

PATOLOGÍA GINECOLÓGICA AGUDA.

Cuando el radiólogo puede ayudar al ginecólogo.

Miguel Grande Bárez¹, María Martínez Martínez-Losa¹, Sara Arribas García², Jose María López-Arcas Calleja³, Irene Moreno Ochoa¹, Sara Ribagorda Tejedor¹

¹Servicio de Radiología. Hospital San Pedro. Logroño, ²Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital San Pedro. Logroño; ³ Servicio de Radiología Hospital Infanta Leonor de Vallecas. Unidad Central de Radiodiagnóstico, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La patología ginecológica aguda es una causa frecuente de consulta en el Servicio de Urgencias.

El síntoma de presentación más habitual de una enfermedad ginecológica aguda suele ser el dolor de instauración reciente, en general centrado en la pelvis, de intensidad variable y en ocasiones asociado a peritonismo.

Habitualmente las pacientes se derivan al servicio de Ginecología y la ecografía transvaginal suele ser la primera técnica de imagen utilizada.

Sin embargo en muchas ocasiones su forma de presentación puede simular o solaparse al de otras causas de dolor agudo de origen no ginecológico, por lo que los radiólogos nos enfrentamos con relativa frecuencia a su valoración, habitualmente mediante la ecografía abdominal.

En ocasiones puede requerir de TC y/o la RM si existen dudas diagnósticas o para valorar su extensión o posibles complicaciones.

La TC puede ser muy útil por su disponibilidad y capacidad de evaluación multiplanar. La RM, menos disponible, proporciona mayor resolución, además de evitar radiación en pacientes habitualmente jóvenes.

Podemos encontrar desde situaciones que solamente requieran observación (por ejemplo rotura de folículo) hasta otras en las que se debe realizar cirugía urgente (como rotura de embarazo ectópico con compromiso hemodinámico).

Es por ello importante identificar los signos radiológicos más característicos de cada una de las entidades que repasamos, hacer un adecuado diagnóstico diferencial y conocer la actitud clínica a seguir en cada situación.

Principales causas de patología ginecológica urgente

Entre las entidades clínicas más habituales a tener en cuenta destacamos y describimos con ejemplos las siguientes:

1-Quistes ováricos

- a) Quistes funcionales
- b) Quiste hemorrágico
- c) Ruptura de quiste

2-Endometriomas/endometriosis

3-Torsión de ovario

4-Hidrosalpinx/salpingitis

5-Absceso tubo-ovárico/EPI

6-Síndrome de hiperestimulación ovárica

7-Rotura de embarazo ectópico

8-Otras (torsión de mioma, sangrados iatrogénicos, etc..)

1-Quistes ováricos.

- a) Quistes funcionales
- b) Quiste hemorrágico
- c) Ruptura de quiste

1a.- QUISTES FUNCIONALES: Quiste folicular y cuerpo lúteo.

Son habitualmente asintomáticos y suelen ser un hallazgo incidental, medir entre 3-8 cm y resolverse de forma espontánea

Rara vez son causa de consulta, únicamente si aumentan de tamaño.

El **quiste folicular** se origina cuando el folículo ovárico que no ha llegado a expeler un oocito, no se rompe y crece, por la estimulación de la FSH, convirtiéndose en un quiste lleno de líquido transparente.

Puede producir molestias o dolor por compresión capsular, en la ovulación o por rotura o sangrado. Por convención solo se denomina quiste folicular al que supera los 3 cm de diámetro.

Hallazgos radiológicos:

Quiste bien delimitado, de pared fina, sin septos ni nódulos, con contenido anecoico rodeado de tejido ovárico que contiene folículos y al que comprime. Algunos persisten durante varios ciclos.

Diagnóstico diferencial:

Quiste del paraovario. Hidrosalpinx. Tumor quístico benigno (cistoadenoma).

El **cuerpo lúteo** se produce después de la ovulación, por acción de la LH, que puede convertir el folículo dominante en cuerpo lúteo. Se manifiesta como una imagen quística con pared gruesa, ecogénica y vascularizada. Es un hallazgo fisiológico que hay que saber reconocer. Si se produce falta de regresión o sangrado excesivo del cuerpo lúteo tras la ovulación puede formarse un quiste del cuerpo lúteo, se considera quiste si es > de 2,5 cm

1b.- QUISTE HEMORRÁGICO:

Es la causa más frecuente de dolor pélvico agudo en mujer joven afebril, y una de las más frecuentes en gestantes.

Se produce por sangrado de un quiste funcional o más frecuentemente por sangrado de cuerpo lúteo.

Suele presentarse con un dolor intenso y súbito en hipogastrio. Afecta casi exclusivamente a mujeres en edad fértil o postmenopáusicas con tratamiento hormonal sustitutorio.

Hallazgos radiológicos:

La apariencia ecográfica es variable en función de la evolución del contenido hemático.

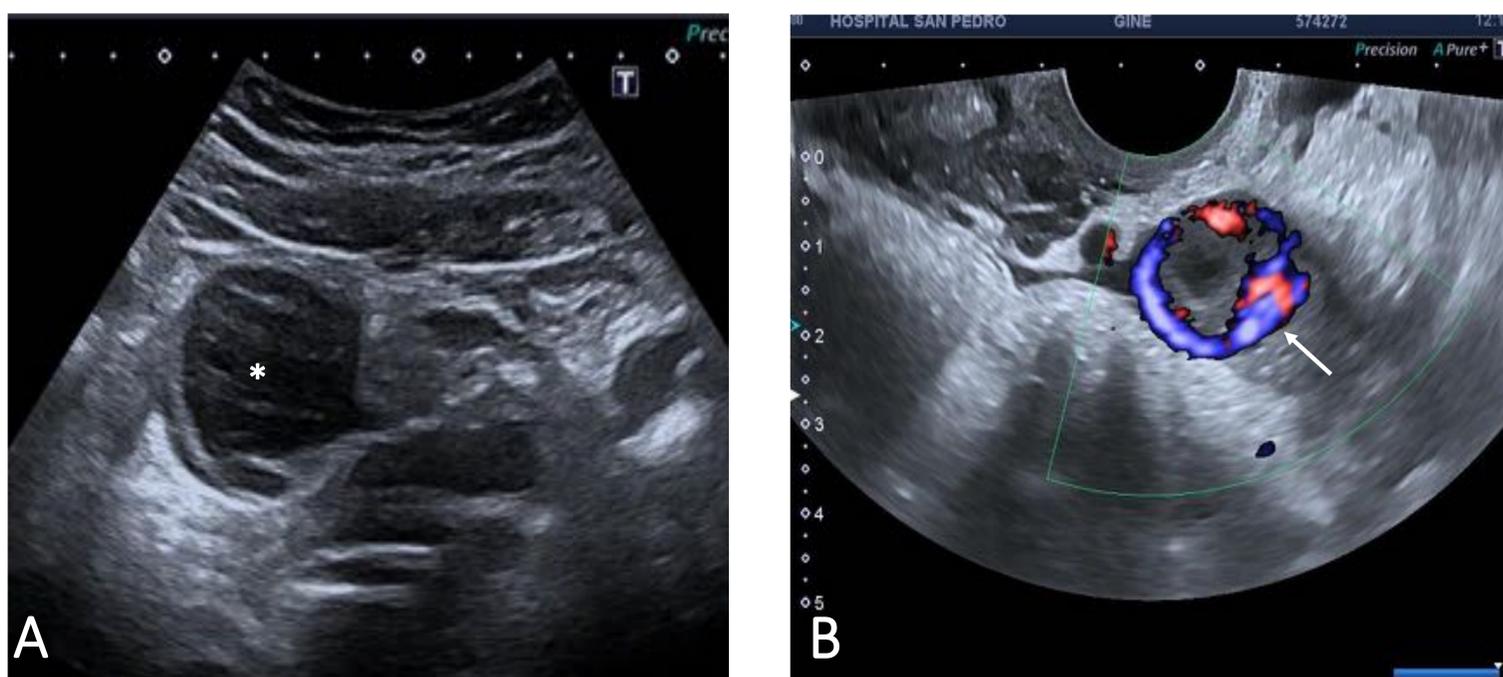
La presentación más típica del quiste hemorrágico es la del aspecto “reticular” con tractos lineales hiperecogénicos que representan restos de fibrina. **(FIGURA 1)**



(FIG. 1) Paciente 33 años con dolor en fosa ovárica derecha, apendicectomizada. Analgesia desde hace 1 semana. Descartar cólico renal.

Ecografía: En ovario derecho se observa formación quística con contenido ecogénico en su interior y avascular en el estudio Doppler (*). Quiste hemorrágico subagudo

En el caso del sangrado de un cuerpo lúteo es muy característico en el estudio doppler color, observar una imagen anular con flujo vascular periférico (signo del “anillo de fuego”) (**FIGURA 2**)



(**FIGURA 2**) Paciente 35 años con dolor en fosa ovárica derecha.

Ecografía abdominal (A) y transvaginal (B):

En ovario derecho se observa formación quística con tractos lineales ecogénicos en su interior (*), que en el estudio doppler muestra vascularización periférica que le confiere aspecto en “anillo de fuego” (flecha) . Cuerpo lúteo hemorrágico.

Otro hallazgo que podemos encontrar es un coágulo hemático retraído y adherido a la pared. En estos casos el diagnóstico diferencial con un nódulo neoplásico que a diferencia del coágulo retraído suele ser presentar flujo en su interior.

Una apariencia menos común es la presentación del quiste con una apariencia sólida hiperecogénica, que puede confundir con un ovario aumentado de tamaño.

Diagnóstico diferencial:

Endometrioma, también torsión de ovario, absceso tuboovárico y neoplasias ováricas.

Evolución : La mayoría desaparecen en 6-8 semanas. Si quistes > 5cm o existen dudas diagnósticas control ecográfico en 6-12 semanas. Si no regresan plantear RM.

1c.- ROTURA QUISTE FUNCIONAL.

