

**seram 34**

Sociedad Española de Radiología Médica

Congreso Nacional

PAMPLONA  $\frac{24}{27}$  MAYO 2018

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

# AYUDANDO AL GINECÓLOGO: EL PAPEL DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN EN LA PATOLOGÍA GINECOLÓGICA URGENTE





## ÍNDICE

### OBJETIVO DOCENTE PAG 2-3

### REVISIÓN DEL TEMA

- ROTURA DEL QUISTE LÚTEO PAG 6-7
- ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA PAG 8-9-10
- TORSIÓN OVÁRICA PAG 11-12
- ENDOMETROSIS PAG 13-14-15
- PERFORACIÓN UTERINA PAG 16-17
- HEMORRAGIA POSTPARTO PAG 18-19
- TROMBOSIS DE VENA OVÁRICA PAG 20

### CONCLUSIONES PAG 21

### BIBLIOGRAFÍA PAG 22



## OBJETIVO DOCENTE

La patología ginecológica aguda es una entidad con diagnóstico clínico muy amplio en que la exploración inicial la realiza habitualmente el ginecólogo.

Sin embargo, a veces la patología ginecológica aguda no presenta una clínica clara y puede simular otras entidades, siendo necesario completar el estudio con pruebas de imagen (ecografía ginecológica, eco abdominal, TC o RM).



## OBJETIVO DOCENTE

La patología ginecológica aguda es una entidad con diagnóstico clínico muy amplio en que la exploración inicial la realiza habitualmente el ginecólogo.

Sin embargo, a veces la patología ginecológica aguda no presenta una clínica clara y puede simular otras entidades, siendo necesario completar el estudio con pruebas de imagen (ecografía ginecológica, eco abdominal, TC o RM).



## REVISIÓN DEL TEMA

Presentamos, por tanto, una revisión de las enfermedades ginecológicas en las que se necesita un diagnóstico radiológico, tanto obstétricas como no obstétricas.

El abordaje inicial para el diagnóstico por imagen suele ser la ecografía, ya sea endovaginal (realizada por el ginecólogo) o abdominal. La TC es una herramienta muy útil en aquellas pacientes con dolor pélvico y exploración ginecológica no concluyente. La RM, por su parte, nos es muy útil en pacientes embarazadas y en pacientes especialmente jóvenes, ya que no utiliza radiaciones ionizantes.

Los diagnósticos ginecológicos más frecuentes en la urgencia son los quistes ováricos hemorrágicos, la enfermedad inflamatoria pélvica, la endometriosis, la torsión de ovario, las complicaciones postparto/post-IVE, el sangrado activo post-parto y la trombosis de la vena ovárica.



## Rotura del quiste lúteo

Es la causa más frecuente de dolor pélvico agudo en mujeres premenopáusicas no embarazadas afebriles, y una de las más frecuentes en gestantes. Se presenta como dolor agudo sin fiebre.

En el TC se muestra como una formación unilocular, con unos índices de atenuación entre 25-100 UH. Se puede asociar a la presencia de nivel líquido-líquido y el hemoperitono implicando rotura asociada.



*Imagen 1, donde se muestra hemoperitoneo en pelvis, y se aprecia a nivel anaxial derecho un quiste de paredes engorsadas en relación a quiste lúteo hemorrágico. En la imagen 2 se aprecia marcado hemoperitoneo; la paciente presentaba dolor abdominal e hipotensión.*



Imagen 1

Imagen 2





## Enfermedad inflamatoria pélvica

Enfermedad de transmisión sexual que resulta de la infección ascendente por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*, aunque el 30-40% de los casos son polimicrobianas. Un factor predisponente es la presencia de DIU.

Consiste en una infección del tracto genital femenino, incluyendo el endometrio, las trompas de Falopio y los ovarios. En estadios precoces de la infección, pueden no reconocerse cambios, siendo las pruebas de imagen inespecíficas. A medida que el proceso avanza se puede ver un aumento de tamaño del útero y engrosamiento del endometrio, así como hidro, piosalpinx y abscesos tubo-ováricos.



*Imagen 3, donde se muestra abceso tuboovárico derecho y hidrosalpinx izquierdo. En la imagen 4 se muestra abceso tubovárico izquierdo y engrosamiento uterino y trabeculación de la grasa en relación con EIP, en paciente portadora de DIU. Ambas paciente presentaba dolor abdominal y fiebre de 2 semanas de evolución.*



