



Universidad Central de Venezuela.
Hospital Universitario de Caracas.
Postgrado de Ginecología y Obstetricia



Dolor pélvico agudo



Tutor:
Dr. J Leonardo Ramírez

Expositor: (Todos los R2 presentan)
* Dra. Gabriela Berbis

Caracas, 22 de Agosto de 2019

Contenido

- Definición de dolor y dolor pélvico agudo
- Clasificación del dolor
- Bases neurológicas de dolor pélvico
- Valorar características del dolor
- Realizar historia clínica y examen físico
- Diagnósticos diferenciales
- Solicitud de paraclínicos



¿Qué es dolor?



International Association for the Study of Pain

IASP

Working together for pain relief

Definición

Dolor: (del latín *poena*, castigo, tormento)

“Experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial.”

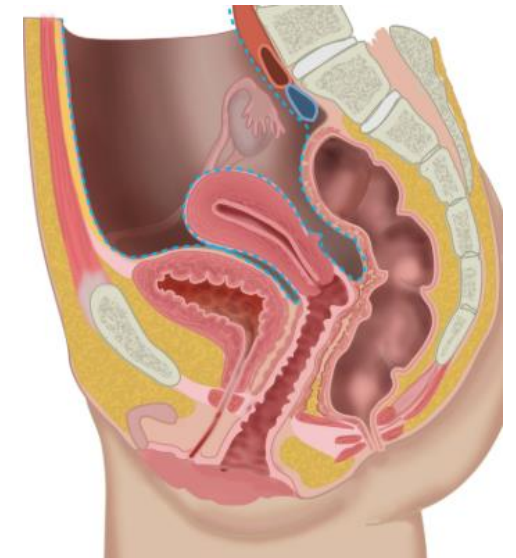




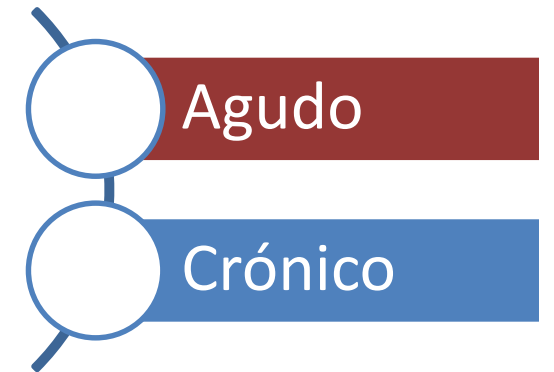
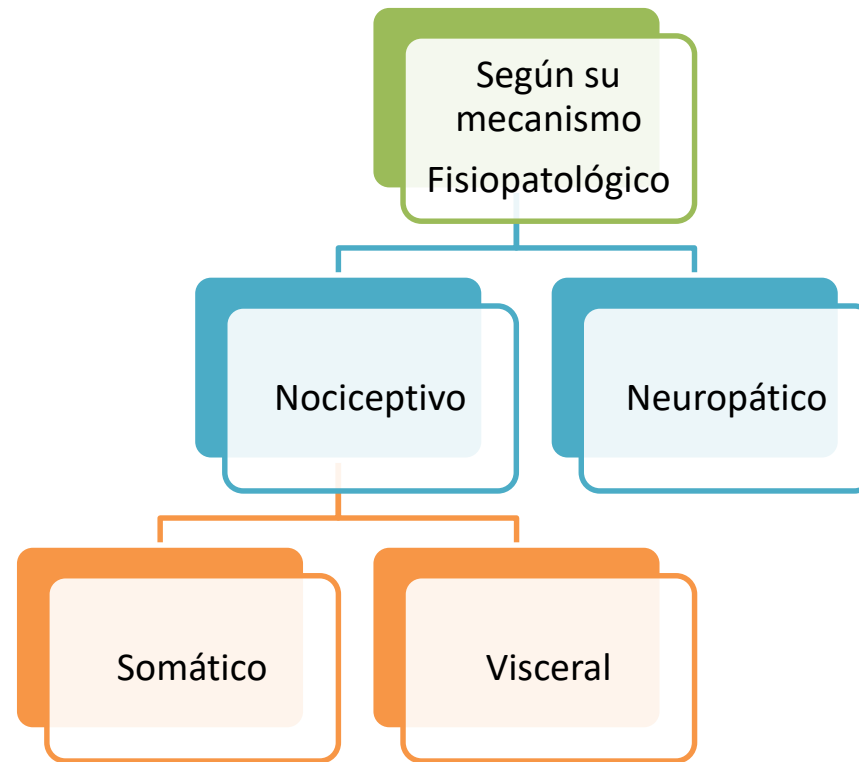
Definición Dolor pélvico agudo

