

LOS DOCE DIAGNÓSTICOS EN PATOLOGÍA GINECO-OBSTÉTRICA URGENTE: ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL EMBARAZO.

Juan Francisco Martínez Martínez (HUVA). Antonio Navarro Baño (HUVA). Ana Azahara García Ortega (HUVA). Florentina Guzmán Aroca (HUVA). Yésica Martínez Paredes (HUVA). Elena López Banet (HUVA).

Arrixaca
Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"

Objetivo docente.

Revisar los 12 diagnósticos por imagen más importantes en patología ginecológico-obstétrica urgente de la paciente en edad fértil.

Revisión del tema.

El aparato reproductor femenino es un sistema funcional en constante cambio desde la pubertad hasta la menopausia. La patología urgente gineco-obstétrica es frecuente y el radiólogo ha de estar familiarizado con ella.

1. Quistes funcionales: Quiste folicular y quiste lúteo.

El ovario de una mujer en edad reproductiva puede mostrar múltiples folículos en desarrollo, uno o más folículos dominantes y un cuerpo lúteo dependiendo de la fase del ciclo en la que se encuentre. El tamaño del folículo dominante en la ovulación puede llegar a 2.8 cm [1] por lo que para considerarlo un quiste, por consenso, ha de medir mínimo 3 cm.

Hallazgos en imagen del quiste folicular: Quiste bien delimitado, de pared fina, sin septos ni nódulos, con contenido anecoico y densidad < 15 unidades Huntsfield (UH) en tomografía computarizada (TC). **Figura 1.**

Después de la ovulación, el folículo dominante se convierte en cuerpo lúteo. **Figuras 2 y 3.** Éste mide menos de 3 cm de diámetro [2], si se produce falta de regresión o sangrado excesivo del cuerpo lúteo puede formarse un quiste del cuerpo lúteo (> 3 cm).

Hallazgos en imagen del quiste lúteo: quiste de paredes gruesas, habitualmente con ecos internos y vascularización periférica.

Manejo en mujeres en edad reproductiva [3]:

*Quistes > 3 y ≤ 5 cm: deben describirse en el informe apuntando que son compatibles con benignidad; no necesitan seguimiento.

*Quistes > 5 y ≤ 7 cm: deben describirse en el informe apuntando que son compatibles con benignidad; se realizará seguimiento anual por ecografía.

*Quistes > 7 cm: dado que pueden ser difíciles de evaluar por completo con ultrasonidos, se debe considerar estudio con resonancia magnética (RM).

*En postmenopáusicas se realizará seguimiento de quistes mayores de 1 cm y estudio con RM de los mayores de 7 cm.



Figura 1: Quiste folicular. Quiste anecoico con paredes finas, sin septos ni nódulos.



Figura 2: Cuerpo lúteo hemorrágico. Hemorragia del cuerpo lúteo tras la ovulación.



Figura 3: Cuerpo lúteo en TC. Imagen quística anexial derecha con realce periférico como hallazgo casual.

2. Quiste ovárico hemorrágico.

Generalmente es el resultado de la hemorragia en un cuerpo lúteo o quiste funcional.

Las pacientes pueden presentar dolor pélvico de inicio súbito, masa pélvica o pueden estar asintomáticas y ser un hallazgo incidental.

Un quiste ovárico hemorrágico o roto es la causa más común de dolor pélvico en una mujer fértil afebril que acude a urgencias [4]. Por lo general, se resuelven en ocho semanas.

Hallazgos en imagen: quiste con múltiples bandas lineales hiperecogénicas en su interior que representan tractos de fibrina, también podemos encontrar un coágulo retraído y adherido a la pared con márgenes cóncavos o una apariencia sólida hiperecogénica que puede confundir con un ovario aumentado de tamaño o un endometrioma. No tiene flujo vascular en su interior. **Figuras 4 y 5.**

Rotura del quiste hemorrágico:

Hallazgos en imagen: hemoperitoneo, puede visualizarse el cuerpo lúteo o quiste hemorrágico causante del cuadro.

En TC sin contraste el hemoperitoneo presentará unos valores por encima de 30 UH.

Generalmente es un proceso autolimitado y solo es necesario una actitud expectante no obstante puede producirse hipotensión, incluso shock y requerir tratamiento quirúrgico. **Figura 6.**

Diagnóstico diferencial:

*Rotura de embarazo ectópico, imprescindible la realización de test de gestación.

*Rotura de quiste folicular no hemorrágico, diagnóstico de exclusión en el que descartan otras causas de dolor pélvico y solo se identifica líquido peritoneal anecoico.

*Tumor, torsión anexial, etc. **Figura 7.**

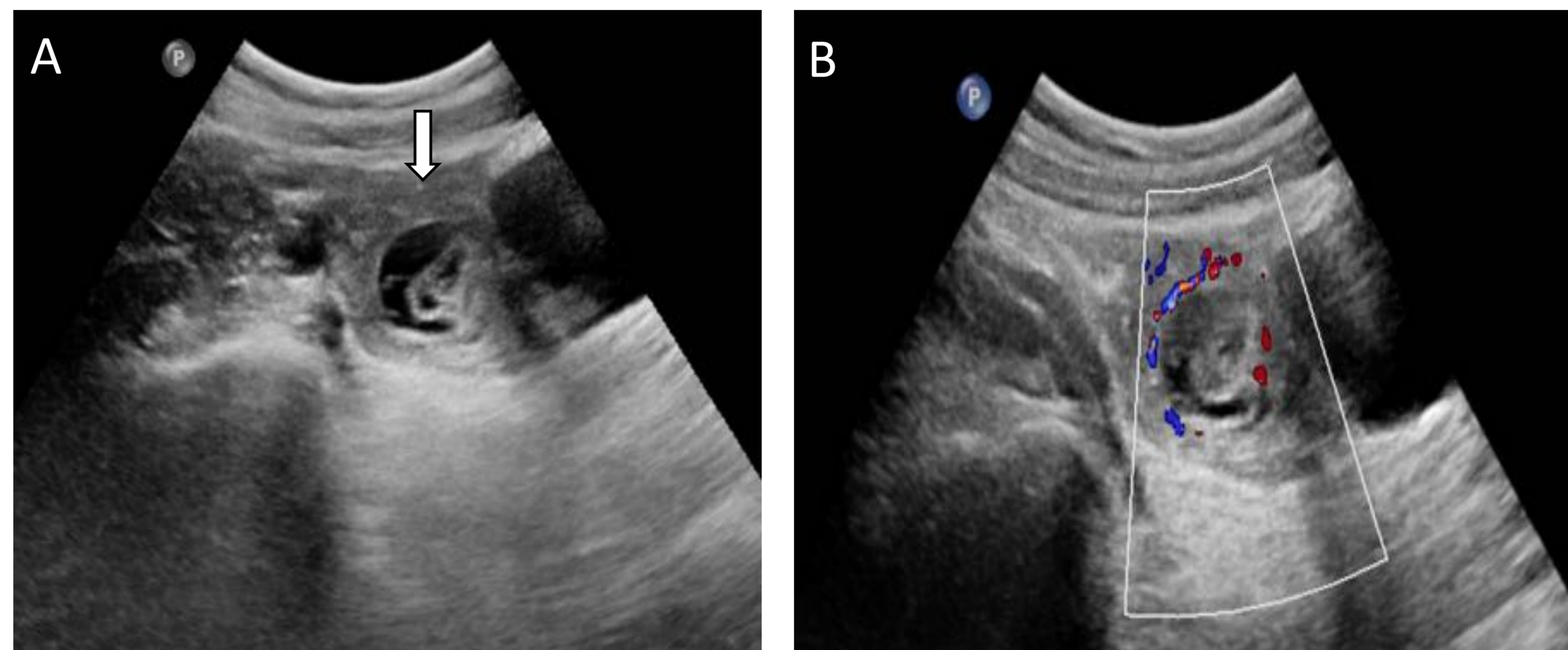


Figura 4: Quiste hemorrágico del cuerpo lúteo. A) quiste anexial derecho de paredes gruesas con tractos lineales hiperecogénicos en su interior. B) Modo Doppler donde se evidencia la llamativa vascularización periférica “en anillo de fuego” propia del cuerpo lúteo.



Figura 5: Quiste anexial hemorrágico. Paciente con dolor en FID. Lesión quística de gran tamaño con paredes finas y contenido ecogénico sin vascularización interna. Los márgenes cóncavos del hematoma intraquístico sugieren retracción del mismo y ayudan a su diagnóstico.