Imagen 3

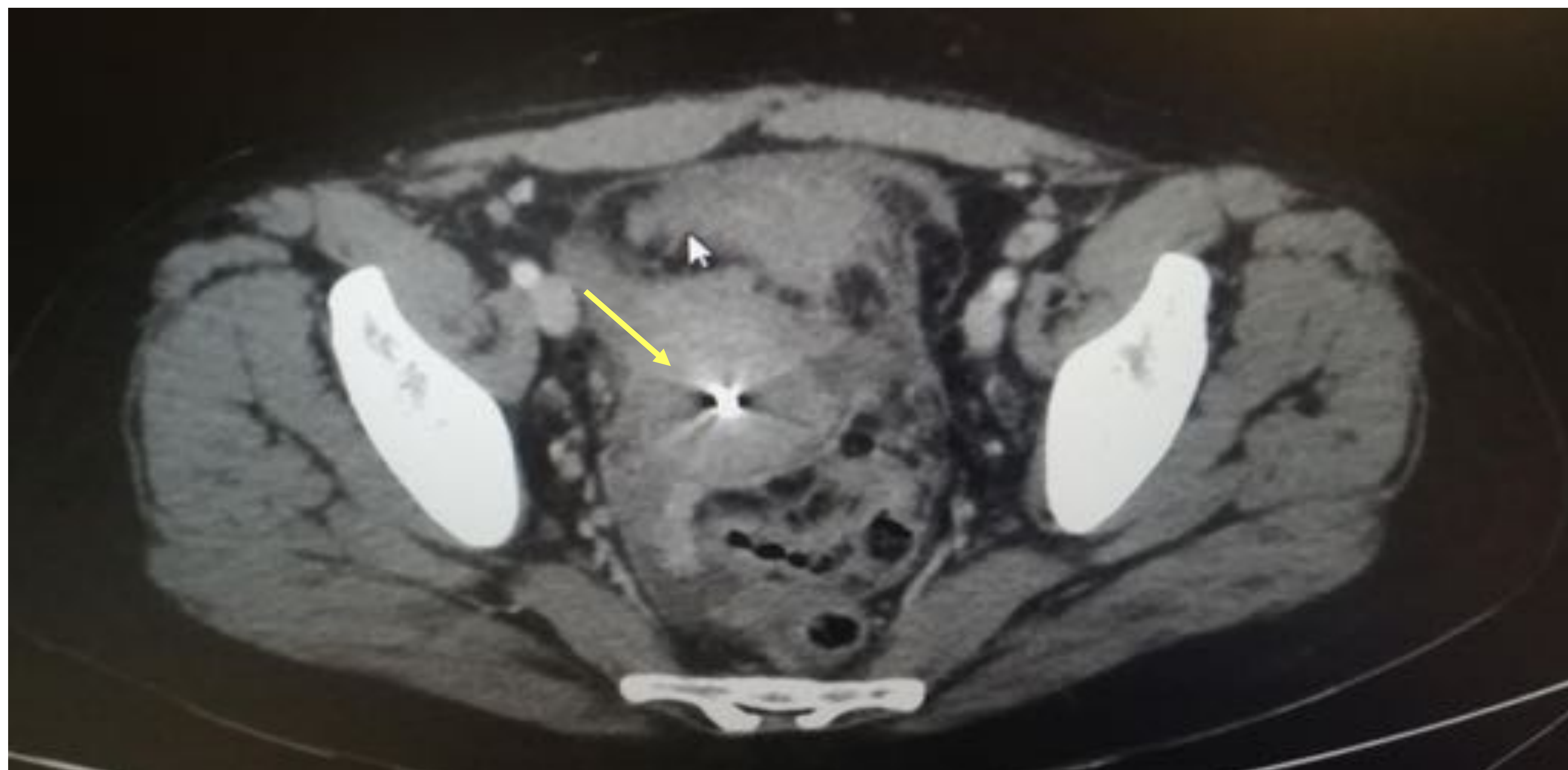


Imagen 4



*Las imágenes 5, 6 y 7 corresponden a una paciente joven con dolor abdominal y fiebre. Se realizó RM porque la paciente era muy joven; se observa absceso tuboovárico en secuencia T2, que presenta restricción de la difusión (contenido purulento) en la parte declive de la colección/absceso; hallazgos en relación co EIP.*