TODO dolor en la región pélvica

- Inicio súbito o gradual del dolor que generalmente dura <7 días .
- Suele acompañarse de otros signos o síntomas.
- Su evolución clínica puede variar en minutos, horas.
- También puede presentarse como una exacerbación de un compromiso o patología crónica.



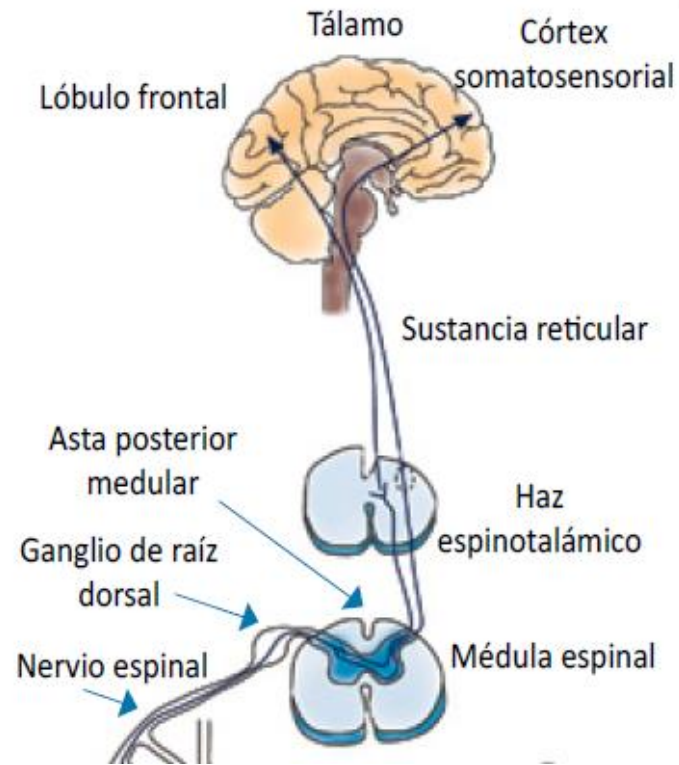
Clasificación del dolor



CARACTERÍSTICAS DE LAS FIBRAS NERVIOSAS

<i>Fibras nociceptivas</i>	<i>Tipo</i>	<i>Velocidad</i>
Fibras A- δ	Mielínicas	4-30 m.sg ⁻¹
Fibras C	Amielínicas	0,4-2 m.sg ⁻¹

