

# Caracterización clínica y prevalencia de pacientes con síndrome de congestión pélvica en Colombia y el mundo

## Clinical characterization and prevalence of patients with pelvic congestion syndrome in Colombia and the world

Ana M. Lara-Cuenca<sup>1</sup>, Olimpo Andrade-Falla<sup>1</sup>, Oscar A. Reyes<sup>1</sup>

1. *Estudiante de Enfermería, Fundación Universitaria Navarra - UNINAVARRA, Neiva - Colombia*

### Resumen

El síndrome de congestión pélvica es un cuadro clínico que ocasiona dolor abdominal generado por la presencia de venas varicosas a nivel ovárico o uterino. Los síntomas representan para la mujer un problema de salud incapacitante que afecta aproximadamente entre un 15% y 30% de la población femenina a nivel mundial. Dado lo anterior, el presente artículo se desarrolla bajo el objetivo de conocer la caracterización clínica y prevalencia de pacientes con síndrome de congestión y dolor pélvico en diversos países del mundo. Se realizó una revisión bibliográfica narrativa con un diseño de investigación observacional y retrospectivo, de tipo descriptiva con enfoque mixto, que sintetiza los resultados de múltiples investigaciones primarias, seleccionando 50 documentos relacionados a la caracterización clínica y prevalencia de pacientes con síndrome de congestión y dolor pélvico en diversos países del mundo. Como resultado de estudio se encontró que, el síndrome de congestión pélvica y dolor pélvico se presenta frecuentemente en mujeres multiparasas en edad reproductiva, mujeres con sobrepeso y adolescentes con trastornos relacionados al ciclo menstrual. Clínicamente se caracteriza por dismenorrea, menorragia, dispareunia, dolor abdominal, dolor pélvico y lumbar bajo, y en ocasiones, presenta sintomatología que compromete al tracto urinario inferior. Los síntomas pueden empeorar al estar de pie o tener relaciones sexuales. Las mujeres con dolor pélvico pueden sufrir de depresión, fatiga crónica, disfunción sexual. La literatura revisada evidenció diferentes valores de prevalencia en pacientes con síndrome de congestión pélvica y dolor pélvico. En México, Chile y algunas regiones de Colombia, se encontraron estudios con una prevalencia superior al 60%, en países como Estados Unidos, Australia, Egipto, Ecuador, y algunas regiones de Colombia, se encontraron estudios con una prevalencia del 20% al 40%, mientras que, en países como Austria, México, Brasil, Ghana, Chile, España y algunas regiones de Colombia, se encontraron estudios con una prevalencia inferior al 20%.

### Abstract

The pelvic congestion syndrome is a clinical picture that causes abdominal pain generated by the presence of varicose veins at the ovarian or uterine level. The symptoms represent a disabling health problem for women that affects approximately 15% to 30% of the female population worldwide. Given the above, this article is developed with the objective of knowing the clinical characterization and prevalence of patients with congestion syndrome and pelvic pain in various countries of the world. A narrative bibliographic review was carried out with an observational and retrospective research design, of a descriptive type with a mixed approach, which synthesizes the results of multiple primary investigations, selecting 50 documents related to the clinical characterization and prevalence of patients with congestion syndrome and pelvic pain. in different countries of the world. As a result of the study, it was found that pelvic congestion syndrome and pelvic pain frequently occur in multiparous women of reproductive age, overweight women and adolescents with disorders related to the menstrual cycle. Clinically, it is characterized by dysmenorrhea, menorrhagia, dyspareunia, abdominal pain, pelvic and low lumbar pain, and occasionally presents symptoms that compromise the lower urinary tract. Symptoms can get worse when standing or having sex. Women with pelvic pain may suffer from depression, chronic fatigue, sexual dysfunction. The literature reviewed showed different values of prevalence in patients with pelvic congestion syndrome and pelvic pain. In Mexico, Chile and some regions of Colombia, studies with a prevalence of more than 60% were found, in countries such as the United States, Australia, Egypt, Ecuador, and some regions of Colombia, studies were found with a prevalence of 20% to 40%. %, while in countries such as Austria, Mexico, Brazil, Ghana, Chile, Spain and some regions of Colombia, studies with a prevalence of less than 20% were found.

### Palabras Clave

Síndrome, dolor, pélvico, síntoma, prevalencia, caracterización, venas.

### Keywords

Syndrome, pain, pelvic, symptom, prevalence, characterization, veins.

## Introducción

El síndrome de congestión pélvica (SCP) se origina por el aumento y cambio de las estructuras venosas, que genera un flujo venoso sanguíneo más lento y acumulación de sangre en las venas ováricas y pélvicas. Esta acumulación de sangre ocasiona reflujo u obstrucción de la circulación, generando un grupo diverso de síntomas significativos en la mujer [1].

