem alterações

Acentuação inicial

Inversão

Desaparecimento

3. OVÁRIOS

Poliquísticos: Sim _____ Não _____

Observações

4. NOTAS

Médico

Data / /

ANEXO II

ESTUDO DA ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO PARA O RASTREIO DA
SÍNDROME DE CONGESTÃO PÉLVICA

INFORMAÇÃO PARA OS PARTICIPANTES VOLUNTÁRIOS

(conforme a “Declaração de Helsínquia”, da Associação Médica Mundial)

A Síndrome de Congestão Pélvica é uma causa importante de dor pélvica crónica. Caracteriza-se pela presença de varizes pélvicas que provocam dor devido à congestão sanguínea que originam.

Esta condição médica encontra-se actualmente sub-diagnosticada, o que dificulta o tratamento de dor pélvica de muitas mulheres. Por isso, pretende-se, com este estudo, definir critérios de diagnóstico com valor predictivo e elaborar um protocolo para poder rastrear esta síndrome, o que irá permitir um diagnóstico mais precoce.

Para a realização deste estudo, necessitamos da sua colaboração, através do preenchimento do questionário em anexo, e da medição de parâmetros pélvicos durante a realização de uma ecografia ginecológica (transvaginal e/ou transabdominal).

A ecografia ginecológica é um exame complementar de diagnóstico de rotina, sem riscos, que acarreta um desconforto mínimo.

A ecografia ginecológica será realizada por um médico ginecologista experiente.

Se não deseja participar neste estudo, pode recusar participar a qualquer altura. Os seus direitos hospitalares em termos de assistência hospitalar não serão prejudicados.

Os resultados deste estudo poderão ser consultados pelos investigadores responsáveis pelo projecto e publicados em revistas científicas.

Os dados de carácter pessoal serão mantidos confidenciais.

Eu, abaixo assinado (nome completo do voluntário)

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do meu caso clínico e do método que se tensiona instituir, tendo-me sido dada a oportunidade de discutir e fazer as perguntas que julguei necessárias.

Por isso, consinto que me seja aplicado os métodos propostos para o estudo actual.

Data: ____/____/_____

Assinatura: _____

ANEXO III



Mestrado Integrado em Medicina
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade da Beira Interior



Nome:

Idade: ___ anos

Peso: ___,___ Kg

Estatura: 1,___ m

QUESTIONÁRIO

1. Tem com frequência dores pélvicas (no baixo ventre, no fundo da barriga)?
Sim Não => nº 9

2. As dores que tem na região pélvica (no baixo ventre) sente-as há mais de 6 meses? Sim Não

3. As dores que tem na região pélvica (no baixo ventre) sente-as ?

Só do lado direito Só do lado esquerdo

Dos dois lados A meio Em todo o baixo ventre

4. As dores que tem na região pélvica (no baixo ventre) aliviam se estiver deitada? Sim Não

5. As dores que tem na região pélvica (no baixo ventre) pioram se fizer esforços em pé ? Sim Não

6. As dores pélvicas são desencadeadas pelas relações sexuais, isto é, surgem quando as mantém ?

Não , já as tem antes Sim

Síndrome de Congestão Pélvica: Afecção Rastreável?

Não , não se relacionam com as relações |__| => passe à pergunta nº9

7. As dores pélvicas são agravadas pelas relações sexuais, isto é, pioram com elas ? Sim |__| Não |__|

8. As dores pélvicas são piores DEPOIS das relações sexuais ?
Sim |__| Não |__|

9. Com que idade teve a sua primeira menstruação? ____ anos

10. As suas menstruações são dolorosas? Sim |__| Não |__|

11. A sua menstruação é regular? Sim |__| Não |__|

12. Toma/Usa já tomou/usou algum tipo de contracepção? Sim |__| Não |__|
=> nº14

13. Que tipo de contracepção utiliza/utilizou?

Contracepção oral (pílula) _____

DIU _____

Implante _____

Outro _____

14. Já teve alguma gravidez Sim |__| Não |__| => nº17

15. Teve alguma dificuldade em engravidar? Sim |__| Não |__|

16. Teve mais que uma gravidez? Sim |__| Não |__|

17. Se nunca esteve grávida, foi por ter problemas em engravidar?

Síndrome de Congestão Pélvica: Afecção Rastreável?

Sim|__| Não |__| (Passe para nº21)

18. Tem filhos? Sim |__| Não |__| (Passe para nº 21)

19. Se sim, tem mais que um filho? Sim |__| Não |__|

20. Indique quantos dos seguintes partos teve?

Normal _____

Cesariana _____

Forceps _____

Ventosa _____

21. Tem varizes? Sim |__| Não |__| => nº 23

22. Se sim, indique as zonas onde conhece ter varizes:

COXAS _____

VIRILHAS _____

VULVA/VAGINA _____

PERNAS _____

23. Está actualmente a tomar alguma medicação? Sim |__| Não |__| => nº25

24. Se sim, anote qual a medicação que toma.

25. Costuma ter alterações do trânsito intestinal?

Sim |__| Não |__| (TERMINOU)

26. Se sim, esta alteração é uma de obstipação ou qualquer dificuldade em defecar? Sim |__| Não |__|