



# Dolor pélvico en la mujer

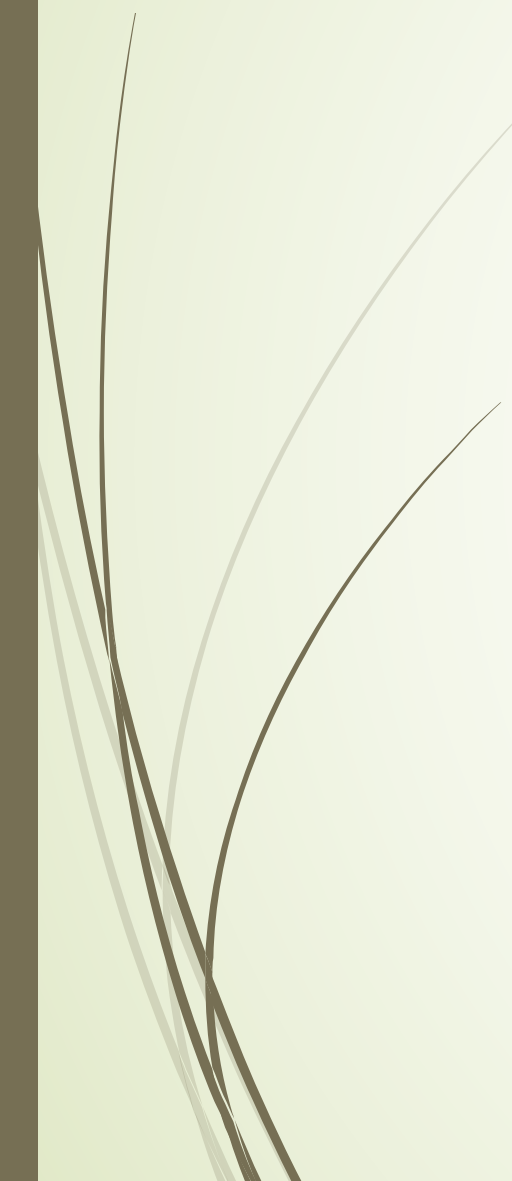
A propósito de un caso

LAURA OTERO MEDINA


R4 C. S. Sárdoma



# ÍNDICE

- Introducción del caso clínico
  - Dolor pélvico en la mujer
    - Etiología
    - Aproximación diagnóstica y manejo
  - Resolución del caso clínico
- 

# CASO CLÍNICO

- Urgencias HAC a las 2:20 madrugada
- Triage:  **Dolor abdominal y fiebre**
- Mujer 16 años sin AP interés  
TTO: anticonceptivos orales

## Nota SOIP

- S** PAC P: Paciente acude por dolor abdominal de tipo continuo en abdomen inferior y algo en epigastrio, náuseas y vómitos. Estuvo tomando Ibuprofeno. NAMC, FUR: hace 4 días
- O** Malestar, afectada, NH y NP, 37,8°C, AC: rítmico AP: buena ventilación bilateral, Abdomen: dolor abdominal difuso, de predominio en hemiabdomen inferior, ambas Filiacas, Blumberg +/-, PPR negativo  
Tira de orina: leuc+/- , sangre +++, prot++
- I** Dolor abdominal, vómitos
- P** Paracetamol en 100 sfisiol.iv  
Ondansetrón 4 mg sl. (Setofilm)  
Derivo al Hospital para valoración (pruebas complementarias)

# DOLOR PÉLVICO

- ▶ Dolor localizado en cuadrantes inferiores del abdomen.  
Difuso o lumbar bajo
- ▶ Presentación:
  - ▶ Agudo
  - ▶ Crónico: > 6 meses  
Cíclico/ No cíclico





# ETIOLOGÍA

## Ginecológicas

- ▶ Embarazo ectópico, torsión ovárica
- ▶ Endometriosis
- ▶ EIP o secuela de EIP
- ▶ Miomas uterinos
- ▶ Adenomiosis
- ▶ Ca ovario