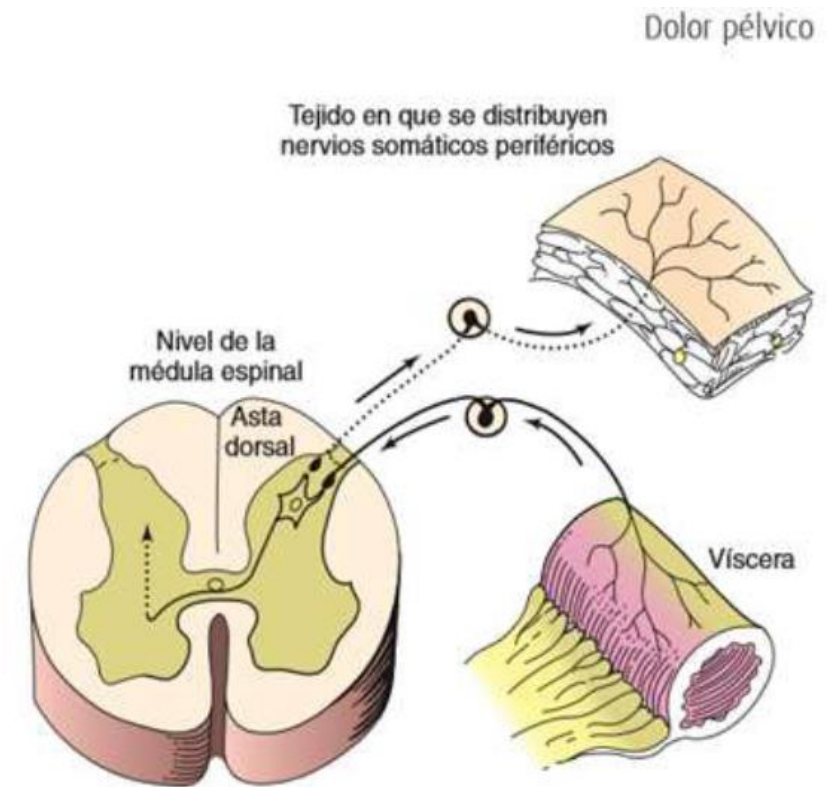
Bases neuroológicas del dolor Pélvico



Tipos de estímulos

- ⚡ Distensión
- ⚡ Inflamación o isquemia

- 1) Localización, intensidad del dolor
- 2) Atributo emocional del dolor
- 3) Interpretación cognitiva del dolor



Valoración del dolor pélvico agudo



¿Abdomen quirúrgico?

¿Embarazada?

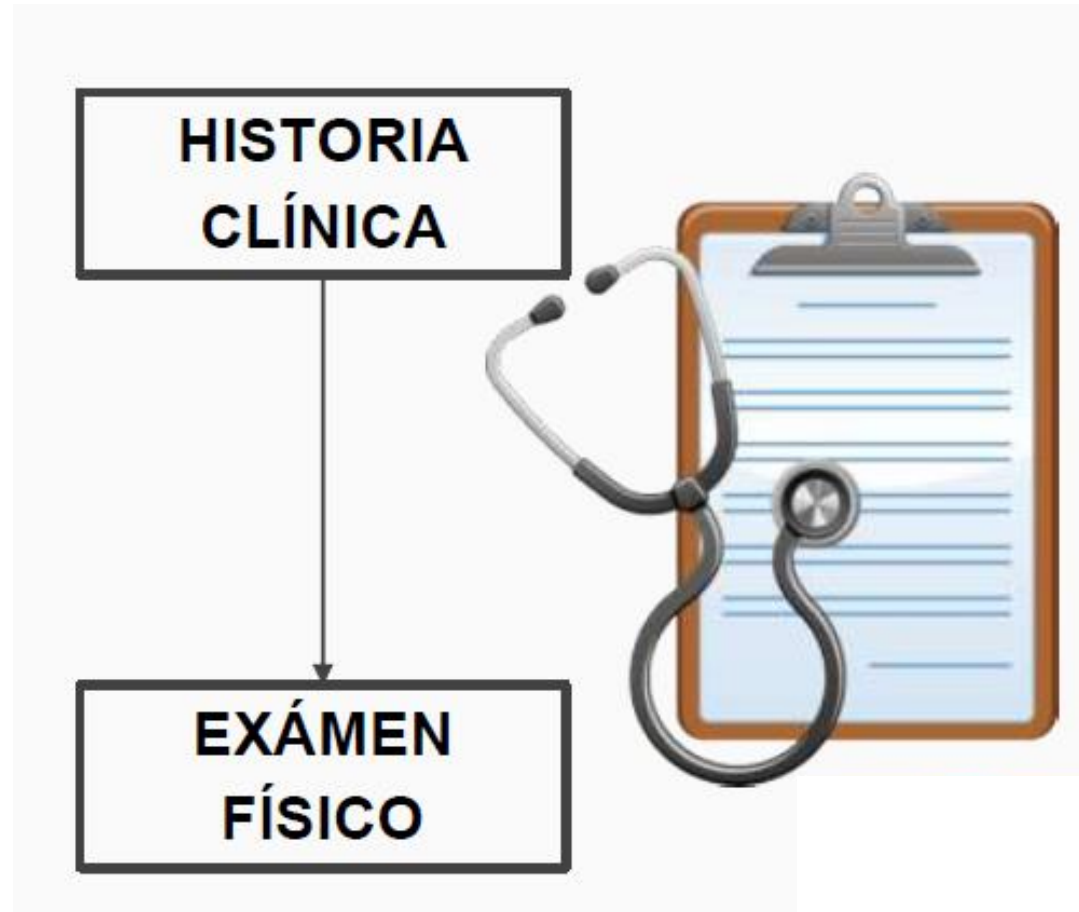
¿Ingreso hospitalario o tratamiento ambulatorio?