Las causas del SCP no están bien definidas, entre las más comunes se encuentran: mujeres con múltiples embarazos por aumento de tamaño y capacidad venosa pélvica, cambios hormonales por los niveles de estrógeno elevado hacen que las venas se debiliten, siendo propensas a la dilatación [2]; y anomalías obstructivas de la vena cava renal izquierda y vena iliaca interna, que conllevan a la disminución de la circulación venosa pélvica, lo cual predispone a que aparezcan venas varicosas y eventos tromboticos [3].

El principal síntoma del síndrome de congestión pélvica es el dolor abdominal bajo, que puede ser de origen visceral, del aparato reproductivo, sistema genitourinario o gastrointestinal [4,5]. Este dolor pélvico se presenta en diferentes formas, tales como: dismenorrea, disuria, dispareunia, sensación de pesadez en las piernas y várices vulvares en las mujeres [6]. El dolor abdominal, aparte de ser el principal síntoma del síndrome de congestión pélvica, se caracteriza por ser crónico, ya que su sintomatología se prolonga por más de seis meses [7], se asocia a múltiples factores de riesgo psicológicos, socio ambientales y emocionales que afecta de forma integral la salud de la mujer.

Sus síntomas son más frecuentes cuando la mujer realiza actividades que aumenta la presión abdominal y el flujo pélvico. De esta forma, tener relaciones sexuales produce dolor postcoital el cual puede durar horas o días, generando en la mujer problemas de disfunción sexual que afectan la rela-

ción de pareja [8]; caminar y estar de pie por varias horas causa dolores que incapacitan a la mujer para ir a su trabajo [9]. Así mismo, se presenta insomnio, cefalea y preocupación en la mujer, lo que desencadena depresión por sentir dolor e incapacidad para realizar actividades de su vida diaria [10].

Por otra parte, el uso de analgésicos para el manejo del dolor no está determinado [11]. El uso de anticonceptivos orales, antidepresivos, tranquilizantes y flebotónicos son algunos de los fármacos que disminuyen el dolor pélvico en la mujer, pero no son 100% efectivos, sus síntomas vuelven a presentarse cuando la mujer no toma continuamente el tratamiento [12,13].

Muchas pacientes se ven afectadas por el dolor pélvico crónico y un número significativo de consultas a departamentos de ginecología resultan en una sospecha clínica de síndrome de congestión pélvica, no obstante [14], las caracterizaciones realizadas en américa latina de estas pacientes, indican que el SCP es una patología subdiagnosticada [15], con cuadros clínicos complicados de identificar, no cuenta con protocolos para el manejo de estas pacientes, por tal motivo, deciden realizar estos tipos de estudios con el fin de identificar los factores de riesgo asociados, ofrecer una atención oportuna y de calidad a las pacientes.

## Materiales y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa con un diseño de investigación observacional y retrospectivo, de tipo descriptiva con enfoque mixto, que sintetiza los resultados de múltiples investigaciones primarias, seleccionando 50 documentos que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

- Documentos publicados entre el año 2010 y el año 2019.
- Documentos en inglés y español.
- Documentos provenientes de bases de datos

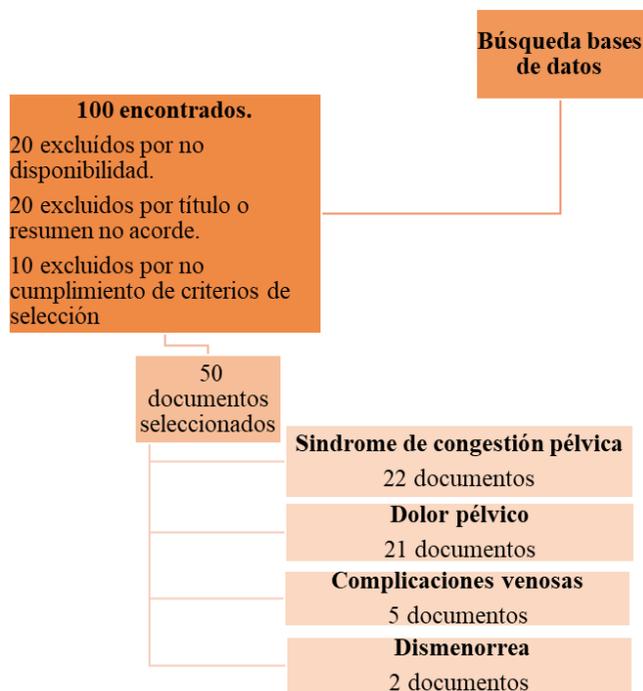
como Redalyc, SciELO, Dialnet, World Wide Science, Google Scholar, Science Research, Researchgate, Medline, Embase, Lilacs, Scien- cedirect, Embase Colaboración Cochrane y re- positorios universitarios.

- Buscadores booleanos: AND, NOT, OR.
- Tópicos de búsqueda; Caracterización clínica y prevalencia de pacientes con síndrome de congestión y dolor pélvico, complicaciones venosas, dismenorrea.

