

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP): UN DESAFÍO PARA EL RADIÓLOGO

María Azahara Hoyas García, Paola Barón Ródiz, Begoña Corral Ramos, Jimena Cubero Carralero, Alice Pérez De Los Ríos, Wilmar Antonio Ocampo Toro.

Servicio de Radiodiagnóstico.

Hospital Universitario Severo Ochoa (HUSO), Leganés, España.

OBJETIVOS DOCENTES

- 1.Repasar conceptos claves de la epidemiología, fisiopatología y clínica de la EIP.
- 2.Definir los diferentes estadios de la enfermedad y establecer su espectro diagnóstico mediante la tomografía computarizada (TC).
- 3.Revisar los diagnósticos diferenciales frecuentes de la EIP.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es una afección del tracto genital superior de las mujeres, consecuencia de un proceso infeccioso ascendente desde la vagina y el cérvix, que provoca una inflamación en la superficie epitelial de endometrio, trompas, ovarios y/o peritoneo.

Los síntomas y signos clínicos de presentación son a menudo inespecíficos mimetizando otras enfermedades abdominales o pélvicas como apendicitis, diverticulitis o torsión ovárica, entre otras. En este contexto, la TC es con frecuencia la primera prueba de imagen empleada en la evaluación de las pacientes con EIP.

EPIDEMIOLOGÍA

La EIP es la causa ginecológica más frecuente de asistencia a los Servicios de Urgencias. Un gran porcentaje de los casos (hasta un 70%) no se diagnostican.

ETIOLOGÍA

Infección causada principalmente por gérmenes de transmisión sexual como *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Mycoplasma genitalium*, también puede estar causada por patógenos aerobios y anaerobios que comprometen la flora bacteriana vaginal (vaginosis bacteriana) o por gram negativos entéricos .

El 30-40% de las infecciones son polimicrobianas.

En muchos casos no se llega a conocer la etiología.

CLÍNICA

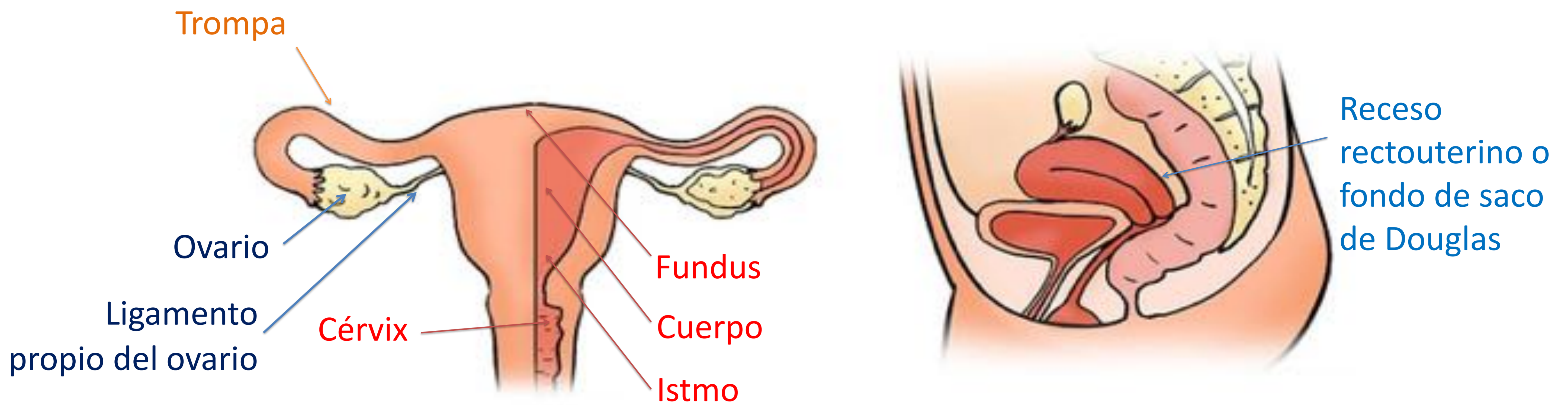
Con frecuencia cursa con signos y síntomas de poca intensidad y de forma subclínica.

Los síntomas mas frecuentes son dolor abdominal bajo, secreción vaginal anormal, sangrado intermenstrual o tras el coito, dispareunia, disuria y fiebre en algunos casos.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo están relacionados con la alteración de la barrera endocervical y los principales son las relaciones sexuales sin medidas de protección, edad joven, procedimientos uterinos previos como histerosalpingografía o fecundación *in vitro* y ser portador de dispositivos intrauterinos.

RECUERDO ANATÓMICO



El útero consta de dos partes: un segmento bajo constituido por el cuello uterino y un segmento alto que es el cuerpo. La porción del cuello uterino que queda expuesta a la vagina es el exocervix, o porción vaginal del cérvix. El área en la que el conducto cervical se abre hacia la cavidad endometrial se conoce como istmo. A cada lado de la parte alta del cuerpo, hay una porción que recibe la inserción de las trompas de Falopio, que se llama cuerno uterino, por encima, lo que resta del útero se denomina fundus.

El útero se fija gracias a estructuras ligamentosas como los ligamentos anchos, los ligamentos redondos y los úterosacros.

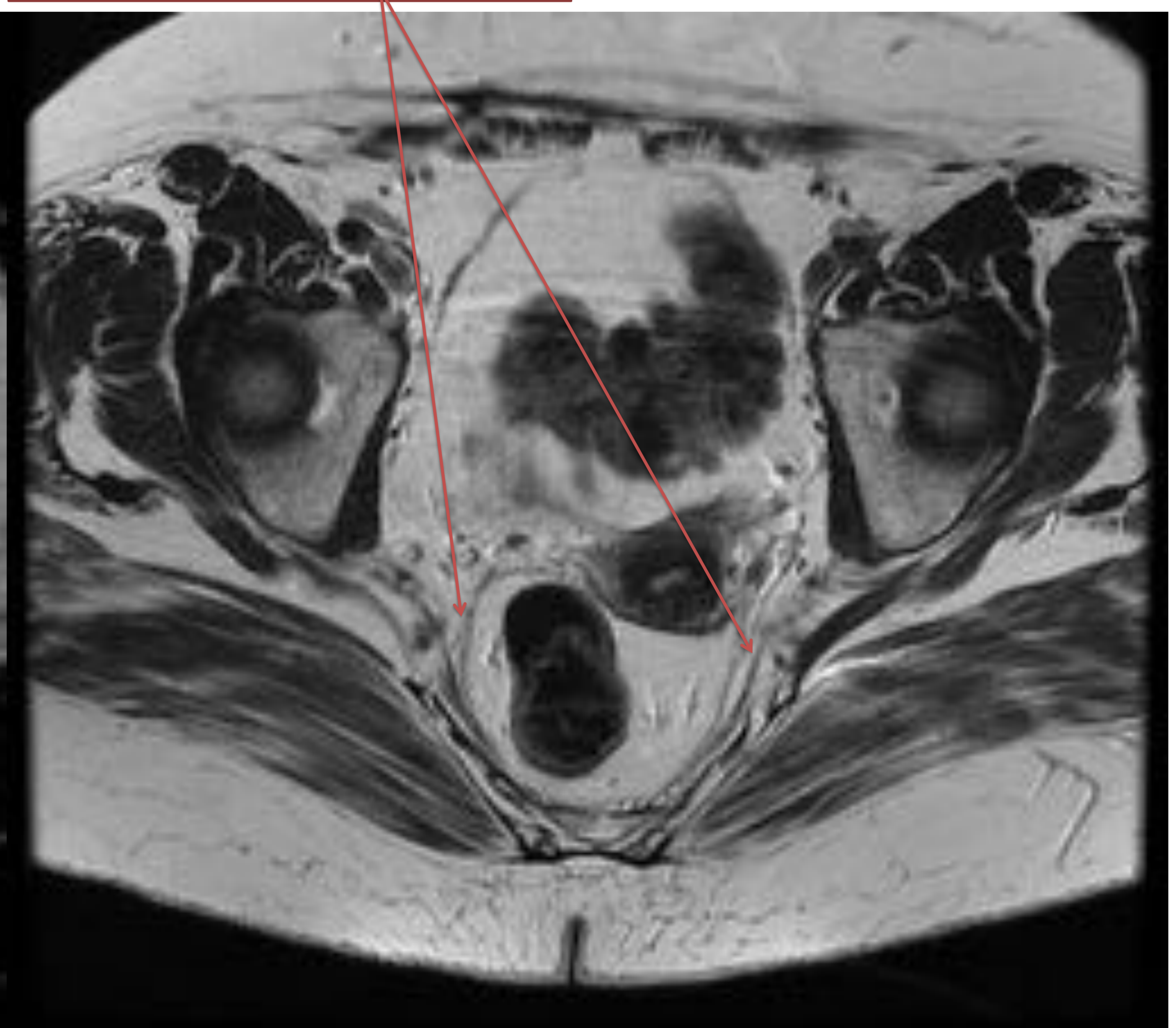
Todas estas estructuras se pueden ver afectadas en la EIP.

Ligamentos redondos



TC PELVIS AXIAL. Referencias: HUSO, Leganés, España.

Ligamentos úterosacros

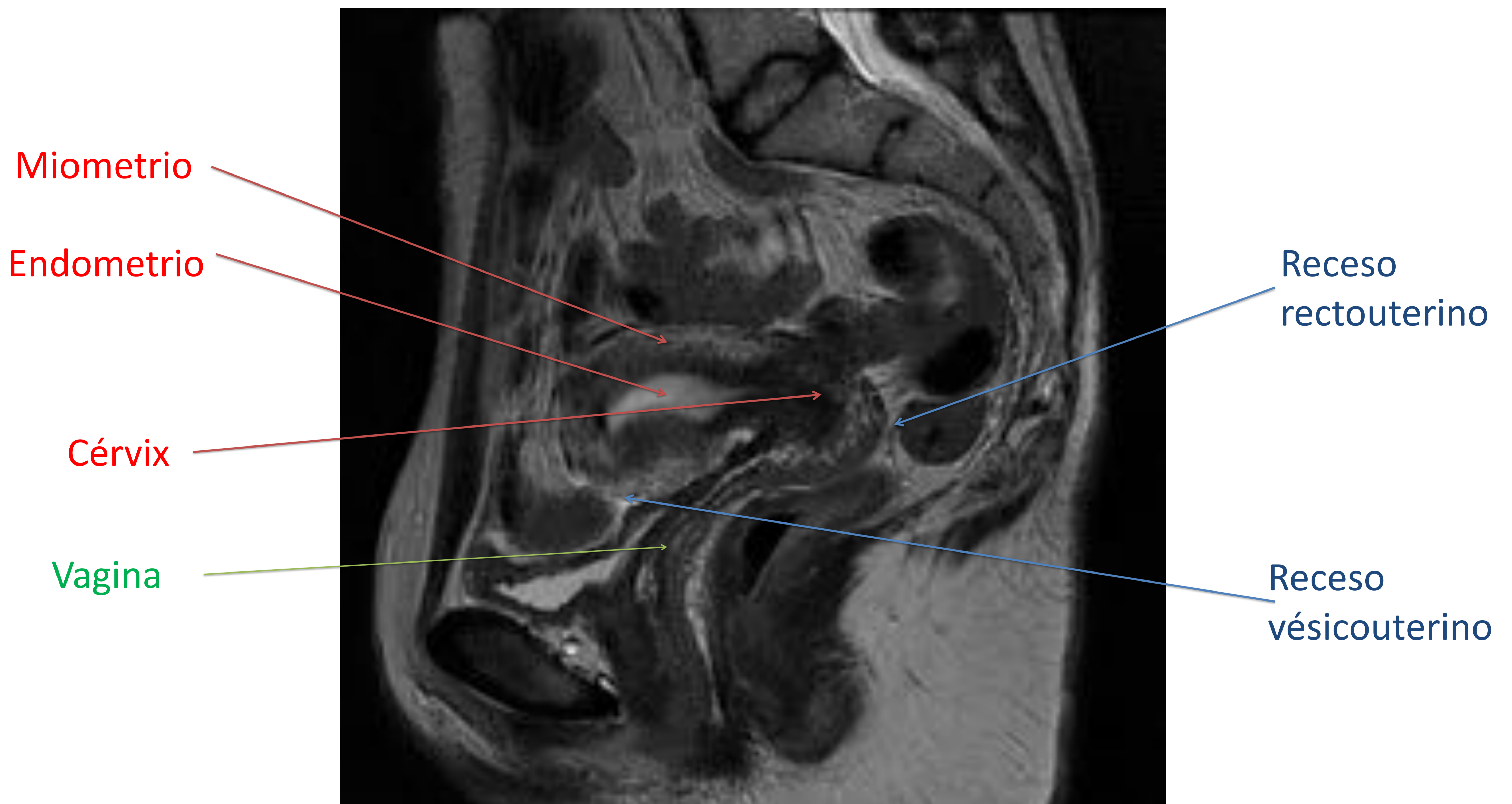


RM PELVIS AXIAL T2. Referencias: HUSO, Leganés, España.

