

Urgencias Ginecológicas y el papel diagnóstico de la tomografía computarizada

Cecilia Ruiz de Castañeda Zamora¹, Ana María Hernández García-Calvo¹, María José Risco Fernández¹, César Sánchez Muñoz¹, Esnelly Francismaría Berrios Bonilla¹, Andrea Calero Ortega¹, Manuel Sebastián Páez Álvarez¹, Fátima Ximena Aragón Tejada¹

¹Hospital Universitario de Toledo, Toledo;

Objetivos Docentes

Los objetivos de este póster educativo son:

- Repasar la anatomía de la pelvis femenina.
- Ilustrar y describir las principales urgencias de origen ginecológico que cursan con dolor abdominal agudo.

Revisión del Tema

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal agudo en una mujer en edad fértil constituye un reto diagnóstico tanto para los médicos de la urgencia como para el radiólogo. A menudo, la patología ginecológica urgente se manifiesta clínicamente como un dolor abdominal difuso inespecífico que puede simular múltiples patologías, por lo que no es desdeñable el porcentaje de casos en los que el radiólogo se encuentra de manera incidental con una patología ginecológica en imágenes de tomografía computarizada (TC) de pacientes que han sido remitidas al servicio de urgencias por otras sospechas diagnósticas.

ANATOMÍA DEL APARTO REPRODUCTOR FEMENINO

Además de los genitales externos, el aparato reproductor femenino consta de genitales internos que se enumeran y describen a continuación (**Figura 1**):

- **OVARIOS**: órganos gonadales femeninos cuya función es la producción de óvulos después de la pubertad y la secreción de hormonas (estrógeno y progesterona). La fijación del ovario en su posición depende de las siguientes estructuras: ligamento propio del ovario (se extiende desde el polo uterino del ovario al útero); ligamento suspensorio (se proyecta desde el polo tubárico del ovario a la pared abdominal); mesoovario (une el borde mesoovárico del ovario al ligamento ancho del útero); mesosálpinx (fija el ovario a las trompas de Falopio).
- **TROMPAS DE FALOPIO**: estructuras tubulares que conectan el útero con el ovario, cuya longitud varía entre 7 y 12 cm. Su función transportar el óvulo desde los ovarios hasta el útero y los espermatozoides en dirección opuesta, y también, es el lugar donde se lleva a cabo la fecundación. Cada trompa se divide en cuatro porciones: la infundibular (porción más estrecha y se encuentra dentro del espesor de la pared uterina), el istmo (segmento estrecho adyacente a la pared uterina), la ampular (segmento de mayor diámetro) y la intersticial/fimbrias (constituye la conexión entre el extremo de la trompa y el ovario).
- **ÚTERO**: Órgano muscular cuya función es albergar el embrión durante la gestación. Se divide en dos componentes: el cuerpo uterino (en contacto con las trompas de Falopio) y el cuello/cérvix uterino (cuyo extremo inferior protruye en la vagina). En su pared se distinguen tres capas, que de fuera a dentro son: la serosa, el miometrio y el endometrio (entre los días 0-14 del ciclo menstrual suele tener un espesor de 6-8 mm; entre los días 14-28 suele tener un espesor de 10-16 mm).
- **VAGINA**: túbulo musculomembranoso de 7-9 cm que se extiende desde el cuello uterino al vestíbulo vaginal. Su función consiste en permitir la externalización de los fluidos menstruales, forma la porción inferior del canal del parto y permite la recepción del pene durante el coito.

ESPACIOS VISCERALES DE LA PELVIS FEMENINA

- **ESPACIOS INTRAPERITONEALES (Figura 2):**

Contienen los ovarios, el intestino delgado, el sigma y los 2/3 superiores del recto.

- Los espacios paravesicales están situados anterior a la vejiga urinaria. Se dividen en los compartimentos derecho e izquierdo, limitados por el uraco en situación de línea media (remanente de la arteria umbilical) y lateralmente por los ligamentos umbilicales laterales.
- El espacio supravesical está delimitado por la pared superior de la vejiga.
- El espacio vesicouterino superficial es el espacio comprendido entre la pared posterior de la vejiga y la pared anterior del útero.
- El fondo de saco de Douglas (espacio rectouterino) está limitado por la cara posterior del útero y la cara anterior del recto.

- **ESPACIOS EXTRAPERITONEALES (Figura 2):**

Contienen el útero, la vejiga, el uréter pélvico, 1/3 inferior del recto, vasos iliacos, ganglios linfáticos y el esqueleto osteomuscular del suelo pélvico.

- El espacio de Retzius: separado de la pared abdominal por la fascia transversal. La grasa que queda entre la fascia transversal y la pared anterior de la vejiga es la grasa perivesical, que en su porción más posterior recibe el nombre de espacio de Retzius.
- El espacio perivesical: Contiene el uraco, la vejiga y el útero.
- El espacio perirrectal (mesorrecto) se encuentra rodeando al recto. La fascia presacra lo divide en el espacio central y espacio periférico (presacro).

PATOLOGÍA GINECOLÓGICA URGENTE

Los radiólogos deben conocer los principales hallazgos en imagen de TC que le permiten realizar o insinuar el diagnóstico de la patología ginecológica urgente, puesto que un abordaje rápido de estas afecciones conlleva la preservación de la fertilidad de la mujer, y a veces, salva la vida de la paciente.

A continuación, se clasifican las patologías de origen ginecológico en cuatro grupos para su mejor comprensión.

• ***PATOLOGÍA QUE CURSA CON HEMOPERITONEO:***

Son aquellas patologías en las que observamos sangre dentro de la cavidad peritoneal. La atenuación del líquido sugiere su composición, observando una atenuación entre 30-45 UH en caso de sangrado reciente, una atenuación de 45-70 UH en caso de sangre coagulada y una atenuación inferior a 30 UH en caso de sangrado antiguo o de pacientes con anemia crónica.

-EMBARAZO ECTÓPICO (Figura 3): consiste en la implantación de un óvulo fertilizado fuera de la cavidad uterina. En la mayoría de los casos, el sitio de implantación ectópico se encuentra dentro de la trompa de Falopio, siendo la porción ampular e ístima las mayoritariamente implicadas. Las pacientes suelen presentar antecedentes personales de cirugías tubáricas previas, de enfermedad inflamatoria pélvica, o bien, han sido sometidas a técnicas de fertilización in vitro, entre otros.

Las imágenes de TC muestran una lesión de aspecto quístico adyacente y separada del anejo, que muestra un marcado realce periférico y que se corresponde con el saco gestacional. Éste puede asociarse a líquido libre de alta atenuación (hemoperitoneo) en caso de que se haya producido su rotura.

-ROTURA DE UN ENDOMETRIOMA (Figura 4): los endometriomas se forman como consecuencia de hemorragias cíclicas repetidas dentro de un implante endometriósico profundo. La mayoría de los quistes endometriósicos asientan en el ovario, pudiendo localizarse también a nivel del ligamento ancho, ligamentos uterosacros, útero, e inclusive, el colon. La rotura de un endometrioma es una complicación infrecuente que puede desembocar en un cuadro de peritonitis y un síndrome adherencial posterior, siendo más prevalente en endometriomas de gran tamaño (>5 cm) y en mujeres embarazadas.

Los hallazgos visualizados en la TC son altamente inespecíficos, no obstante, debemos sospechar este diagnóstico ante la presencia de lesiones ováricas de aspecto quístico, bilaterales y con pared gruesa, que asocian ascitis parcialmente localizada.

-ROTURA DE UN QUISTE OVÁRICO Y DE UN QUISTE DEL CUERPO LÚTEO (Figura 5, 6 y 7): Causas más frecuentes de dolor pélvico agudo en una mujer en edad fértil, desencadenadas por las relaciones sexuales, el ejercicio intenso, los traumatismos o el embarazo. El solapamiento de los hallazgos radiológicos de estas dos entidades hace difícil su distinción. No obstante, la correlación de un quiste sintomático con la fase lútea del ciclo menstrual o una gonadotropina coriónica humana positiva aumenta la posibilidad diagnóstica del quiste del cuerpo lúteo. **Las imágenes de TC** muestran un quiste anexial unilateral de contenido hiperdenso (>40 UH). El quiste del cuerpo lúteo presenta una pared más gruesa y con mayor grado de realce debido a su alta vascularización (“signo del anillo de fuego” en la ecografía). En caso de que se visualice extravasación del medio de contraste adyacente al quiste podemos afirmar la existencia de sangrado activo.

-ROTURA DE MIOMA UTERINO (Figura 8): Los fibromas son las neoplasias ginecológicas más comunes, afectando al 20% de las mujeres en edad fértil. En la gran mayoría de los casos (el 80%) la mujer se encuentra asintomática, y por lo tanto, no requieren tratamiento. No obstante, el 20% restante de las mujeres presenta síntomas como la metrorragia, presión abdominal, urgencia miccional, dolor pélvico, dismenorrea y estreñimiento. Según su localización, los miomas se clasifican como submucosos, intramurales o subserosos. Dicha clasificación es importante de cara a los síntomas y el tratamiento, de hecho, los miomas submucosos se asocian frecuentemente a metrorragia e infertilidad. Por contrapartida, los miomas subserosos suelen ser asintomáticos, sin embargo, si éstos son pediculados pueden torsionarse. Cuando un leiomioma aumenta de tamaño, el suministro vascular se vuelve inadecuado y conduce a distintos tipos de degeneración: hialina, quística, mixoide o degeneración roja.