En algunos artículos se encontró como palabras clave; “Pelvic Pain”, “Varicose veins” y “Pelvic Congestion Syndrome” las cuales no se encuentra entre los términos de búsqueda, pero fue empleado para la búsqueda en documentos publicados en inglés, de otro lado, no fue limitada por el diseño metodológico ni el tipo de artículo.

Se identificaron 7 documentos en inglés y 43 en español.

**Figura 1.** Proceso de selección de documentos



Fuente: autores.

## Resultados - Desarrollo

### Caracterización clínica del síndrome de congestión pélvica

El Síndrome de congestión pélvica es un cuadro de dolor generado por la presencia de venas varicosas a nivel ovárico o uterino, ocasiona dolor producto de una disfunción del sistema nervioso autónomo. Clínicamente se encuentra caracterizada por dismenorrea, menorragia, dolor abdominal y lumbar bajo [16]. “El dolor (también puede ser cíclico) es bilateral y se acompaña de fatiga, mastodinia, irritación vesical y síndrome premenstrual. El diagnóstico se basa en la realización de un venograma o ecografía doppler en búsqueda de las dilataciones varicosas” [17].

El síndrome de congestión pélvica es una patología subdiagnosticada, y un problema de salud incapacitante que afecta el 40% de la población femenina en algún momento de su vida [18], adicionalmente generan incapacidad funcional, laboral, familiar o social por lo menos un día al mes en los últimos 6 meses. Es un conjunto de síntomas de dolores pélvicos producidos por un aumento en el calibre y en las estructuras venosas intrapélvicas, la morfología de las venas pélvicas es varicosa, tortuosas, ectásicas las cuales alteran el flujo venoso normal de la zona pélvica-abdominal [19,20].

El síndrome de congestión pélvica afecta la salud de la mujer, causando en ella problemas incapacitantes de salud en su estado físico, mental y social, además de ser una patología compleja por sus diversos cuadros clínicos [21]. Es un reto para el personal de salud identificar de forma oportuna el síndrome de congestión pélvica en la mujer y brindar los cuidados que mejoren la calidad de vida de estas pacientes.

Las venas pélvicas son vulnerables a la dilatación que causa una alteración sistémica sobre la regulación vasomotora o un incremento en los niveles

de estrógeno [22], los cuales liberan agentes vasos activos que controlan la inflamación, el dolor, la relajación del musculo liso, la pérdida de las respuestas vasculares de los vasos venosos pélvicos y de la microcirculación, como resultado causa una insuficiencia valvular que hace que el flujo venoso disminuya o produzca obstrucción provocando el dolor pélvico [23–27].

La fisiopatología del SCP hace referencia a la incompetencia venosa pélvica, de causas multifactoriales, factores mecánicos, hormonales y defectos anatómicos [28]. En el embarazo, el flujo de las venas ováricas aumenta el 60% lo que genera una gran dilatación, después del embarazo en algunas pacientes las venas gonadales no se contraen, continúan dilatadas, con insuficiencia valvular y con alteraciones en el flujo originando várices en la zona pélvica y dilataciones venosas ectásicas. Se ha evidenciado que en la literatura que el factor de riesgo más importante son los múltiples embarazos, la obesidad [29], anteriores cirugías pélvicas, anomalías en la anatomía venosa pélvica, terapias hormonales con estrógeno, estar de pie por tiempos prolongados y levantar objetos pesados .

Por otro lado, existen tres tipos de alteraciones en la anatomía venosa que desencadenan el SCP: alteraciones valvulares congénitas que se originan en la zona pélvica, obstrucciones del drenaje venoso pélvico, conocido como el síndrome de cascanueces, en donde la sintomatología de la mujer depende del grado de obstrucción que presente el sistema venoso pélvico colateral, y otras causas extrínsecas o secundarias a otras patologías como la endometriosis [30, 31].

El principal síntoma que refieren las pacientes es el dolor pélvico en el hemiabdomen inferior, el cual evoluciona hasta seis meses, este dolor aumenta cada vez que la mujer realiza alguna actividad física, al sentarse, estar de pie, dolor durante o después de la relación sexual (dispareunia), disfunción sexual [32], edema vulvar, dolores antes

y después del ciclo menstrual, dismenorrea, debilidad, asociado a estos síntomas se presenta la depresión, cambios en el estado de ánimo, sensibilidad abdominal y pélvica, dolores lumbares, molestias rectales y urinarias [33]. En su examen físico según la literatura se observan dilatación de las venas en toda la zona vulvar, perineal, glúteos, muslos y miembros inferiores [34].

Hace pocos años atrás el tratamiento para el SCP consistía en intervenciones quirúrgicas abiertas o por vía laparoscópica en donde se le realizaba a la paciente ligadura de las venas ováricas, la salpingo oforectomía bilateral y por último la histerectomía, las cuales presentaban un alto riesgo de morbilidad y mortalidad. Actualmente el tratamiento más eficaz para estas pacientes es terapia endovascular, la cual ofrece un abordaje mínimamente invasivo, mínimas complicaciones, que permite un diagnóstico, tratamiento efectivo y definitivo que mejorará significativamente la calidad de vida de las pacientes [35].