RECUERDO ANATÓMICO

El útero esta formado por dos capas, el endometrio y el miometrio.

El peritoneo recubre al útero a nivel del istmo para cubrir la cara superior de la vejiga, formando el espacio o receso vésicouterino y por la pared posterior recubre el cuerpo uterino y la porción superior del cérvix extendiéndose hasta el recto, formando el receso rectouterino o fondo de saco de Douglas.



RM PELVIS SAGITAL T2. Referencias: HUSO, Leganés, España.

Por otro lado, las trompas de Falopio y ovario se conocen como anexos o anejos. Las trompas están divididas en varias regiones: intersticial (se encuentra dentro del espesor de la pared uterina), istmo, ampolla y fimbrias (en forma de embudo, se abren hacia la cavidad peritoneal y constituyen una conexión entre el extremo de la trompa y el ovario).

HALLAZGOS EN LA TC

La TC no solo nos puede permitir hacer diagnóstico diferencial con otras enfermedades pélvicas, también nos permite:

- Distinguir manifestaciones tempranas de la enfermedad: cervicitis, endometritis o salpingitis.
- Distinguir manifestaciones tardías de la enfermedad: piosalpinx, absceso tubo-ovárico o piometra.
- Detectar sus principales complicaciones: rotura de absceso tubo-ovárico y peritonitis o síndrome Fitz-Hugh-Curtis.



MANIFESTACIONES TEMPRANAS:

1. CERVICITIS

Se define como una inflamación del cérvix uterino.

En la TC podemos ver el cérvix aumentado de tamaño y edematoso con realce del canal endocervical. Aumento de densidad de la grasa parametrial y líquido libre en Douglas.

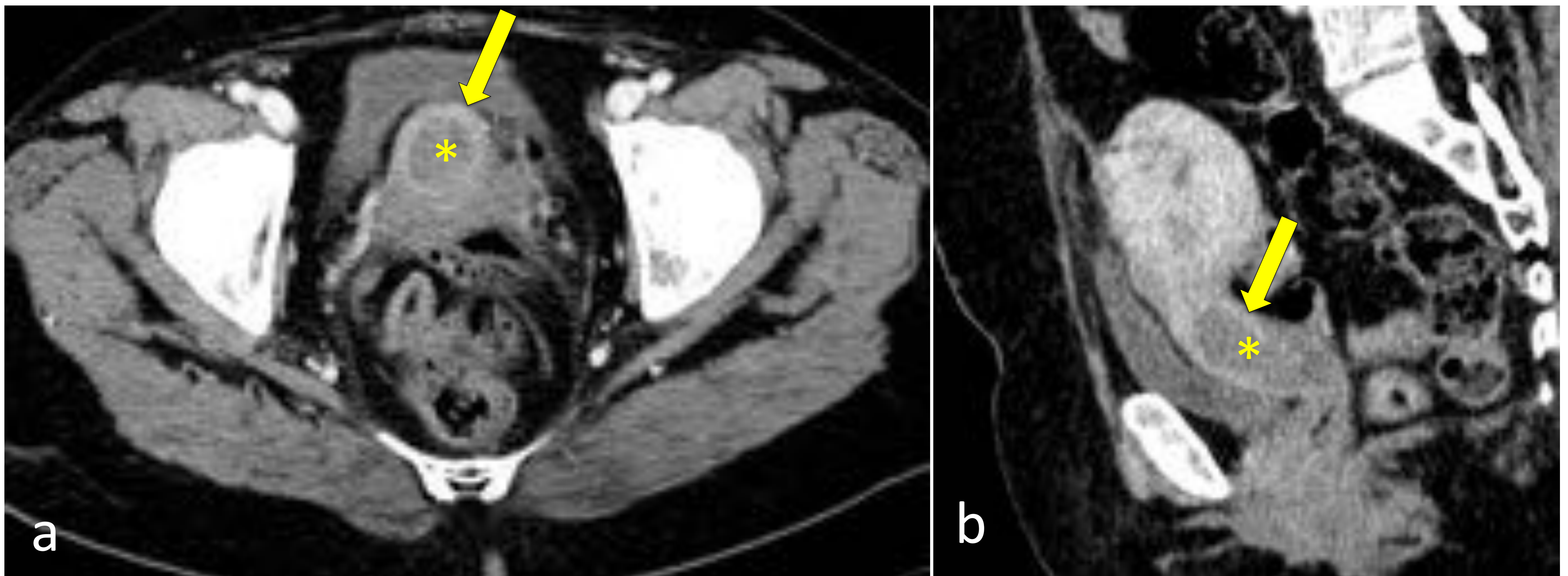


Figura 1: TC con contraste IV, axial (a) y reconstrucción sagital (b).

Mujer de 53 años con dolor en fosa ilíaca derecha de 3 días de evolución, dudoso Blumberg positivo y aumento de reactantes de fase aguda.

En la TC podemos ver el cérvix edematoso y aumentado de tamaño (flecha amarilla), con realce heterogéneo del canal endocervical (*). Esta imagen es compatible con cervicitis.

Referencias: HUSO, Leganés, Madrid.

MANIFESTACIONES TEMPRANAS:

2. ENDOMETRITIS

Inflamación de la capa endometrial del útero. Más común durante el postparto y tras procedimientos ginecológicos invasivos.

Cursa de manera asintomática generalmente.

En la TC veremos aumento del tamaño del útero con acumulación de líquido en el canal endometrial. Aumento del realce endometrial causado por hiperemia de la mucosa y pérdida de la distinción nítida del borde uterino de la grasa adyacente.

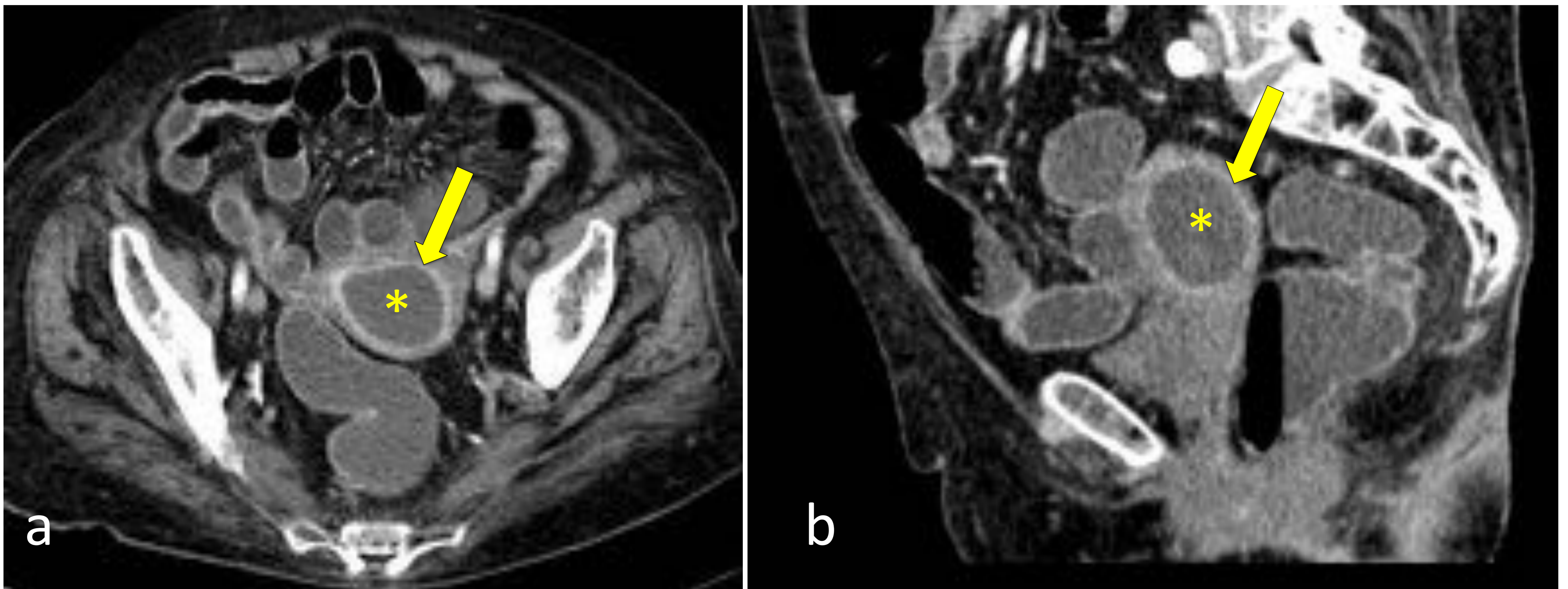


Figura 2: TC con contraste IV, axial (a) y reconstrucción sagital (b).

Mujer de 76 años que acude al Servicio de Urgencias por diarrea y malestar general.

En la TC podemos ver distensión de la cavidad uterina (*) con abundante contenido líquido en su interior y marcado realce endometrial (flecha amarilla). Hallazgos compatibles con endometritis.

Se aisló *Proteus mirabilis* en el aspirado endometrial.

Referencias: HUSO, Leganés, España.

MANIFESTACIONES TEMPRANAS:

3. SALPINGITIS

Es la manifestación temprana de la EIP más frecuente.

Se define como la inflamación de una o ambas trompas de Falopio.

Puede cursar desde asintomático hasta dolor pélvico severo.

La laparoscopia exploradora es el “gold standard” para su diagnóstico (uso limitado por ser invasiva y por su elevado coste).

En la TC veremos engrosamiento > 5 mm de la trompa en corte axial (especificidad del 95%), realce de la pared y liquido libre en los recesos peritoneales.

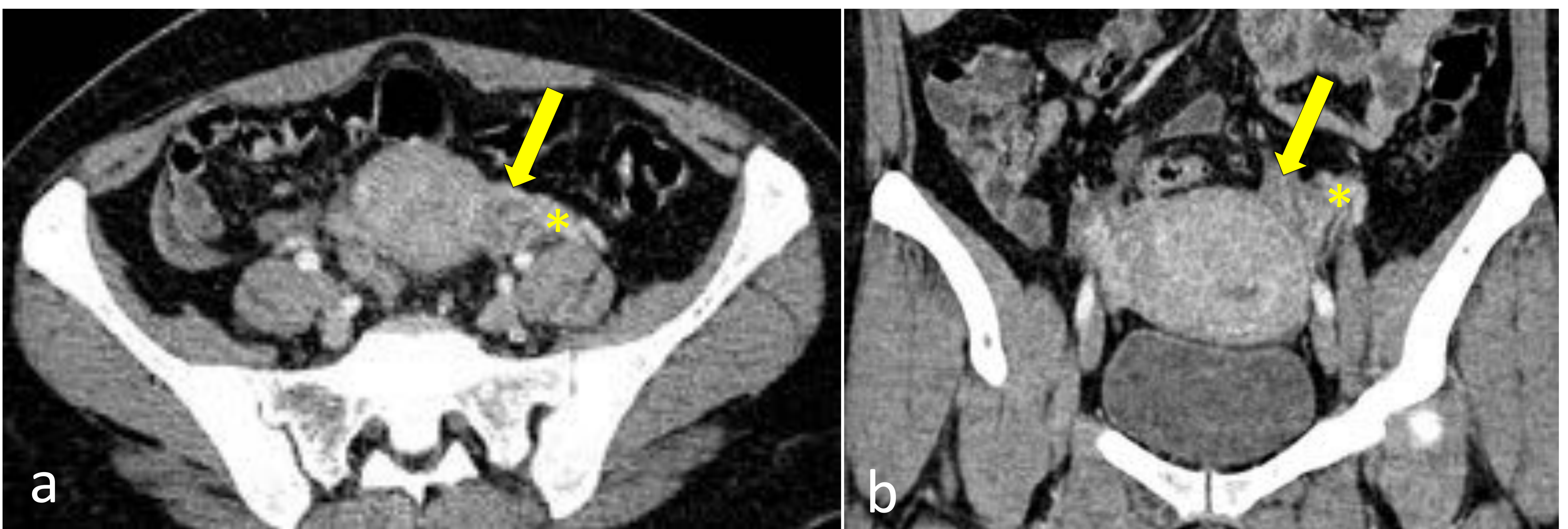


Figura 3: TC con contraste IV, axial (a) y reconstrucción coronal (b).