El hemoperitoneo agudo por rotura de un leiomioma es una complicación muy infrecuente que ocurre espontáneamente o como resultado de un traumatismo. Se han postulado varias hipótesis sobre la rotura vascular espontánea asociada a miomas. La primera de ellas propone que un mioma de más de 10 cm podría condicionar estiramiento y tensión de los vasos suprayacentes que resulta en la rotura de éstos. Otra hipótesis es que los vasos que se encuentran dentro del mioma podrían romperse a consecuencia del crecimiento del tumor. Por último, se ha planteado que la rotura de los vasos que cubren el mioma uterino puede estar ocasionada por la congestión venosa pasiva asociada al aumento de la presión intraabdominal durante la menstruación, el ejercicio físico o cualquier esfuerzo.

• DOLOR ABDOMINAL AGUDO CON ANALÍTICA ANODINA:

- TORSIÓN OVÁRICA (Figura 9 y 10): emergencia ginecológica caracterizada por la rotación de los soportes ligamentarios y vasculares del ovario y la trompa uterina sobre su propio eje. Clínicamente la mujer presenta un intenso dolor abdominal asociado a vómitos. En cuanto a la etiología, mientras en los niños suelen ser el resultado de anomalías del desarrollo, en los adultos hay que sospechar la presencia de tumores, quistes o adherencias.

Las imágenes de TC identifican un ovario aumentado de tamaño y de localización anómala (medializado), con un parénquima ovárico heterogéneo debido a la existencia de áreas de hemorragia y edema. También es frecuente encontrar el “signo del collar de perlas” debido a una distribución periférica de los folículos.

- ENDOMETRIOSIS (Figura 11): enfermedad ginecológica crónica caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, que afecta al 10% de las mujeres en edad fértil. Es causa de dolor pélvico e infertilidad. Así mismo, se describen tres formas de presentación: superficial, profunda (implantes que penetran en el espacio retroperitoneal o en la pared de los órganos pélvicos a una profundidad >5 mm) y endometriomas.

El diagnóstico mediante TC es un desafío puesto que los hallazgos son altamente inespecíficos. Los endometriomas se manifiestan como lesiones ovoides bilaterales, con atenuación ligeramente disminuida debido a su alto contenido en sangre envejecida. En contrapartida, los implantes endometriósicos se identifican como nódulos bien definidos de densidad partes blandas, que muestran un realce heterogéneo tras la administración de contraste.

• ENFERMEDADES INFECCIOSAS:

- ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP) (Figura 12): término amplio que abarca todo el espectro de enfermedades inflamatorio/infecciosas que afectan al tracto genital femenino superior, cuya máxima incidencia tiene lugar en mujeres adolescentes sexualmente activas. Clínicamente cursa con dolor abdominal, sensibilidad al movimiento cervical, dispareunia, alteración del flujo vaginal, fiebre y leucocitosis. La etiopatogenia suele estar relacionada con la presencia de una infección ascendente desde el tracto genital inferior que implica a microorganismos como la *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Mycoplasma genitalium*.

Las imágenes de TC muestran un engrosamiento de los ligamentos uterosacros, mala definición de las paredes uterinas, trabeculación de la grasa pélvica, obliteración de los planos fasciales, linfadenopatías reactivas, signos de peritonitis y líquido libre en el fondo de saco de Douglas.

- PIOSÁLPINX (Figura 13): la EIP condiciona un estado de inflamación que conlleva a la formación de adherencias tubáricas y peritubáricas que ocasionan la obstrucción de la trompa de Falopio, impidiendo el drenaje de la misma. A consecuencia de ello, las trombas de Falopio se distienden y llenan de pus dando lugar a un piosálpinx.

Los hallazgos radiológicos incluyen la existencia de estructuras tubulares serpiginosas dilatadas y con contenido líquido interno, que muestran paredes engrosadas y realzadas, asociando edema pélvico y cambios de la grasa circundante. El diagnóstico diferencial se establece con el hidrosálpinx en el que las paredes tubáricas no muestran engrosamiento ni realce periférico.

-ABSCESO TUBOOVÁRICO (Figura 14): surgen como complicación tardía de una EIP, cursando clínicamente con fiebre, leucocitosis, dolor abdominal y flujo vaginal.

Las imágenes de TC identifican una masa quística tabicada o multilocular con una pared gruesa que realza homogéneamente. En algunas ocasiones, en dicha masa se pueden visualizar niveles líquido-líquido, o bien, gas ectópico. Así mismo, tanto el ovario como la trompa de Falopio son indistinguibles del absceso. Los hallazgos descritos anteriormente asocian cambios inflamatorios locorregionales como aumento de la atenuación de la grasa y líquido libre en pelvis. En raras ocasiones, puede producirse la rotura del absceso tuboovárico que desemboca en un cuadro de peritonitis potencialmente mortal, en el que se observará un engrosamiento y realce del peritoneo y planos fasciales.

-SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS/PERIHEPATITIS (Figura 15): Inflamación de la cápsula hepática y del peritoneo suprayacente, sin afectación del parénquima hepático. Surge como complicación de una EIP y afecta predominantemente a mujeres fértiles sexualmente activas. Los pacientes refieren dolor abdominal en situación de hipocondrio derecho que puede simular la existencia de enfermedades hepatobiliares o neumonías basales.

En las imágenes de TC observamos un marcado realce de la cápsula hepática en fases precoces tras la administración del contraste intravenoso debido a un aumento de la vascularización condicionado por la inflamación.

Dicho realce puede persistir en fases tardías si coexisten cambios fibróticos/adherencias (“signo de las cuerdas de violín” en cirugía). El parénquima hepático permanece homogéneo y sin lesiones focales.

•COMPLICACIONES POSTPARTO:

-TROMBOSIS DE LA VENA OVÁRICA (Figura 16): durante el embarazo se produce un estado de hipercoagulabilidad destinado a evitar las hemorragias durante el periodo de gestación. La trombosis de la vena ovárica es una complicación infrecuente que tiene lugar en el puerperio y hay que sospecharla ante la presencia de un síndrome febril prolongado asociado a dolor abdominal. Este cuadro suele ser unilateral, comprometiendo predominantemente a la vena ovárica derecha.

Las imágenes de TC con contraste intravenoso identifican una estructura retroperitoneal dilatada, bien delimitada, con una hipodensidad central (defecto de repleción) y una hipercaptación de su pared.

-ROTURA UTERINA (Figura 17): complicación infrecuente pero potencialmente letal. Suele ocurrir tras un parto vaginal en mujeres con antecedentes personales de cesáreas previas.

Las imágenes revelan la existencia de un defecto/discontinuidad de la pared uterina, asociado a una colección de alta atenuación (hematoma).

Conclusión

La patología ginecológica se manifiesta frecuentemente con síntomas clínicos inespecíficos que hacen difícil su sospecha, motivo por el cual el radiólogo debe estar familiarizado con los hallazgos en imagen de TC que le permitan hacer una aproximación diagnóstica apropiada.

Imágenes de esta sección

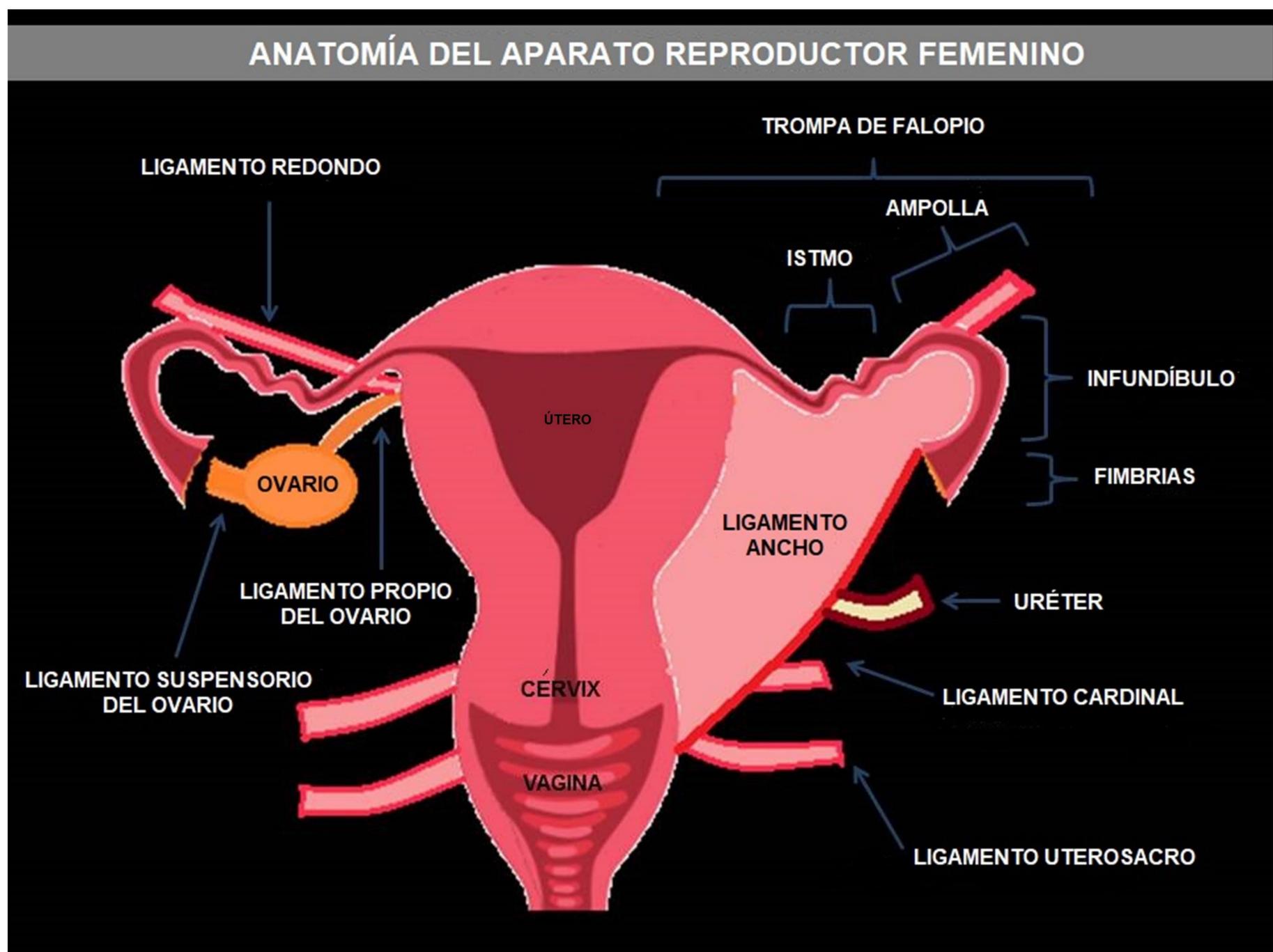
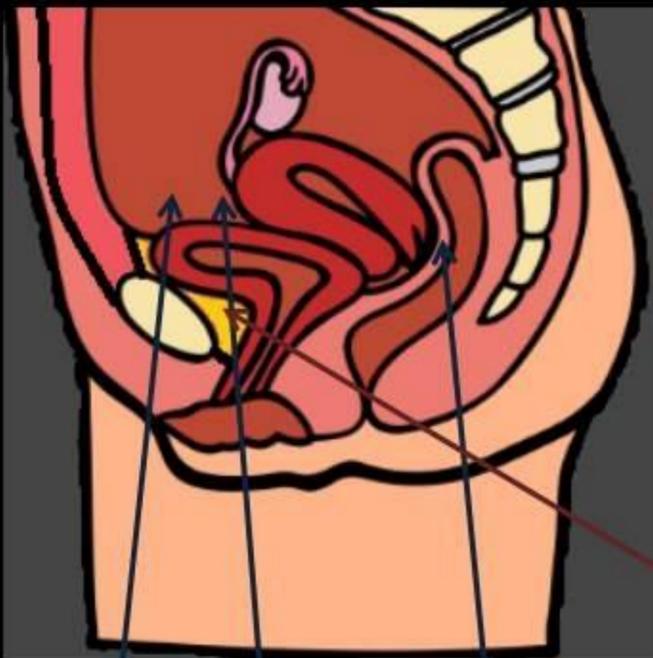