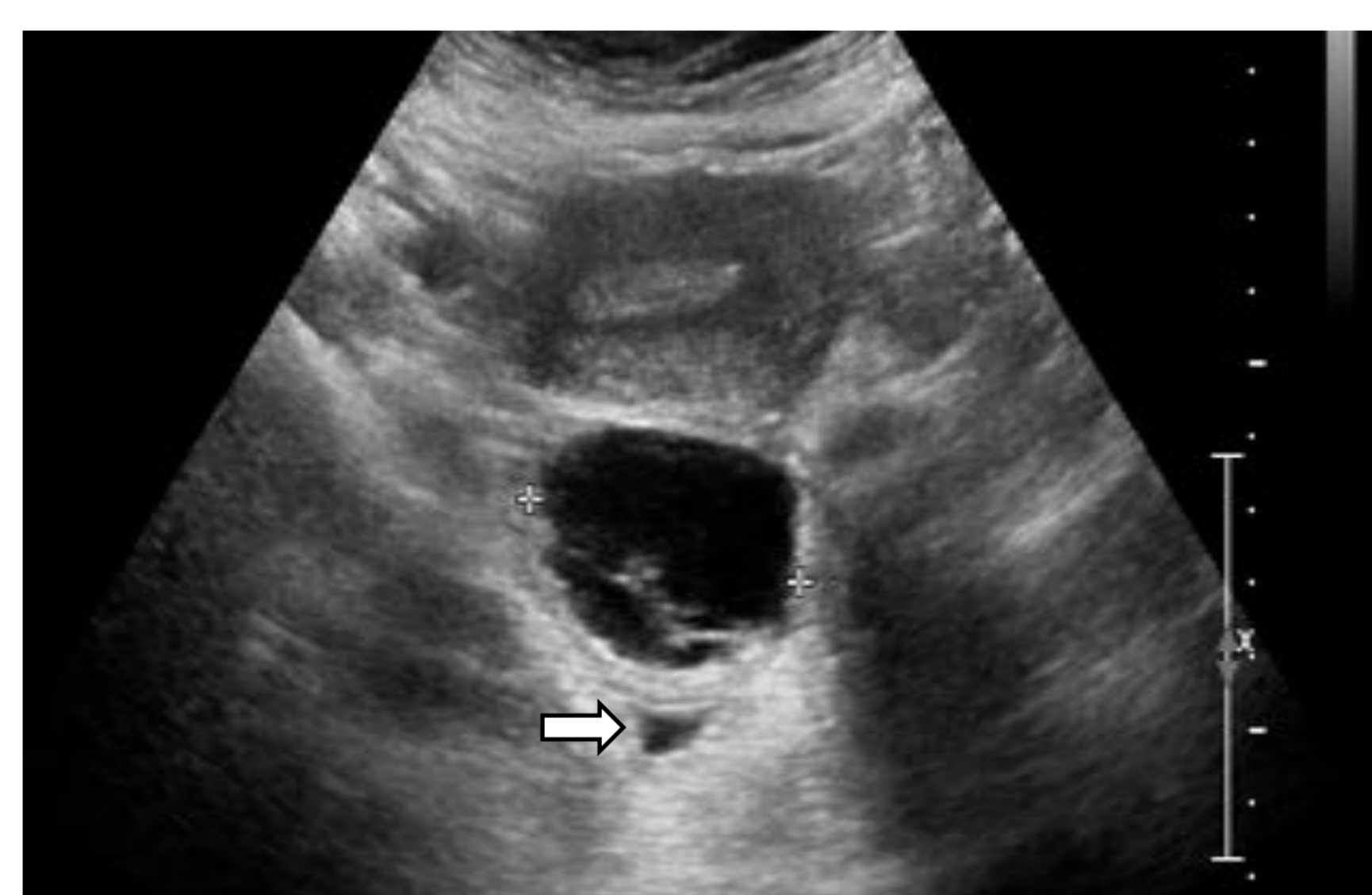


Figura 6: Rotura de quiste del cuerpo lúteo. Paciente con dolor en hipogastrio. Imagen quística anexial de pared gruesa con tractos lineales hiperecogénicos en su interior. Líquido en pelvis con ecos sugestivo de hemoperitoneo. (flecha)

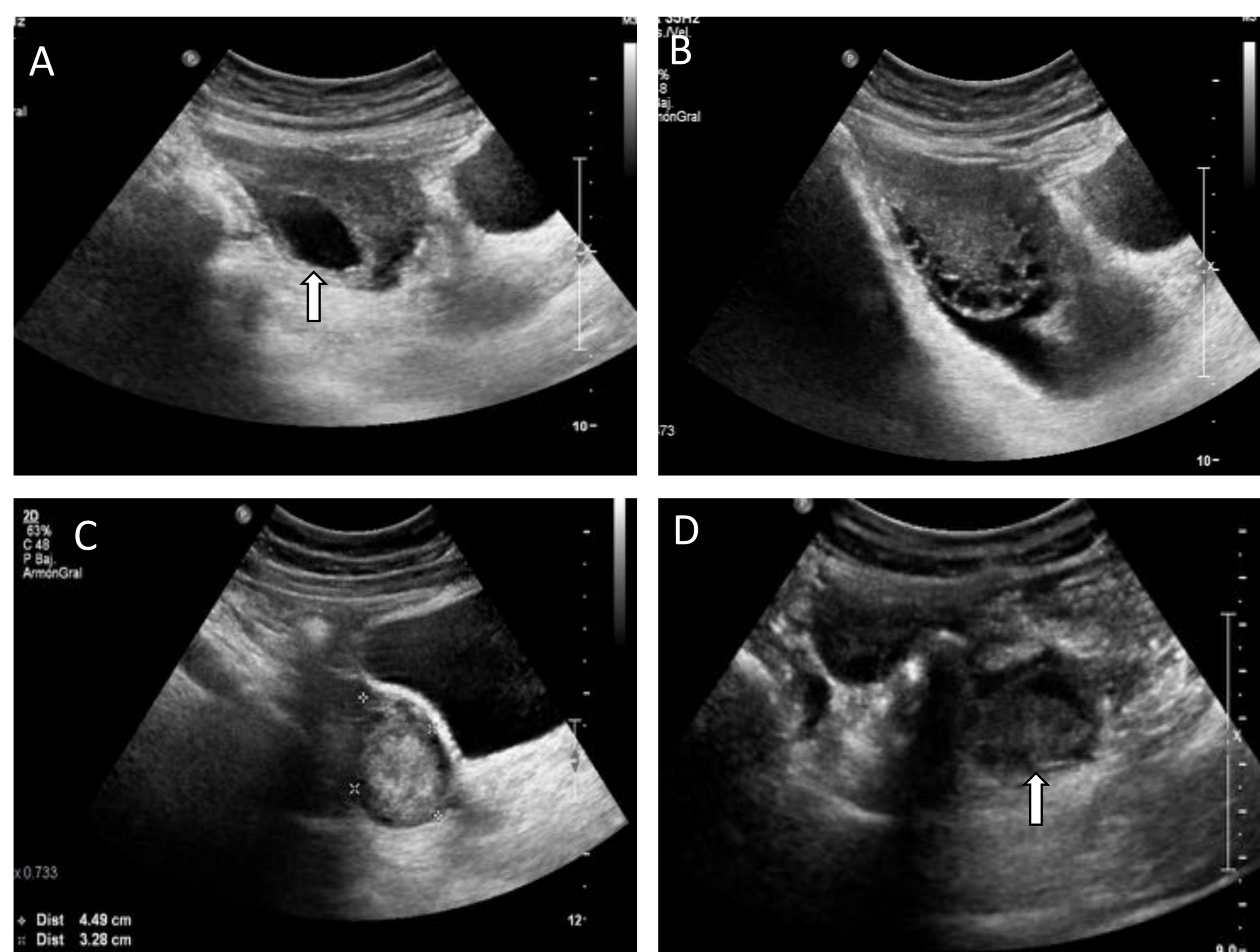


Figura 7: Diagnóstico diferencial del cuerpo lúteo hemorrágico. A y B) Ovario derecho aumentado de tamaño con imagen de cuerpo lúteo, múltiples folículos periféricos y escasa cantidad de hemoperitoneo, se sospechó torsión anexial. En la cirugía se evidenció un cuerpo lúteo hemorrágico. C) Cuerpo lúteo hemorrágico presentado como imagen hiperecogénica de apariencia sólida. D) Teratoma benigno. Lesión anexial heterogénea que se diagnosticó erróneamente como quiste del cuerpo lúteo.

3. Síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO).

Es una complicación que ocurre en el 5% de los pacientes en tratamiento de estimulación ovárica para fecundación in vitro (FIV). En raras ocasiones, también puede ocurrir como un evento espontáneo en el embarazo.

Se caracteriza por aumento del volumen ovárico y desplazamiento de líquido del compartimento intravascular a las cavidades peritoneal, pleural o pericárdica.

Su presentación clínica más habitual es con dolor, distensión abdominal, náuseas y vómitos.

El dolor pélvico agudo puede ser el resultado del estiramiento de la cápsula ovárica o de la hemorragia / rotura de un folículo.