Rotura de quiste folicular:

Se presenta en forma de dolor agudo, a veces importante e incluso con peritonismo, en general autolimitado. Puede apreciarse deformidad del quiste folicular, por pérdida de tensión al vaciarse. El diagnóstico suele ser de exclusión, cuando se descartan otras causas de dolor pélvico y solo se identifica líquido peritoneal

Rotura de quiste hemorrágico:

Puede presentarse con líquido libre (hemoperitoneo) en pelvis o extenderse a cavidad abdominal. El líquido puede ser anecoico o complejo (dependiendo del tiempo de evolución del sangrado)

(FIGURA 3)

Hallazgos radiológicos:

Líquido libre en pelvis hiperecogénico (hemoperitoneo) pudiendo llegar a identificar el quiste hemorrágico o el cuerpo lúteo.

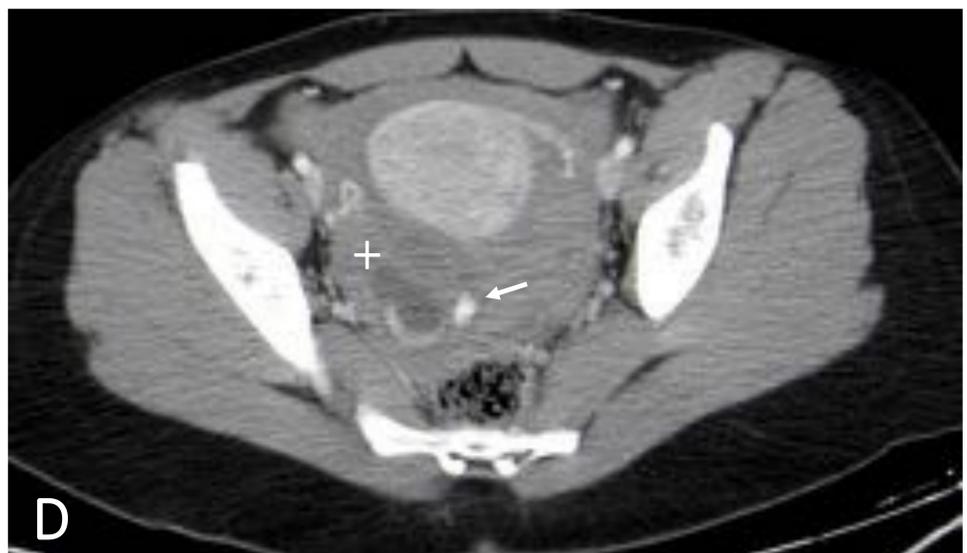
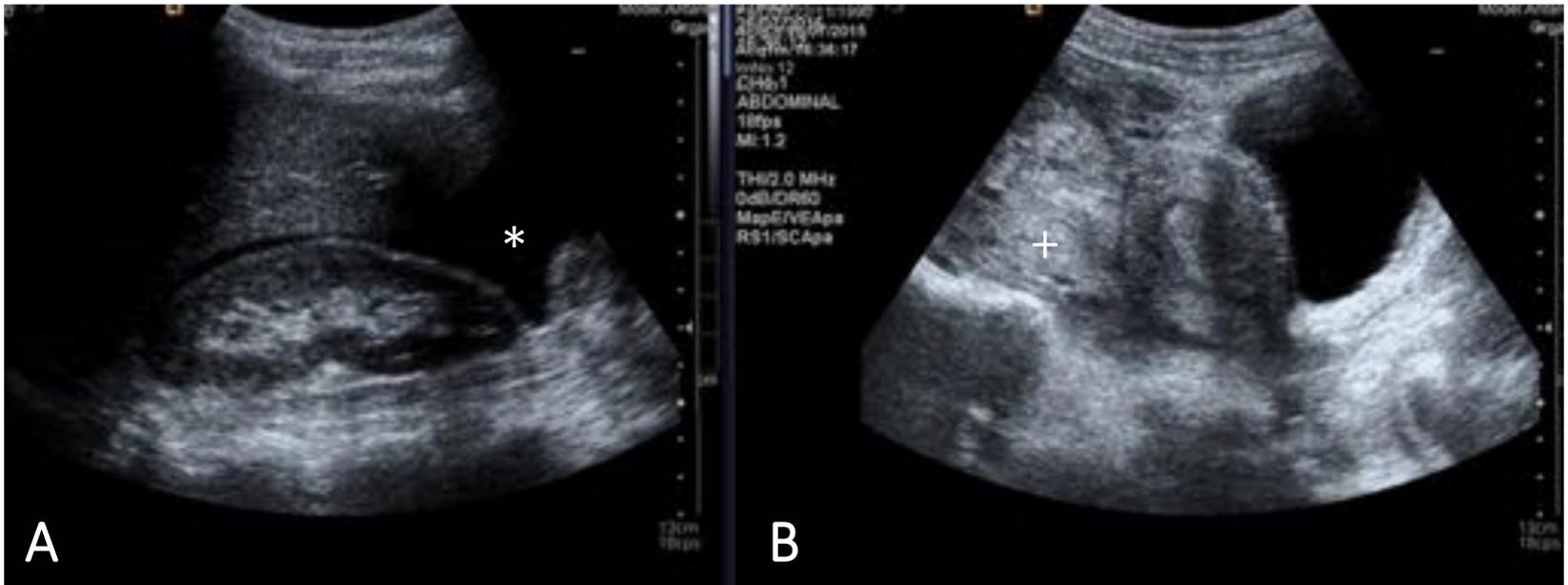
En TC sin contraste la sangre fresca no coagulada (hemoperitoneo) típicamente presenta valores entre 30-45 UH, mientras que la densidad de la sangre coagulada (hematoma) oscila entre 60-100 UH.

En TC con contraste i.v. puede identificarse extravasación del contraste que indica presencia de sangrado activo.

Diagnóstico diferencial:

Fundamentalmente con la rotura de embarazo ectópico, por lo que es imprescindible la realización de test de gestación para descartarlo.

Actitud: Generalmente proceso autolimitado y solo es necesaria una actitud expectante. El hemoperitoneo puede ser extenso con hipotensión incluso shock en pacientes anticoaguladas y requerir tratamiento generalmente por laparoscopia.



(FIGURA 3) Mujer 24 años con dolor abdominal suprapubico intenso de 6 horas de evolucion. Ecografía abdominal (A y B) y TC abdominopélvico con c.i.v. axial (C) y coronal (D)
Se aprecia abundante líquido abdominopélvico (*) en relación con hemoperitoneo masivo, con focos de coágulo centinela en la pelvis (+), con densidades en torno a 100 UH. En la región anexial dercha hay un foco de extravasación activa del sangrado (flecha)
En la laparoscopia exploradora se demostró una rotura de quiste hemorrágico.

2- Endometriosis/quiste endometriósico

Entidad caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Proceso "benigno", crónico, en ocasiones invasivo, de evolución incierta. Afecta a un gran número de mujeres en edad fértil

Se puede manifestar como endometriomas ováricos o nódulos endometriósicos, fibrosis y adherencias. La afectación más frecuente es el ovario seguido de ligamentos uterinos, saco de Douglas, peritoneo pélvico, trompas de Falopio, vejiga y rectosigma

Clínica:

Triada "clásica": Esterilidad, dispareunia y dolor pélvico crónico (35-50%)

Puede ser a asintomática o cursar con dismenorrea, disuria, hematuria, rectorragia, dolor crónico cíclico ("catamenial"), alt. menstruales.

Presentación aguda en casos de rotura/infección y en casos de obstrucción intestinal o ureteral por adherencias o implantes peritoneales.

Retraso diagnóstico (media 12 años). Recurrencias frecuentes (25% a 5 años)

Presencia de endometrio ectópico en cualquier localización:

- Endometriosis superficial
- Endometriosis ovárica
- Endometriosis profunda (> 5mm de penetración de los implantes)
- Adenomiosis

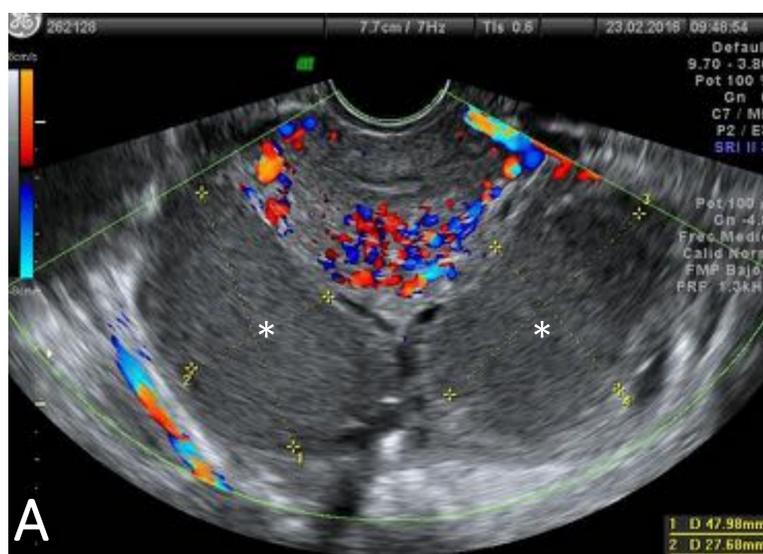
Etiopatogenia: Varias teorías.

Menstruación retrograda, restos celómicos, inducción (hormonal /inmunológica/genética), restos embriónicos müllerianos, células progenitoras de médula ósea, metástasis linfática o hematógena...)

Hallazgos radiológicos:

En 80% afectación de ovarios, donde puede desarrollar masas llamadas endometriomas, que se manifiestan como lesiones complejas; desde el llamado "quiste chocolate" relleno por finos ecos, hasta lesiones sólidas, irregulares con tabiques y adherencias, que pueden simular EPI o neoplasia.

La apariencia de "ovarios besándose" (ovarios unidos, fijos, por detrás del útero) es signo indirecto de endometriosis, de la forma más severa de la enfermedad, por extensión pélvica con densas adherencias. **(FIGURA 4)**



(FIGURA. 4) Mujer de 30 años en estudio de dolor abdominal de larga evolución. En colonoscopia datos de colitis microscópica. Acude por intenso dolor abdominal epigástrico e hipogástrico.

A) Ecografía transvaginal. Se observan sendas masas ecogénicas (*), en localización retrouterina sin vascularización en el estudio Doppler. Apariencia típica de "ovarios besándose".