Valoración del dolor pélvico agudo

Tratamiento. Debe iniciarse tan pronto como se identifique el compromiso hemodinámico. Se comienza con la restauración del volumen intravascular inmediatamente.

1. Colocar dos vías intravenosas de grueso calibre en venas periféricas grandes. Pueden utilizarse suero salino isotónico, Ringer lactato, glucosado al 5%, hasta que estén disponibles los productos sanguíneos. La velocidad de flujo debe calcularse en función de las condiciones de la paciente y de la pérdida de sangre estimada.
2. Después de la estabilización de la paciente, la exploración quirúrgica (laparotomía o laproscopia), es el paso siguiente si se sospecha un sangrado agudo intrabdominal o una apendicitis aguda.
3. Si la sepsis es el diagnóstico de presunción, la paciente debe ser hospitalizada y tratada con antibióticos de amplio espectro intravenosos; soporte de la TA continuado y mantenimiento del volumen intravascular.
4. Para las pacientes que están hemodinámicamente estables desde el momento de presentación, las indicaciones de cirugía exploradora antes de la observación deben basarse en el diagnóstico más probable.

Valoración



ALICIA DPH

Semiología
del dolor

A

L

I

C

I

A

D

P

H

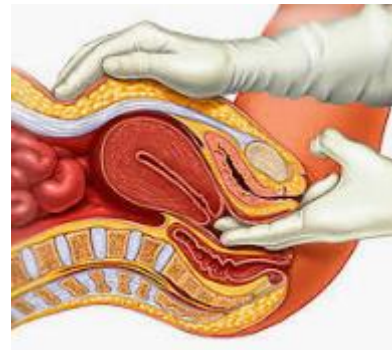


Examen físico

Abdomen quirúrgico?

- TA, FC, FR, T°
- Valoración del estado general
- Piel: hidratación, coloración, diaforesis
- Inspección, auscultación, percusión, palpación del abdomen.
- Valoración genitales externos, y tacto bimanual, zona perianal e inguinal buscando lesiones o zonas sensibles.

- Signos de irritación peritoneal
- Disminución o ausencia de ruidos intestinales
- Confusión, obnubilación, hipotensión, diaforesis.



Hipocondrio izquierdo	Vólvulo gástrico, úlcera péptica, neumonía con reacción pleural, pancreatitis, pielonefritis, IAM, perforación gástrica, cólico nefrítico.
Fosa ilíaca derecha	Apendicitis, hernia incarcerada, litiasis renal. Diverticulitis de Meckel, adenitis mesentérica, salpingitis aguda, embarazo ectópico, cólico nefrítico.
Periumbilical	Trombosis mesentérica, pseudoobstrucción intestinal, obstrucción intestinal, aneurisma de aorta, apendicitis aguda, divertículo de Meckel.
Hipogastrio	Pseudoobstrucción intestinal, patología urogenital.
Fosa ilíaca izquierda	Diverticulitis, hernia incarcerada, litiasis renal.

CRITERIOS DE GRAVEDAD EN LA EXPLORACION ABDOMINAL

- Frecuencia respiratoria > 30 ó < 10 r.p.m.
- Ausencia o asimetría de pulsos periféricos.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Signos de hipoperfusión en piel y mucosas.
- Distensión abdominal.
- Hematomas o heridas.
- Ruidos de lucha o silencio abdominal.
- Duración > 6 horas.
- Presencia de masa pulsátil.

Tacto vaginal: el tacto vaginal es ineludible en el examen físico de una mujer con dolor pélvico. A la inspección podemos evaluar la presencia de flujo y sus características, malformaciones externas, ulceraciones tanto en genitales externos como en el cuello uterino al realizar la especuloscopia. Adicionalmente, se evalúa la posición del útero (anteversión o retroversión). La palpación bimanual nos da una mayor posibilidad de detectar masas anexiales, ováricas y medir el aumento de tamaño del útero. El tacto vaginal nos da la posibilidad de detectar el punto de mayor dolor o si el dolor se desencadena al realizar maniobras como la movilización cervical o la simple palpación anexial.

Tacto rectal: el tacto rectal es una de las prácticas clínicas en mayor desuso, su abandono ha generado una disminución en el diagnóstico de cáncer colorrectal y enfermedad hemorroidal, entre otras. Este examen nos permite evaluar la mucosa del recto con la presencia de masas o pólipos, estima el tamaño y la alteración en la consistencia de la próstata, dolor en la evaluación de esta y de las vesículas seminales.

