



Clínica cotidiana

Evaluación del dolor pélvico crónico en pacientes con microhematuria

Natalia Fernández Gamo^{a,*}, Sara García Vila^a, Carolina Coloma Seguí^b,
 Irene García Blanco^a, Ignacio Sevilla Machuca^a.

^aCentro de Salud Alpes. Madrid. ^bCentro de Salud Alameda de Osuna. Madrid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de julio de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Hematuria

Dolor pélvico crónico

Varices pélvicas

Keywords:

Hematuria

Pelvic pain

Pelvic varices

R E S U M E N

En un abordaje inicial de una paciente con dolor pélvico crónico y microhematuria debemos de tener en cuenta el amplio diagnóstico diferencial que tiene esta sintomatología. Uno de ellos, es el síndrome de congestión pélvica, el cual se caracteriza por dolor pélvico crónico asociado a dismenorrea, disuria o dispareunia, siendo una causa frecuente de consulta en atención primaria.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Evaluation of chronic pelvic pain in patients with microhematuria

A B S T R A C T

In the initial approach to a female patient with chronic pelvic pain and microhematuria, we must consider the broad differential diagnosis associated with this symptoms. One of the possibilities is pelvic congestion syndrome, which is characterized by chronic pelvic pain associated with dysmenorrhea, disuria or dyspareunia, and is a common reason for consultation in Family Medicine appointments.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nataliafega@gmail.com (N. Fernández Gamo).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.010>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Introducción

El síndrome de congestión pélvica (SCP) se caracteriza por dolor pélvico crónico asociado a dismenorrea, disuria o dispareunia, siendo una causa frecuente de consulta en atención primaria¹. Puede asociarse a hematuria en caso de compresión de la vena renal en la pinza aortomesentérica¹.

Descripción del caso clínico

Mujer de 48 años que consulta por pesadez en hipogastrio, de años de evolución, que ha ido empeorando de forma progresiva recientemente, llegando a asociarse a dificultad para la deambulacion y entumecimiento de miembros inferiores (MMII). La paciente refiere que todo comenzó a raíz de las 2 gestaciones. Dispareunia de años de evolución. Niega disuria u otra clínica miccional. No consumo de tóxicos ni otros antecedentes personales o familiares de interés.

A la exploración física se observan venas varicosas en MMII. Abdomen blando y depresible levemente doloroso a la palpación profunda en hipogastrio. Resto sin alteraciones.

Se solicitan una analítica de orina y una tomografía axial computarizada (TAC) de pelvis. En la analítica de orina la paciente presenta microhematuria de 5 hematíes por campo no dismórficos, que la propia paciente refiere que tiene desde hace 28 años.

En la TAC de pelvis se describen varices pelvianas moderadas-severas dependientes de territorio hipogástrico, de predominio izquierdo. Lo que permite hacer el diagnóstico de la paciente.

La paciente ha sido intervenida mediante embolización de venas pélvicas con mejoría inicial, pero posteriormente la clínica empeoró progresivamente, empeorando conjuntamente las varices en MMII. Una ecografía reciente ha demostrado plexos venosos pélvicos dilatados (8-9 mm) junto con signos de compresión de la vena renal izquierda en la pinza aortomesentérica. A día de hoy, la paciente continúa en estudio.

Comentario

Se ha identificado la presencia de várices pélvicas en aproximadamente el 10 % de la población, y de estos casos, un 40 % desarrollará un SCP². La prevalencia del SCP se estima en torno al 30-40% en mujeres con dolor pélvico crónico sin otra causa¹.

El SCP es típico de mujeres en edad fértil y multíparas en torno a la tercera década de la vida^{1,3}. La etiología de esta patología no está clara, pero se ha relacionado con obstrucción venosa, incompetencia valvular, su ausencia en las venas de drenaje del territorio genital o una combinación de todos, lo que produce un aumento de la presión venosa^{1,2}.

En mujeres multíparas, se ha relacionado con el aumento de la capacidad venosa durante el embarazo, derivando en incompetencia venosa y reflujo¹. Además, los cambios hormonales que se producen durante la gestación, sobre todo el aumento de los estrógenos, producen vasodilatación, lo que facilita el desarrollo de estas¹.

Tabla 1 – Diagnóstico diferencial dolor pélvico crónico y microhematuria¹⁻⁶.

