



Patología ginecológica urgente

Ante qué se enfrenta el radiólogo



Ruiz Moreno, Mónica; Rodríguez Martín, Jose Ignacio; Ángel Santos, Ana; Arrazola González, Ignacio; Antón Correcher, Pablo; Berral Santana, Alicia Marina; Morán Marsili, Joaquín Patricio; Cabeza Carreto, Arturo; Domínguez Franjo, Esther; Hospital Universitario Infanta Sofía.



OBJETIVO DOCENTE

Revisar las principales patologías ginecológicas urgentes que pueden encontrarse ante el estudio de un dolor abdominal agudo, destacando el papel clave del radiólogo para su diagnóstico y manejo.

REVISIÓN DEL TEMA

Ante un dolor abdominal agudo debemos tener en mente un amplio diagnóstico diferencial, sobretodo cuando se trata de pacientes del sexo femenino, debido a que la patología ginecológica constituye una causa importante por la que se acude a la urgencia del hospital. En muchas ocasiones, la paciente es valorada por los clínicos sin lograr llegar al origen del problema. Es por ello, que es esencial que los radiológicos estemos familiarizados con este tipo de patologías ya que un retraso en su diagnóstico va a suponer también un manejo tardío.

A continuación, se muestran una serie de casos de patología ginecológica mediante ecografía y/o tomografía computarizada (TC) recogidos del servicio de urgencias radiológicas del Hospital Universitario Infanta Sofía.

Se incluyen los siguientes diagnósticos:

- **Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)**
- **Torsión ovárica**
- **Torsión miomatosa**
- **Quiste ovárico hemorrágico**
- **Gestación ectópica**
- **Síndrome de hiperestimulación ovárica**
- **Síndrome de cogestión pélvica**
- **Endometriomas**
- **Perforación uterina**
- **Tumores**

Se presenta una combinación de pacientes adultos y pediátricos con antecedentes personales, sintomatología y diagnóstico de sospecha de cada uno de ellos, haciendo hincapié en los hallazgos radiológicos clave de cada patología.



ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

Mujer de 37 años diagnosticada de enfermedad inflamatoria pélvica.

Antecedentes personales: dispositivo intrauterino (DIU).

Diagnóstico de sospecha inicial: apendicitis.

Tratamiento recibido: antibioterapia.



TC abdominopélvico con contraste intravenoso en fase venosa. Cortes coronal, sagital y axial.

Voluminosa lesión quística loculada adyacente al contorno superolateral izquierdo del fundus uterino, en supuesta localización del anejo izquierdo (flecha verde). Asocia trabeculación de la grasa locorregional y lengüeta líquida en fondo de saco de Douglas. Aumento del tamaño del útero y cervix con DIU normoposicionado. Hallazgos radiológicos sugestivos de EIP con absceso tuboovárico.



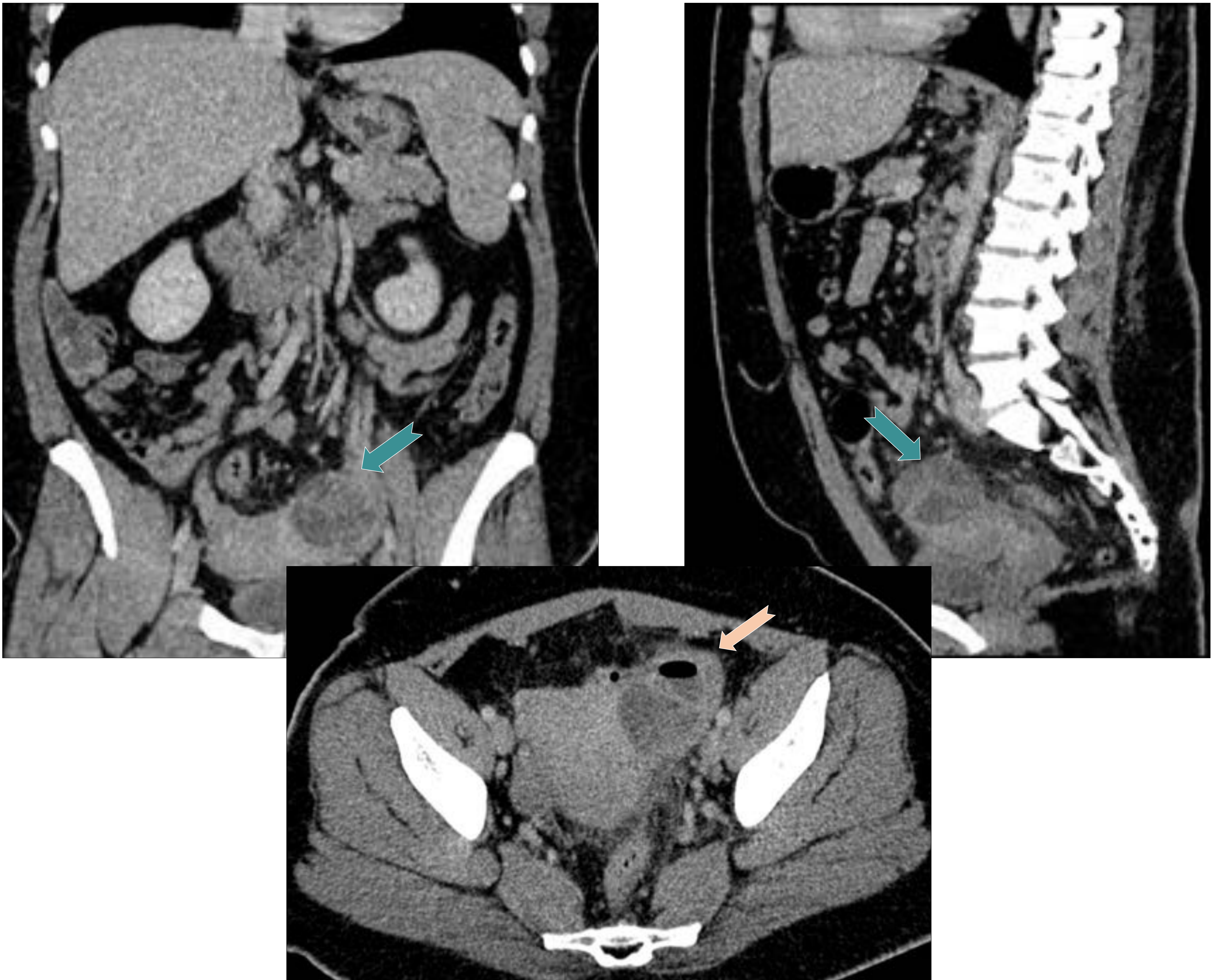
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

Mujer de 36 años diagnosticada de enfermedad inflamatoria pélvica.

Antecedentes personales/quirúrgicos: apendicitis, miocardiopatía dilatada con disfunción ventricular severa.

Diagnóstico de sospecha inicial: cólico renoureteral izquierdo.

Tratamiento recibido: antibioterapia.



TC abdominopélvico con contraste intravenoso en fase venosa. Cortes coronal, sagital y axial.

Lesión redondeada de atenuación heterogénea predominantemente hipocogénica en teórica localización parauterina/anexial izquierda (flecha verde). Presenta realce periférico y burbuja de gas en su interior (flecha naranja). Asocia discreta trabeculación de la grasa circundante, adenopatías locorreregionales y discreta cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas. Hallazgos radiológicos sugestivos de EIP con absceso tuboovárico.



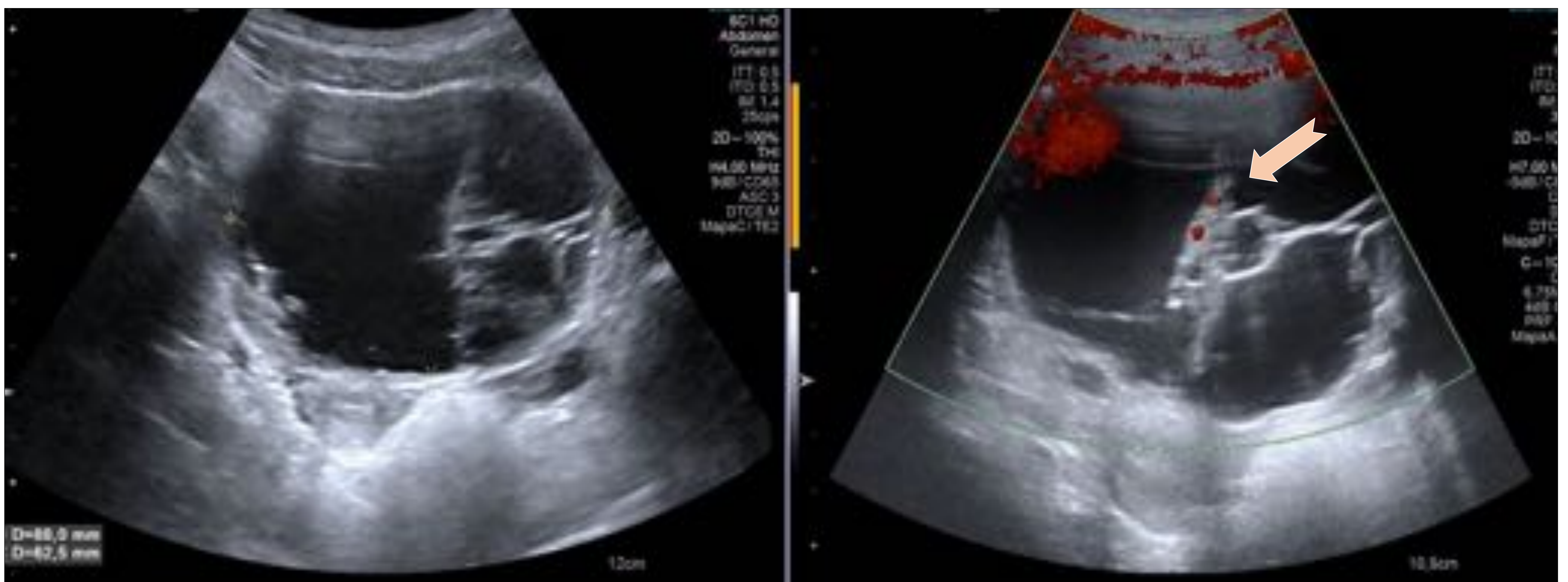
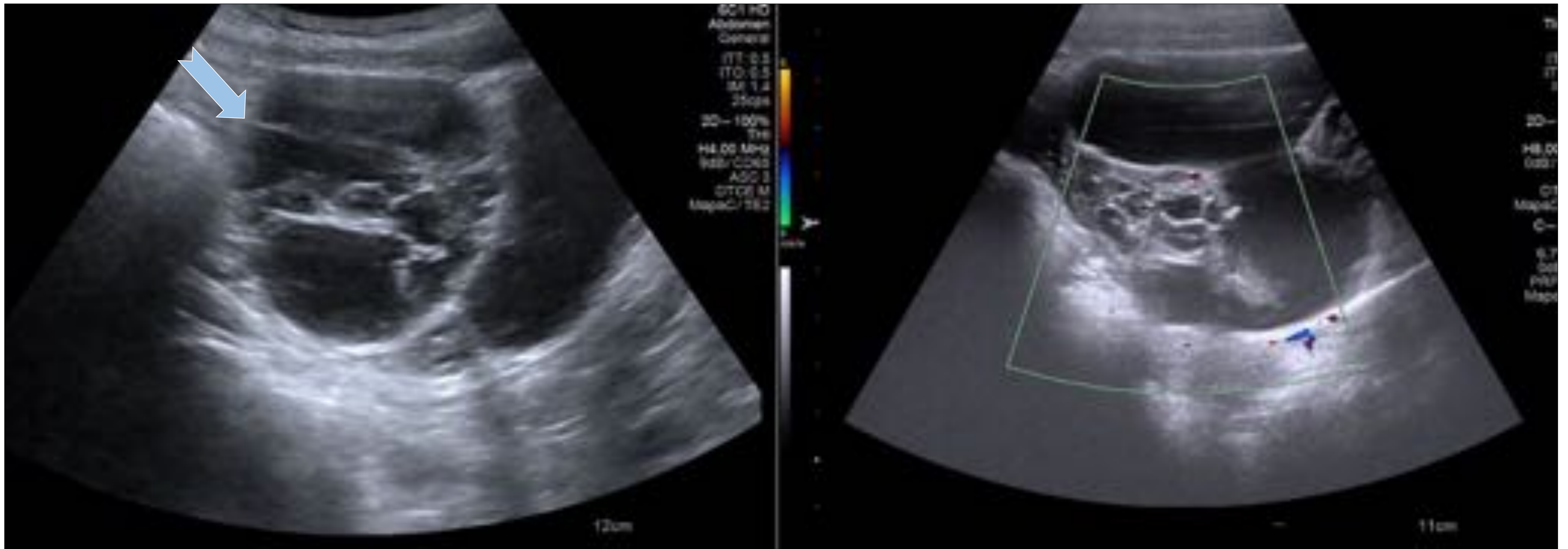
TORSIÓN OVÁRICA

Paciente pediátrica de 10 años diagnosticada de torsión ovárica derecha.