Incidentalmente podemos encontrar várices en los miembros inferiores que, así como las hemorroides, nos sugieren descartar la presencia de várices pélvicas y síndrome de congestión pélvica.

Disminuyen el umbral del dolor (el enfermo es más sensible al dolor).

- Ansiedad.
- Depresión.
- Dolor recidivante.
- Inflamación.
- Isquemia.

Aumentan el umbral del dolor (el enfermo manifiesta menos sensibilidad al dolor).

- Demencia.
- Somnolencia.
- Concentración.
- Estimulación simpática.
- Hipnotismo.
- Placebo-analgésicos.

Laboratorios

Estudios analíticos	Objetivo
Hemoglobina	Valoración de anemia
Recuento y fórmula leucocitaria	Presencia de infección o inflamación
Electrolitos, urea y creatinina	Efecto de los vómitos o existencia de tercer espacio
Uroanálisis	Cistitis, pielonefritis
BHCG	embarazo

Imagenología y conducta

Ecografía pélvica

- Si prueba de embarazo (+): descartar EE
- Tumoración pélvica de etiología incierta

Radiografía abdominal

- si predominan síntomas digestivos

TAC:

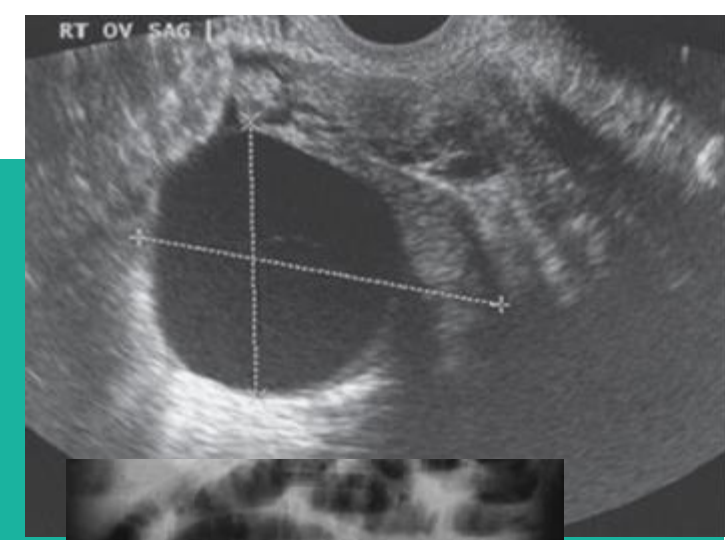
- valorar tumoración retroperitoneal, o abscesos del tubo digestivo

Laparoscopia diagnóstica:

- Abdomen agudo de causa no identificada
- Aclarar la naturaleza de una tumoración dudosa de un anejo

Laparotomía

- Peritonitis
- Íleo grave
- Obstrucción intestinal



Causas

Ginecológicas

- Embarazo ectópico
- Infecciones agudas
- Alteraciones de los anexos

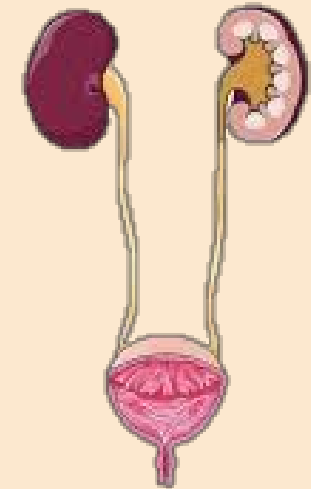


Gastrointestinales

- Apendicitis
- Obstrucción intestinal
- Diverticulitis
- Enfermedad inflamatoria intestinal

Vías urinarias

- Cistitis
- Litiasis ureteral



Causas ginecológicas

Embarazo ectópico

Quiste ovárico roto

Torsión ovárica

Enfermedad pélvica inflamatoria

Absceso tuboovárico

Quiste hemorrágico

¿Leiomiomatosis?