Figura 1. Anatomía del aparato reproductor femenino

ESPACIOS VISCERALES DE LA PELVIS FEMENINA

ESPACIOS INTRAPERITONEALES

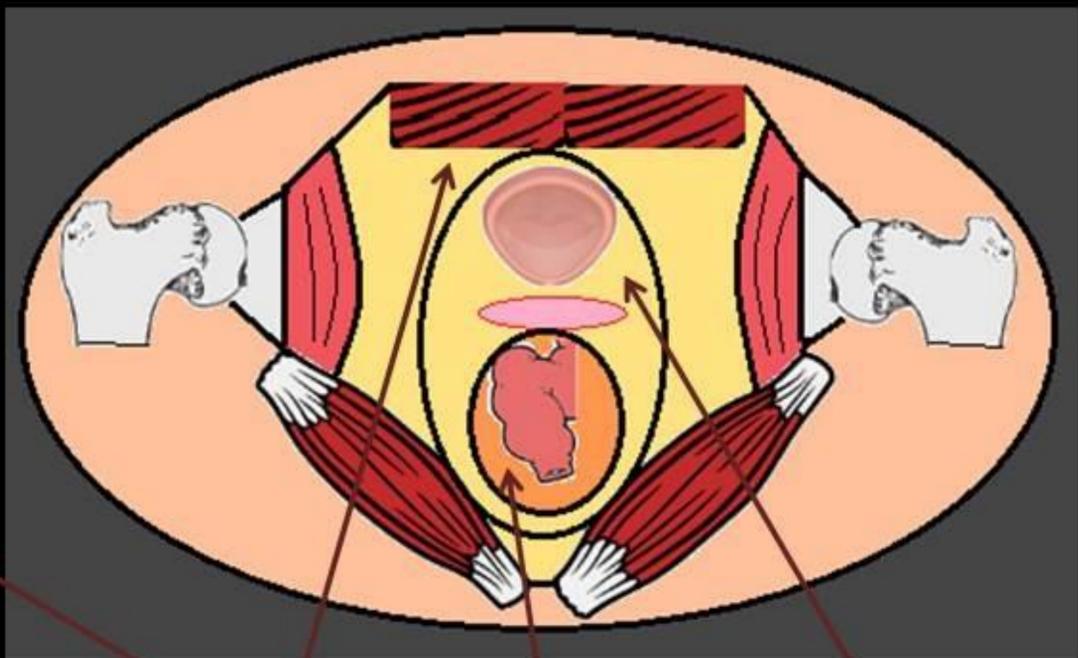


ESPACIO SUPRAVESICAL

FONDO DE SACO DE DOUGLAS

ESPACIO VESICOUTERINO SUPERFICIAL

ESPACIOS EXTRAPERITONEALES



ESPACIO DE RETZIUS

ESPACIO PERIVESICAL

ESPACIO PERIRECTAL

Figura 2. Espacios viscerales de la pelvis femenina.

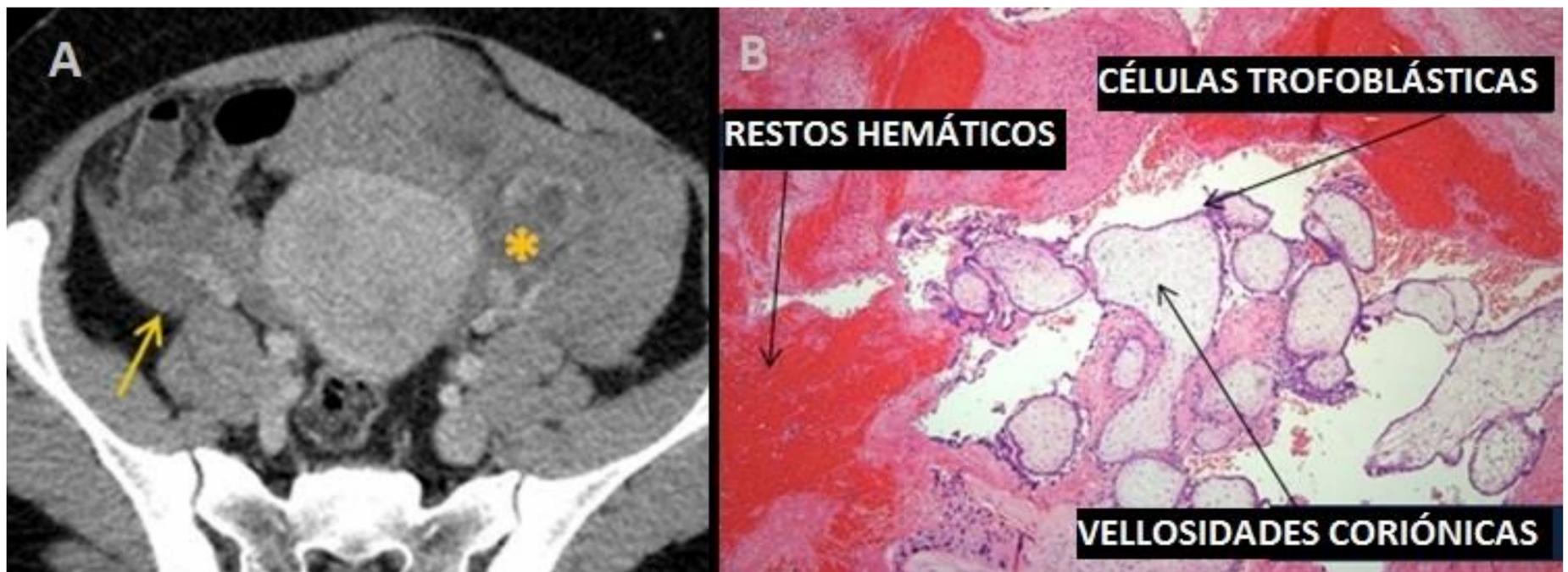


Figura 3. Mujer de 30 años con dolor abdominal e inestabilidad hemodinámica. A) La imagen de TC con contraste intravenoso (CIV) en el plano axial muestra una lesión redondeada con pared gruesa e hiperdensa localizada en la trompa tubárica izquierda compatible con saco gestacional (asterisco). Ambos ovarios están alejados de la lesión y no se evidencia la existencia de un embarazo intrauterino. Se visualiza líquido de alta atenuación en ambas gotieras paracólicas y pelvis en relación con hemoperitoneo (flecha). B) La anatomía patológica de la lesión muestra la existencia de vellosidades coriónicas y restos sanguíneos. Conclusión: los hallazgos radiológicos y anatomopatológicos confirman la existencia de una **rotura de un embarazo ectópico tubárico**.