Mujer de 45 años con dolor en hemiabdomen inferior de 24 horas de evolución con fiebre de 39 °C, a la exploración presenta un abdomen doloroso a la palpación en hipogastrio con defensa abdominal.

En la TC podemos ver engrosamiento de ambas trompas de Falopio, mayor del lado izquierdo (17 mm) (flecha amarilla) con aumento del realce de las mismas. Ovario izquierdo de características normales (*). Hallazgos compatibles con salpingitis.

Se detectó *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma parvum* en el exudado vaginal.

Referencias: HUSO, Leganés, España.

MANIFESTACIONES TARDÍAS DE LA EIP:

1. PIOSALPINX

Infección de las trompas de Falopio complicada con obstrucción por material purulento.

En la TC podemos evidenciar una estructura tubular ensanchada con material de alta densidad en su interior pudiendo presentar tabiques. Aumento de densidad de la grasa periuterina y líquido libre en los recesos.

Cuando la inflamación disminuye el pus pasa a ser un fluido seroso, denominándose hidrosalpinx. La pared de la trompa en este caso es fina y no realza. El fluido interno es simple, de menor atenuación y los tabiques suelen estar incompletos.



Figura 4: TC con contraste IV, axial.

Mujer de 41 años que acude al Servicio de Urgencias presentando dolor abdominal de cuatro días de evolución acompañado de leucorrea y febrícula.

En la TC vemos una imagen anexial derecha (flecha amarilla) con valores de atenuación altos. Útero miomatoso (U).

Imagen compatible con piosalpinx derecho.

Tras su hospitalización se instaura tratamiento antibiótico IV con buena evolución clínica y analítica.

Referencias: HUSO, Leganés, España.

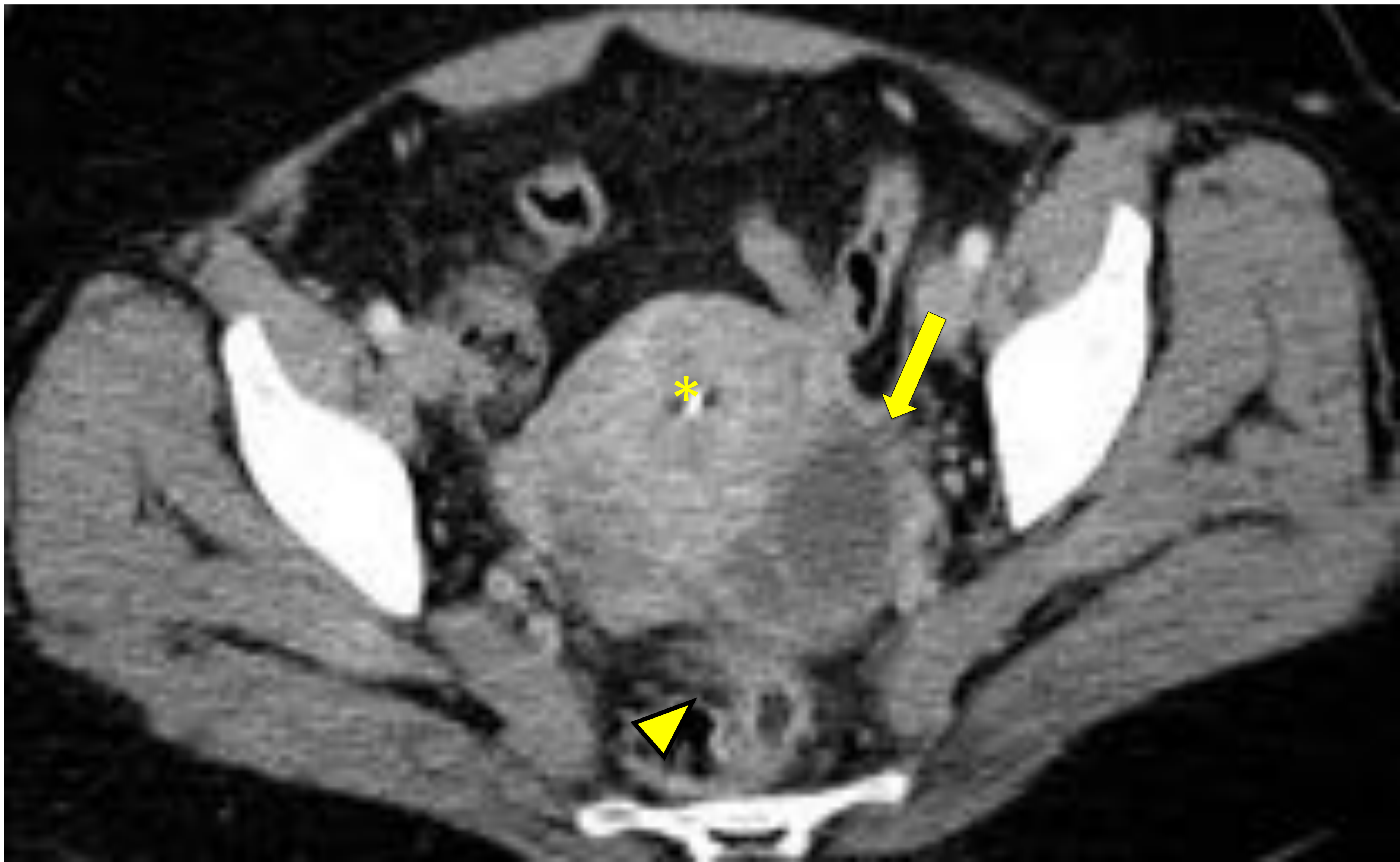


Figura 5: TC con contraste IV, axial.

Mujer de 42 años con dolor en fosa iliaca izquierda. Se solicita TC de abdomen ante la sospecha de diverticulitis aguda.

En la TC se evidencia lesión anexial izquierda (flecha amarilla) con material de alta densidad en su interior y septos finos. Discreto aumento de densidad de la grasa periuterina (cabeza de flecha). Portadora de dispositivo intrauterino (*). Hallazgos compatibles con piosalpinx izquierdo.

Buena evolución con tratamiento antibiótico IV.

Referencias: HUSO, Leganés, España.

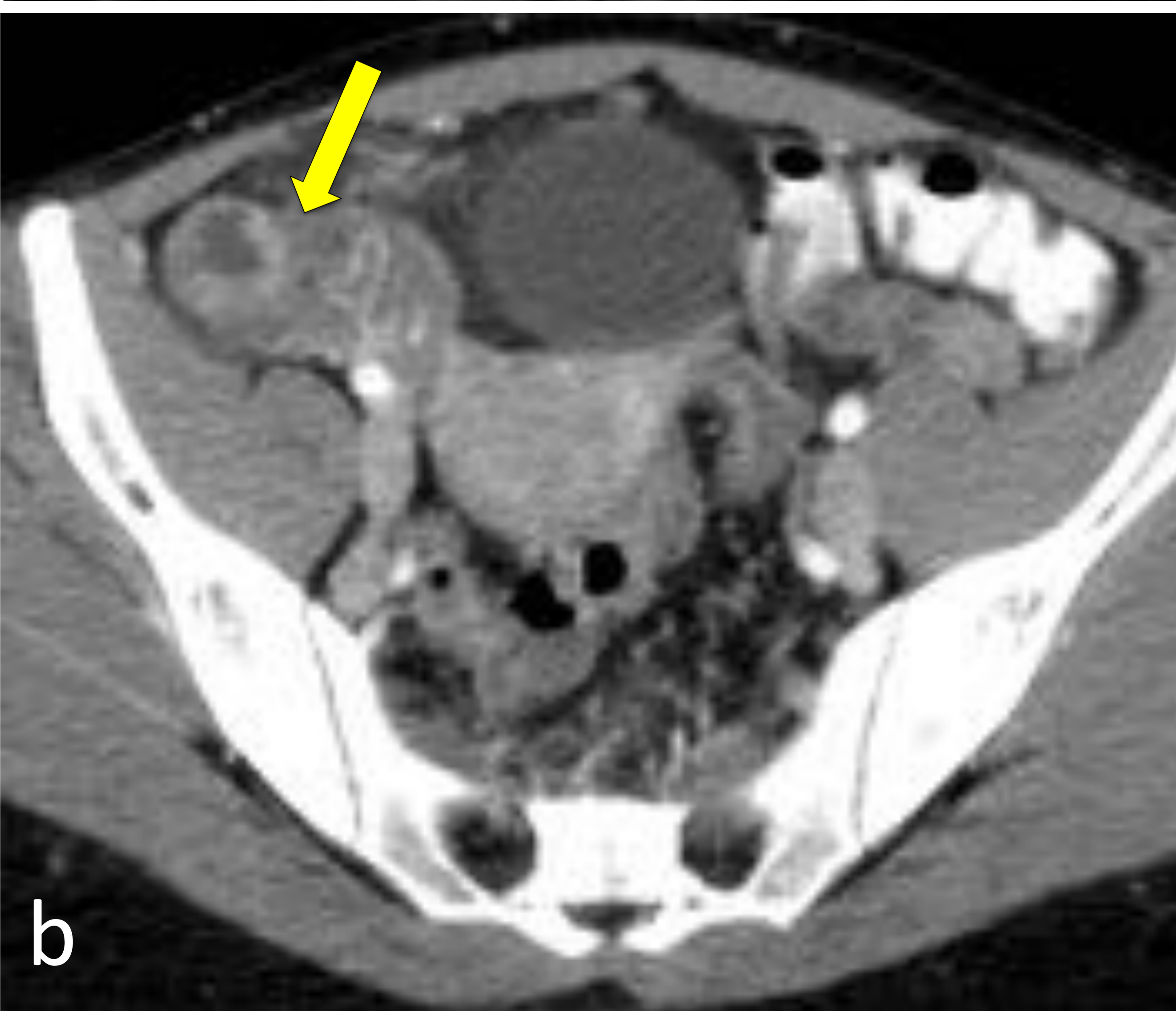
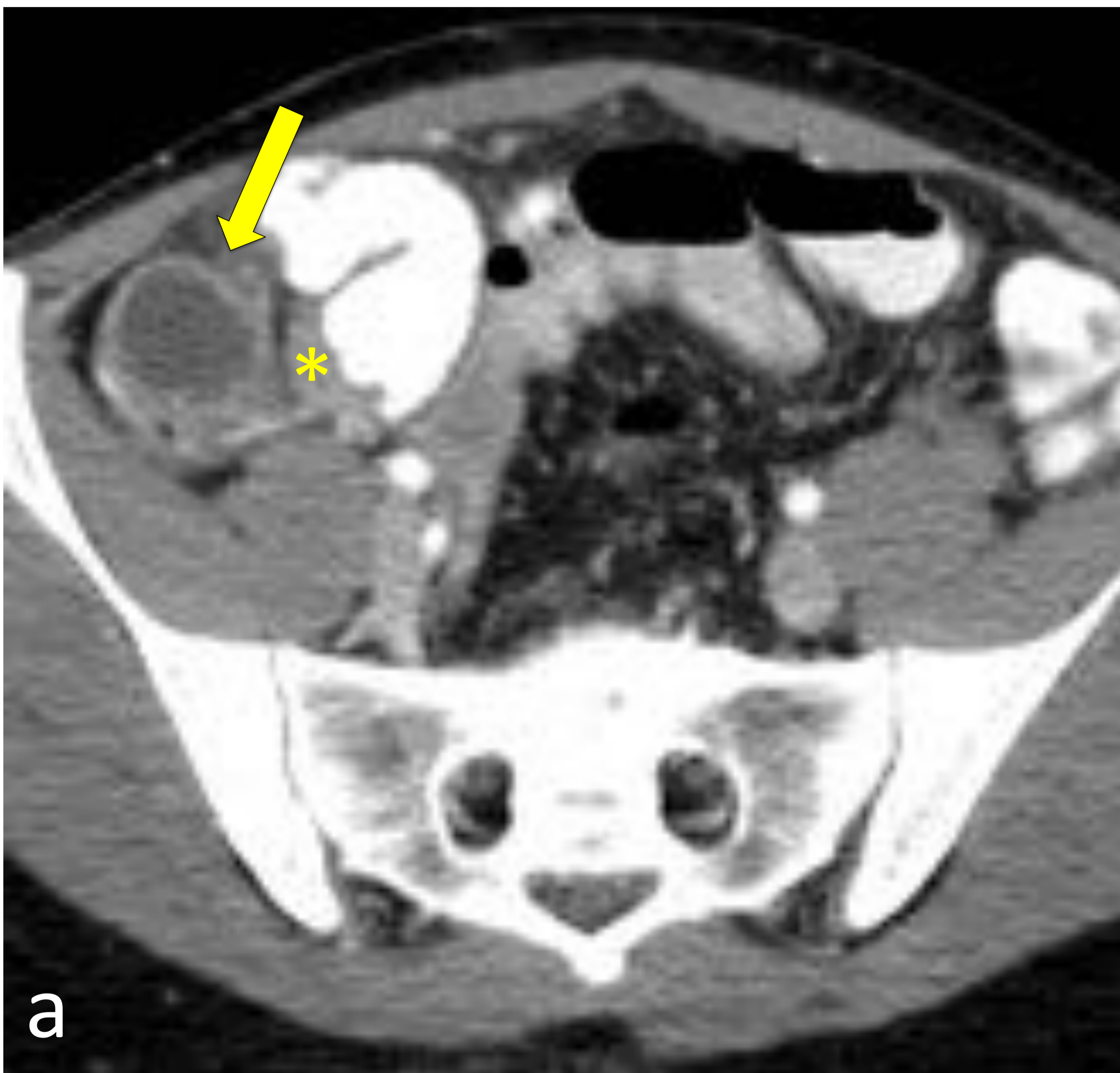


Figura 6: TC con contraste IV, axial (a , b y c).