*Prevalencia de pacientes con síndrome de congestión pélvica*

## En el mundo

Hace aproximadamente 50 años fue identificado el síndrome de congestión pélvica y desde entonces han surgido avances en la medicina radiológica intervencionista con el fin de desarrollar nuevas técnicas mínimamente invasivas para el diagnóstico y tratamiento del SCP. Ávila [34] en Chile, realizó un estudio indicando que el SCP tiene un 15% de prevalencia en mujeres entre los 18 y 50 años de edad, causado por dos grandes factores, el hormonal y el anatómico. Encontró también que, su sintomatología mejoraba cuando descansaba o dormía en las noches, se tomó una ecografía doppler de vasos pélvicos en donde se encontró congestión, edema y tortuosidad de los vasos pélvicos, el cual fue diagnosticado como síndrome de congestión pélvica [34].

Anteriormente el tratamiento para estas mujeres eran técnicas quirúrgicas como la histerectomía, anexectomía bilateral ya sea por vía laparoscopia o abierta, el cual acarrea complicaciones mayores en la salud de estas mujeres [35]. Gracias a los avances de la tecnología se han incorporado nuevos tratamientos a esta patología [36], como lo es la terapia hormonal (progestágenos y análogos de la GnRh) y la técnica endovascular mínimamente invasiva (embolización de las venas ováricas) en las cuales se han evidenciado mejores resultado terapéuticos y menores complicaciones quirúrgicas [37].

Ahangari [38] realizó una revisión bibliográfica de 140 estudios a nivel mundial, sobre la prevalencia del dolor pélvico crónico entre las mujeres, en donde solo 7 estudios determinaron dicha prevalencia, dando como resultado un promedio del 5,7% y 26,6% del dolor pélvico crónico entre las mujeres. Los mencionados estudios corresponden a los países Ghana, Egipto, Austria, Australia, Estados Unidos, México y Brasil (Ver tabla 1), anexo a ello, Ahangari [38] expresa que existe una gran escasez de estudios de prevalencia del dolor pélvico crónico entre las mujeres basados en la población en todo el mundo, sobretodo en África y Asia.

**Tabla 1.** Prevalencia de dolor pélvico en diversos países.

Región de estudio	Población estudiada	Prevalencia del dolor pélvico crónico
Austria	participantes en el examen de salud gratuito en Viena	5.8%
México	mujeres en Hermosillo, México	6%
Brasil	Mujeres que viven en el distrito occidental de Ribeira o Preto	11.5%
Ghana	Mujeres en el Hospital Korle Bu Teaching	Frecuencia de dolor pélvico 17,8% y dolor abdominal 17,6%
Estados Unidos	Mujeres en el Condado de Olmsted, Minnesota	20%
Australia	Parte de un estudio nacional más amplio	21.5%
Egipto	Mujeres que asisten a 3 centros de salud familiares	26.6%

Fuente: Ahangari A. Prevalence of Chronic Pelvic Pain Among Women: An Updated Review. Pain Physician. 2014;17(2):141-7 [38]

Un estudio realizado en el servicio de ginecología y obstetricia de España, plantea que el 15% de las mujeres en su vida presentan várices pélvicas, entre los 20 y 50 años de edad, el embarazo es un factor riesgo muy alto y aumenta la prevalencia en un 50% de tener SCP, el síntoma común es el dolor pélvico crónico que empeora al estar de pie o tener relaciones sexuales [39].

En Brasil, Galego et al., [40] determinaron que síndrome de congestión pélvica es una causa de dolor pélvico crónico que afecta principalmente a mujeres multiparasos en edad reproductiva. Por medio de su estudio identificaron que todos los casos de síndrome de congestión pélvica fueron múltiparas y su número de entregas vaginales previas varió de 2 a 5. De igual forma, encontraron una alta pre-

valencia de venas varicosas pélvicas identificadas por medio de la ecografía Doppler en color.

En Canadá, Durham et al., [41] evidenciaron que el dolor pélvico en mujeres se da generalmente en multiparas, cuyos síntomas se relacionan a dolores no cíclicos, posicionales en la parte inferior de la espalda, dolores pélvicos y superiores, dispareunia y molestias postcoital prolongadas. Encontrando que los síntomas pueden empeorar con el transcurso del día, por factores como el hecho de mantener de pie mucho tiempo.