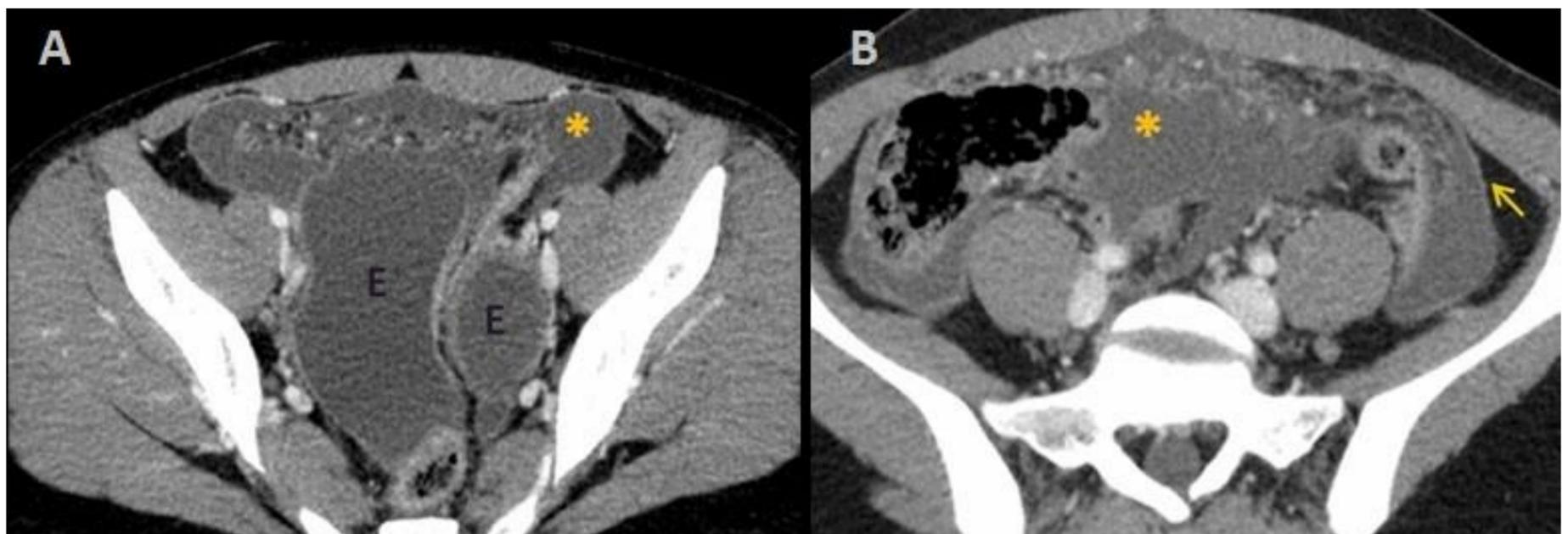


Figura 4. Mujer de 37 años con dolor abdominal, historia personal de dismenorrea y antecedentes personales de endometriosis. A) Las imágenes de TC con CIV en el plano axial muestran dos lesiones quísticas hipodensas con paredes lisas y homogéneamente realzadas, compatibles con endometriomas (E). El contenido de las lesiones es hipodenso debido a la existencia de restos hemáticos antiguos. B) Líquido libre parcialmente loculado de atenuación similar a las lesiones descritas entre las asas intestinales (asterisco). También se observa un marcado engrosamiento y realce del peritoneo, así como trabeculación de la grasa que sugiere complicación del quiste endometriósico, compatible con peritonitis (flecha). Conclusión: los hallazgos radiológicos y quirúrgicos confirman la existencia de **quistes endometriósicos rotos**.



Figura 5. Mujer de 25 con dolor abdominal súbito en fosa iliaca derecha después de realizar ejercicio físico. Se realiza ecografía abdominal donde se visualiza un apéndice de características normales pero se observa pequeña cantidad de líquido libre en pelvis. A) la imagen de TC con CIV en el plano axial muestra una lesión quística compleja con contenido discretamente hiperdenso (asterisco). La pared de la lesión es fina y muestra un realce irregular (flecha). B) Imagen de TC con CIV en el plano coronal que muestra hemoperitoneo adyacente a la lesión (flecha). Se observan también estructuras serpiginosas hiperdensas paraováricas que representan venas ováricas dilatadas, en relación con síndrome de congestión pélvica (cabeza de flecha). Conclusión: los hallazgos radiológicos sugieren rotura de un **quistes hemorrágico**.

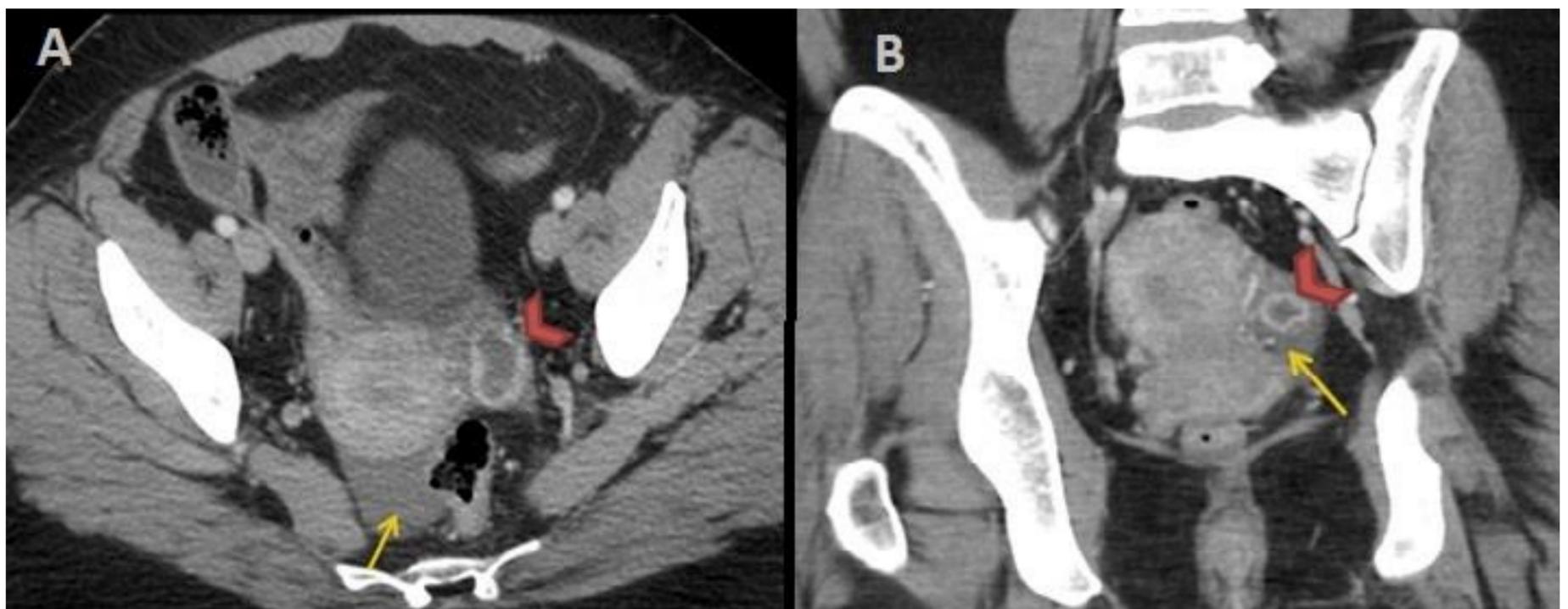


Figura 6. Mujer de 27 años con dolor abdominal intenso localizado en hipogastrio tras mantener relaciones sexuales. Se realiza ecografía abdominal con resultado anodino, pero tras horas de observación, la paciente continúa con dolor moderado resistente a la analgesia. A y B) Imágenes de TC con CIV en el plano axial y coronal que muestran una lesión quística de pared gruesa y realzada (cabeza de flecha). Pequeña cantidad de hemoperitoneo en pelvis (flecha). Conclusión: los hallazgos radiológicos revelan la existencia de un **cuerpo lúteo hemorrágico**.

