



# Dolor pélvico agudo en la mujer: orientación diagnóstica y conducta práctica

C. Huchon, A. Fauconnier

*El dolor pélvico agudo constituye el motivo de consulta más frecuente en ginecología. Requiere un tratamiento estandarizado para no pasar por alto un diagnóstico urgente, potencialmente letal. Deben utilizarse con buen criterio y de manera ordenada los diferentes medios de investigación, que son la anamnesis, la exploración física, los exámenes biológicos y morfológicos y la laparoscopia, para el control del dolor pélvico agudo. La laparoscopia debe emplearse como herramienta terapéutica cuando se piensa en un tratamiento quirúrgico. Entre las principales causas de dolor pélvico agudo, es importante el diagnóstico de cuatro, debido a su potencial gravedad a corto plazo y a las secuelas a largo plazo que pueden producir sobre la fertilidad: la apendicitis, la torsión de anexo, el embarazo extrauterino y la infección genital alta.*

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Dolor pélvico; Diagnóstico; Ecografía; Torsión de anexo; Infección genital alta; Apendicitis; Embarazo extrauterino; Laparoscopia

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1	■ <b>Orientación diagnóstica y terapéutica</b>	7
■ <b>Definición</b>	2	Sospecha de torsión de anexo	7
■ <b>Epidemiología</b>	2	Sospecha de infección genital alta	8
■ <b>Fisiopatología</b>	3	Sospecha de apendicitis aguda	8
■ <b>Anamnesis</b>	3	Sospecha de embarazo extrauterino	9
Medición de la intensidad del dolor	3	■ <b>Conclusión</b>	10
Modo de inicio del dolor	3		
Duración de la evolución del dolor	3		
Topografía del dolor	3		
Signos asociados	4		
Factores favorecedores	4		
Exploración física	4		
■ <b>Exámenes complementarios</b>	4		
Ecografía	4		
Doppler	5		
■ <b>Biología</b>	5		
hCG	5		
Progesteronemia	6		
Hemograma completo	6		
Proteína C reactiva	6		
Tira urinaria	6		
■ <b>Bacteriología</b>	6		
■ <b>Histología</b>	6		
■ <b>Laparoscopia</b>	6		

## ■ Introducción

El dolor pélvico agudo (DPA) en la mujer constituye el motivo más frecuente de consulta en urgencias ginecológicas [1]. En esta situación clínica, las etiologías son numerosas y no incluyen solamente las afecciones ginecológicas (Cuadro 1). Algunas de estas afecciones pueden tener graves consecuencias y comprometer el pronóstico vital si no se diagnostican precozmente y se tratan de manera adecuada. El diagnóstico y el tratamiento del DPA constituyen pues un problema importante de salud pública.

La diversidad de etiologías responsables de DPA y sus implicaciones terapéuticas particulares justifican un estudio lo más exacto posible del diagnóstico incriminado. La utilización jerárquica de las diferentes herramientas disponibles (anamnesis, exploración física, exámenes biológicos, morfológicos e invasivos) es primordial para la elaboración diagnóstica. Además, es importante emplear

**Cuadro 1.**

Principales afecciones responsables de dolor pélvico agudo.

<b>Etiologías secundarias a un embarazo</b>	
Embarazo extrauterino	
Aborto espontáneo	
Retención posaborto	
Endometritis del posparto o del postaborto	
Complicaciones de cuerpo lúteo gestacional: cuerpo lúteo hemorrágico, quiste del cuerpo lúteo y sus complicaciones	
<b>Etiologías infecciosas</b>	
Infección genital alta: salpingitis, pelviperitonitis, absceso tuboovárico, endometritis	
Apendicitis	
Pielonefritis aguda, infección urinaria	
<b>Etiologías anexiales</b>	
Torsión de anexo	
Complicaciones de quistes ováricos: hemorragia intraquistica, ruptura quística, torsión de anexo	
Disovulación	
<b>Etiologías secundarias a la presencia de fibromas</b>	
Necrobiosis de fibroma	
Torsión de un mioma subseroso pediculado	
Expulsión de un mioma submucoso por el cuello uterino	
<b>Etiologías urológicas</b>	
Cólico nefrítico	
Pielonefritis aguda	
Infección urinaria baja	
<b>Causas raras</b>	
Sacroilitis bacteriana	
Osteítis	
Aneurisma de la arteria ilíaca	
Infección de un quiste del uraco	

bien estas herramientas para evitar laparoscopias inútiles, si el tratamiento de la afección causal puede ser médico. Este proceso se basa en un conocimiento de la epidemiología y la fisiopatología, así como en un empleo juicioso de las pruebas complementarias no invasivas, en particular del diagnóstico biológico de embarazo y de la ecografía.