## Urológicas

- ▶ ITU
- ▶ Urolitiasis
- ▶ Neoplasia de vejiga
- ▶ Cistitis intersticial

## Digestivas

- ▶ Apendicitis
- ▶ Sd intestino irritable, gastroenterocolitis
- ▶ Estreñimiento crónico
- ▶ EIII, enf celíaca

## Osteomuscular

- ▶ Contract mm pélvica: coccigodinia, mialgia tensional, Sd miofascial suelo pélvico...
- ▶ Sd miofascial pared abdominal
- ▶ Fibromialgia
- ▶ Sd piriforme

## Otras causas:

- ▶ Trastornos ansioso – depresivos
- ▶ Abuso físico, sexual o ambos



# APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

- ▶ ANTECEDENTES PERSONALES

Gineco-obstétricos: FUR, fórmula obstétrica.

**Contactos sexuales riesgo**

Quirúrgicos

Inmunosupresión/cánceres

Traumatismos previos


- ▶ ENFERMEDAD ACTUAL

Patrón del dolor, posibles desencadenantes

Localización e irradiación del dolor.

Síntomas acompañantes

Síndrome constitucional?



### Instauración

Súbita: sangrado intrapélvico, rotura o torsión de quiste ovárico, ureterolitiasis  
Gradual: causas inflamatorioinfecciosas, tumores, gestación complicada

### Localización

Unilateral: procesos tuboováricos, diverticulosis, colitis, o urolitiasis  
Difusa: procesos uterinos, vesicales, ambos ovarios.  
Peritonitis secundaria a sangrado o infección  
Múltiple: sensibilización dolorosa central

### Irradiación

Fijo: punto gatillo, quiste ovárico, mioma complicado, masa tumoral  
Radicular: alteración espinal  
Lumbar-genital: ureterolitiasis  
Sacra, raíz miembros: dismenorrea, cauda equina

### Cualitativo

Cólico: contracción víscera hueca  
Continuo: inflamatorioinfeccioso, síndrome compresivo  
Quemante, urente: neuropatía

### Factores asociados

Dismenorrea, dispareunia, metrorragia: proceso ginecoobstétrico  
Empeora con la ingesta y/o mejora con los movimientos intestinales: proceso gastrointestinal  
Modificación postural/actividad, puntos gatillo: procesos osteomusculares