Imagen 5

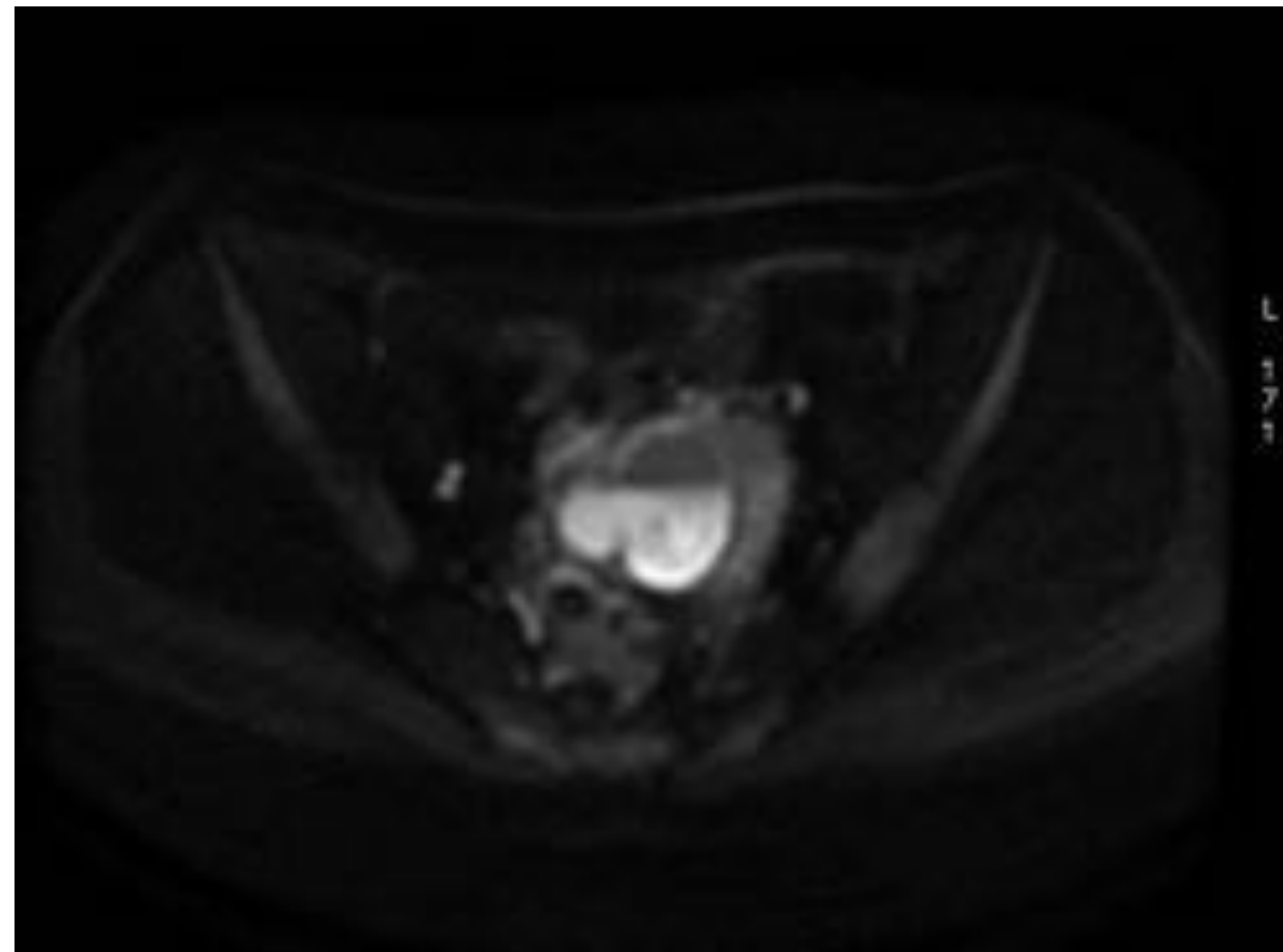


Imagen 6

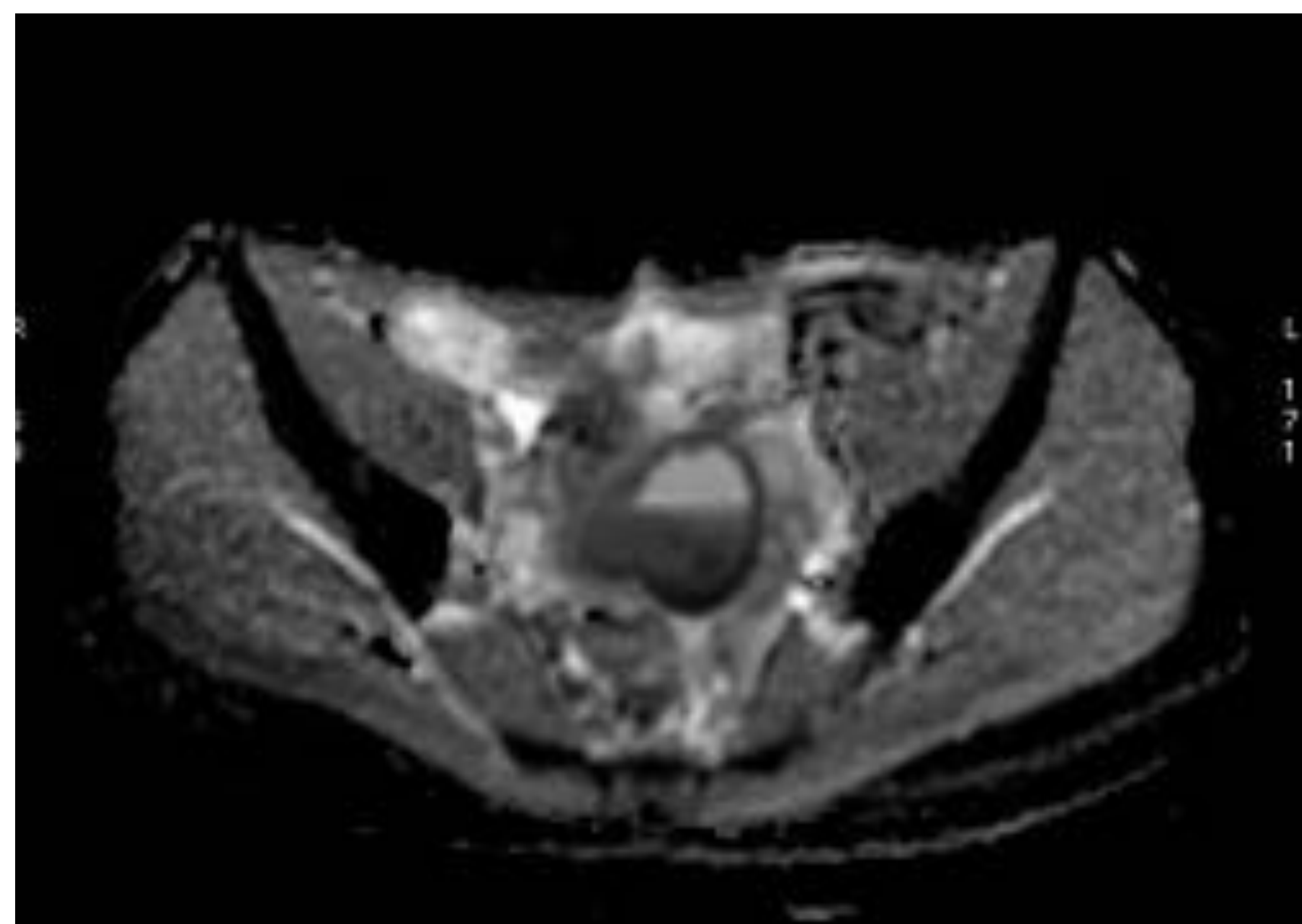


Imagen 7



## Torsion ovárica

Se produce como consecuencia de la rotación del pedículo vascular del ovario, que arrastra al ovario, la trompa o a ambos. Es una patología que puede darse en pacientes de cualquier edad, si bien es más frecuente durante la edad fértil e incluso en pacientes gestantes.

Puede ser espontánea o secundaria a tumoración ovárica (frecuentemente teratoma ovárico). La espontánea se suele dar en pacientes pediátricas o adolescentes.

En las pruebas de imagen observamos el ovario aumentado de tamaño con pequeños folículos en la periferia. En los casos secundarios a tumoración, a parte de los hallazgos anteriormente descritos, se aprecia la tumoración ovárica.



*Paciente que acude a urgencias por dolor abdominal agudo que no calma con analgesia. Se realiza TC abdominal, donde se observa un anejo derecho aumentado marcadamente de tamaño, con presencia de varios folículos también aumentados de tamaño a nivel periférico. Hallazgo compatible con torsión anexial (**imagen 8**). Se interviene quirúrgicamente a la paciente, con confirmación de los hallazgos radiológicos.*



Imagen 8



## Endometriosis

Es la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, patología que afecta a mujeres en edad reproductiva. La sintomatología varía desde pacientes asintomáticas, a clínica dismenorrea, dispareunia, infertilidad, síntomas urinarios, sintomatología digestiva, etc, en función de la localización de los implantes. A veces la sintomatología puede ser aguda.

En función de la localización de los implantes la clasificamos como endometriomas (afectación ovárica), endometriosis superficial y endometriosis profunda.



*Presentamos el caso de una mujer que acude a urgencias por dolor abdominal y lumbar, de semanas de evolución. En la ecografía se visualizaba hidronefrosis izquierda y lesiones ováricas. Dada la sospecha clínica de patología ginecológica, se decide realización de RM preferente, donde se observa endometriomas ováricos bilaterales (imagen 9 y 10). Las imágenes corresponden a secuencias T2 y T1 fatsat, que nos indican lesiones ováricas con presencia de restos hemáticos, compatibles por tanto con endometriomas.*