Antecedentes personales/quirúrgicos: ninguno.

Diagnóstico de sospecha inicial: apendicitis

Tratamiento recibido: detorsión y quistectomía derecha.



Ecografía abdominal centrada en fosa iliaca derecha.

A nivel anexial derecho se objetiva imagen multitabizada predominantemente quística de bordes bien delimitados, sin objetivarse tejido ovárico sano (flecha azul). Se identifican focos de vascularización central (flecha naranja).

Dado el contexto clínico de la paciente, los hallazgos obligan a descartar torsión ovárica.



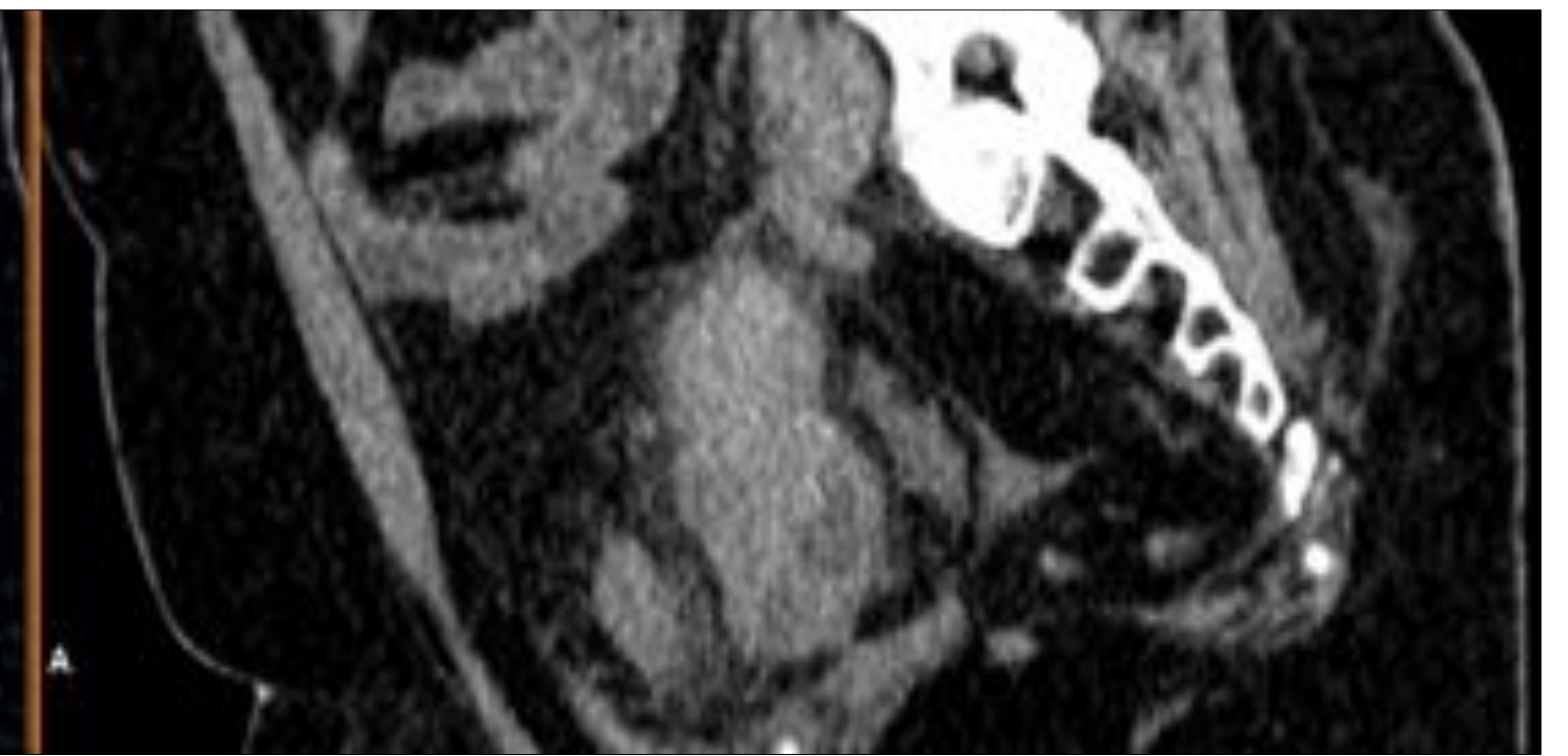
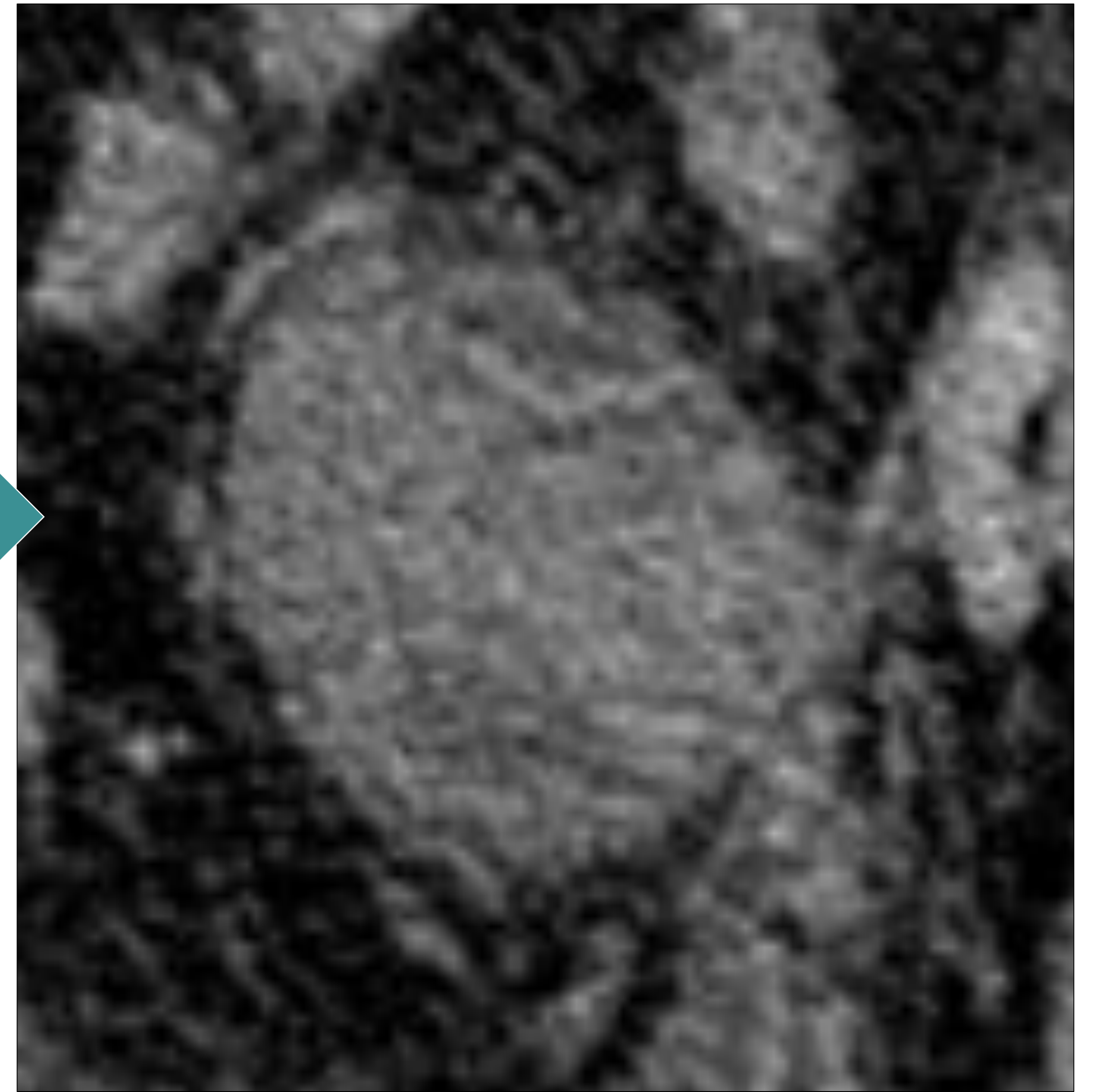
TORSIÓN OVÁRICA

Mujer de 53 años diagnosticada de torsión ovárica izquierda.

Antecedentes personales/quirúrgicos: miomas.

Diagnóstico de sospecha inicial: diverticulitis.

Tratamiento recibido: anexectomía izquierda.



TC abdominopélvico con contraste intravenoso en fase venosa. Cortes axial, coronal y sagital. Imagen heterogénea de densidad predominantemente alta en supuesta localización ovárica izquierda y en continuidad con los vasos ováricos. Presenta imágenes quísticas en su interior y cambios inflamatorios pélvicos. Hallazgos radiológicos en relación con torsión ovárica evolucionada.