Mujer de 25 años que acude a Urgencias por dolor continuo en fosa iliaca derecha con sospecha de apendicitis.

En la TC se evidencia a nivel de fosa iliaca derecha una estructura tubular ancha con material complejo y de alta densidad en su interior (flecha amarilla) que corresponde a la trompa derecha. También se evidencia aunque en menor medida afectación de la trompa izquierda (cabeza de flecha). El apéndice se visualiza de calibre normal (*). Hallazgos compatibles con piosalpinx bilateral.

A la paciente se le realizó una salpingectomía derecha.

Referencias: HUSO, Leganés, España.

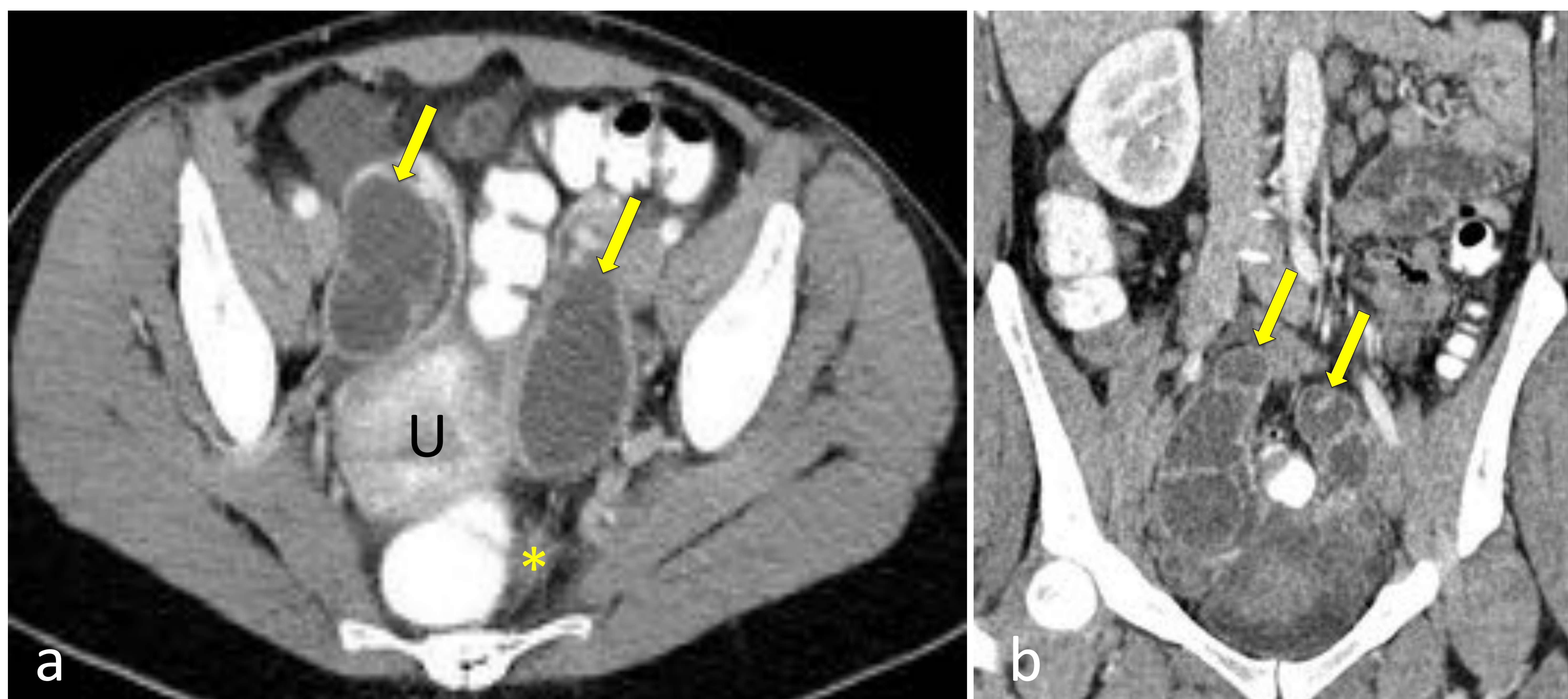


Figura 7: TC con contraste IV, axial (a) y reconstrucción coronal (b).

Paciente de 33 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal en hipogastrio y fiebre tras colposcopia y legrado endocervical.

En la TC se evidencia en la pelvis dos estructuras ovaladas y polilobuladas (flechas amarillas) a ambos lados del útero (U), que presentan un contenido hipodenso, con pared que capta contraste y tabiques internos. Mínima cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas (*). Hallazgos compatibles con piosalpinx bilateral.

Evolución favorable con tratamiento antibiótico.

Referencias: HUSO, Leganés, España.

MANIFESTACIONES TARDÍAS DE LA EIP:

2. ABSCESO TUBO-OVÁRICO

Es una de las manifestaciones tardías más graves de la salpingitis.

Ocurre en un 15 % de las pacientes con EIP. Unilaterales en el 25-50%.

En la TC podemos ver una masa anexial multiloculada y septada con pared engrosada, que realza tras la administración de contraste. Destrucción de la arquitectura anexial normal. Aumento de densidad de la grasa adyacente. Engrosamiento de los ligamentos úterosacros. Líquido libre en Douglas.

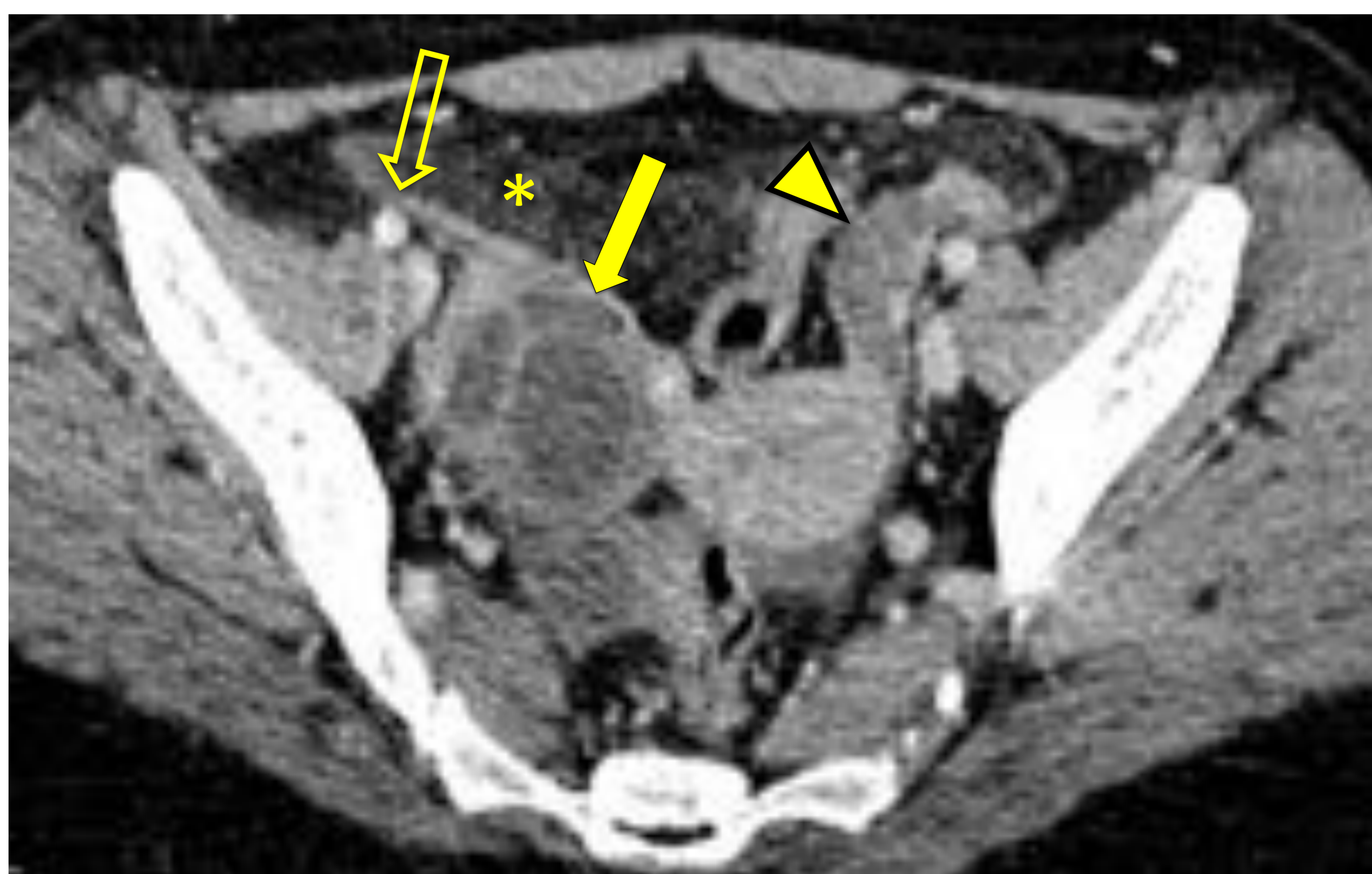


Figura 8: TC con contraste IV, axial.

Mujer de 22 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal y fiebre de tres días de evolución de hasta 39 °C.

En la TC se observa en la teórica localización del anejo derecho una colección multiloculada con pared gruesa e hipercaptante (flecha amarilla).

Trompa izquierda ensanchada con material de alta densidad en su interior (cabeza de flecha). Cambios inflamatorios en la grasa adyacente (*) y discreto engrosamiento de ambos ligamentos redondos, se muestra en la imagen el derecho (flecha hueca). Estos imágenes son compatibles con absceso tubo-ovárico derecho y piosalpinx izquierdo. Hallazgos confirmados quirúrgicamente, realizándose anexectomía derecha.

Referencias: HUSO, Leganés, España.



Figura 9: TC con contraste IV, axial (a) y reconstrucción coronal (b).

Mujer de 41 años que acude a Urgencias con dolor abdominal en fosa iliaca izquierda. PCR alta y leucocitosis.

En la TC se evidencia en la teórica localización del anejo izquierdo una lesión compleja multiloculada de 4 cm con pared gruesa y captante (flecha amarilla). Cambios inflamatorios en la grasa adyacente (*) y líquido libre en pelvis. Lesión loculada hipodensa en trompa derecha (cabeza de flecha) con pared gruesa. Estos hallazgos son compatibles con absceso tubo-ovárico izquierdo y piosalpinx derecho. Se realizó anexectomía izquierda y salpinguectomía derecha.

Referencias: HUSO, Leganés, España.

MANIFESTACIONES TARDÍAS DE LA EIP:

3. PIOMETRA

Forma crónica de endometritis que se caracteriza por la acumulación de pus en la cavidad uterina.