Hallazgos en imagen: ovarios aumentados de tamaño con múltiples quistes de diferentes tamaños localizados muchas veces en su periferia. Puede existir ascitis y derrame pleural. Existe mayor riesgo de shock hipovolémico o torsión ovárica [5].

El síndrome generalmente es autolimitado en la mayoría de los casos y el tratamiento es principalmente de apoyo, sin embargo, se han informado casos con desenlace fatal [6].

4. Torsión anexial.

Se produce por la torsión del pedículo vascular de los anejos. La torsión no resuelta desencadena infarto hemorrágico y necrosis de las estructuras anexiales.

Tiene una distribución de edad bimodal en mujeres jóvenes (15-30 años) y mujeres posmenopáusicas y es la quinta emergencia ginecológica en prevalencia [7], puede involucrar al ovario o a la trompa de Falopio, pero la mayoría de las veces afecta a ambos.

La presencia de quistes o tumores favorece la torsión.

Otros factores predisponentes son el embarazo, 20% de los casos [8] y la inducción de la ovulación.

La mayoría de los pacientes presentan dolor severo en hipogastrio que puede ser intermitente o sostenido, náuseas y vómitos. La leucocitosis es relativamente frecuente.

Hallazgos en imagen: Figuras 10 y 11.

- Aumento de tamaño del ovario (>4 cm) que aparece hiperecogénico por la congestión venosa.
- Presencia de múltiples folículos periféricos.
- El ovario torsionado puede aparecer medializado.
- En ocasiones puede visualizarse el pedículo vascular torsionado (signo del remolino).
- La presencia de flujo intraovárico no descarta la posibilidad de torsión anexial.

Diagnóstico diferencial:

- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Quiste hemorrágico.

El tratamiento es el abordaje quirúrgico urgente.



Figura 8: SHO. Paciente que había recibido tratamiento para FIV con color pélvico. La imagen ecográfica muestra ovario aumentado de tamaño con múltiples folículos prominentes.

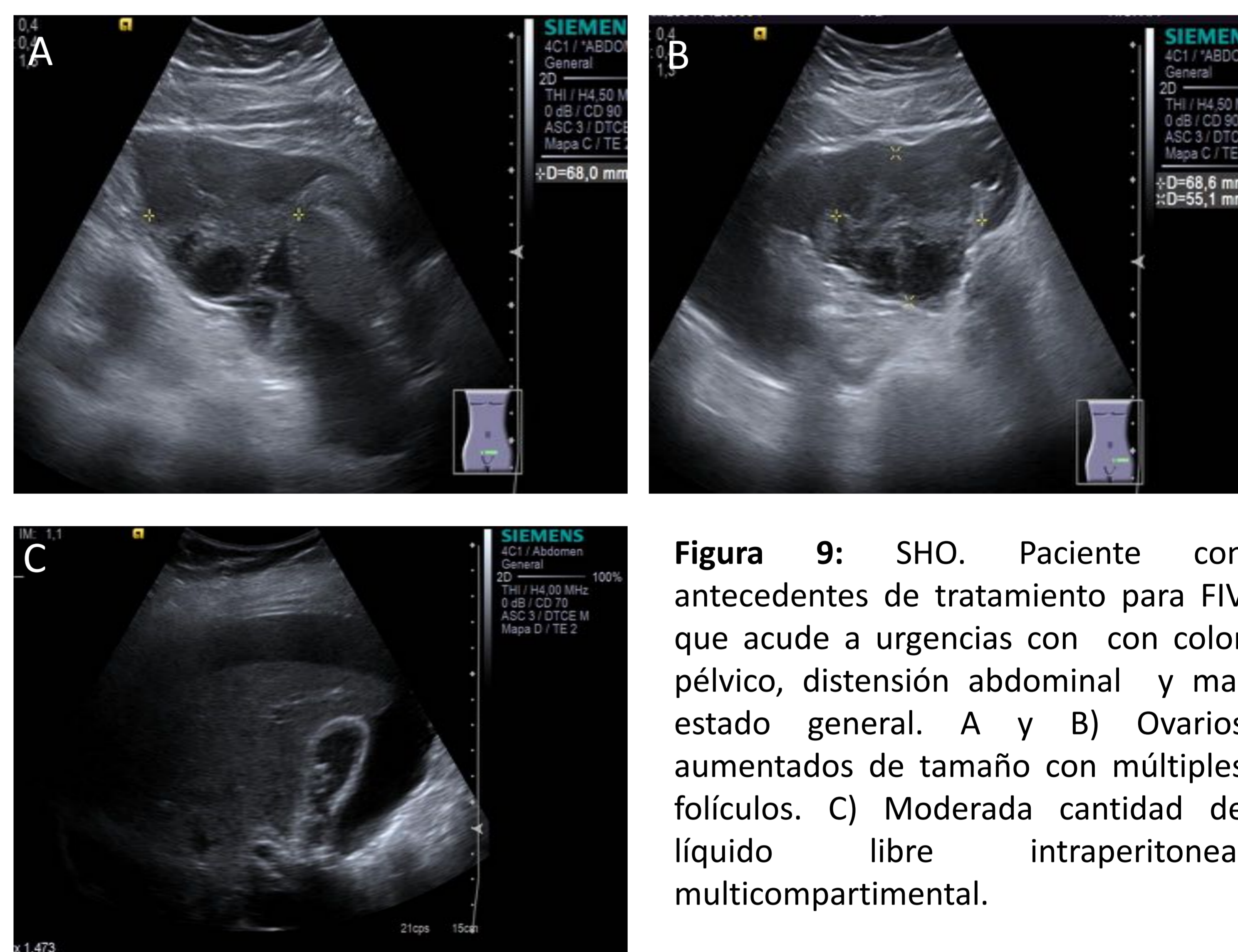


Figura 9: SHO. Paciente con antecedentes de tratamiento para FIV que acude a urgencias con color pélvico, distensión abdominal y mal estado general. A y B) Ovarios aumentados de tamaño con múltiples folículos. C) Moderada cantidad de líquido libre intraperitoneal multicompartmental.

5. Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

La EPI es un síndrome clínico agudo generado por la propagación ascendente de microorganismos desde la vagina o el cuello uterino hasta el endometrio (endometritis), luego a las trompas de Falopio (salpingitis) y después al ovario (absceso tubo-ovárico).

Los gérmenes más comunes son Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae aunque la infección polimicrobiana puede representar el 35% de los casos [9].

La incidencia más alta se observa en las mujeres sexualmente activas, con un 75% de casos menores de 25 años.

Las presentación clínica más común incluye dolor pélvico agudo, sensibilidad al movimiento cervical, flujo vaginal, fiebre, dispareunia y leucocitosis.

Hallazgos en imagen:

- Líquido complejo en pelvis.
- Dilatación de la trompa de Falopio (hallazgo más característico). En el piosalpinx se puede identificar, una estructura tubular, serpigina, que contiene pus. **Figura 12.**
- Abscesos tubo-ováricos. La presentación más característica de ellos es como masas anexiales, con múltiples loculaciones, paredes gruesas y contenido heterogéneo. **Figuras 13 y 14.**
- Perihepatitis (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis). **Figura 15.**

Diagnóstico Diferencial: Apendicitis, quiste hemorrágico, neoplasia, etc.