# Dolor agudo

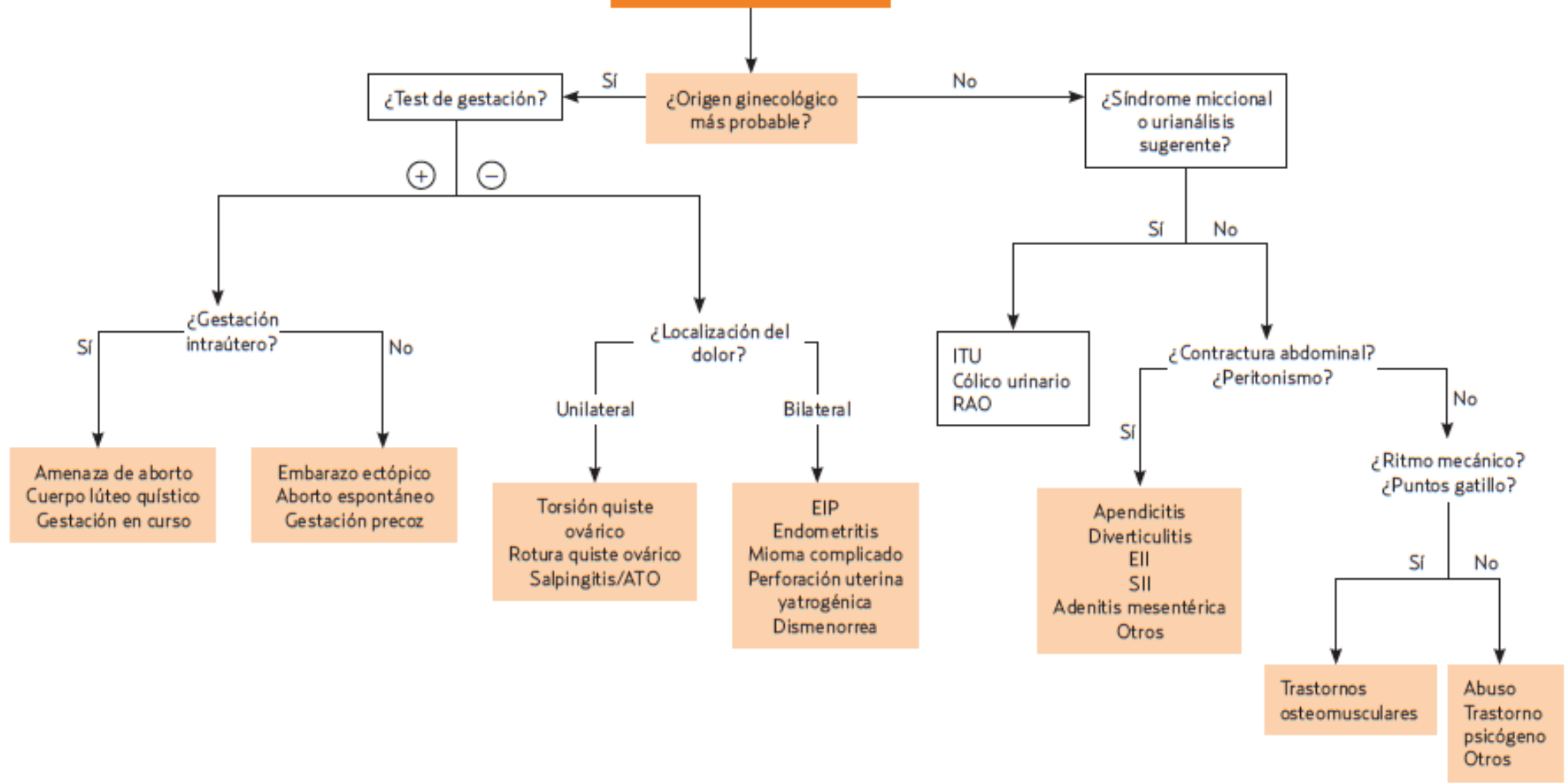
## Descartar amenaza vital.

- Obstétricas: embarazo ectópico.
- Ginecológicas:
  - Rotura o torsión ovárica
  - Enfermedad inflamatoria pélvica o absceso tubo ovárico
- Gastrointestinales:
  - Apendicitis, diverticulitis
  - Obstrucción vascular
- Urológicas
  - Obstrucción ureteral
  - ITU complicada
- Vascular: rotura aneurisma aorta abdominal.