Causas ginecológicas

ENFERMEDAD O DISFUNCIÓN GINECOLÓGICAS

DOLOR AGUDO

1. Complicaciones de embarazo
 - a) Embarazo ectópico roto
 - b) Amenaza de aborto o aborto incompleto
 - c) Degeneración de leiomioma
2. Infecciones agudas
 - a) Endometritis
 - b) Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP aguda)
 - c) Absceso tuboovárico
3. Trastornos de los anexos
 - a) Quiste ovárico funcional hemorrágico
 - b) Torsión de anexo
 - c) Quiste paraovárico
 - d) Ruptura de quiste ovárico funcional o neoplásico

DOLOR PÉLVICO RECURRENTE

1. Mittelschmerz (dolor a mitad del ciclo)
2. Dismenorrea primaria
3. Dismenorrea secundaria

CAUSAS GASTROINTESTINALES

1. Gastroenteritis
2. Apendicitis
3. Obstrucción intestinal
4. Diverticulitis
5. Enfermedad intestinal inflamatoria
6. Síndrome de colon irritable

CAUSAS GENITOURINARIAS

1. Cistitis
2. Pielonefritis
3. Litiasis ureteral

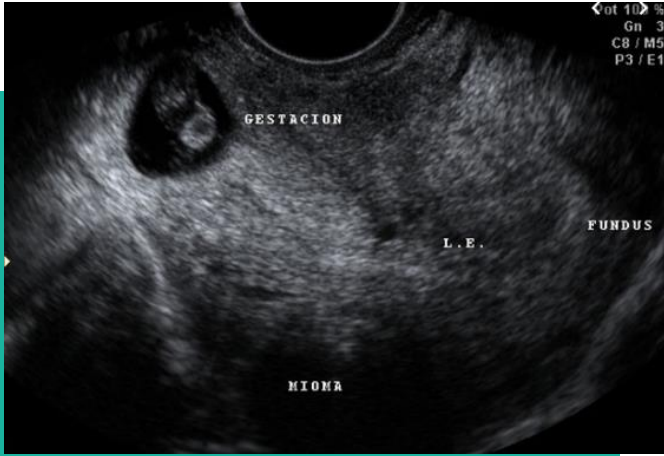
CAUSAS MUSCULOESQUELÉTICAS

1. Hematoma de la pared abdominal
2. Hernia

OTRAS CAUSAS

1. Porfiria aguda
2. Tromboflebitis pélvica
3. Aneurisma
4. Angina abdominal

Embarazo ectópico



□ Se define como la implantación del blastocisto en un lugar distinto de la cavidad intrauterina.

Triada clásica

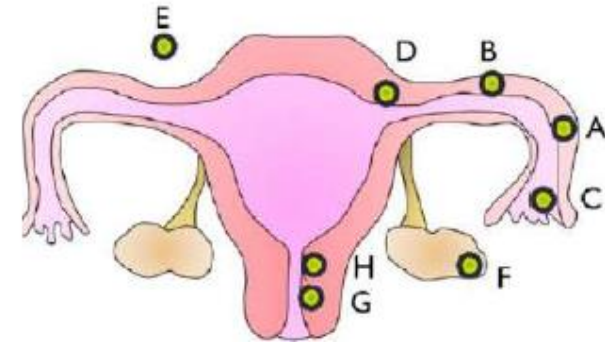
- Periodo de amenorrea
- Sangrado irregular
- Dolor agudo