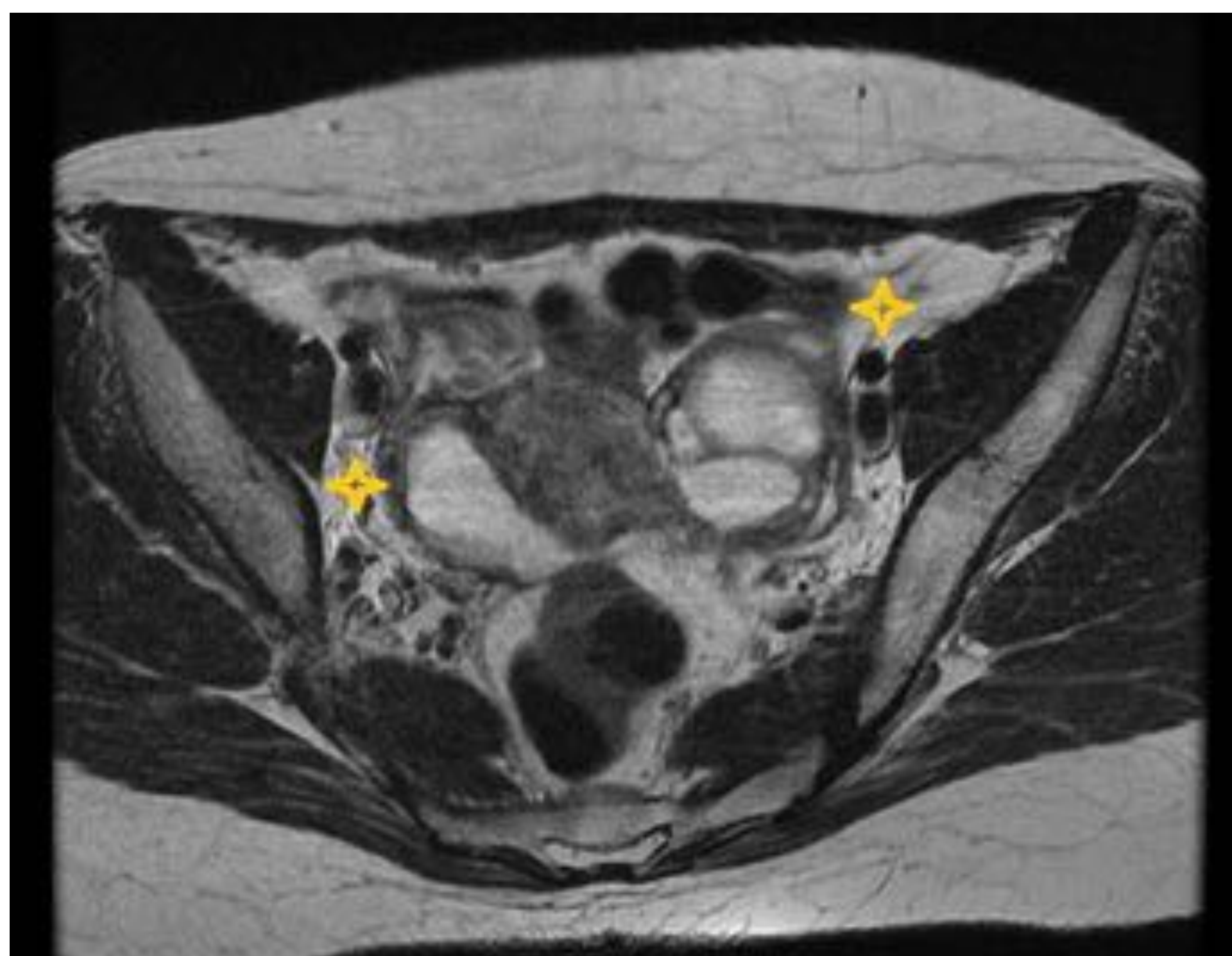


Imagen 9

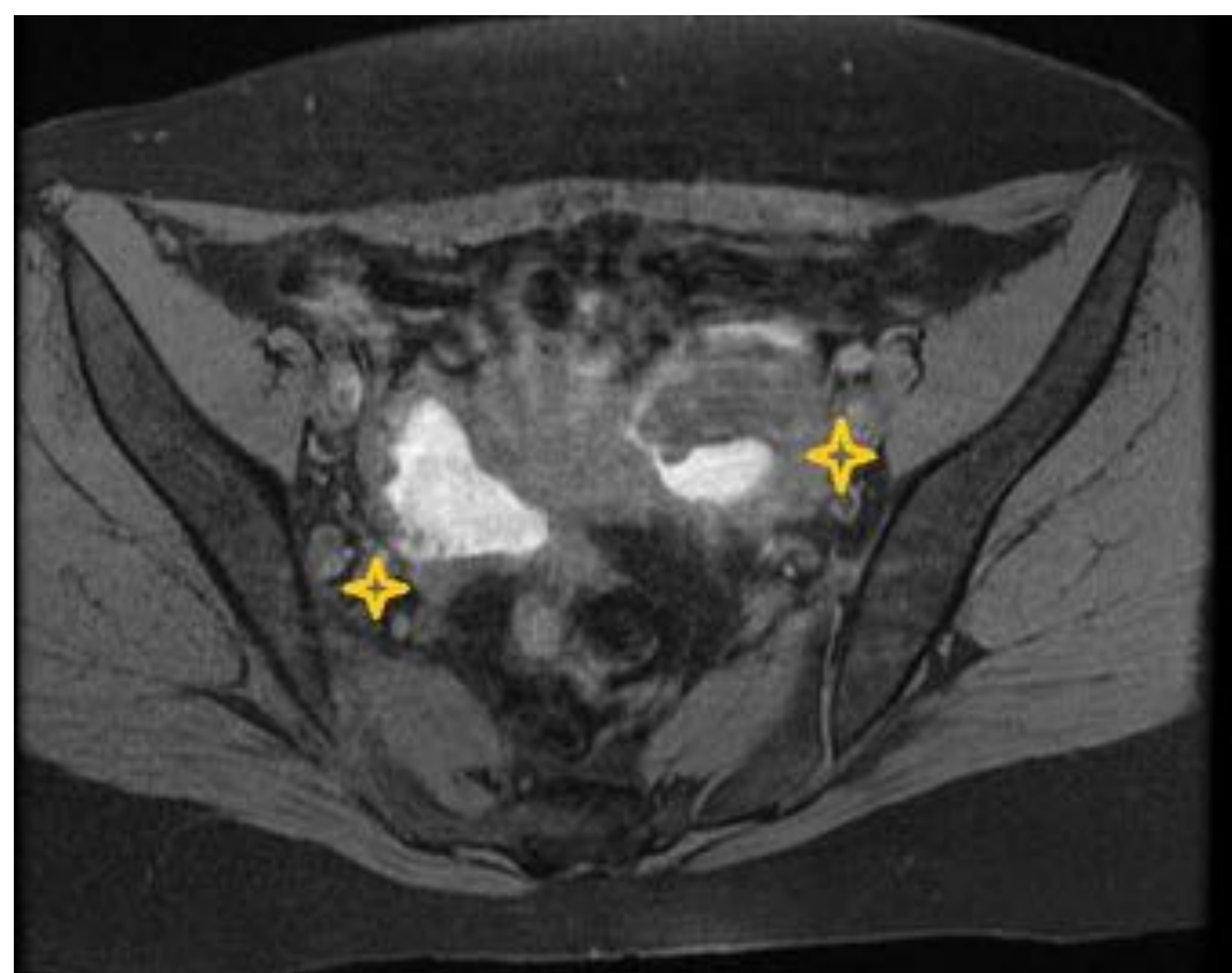


Imagen 10



**Las imágenes 11 y 12** corresponden a T2 sagital, donde se muestra implante endometrótico retrocervical fibrótico, que condiciona hidronefrosis. En la **imagen 13** se aprecia el uréter dilatado (estrellas). La paciente presentaba hidronefrosis por obstrucción ureteral, secundaria a un implante endometriótico.