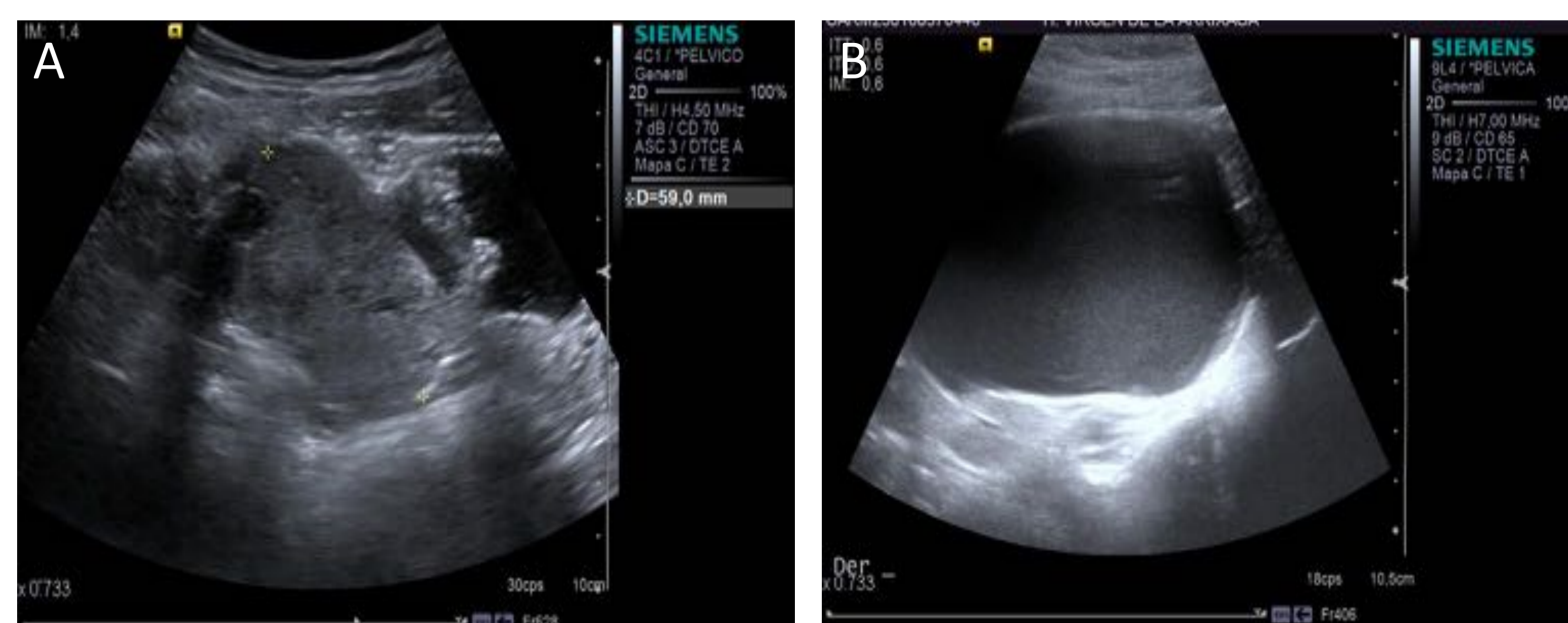


Figura 10: Torsión anexial. Paciente de 16 años con intenso dolor en hipogastrio-FID. A) Ovario derecho aumentado de tamaño, levemente hiperecogénico por la congestión y folículos con disposición preferente periférica. B) Lesión quística anexial derecha de paredes finas y ecos internos de bajo nivel sugestiva de quiste hemorrágico que muy probablemente favoreció la torsión. Se realizó cirugía urgente.

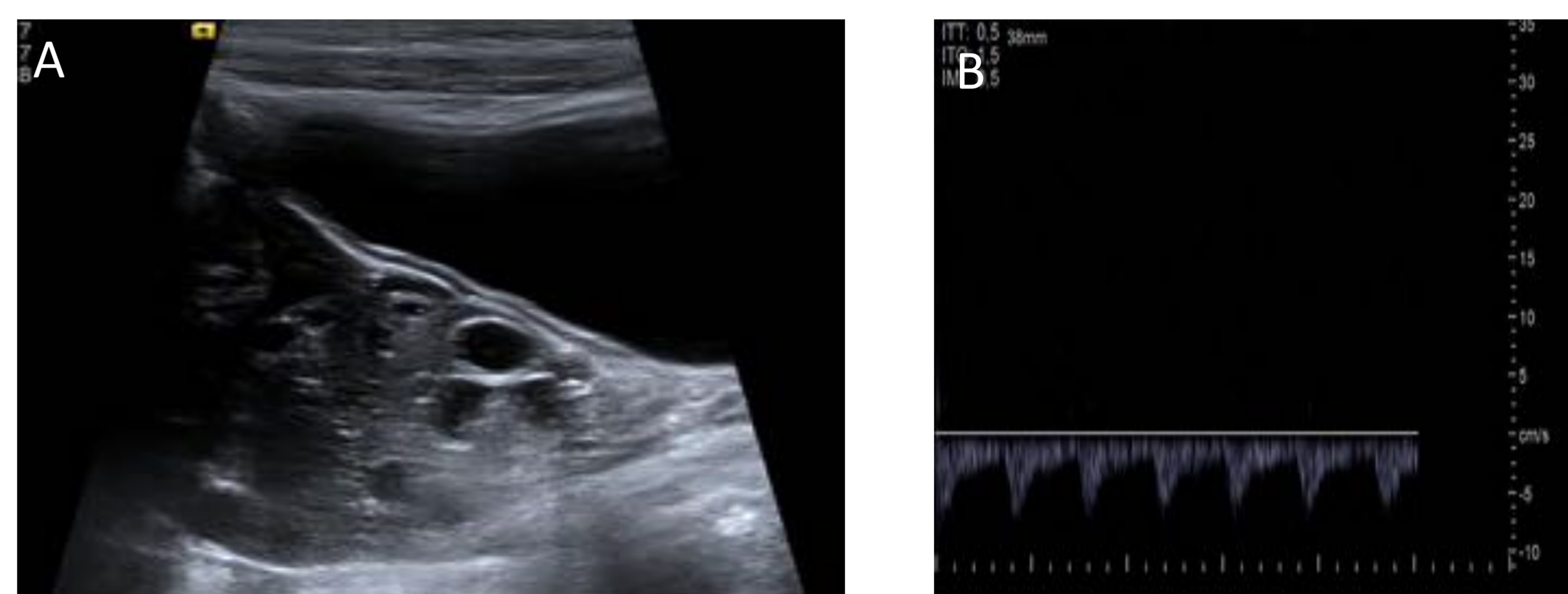


Figura 11: Torsión anexial. Paciente de 13 años con intenso dolor en hipogastrio-FID y antecedentes de traumatismo lumbar el día anterior. A) Ovario derecho aumentado de tamaño, hiperecogénico y con folículos de localización periférica. B) El ovario conservaba flujo en su interior en modo espectral. La cirugía confirmó el diagnóstico de torsión ovárica y se procedió a la detorsión con conservación del órgano.

6. Endometriosis.

Es la presencia de tejido endometrial funcional fuera del útero. Puede tratarse desde implantes endometriósicos microscópicos hasta grandes quistes o endometriomas. Lo más frecuente es que se presente en mujeres jóvenes, con una edad media al diagnóstico de 25-29 años [10]. Los síntomas dependen de la localización, la profundidad de la infiltración. La clínica clásica es infertilidad, dispareunia y dolor cíclico crónico.

Existen tres formas de presentación de la enfermedad:

- Endometriosis superficial.
- Endometriosis profunda; penetra en el espacio retroperitoneal o la pared de los órganos pélvicos al menos 5 mm.
- Endometriomas; cuya localización más habitual son los ovarios.

Puede tener un curso agudo en caso de ruptura o infección y en casos de obstrucción intestinal o ureteral por adherencias y/o implantes peritoneales. **Figura 16.**

Hallazgos en imagen:

Los endometriomas podemos encontrarlos en la exploración ecográfica urgente de la mujer con dolor pélvico y suelen presentarse como una masa anexial con ecos en su interior. La apariencia de los ovarios "besándose" (ovarios unidos, fijos, por detrás del útero) es un signo indirecto de endometriosis con presencia de adherencias.

La RM es la prueba que mejor evalúa los endometriomas, se mostraran como quistes hiperintensos en T1 e hipointensos en T2. **Figura 17.**

Diagnóstico diferencial: neoplasia ovárica, quiste hemorrágico, EPI, etc.

7. Embarazo ectópico.

Se produce por la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Es la principal causa de muerte materna en el primer trimestre.

La clínica clásica de amenorrea, dolor abdominal y sangrado vaginal se da en menos del 50 % de los casos por lo que es necesario tener el diagnóstico en mente.

El embrión puede implantarse en trompa (98 %), ovario (<1%) o cavidad abdominal (1 %).

Hallazgos en imagen:

- Masa anexial sin saco intrauterino con elevación de BHCG.
- A veces se puede detectar el saco gestacional extrauterino.
- El hallazgo más específico en ecografía es la visualización de viabilidad fetal con actividad cardíaca, pero solo se ve en una minoría de casos. **Figura 18.**
- Hemoperitoneo en caso de rotura. **Figura 19.**

Diagnóstico diferencial:

- Rotura del cuerpo lúteo. Comprobar siempre valores analíticos de BHCG.
- Masa anexial.



Figura 12: Salpingitis aguda en TC. Mujer de 28 años con dolor en FID, fiebre y leucocitosis, sospecha de apendicitis aguda. Se identificó colección parauterina de baja densidad, con discreto realce parietal (flecha negra). Asocia alteración de la densidad de la grasa en FID (flecha blanca). Se trató de un piosalpinx con cambios inflamatorios regionales.