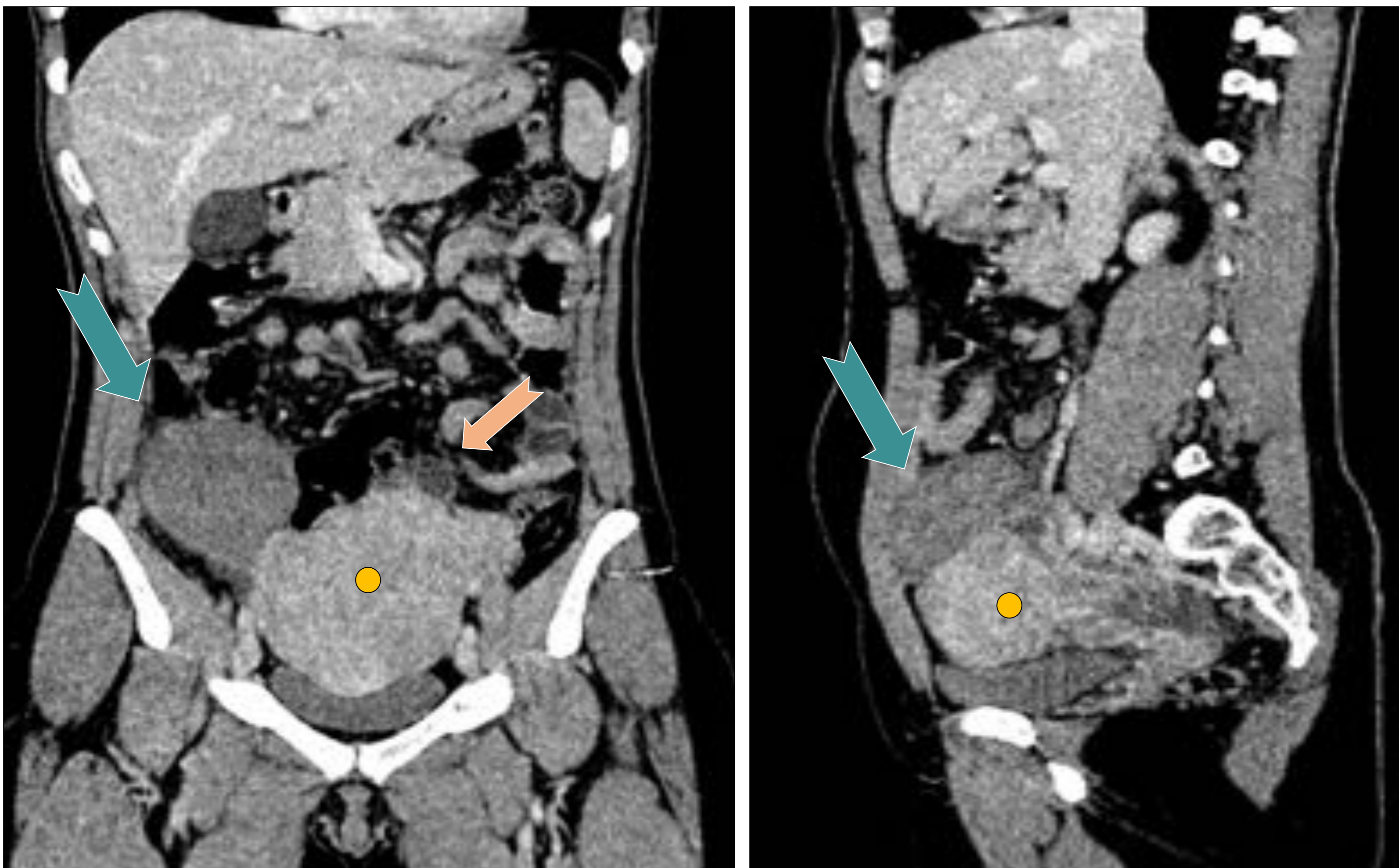
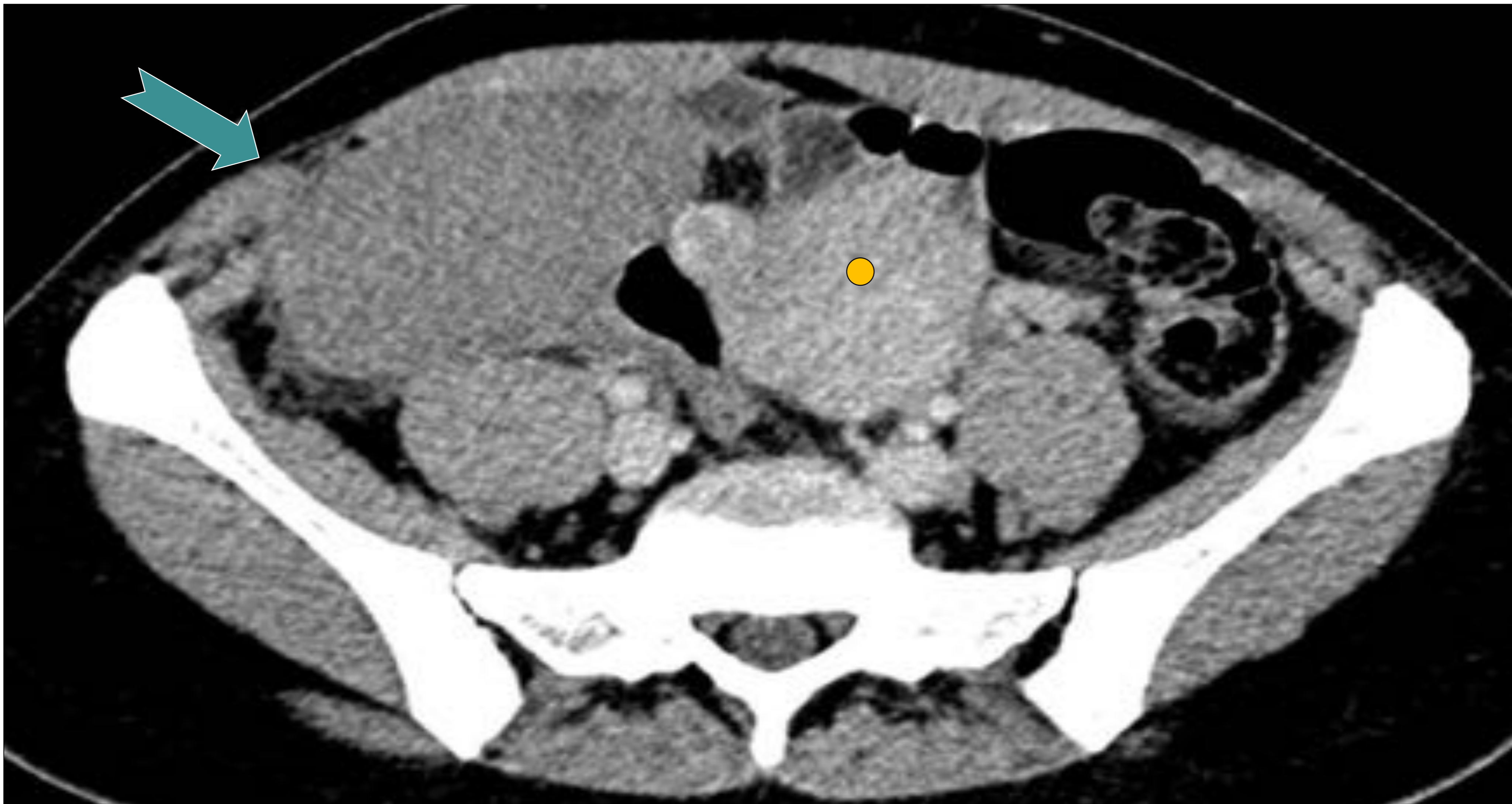
TORSIÓN DE MIOMA

Mujer de 23 años diagnosticada de torsión de mioma

Antecedentes personales/quirúrgicos: nuligesta.

Diagnóstico de sospecha inicial: apendicitis

Tratamiento recibido: miomectomía por laparoscopia



TC abdominopélvico con contraste intravenoso en fase portal. Cortes axial, coronal y sagital.

Gran masa heterogénea predominantemente hipodensa en la teórica localización del anejo derecho. Muestra atenuación partes blandas con áreas más hipodensas en su interior y pequeña calcificación, siendo sugestiva de mioma (flecha verde). Se acompaña de trabeculación de la grasa y lengüetas de líquido adyacentes con discreto realce de la fascia lateroconal. Hallazgos radiológicos sugestivos de torsión miomatosa.

El anejo izquierdo no muestra alteraciones significativas, con evidencia de quistes foliculares (flecha naranja). Útero miomatoso muy aumentado tamaño (punto amarillo)



QUISTE OVÁRICO HEMORRÁGICO

Mujer de 11 años diagnosticada de quiste ovárico hemorrágico.

Antecedentes personales/quirúrgicos: ninguno

Diagnóstico de sospecha inicial: apendicitis

Tratamiento recibido: conservador



Ecografía abdominal.

Quiste anexial derecho que muestra contenido ecogénico en la región declive (punto amarillo) y algunos septos gruesos en su interior (flecha amarilla). Pequeña lengüeta de líquido libre en fondo de saco de Douglas.

Hallazgos ecográficos sugestivos quiste ovárico hemorrágico.



QUISTE OVÁRICO HEMORRÁGICO

Mujer de 12 años diagnosticada de quiste ovárico hemorrágico.

Antecedentes personales/quirúrgicos: migrañas.

Diagnóstico de sospecha inicial: apendicitis

Tratamiento recibido: conservador



Ecografía abdominal.

En región anexial derecha, se identifica una imagen quística de contornos bien delimitados y contenido ecogénico en su interior (flecha amarilla). No presenta vascularización en el modo Doppler (punto rojo). Mínima cantidad de líquido libre anecoico en pelvis.

Hallazgos ecográficos sugestivos quiste ovárico hemorrágico.



GESTACIÓN ECTÓPICA

Mujer de 42 años diagnosticada de **gestación ectópica en trompa izquierda**.

Antecedentes personales/quirúrgicos: apendicectomía, salpinguectomía. 1 aborto.

Diagnóstico de sospecha inicial: diverticulitis

Tratamiento recibido: salpinguectomía izquierda.



Ecografía abdominal.

En región anexial izquierda, en íntimo contacto con el fondo uterino, se visualiza lesión de ecogenicidad heterogénea que desvía el útero de forma ipsilateral (punto azul). Presenta patrones Doppler de baja resistencia en su interior y hacia la región más periférica y profunda vasos de pequeño calibre con velocidades más altas (punto rojo). Se visualizan vasos uteroováricos con flujo.



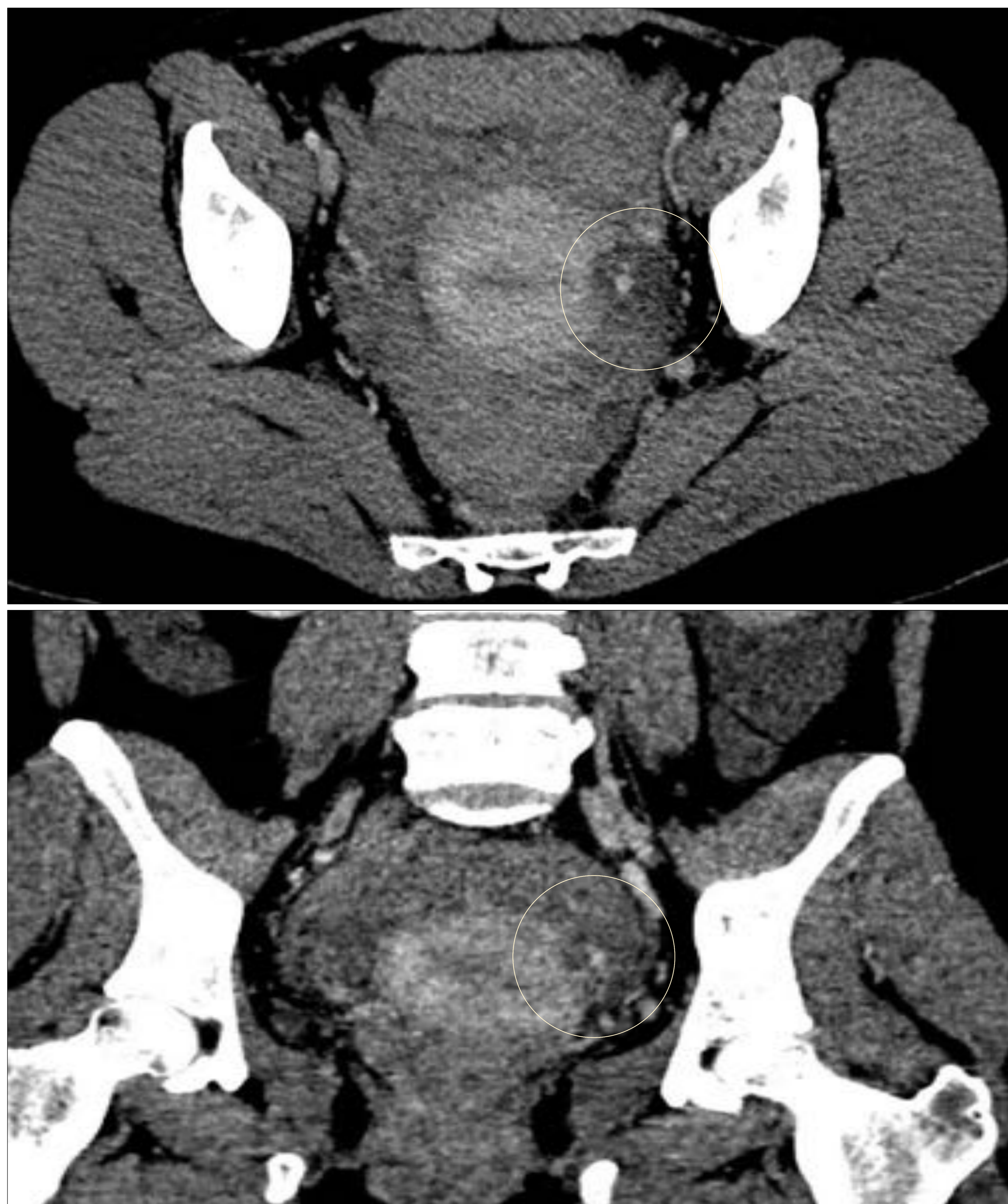
GESTACIÓN ECTÓPICA

Mujer de 37 años diagnosticada de **gestación ectópica**.

Antecedentes personales/quirúrgicos: apendicectomía, legrado, conización. Aborto diferido reciente.

Diagnóstico de sospecha inicial: cólico renoureteral izquierdo.

Tratamiento recibido: embolización del sangrado por laparoscopia.



TC abdominopélvico con contraste intravenoso en fase portal. Cortes axial y coronal.

Abundante líquido libre de alta densidad compatible con hemoperitoneo. Imagen adyacente a la pared lateral izquierda uterina predominantemente hipodensa con foco hiperdenso en su interior (círculo amarillo).

Hallazgos radiológicos sugestivo de sangrado procedente del cuerno izquierdo uterino secundario a embarazo ectópico cornual.



SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA

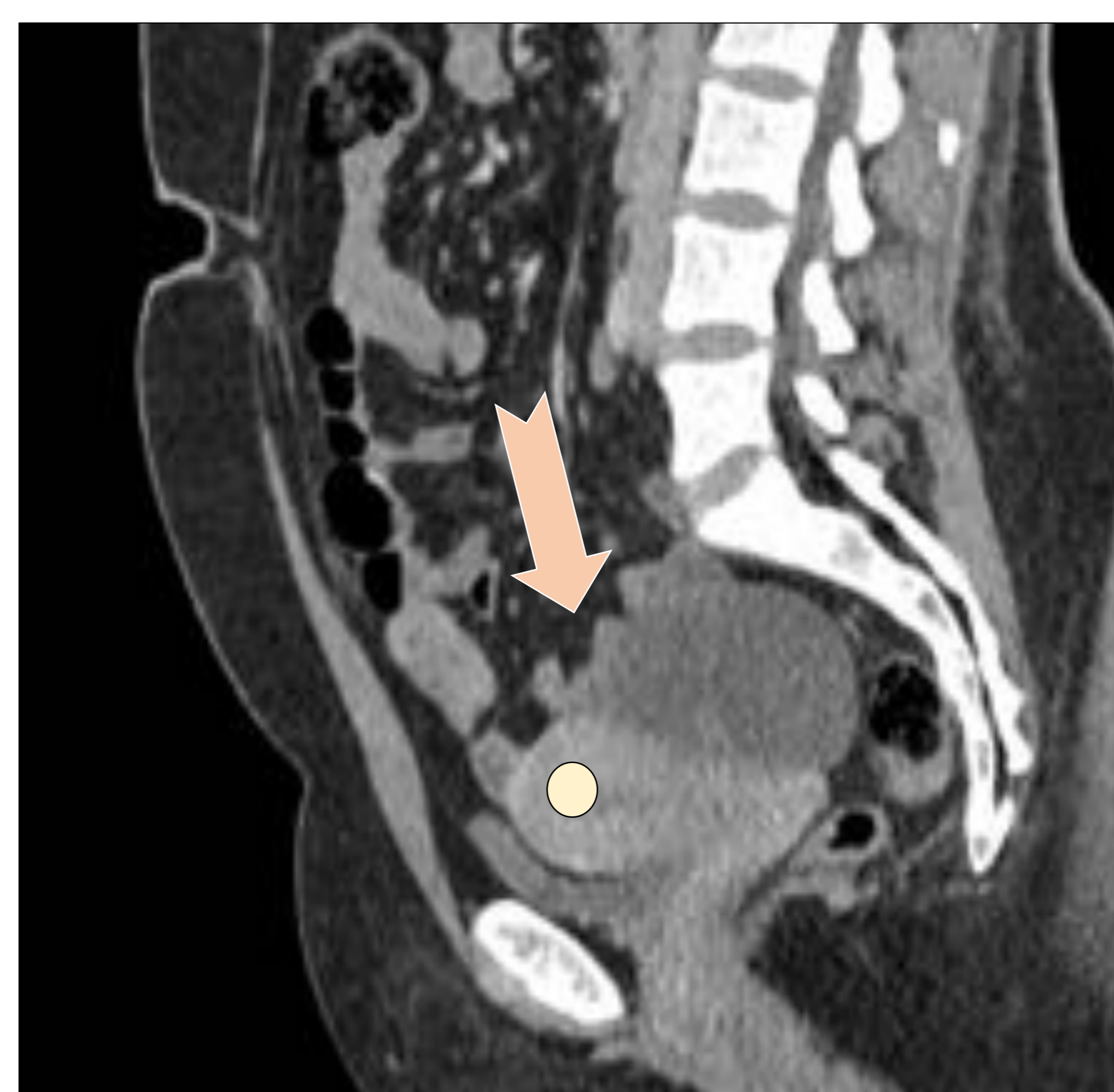
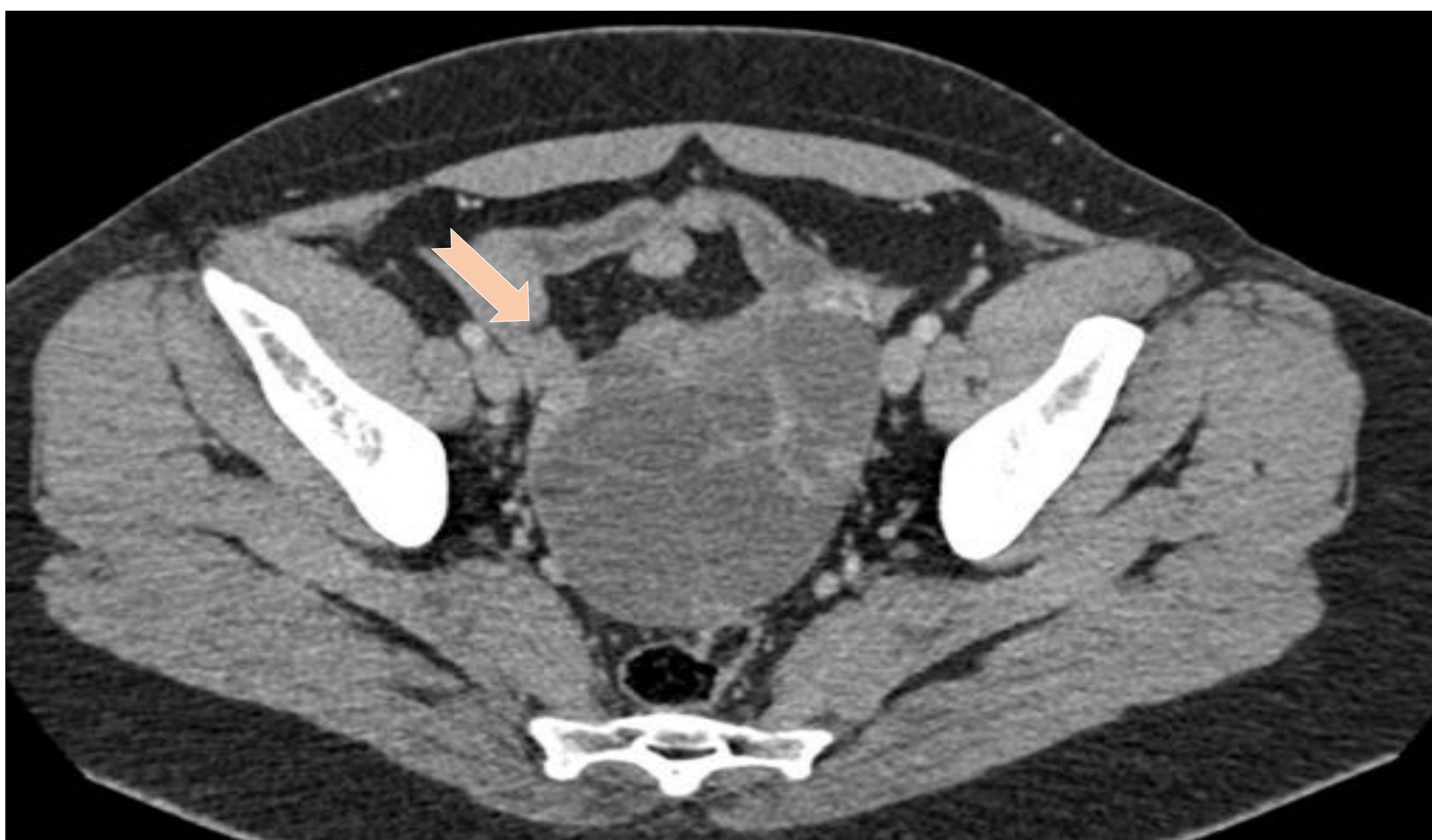
Mujer de 35 años diagnosticada de síndrome hiperestimulación ovárica

Antecedentes personales/quirúrgicos: punción ovárica para transferencia diferida.

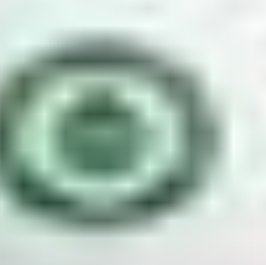
2 gestaciones y 2 abortos.

Diagnóstico de sospecha inicial: cólico biliar complicado

Tratamiento recibido: conservador.



TC abdominopélvico con contraste intravenoso en fase portal. Cortes axial, coronal y sagital. Útero de tamaño normal (círculo amarillo). Aumento del tamaño ovárico bilateral con múltiples quistes de tamaños variables (flecha naranja)



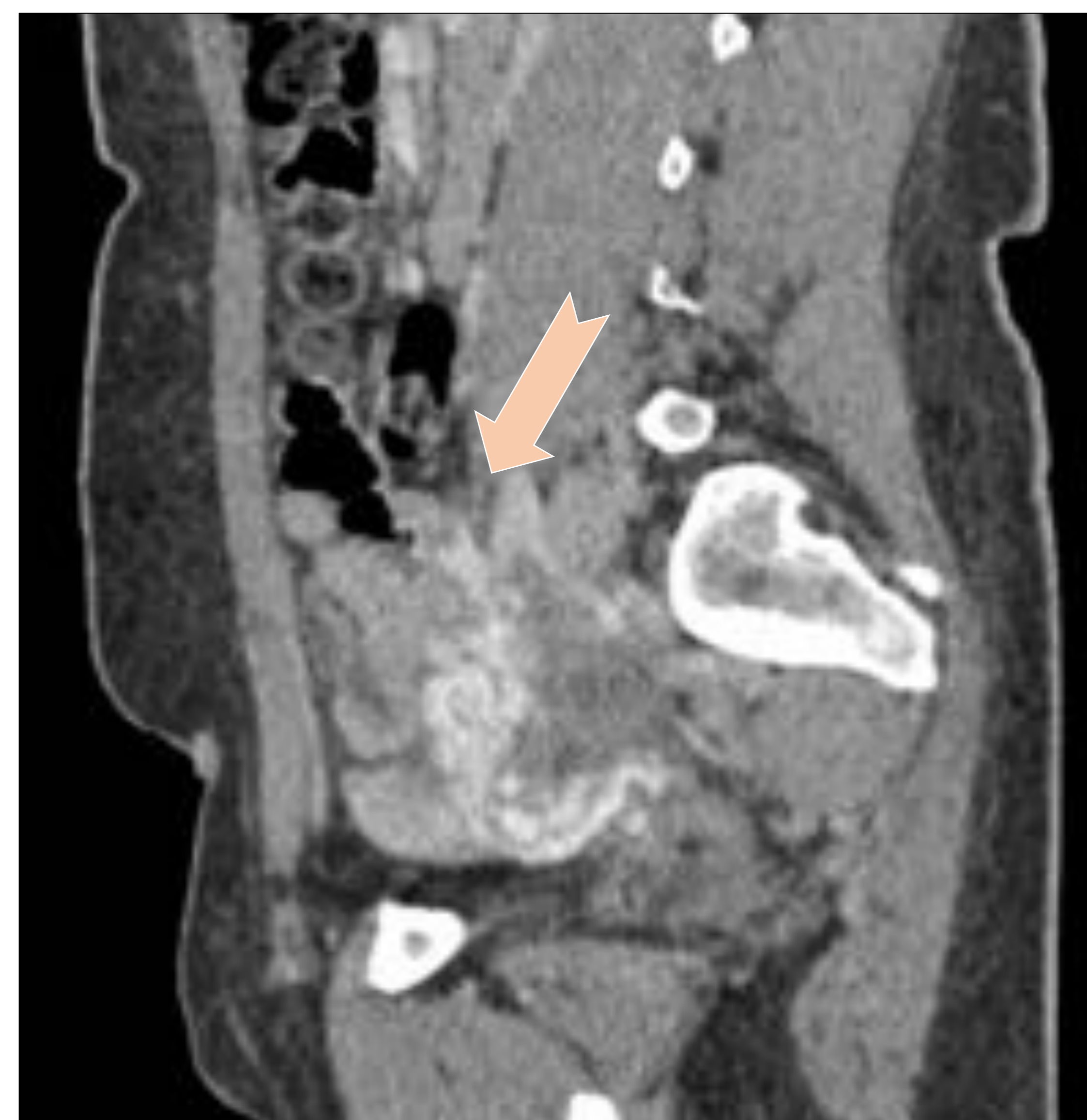
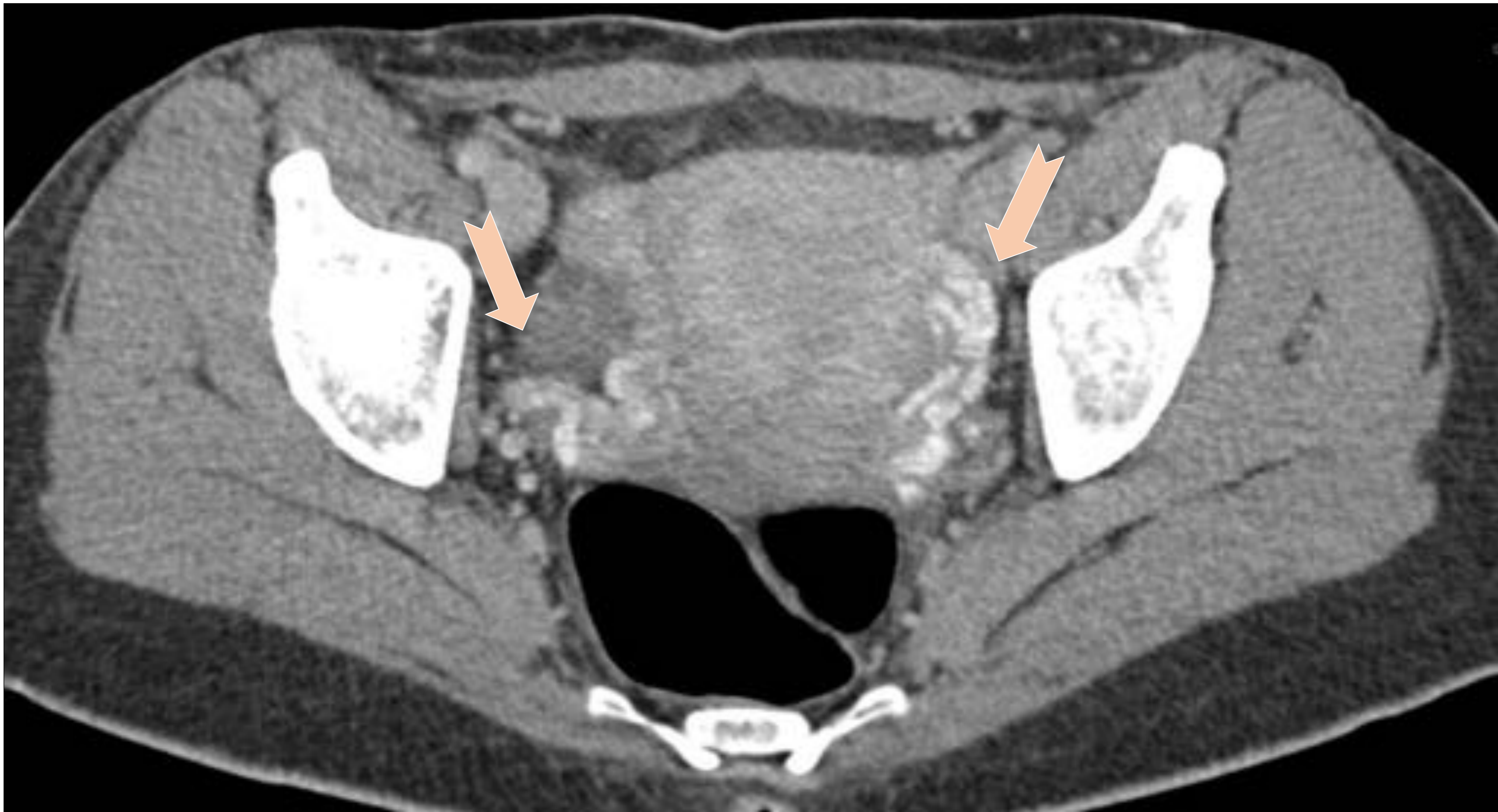
SÍNDROME DE CONGESTIÓN PÉLVICA