En Ecuador Feijóo [42] llevó a cabo una investigación sobre la prevalencia y características de várices pélvicas en una población de 187 mujeres entre los 18 y 50 años de edad. Encontró una prevalencia del 36,90%, de cuyos casos, el 52,17% fueron comprobados ecográficamente, por otro lado, identificó que la multiparidad y sobrepeso aumenta la prevalencia del SCP, los criterios clínicos más relevantes son el dolor abdominal, dispareunia, dismenorrea. Los síntomas clínicos mayormente presentados por los pacientes fueron la dismenorrea (55.61%), dispareunia (48.6%), dolor abdominal (49.73%), dolor lumbar y várices vulvares (13.9% - 10.16%). “175 multíparas (93.58%) tienen mayor riesgo de presentar várices pélvicas, seguida de 103 pacientes con sobrepeso (55.08%), y obesidad e utilización de tratamiento hormonal (26.20% - 7.49%). El dolor pélvico crónico representó cerca del 50% con una frecuencia de Dolor Moderado-Grave del 26%” [42].

Motta et al., [43] consultaron en México, 1800 estudios realizados por síndrome doloroso abdominopélvico, en donde sólo el 0.9% correspondió a hallazgos tomográficos de síndrome de congestión pélvica, lo que permite establecer una patología poco común, dado que, en su mayor parte, el dolor abdominopélvico fue producto de apendicitis, diverticulitis, etc. Sin embargo, Motta et al., [43] manifiestan que, si se tiene en cuenta la bibliografía, el origen del 40% de las visitas al ginecólogo son producto del síndrome de congestión pélvica.

En el mismo país, México, Ramírez et al., [44] determinó que las pacientes que presentan síndrome de dolor pélvico crónico tienen un alto porcentaje de sintomatología que compromete al tracto urinario inferior, que generalmente puede provocar confusiones en su diagnóstico médico y especialista.

En Chile, Lavanderos et al., [45] describieron el dolor pélvico en mujeres de 12 años y más, según los casos reportados en Chile entre los años 2001 y 2012, a partir de las bases de datos nacionales del Ministerio de Salud de Chile, encontrando que el 71,4% (n=9232) de los diagnósticos de egreso fue dolor pélvico y perineal, con una mediana de días de hospitalización de 2. El 30,5% (n=3946) de los casos requirió intervención quirúrgica durante la estadía. Por otro lado, Lavanderos et al., [45] determinaron que el mencionado dolor predomina en mujeres adultas en edad reproductiva y en adolescente con trastornos relacionados al ciclo menstrual.

En Cuba, Vasallo et al., [46] identificaron el comportamiento del dolor crónico pélvico en 114 mujeres, encontrando que de ellas, 61 tenían antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, y 45 cirugía ginecológica previa. Concluyeron que el dolor pélvico crónico es frecuente en mujeres jóvenes, asociados a la enfermedad inflamatoria pélvica.

### En Colombia

En la Unidad de Ginecología Avanzada y Dolor Pélvico de la Clínica Comfamiliar de Colombia, entre agosto de 2008 y diciembre de 2011, se realizó un estudio retrospectivo descriptivo en mujeres con dolor pélvico crónico intervenidas con venografía pélvica transuterina, donde consideraron que la prueba más específica es la flebografía (80 -100 %) para diagnosticar el síndrome de congestión pélvica basados en los criterios de Beard, se identificó que las mujeres con dolor pélvico crónico se asocia con múltiples comorbilidades y diferentes factores físicos, psicológicos y sociales, los

cuales causan depresión, fatiga crónica, disfunción sexual, dando como resultado discapacidad física, ocasionando un efecto negativo en la calidad de vida de los paciente [47].

Un artículo de revisión de la literatura de la Universidad del Valle, identifica el síndrome doloroso de origen pélvico, con dificultad para determinar su causa patológica de origen, que afecta al 15 % de las mujeres, produce un gran impacto de la función física, sexual, socioeconómica, alteración de la dinámica familiar y signos vegetativos de depresión que genera incapacidad en la mujer [48].

En Cartagena, Puello [49] llevó a cabo un estudio para identificar la prevalencia del síndrome de congestión pélvica según ecografía doppler transvaginal con análisis espectral, en pacientes con diagnóstico de dolor pélvico crónico, encontrando que

de las 15 pacientes tomadas como muestra, sólo 1 presentó signos imaginológicos de varices pélvicas, correspondiente a una prevalencia del 6%. El factor de riesgo presentado se debe a la multiparidad. Puello [49] expresa que a pesar de que los resultados son similares a otros estudios, por tratarse de una patología subdiagnosticada, la estimación de ocurrencia puede ser mayor.

En Medellín, Jiménez et al., [50] llevaron a cabo un estudio para determinar la prevalencia, factores de riesgo y características clínicas de la dismenorrea en estudiantes de enfermería, encontrando una prevalencia de dismenorrea del 63.6%. “El problema le alteró las actividades de la vida diaria al 61.6%; le afectó el rendimiento académico al 45.9%; el 35.7% presentó ausentismo. El 24.3% acudió a un servicio de urgencias por el dolor y el 42.7% consultó al médico” [50].