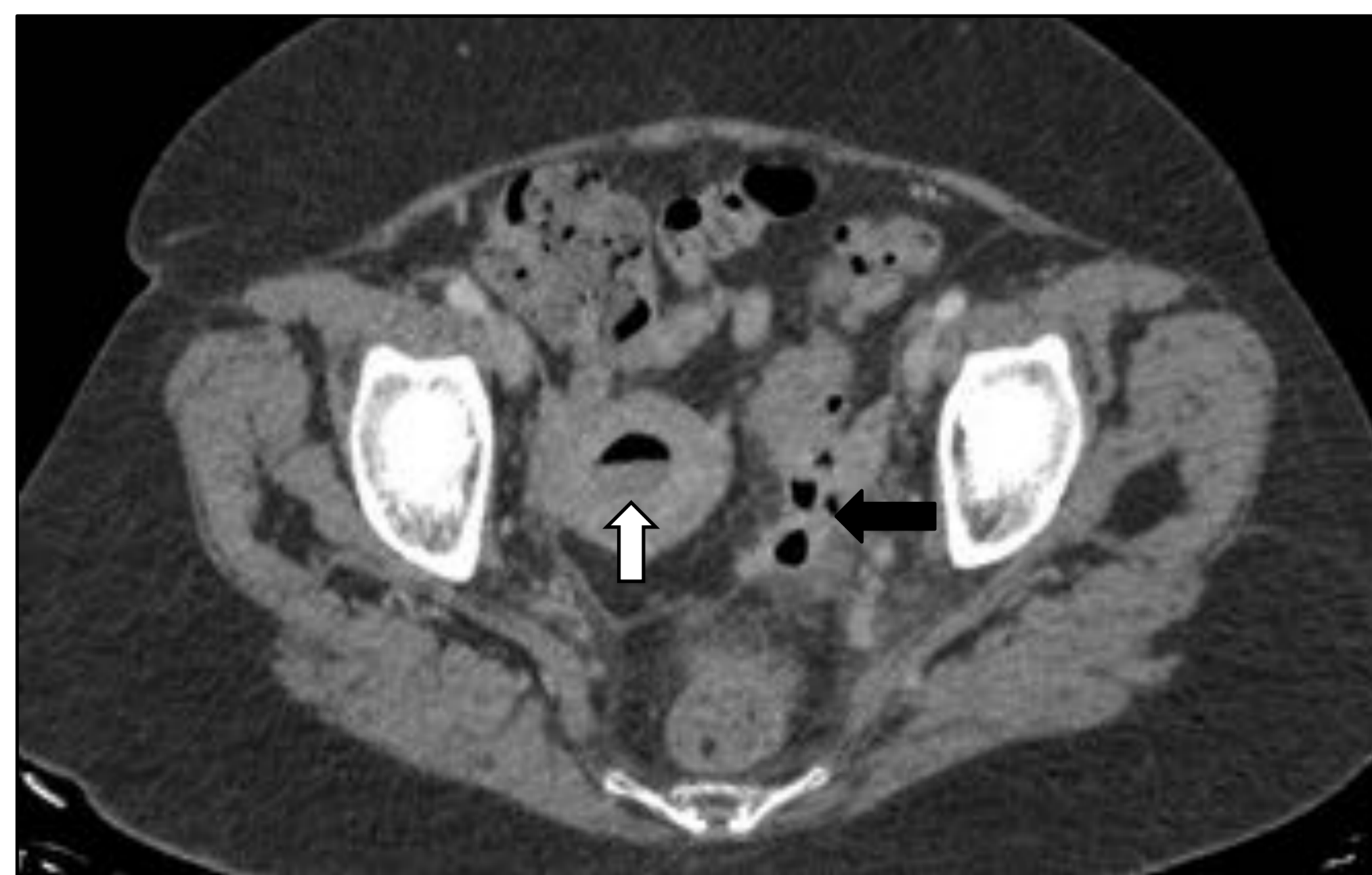


Figura 13: Endometritis y absceso tubo-ovárico en TC. Paciente de 36 años con dolor pélvico, leucorrea, fiebre y leucocitosis. Nivel líquido-gas en cavidad uterina (flecha blanca). Pequeña colección en anejo izquierdo con gas en su interior y reticulación de la grasa adyacente (flecha negra).



Figura 14: Abscesos tubo-ováricos. Mujer de 49 años. Masa quística anexial izquierda con múltiples loculaciones, contenido hipodenso y paredes gruesas que realzan con la administración de contraste.



Figura 15. Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. Mujer con dolor pélvico y en hipocondrio derecho. Vídeo de TC en el que se visualiza dilatación y realce de tubo-ovárico. Asocia severo engrosamiento de la pared de la vesícula biliar y alteración de la perfusión periférica hepática en relación con perihepatitis.

8. Anomalías del desarrollo placentario.

➤ Placenta previa

Implantación baja de la placenta en el útero. Puede ser completa, parcial o marginal en función de si cubre total, parcialmente o está cerca del orificio cervical interno. La clínica habitual es sangrado vaginal sin dolor en el segundo-tercer trimestre de embarazo.

Hallazgos en imagen:

La placenta cubre parcial/totalmente el orificio cervical interno o está en sus inmediaciones. **Figura 20.**

- Ecografía: Sonda transvaginal (S 100%, E 98,8%). Con sonda transabdominal es recomendable depleción vesical.
- RM: Detecta anomalías asociadas del desarrollo placentario. **Figura 22.**

Más del 90% de las placentas previas diagnosticadas en la semana 20 se resuelven a término. Si persiste, se realizará monitorización materno-fetal para decidir cesárea electiva, permitiendo el parto vaginal sólo si la placenta se encuentra a más de 2 cm del orificio cervical en la semana 35.

➤ Placenta accreta, increta y percreta.

Anomalías de la inserción debidas a un fallo del proceso normal de formación de la decidua.

Se clasifica en función de la profundidad de la invasión miometrial por las vellosidades placentarias:

- Placenta accreta: las vellosidades están adheridas al miometrio pero no invaden el músculo.
- Placenta increta: las vellosidades invaden parcialmente el miometrio
- Placenta percreta: las vellosidades penetran todo el miometrio incluso más allá de serosa. (**Figura 21.**)

Hallazgos en imagen.

Ecografía:

- Visualización de lagunas vasculares con flujo turbulento "aspecto de queso suizo".
- Disrupción del flujo retroplacentario normal.
- Pérdida de la zona miometrial hipoeoica retroplacentaria, adelgazamiento miometrial.

RM: Más sensible y específica.

- Bandas hipointensas placentarias en T2 (lagunas vasculares)
- Pérdida de la morfología del útero, señal heterogénea en T2. **Figura 22.**

➤ Desprendimiento de placenta.

Separación de la placenta formándose un hematoma. Se puede presentar como sangrado vaginal, dolor, contracciones y sufrimiento fetal.

Hallazgos en imagen.

Ecografía: presenta baja sensibilidad [11] (similar ecogenicidad del hematoma y la placenta).

- Colecciones retroplacentarias. Placenta heterogénea y de grosor aumentado (>5 cm).

RM: Alta sensibilidad.

- Determinación de la antigüedad del hematoma gracias a su señal en secuencias potenciadas en T1 y T2 (los hiperagudos son los que más riesgo de progresión tienen).