Origen urológico	Origen ginecológico
Cólico renoureteral	Endometriosis
Infección del tracto urinario	Adenomiosis
Tumor vesical	Varices pélvicas
Divertículo uretral	
Manipulación reciente de vía urinaria	
Traumatismo	

No se han descrito casos en mujeres menopáusicas, por lo que su ausencia en este grupo sugiere la importancia de los estrógenos en la vasodilatación venosa, por lo que existen diversas teorías de que un ambiente hipoestrogénico, ya comprobado en algún ensayo clínico, aunque con muestras pequeñas, podría ayudar a controlar los síntomas^{1,3}.

El SCP puede ser asintomático, pero, clínicamente se caracteriza por dolor pélvico crónico asociado a dismenorrea, disuria o dispareunia, que empeora durante el día, sobre todo cuando existen grandes periodos de bipedestación prolongada o durante la gestación^{1,2}. En ocasiones se asocia a dolor abdominal de predominio izquierdo y varices en MMII^{1,2}. En la exploración física, estas pacientes suelen presentar dolor a la exploración ginecológica, sobre todo a la movilización cervical y palpación uterina¹.

El diagnóstico de SCP se realiza mediante la realización de una ecografía, siendo la ecografía transvaginal la que nos aporta las imágenes de mayor calidad^{1,4}. La ausencia de hallazgos ecográficos de cambios en las venas pélvicas hace que se descarte esta patología¹. Los hallazgos de dilatación de la vena ovárica, asociado a una disminución de la velocidad del flujo (< 3 cm/s) y presencia de flujo retrógrado en la vena ovárica izquierda, nos ayudan junto con la clínica previamente descrita, a realizar el diagnóstico de SCP¹. Estas alteraciones también pueden apreciarse en otras pruebas de imagen, como la TAC o la resonancia magnética (RM)^{1,3,4}.

Las pacientes que padecen de un SCP asociado a compresión de la vena renal izquierda en la pinza aorto-mesentérica, lo que es conocido como síndrome del cascanueces, pueden presentar hematuria (micro o macro) de origen no glomerular, dolor abdominal de predominio izquierdo y proteinuria ante el ortostatismo^{1,3,5}.

En un abordaje inicial de una paciente con dolor pélvico crónico y microhematuria debemos de tener en cuenta los diversos orígenes que pueden tener esta clínica, abordando un amplio diagnóstico diferencial¹⁻⁷ (tabla 1).

A día de hoy, el principal tratamiento del SCP es quirúrgico ya sea endovascular o por laparoscopia, habiendo obtenido resultados muy diversos con una tasa de éxito entre el 24-100%^{1,3,4}.

También se puede valorar la instauración de tratamiento médico para la supresión de la funcionalidad ovárica en algunas mujeres^{1,3}.

En conclusión, el SCP es una causa infradiagnosticada pero frecuente de dolor pélvico crónico en mujeres, especialmente en aquellas multíparas en edad fértil. Su presentación clínica puede solaparse con otras patologías ginecológicas o urológicas, lo que obliga a un amplio enfoque diagnóstico¹⁻³. La ecografía constituye la prueba de imagen de elección, aunque

otras técnicas como la TAC o la RM pueden aportar información complementaria^{1,3,4}. Una evaluación individualizada es fundamental para ofrecer a cada paciente la mejor opción terapéutica disponible y mejorar su calidad de vida.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson NR. Vulvovaginal varicosities and pelvic congestion syndrome. UpToDate. 2024. [Internet]. [citado enero de 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
2. As-Sanie S. Chronic pelvic pain in nonpregnant adult females: Causes. UpToDate. 2023. [Internet]. [citado enero de 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
3. Juganavar A, Joshi KS. Chronic Pelvic Pain: A Comprehensive Review. Cureus. 2022;14(10):e30691. <https://doi.org/10.7759/cureus.30691>
4. Arnoldussen CWKP, de Wolf MAF, Wittens CHA. Diagnostic imaging of pelvic congestive syndrome. Phlebology. 2015; 30(1 Suppl):67-72. <https://doi.org/10.1177/0268355514568063>
5. Perazella MA. Evaluation of hematuria in adults. UpToDate. 2025. [Internet]. [citado enero de 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
6. Maharaj D, Mohammed SR, Caesar K, Dindyal S. Nutcracker syndrome: a case-based review. Ann R Coll Surg Engl. 2024;106:396-400. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2023.0090>
7. Engeler D, Baranowski AP, Berghmans B, Birch J, Cottrell AM, Dinis-Oliveira P, et al. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain – 2025. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology; 2025.