Imagen 11



Imagen 12





**SERAM 34**

Sociedad Española de Radiología Médica

Congreso Nacional

PAMPLONA  $\frac{24}{27}$  MAYO 2018

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

## Perforación uterina post IVE

Dentro de las distintas complicaciones del IVE, cabe tener en cuenta por su gravedad la perforación uterina. En caso de producirse y siempre que la paciente se encuentre hemodinámicamente estable, la realización de un TC con CIV aporta información muy útil al cirujano, ya que podemos valorar el lugar de perforación, las complicaciones asociadas, las presencias de abscesos, endometritis, así como valorar la existencia de sangrado activo y el estado de otras estructuras intraabdominales.



*Imágenes 13 y 14, correspondientes a paciente que acude al hospital por dolor y fiebre; tres días antes se había sometido a una IVE en otro centro. En el TC se observa discontinuidad de la pared uterina a nivel de la pared lateral izquierda del cuerpo, ocupación de la cavidad endometrial con aire en su interior, y se aprecia colección pélvica adyacente a la solución de continuidad de la pared uterina.*

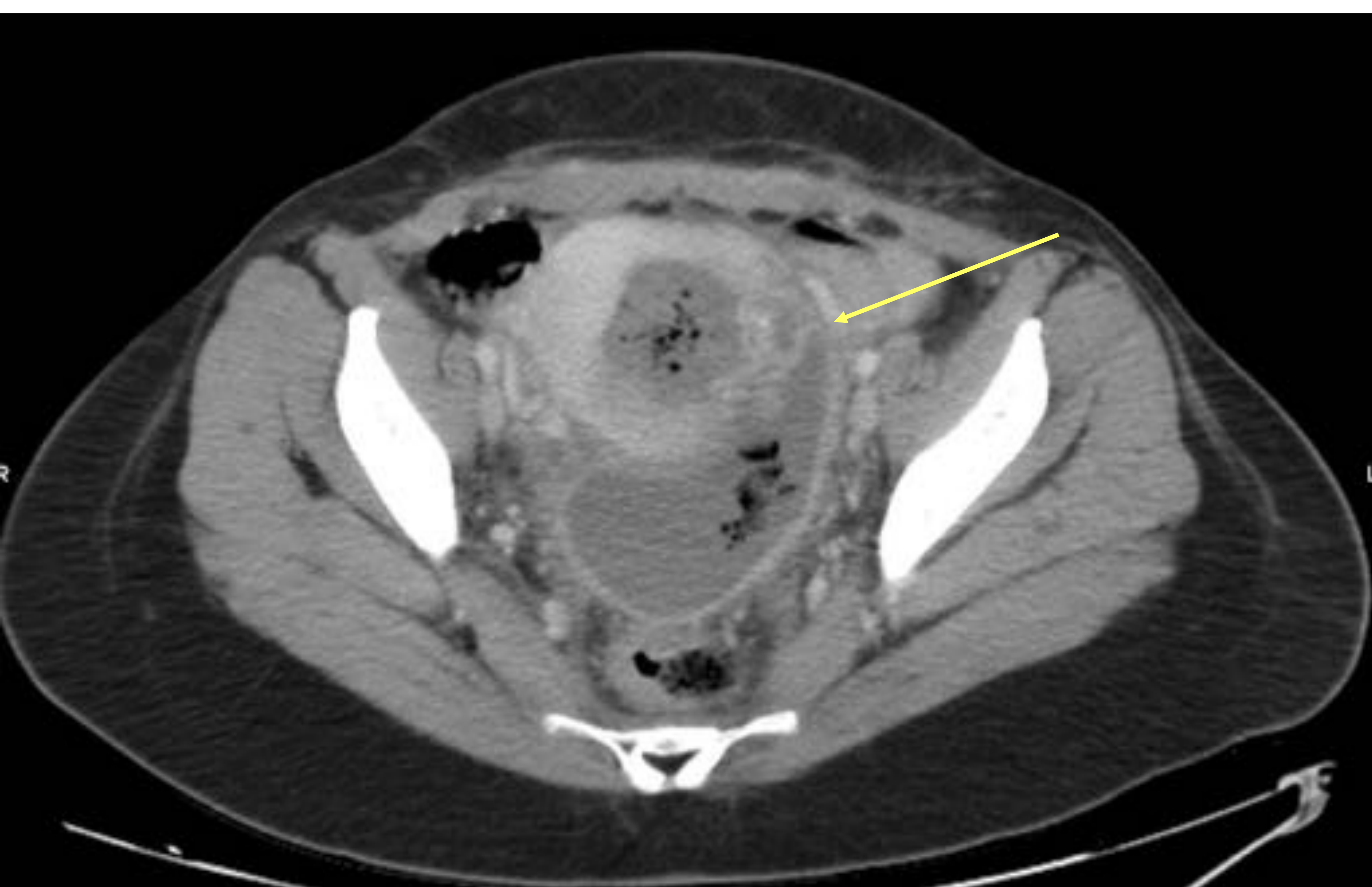


Imagen 13

Imagen 14





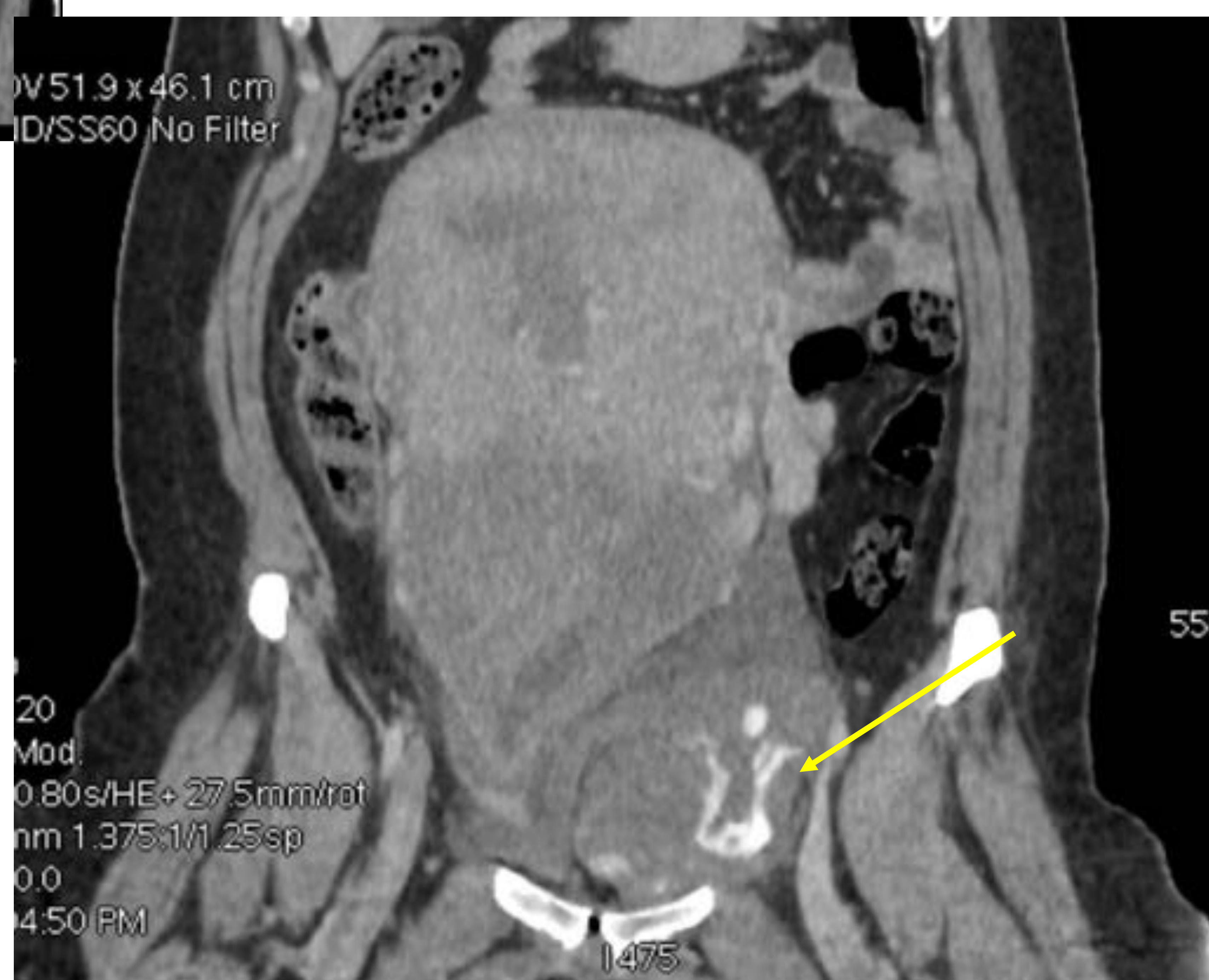
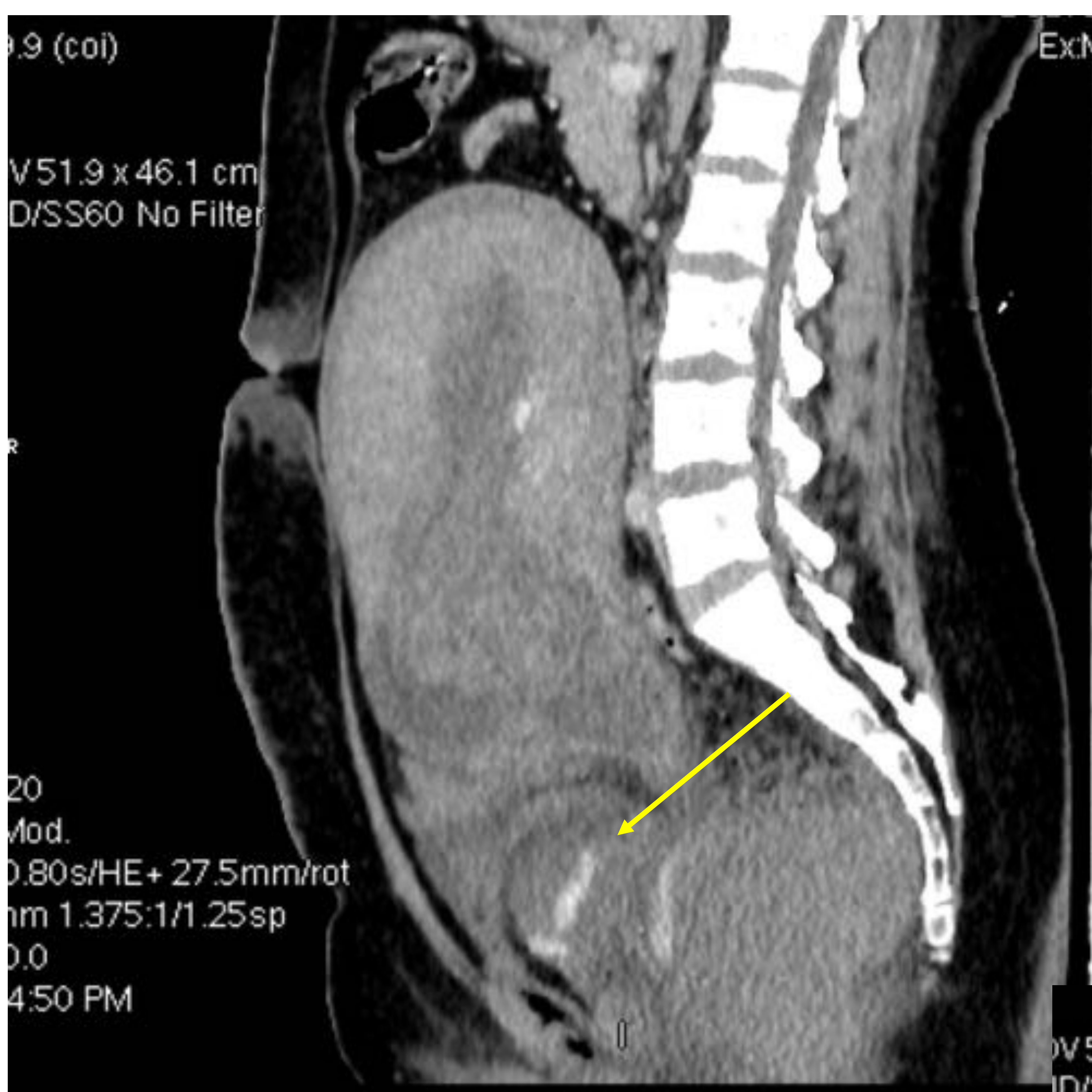
## Hemorragia postparto