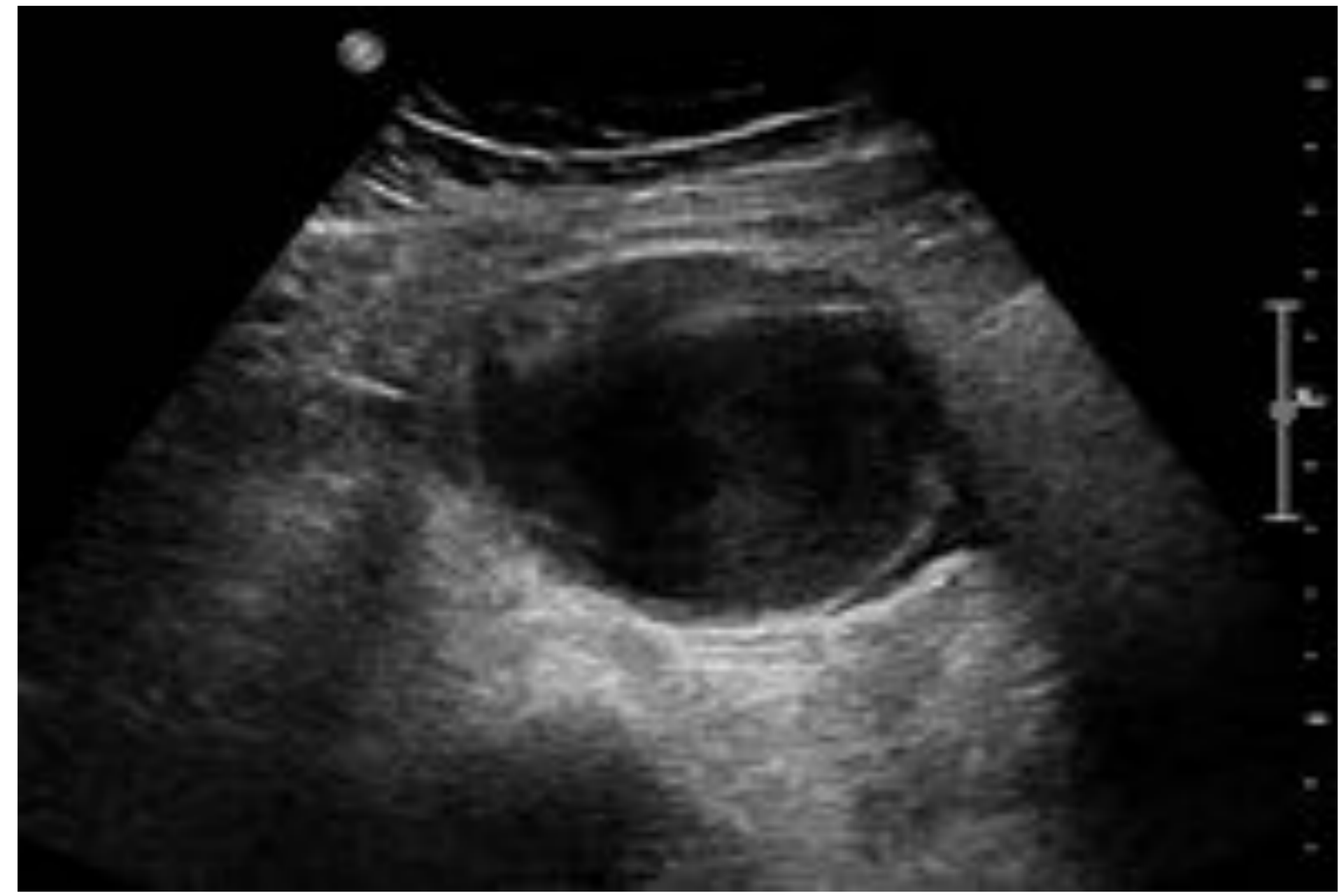


Figura 16: Endometrioma complicado. Mujer de 36 años con endometrioma tubárico izquierdo conocido que se presenta con dolor en FII, fiebre y elevación de reactantes de fase aguda. Lesión anejal izquierda conocida, de ecogenicidad discretamente heterogénea, alteración de la ecogenicidad de los tejidos adyacentes y escasa cantidad de líquido libre en relación con sobreinfección/rotura.

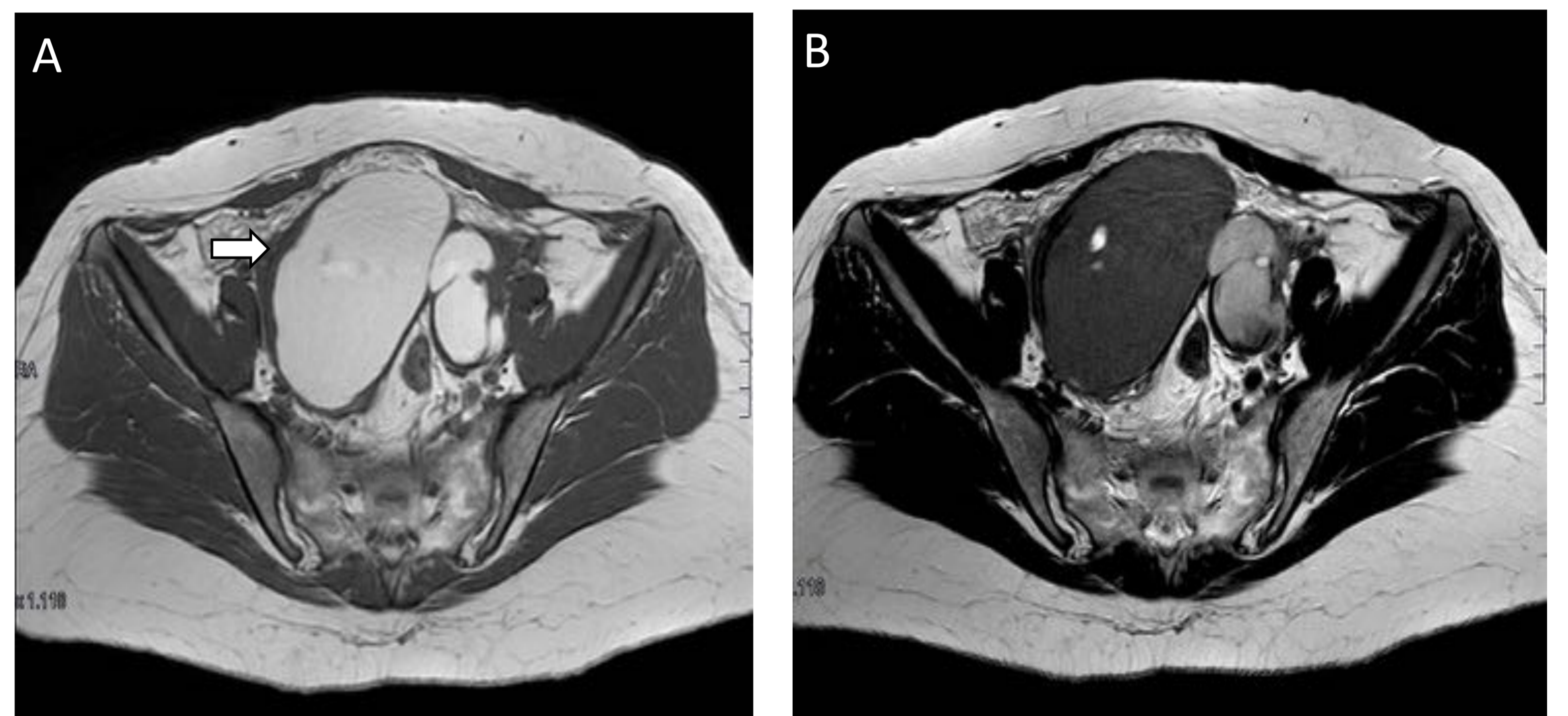


Figura 17: Endometriomas. A) Secuencia de RM potenciada en T1 que muestra grandes lesiones quísticas de alta señal. B) Secuencia de RM potenciada en T2 que muestra caída de la señal de las lesiones quísticas pélvicas. Este fenómeno de "shading" o sombreado en T2 se produce por la alta viscosidad de la hemorragia recurrente dentro del quiste.

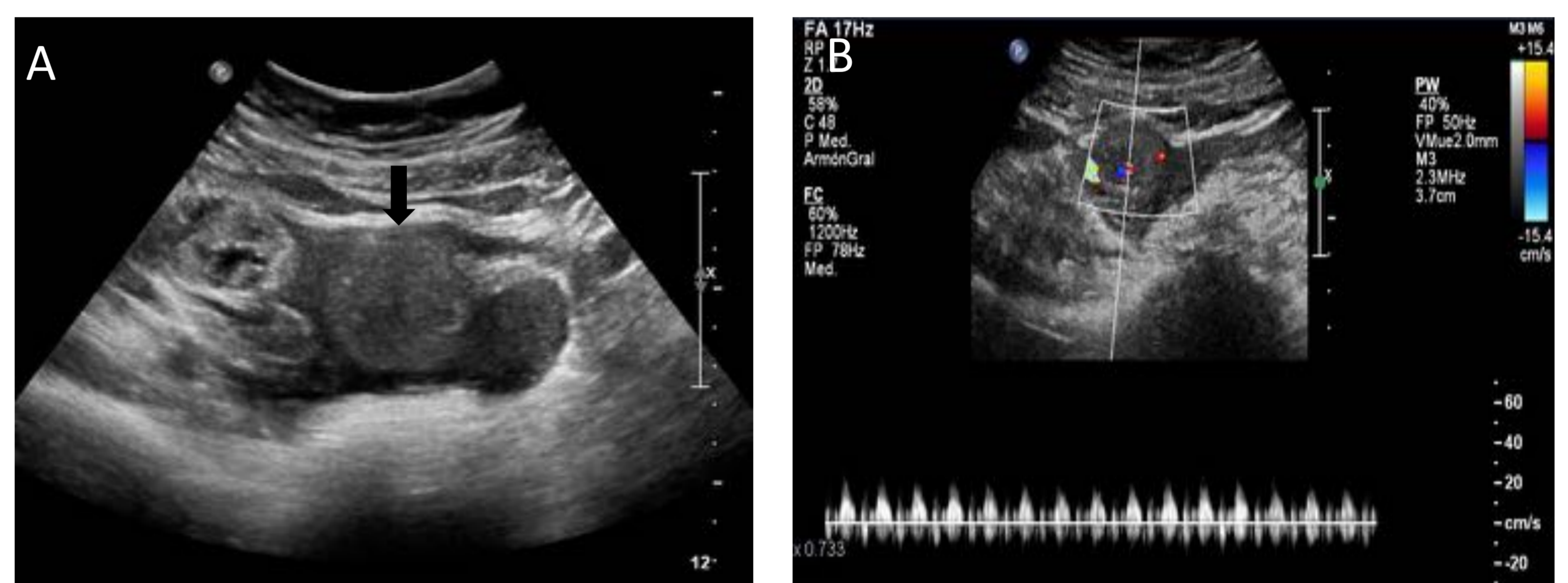


Figura 18: Embarazo ectópico roto. Mujer de 16 años con dolor pélvico moderado. A) Masa anejal levemente hipoeoica (flecha negra), asocia líquido libre con abundantes ecos (flecha blanca). B) En modo Doppler se evidencia patrón de elevada frecuencia compatible con latido cardíaco fetal.