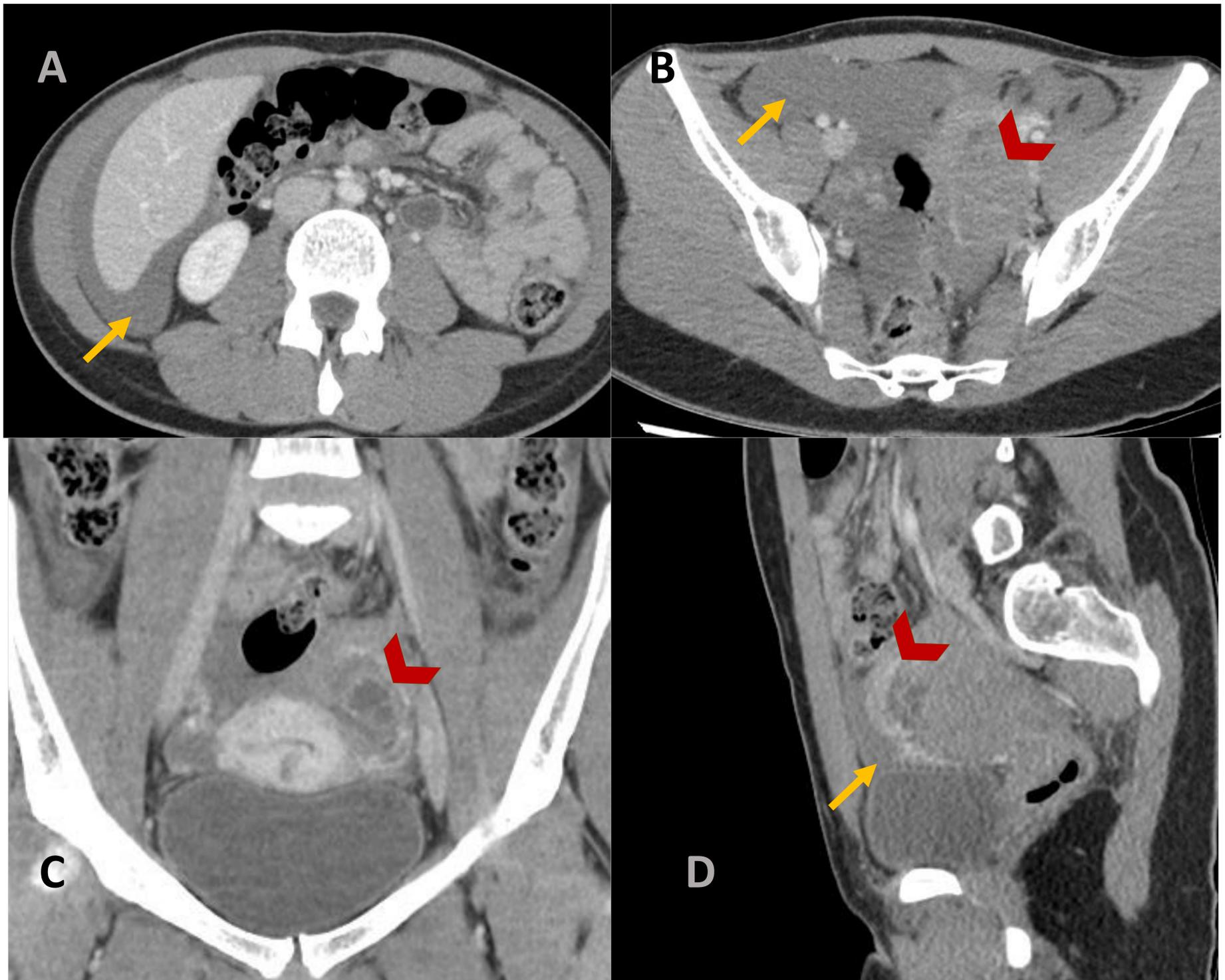


Figura 7. Mujer de 30 años con dolor abdominal intenso en hipogastrio tras haber recibido un golpe en abdomen inferior con un balón. A) , B), C) y D) Imágenes de TC tras la administración de CIV que muestran una abundante cantidad de líquido libre de alta atenuación (hemoperitoneo) de localización perihepática, interasas, en ambas gotieras paracólicas y pelvis (flechas). En situación aneal izquierda se identifica una estructura de morfología oval con realce fino periférico “en anillo incompleto” (cabeza de flecha). Conclusión: los hallazgos radiológicos son compatibles con **quiste folicular roto**.

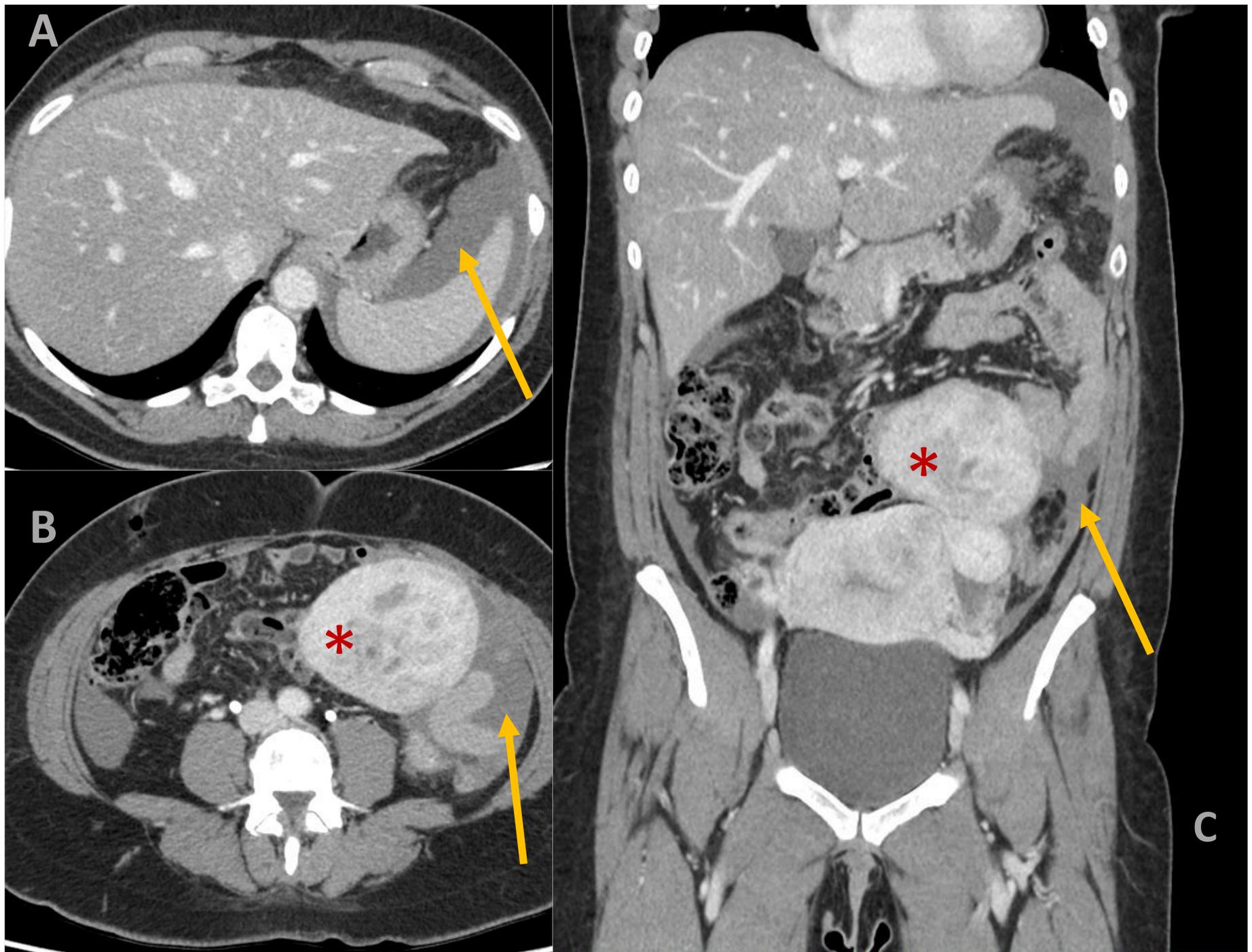


Figura 8. Mujer de 38 años con dolor abdominal intenso. A) Imagen de TC axial con CIV que muestra líquido libre periesplénico de alta atenuación (hemoperitoneo: flecha). B) y C) Lesión redondeada de atenuación heterogénea compatible con mioma pediculado con degeneración quística (asterisco). Pequeña cantidad de hemoperitoneo en gotiera paracólica izquierda (flecha).

Conclusión: Hemoperitoneo secundario a rotura de un mioma uterino pediculado.