Mujer de 62 años diagnosticada de síndrome de congestión pélvica.

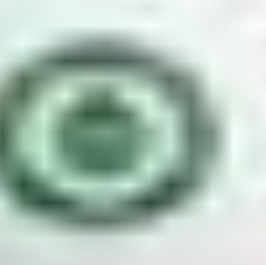
Antecedentes personales: múltipara

Diagnóstico de sospecha inicial: cólico renoureteral izquierdo.

Tratamiento recibido: conservador



TC abdominopélvico con contraste intravenoso en fase portal. Cortes axial, coronal y sagital. Útero globuloso aumentado de tamaño que asocia discreta cuantía de líquido en fondo de saco de Douglas. Varices periuterinas y dilataciones varicosas de ambas venas gonadales de predominio izquierdo (flechas naranjas), en relación con síndrome de congestión pélvica.



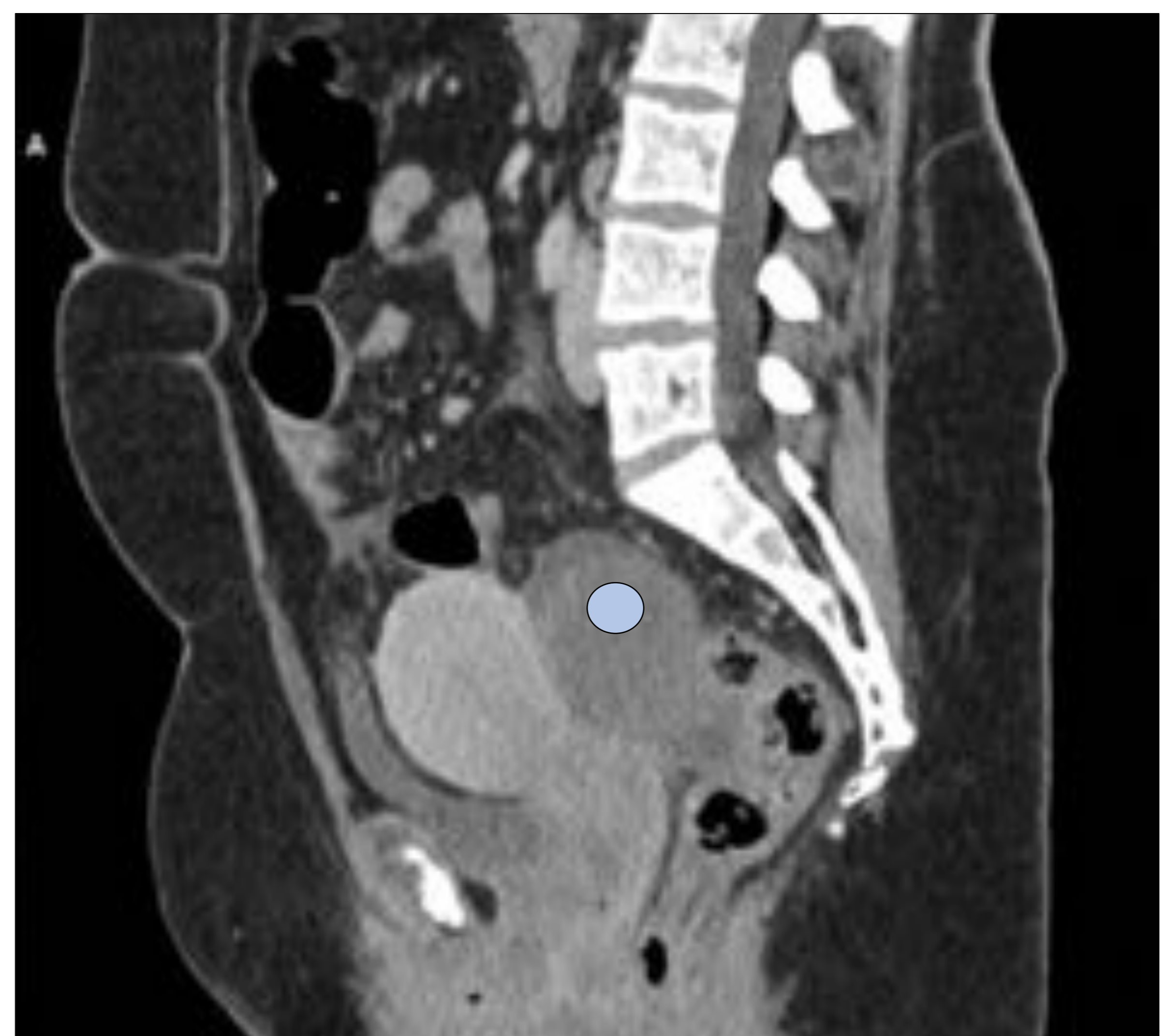
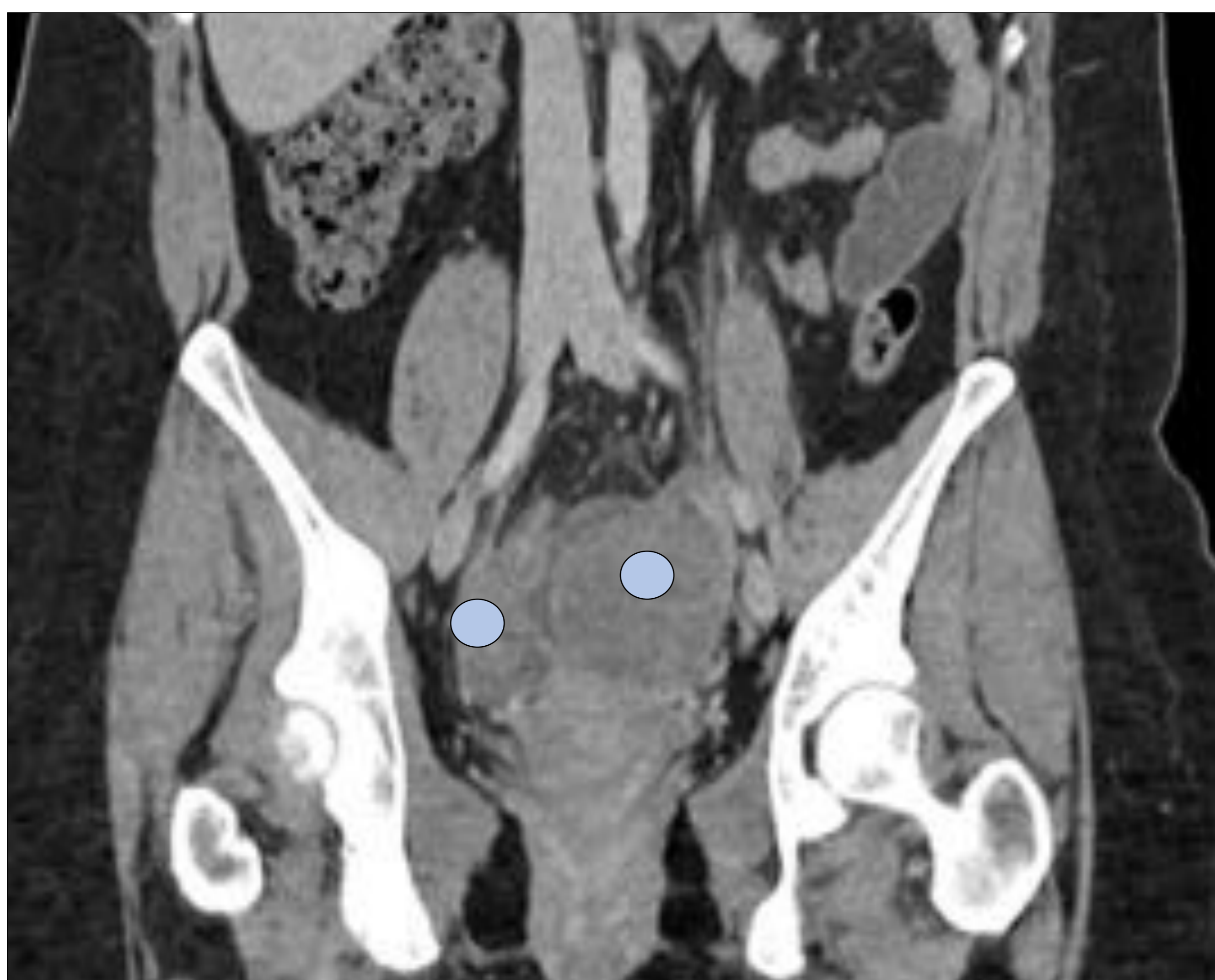
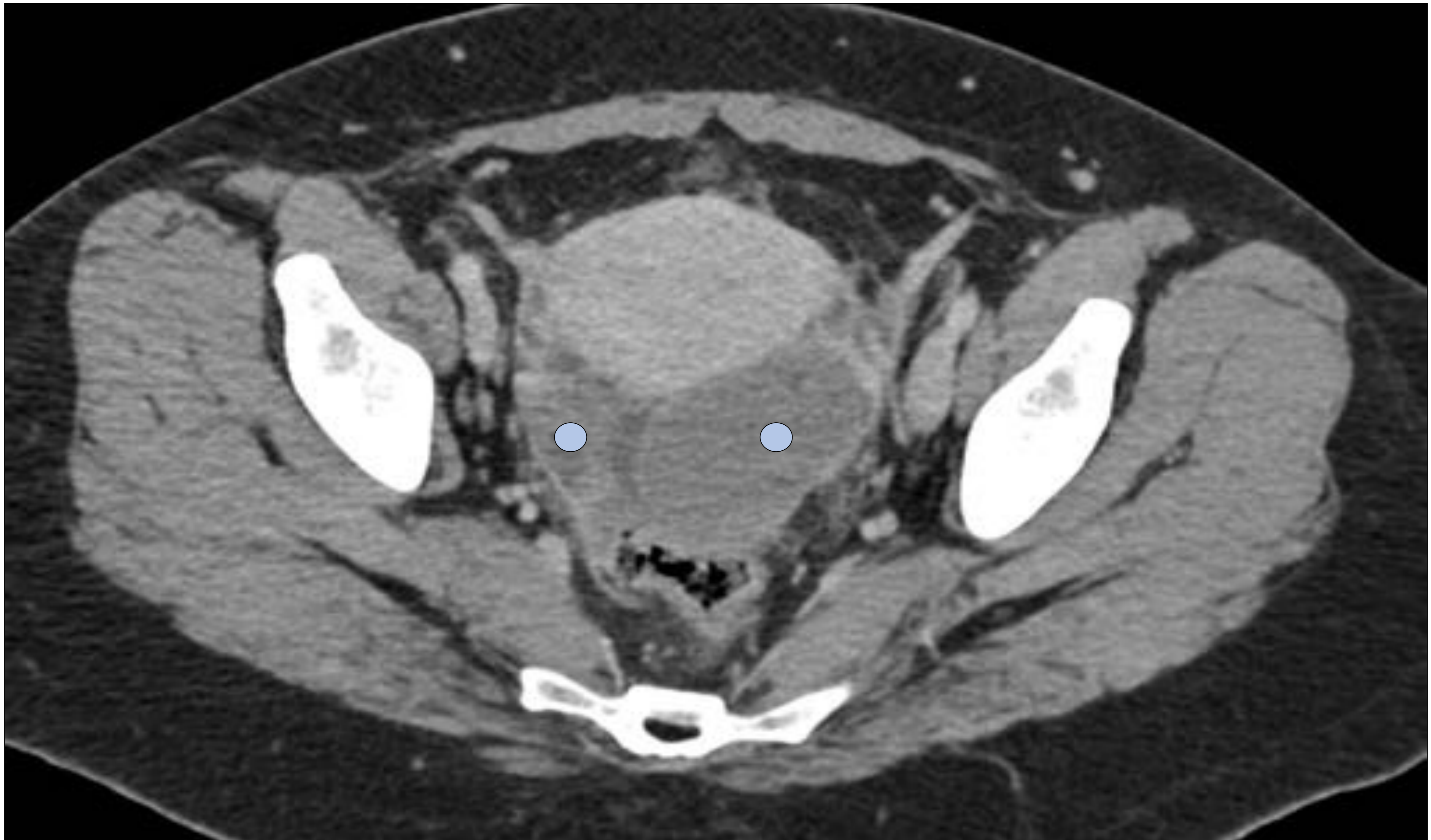
ENDOMETRIOMAS