Diagnóstico

- Clínico
- Ecografía transvaginal

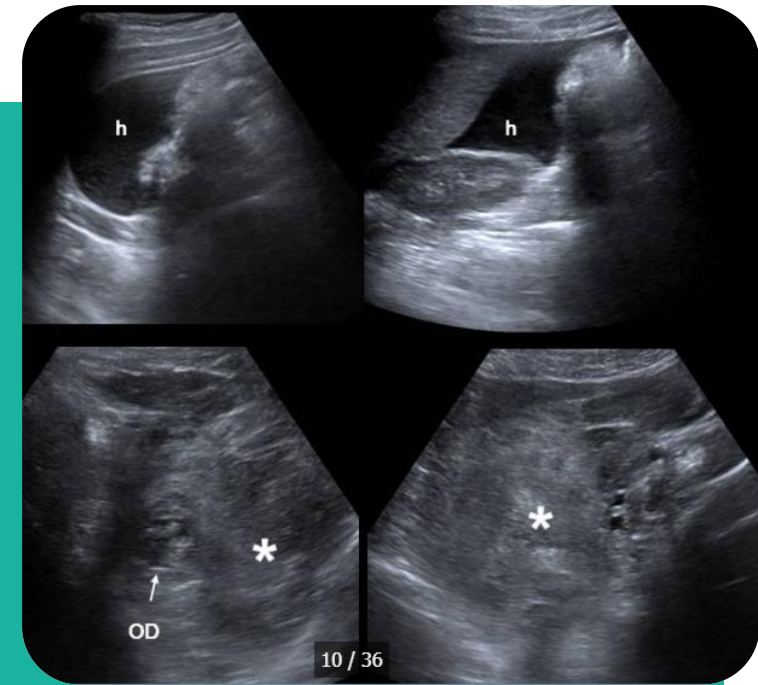
Tratamiento

- Laparoscopia o laparotomía



- A Ampullary (80%)
- B Isthmic (12%)
- C Fimbrial (5%)
- D Interstitial (2%)
- E Abdominal (<1%)
- F Ovarian (<1%)
- G Cervical (<1%)
- H CSP (<0.6%)





Quiste ovárico roto

☐ Frecuente en edad reproductiva



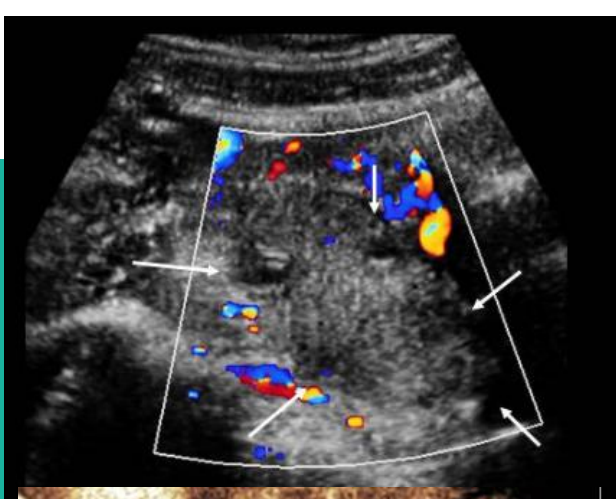
Inicio repentino de dolor abdominal unilateral, y que comienza durante una actividad física o relación coital.

Ecografía TV

prueba de embarazo

Manejo ambulatorio y analgesia oral

Diferencial con EE



Torsión de ovario

- Es la quinta emergencia ginecológica en frecuencia (2,7%).
- Afecta a mujeres de todas las edades (80% ER)
- La etiología más frecuente son los quistes de ovario

Clínica

- Inicio brusco, intenso y constante, a menudo asociado con crisis de náuseas o vómitos. **Fiebre**

Diagnóstico:

Ecografía: agrandamiento heterogéneo de un ovario.

- Definitivo: en cirugía



Figura 1. Imagen de torsión anexial izquierda.

Enfermedad pélvica inflamatoria

□ Es una infección aguda del tracto genital superior (útero-trompas-ovarios).

Clínic

- Inicio agudo de dolor bilateral que aumenta con el movimiento, fiebre, secreción vaginal purulenta, náuseas y vómito.
- Dispareunia
- Taquicardia
- ↓ ruidos intestinales
- Hipersensibilidad a la movilización cervical



Enfermedad inflamatoria pélvica

Criterios Mínimos

- Dolor a la palpación del abdomen inferior
- Dolor a la palpación de los anexos
- Dolor a la movilización del cuello uterino

Criterios Adicionales

• Criterios de Rutina

- Temperatura oral > 38.3°C
- Secreciones cervicales o vaginales anormales
- Aceleración de la velocidad de eritrosedimentación
- Aumento del nivel de proteína C-reactiva
- Documentación en el laboratorio de infección cervical por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*

Criterios definitivos

- Evidencia histopatológica de endometritis en la biopsia endometrial
- Absceso tuboovárico en la ecografía u otros estudios radiológicos
- Anormalidades laparoscópicas compatibles con EPI