En la TC podemos evidenciar distensión de la cavidad uterina con líquido en su interior, a diferencia de la endometritis, este líquido es complejo, pueden verse burbujas de gas o nivel aire-líquido. Cambios inflamatorios en la grasa adyacente y líquido libre.

MANIFESTACIONES TARDÍAS DE LA EIP:

4. EIP POR ACTINOMICES

La enfermedad inflamatoria pélvica crónica es aquella de más de 30 días de evolución y está producida principalmente por dos patógenos: *Mycobacterium tuberculosis* y *Actinomyces*. La actinomicosis se produce por bacilos grampositivos.

Las lesiones se caracterizan por abscesos comunicados por trayectos sinusoidales que se extienden desde las lesiones a la piel, mucosas u órganos internos, rodeados de tejido de granulación y abundante fibrosis.

La evolución indolora y las características de las lesiones plantean como principales diagnósticos diferenciales las infecciones micóticas, tuberculosis y enfermedades malignas.

La actinomicosis pélvica está asociada al uso de dispositivos intrauterinos.

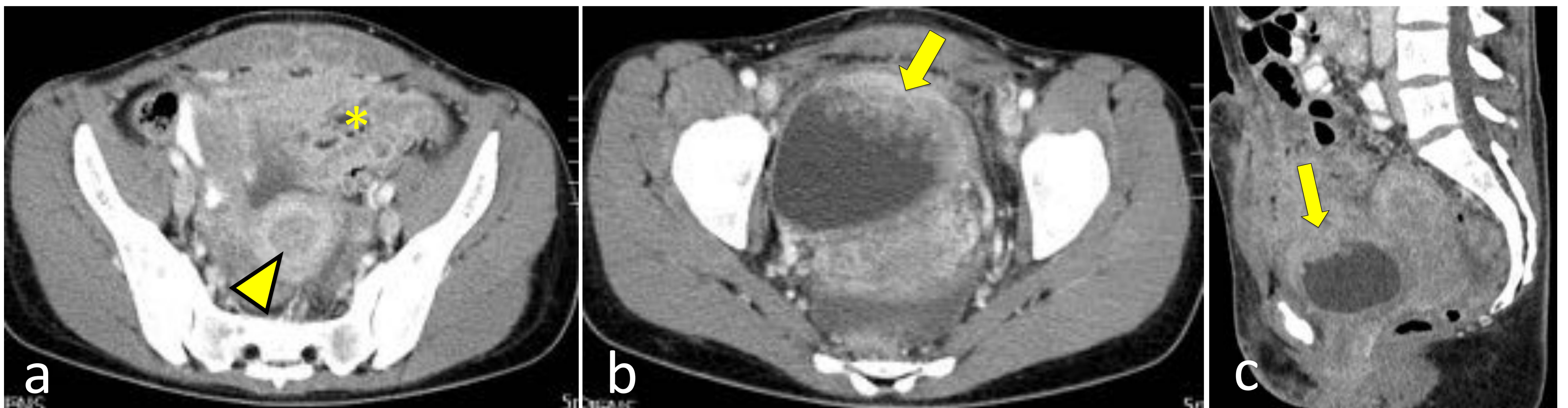


Figura 10: TC con contraste IV, axial (a y b) con reconstrucción sagital (c).

Mujer de 27 años con dolor en hipogastrio desde hace dos meses y distensión progresiva del hemiabdomen inferior. Presenta dispareuria, disuria progresiva, dolor con la defecación progresivo y leucorrea abundante. Portadora de dispositivo intrauterino durante unos 9 años, sin recambio. Retirada del mismo antes de empezar con la clínica.

En la TC se evidencia cavidad endometrial distendida y portadora de imagen densa en su interior, compatible con piometra (cabeza de flecha). Además presenta una masa (*) de partes blandas que se extiende a la cúpula vesical (flecha amarilla), espacio de Retzius llegando a la pared abdominal anterior, con áreas hipodensas en su interior.

Evolución favorable con tratamiento antibiótico de amplio espectro. En TC de control se aprecia disminución de tamaño de la masa, siendo los hallazgos radiológicos en este contexto clínico sugestivos de infección por actinomices.

Referencias: HUSO, Leganés, España.

COMPLICACIONES:

1. ROTURA DE ABSCESO TUBO-OVÁRICO Y PERITONITIS

Complicación con elevada mortalidad (5-10%).

En la TC podemos observar, además de los hallazgos propios del absceso tubo-ovárico, aumento de densidad de la grasa, líquido libre intraperitoneal, engrosamiento y realce de los planos fasciales y realce de las paredes peritoneales.

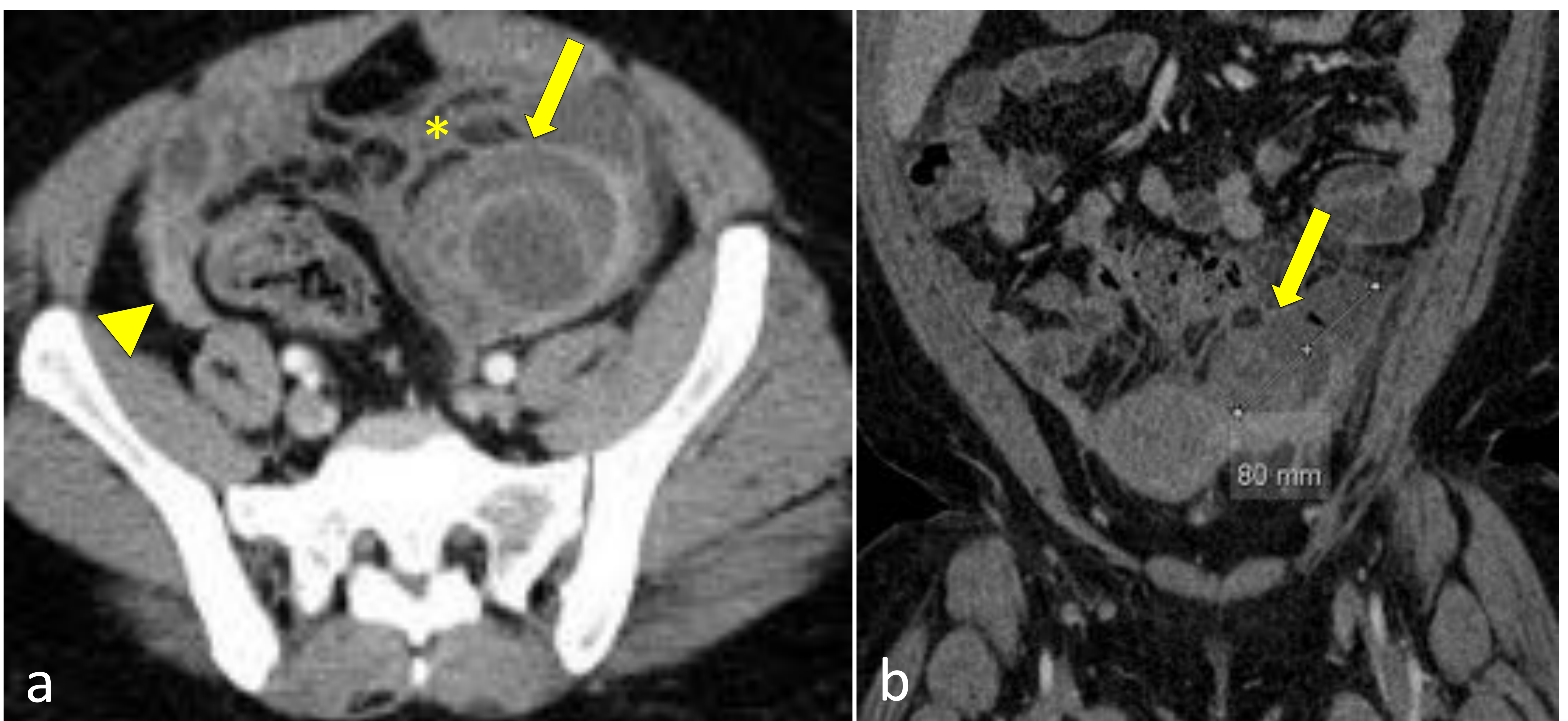


Figura 11: TC con contraste IV, axial (a) y reconstrucción coronal (b).

Mujer de 26 años que acude a Urgencias por dolor abdominal, localizado en fosa iliaca izquierda y sensación distérmica de varios días de evolución.

En la TC se identifica una colección polilobulada (flecha amarilla) de 8 cm en la teórica localización del anejo izquierdo, con paredes gruesas que captan contraste, que desplaza el útero hacia el lado contralateral. Importantes cambios inflamatorios en la grasa mesentérica adyacente a esta colección (*) con realce peritoneal (cabeza de flecha) y líquido libre en pelvis. Hallazgos compatibles con absceso tubo-ovárico izquierdo y peritonitis secundaria.

La paciente durante el tratamiento con antibioterapia IV empeoró clínicamente por lo que se le realizó anexectomía izquierda. La paciente presentó shock séptico que se resolvió en 48 horas con buena evolución posterior.

Referencias: HUSO, Leganés, España.

COMPLICACIONES:

2. SÍNDROME FITZ-HUGH-CURTIS

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es una perihepatitis secundaria a EIP.

Se produce por diseminación peritoneal de la infección, con afectación secundaria de la cápsula de Glisson e inflamación del parénquima hepático subcapsular.

En la TC se evidencia engrosamiento y realce aumentado de la cápsula hepática y subcapsular. Líquido y cambios en la grasa de la pelvis, gotiera e hipocondrio derechos.

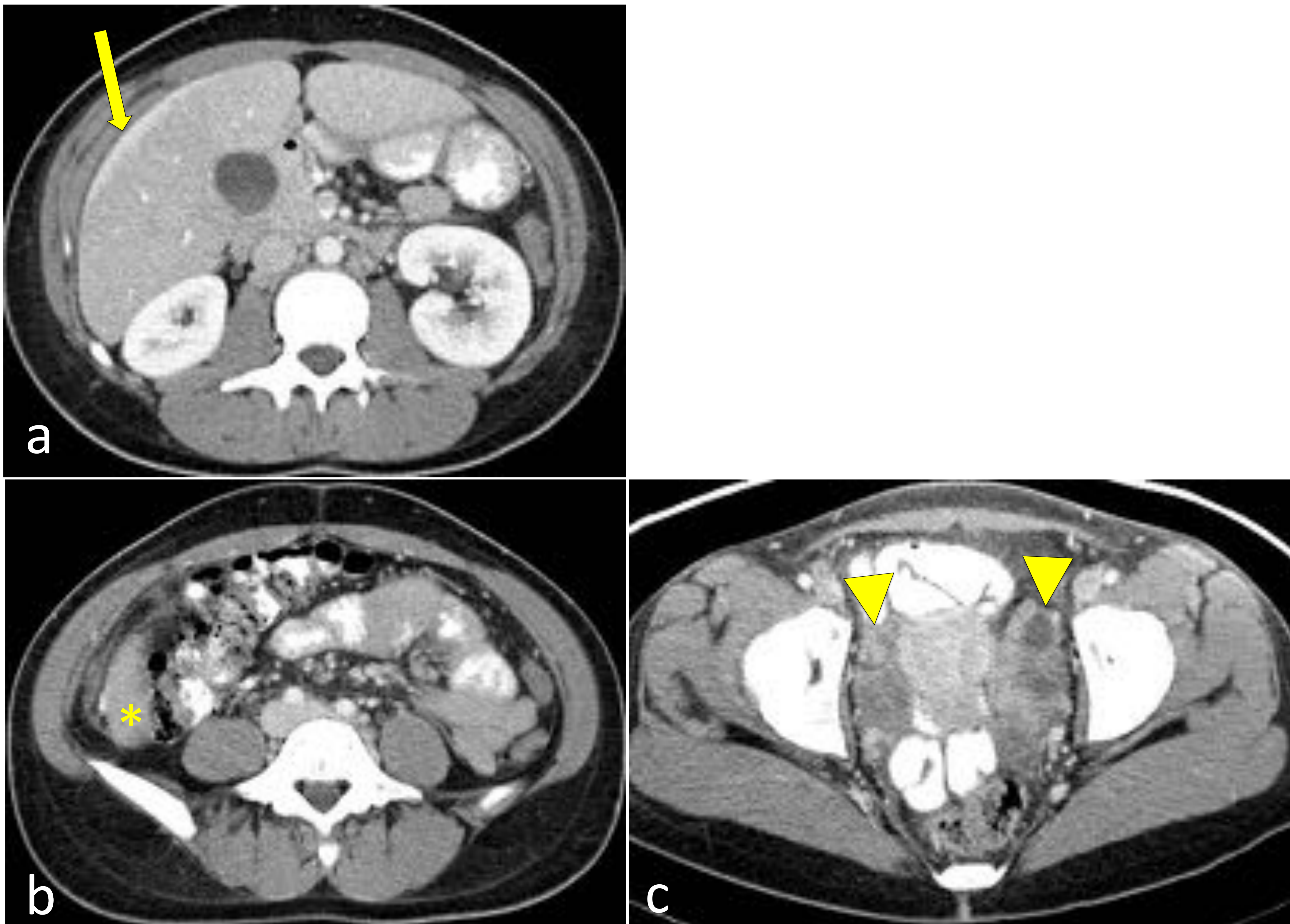


Figura 12: TC con contraste IV, axial (a, b y c).