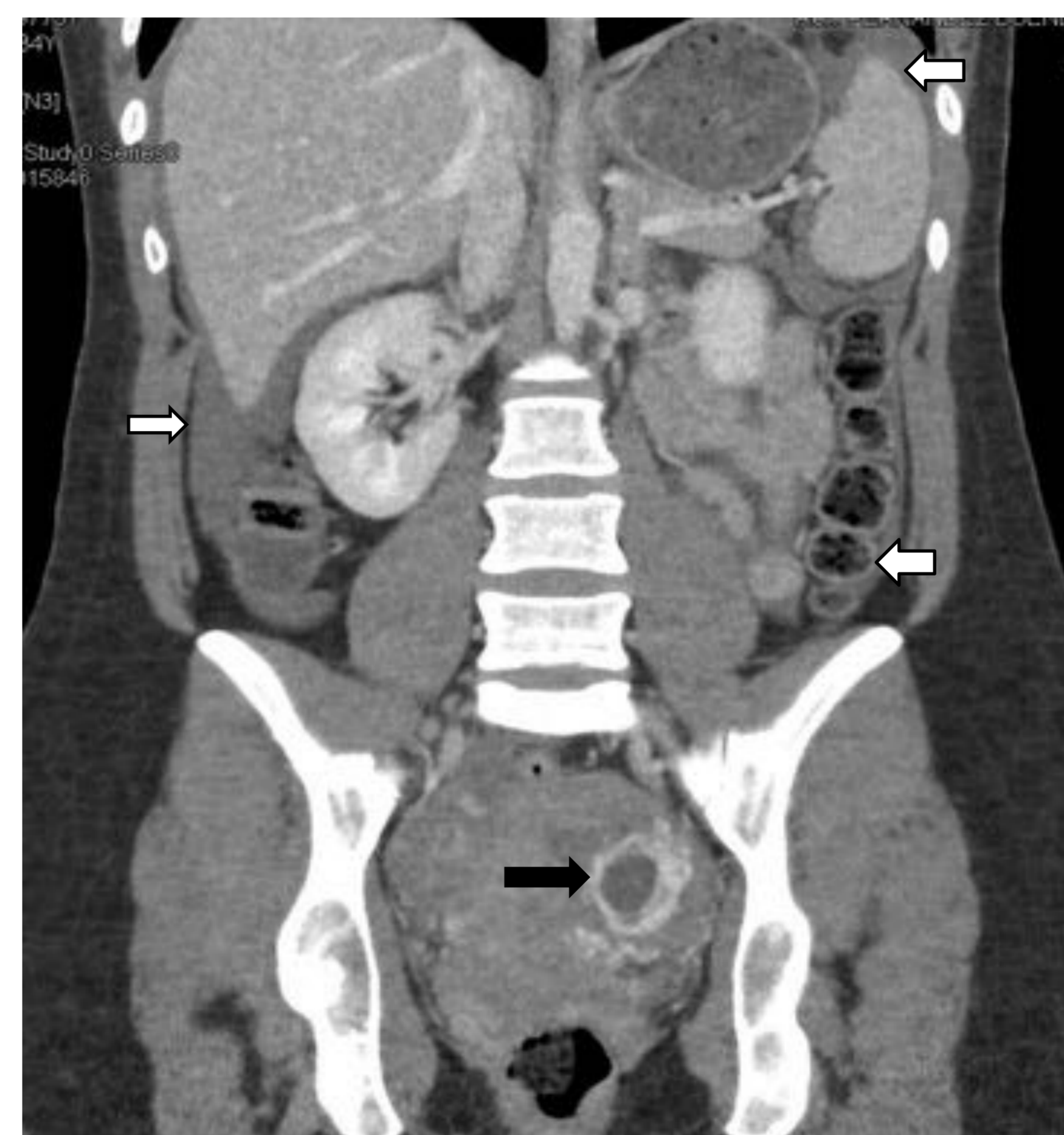


Figura 19: Rotura de embarazo ectópico. Mujer de 28 años con dolor pélvico e inestabilidad hemodinámica. Lesión quística hipodensa anejal izquierda con intenso realce periférico heterogéneo sugestiva de saco gestacional (flecha negra). Abundante hemoperitoneo multicompartmental (flechas blancas).

9. Rotura uterina.

Su causa más común (> 90%) es una cicatriz antigua de cesárea, también puede producirse por la presencia de tumores y otras entidades menos frecuentes. Puede estar limitada al miometrio o involucrar también a la serosa.

Las cicatrices del segmento uterino inferior tienden a romperse después del trabajo de parto.

Se puede presentar como dolor pélvico, sangrado, shock, signos de sufrimiento fetal.

Hallazgos en imagen:

Ecografía:

- Evidencia de dehiscencia uterina, en algunos casos feto de localización extrauterina, hemorragia intraamniótica, protrusión focal de las membranas a través de la dehiscencia .
- Hematoma intra o extraperitoneal.

TC: Especialmente indicado en sin no es gestante.

- Área hipodensa a través del miometrio
- Hemoperitoneo.

Figuras 23 y 24.



Figura 20: Placenta previa. Mujer de 32 años embarazada. Secuencia de RM potenciada en T2 en plano sagital que muestra como la placenta cubre completamente el orificio cervical interno (placenta central completa).

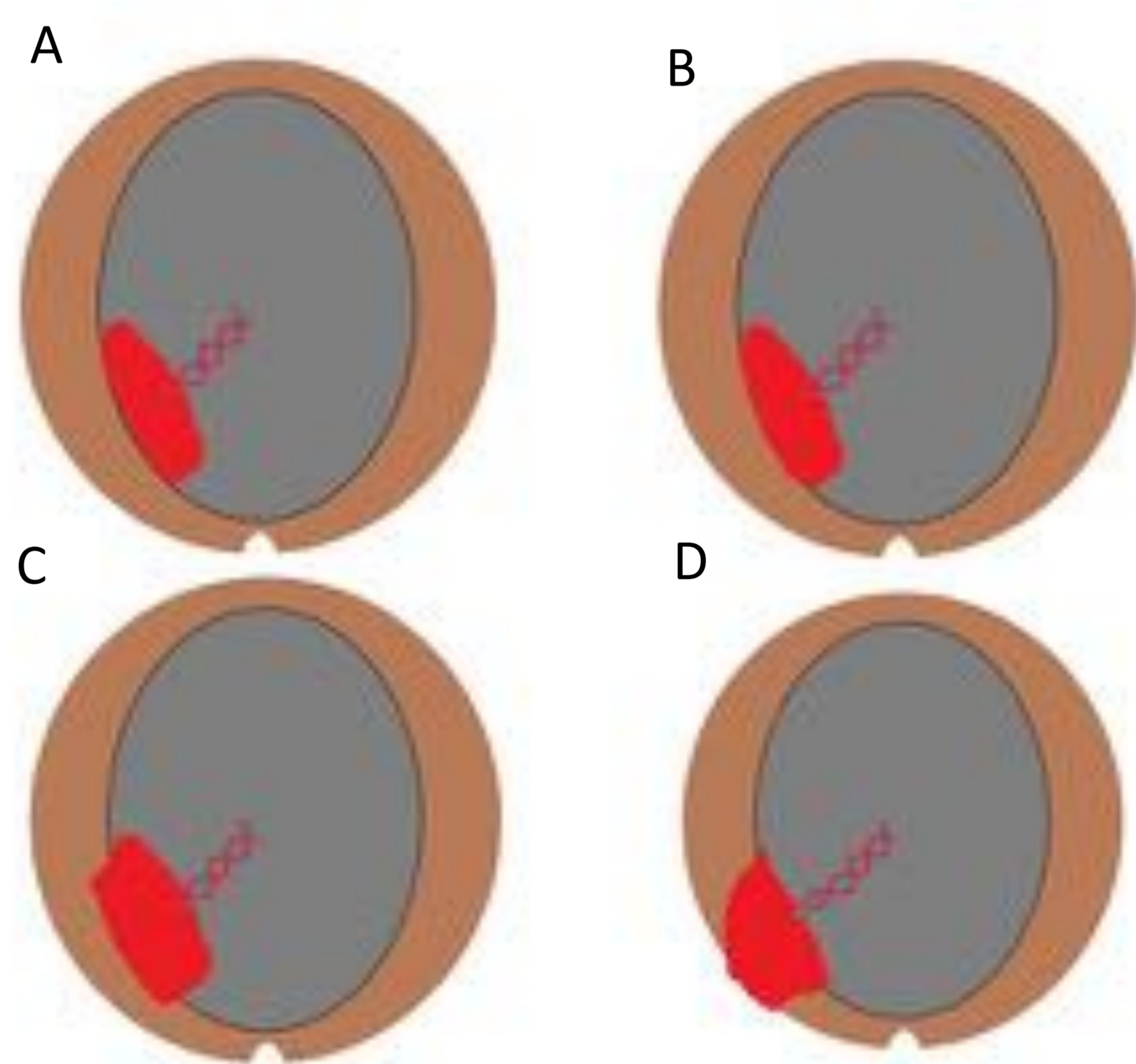


Figura 21: Anomalías de la inserción placentaria. A) inserción placentaria normal. B) Placenta accreta. C) Placenta increta. D) Placenta percreta.