B) TC abdominopélvico con c.i.v. axial. Lesiones nodulares retrouterinas en ambas fosas ováricas (flechas), de bordes lisos bien definidos, predominantemente hipodensas con contenido ligeramente hiperdenso en situación declive (+).

En la laparoscopia se visualizaron quistes endometriósicos en ambos ovarios, con liberación de adherencias y apertura los mismos, drenando abundante contenido "achocolatado"

En RM los quistes típicamente muestran hiperintensidad de señal en T1 e hipointensidad de señal en T2. Este fenómeno de "shading" o sombreado en T2 se produce por la alta viscosidad de la hemorragia recurrente dentro del quiste (FIGURA 5)

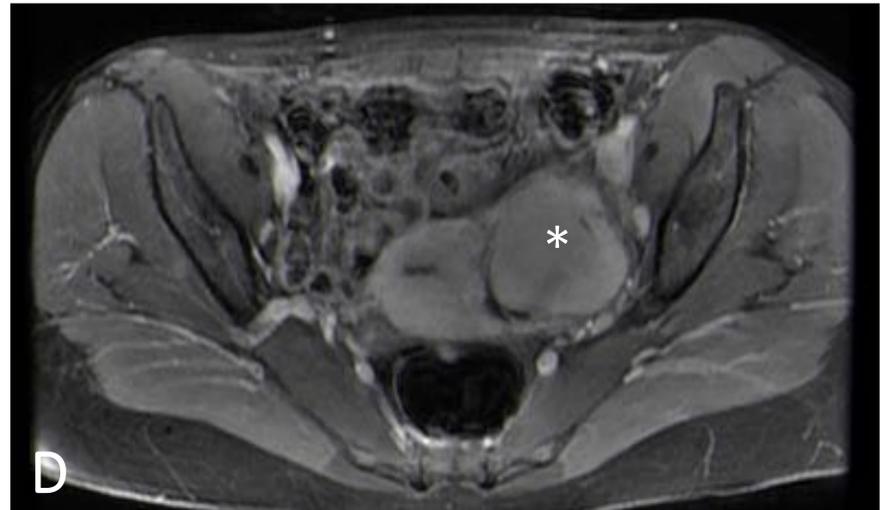
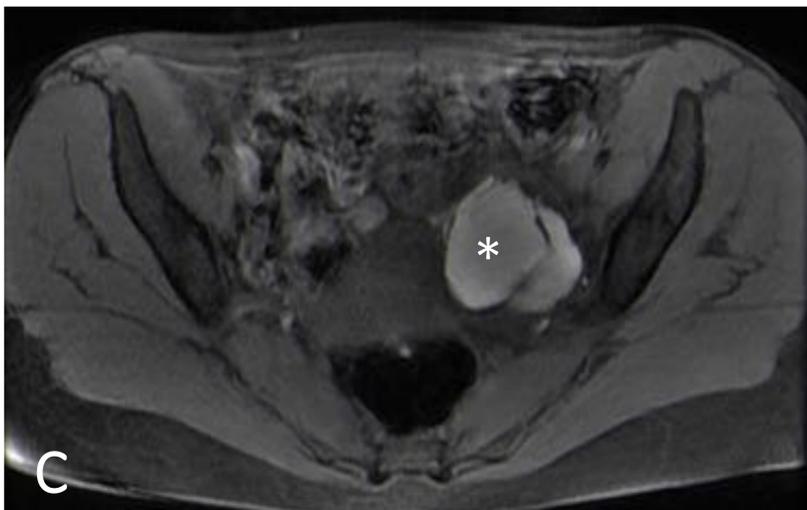
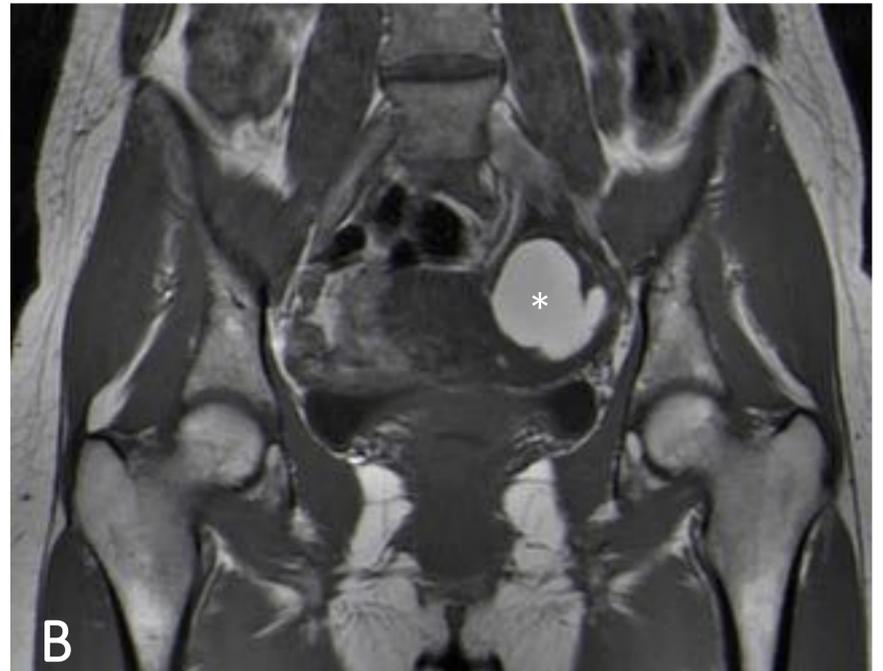
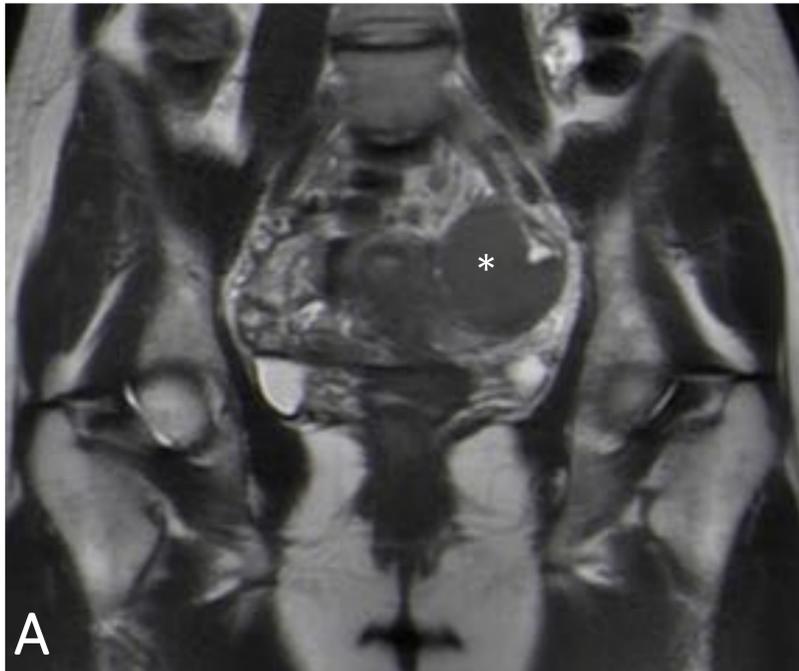
Diagnóstico diferencial: Quiste hemorrágico. EPI. Tumor ovárico.

Actitud:

Estudio inicial con ecografía. Las masas que muestran características típicas de endometriomas, si no se resecan deben controlarse con ecografía al menos anualmente para asegurar su estabilidad, ya que aproximadamente el 1% de los endometriomas (generalmente los de gran tamaño) pueden sufrir transformación maligna.

La RM ha demostrado una sensibilidad del 90% y una especificidad del 98% en la detección de endometriomas.

Diagnóstico definitivo de endometriosis: Laparoscopia con toma de biopsia



(FIGURA. 5) Mujer de 36 años con estudio de dolor abdominal de larga evolución.

A) Corte coronal secuencia potenciada en T2

B) Corte coronal secuencia potenciada en T1

C) Corte axial secuencia T1 saturación grasa

D) Corte axial secuencia LAVA tras administración de Gd intravenoso

Ovario izquierdo aumentado de tamaño, con numerosos quistes destacando uno de gran tamaño mayor de 49 x 43 mm (*), que muestra hiperintensidad de señal en T1 e hipointensidad de señal en T2 (fenómeno de "shading") persistiendo hiperintenso en la secuencia T1 con supresión grasa. No se demuestra realce tras la administración de gadolinio.

Sugiere endometriosis. En la laparoscopia se demostró quiste endometriósico de gran tamaño drenó abundante contenido "achocolatado" y se apreciaron asimismo signos de endometriosis profunda.

3- Torsión de ovario

El mecanismo subyacente de esta patología es la torsión del ovario y/o la trompa sobre el pedículo, dando lugar a un compromiso vascular que es secuencial. Inicialmente comienza con estasis linfática y venosa, que progresa a isquemia y necrosis, cuando no es tratada.