Mujer de 25 años, que acude a Urgencias por dolor abdominal en fosa iliaca e hipocondrio derecho de varios días de evolución y diarrea líquida. Se solicita TC abdominal ante la sospecha de apendicitis.

En la TC se evidencia una banda hiperdensa subcapsular en localización anterior del lóbulo hepático derecho (flecha amarilla), asociado a piosalpinx bilateral (cabezas de flechas). Cambios inflamatorios en la grasa de la gotiera paracólica derecha (*). Hallazgos compatibles con síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

La paciente ingresa para antibioterapia IV con buena evolución clínica y analítica.

PCR de exudado vaginal positiva para *Chlamydia trachomatis*.

Referencias: HUSO, Leganés, España.

COMPLICACIONES:

3. DAÑO DE LA TROMPA

La EIP es una causa frecuente de formación de cicatrices y adhesiones en la luz de la trompa y en la grasa peritubárica con complicaciones como esterilidad tubárica o embarazo ectópico. Un 40-50% de los casos de esterilidad y un 30-40% de los casos de embarazo ectópico se deben a EIP.

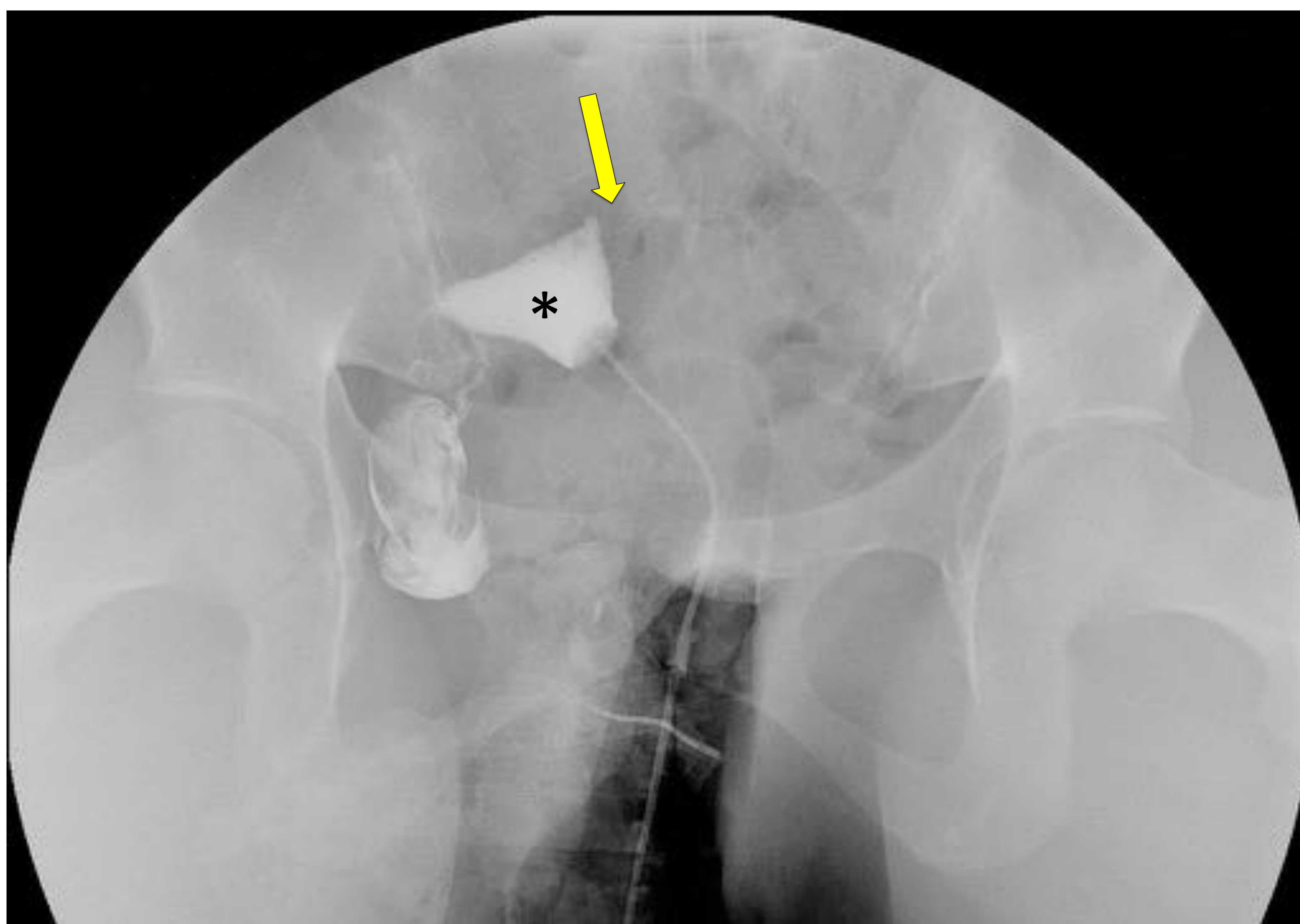


Figura 13: Histerosalpingografía.

Mujer de 35 años con esterilidad de dos años de evolución. Se introduce contraste en cavidad uterina a través de catéter balón visualizándose útero de morfología normal y contorno liso (*), sin evidencia de defectos de repleción. Se opacifica trompa derecha de morfología normal demostrándose paso de contraste a peritoneo. No se rellena la trompa izquierda (flecha amarilla) por lo que la trompa izquierda es no permeable.

Referencias: HUSO, Leganés, España.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

1. ENDOMETRIOSIS Y ENDOMETRIOMA

La endometriosis es una causa frecuente de dolor pélvico e infertilidad. Los endometriomas o endometriosis ovárica constituyen la forma más frecuente de endometriosis. Debemos incluirlos en el diagnóstico diferencial de prácticamente todas las lesiones quísticas anexiales.

La ruptura de un endometrioma puede producir adhesiones y fibrosis en el peritoneo y peritubáricas.

Ecográficamente la imagen típica corresponde a un quiste con ecos finos en su interior y pequeños focos hiperecogénicos en la pared.

En la TC puede dar imágenes no específicas y asemeja una EIP. Múltiples lesiones complejas con componentes de alta atenuación en su interior y hemosalpinx nos orientan a endometriosis.

La RM nos ayuda a confirmar el diagnóstico y nos permite diferenciarlo de la EIP, veremos lesiones hiperintensas en T1 y T1 con supresión grasa e hipointensas con degradado en T2.



Figura 14: Ecografía pélvica.

Mujer de 26 años que acude a Urgencias por dolor hipogástrico de 24 horas de evolución. Refiere fiebre domiciliar termometrada de 38 °C. Se realiza ecografía pélvica, ovario izquierdo (flecha amarilla): lesión quística con ecos internos finos, imagen compatible con endometrioma de 38 mm. No líquido libre en la pelvis. No cambios en la grasa. Imagen compatible con endometriosis.

Referencias: HUSO, Leganés, España.

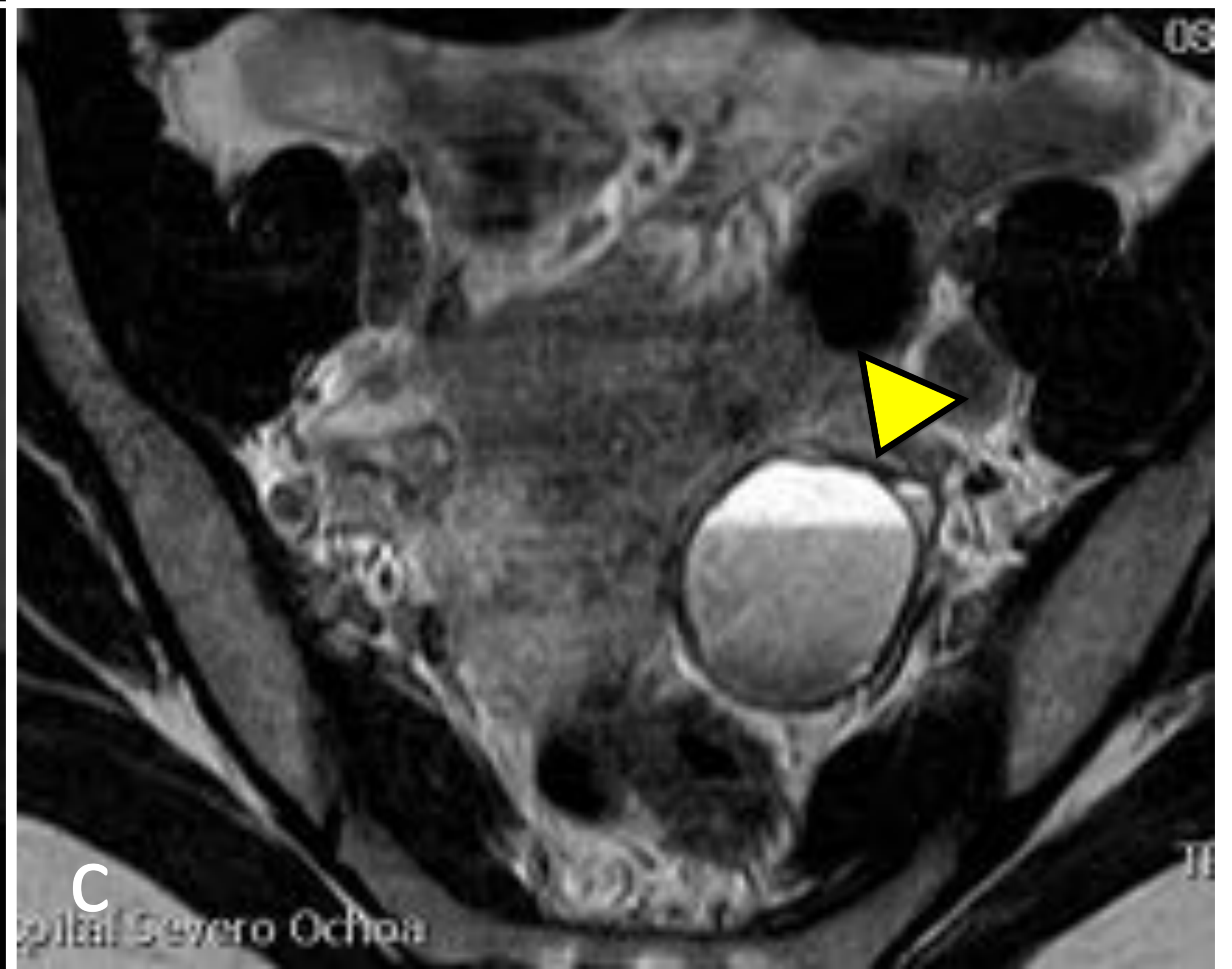


Figura 15: TC con contraste IV, axial (a). RM sin contraste IV, axial T1 supresión grasa (b) y axial T2 (c).

Mujer de 34 años con dolor abdominal de larga evolución con gastroscopia y colonoscopia normal.

Se evidencia lesión hipodensa en ovario izquierdo (flecha amarilla).

En la RM se observa lesión de aproximadamente 36 mm marcadamente hiperintensa en secuencia T1 con supresión grasa (flecha hueca), apreciándose en secuencia T2 imagen de nivel con menor intensidad señal en la porción declive, el "signo de sombreado" (cabeza de flecha), compatible con endometrioma.

Referencias: HUSO, Leganés, España.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

2. TORSIÓN OVÁRICA

Puede mimetizar una EIP tanto clínicamente como por la imagen.

En la TC podemos ver un ovario agrandado mas de 5 cm, sin o con poco realce tras la administración de contraste y desviación del útero hacia el lado afecto.