10. Productos retenidos de la concepción.

Es una complicación del parto y alumbramiento en la que queda material no expulsado en el interior de la cavidad uterina. Se sospecha cuando se identifica una placenta incompleta después del alumbramiento. Este tejido puede causar hemorragia y endometritis.

Hallazgos en imagen:

Los hallazgos ecográficos suelen ser inespecíficos debido a que las imágenes de los coágulos sanguíneos y los productos retenidos se superponen.

- Masa de ecoestructura heterogénea en cavidad uterina.
- Líquido endometrial complejo.
- Engrosamiento endometrial.
- Línea endometrial < 10 mm o líquido endometrial anecoico en ecografía prácticamente excluye el diagnóstico.

Es más frecuente la presencia de flujo Doppler endometrial en pacientes con productos retenidos pero también se puede ver en aquellos que no los tienen.

No debe confundir el diagnóstico la presencia de gas dentro de la cavidad endometrial que puede ser un hallazgo normal después del alumbramiento vaginal espontáneo. Del mismo modo en las semanas segunda y tercera del posparto, la cavidad endometrial puede aumentar de grosor y contener líquido o detritos [12].



Figura 22: Placenta previa y accreta . Mujer de 34 años. Gestación gemelar bicorial. Secuencia de RM potenciada en T2 en plano coronal que muestra una placenta previa completa, con focos de interrupción con el miometrio e imágenes hipointensas en la interfase que sugieren acretismo placentario. En la cesárea se evidenció el acretismo placentario y se realizó histerectomía total con salpinguectomía bilateral . (El acretismo placentario es la indicación más común de la histerectomía periparto de emergencia).

11. Hemorragia periparto.

Sangrado vaginal excesivo (>500 ml tras un parto vaginal y > 1000 ml tras una cesárea).

Puede ser:

- Aguda (24 horas tras el alumbramiento). Su causa principal es la atonía uterina.
- Retrasada (entre 24 horas y 12 semanas tras el alumbramiento). Frecuentemente provocada por retención de productos de la gestación.

Otras etiologías : lesión uterocervical, pseudoaneurismas o malformaciones arteriovenosas de la arteria uterina endometritis, etc.

Presenta una elevada mortalidad causando el 35% de las muertes en el puerperio.

Hallazgos en imagen:

Ecografía:

- Valora la presencia de productos retenidos de la concepción.
- Malformaciones vasculares uterinas: lagos vasculares con baja resistencia, alto flujo diastólico y aliasing

TC:

- Diagnóstico de lesiones vasculares y hemorragias activas. **Figura 25.**
- Planificación de tratamiento endovascular.
- Valoración de lesiones uterinas o infecciones .

Angiografía:

- Diagnóstico de lesiones vasculares.
- Tratamiento de primera línea en pacientes estables con hemorragia refractaria .
- Tratamiento de segunda línea en pacientes inestables en las que la cirugía ha fracasado o está contraindicada[14].



Figura 23: Rotura uterina. Paciente puerpera 4 semanas después de la cesárea con dolor hipogástrico y alteración de los reactantes de fase aguda. Imagen sagital de TC donde se evidenció solución de continuidad de la porción inferior, anterior y central del cuerpo uterino. Asocia colección que se extiende a pared abdominal con discreto realce periférico y pequeña cantidad de gas en cuello y cuerpo uterino, en relación con proceso infeccioso.



Figura 24: Rotura uterina. Paciente con dolor pélvico y sangrado vaginal. Imagen axial de TC donde se observa aumento del tamaño del útero con solución de continuidad del miometrio en cara anterior que asocia cambios inflamatorios en la grasa adyacente y líquido parcialmente coleccionado. La evaluación quirúrgica puso de manifiesto un Ca de cervix invasivo.

12. Tromboflebitis de la vena ovárica.

Ocurre habitualmente en el posparto y puede dar lugar a una embolia pulmonar.

Suele presentarse como fiebre, leucocitosis y dolor agudo en flanco sin otro foco infeccioso conocido.

En el 80-90% de los casos, la vena ovárica derecha está involucrada, posiblemente debido al flujo retrógrado en la vena izquierda que impide el éstasis y la infección ascendente [13].

Su presentación más habitual es con fiebre, leucocitosis y dolor agudo en flanco sin otro foco infeccioso conocido.

Hallazgos en imagen.

Ecografía: puede ser difícil la localización de la vena, pero si se consigue visualizar observaremos el aumento de su calibre, su ocupación y la ausencia de flujo Doppler.

TC: Estructura tubular aumentada de calibre con realce parietal y trombo de baja atenuación en su interior. Puede asociar estriación de la grasa adyacente. Permite detectar su extensión a la vena cava inferior. **Figura 25.**



Figura 25: Hemorragia uterina y trombosis de la vena ovárica. Puerpera con dolor abdominal y caída del hematocrito. Plano axial de TC con contraste en fase venosa en la que se evidencia imagen hiperdensa en cavidad uterina sugestiva de punto de sangrado en el contexto de la paciente. (flecha negra). Aumento del calibre de la vena ovárica derecha con contenido heterogéneo en relación con trombosis venosa confirmada en controles sucesivos (flecha blanca).

Conclusiones:

El radiólogo tiene un papel crucial en el diagnóstico de la patología gineco-obstétrica urgente, por lo que es importante que conozca las características en imagen de las distintas entidades.

Bibliografía:

1. Bakos O , Lundkvist O , ancho L , Bergh T . Descripción ecográfica y hormonal del ciclo menstrual ovulatorio normal . Acta Obstet Gynecol Scand 1994 ; 73 (10): 790 - 796.
2. Durfee SM , Frates MC . Espectro sonográfico del cuerpo lúteo al inicio del embarazo: escala de grises, color y aspecto Doppler pulsado . J Clin Ultrasound 1999 ; 27 (2): 55 - 59.
3. Levine D, Brown DL, Andreotti RF et-al. Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference Statement. Radiology. 2010;256 (3): 943-54.
4. Cicchiello LA, Hamper UM, Scoutt LM. Evaluación de ultrasonido de las causas ginecológicas del dolor pélvico. Obstet. Gynecol. Clin. North Am. 2011; 38 (1): 85-114.
5. Pedrosa I, Zeikus EA, Levine D et-al. MR imaging of acute right lower quadrant pain in pregnant and nonpregnant patients. Radiographics. 27 (3): 721-43
6. Semba S, Moriya T, Youssef EM et-al. An autopsy case of ovarian hyperstimulation syndrome with massive pulmonary edema and pleural effusion. Pathol. Int. 2000;50 (7): 549-52.
7. Hibbard LT. Adnexal torsion. Am J Obstet Gynecol 1985; 152:456–461.
8. Bider D, Mashiach S, Dulitzky M et-al. Clinical, surgical and pathologic findings of adnexal torsion in pregnant and nonpregnant women. Surg Gynecol Obstet. 1991;173 (5): 363-6
9. Rezvani M, Shaaban AM. Fallopian tube disease in the nonpregnant patient. Radiographics. 31 (2): 527-48.
10. Dmowski WP, Lesniewicz R, Rana N et-al. Changing trends in the diagnosis of endometriosis: a comparative study of women with pelvic endometriosis presenting with chronic pelvic pain or infertility. Fertil. Steril. 1997;67 (2): 238-43.
11. Glantz C, Purnell L. Clinical utility of sonography in the diagnosis and treatment of placental abruption. Journal of ultrasound in medicine : official journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine. 21 (8): 837-40
12. Sara M. Durfee, Mary C. Frates, Angela Luong, Carol B. Benson Fuente. Detección de productos de la concepción retenidos. Dra. Marta Papponetti J Ultrasound Med 24:1181-1186 • 0278-4297.
13. Munsick R, Gillanders LA. A review of the syndrome of puerperal ovarian vein thrombophlebitis. Obstet Gynecol Surv 1981; 36:57-66.
14. Pelage JP, Soyer P, Repiquet D et-al. Secondary postpartum hemorrhage: treatment with selective arterial embolization. Radiology. 1999;212 (2): 385-9.