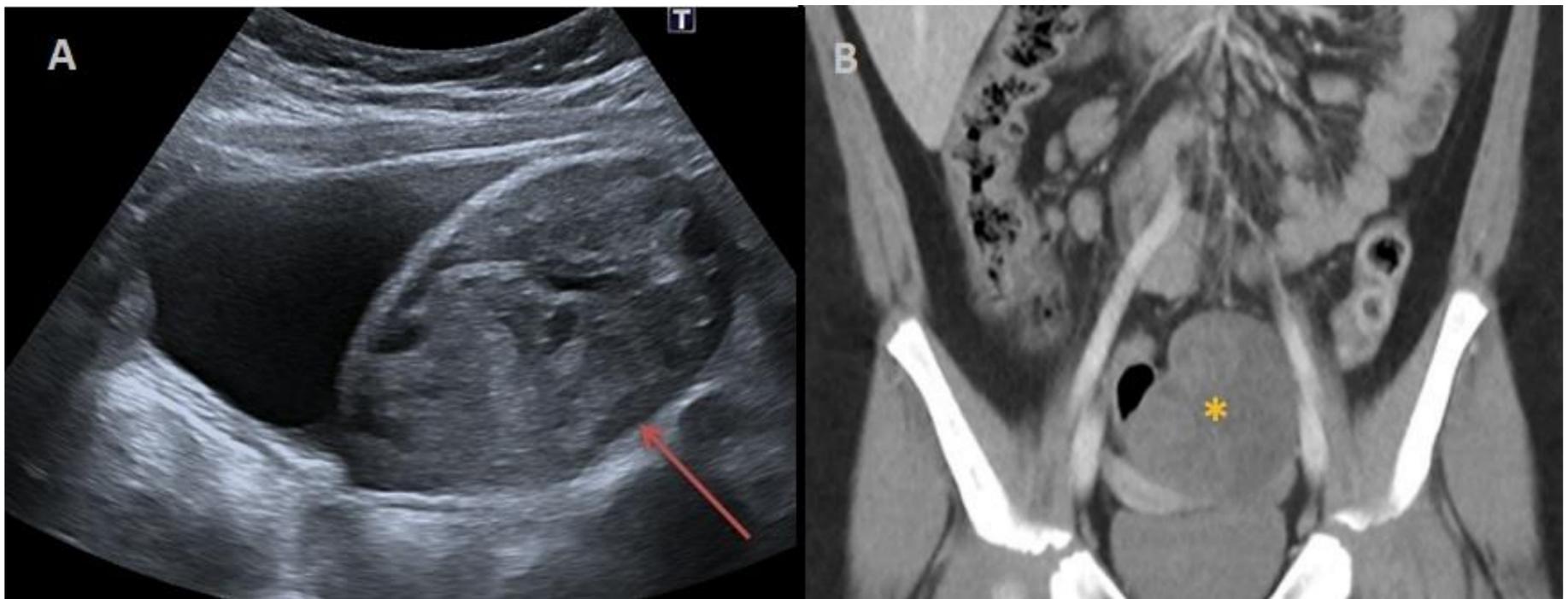
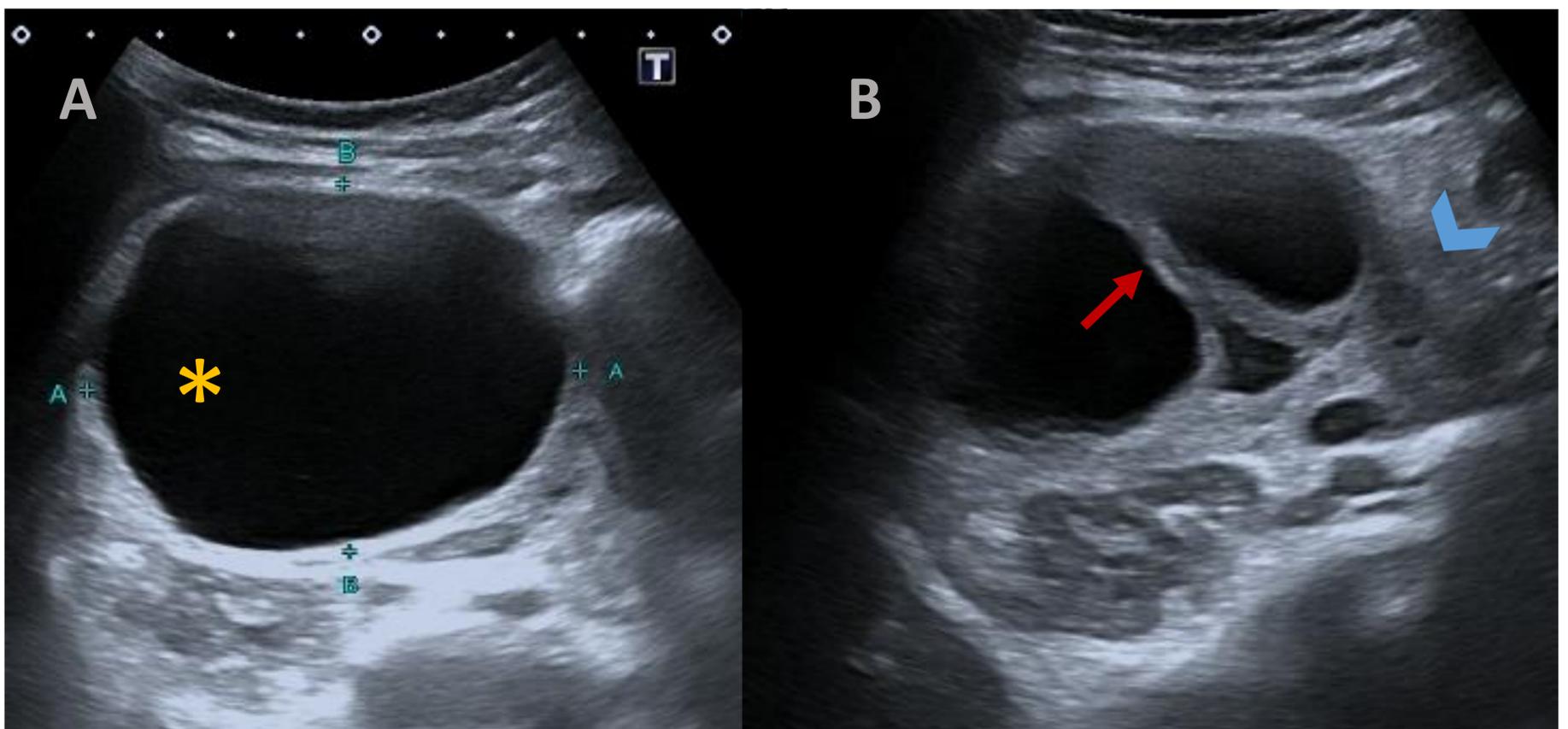


Figura 9. Mujer que acude a la urgencia por dolor abdominal intenso y náuseas. A) Imagen ecográfica en modo B donde se visualiza un aumento del tamaño del ovario (flecha), que mostraba una ausencia de su vascularización (no mostrado en la figura). B) Imagen de TC en el plano coronal donde se observa un aumento del tamaño del ovario, mostrando éste un realce heterogéneo y una localización inusual en situación de línea media (asterisco). Conclusión: Los hallazgos radiológicos y quirúrgicos confirman la existencia de una **torsión ovárica**.



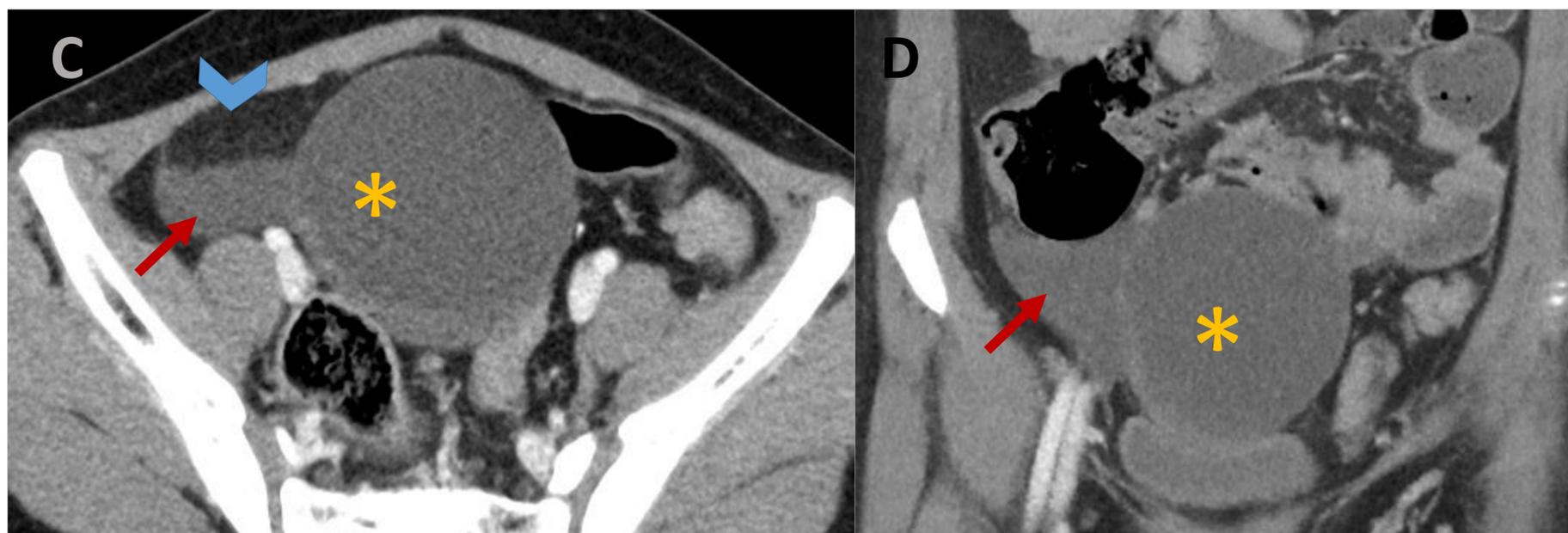


Figura 10. Mujer de 40 años que acude a la urgencia por dolor abdominal que no cede tras la analgesia y náuseas. A) y B) Imágenes ecográficas que muestran un quiste ovárico de gran tamaño (asterisco) con un septo grueso en su interior (flecha), que asocia un aumento de la ecogenicidad de la grasa circundante (cabeza de flecha). C) y D) Imágenes de TC tras la administración de CIV que confirman la existencia de una lesión quística ovárica derecha (asterisco) en el seno de un ovario aumentado de tamaño, que se asocia a pequeña cantidad de líquido libre (flecha) y mínima trabeculación de la grasa locorregional (cabeza de flecha). **Conclusión:** *torsión ovárica secundaria a quiste anexial.*



Figura 11. Mujer de 38 años con dolor abdominal en fosa iliaca derecha y dismenorrea. A) La imagen de TC con CIV en el plano axial muestra una masa en íleon terminal, con realce heterogéneo y centro hipodenso, sugestiva de lesión tumoral de probable origen intestinal (asterisco). Adyacente a la masa descrita y posterior al vientre muscular del recto anterior izquierdo, se incluye parcialmente una lesión quística hipodensa sin pared medible sugestiva de quiste de inclusión peritoneal. B) La anatomía patológica muestra la presencia de glándulas endometriales rodeadas de estroma. **Conclusión:** el diagnóstico definitivo es de *implante endometriósico* en íleon terminal y quiste endometriósico (E).