**DOLOR PÉLVICO AGUDO O REAGUDIZACIÓN GRAVE**





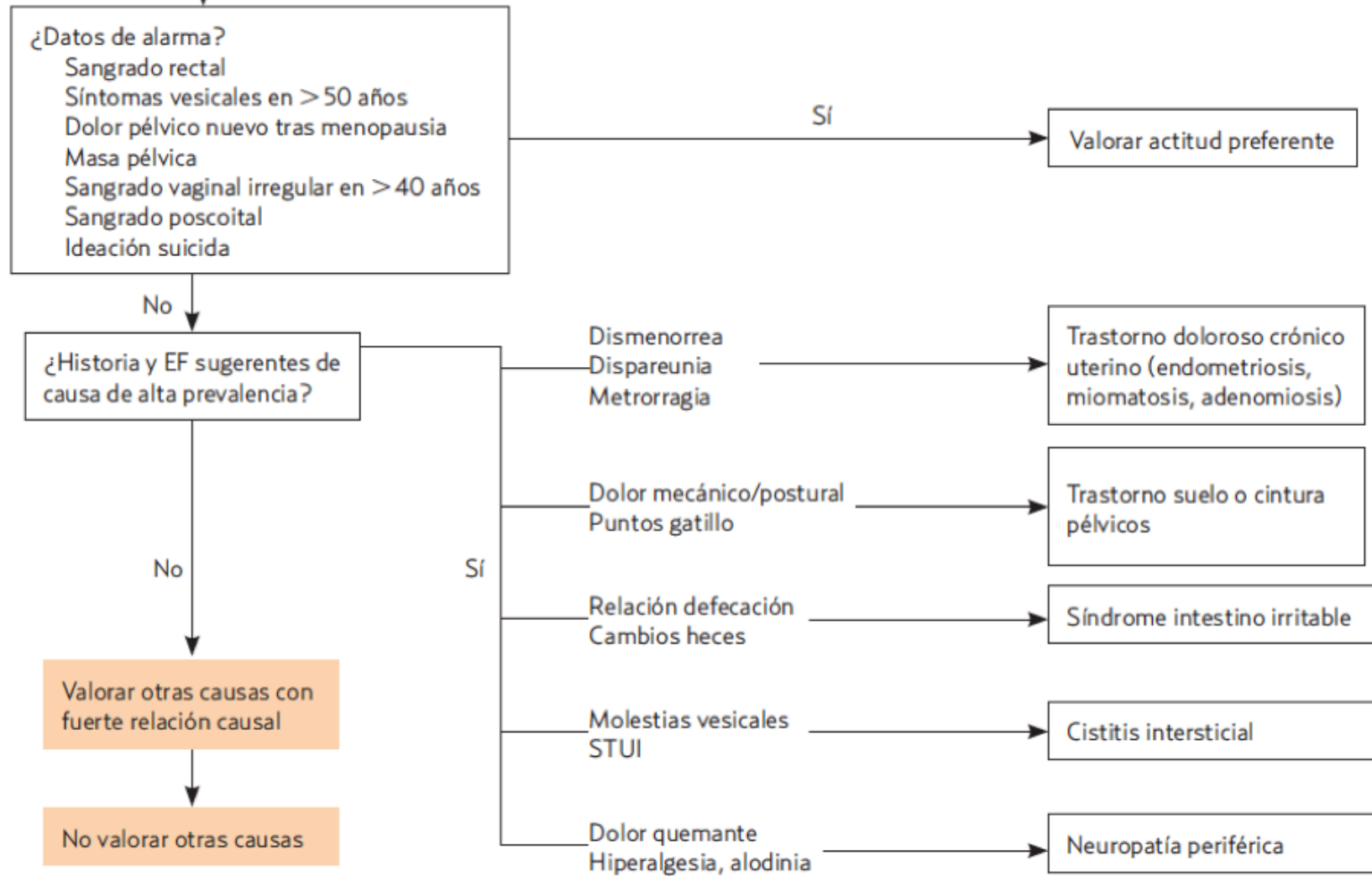
# Dolor crónico

## Búsqueda signos de alarma

- Sangrado rectal/ SOH  
Necesidad colonoscopia
- Síntomas vesicales  
ϕ Infección → ECO vesical si > 50 años
- Masa pélvica palpable
- Postmenopáusica con nuevo dolor:  
Descartar malignidad ovárica/uterina o colorrectal
- > 40 añ con sangrado irregular:  
Citología → ECO endometrial
- Sangrado postcoital:  
Citología → Infecciosa

Ojo ideación autolítica

## DOLOR PÉLVICO CRÓNICO



EF: exploración física; STUI: síntomas del tracto urinario inferior.