Suele asociar una masa anexial ovárica benigna, las >5 cm tienen más riesgo de torsión. La más frecuente es el teratoma quístico maduro. **(FIGURA 6)**

La torsión sin masa ovárica suele producirse en niñas y adolescente con anejos especialmente móviles que facilitan la rotación sobre el eje vascular. **(FIGURA 7)**

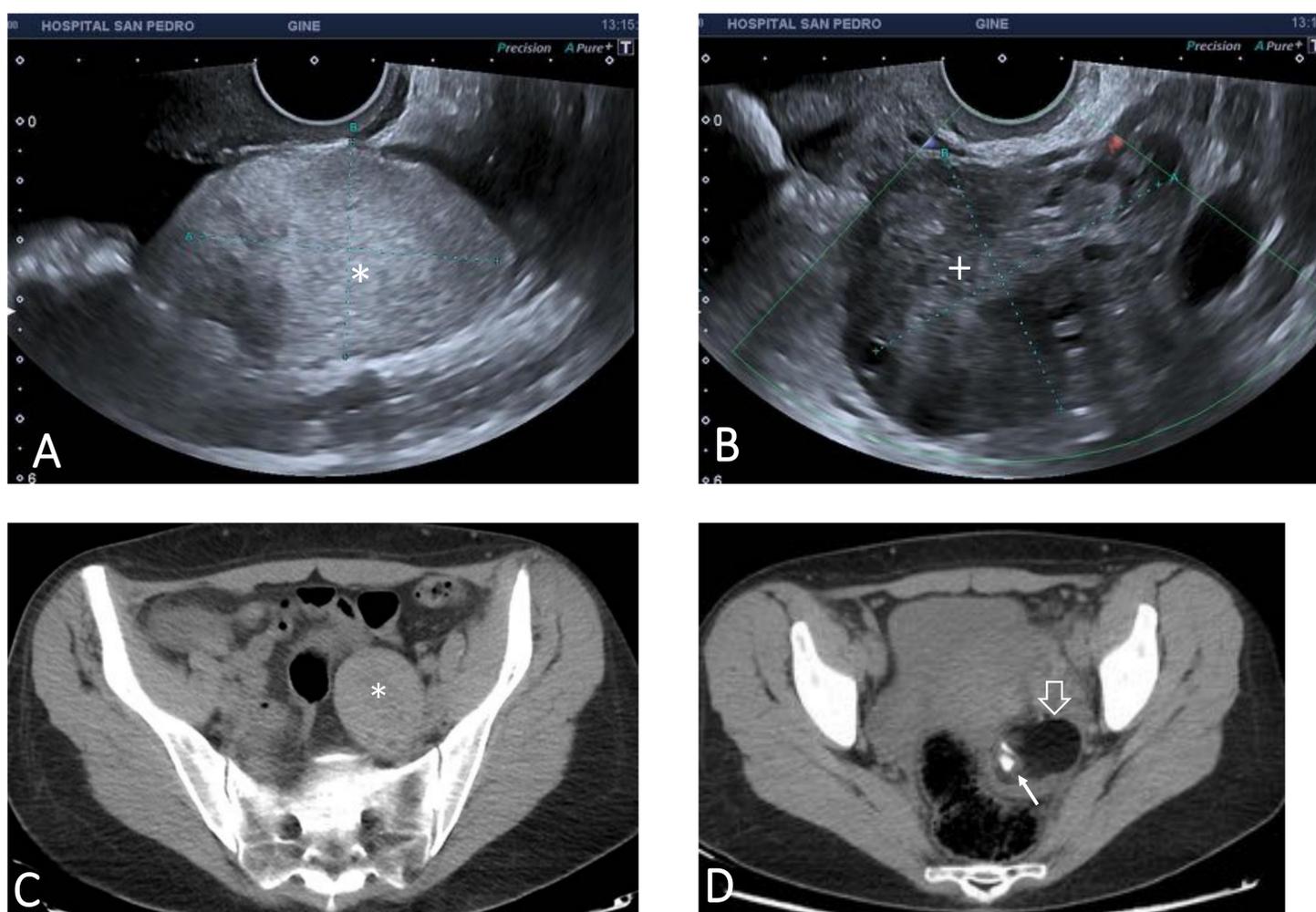
Hallazgos radiológicos:

Son variables dependiendo del tiempo de evolución, el grado de afectación vascular y de si existe o no masa asociada. :

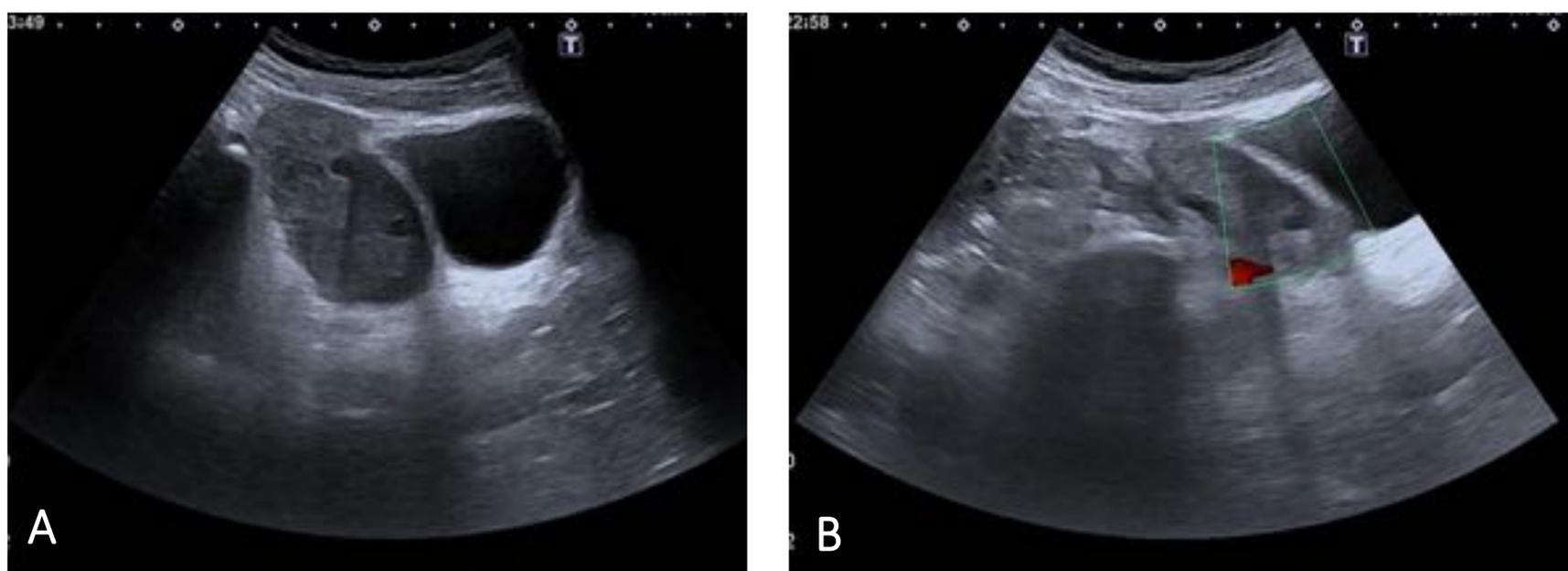
- El signo más frecuente es el aumento de tamaño del ovario (>4 cm) que aparece hiperecogénico por la congestión venosa. Más específico pero no siempre presente es cuando se acompaña de múltiples folículos periféricos (signo del “collar de perlas”)
- El ovario torsionado se sitúa en posición medial, por encima del útero, estando éste desviado hacia el ovario afecto, hallazgo presente en más del 40% de los casos.
- Puede visualizarse el pedículo vascular torsionado (signo del remolino) Este signo se ha sugerido como patognomónico, aunque es menos frecuente su identificación.
- La presencia de flujo intraovárico no descarta la posibilidad de TO, pero si puede ser útil para predecir la viabilidad del ovario. La presencia de curvas de ondas de flujo arterial de alta resistencia con flujo venoso ausente es muy sugerente de torsión en un contexto clínico adecuado.
- Las complicaciones de la torsión anexial incluyen infarto, hemorragia, necrosis, infección y peritonitis.

Diagnóstico diferencial: Quiste hemorrágico, EPI, Endometrioma.

Actitud: Intervención quirúrgica urgente o laparoscopia.



(FIGURA 6) Mujer de 41 años con dolor en fosa renal izquierda desde hace 12 horas, leucocitosis y orina con leucocituria y hematuria. Descartar patología aguda.
 A) Ecografía transvaginal: Tumoración (*) bien delimitada en anejo izqdo hiperecogénica de forma homogénea sugestiva de teratoma. B) Eco-doppler: Adyacente a esta imagen hay otra lesión heterogénea (+) sin relleno con color en el doppler, sugestiva de torsión tubo-anexial.
 C y D) TC abdominopélvico sin c.iv.: Masa en pelvis izquierda (*) con densidad heterogénea, que contiene grasa macroscópica (flecha vacía) y varias calcificaciones (flechas).
 En quirófano se demostró teratoma maduro que condicionaba torsión del ovario.



(FIG. 7) Niña de 9 años con dolor abdominal en FID de 2-3 días de evolución, muy intenso, no continuo. Asocia vómitos. Apendicectomizada.
 A) Ecografía: Ovario significativamente aumentado de tamaño respecto al contralateral.
 B) Eco-doppler. No se objetiva prácticamente vascularización en el estudio doppler color.
 Anexectomía laparoscópica. AP: Ovario de aspecto muy congestivo, de coloración negruzca focos de edema y extensos cambios hemorrágicos difusos, de origen isquémico por torsión.

5- Salpingitis, hidrosálpinx-piosálpinx

La salpingitis es la inflamación aislada de las trompas de Falopio. Es, después de la vaginitis, la enfermedad infecciosa más frecuente en los órganos genitales femenino

La identificación de una trompa de Falopio dilatada, de forma arrosariada y tortuosa es el hallazgo más característico del hidrosálpinx/salpingitis

FIGURA 7

Es una de las causas de la esterilidad de origen tubárico y aumenta las probabilidades de embarazo ectópico.

El hidrosálpinx puede encontrarse en ausencia de EPI, secundariamente a endometriosis, adherencias previas u otras causas.

Cuando contiene ecos puntiformes ("debris"), niveles líquidos o presenta realce aumentado podemos hablar de piosálpinx. En el piosálpinx se puede identificar, una estructura tubular, serpinginosa, que contiene material ecogénico en su interior correspondiente a pus.

La salpingitis se considera como un paso previo de la enfermedad inflamatoria pélvica.

Ante a existencia de líquido ecogénico en pelvis, incluso de pequeña cantidad, debe sospecharse que se trate de pus libre en un contexto de paciente con dolor, fiebre y reactantes de fase aguda aumentados.