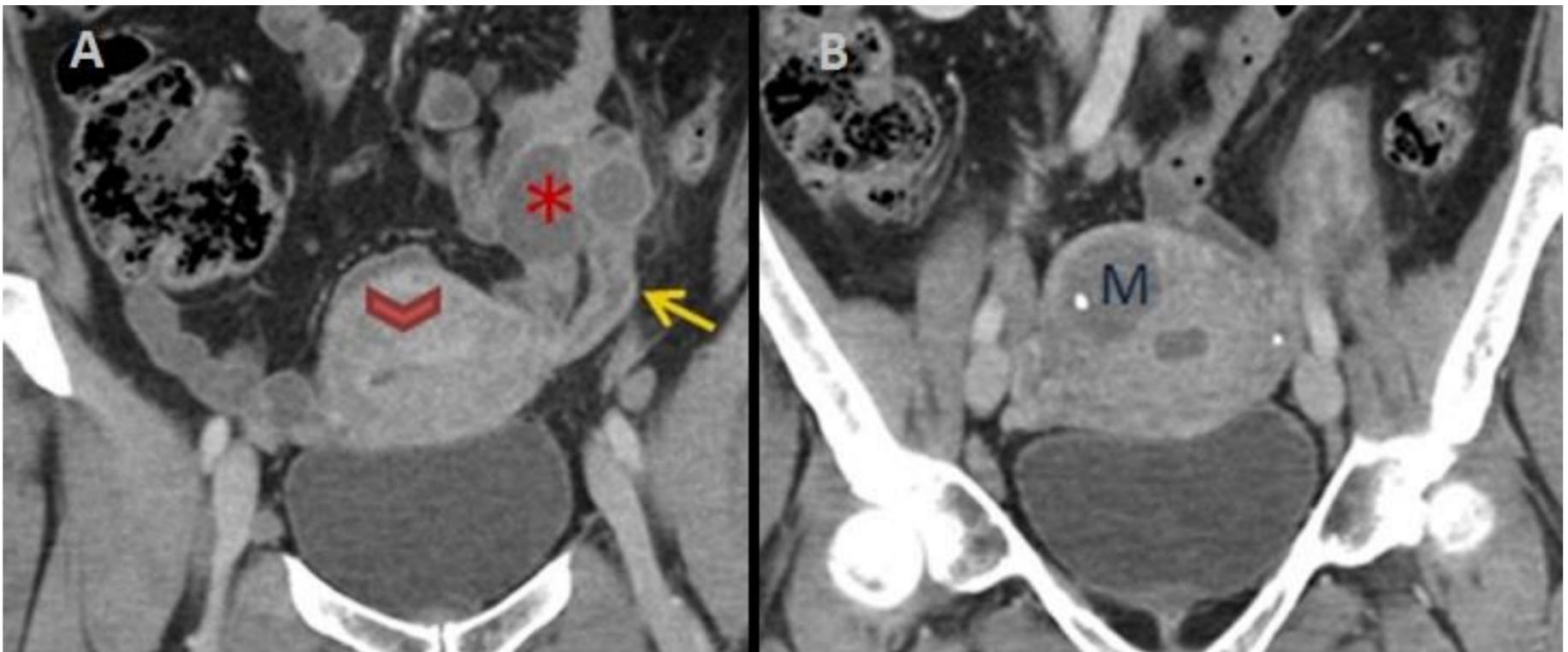


Figura 12. Adolescente con dolor abdominal, fiebre, sensibilidad a la movilización cervical y leucocitosis. A) Imagen de TC con CIV en el plano coronal que muestra un marcado engrosamiento de la pared del útero e hiperrealce del mismo compatible con endometritis (cabeza de flecha). Se observa lesión anexial quística compleja, de morfología oval, que muestra marcado realce periférico y que es compatible con un absceso tuboovárico (asterisco). También se muestra una dilatación de las trompas de Falopio con hiperrealce y engrosamiento de su pared, asociado a una trabeculación de la grasa adyacente, en relación con piosálpinx (flecha). B) Como hallazgo incidental se visualiza una lesión redondeada con calcificaciones internas sugestiva de mioma uterino (M). Conclusión: el cuadro clínico y los hallazgos radiológicos son diagnósticos de **enfermedad inflamatoria pélvica** evolucionada.



Figura 13. Mujer de 18 años con dolor abdominal, fiebre y dispareunia. A) Imagen de TC axial con CIV que muestra estructuras dilatadas de morfología serpiginosa a ambos lados del útero, que asocian un marcado engrosamiento y realce de su pared (flechas). Identificamos una trabeculación de la grasa, un engrosamiento mural de las asas intestinales (cabeza de flecha) y líquido libre en el fondo de saco de Douglas (asterisco) secundario a cambios inflamatorios. B) Imagen de TC axial con CIV que muestra una pobre definición de las paredes del útero (cabeza de flecha), trabeculación de la grasa locorregional (asterisco) y un realce del peritoneo (flecha). De manera incidental se visualiza imagen quística hipodensa sugestiva de endometrioma (E). Conclusión: EIP con piosálpinx.

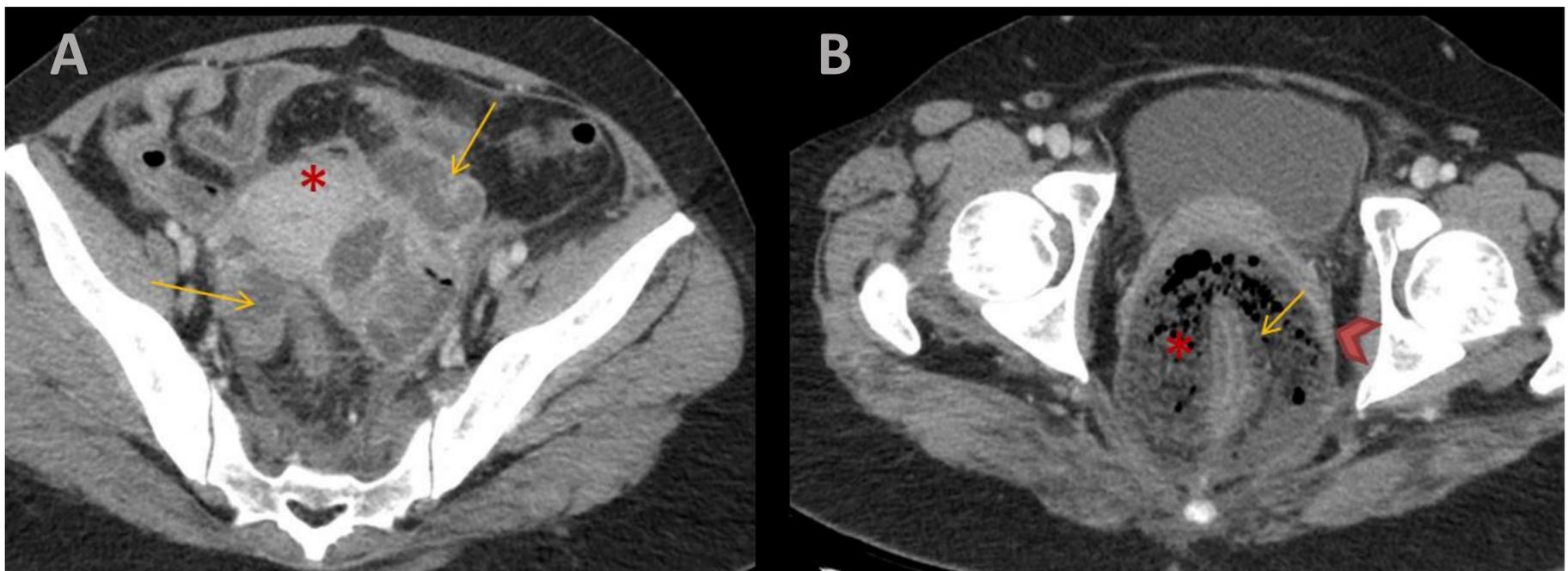


Figura 14. Mujer de 17 años con dolor abdominal, fiebre y leucocitosis. A) Imagen de TC con CIV en el plano axial que muestra una lesión quística compleja con marcado realce periférico y pequeños focos de gas ectópico en el anejo izquierdo (flecha). También se observa otra pequeña colección de similares características en el anejo derecho (flecha). Se visualiza cambios inflamatorios secundarios con aumento del tamaño del útero (asterisco), pequeña cantidad de líquido en el fondo de saco de Douglas y una trabeculación de la grasa pélvica. B) Imagen de TC axial con CIV que muestra un absceso perirectal en mujer con EIP, identificando una extensa colección perirectal con múltiples burbujas de gas ectópico en su interior (asterisco). El recto inferior se encuentra completamente colapsado mostrando un engrosamiento y aumento del realce de su pared (flecha). También se observa un engrosamiento de la fascia mesorectal (cabeza de flecha). Conclusión: Absceso tuboovárico en paciente con EIP.