# CASO CLÍNICO

- Mujer 16 años sin AP interés  
Niega hábitos tóxicos.  
FUR hace 4 días.  
TTO: anticonceptivos orales

## Nota SOIP

**S** PAC P: Paciente acude por dolor abdominal de tipo continuo en abdomen inferior y algo en epigastrio, náuseas y vómitos. Estuvo tomando Ibuprofeno. NAMC, FUR: hace 4 días

**O** Malestar, afectada, NH y NP, 37,8°C, AC: rítmico AP: buena ventilación bilateral, Abdomen: dolor abdominal difuso, de predominio en hemiabdomen inferior, ambas Fíliacas, Blumberg +/-, PPR negativo  
Tira de orina: leuc+/- , sangre +++, prot++

**I** Dolor abdominal, vómitos

**P** Paracetamol en 100 sfisiol.iv  
Ondansetrón 4 mg sl. (Setofilm)  
Derivo al Hospital para valoración (pruebas complementarias)

Episodios Asociados

D06-Otros dolores abdominales localizados

► EA:

Dolor suprapúbico y ambas FFI 2 días evolución pese a ibuprofeno.  
Vómitos.

No sabe definir el dolor: no parece cólico ni irradiado.

No disuria, orina normal. Ritmo intestinal normal, expulsa gases.

No fiebre termometrada en domicilio.

Derivada PAC tras: 1g paracetamol IV y Ondasetron SL

NIEGA relaciones sexuales de riesgo\*\*

► EF: a mi valoración

TA 117/73 FC 98 Tª 37 SatO2 96%.

Buen estado general. Eupneica.


ACP: normal

ABD: RHA +, blando, depresible, molestias difusas ≥ en suprapúbica y FFI, Murphy negativo, irritación peritoneal dudosa\*\*. PPR negativa bilateral



¿Qué hacemos?



- 
- Análisis sangre: hemograma, BQ general y coagulación
  - Sistemático de orina + test embarazo
  - Partimos la noche.



## Área de Hematimetría

Resultados validados por: Dra. Patricia Martínez Loredo

Frotis de sangre periférica Se observa un 2% de cayados.

### Hemograma

Leucocitos	26.45	10 <sup>3</sup> /μL	[3.7 - 10.8]	**
Hemates	4.98	10 <sup>6</sup> /μL	[3.8 - 4.8]	*
Hemoglobina	13.7	g/dL	[12.0 - 16.0]	
Hematocrito	40.7	%	[36.0 - 47.0]	
Volumen Corpuscular Medio	81.8	fL	[80.0 - 98.0]	
Hemoglobina Corpuscular Media	27.5	pg	[27.0 - 33.0]	
Conc. Hemoglobina Corp. Media	33.6	g/dL	[34.0 - 36.0]	*
Ancho Distribución Eritrocitaria	14.7	%	[11.5 - 14.5]	*
Plaquetas	224	10 <sup>3</sup> /μL	[130.0 - 400.0]	
Volumen Plaquetar Medio	10.2	fL	[7.2 - 11.1]	
Neutrófilos #	24.20	10 <sup>3</sup> /μL	[1.5 - 7.5]	**
Linfocitos #	1.01	10 <sup>3</sup> /μL	[1.2 - 4.8]	**
Monocitos #	0.61	10 <sup>3</sup> /μL	[0.2 - 1.0]	
Eosinófilos #	0.45	10 <sup>3</sup> /μL	[0.1 - 0.6]	
Basófilos #	0.13	10 <sup>3</sup> /μL	[0.0 - 0.2]	
Neutrófilos %	91.5	%	[40.0 - 75.0]	**
Linfocitos %	3.8	%	[30.0 - 34.0]	**
Monocitos %	2.3	%	[3.4 - 9.0]	*
Eosinófilos %	1.7	%	[1.0 - 7.0]	
Basófilos %	0.5	%	[0.0 - 1.5]	

### Bioquímica en Sangre

Glucosa	103	mg/dL	[73.0 - 100.0]	*
Urea	17	mg/dL	[10.0 - 41.0]	
Creatinina en suero	0.62	mg/dL	[0.6 - 1.0]	
Sodio	141	mEq/L	[135.0 - 145.0]	
Potasio	4.10	mEq/L	[3.5 - 5.1]	
Bilirrubina Total	0.83	mg/dL	[0.2 - 1.2]	
GPT (ALT)	11	UI/L	[4.0 - 26.0]	
Lipasa	67	U/L	[73.0 - 194.0]	*