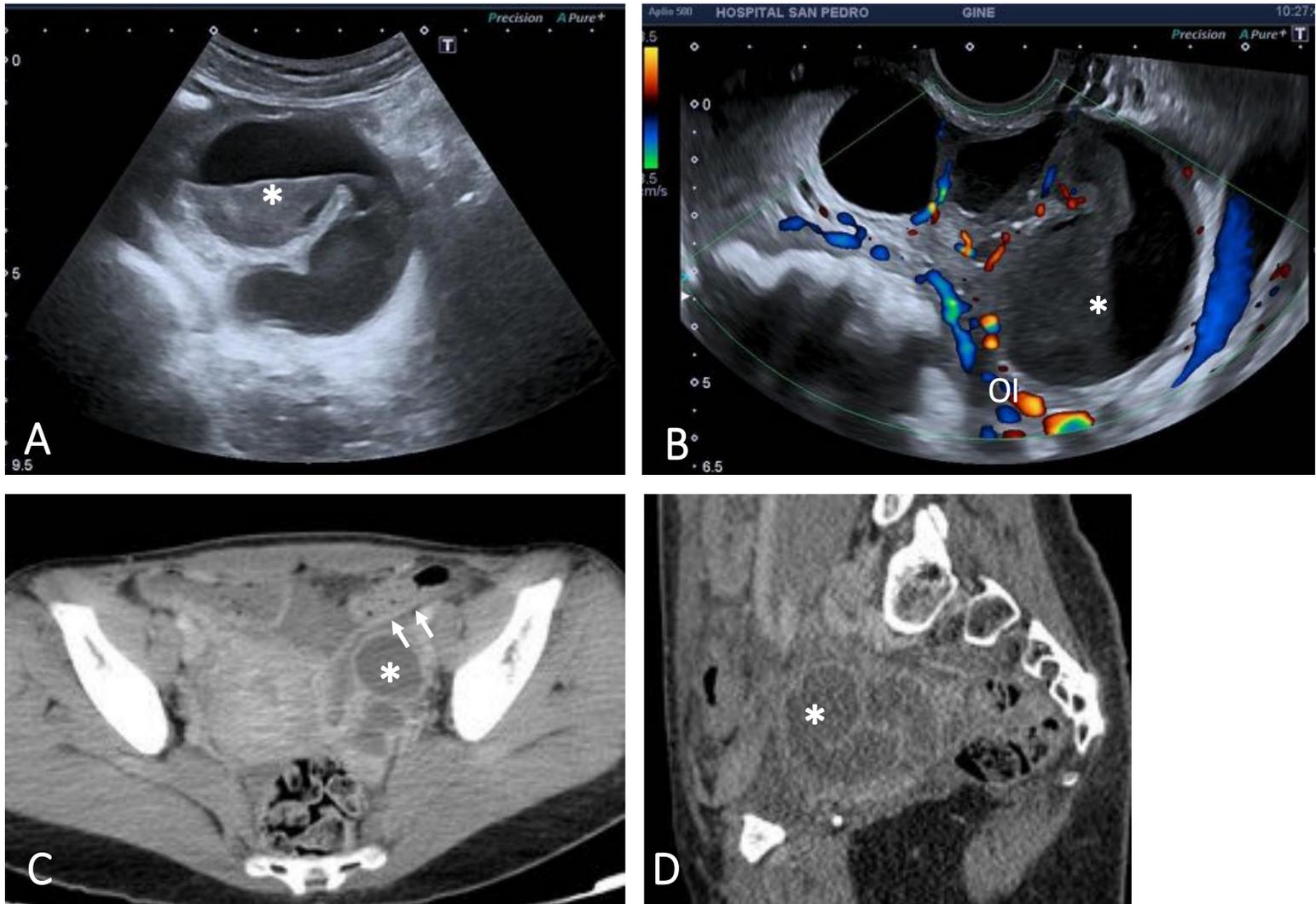


FIGURA 8

A) Ecografía abdominal: Trompa izquierda (*) significativamente dilatada y con nivel líquido-líquido en su interior. Hidrosálpinx
 B) Ecografía transvaginal: Ovario izquierdo (OI) globalmente aumentado de tamaño con paredes gruesas y vascularización aumentada
 C) y D). TC pélvico con c.i.v. , cortes axial y sagital. Imagen pseudotubular parauterina izquierda, elongada y dilatada, que termina en "fondo de saco", compatible con trompa dilatada (*), que disminuye progresivamente de calibre en sentido proximal hacia el cuerpo uterino y desplaza anteriormente el ligamento redondo (flechas), con realce mural. Se acompaña discreta cantidad de líquido libre periuterino (+). Salpingo-oforitis aguda izda.

5- Absceso tubo-ovárico-Enfermedad pélvica inflamatoria

Se suele adquirir por vía ascendente y se considera de transmisión sexual, pero a veces originada por vía hematológica o por contigüidad.

Los gérmenes implicados en 2/3 de los casos son la *Neisseria gonorrhoeae* y la *Chlamydia trachomatis*, aunque no es raro que se trate de infecciones polimicrobianas.

Supone ¼ de las visitas de urgencia a Ginecología, aunque la situación raramente es de emergencia.

Clínicamente se manifiesta con dolor, que se exacerba a la movilización cervical, con o sin exudado vaginal maloliente.

En general el primer paso es la cervicitis, sin traducción radiológica. Sucesivamente la infección puede diseminarse a trompas y ovarios con formación de un absceso tubo-ovárico, que se manifiesta en forma de masa compleja irregular, con realce de paredes y líquido ecogénico en su interior. Suele desplazar anteriormente a ligamentos ancho y redondo, lo que permite diferenciarlo de abscesos pélvicos de otro origen, sobre todo intestinal.

Por último si la infección progresa, útero y acabar extendiéndose ampliamente hasta afectar al resto de estructuras pélvicas (“pelvis congelada”) **FIGURA 9.**

La afectación puede diseminarse al peritoneo regional o a distancia (la afectación del peritoneo perihepático se denomina síndrome de Fitz-Hugh-Curtis). Los agentes etiológicos involucrados en la perihepatitis son *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*

FIGURA 10.

El TC permite reconstrucciones multiplanares que pueden ser muy útiles para definir la anatomía.

La RM es probablemente, la herramienta más exacta para delimitar la afectación. Se ha descrito una restricción en la difusión de los abscesos

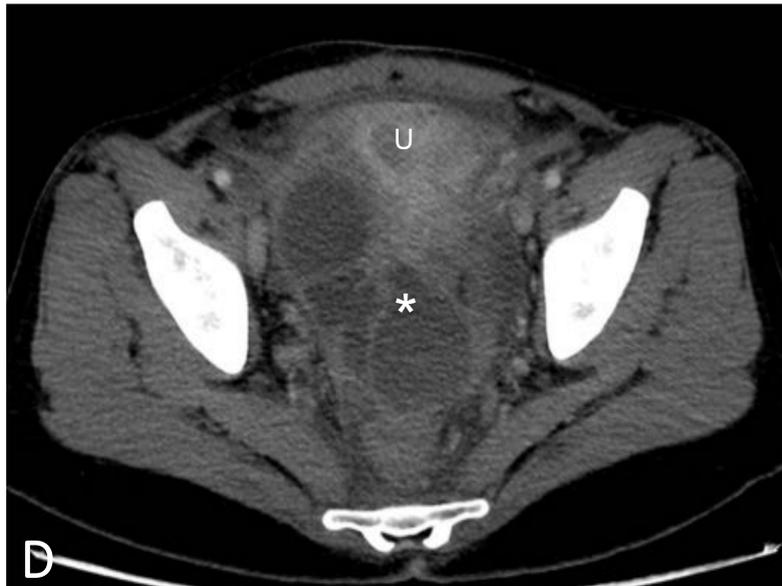
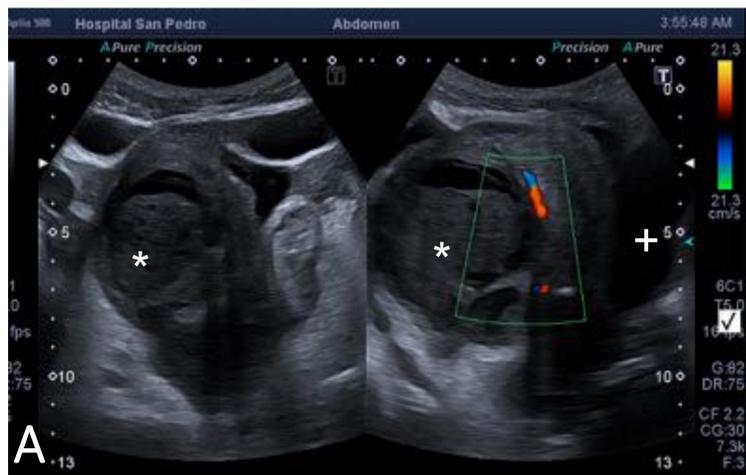


FIGURA 9. Mujer de 41 años con dolor en FID de una semana de evolución y metrorragia. Blumberg positivo. En analítica leucocitosis 17000 con desviación izquierda. Ecografía para descartar apendicitis vs patología ginecológica.

A) y B) Ecografía pélvica: Gran lesión de ecogenicidad heterogénea en hemipelvis derecha (*), sin flujo vascular en estudio doppler sugestiva de colección de origen anexial. Apéndice (A) visualizado en el límite de la normalidad con líquido periapendicular (+) que se dispone entre la lesión y el apéndice. C) Ecografía transvaginal: En región anexial derecha formación de paredes gruesas con contenido ecogénico homogéneo en su interior (*) adyacente a Douglas, cara posterior del útero y pared lateral de la pelvis, sin flujo doppler. D) TC pelvis con c.i.v.: Lesión hipodensa multiloculada (*) con septos en su interior, captación de contraste periférico y discreta cantidad de líquido libre adyacente; desplaza útero (U) anteriormente y condiciona cambios inflamatorios adyacentes.

En cirugía pelvis congelada con absceso retrouterino adherido a sigma que drena espontáneamente abundante líquido purulento. Absceso tubárico derecho adherido a apéndice compatible con absceso tuboovárico derecho. EPI grado IV.