Mujer de 41 años diagnosticada de endometrioma ovárico.

Antecedentes personales/quirúrgicos: ninguno

Diagnóstico de sospecha inicial: apendicitis

Tratamiento recibido: anexectomía derecha y quistectomía izquierda por laparoscopia de quistes endometriósicos ováricos. Anticonceptivo.



TC abdominopélvico con contraste intravenoso en fase portal. Cortes axial, coronal y sagital. Útero globuloso con dos lesiones quísticas con realce periférico que tienden a medializarse en ambos anejos, la de mayor tamaño en el derecho compatibles con endometriomas anexiales.



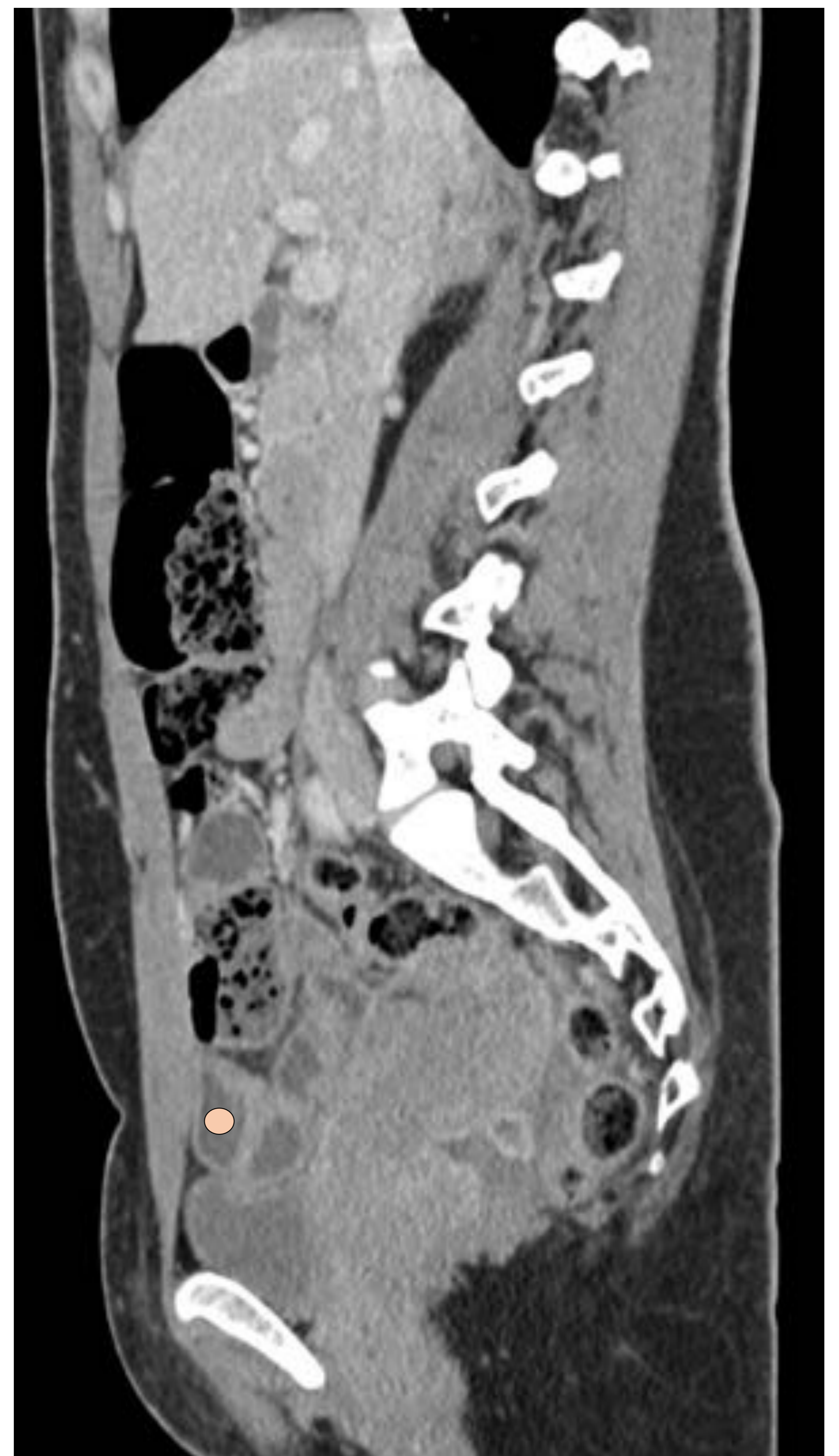
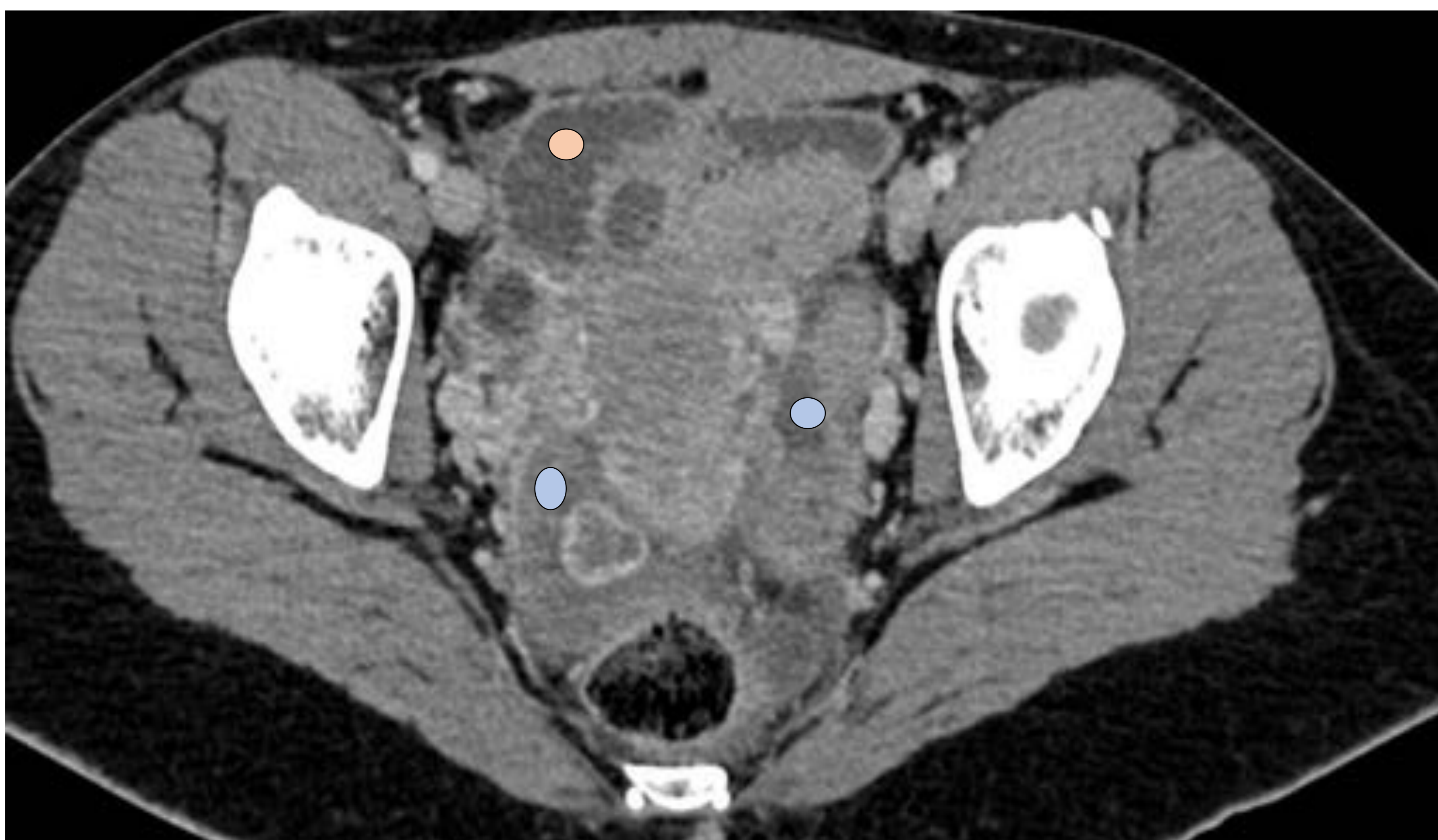
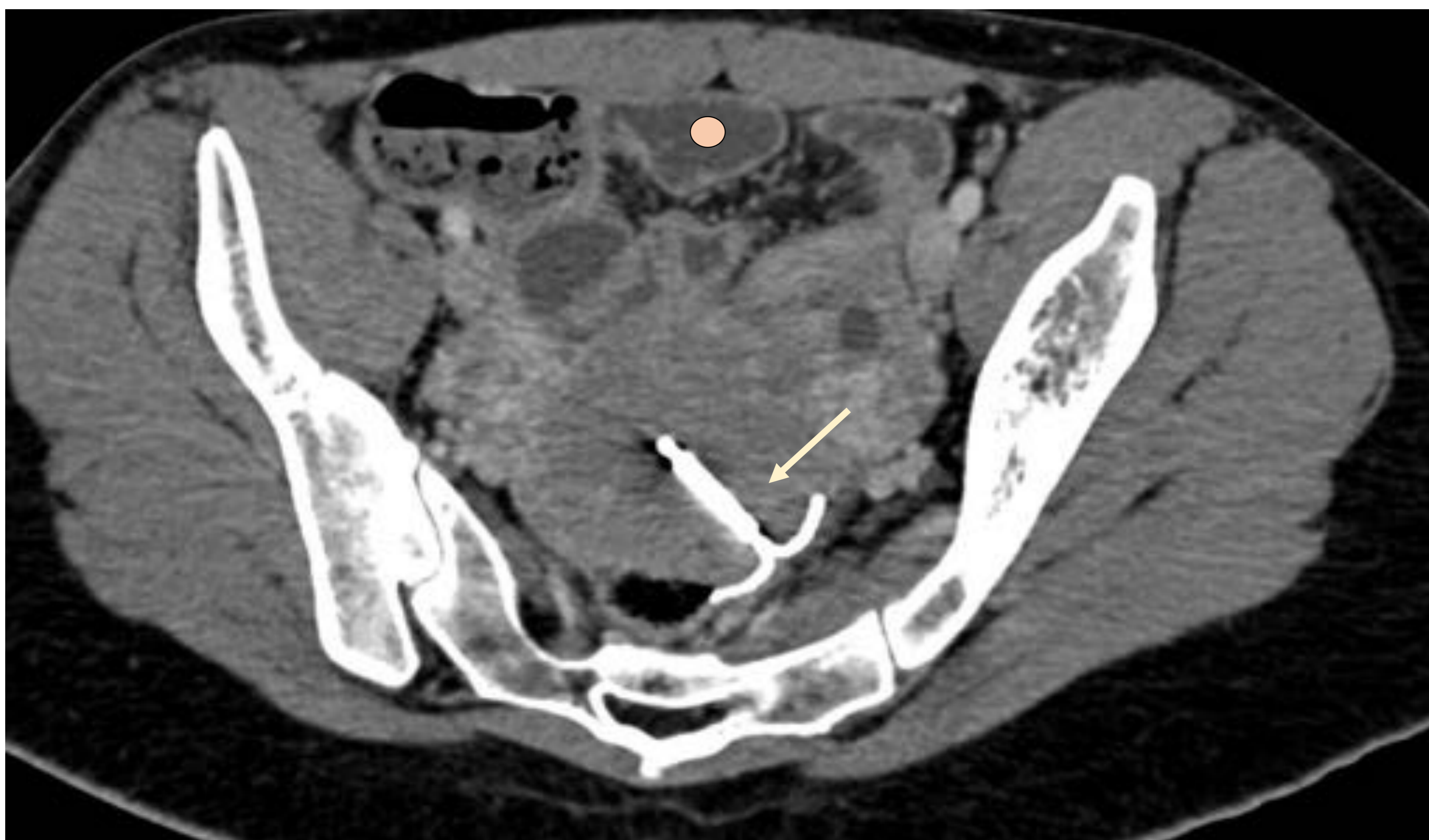
PERFORACIÓN UTERINA