### Análisis sistemático de orina

Densidad	>1.035		[1.01 - 1.029]	*
pH	6.0		[5.0 - 7.8]	
Proteínas	1.50	g/L	[0.0 - 0.3]	**
Este método no detecta Bence-Jones				
Glucosa	Negativo			
Bilirrubina	Negativo			
Cuerpos cetónicos	>80.0	mg/dL	[0.0 - 0.0]	**
Urobilinógeno	1.0	mg/dL	[0.0 - 1.0]	
Hemates/Hemoglobina	Positivo ++			*
Leucocitos	Positivo ++			*
Nitritos	Negativo			

(Los resultados del sistemático de orina son semicuantitativos)

### Sedimento Urinario

Leucocitos por campo	Incontables por campo			**
Bacterias	Frecuentes			
Células Epiteliales vías bajas	Abundantes			
Uratos amorfos	Algunas/os			

### Prueba de embarazo

Test de Embarazo	Negativo
------------------	----------



¿Qué hacemos?






► ECO ABDOMINAL:

Se explora FID sin conseguir identificar apéndice cecal. Marcada disminución de la motilidad de las asas intestino delgado sobre todo a nivel de la pelvis. Presentan contenido líquido en su interior, son de calibre normal y su pared no está engrosada. Discreto aumento de ecogenicidad de la grasa mesentérica. Hígado de tamaño y morfología normal con ecoestructura homogénea sin evidencia de LOES. Vía biliar intra y extrahepáticas no dilatadas. Vesícula biliar de paredes finas sin imágenes de litiasis en su interior. Páncreas y áreas de retroperitoneo vascular visualizadas sin alteraciones significativas. Bazo de tamaño normal y ecoestructura homogénea. Ambos riñones de tamaño, morfología normal con buena diferenciación corticomedular y sin evidencia de dilatación de sistemas excretores. Vejiga urinaria con repleción media de paredes internas lisas. Sin evidencia de líquido libre intraabdominal.

## CONCLUSIONES

**No se consigue visualizar apéndice cecal.**

Llama la atención la marcada disminución de la motilidad de las asas intestino delgado y aumento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica adyacente.

- 
- ▶ TAC ABDOMINAL: rechazado por Rx (necesaria previa valoración por cirugía)
  - ▶ CIRUGÍA GENERAL:

Dolor abdominal inespecífico asociado a marcadas alteraciones analíticas en mujer joven.

Dada la localización del dolor y los hallazgos en las pruebas complementarias realizadas sería recomendable valoración por Ginecología para descartar patología ginecológica.

Con los datos disponibles, no impresiona de patología quirúrgica urgente en el momento actual, pendiente de ampliar pruebas complementarias si procede.

Solicitan valoración ginecológica:

**Motivo de consulta:**

Dolor abdominal.

**Antecedentes personales:**

- NAMC
- No enfermedades.
- Intervenciones qx: Cx húmero

**Antecedentes gineco-obstétricos:**

G0

FUR: 11/02/2018

THR: Regular

Menarquia: 12 años

MAC: ACHO.

Sexualmente activa. No utiliza preservativo desde ACHO.

**Enfermedad actual:**

Paciente que acude por dolor tipo cólico en hipogastrio de 12 horas de evolución, que aumenta con los movimientos, que no cedió con ibuprofeno en domicilio. Afebril en domicilio. Refiere aumento de flujo vaginal con mal olor y color oscuro. No sd miccional.

**Exploración física y PPCC:**

TA 117/73 Tª 37º En consulta Tª 39º FC:98

Abdomen blando y depresible. Dolor a la palpación en hipogastrio, epigastrio y ambas FFII. No datos de irritación peritoneal.

Genitales externos y vagina de aspecto normal

Espéculo: Cérvix bien epitelizado. Abundante leucorrea de aspecto purulento y mal oliente.