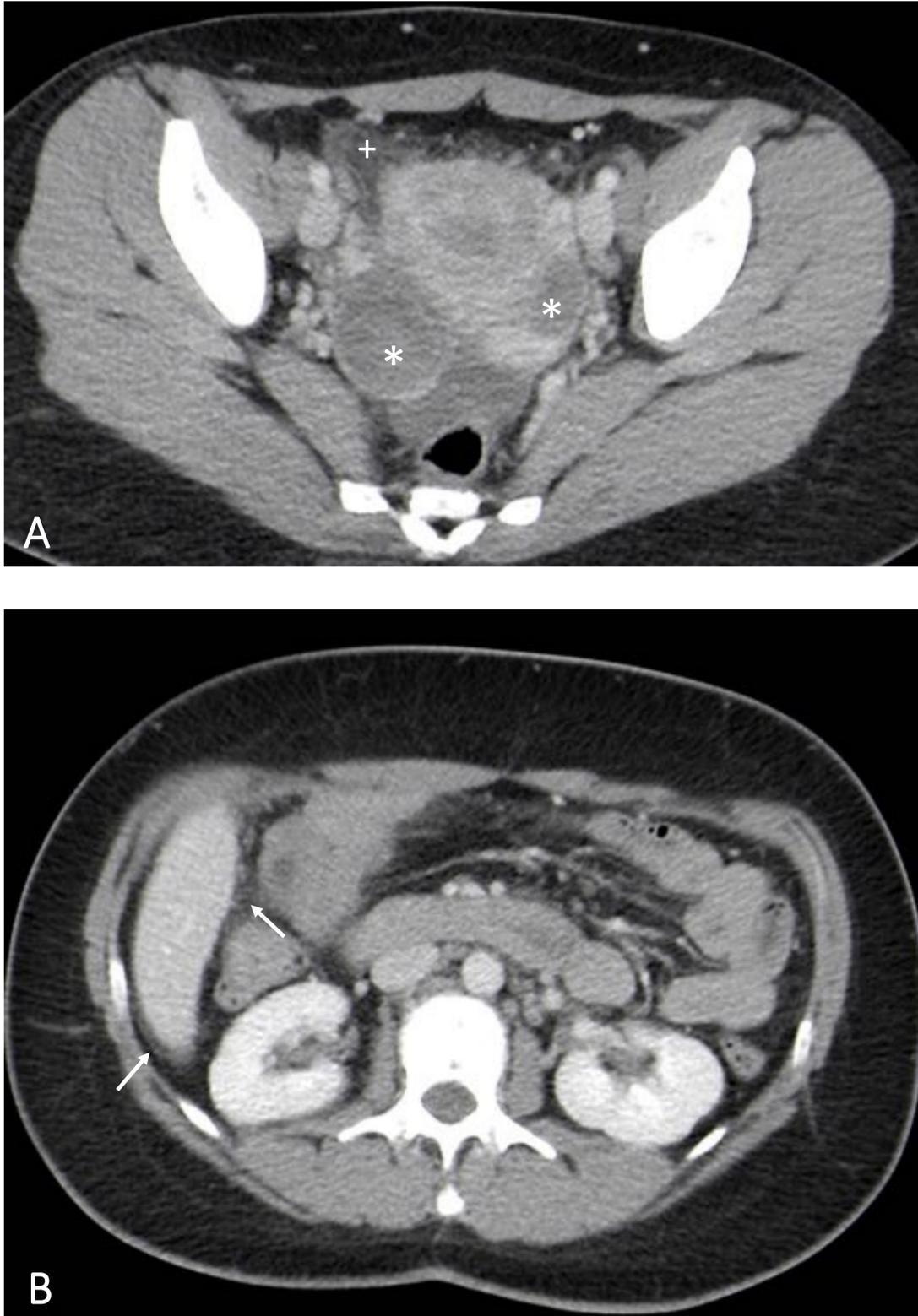


FIGURA 10

Mujer 25 años Operada de embarazo ectópico (salpinguectomía derecha) hace 3 meses. Dolor en hipocondrio derecho de 2 semanas de evolución. Dolor en epigastrio/hipocondrio izqdo de nueva aparición. Analítica con leucocitoturia y leucocitosis/desv izquierda.

A y B) TC abdominopélvico con c.i.v.: Abscesos tubo ováricos derecho e izquierdo (*), con realce de contraste periférico, cambios inflamatorios por endometritis , cambios inflamatorios de la grasa pélvica (+). Cambios inflamatorios en gotiera parieto cólica derecha y peri hepático (flechas)

En la laparoscopia exploradora se demostraron adherencias entre la pared abdominal y la superficie hepática, con aspecto en "cuerdas de violín" características del síndrome de Fitz Hugh Curtis

6-Síndrome de hiperestimulación ovárica

Entidad que puede aparecer en fases precoces del embarazo o en la fase lútea del ciclo en mujeres sometidas a tratamiento de inducción de la ovulación.

Un 0,5-5% de los casos alcanzan cierta gravedad, manifestándose con dolor, que puede llegar a ser importante, y datos de acumulación de líquidos en tercer espacio (incluyendo ascitis y en ocasiones derrame pleural), que puede degenerar en oliguria, taquipnea e hipotensión.

En las pruebas de imagen se aprecia un aumento llamativo de tamaño de ambos ovarios, con abundantes folículos dispersos y habitualmente acompañado de un grado de ascitis variable en función de la gravedad del cuadro.

FIGURA 11.

Al encontrarse los ovarios aumentados de tamaño, está incrementado el riesgo de torsión anexial, aunque suele ser una entidad difícil de diagnosticar por el aspecto que de por sí presentan los ovarios en esta patología.

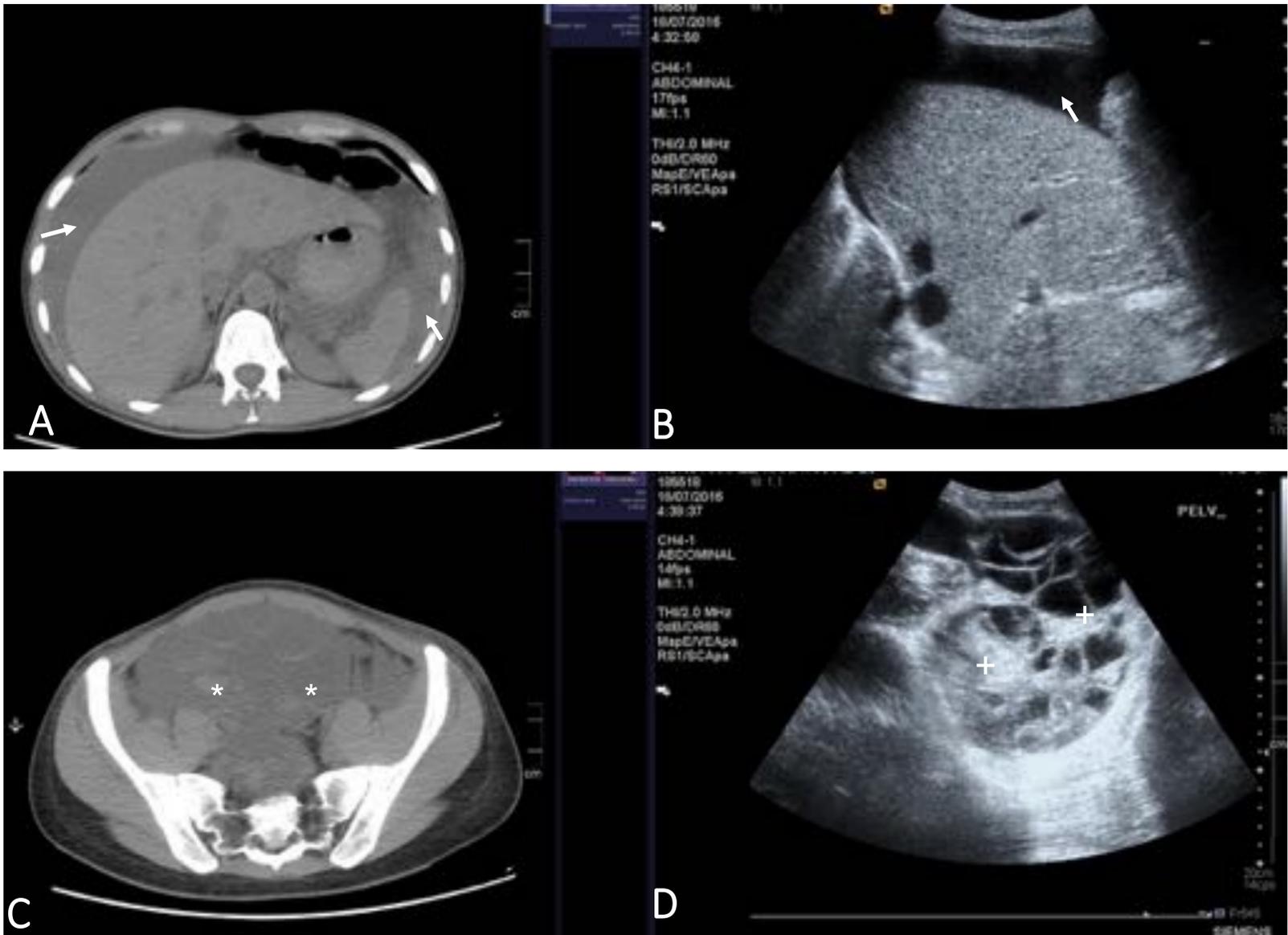


FIGURA 11

Mujer 39 años Dolor hipogástrico relativamente intenso y progresivo en paciente sometida a tratamiento de inducción de la ovulación.

A) y C) TAC sin c.i.v. en abdomen y pelvis respectivamente. B) y D) Ecografía con imágenes centradas en region hepática y pelvis respectivamente

Importante aumento de tamaño de ambos ovarios (*) hiperestimulados, con múltiples folículos de tamaño considerable (+), algunos de los cuales contienen ecos en su interior y que se acompañan de abundante cantidad de ascitis (flechas) Síndrome de hiperestimulación ovárica.

7- Rotura de embarazo ectópico

Constituye una de las urgencias ginecológicas de mayor gravedad, ya que puede incluso llegar a comprometer seriamente la vida de la mujer (mortalidad de hasta 9 %)

Presentación clínica:

Dolor agudo y sangrado en el primer trimestre de gestación.

Salvo que haya inestabilidad hemodinámica, se debe confirmar si la paciente está embarazada antes de realizar pruebas de imagen.

Diagnóstico diferencial: Embarazo normal complicado (en ocasiones implantación es dolorosa y acompañada de sangrado), aborto espontáneo y embarazo molar.

En la gran mayoría de ocasiones es manejada por ginecólogos pero, excepcionalmente el radiólogo puede encontrarse con esta entidad por lo que es muy importante conocer sus manifestaciones.

Factores de riesgo: Gestación ectópica previa, enfermedad tubárica, tratamiento de infertilidad, portadora de DIU, antecedentes de EPI ...