La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. La causas incluyen atonía uterina, traumas o laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación.

En caso de producirse, la realización de un TC con CIV aporta información muy útil al cirujano, ya que podemos valorar la presencia de sangrado activo, y el origen del mismo.



*Imágenes 15, 16 y 17, que muestran en los diferentes planos del espacio extravasación de contraste ev, en relación con sangrado activo, post-parto, a nivel de cérvix y cúpula vaginal.*



Imágenes 15,16 y 17



## Trombosis de la vena ovárica

Se da en menos de un 2% de los casos, casi siempre entre 2-10 días tras el parto. Es más frecuente en el lado derecho (80-90%) por la mayor longitud de la vena derecha y tras cesárea. Se manifiesta con fiebre y dolor. Puede complicarse con tromboembolismo pulmonar.

Puede alcanzarse el diagnóstico con ecografía, pero la TC facilita su visualización. Se aprecia un defecto de replección, **imagen 18**, que puede extenderse desde las venas anexiales periuterinas hasta la vena ovárica y su desembocadura en la cava inferior. Puede acompañarse de engrosamiento anexial edematoso.

Imagen 18





The logo for SERAM 34 features the word "SERAM" in a bold, lowercase, sans-serif font with a golden-yellow gradient. To its right, the number "34" is displayed in a large, dark purple, sans-serif font. The background of the logo is a white rectangular area with a colorful, abstract watercolor-like border in shades of blue, green, yellow, and pink.

**seram 34**

Sociedad Española de Radiología Médica

**Congreso Nacional**

**PAMPLONA 24 MAYO  
27 2018**

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

## **CONCLUSIONES**

Tanto la ecografía abdominal, como la Tc y en algunos casos la RM , son técnicas de imagen que aportan un diagnóstico preciso, en aquellas pacientes con dolor abdominal agudo/subagudo exploración ginecológica no concluyente, ayudando al manejo terapéutico ( médico o quirúrgico) de dichas pacientes.



## BIBLIOGRAFIA

1. Potter AW, Chandrasekhar CA. US and CT evaluation of acute pelvic pain of gynecologic origin in nonpregnant premenopausal patients. *Radiographics* 2008 ;28:1645-59.
2. Roche O, Chavan N, Aquilina J, Rockall A. Radiological appearances of gynaecological emergencies. *Insights Imaging* 2012 ;3:265-75.
3. Kamaya A, Shin L, Chen B, Desser TS. Emergency gynecologic imaging. *Semin Ultrasound CT MR* 2008;29:353-68. Review. Erratum in: *Semin Ultrasound CT MR*. 2008;29:491.
4. Duigenan S, Oliva E, Lee SI. Ovarian torsion: diagnostic features on CT and MRI with pathologic correlation. *AJR* 2012 Feb;19):W122-31
5. Lubner MG, Simard ML, Peterson CM, Bhalla S, Pickhardt PJ, Menias CO. Emergent and nonemergent nonbowel torsion: spectrum of imaging and clinical findings. *Radiographics* 2013 ;33:155-73.