## Discusión

**Tabla 2.** Prevalencia del síndrome de congestión pélvica

Autor del estudio	Año	Región	Prevalencia
Ahangari A. [38]	2014	Austria	5.8%
		México	6%
		Brasil	11.5%
		Ghana	Dolor pélvico 17,8% y dolor abdominal 17,6%
		Estados Unidos	20%
		Australia	21.5%
		Egipto	26.6%
Motta et al., [43]	2013	México	(70%) con síndrome doloroso abdominopélvico
Feijoó [42]	2017	Ecuador	36,90%,
Ávila [34]	2017	Chile	15%
Lavanderos et al., [45]	2015	Chile	71,4%, dolor pélvico y perineal
Rodríguez et al., [39]	2018	España	15%
Díaz [48]	2012	Colombia	15 %
Puello [49]	2010	Colombia	6%
Jiménez et al., [50]	2013	Colombia	dismenorrea del 63.6%.
Celis et al., [18]	2014	Colombia	40%

**Tabla 3.** Caracterización clínica del síndrome de congestión pélvica

Autor del estudio	Año	Región	Caracterización clínica
Galego et al., [40]	2015	Brasil	Principalmente a mujeres multiparasas en edad reproductiva. Alta prevalencia de venas varicosas pélvicas
Durham et al., [41]	2013	Canadá	Generalmente en multiparasas. Síntomas: dolores no cíclicos, posicionales en la parte inferior de la espalda, dolores pélvicos y superiores, dispareunia y molestias postcoital prolongadas.
Feijóo [42]	2017	Ecuador	La multiparidad y sobrepeso aumenta la prevalencia del SCP. Criterios clínicos más relevantes son el dolor abdominal, dispareunia, dismenorrea
Ávila [34]	2017	Chile	Congestión, edema y tortuosidad de los vasos pélvicos.
Lavanderos et al., [45]	2015	Chile	Predomina en mujeres adultas en edad reproductiva y en adolescente con trastornos relacionados al ciclo menstrual.
Rodríguez et al., [39]	2018	España	El embarazo es un factor riesgo muy alto y aumenta la prevalencia en un 50% de tener SCP, el síntoma común es el dolor pélvico crónico que empeora al estar de pie o tener relaciones sexuales
Ramírez et al., [44]	2015	México	Pacientes que presentan síndrome de dolor pélvico crónico tienen un alto porcentaje de sintomatología que compromete al tracto urinario inferior
Vasallo et al., [46]	2014	Cuba	El dolor pélvico crónico es frecuente en mujeres jóvenes, asociados a la enfermedad inflamatoria pélvica.
Herrera et al., [47]	2017	Colombia	Las mujeres con dolor pélvico crónico se asocia con múltiples comorbilidades y diferentes factores físicos, psicológicos y sociales, los cuales causan depresión, fatiga crónica, disfunción sexual
Díaz [48]	2012	Colombia	Dificultad para determinar su causa patológica de origen
Puello [49]	2010	Colombia	Factor de riesgo presentado se debe a la multiparidad

## Conclusiones

El síndrome de congestión pélvica es un cuadro clínico que ocasiona dolor abdominal generado por la presencia de venas varicosas a nivel ovárico o uterino. Según la literatura revisada, se presenta frecuentemente en mujeres multiparasas en edad

reproductiva, mujeres con sobrepeso y adolescentes con trastornos relacionados al ciclo menstrual. Clínicamente se caracteriza por dismenorrea, menorragia, dispareunia, dolor abdominal, dolor pélvico y lumbar bajo, y en ocasiones, presenta sintomatología que compromete al tracto urinario inferior. Los síntomas pueden empeorar al estar de

pie o tener relaciones sexuales. Las mujeres con dolor pélvico pueden sufrir de depresión, fatiga crónica, disfunción sexual.

La literatura revisada evidenció diferentes valores de prevalencia en pacientes con síndrome de congestión pélvica y dolor pélvico. En México, Chile y algunas regiones de Colombia, se encontraron estudios con una prevalencia superior al 60%, en países como Estados Unidos, Australia, Egipto, Ecuador, y algunas regiones de Colombia, se encontraron estudios con una prevalencia del 20% al 40%, mientras que, en países como Austria, México, Brasil, Ghana, Chile, España y algunas regiones de Colombia, se encontraron estudios con una prevalencia inferior al 20%.

## Fuentes de financiación

Recursos propios.

## Conflictos de interés

Ninguno.