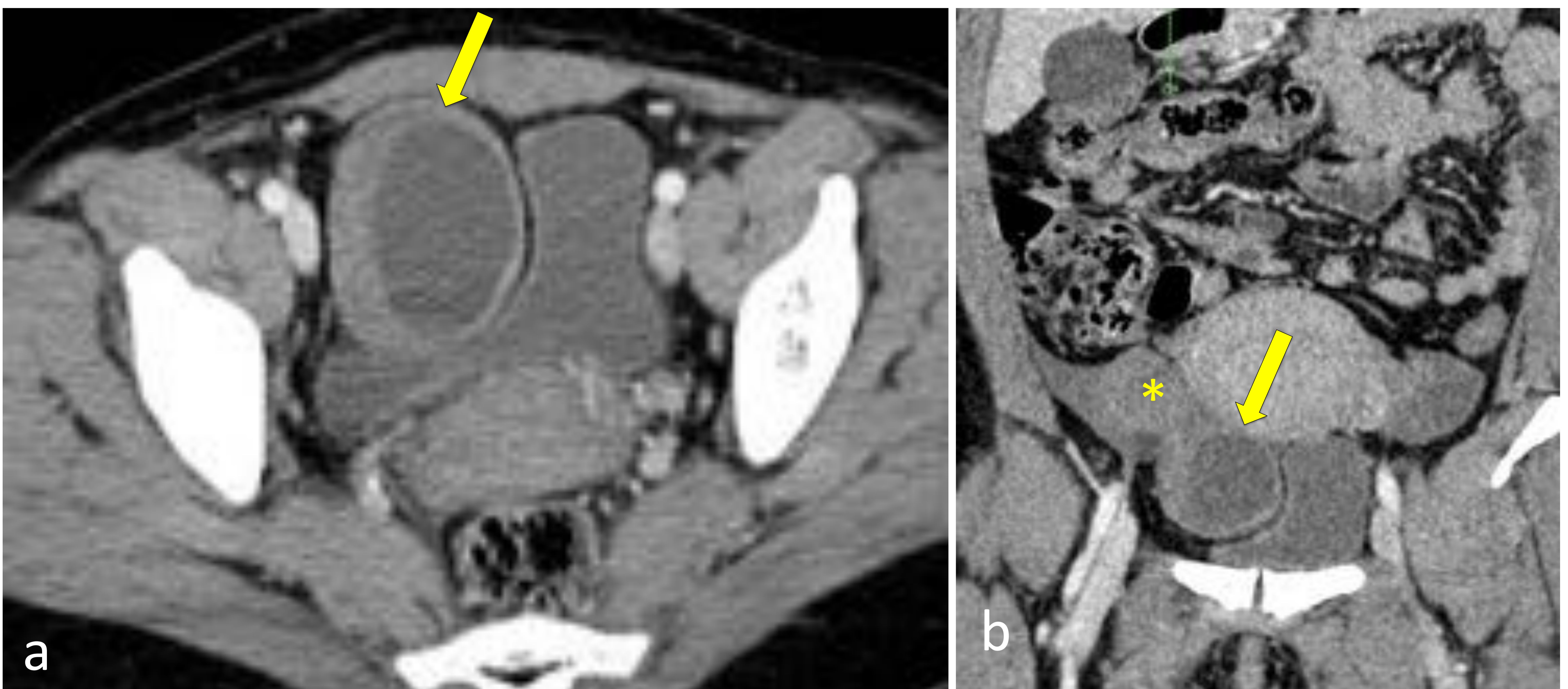


Figura 16: TC con contraste IV, axial (a) y reconstrucción coronal (b).

Mujer de 37 años que acude a la Urgencia General por dolor en fosa iliaca derecha de pocas horas de evolución. Afebril. Se solicitó TC para descartar apendicitis.

En el TC se evidencia que el ovario derecho (flecha amarilla) se encuentra marcadamente aumentado de tamaño con márgenes mal definidos y realce heterogéneo. Engrosamiento del pedículo ovárico derecho (*). Se identifica también pequeña cantidad de líquido periovárico. Hallazgos sugerentes de torsión ovárica.

Se realiza laparoscopia evidenciando necrosis ovárica derecha.

Referencias: HUSO, Leganés, España.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

4. APENDICITIS

La diferenciación clínica entre apendicitis y EIP puede ser un desafío.

En la TC veremos una estructura tubular dilatada (>7mm) que termina en fondo de saco y emerge del ciego, así como, engrosamiento de la pared cecal.

El aumento de densidad de la grasa periovárica, el desplazamiento del ligamento redondo hacia delante y una apariencia normal del ciego en mujeres jóvenes orienta a absceso de origen tubo-ovárico y va en contra del origen apendicular.

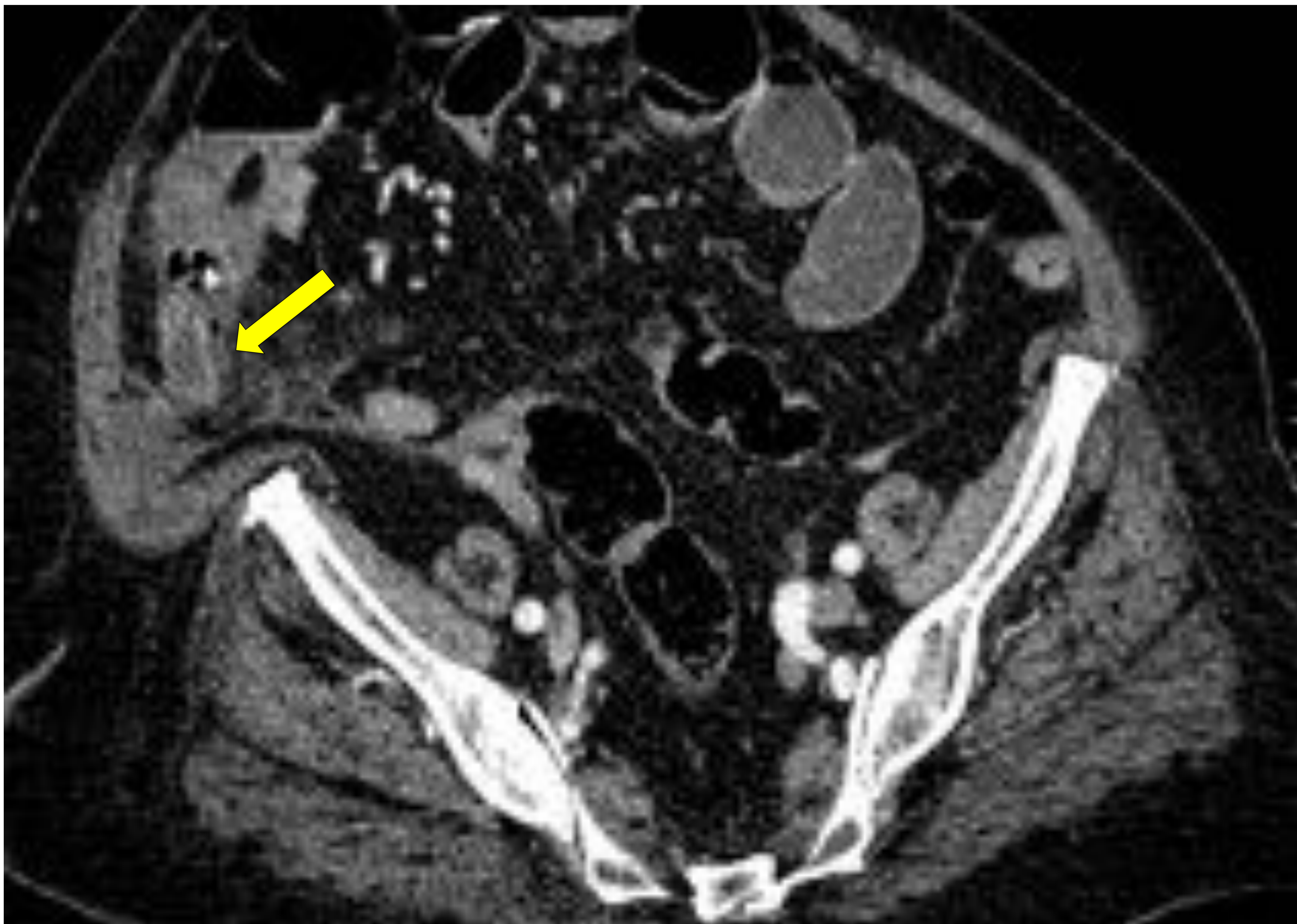


Figura 17: TC con contraste IV, axial.

Paciente de 71 años con dolor abdominal de 24 horas de evolución sin mejoría a pesar de analgesia y con reactantes de fase aguda elevados, dudoso Blumberg positivo.

En la TC se identifica estructura tubular terminada en fondo de saco compatible con apéndice cecal (flecha amarilla) con un diámetro máximo de 13,5 mm y alteración de la estructura de la base. Asimismo se visualiza aumento de densidad de la grasa adyacente y pequeñas burbujas de gas periapendiculares. En su interior se identifica estructura tubular hiperdensa que podría estar relación con apendicolito. Hallazgos compatibles con apendicitis perforada.

Referencias: HUSO, Leganés, España.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

5. Torsión del apéndice epiploico

La torsión del apéndice epiploico produce inflamación del tejido adiposo intraabdominal que cursa con dolor abdominal agudo localizado principalmente en flanco o fosa iliaca izquierda con pruebas de laboratorio normales.

La confirmación diagnóstica se basa en las pruebas de imagen, siendo la TC de elección.

En la TC se verá una lesión oval paracolónica menor de 5 cm de diámetro con densidad grasa que corresponde al apéndice epiploico torsionado, rodeada de un anillo hiperdenso y bien definido, que corresponde a la serosa del colon inflamada.

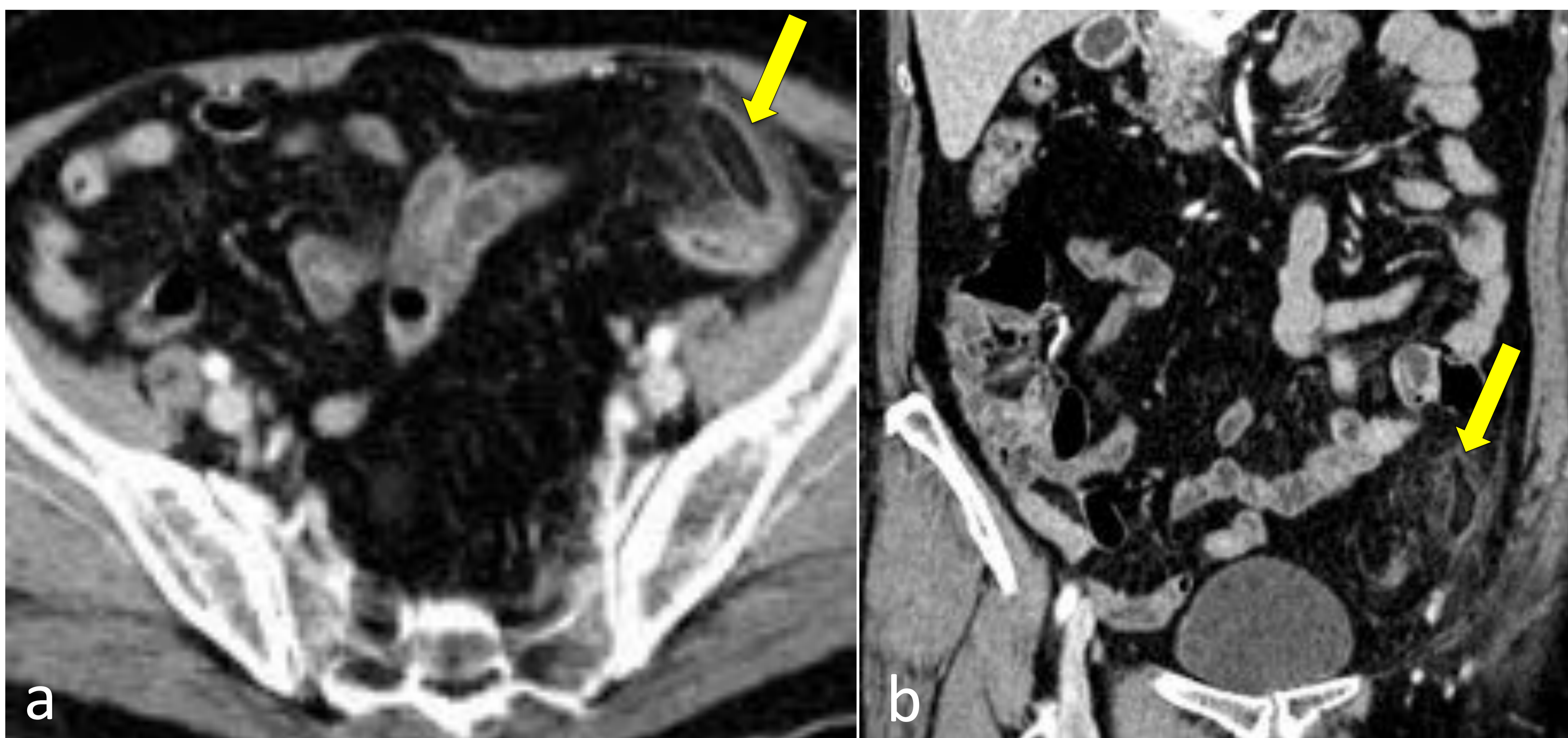


Figura 18: TC con contraste IV, axial (a) y reconstrucción coronal (b).