Localizaciones más habituales del EE:

Tramo ampular de la trompa (75-80%), istmo tubárico (10%), fimbrias (5%), intersticial o cornual (2-4%). Excepcionalmente: abdominal , cérvix, ovárica, cicatricial,..

En casos de rotura el cuadro clínico puede ser grave, con inestabilidad hemodinámica, en cuyo caso la prioridad es el tratamiento quirúrgico urgente, pudiendo prescindir de la confirmación del embarazo o la realización de pruebas de imagen.

En estos casos es frecuente la presencia de hemoperitoneo, pudiendo llegar a visualizar en las pruebas de imagen el foco de sangrado activo.

FIGURA 12

El tratamiento tiende a ser lo más conservador posible en términos de repercusión de la fertilidad y la posible morbilidad asociada. Abarca desde la observación estrecha hasta la cirugía abierta o laparoscópica, pasando por el metotrexate i.m., las inyecciones percutáneas en el saco gestacional.

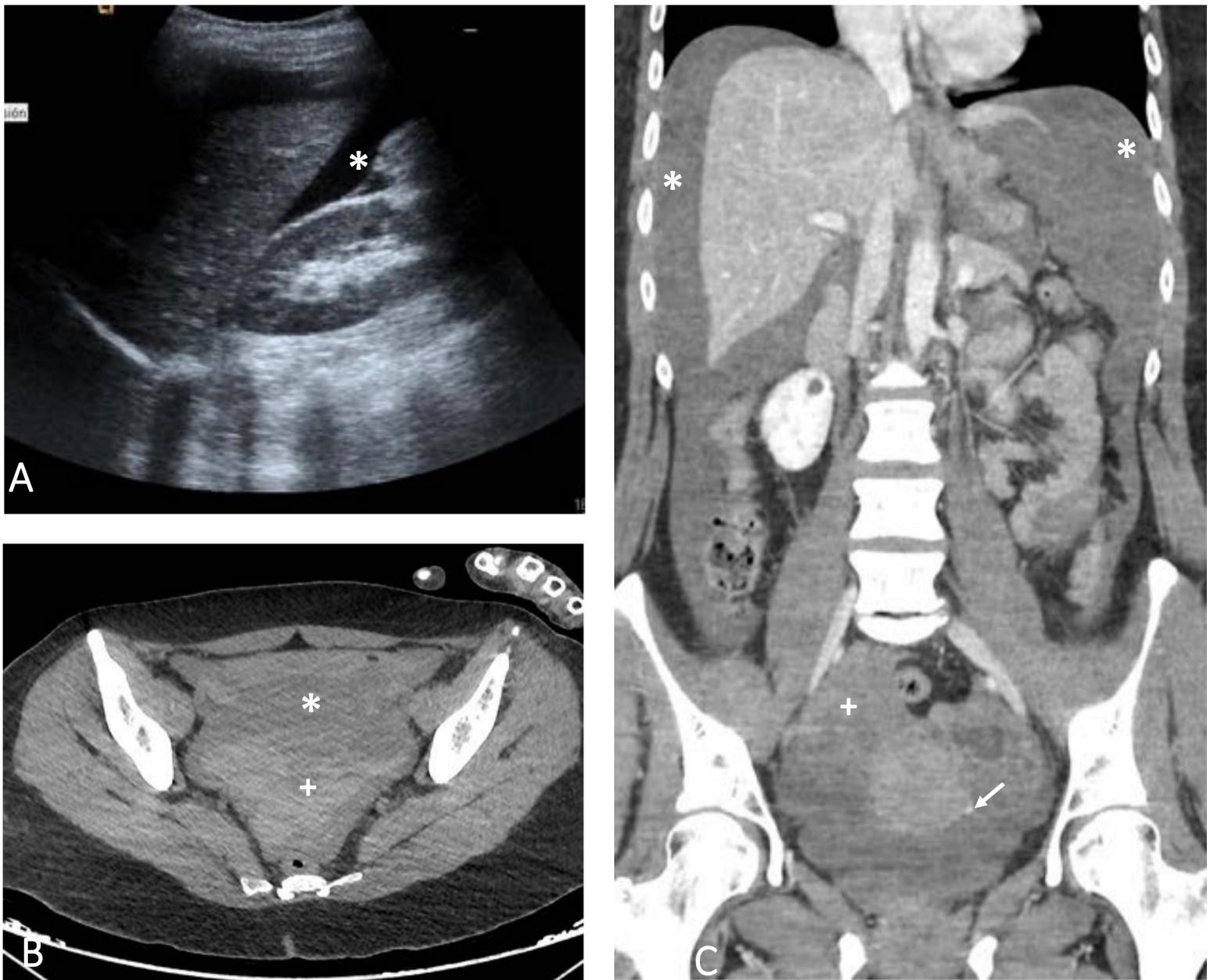


Figura 12:

-Mujer de 32 años. Antecedente de aborto completo farmacológico hace 6 meses. Acude a Urgencias por dolor intenso en FII, impresiona de gravedad. Pálida, sudorosa, obnubilada, con mal estado general.

A) En la ecografía se demuestra importante cantidad de líquido libre perihepático (*) TC abdominopélvico con c.i.v. corte axial B) y coronal (C). Abundante líquido abdominopélvico (*) en relación con hemoperitoneo masivo, con focos de mayor densidad en pelvis (+), compatible con coágulo centinela. En la región anexial izquierda hay un foco lineal de mayor densidad (flecha) que orienta a extravasación activa del sangrado.

En la cirugía urgente se demostró un embarazo ectópico tubárico izquierdo roto con abundante hemoperitoneo de 2 litros.

8. – Otras causas

Miomas complicados

Los miomas ocurren aproximadamente en un 40% de las mujeres mayores de 30 años. La localización más común es intramural seguida de subserosa y submucosa.

La mayoría de las veces son asintomáticos pero pueden presentarse con dolor agudo cuando se produce degeneración quística, hemorrágica o mixoide.

Además del dolor pueden presentar sangrado y descarga vaginal y no infrecuentemente se acompañan de fiebre y leucocitosis.

Normalmente aceleran su crecimiento durante el embarazo e involucionan en la menopausia.

Hallazgos radiológicos:

Masa uterina sólida homogénea o heterogénea (por degeneración interna) pudiendo presentar calcificaciones en su interior (10%)

Los fenómenos de degeneración se producen cuando el crecimiento del mioma rebasa la capacidad de aporte vascular. Radiológicamente se manifiesta como un foco de contenido líquido en el seno de una tumoración sólida.

Los miomas pedunculados pueden torsionarse, cuando esto ocurre se necrosan y muestran ausencia de flujo en su interior con ecografía doppler o de realce en la TC con contraste IV.

Diagnóstico diferencial: los miomas subserosos pueden simular masas anexiales. La RM es el método más seguro para la caracterización y localización de los miomas.

Actitud: la torsión de un mioma subseroso puede causar un abdomen agudo y está indicada la miomectomía urgente.

Los miomas pedunculados están predispuestos a la torsión. Cuando esto ocurre, y se necrosan, muestran una ausencia de flujo Doppler en su interior o de realce en la TC con contraste intravenoso.

Diagnóstico diferencial: Masas anexiales en el caso de miomas subserosos.

FIGURA 13

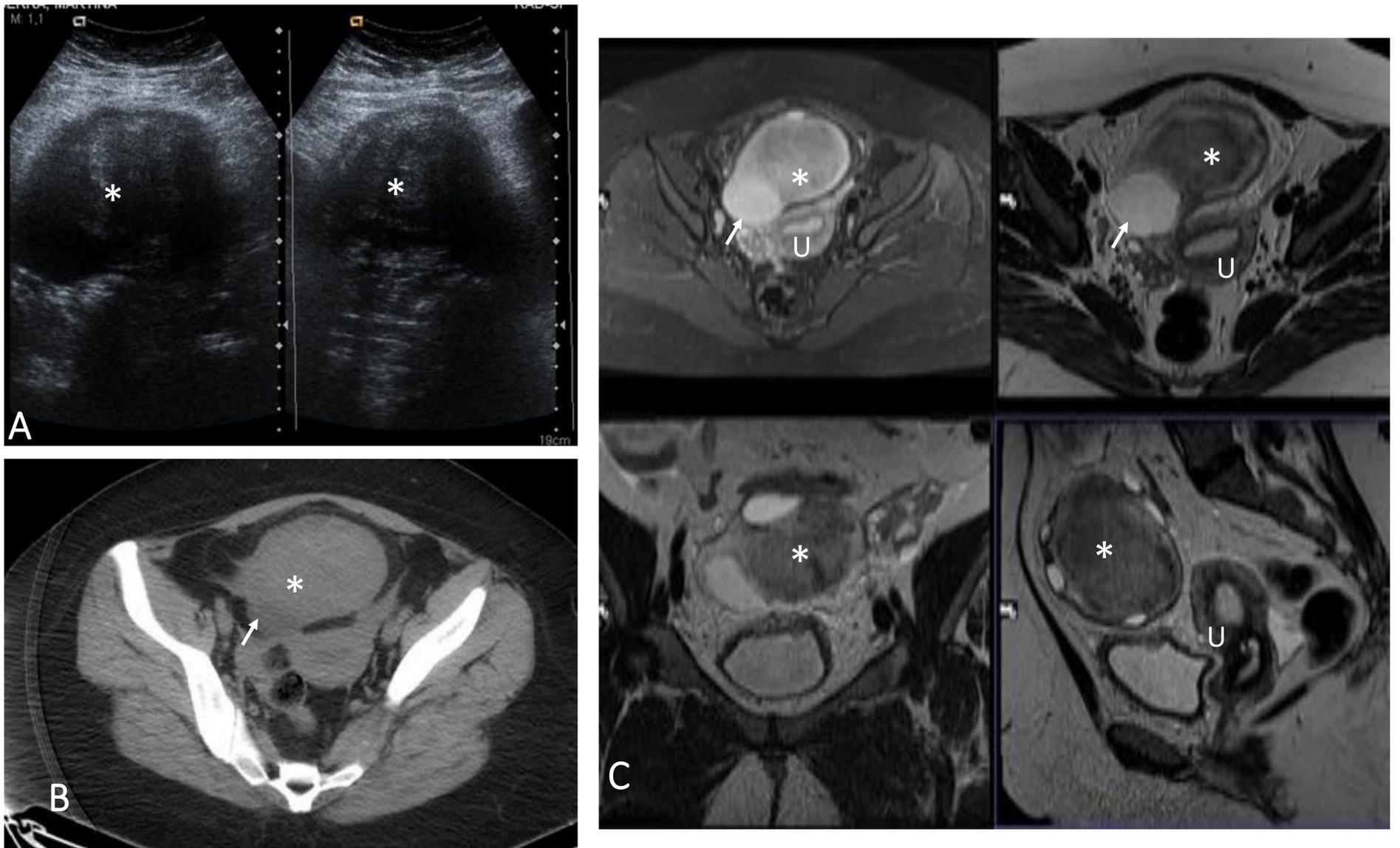


FIGURA 13

Paciente 25 años, obesa. Acude a urgencias por dolor intenso y efecto de masa en pelvis.