## Referencias

1. Leal J. Indicaciones y tratamiento del síndrome de congestión pélvica. *Flebol y linfología - Lect Vasc*. 2010;5(14):841-7.
2. Gómez P A. Síndrome De Congestión Venosa Pélvica: Manejo Endovascular. *Rev Médica Costa Rica y Centroamérica*. 2013;(606):237-43.
3. Sanabria Rojas P, Morales González F. Síndrome de congestión pélvica como causa de dolor pélvico crónico. *Med Leg Costa Rica*. 2015;32(2):129-37.
4. León Ruiz JC. Evaluación de pacientes con diagnóstico de dolor pélvico crónico utilizando la escala visual análoga, luego de ser intervenidas con medicina neuroterapéutica en la consulta externa de la Universidad Nacional y hospital Meissen. Universidad Nacional de Colombia. 2016.
5. Roc S. Dolor pélvico en mujeres y el papel de las imágenes diagnósticas. *Med UNAB*. 2013;15(3):144-55.
6. Aguila-márquez R, Armendáriz LO. Síndrome de congestión pélvica, una enfermedad subdiagnosticada. *Acta médica Grup Ángeles*. 2017;15(2):135-8.
7. Herrera KW. Dolor pélvico crónico. *Rev Médica Sinerg*. 2018;3(5):3-8.
8. Lopez AJ. Female Pelvic Vein Embolization: Indications, Techniques, and Outcomes. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2015;38(4):806-20.
9. William J, Ramírez Q, Andrés C, Camilo J. Síndrome de congestión pélvica. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2012.
10. Caice M, Coaboy Y. Caracterización de los factores asociados a dismenorrea en adolescentes entre 12 y 18 años en tres unidades educativas de las provincias de Guayas, Manabi y Los Rios, año 2017. Universidad De Guayaquil. 2018.
11. Huchon C, Fritel X, Mimouni M, Fauconnier A. Dolor pélvico crónico de la mujer. Orientación diagnóstica y conducta práctica. *EMC - Ginecol*. 2018;54(3):1-8.
12. Alberto C, Rodriguez P, Roberto L, Sequiera V. Causas ginecológicas de dolor pélvico crónico. *Rev médica Costa Rica y Centroamérica*. 2016;(620):561-4.
13. Fuentes Porras JS, Sepúlveda Agudelo J. Abordaje integral del dolor pélvico crónico: revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2014;79(4):330-9.
14. Arnoldussen CWKP, de Wolf MAF, Wittens CHA. Diagnostic imaging of pelvic congestive syndrome. *Phlebology*. 2015;30(IS):67-72.
15. Peña C, Benenati J. Síndrome de Congestión Pélvica y Reflujo de Vena Ovárica. *Atlas cirugía Endovasc venosa*. 2014;397-400.
16. Leon-avellaneda JW, Mondragón-Cardona Á, Ramírez FQ, Montoya-Hidalgo CA, Mora-Muñoz JC. Síndrome De Congestión Pélvica. Aspectos Generales Clínica, Diagnóstico Y Terapéutica. Revisión Sistemática De La Literatura. *Hosp Mat Inf Ramón Sardá*. 2012;31(2):88-93.
17. Suárez G. Cirugía laparoscópica en la etiología del dolor pélvico crónico en pacientes de cirugía ambulatoria del hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva desde el 1 de julio de 2010 hasta el 30 de junio de 2013. Universidad Surcolombiana. 2013.
18. Celis-Salas JJ, Naranjo-Gálvez JH, Tovar-Cuevas JR. Cirugía abierta como manejo de la enfermedad varicosa pélvica. *Rev Ciencias la Salud*. 2014;12(3):331-8.