TV: Cx posterior. Utero de tamaño y morfología normal. Dolor a la movilización cervical. NO se palpan masas.

Eco-TV: Utero en AVF con línea endometrial fina y homogénea. Ambos ovarios visualizados normales. No líquido libre en Douglas.

Analítica: 26.200 leucocitos con Neutrofilia. No anemia. Coagulación y bioquímica DLN.

Tomo muestra de exudado vaginal y endocervical para cultivo

**Juicio clínico:** EPI.

**Plan:**

-Ingreso y analítica urgente con PCR y VSG.

-Antibioterapia con Clindamicina 900 mg/8h + Gentamicina 240 mg/24h + Ampicilina 2 g/6 h.

-Pauto analgesia en silicon.

-La paciente no desea informar a su madre de que ingresa por una infección de Transmisión Sexual.



# ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

Infección del tracto genital superior (trombas, útero y ovarios) como consecuencia de una infección ascendente desde cuello del útero.

Denominación:

- Endometritis
- Salpingitis
- Ooforitis
- Parametritis





# Etiología

- ▶ Infección de transmisión sexual
  - ▶ ***Chlamidia trachomatis***
  - ▶ ***Neisseria Gonorrhoeae***
  - ▶ *Actinomyces israello* (DIU)
  - ▶ Otros: TBC, parásitos
- ▶ Procedimientos médico-quirúrgicos:
  - ▶ Inserción DIU
  - ▶ Contrastes en exploraciones Rx
  - ▶ Aborto
  - ▶ Biopsia de endometrio





## **Factores de riesgo:**

- Promiscuidad sexual
- DIU
- EPI previa
- 3 meses tras manipulación Dx tracto genital
- Edad joven 15-39

## **Factores protectores:**

- Monogamia
- Métodos barrera

\*Dudoso papel de los anticonceptivo orales

# Clínica

Dolor en hemiabdomen inferior

Sordo e intenso. Acompañado de leucorrea

Síntomas sistémicos: fiebre, náuseas, vómitos...

Síntomas larvados





# Diagnóstico

## Clínico

Dolor abdominal + **tacto bimanual/movilización cervical dolorosa** + al menos 1:

- Fiebre > 38
- Leucorrea purulenta / fétida
- Leucocitosis > 10000
- Tinción gram frotis endocervical +



## Exploración física:

- Especuloscopia:
  - Inspección
  - Toma de cultivos:
    - Endocervical: con y sin medio (30 seg en canal\*\*)
    - Vaginal: con y sin medio.
- Tacto bimanual

## Pruebas complementarias

- Test de embarazo
- Cultivos vaginales
- Serologías



# Remitir a hospital

- Diagnostico incierto: sospecha patología Qx
- Adolescente, pre-púber o nulípara joven con deseos maternidad
- Inmunosupresión
- Fiebre > 38, leucocitosis > 15000 o irritación peritoneal
- Mujer gestante
- Intolerancia a medicación oral
- No respuesta tras 48 - 72h tto empírico oral

# TRATAMIENTO

➤ Ambulatorio:

**Ceftriaxona** 250mg IM → **Doxiciclina** 100mg c12h + **metronidazol** 500mg c12h durante 14 días

Reevaluar 72h

Tto **contacto sexual** (60d) : Azitromicina 2g monodosis

---

## PRIMERA ELECCIÓN:

---

- Ceftriaxona 250 mg IM dosis única + Doxiciclina 100 mg c/12h VO +/- Metronidazol 500 mg c/12 h VO, durante 14 días.

- Cefoxitin 2 g IM + Probenecid 1 g VO dosis única + Doxiciclina 100 mg c/12h VO +/- Metronidazol 500 mg c/12 h VO, durante 14 días.

- Ofloxacino 400 mg c/12 h ó Levofloxacino 500 mg c/24 h VO + Metronidazol 500 mg c/12h VO, durante 14 días. No de elección cuando exista sospecha de gonococo por la evidencia del incremento de resistencias a quinolonas.