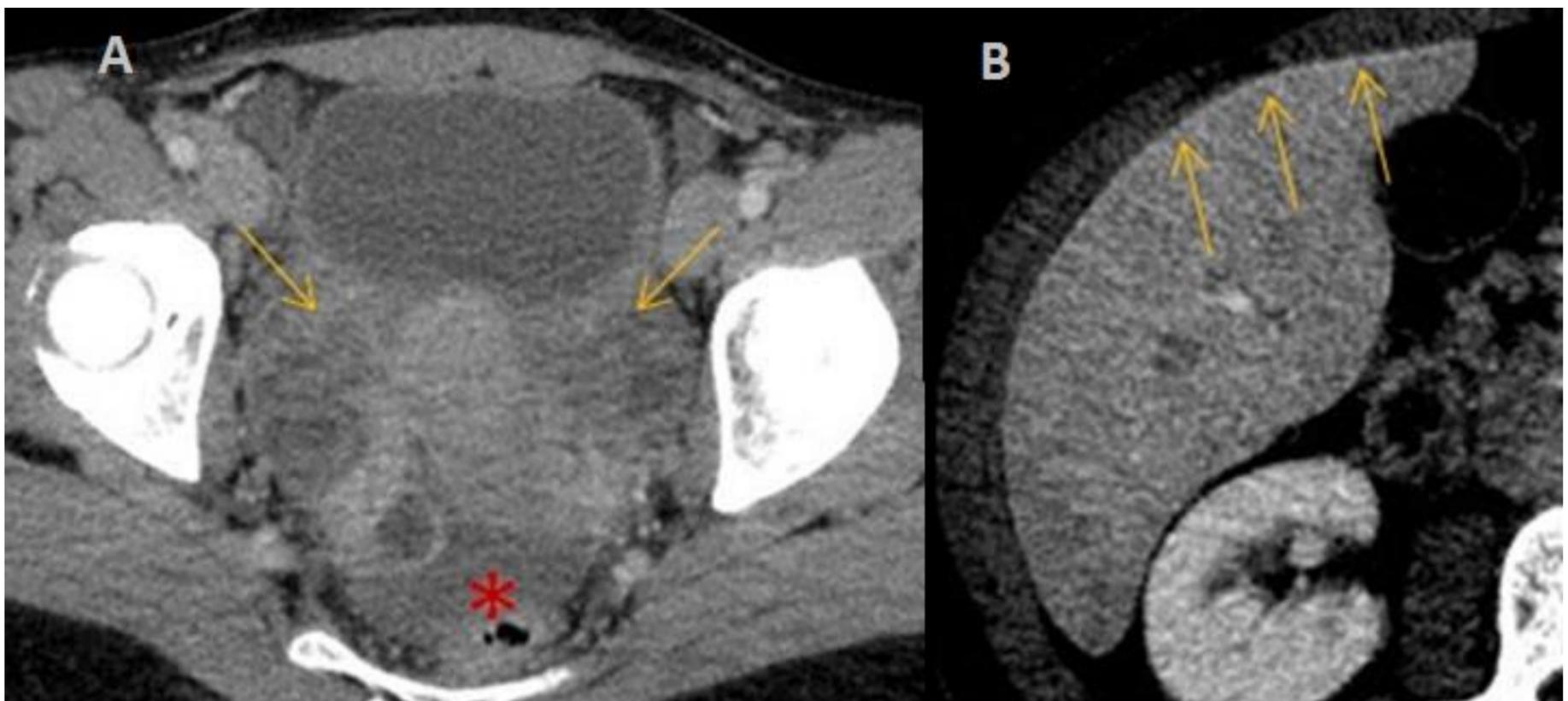


Figura 15. Mujer de 32 años con dolor abdominal en situación de hipocondrio derecho. A) Imagen de TC con CIV en el plano axial que muestra un incremento del tamaño de los ovarios (flechas) y del útero, ambos con realce heterogéneo, asociado a un aumento de la densidad de la grasa secundario a los cambios inflamatorios y moderada cantidad de líquido libre en el saco de Douglas (asterisco), compatible todo ello con EIP. B) Imagen de TC con CIV en el plano axial que muestra un realce de la cápsula hepática (flechas), con integridad y homogeneidad del parénquima hepático subyacente. Conclusión: los hallazgos radiológicos establecen el diagnóstico de síndrome de **síndrome de Fitz-Hugh-Curtis**.



Figura 16. Mujer con fiebre y dolor abdominal durante el 6º día postparto. A) Imagen de TC con CIV en el plano coronal que muestra una vena ovárica dilatada con engrosamiento y realce de su pared, así como defecto de repleción en su lumen (flecha). Conclusión: los hallazgos radiológicos son compatibles con **trombosis de la vena ovárica**.

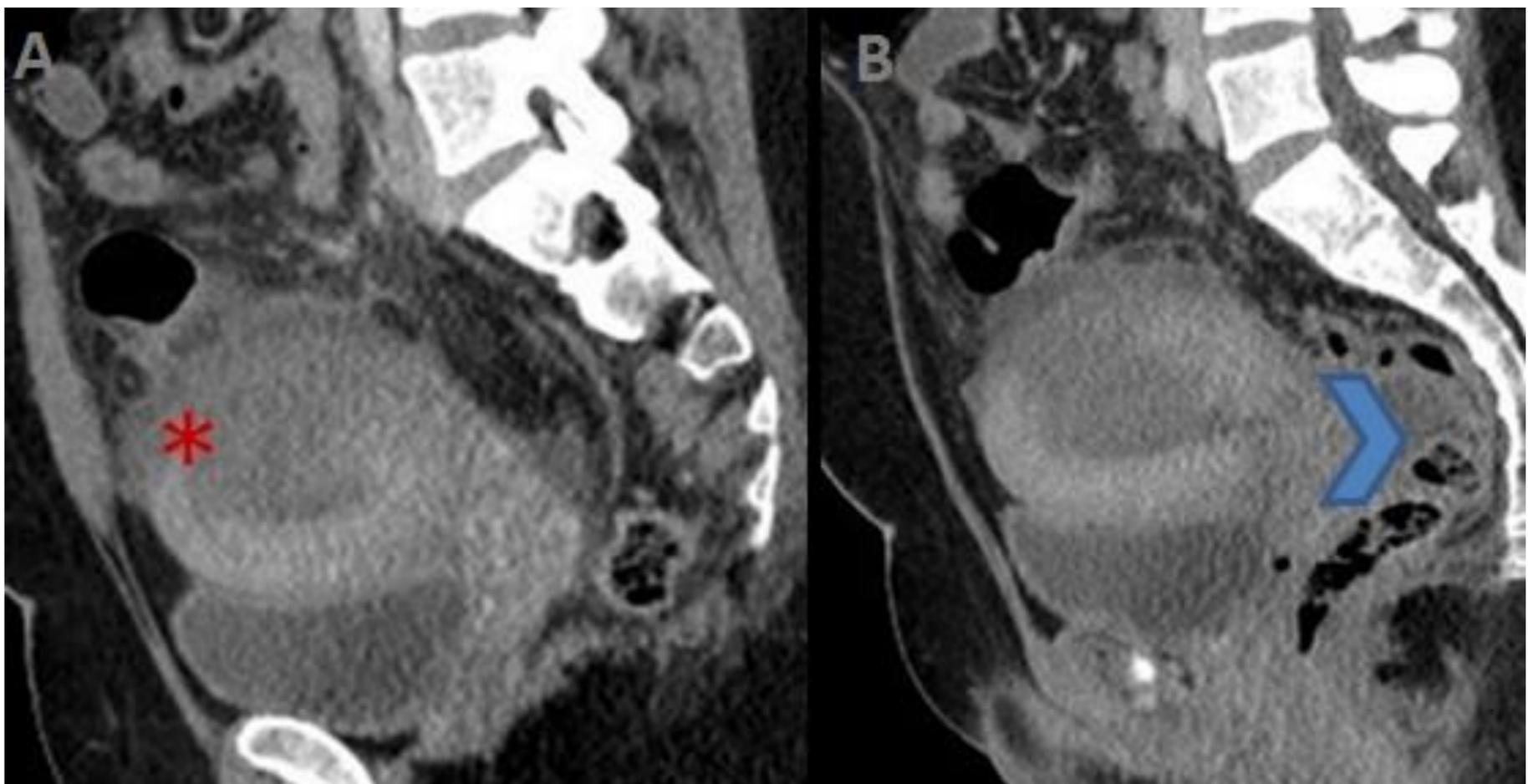


Figura 17. Mujer con antecedentes personales de cesáreas previas. Tras dar a luz por vía vaginal, la paciente presenta dolor abdominal, sangrado vaginal e inestabilidad hemodinámica. A) Imagen de TC con CIV en el plano sagital que muestra una hipodensidad e irregularidad de la pared superior del útero, asociada a una pequeña colección de alta densidad compatible con hematoma (asterisco). B) Pequeña cantidad de líquido libre de alta atenuación en el fondo de saco de Douglas (cabeza de flecha). Conclusión: los hallazgos radiológicos confirman la existencia de una **rotura uterina**.

Referencias

1. Martínez MLP, Andrés EP de, Martínez JMP, Barrio AB, López ABV, Pastor AM. Urgencias ginecológicas no obstétricas: claves diagnósticas en la imagen. [Internet]. SERAM 2014 EPOS. 2014 [citado 13 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://epos.myesr.org/poster/esr/seram2014/S-1053>
2. Iraha Y, Okada M, Iraha R, Azama K, Yamashiro T, Tsubakimoto M, et al. CT and MR Imaging of Gynecologic Emergencies. RadioGraphics. 28 de julio de 2017;37(5):1569-86.
3. Joo SH, Kim M-J, Lim JS, Kim JH, Kim KW. CT Diagnosis of Fitz-Hugh and Curtis Syndrome: Value of the Arterial Phase Scan. Korean J Radiol. 2007;8(1):40-
4. Lee YR. CT Imaging Findings of Ruptured Ovarian Endometriotic Cysts: Emphasis on the Differential Diagnosis with Ruptured Ovarian Functional Cysts. Korean J Radiol. 2011;12(1):59-65.
5. Revzin MV, Mathur M, Dave HB, Macer ML, Spektor M. Pelvic Inflammatory Disease: Multimodality Imaging Approach with Clinical-Pathologic Correlation. RadioGraphics. 1 de septiembre de 2016;36(5):1579-96.
6. Vista de PATOLOGÍA GINECOLÓGICA EN RADIOLOGÍA DE URGENCIAS [Internet]. [citado 13 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/2105/1047>
7. Lin EP, Bhatt S, Dogra VS. Diagnostic Clues to Ectopic Pregnancy. RadioGraphics. 1 de octubre de 2008;28(6):1661-71.
8. Siegelman ES, Oliver ER. MR Imaging of Endometriosis: Ten Imaging Pearls. RadioGraphics. 1 de octubre de 2012;32(6):1675-91.
9. Chang HC, Bhatt S, Dogra VS. Pearls and Pitfalls in Diagnosis of Ovarian Torsion. RadioGraphics. 1 de septiembre de 2008;28(5):1355-68.