19. Moreno M, Mora MT, Gallardo C, Fernández L, González I, González I, et al. Síndrome de congestión pélvica y síndrome de cascanueces en la consulta de nefrología. Servicio de nefrología. Hospital Juan Ramón Jiménez. 2018.
20. Vegam Porrúa, San S, Mancisidor CB, Torroja ET. Síndrome de congestión pélvica: hallazgos en la TCMD Poster. Sociedad Española de Radiología Médica - SERAM. 2012.
21. Champaneria R, Shah H, Daniels J. Insuficiencia de las venas pelvianas y dolor pelviano crónico, parte I. Health Technol Assess (Rockv). 2019; 20(5):1–16.
22. Taktak A, Demirkan TH, Acar B, Uncu N. Correlación clínico-radiológica del síndrome del cascanueces: Experiencia en un solo centro. Arch Argent Pediatr. 2017;115(2):155-168.
23. Valenzuela S. El caso del dolor pélvico crónico. Antropología médica y dolor en la mujer. 2018;113–32.
24. Domínguez AR, Jurado AM, Oliva AG De, Martins-romeo DDA, Álvarez LC. Dolor pélvico de origen ginecológico como patología urgente. Radiologia. 2017;59(2):115–27.
25. Martín-corrales C, Torres-lacomba M. Eficacia de la fisioterapia en el dolor pélvico crónico. Revisión sistemática cualitativa. Fisioterapia. 2015;37(4):185–201.
26. Steege JF. Dolor Pélvico Crónico. Obstet Gynecol. 2014;(124):616–29.
27. Villegas-echeverri JD, López JD, Herrera-betancourt AL, Isanoa DL. Dolor pélvico crónico: Más allá de la endometriosis. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2016;62(1):61–8.
28. Villegas Ó, Carrillo M, Álvarez D, Valles O. Trabajo original Tratamiento endovascular del síndrome de congestión pélvica. Rev Mex Angiol. 2012;40(3):100–5.
29. Loera-barragán A, Sánchez-nicolat DN, Flores-escartín MH, Torres-martínez JA. Prevalencia de reflujo venoso por ultrasonido Doppler en pacientes con diagnóstico de obesidad en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE. Revista Mexicana de Angiología. 2017; 45(3):121-126
30. Fuentes PA. Caracterización del dolor y alteraciones musculoesqueléticas en pacientes con Dolor Pélvico Crónico. Propuesta de intervención terapéutica. Universidad de Granada. 2018.
31. Lapotka M. Resonancia magnética funcional en la evaluación del dolor pélvico crónico en la mujer. Universidad de Granada. 2017.
32. Kornberg AM. Diagnóstico y tratamiento de venopatías pélvicas. Síndrome de congestión pélvica. Várices vulvares. Colegio Argentino de cirugía venosa linfática. 2018.
33. Endovascular DYM, Posada RM. Síndrome de congestión venosa pélvica. Repert.med.cir. 2014;23(2): 96-101.
34. Ávila C. Nuevas tecnologías para diagnóstico y tratamiento de las infecciones venosas. Universidad Internacional de Andalucía. 2017.
35. Ospina SC. Dolor pélvico crónico en la mujer: más que una consulta ginecológica. Rev Colomb Enfermería. 2015; 8(8):151-160.
36. Edo Prades MA, Ferrer Puchol MD, Esteban Hernández E, Ferrero Asensi M. El síndrome congestivo pélvico. Resultados tras la embolización con espirales. Radiologia. 2014;56(3):235–40.
37. Carvajal A. Aspectos psicopatológicos del dolor pelviano crónico: abordaje clínico. Rev Médica Clínica Las Condes. 2015;24(2):270–6.
38. Ahangari A. Prevalence of Chronic Pelvic Pain Among Women: An Updated Review. Pain Physician. 2014;17(2):141–7.
39. Rodríguez-Nora B, Álvarez-Silvares E. An update on the treatment of venous insufficiency in pregnancy. Semergen. 2018;44(4):262–9.
40. Galego N, Silveira G, Bortoluzzi T, Narciso R, Ronchi M. CASE REPORT Pelvic Congestion Syndrome case series: results of endovascular treatment. Jornal Vascular Brasileiro. 2015;14(3):262–6.
41. Durham J, Machan L. Pelvic Congestion Syndrome. Semin Interv Radiol. 2013;(30):372–380.
42. Feijóo D. Prevalencia y características de varices pélvicas en pacientes del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en el período enero a diciembre 2015. Universidad Central del Ecuador. 2017.
43. Motta-Ramírez GA, Ruiz-Castro E, Torres-Hernández V, Herrera-Avilés RA, Rodríguez-Treviño C. El papel de la tomografía computada en la identificación del síndrome de congestión pélvica. Ginecol Obstet Mex. 2013;81(7):389–402.

44. Ramírez-García S, Gutiérrez-Salinas J, Núñez-Ramos NR, Mondragón-Terán P, Hernández-Rodríguez S. Dolor pélvico crónico como origen de sintomatología urinaria. Aspectos generales. *Rev Mex Urol*. 2015;75(4):209–18.
45. Ginecológico DP, Egresos C De. Dolor Pélvico Ginecológico: Caracterización de Egresos Hospitalarios en Chile, 2001-2012. Lavaderos, Sebastián Fernández, Benjamín Riquelme, Camilo Haase, Juan Morales, Andrea. *Revista El Dolor*. 2015;25(64):20–4.
46. Vasallo Comendeiro VJ, Arjona Fonseca S, Fernández Romaguera Y, Rondón Acosta J, Quevedo Álvarez L. Dolor pélvico crónico en la mujer. *Rev Cuba Anestesiología y Reanim*. 2014;13(1):6–14.
47. Herrera-Betancourt AL, Villegas-Echeverri JD, López-Jaramillo JD, López-Isanoa JD, Estrada-Alvarez JM. Sensitivity and specificity of clinical findings for the diagnosis of pelvic congestion syndrome in women with chronic pelvic pain. *Phlebology*. 2017;0(0):1–6.
48. Díaz-Reyes C. Várices pélvicas y síndrome de congestión pélvica en la mujer. *Rev CES Med*. 2012;26(1):57–69.
49. Puello R. Prevalencia del síndrome de congestión pélvica según ecografía Doppler transvaginal con análisis espectral, en pacientes con diagnóstico de dolor pélvico crónico. Universidad de Cartagena. 2010.
50. Jiménez G, González J, Ballesteros H, Capera Y. Prevalencia, factores de riesgo y características clínicas de la dismenorrea en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana. *Med UPB*. 2013;32(1):20–9.