Mujer de 70 años con dolor en fosa iliaca izquierda y aumento de reactantes de fase aguda. Defensa a la palpación.

En FII adyacente a la unión del colon descendente con el sigma se identifica una imagen ovoidea (flecha amarilla) con densidad grasa que mide de 30 x 13 mm. Muestra captación periférica con aumento de la atenuación de la grasa mesentérica circundante. Estos hallazgos son compatibles con de torsión de apéndice epiploico.

Referencias: HUSO, Leganés, España.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

6. DIVERTICULITIS

Típico de pacientes de edad avanzada aunque ocasionalmente ocurre en mujeres premenopáusicas.

En la TC evidenciamos engrosamiento mural del colon asociado a un divertículo inflamado y cambios en la grasa mesentérica adyacente.

La presencia de gas extraluminal y la formación de fistulas va a favor del diagnóstico de diverticulitis y en contra de EIP.

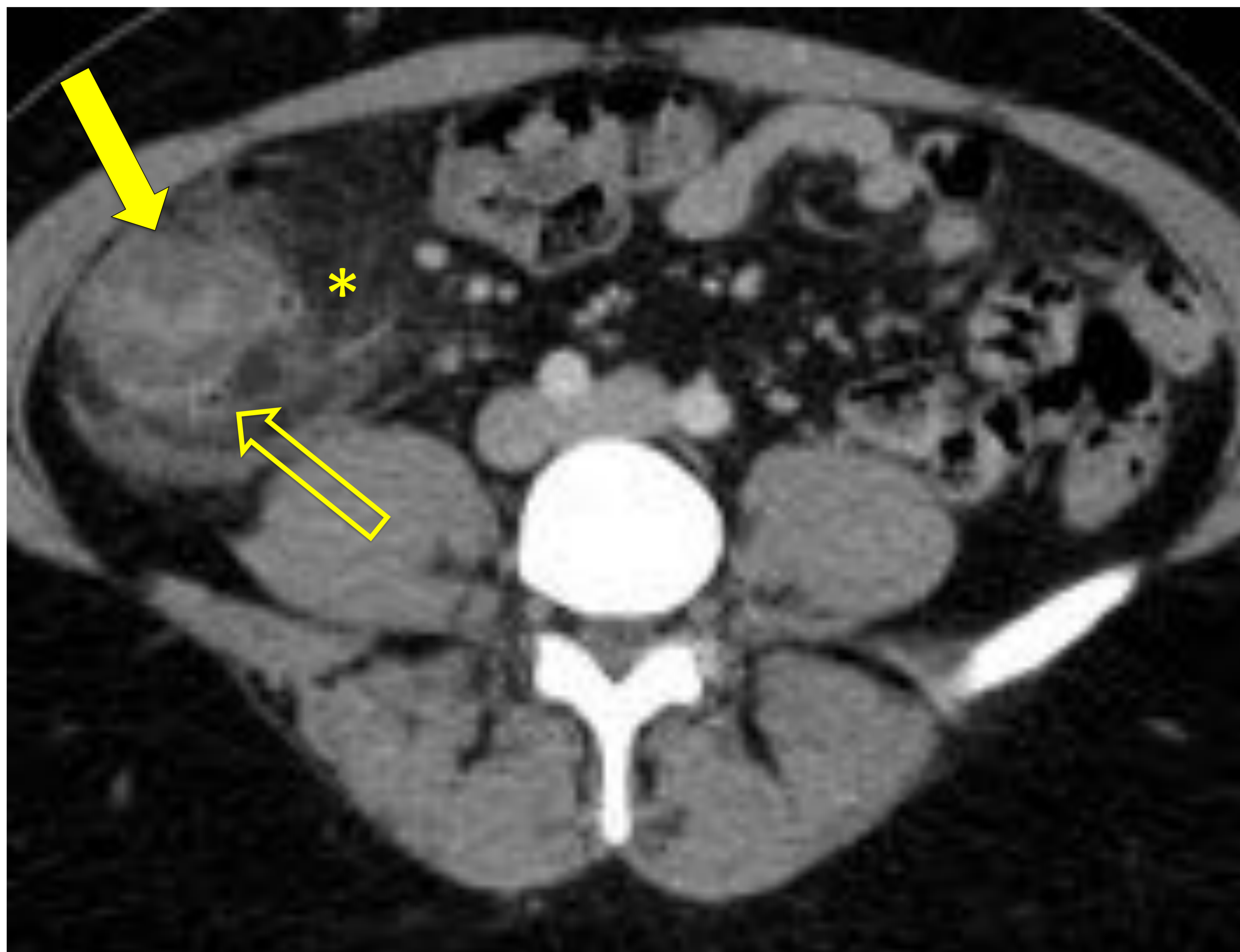


Figura 19: TC con contraste IV, axial (a y b).

Mujer de 39 años acude a Urgencias por dolor en hemiabdomen derecho focalizando en fosa iliaca derecha de 24 horas de evolución. En analítica presenta aumento de reactantes de fase aguda y a la exploración física Blumberg positivo. En la TC Se evidencia engrosamiento mural concéntrico de un segmento corto del colon derecho (flecha amarilla), presencia de divertículos (flecha hueca) con cambios inflamatorios en la grasa pericólica (*). Engrosamiento de la fascia lateroconal derecha. Moderada cantidad de líquido libre en gotiera paracólica derecha y pelvis. El apéndice era de tamaño normal (no se muestra). Hallazgos compatibles con diverticulitis aguda.

Referencias: HUSO, Leganés, España.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

7. OTROS

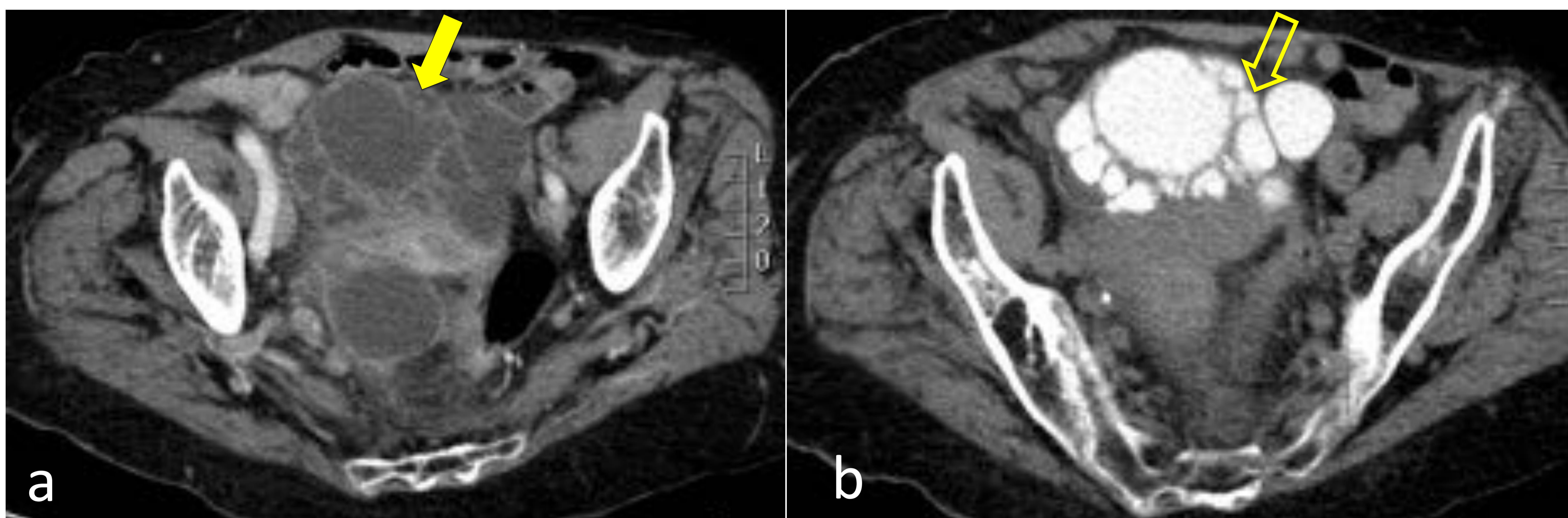


Figura 20: TC abdominal con contraste IV, axial (a) y axial con contraste en fase excretora (b).

Mujer de 94 años sin antecedentes relevantes, que acude por dolor hipogástrico y estreñimiento de 4 días de evolución con síndrome constitucional asociado. En analítica presenta PCR elevada y leucocitosis con neutrofilia. Se solicita valoración con TAC abdominal para descartar ileítis o diverticulitis.

En el TC se evidencian imágenes lobuladas de pared fina periuterinas de disposición continua (flecha amarilla) que podrían confundirse con abscesos en el seno de una EIP, no obstante en fase excretora se confirma su relleno (flecha hueca) en relación con divertículos vesicales.

CONCLUSIONES

1. La EIP es una enfermedad prevalente en mujeres.
2. Su detección en estadio temprano puede reducir el riesgo de esterilidad tubárica, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico.
3. Debido a que los síntomas y signos de presentación son poco específicos, la TC es con frecuencia la primera prueba de imagen empleada en la evaluación de las pacientes con EIP.
4. Es por tanto, de extrema importancia que el radiólogo conozca las principales manifestaciones de la EIP mediante TC.

REFERENCIAS

1. Curtis KM, Hillis SD, Kieke BA Jr, Brett KM, Marchbanks PA, Peterson HB. Visits to emergency departments for gynecologic disorders in the United States, 1992-1994. *Obstet Gynecol* 1998;91(6):1007–1012.
2. Price MJ, Ades AE, Welton NJ, Simms I, Macleod J, Horner PJ. Proportion of Pelvic Inflammatory Disease Cases Caused by Chlamydia trachomatis: Consistent Picture From Different Methods. *J Infect Dis* 2016 Aug 15;214(4):617-624.
3. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med*. 2015;372(21):2039-48.
4. Haggerty CL, Taylor BD. *Mycoplasma genitalium*: an emerging cause of pelvic inflammatory disease. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2011;2011:959816.
5. McCormack WM. Pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med* 1994;330(2):115–119.
6. Revzin MV, Mathur M, Dave HB, Macer ML, Spektor M. Pelvic Inflammatory Disease: Multimodality Imaging Approach with Clinical-Pathologic Correlation. *Radiographics* 2016 09/01; 2018/02;36(5):1579-1596.
7. Jung SI, Kim YJ, Park HS, Jeon HJ, Jeong KA. Acute pelvic inflammatory disease: diagnostic performance of CT. *J Obstet Gynaecol Res* 2011;37(3):228–235.
8. Kim MY, Rha SE, Oh SN, et al. MR imaging findings of hydrosalpinx: a comprehensive review. *RadioGraphics* 2009;29(2):495–507.
9. I. Romero Novo, V. Medina Iglesias, M. Esteba Bech de Careda, E. Castillo Garrido, E. Merino Peña, S. Orlando. Diagnóstico por imagen de la patología benigna de la pelvis femenina: hallazgos con ecografía, HSG, TC Y RM. DOI: 10.1594/seram2012/S-0613.
10. C. Roig Salgado, E. Santa Eulalia Mainegra, D. Yago Escusa, G. Martinez Sanz, E. Y. Vilar Bonacasa, F. O. Lenghel. Apendagitis y su diagnóstico diferencial. DOI:10.1594/seram2014/S-1174.