Mujer de 35 años diagnosticada de perforación uterina con enfermedad inflamatoria pélvica.

Antecedentes personales: portadora de DIU.

Diagnóstico de sospecha: apendicitis

Tratamiento: antibioterapia + cirugía (extracción DIU por laparoscopia y salpinguectomía bilateral)



TC abdominopélvico con contraste intravenoso. Cortes axial y sagital. Útero en retroversión globuloso y heterogéneo con dispositivo intrauterino migrado hacia la pared posterior izquierda (flecha amarilla) con posible perforación. Colecciones heterogéneas periuterinas y en fondo de saco (puntos azules), con íleo de asas de intestino delgado adyacentes. Dilataciones venosas pélvicas.



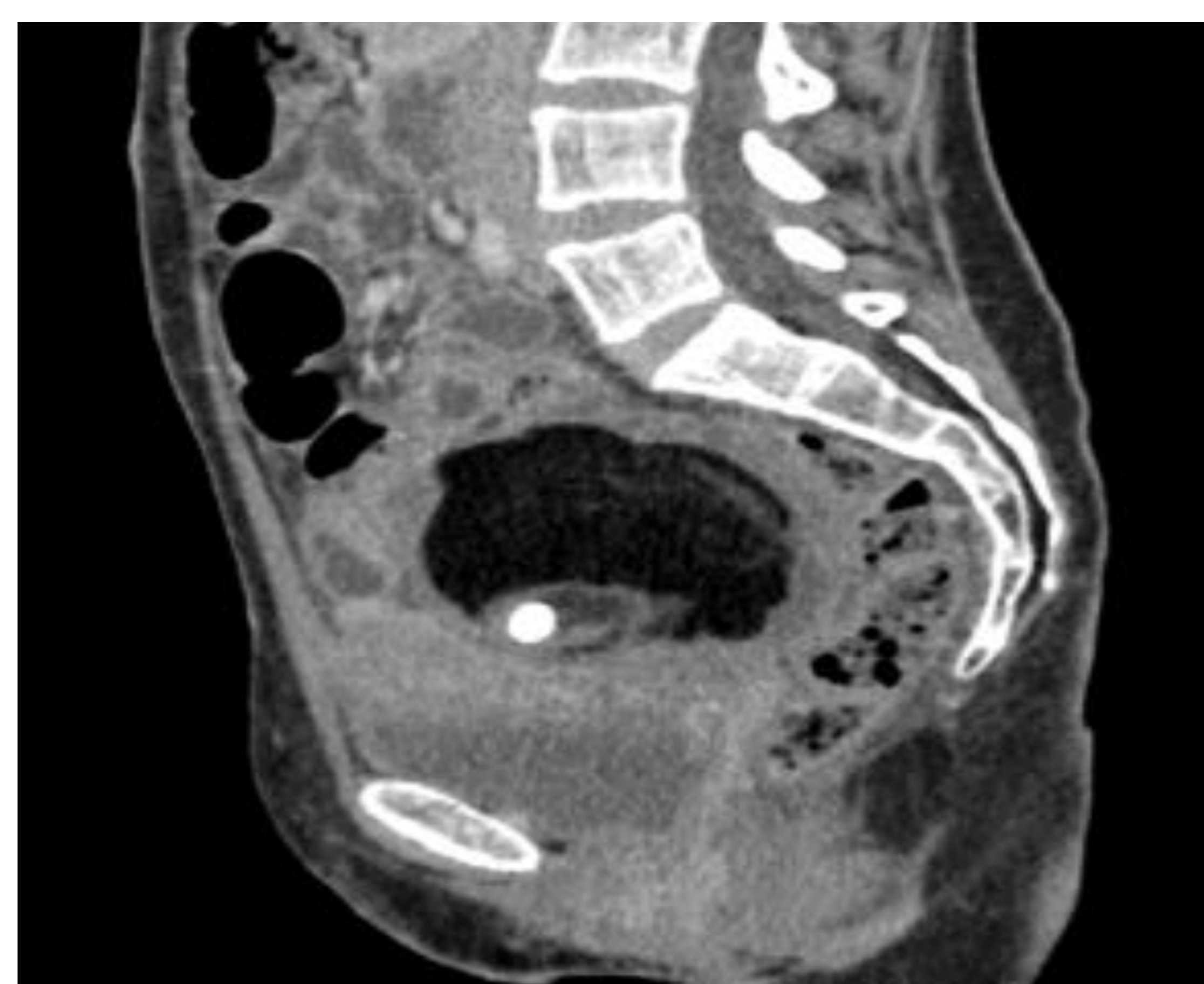
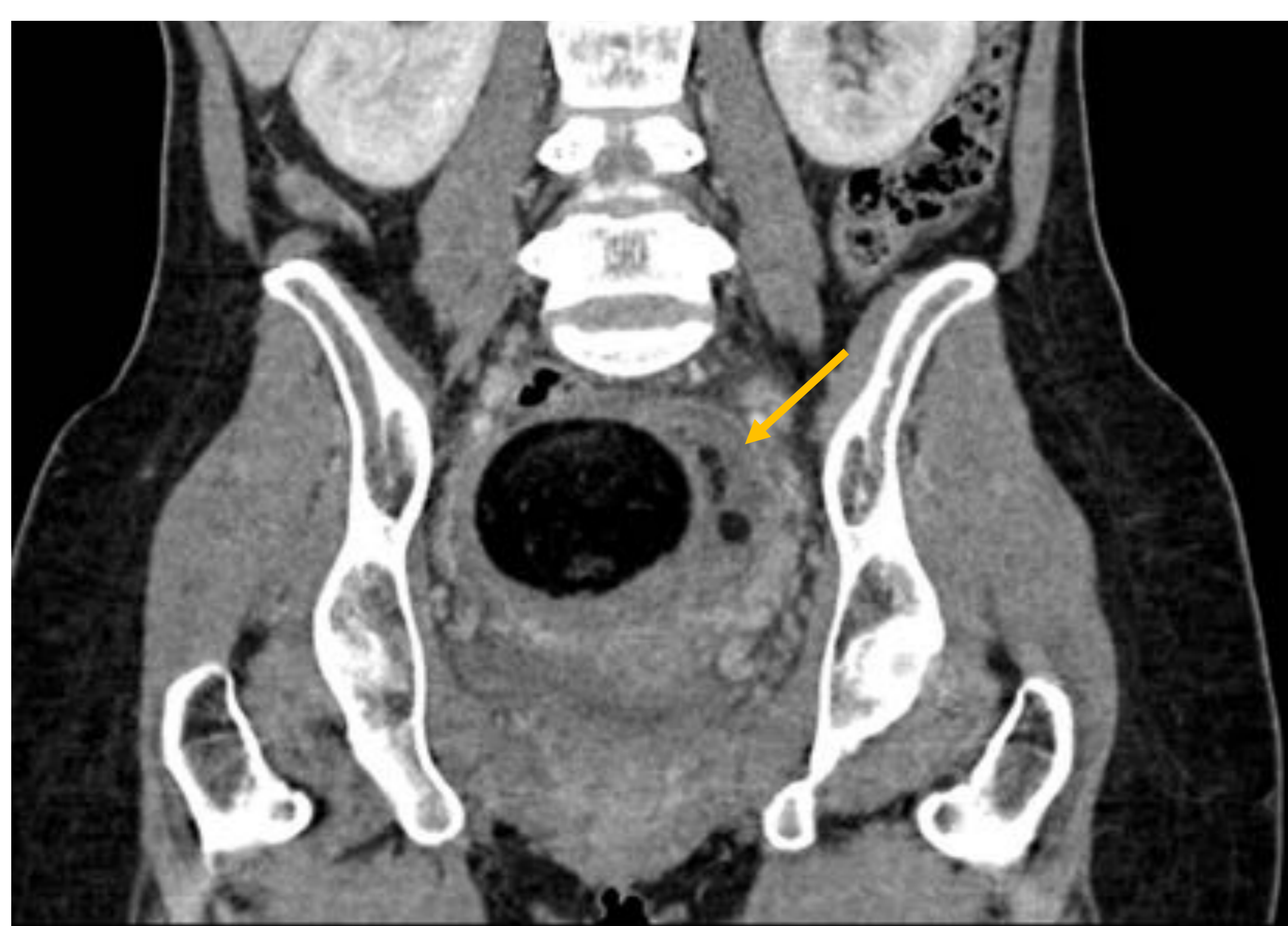
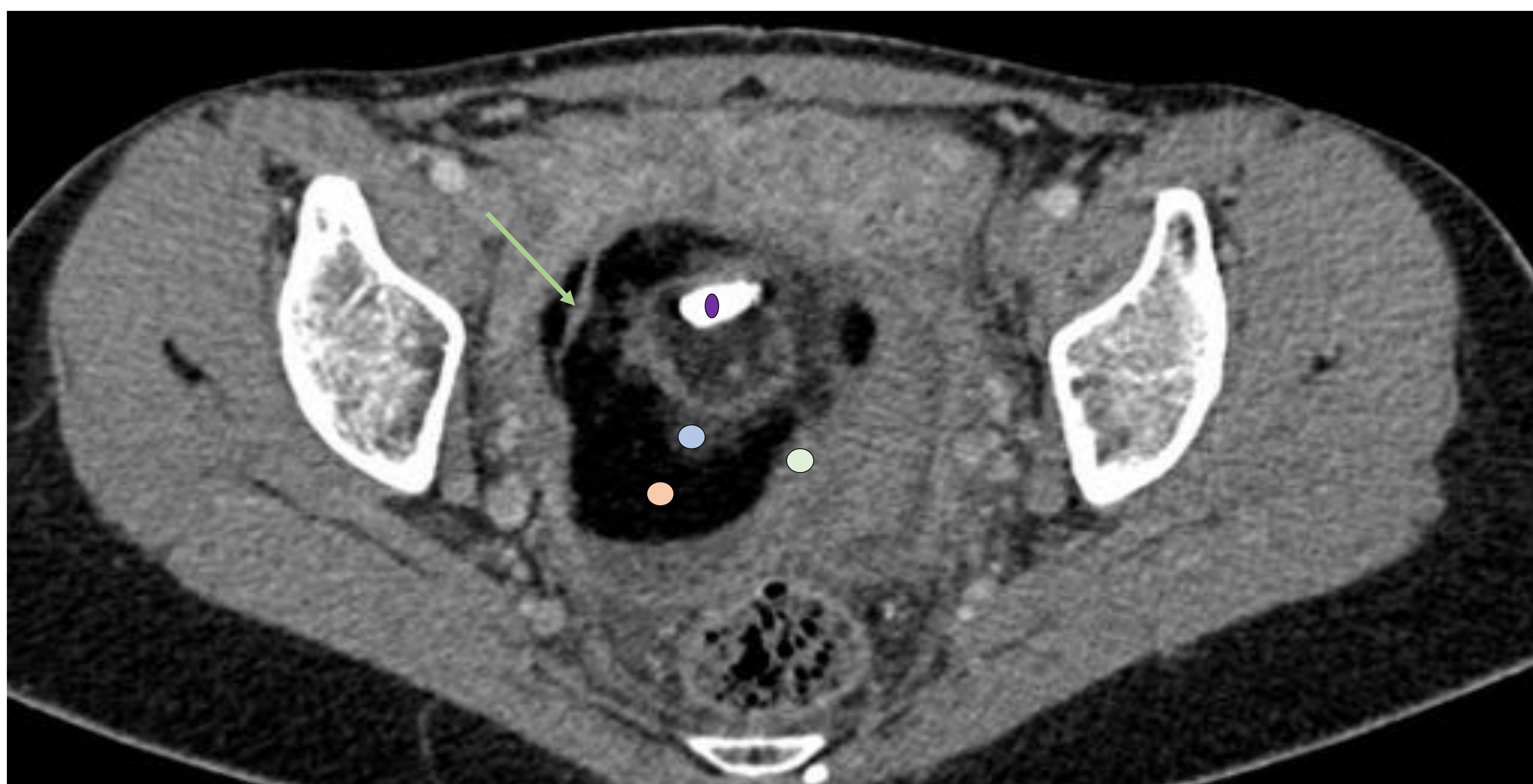
TUMORES