A) Ecografía. En hipogastrio se identifica tumoración hipoecoica, bien delimitada con morfología en "pseudoriñón" (*)

B) TC axial de pelvis sin CIV . Se observa tumoración pélvica de partes blandas (*) y pequeña imagen hipodensa en su vertiente más inferior (flecha). Sugestiva de tumoración de posible origen anexial.

C) RM STIR corte axial. T2 cortes axial coronal y sagital

Se observa tumoración pélvica de partes blandas, de bordes lisos bien definidos, de señal heterogénea en T2 y levemente hiperintensa en STIR, que muestra prolongación con el útero (U), con lesión quística adyacente (flecha).

En quirófano tumoración de consistencia firme-elástica de aproximadamente 10 cm adherida a epiplon y asas intestinales que parece depende por fino pedículo de 1 cm del ovario izquierdo. En su periferia algún quiste seroso bien delimitado. El ovario una vez extirpada la tumoración es de aspecto normal. A.P. Compatible con fibroma torsionado.

8. – Otras causas Etiología iatrogénica

En cuanto a la patología ginecológica aguda, aunque poco frecuentes también hay que considerar las posibles causas iatrogénicas, representadas principalmente por la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) o cualquier prueba invasiva capaz de arrastrar los gérmenes de la flora vaginal al tracto genital superior, como la histerosalpingografía (HSG), histeroscopia o cualquier tipo de intervencionismo sobre los órganos ginecológicos (extracción de óvulos, punción folicular ovárica, etc)

FIGURA 14

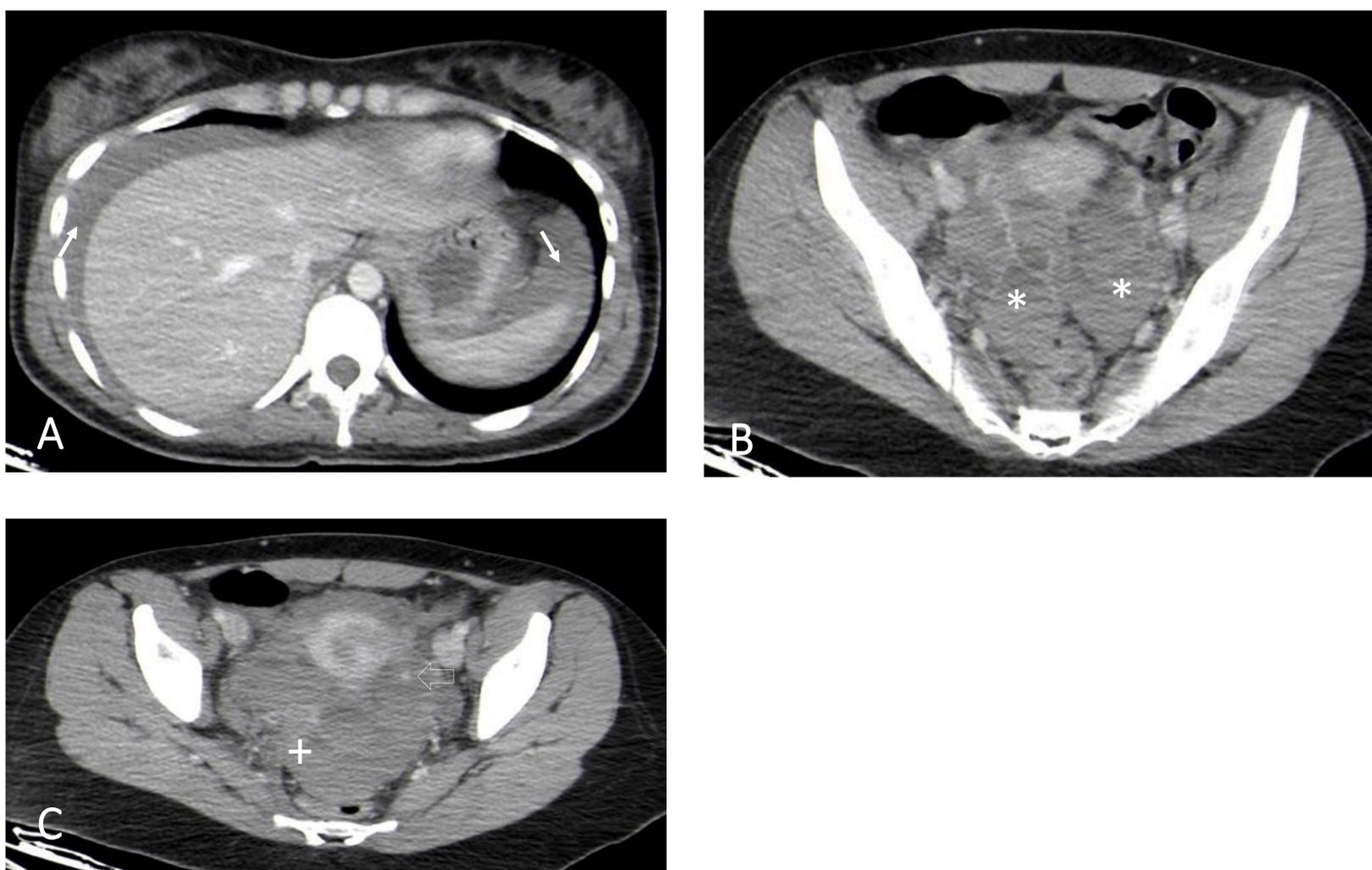


FIGURA 14

Mujer de 22 años. acude a urgencias por dolor abdominal y signos de abdomen agudo. 6 horas antes realizada punción para donación folicular ovárica en centro privado. TC abdominopélvico con c.i.v. Cortes axiales a tres niveles diferentes.

A) Se aprecia abundante líquido abdominal perihepático y periesplénico (flechas) que presenta mayor densidad en la pelvis (+), B) Ovarios aumentados de tamaño (*), en relación con hiperestimulación. C) En región anexial izquierda pequeño foco de extravasación del contraste (flecha vacía) sugestiva de sangrado activo.

En quirófano se evidenció moderado hemoperitoneo, y en pelvis ovarios hiperestimulados observando en la superficie del ovario izquierdo una zona de rotura que asociaba sangrado continuo.

CONCLUSIÓN

La patología ginecológica siempre debe estar presente en el diagnóstico diferencial del dolor pélvico agudo en la mujer.

Numerosas afecciones de origen ginecológico, e incluso los cambios fisiológicos normales, pueden ser causa de dolor.

La ecografía es el principal método de evaluación diagnóstica, ya que es una técnica no invasiva, accesible y rentable, y con resultados precisos.

La TC o en ocasiones la RM quedan relegados a los casos de dudas diagnósticas y para la valoración de la extensión del proceso o de posibles complicaciones.

Los datos clínicos, junto con los hallazgos radiológicos, van a permitir en la mayoría de los casos realizar un diagnóstico diferencial adecuado que permita un tratamiento correcto.

REFERENCIAS:

M. Á. Corral de la Calle, G. Fernández Pérez, J. Encinas de la Iglesia, D. Agueda del Bas; Ávila/ES El radiólogo ante la patología ginecológica aguda. S-0965 Congreso: SERAM 2012 Tipo del póster: Presentación Electrónica Educativa 10.1594/seram2012/S-0965

A. Rivera Domínguez, A. Mora Jurado, A. García de la Oliva, D. de Araujo Martins-Romeo, L. Cueto Álvarez,
Dolor pélvico de origen ginecológico como patología urgente, Radiología, Volume 59, Issue 2, 2017, 115-127,
ISSN 0033-8338, <https://doi.org/10.1016/j.rx.2016.09.010>.

Coutinho A Jr, Bittencourt LK, Pires CE, Junqueira F, Lima CM, Coutinho E, et al. MR imaging in deep pelvic endometriosis: a pictorial essay. Radiographics. 2011;31:549-67.

Chamié LP, Blasbalg R, Pereira RM, Warmbrand G, Serafini PC. Findings of pelvic endometriosis at transvaginalUS, MR imaging, and laparoscopy. Radiographics. 2011;31:E77-100.

Cicchello LA, Hamper UM, Scoutt LM. Ultrasound evaluation of gynecologic causes of pelvic pain. Obstet Gynecol Clin North Am. 2011;38:85-114

Potter AW, Chandrasekhar CA. US and CT evaluation of acute pelvic pain of gynecologic origin in nonpregnant premenopausal patients. Radiographics. 2008;28:1645-59.

Heverhagen JT, Klose KJ. MR imaging for acute lower abdominal and pelvic pain. Radiographics. 2009;29:1781-96.

Levine D. Ectopic pregnancy. Radiology. 2007;245:385-97.

Cano Alonso R, Borrueal Nacenta S, Díez Martínez P, María NI, Ibáñez Sanz L, Zabía Galíndez E. Role of multidetector CT in the management of acute female pelvic disease. Emerg Radiol. 2009;16:453-72.

Kim MY, Rha SE, Oh SN, Jung SE, Lee YJ, Kim YS, et al. MR Imaging findings of hydrosalpinx: a comprehensive review. Radiographics. 2009;29:495-507.

Vandermeer FQ, Wong-You-Cheong JJ. Imaging of acute pelvic pain. Clin Obstet Gynecol. 2009;52:2-20.

Peparini N, Di Matteo FM, Silvestri A, Caronna R, Chirletti P. Abdominal hypertension in Meigs' syndrome. Eur J Surg Oncol. 2008;34:938-42.