**■ Definición**

El DPA se define como un dolor pélvico, es decir, que afecta al hipogastrio o a la fosa ilíaca derecha o a la fosa ilíaca izquierda, desde hace menos de 1 mes [2]. Este intervalo de tiempo es discutible, y algunos autores utilizan el término de DPA en caso de dolor que evoluciona desde hace menos de 1 semana [3] y otros desde hace menos de 6 semanas [4]. La distinción entre el carácter agudo o crónico de un dolor pélvico a veces es difícil, sobre todo en el marco de dolores cíclicos. Se considera que un dolor que conduce a una consulta de urgencia es un dolor agudo.

**■ Epidemiología**

La prevalencia de las diferentes afecciones responsables de DPA es difícil de estimar, debido al escaso número de estudios que recogen de manera prospectiva sistemática los diagnósticos de pacientes que consultan en urgencias por este síntoma (Cuadro 2) [5-7]. La apendicitis, el embarazo extrauterino (EEU) y el dolor pélvico sin causa orgánica detectada constituyen las principales causas. Les siguen las complicaciones quísticas ováricas (que incluyen el grupo nosológico de las torsiones de anexo) y las infecciones genitales altas (IGA). El conjunto de las afecciones ginecológicas constituye el 10-55% de las etiologías responsables de DPA.

La prevalencia de DPA que requirió una laparoscopia de urgencia en diferentes estudios se presenta en el Cuadro 3 [1, 2, 5, 8-10]. Esta estimación permite tener en cuenta mejor la proporción de las diferentes afecciones realmente observadas en la consulta ginecológica de

**Cuadro 2.**

Prevalencia estimada de las principales afecciones responsables de dolor pélvico agudo (según [5-7]).

Diagnóstico	%
Infección genital alta	4,5-13,5
Embarazo extrauterino	3,1-26,0
Complicación de quiste de ovario	2,8-18,1
Apendicitis	1,0-23,0
Infección urinaria	1,2-12,0
Cólico nefrítico	0,5-1,9
Dolor pélvico de origen no identificado	25,3-47,6

**Cuadro 3.**

Prevalencia de las afecciones responsables de dolor pélvico agudo sometidas a una laparoscopia; análisis de siete estudios que incluyeron 1.796 pacientes (según [1, 2, 5, 8-10]).

Diagnóstico	n/N (%)	mín.-máx. (%)
Embarazo extrauterino	457/1.796 (25,4)	3,3-56,4
Infección genital alta	344/1.796 (19,2)	11,7-29,2
Complicación de quiste	246/1.796 (13,7)	3,5-38,8
Torsión de anexo	56/708 (7,9)	2,5-12,8
Apendicitis	39/1.796 (2,2)	0,0-10,7
Endometriosis	128/1.127 (11,3)	0,9-15,8
Dolor pélvico sin origen identificado	214/1.796 (11,9)	0,9-23,7

urgencia. Sin embargo, esta evaluación subestima, por supuesto, todas las enfermedades que pueden recibir un tratamiento médico en algunos casos (EEU, IGA, complicación de quiste ovárico). Este análisis señala al EEU y la IGA como las dos enfermedades que requieren con mayor frecuencia la realización de una laparoscopia.

La prevalencia del EEU se estima, por ejemplo en Francia, en un 2% de los nacimientos, y su incidencia parece en aumento con el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida. El EEU es muy frecuente, puesto que representa un 25% de los DPA sometidos a laparoscopia [1, 4, 5, 8-10]. En América del Norte, el EEU representa un 2,6% del total de embarazos y es responsable del 6% de las muertes maternas en el primer trimestre [11]. Los errores o los retrasos diagnósticos pueden ser graves, pues el EEU puede conducir al fallecimiento materno en caso de sangrado activo intraperitoneal [12].

La prevalencia real de las IGA es difícil de estimar. En efecto, muchas formas paucisintomáticas no se diagnostican hasta el estadio de secuelas [13]. La IGA es el diagnóstico que se hace en el 5-14% de las pacientes que consultan por DPA en medio hospitalario [6, 7]. La importancia de las formas no diagnosticadas constituye un gran reto, debido a las secuelas a largo plazo, como la infertilidad y el EEU [13, 14]. La IGA aumenta el riesgo de infertilidad tubárica, de EEU y de dolor pélvico crónico [15-17]. Las mujeres jóvenes son las más afectadas, y las mujeres mayores de 40 años tienen más IGA complicadas con abscesos pélvicos [17]. El plazo terapéutico podría aumentar el riesgo de infertilidad posterior [18].

En las pacientes operadas de urgencia por DPA, la prevalencia de las torsiones de anexo sería del orden del 2,5-7,4%, según las series [19]. Raramente, algunas torsiones de anexo no se diagnostican porque no se operan [20, 21]. El retraso o el desconocimiento del diagnóstico pueden producir la pérdida del ovario o del anexo [22-24] y comprometer la fertilidad de pacientes jóvenes. Excepcionalmente, estos errores diagnósticos pueden dar lugar a peritonitis o tromboflebitis letales [25].

La apendicitis aguda es el dolor agudo más frecuente de la fosa ilíaca derecha que conduce a consultar en urgencias generales [6], pero sólo se observa en el 2% de DPA que han

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8777802>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8777802>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)