Mujer de 30 años diagnosticada de teratoma maduro complicado

Antecedentes personales: ninguno

Diagnóstico de sospecha: apendicitis

Tratamiento: anexectomía derecha



TC abdominopélvico con contraste intravenoso en fase portal. Cortes axial, coronal y sagital.

Masa pélvica heterogénea probablemente dependiente del anejo derecho. Presenta componente graso con nivel líquido-grasa (punto amarillo), septación interna (flecha verde), imágenes hiperdensas laminares (punto azul) y área cística multilocular en su región izquierda (flecha amarilla) y otras de atenuación partes blandas en región posterior (punto verde). En región central, se identifica estructura redondeada sugerente de nódulo de Rokitansky con calcificación en su interior, probable pieza dental (punto morado). Condiciona efecto de masa sobre las estructuras adyacentes. Hallazgos radiológicos compatibles con teroma maduro. Asocia hiperdensidad laminar en la periferia de la masa en supuesta localización de la reflexión peritoneal, trabeculación de la grasa y líquido libre adyacente sugestivo de signos de complicación.



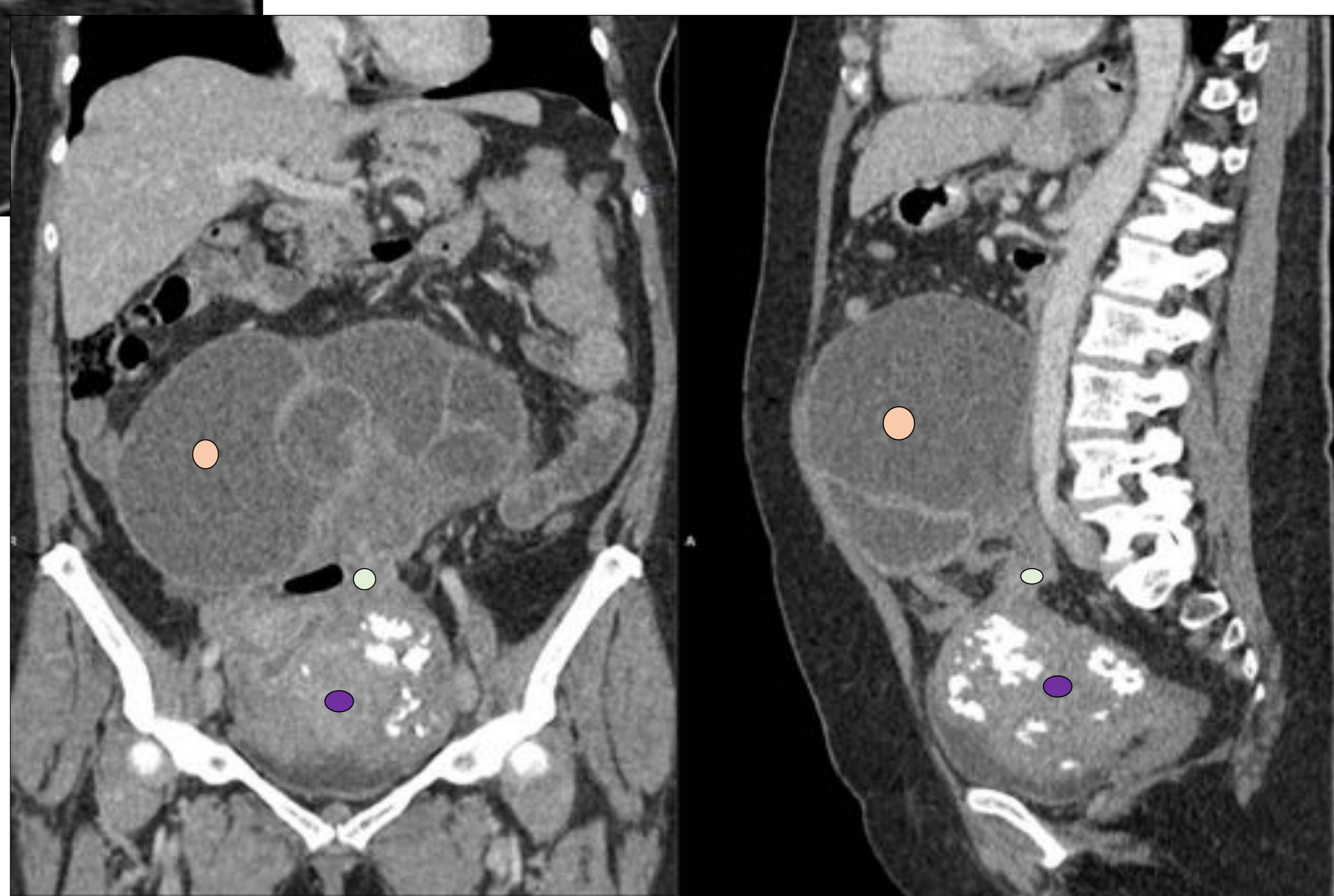
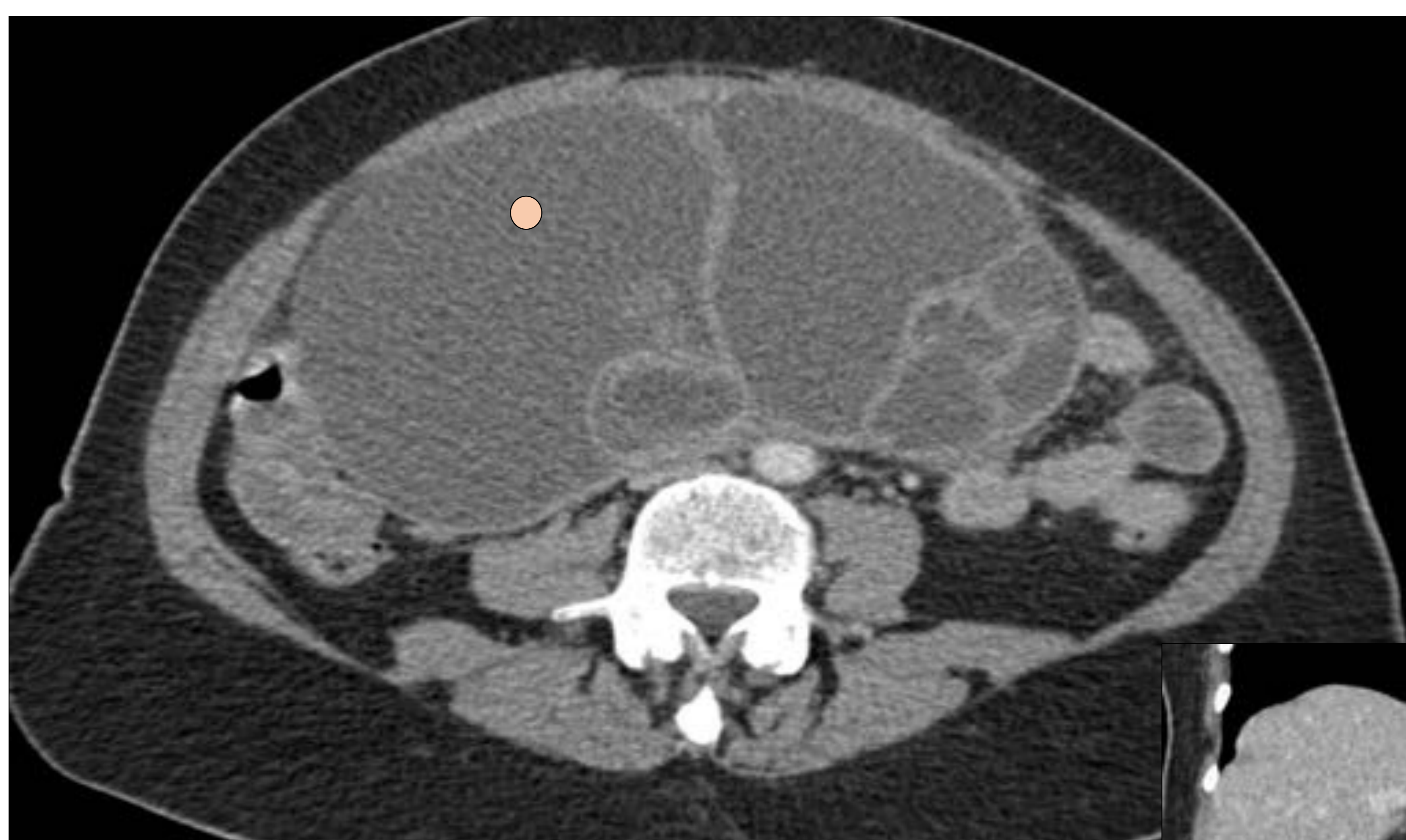
TUMORES

Mujer de 68 años diagnosticada de tumor ovárico benigno (cistoadenoma seroso)

Antecedentes personales/quirúrgicos: ninguno

Diagnóstico de sospecha inicial: diverticulitis

Tratamiento recibido: resección laparoscópica con histerectomía, doble anexectomía y omentectomía inframesocólica.



TC abdominopélvico con contraste intravenoso en fase portal. Cortes axial, coronal y sagital. Gran masa quística multiloculada centrada en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, mostrando tabiques y septos gruesos, paredes engrosadas e irregulares y algún área de aspecto sólido con realce (círculo naranja). Parece depender del anejo izquierdo, visualizándose la vena gonadal izquierda que parece llegar hasta al pedículo vascular (círculo verde), el cual podría mostrarse torsionado. Se acompaña de leve trabeculación de la grasa con edema del meso en fosa iliaca izquierda, así como líquido libre en leve cuantía de localización en ambas fosas ilíacas y en pelvis. Hallazgos radiológicos compatibles con neoformación primaria ovárica izquierda con signos acompañantes que podrían sugerir torsión secundaria asociada

Útero agrandado de tamaño con numerosas calcificaciones y de aspecto polimiomatoso, que muestra desplazamiento de la cavidad endometrial hacia la derecha por efecto masa de los miomas izquierdos en cuerpo y fundus (círculo morado).



CONCLUSIÓN

La patología ginecológica urgente constituye una causa importante de dolor abdominal agudo que no debemos dejar pasar por alto. Se considera esencial la familiarización de los radiólogos con este tipo de patología ya que, en muchas ocasiones, tenemos la última palabra para realizar su diagnóstico y manejo posterior.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ *Cura Rodríguez, J. and Cura Rodríguez, J., 2010. Radiología esencial. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.*
- ❖ *Webb Brant Major. 2007. TAC BODY. Madrid: Marbán.*
- ❖ *Baggish, M. and Karram, M., 2017. Atlas de anatomía de la pelvis y cirugía ginecológica. Buenos Aires ; Madrid [etc.]: Ed. Médica Panamericana.*
- ❖ *Montoya Filardi, A., 2021. Imagen diagnóstica en pediatría. Madrid: Editorial Médica Panamericana.*