---

## ALTERNATIVOS (no de primera elección):

---

- Ceftriaxona 250 mg IM dosis única + Azitromicina 1 g a la semana durante 2 semanas.

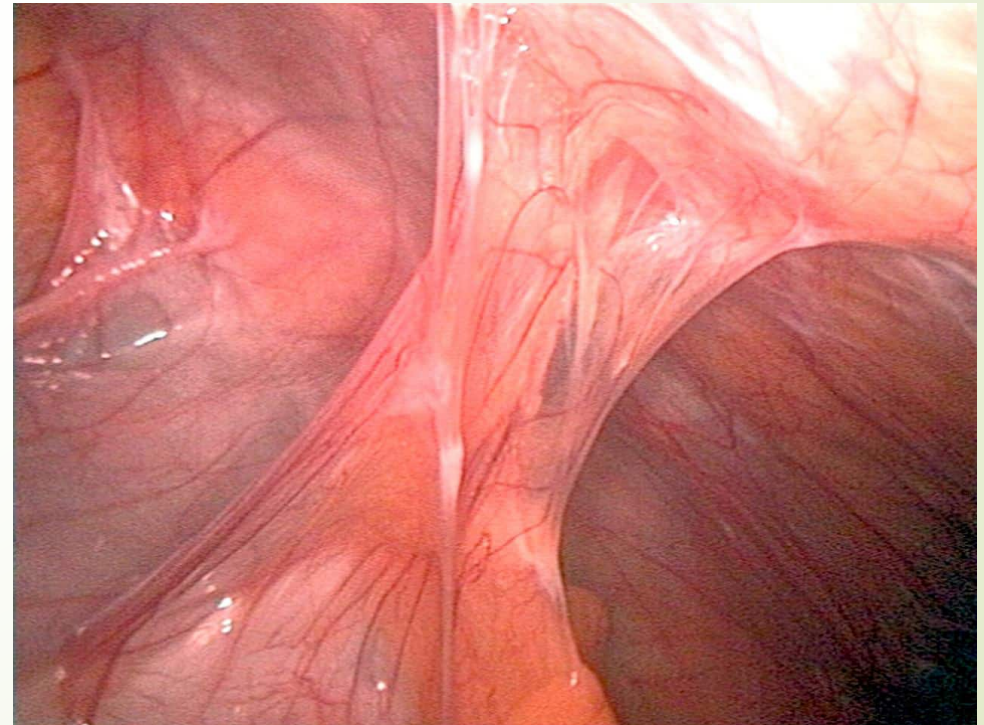
- Moxifloxacino 400 mg c/24 h durante 14 días. No de primera elección por RAM hepáticas y riesgo cardiaco (QT largo).

---



# COMPLICACIONES

- Infertilidad
- Aumento de embarazos ectópicos
- **Dolor pélvico crónico**







# PREVENCIÓN

- ▶ Tratamiento precoz
- ▶ Relaciones sexuales con precaución
- ▶ Educación sanitaria: prevención de ITS
  
- ▶ Cultivos vaginales anuales *Chlamydia* y *N. Gonorrhoeae*
  - ▶ Mujeres sexualmente activas 20-25 años
  - ▶ Compañeros sexuales múltiples o cambio en últimos 3 meses.



# BIBLIOGRAFÍA

- ▶ Valero Lance MP, Furió Mtnz AM. Enfermedad inflamatoria pélvica en AP. AMF 2012; 8(3): 151-155
- ▶ Baeyens Fernandez JA, Fernandez Peralta I. Dolor pélvico en mujeres. AMF 2018: 414 – 419
- ▶ Torrel Vallespin G. La recogida de muestras en la infección de transmisión sexual. AMF 2010; 6 (11): 621-626
- ▶ UpToDate (Internet). Jonathan Ross, MD. Mariam R Chacko, MD; 2018 (actualizado Agosto 2019). Disponible en
- ▶ FISTERRA (internet). Fistera; 2017 (ultima actualización junio 2017). Disponible en