Enfermedad inflamatoria pélvica

Régimen A

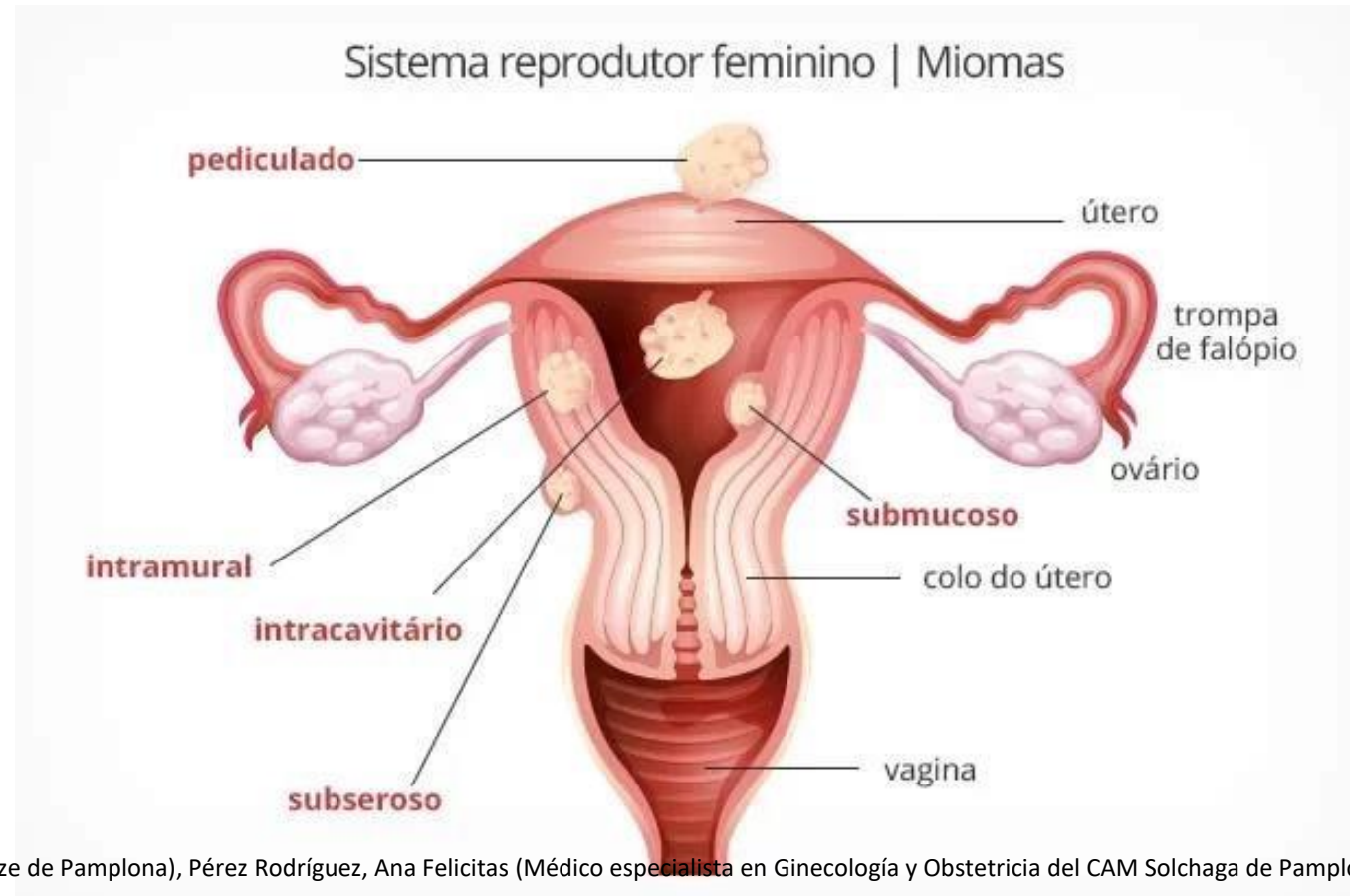
- Ceftriaxone 250mg VIM DU
- Doxiciclina 100mg VO BID x14 días
- Con o sin Metronidazol 500mg VO BID x 14 días

Régimen B

- Cofoxitin 2gr VIM DU
- Doxiciclina 100mg VO BID x14 días
- Con o sin Metronidazol 500mg VO BID x 14 días

Miomas uterinos

- Provocan síntomas cuando se encuentran sobre el ligamento ancho, vejiga, recto o ligamentos de sostén del útero.
- Poco común
- El dolor se refiere como una presión no cíclica, y menos continua, frecuencia urinaria, dismenorrea, dispareunia o estreñimiento



Miomas uterinos

□ Diagnostico y tratamiento

Clínico
Ecografía

Degeneración: analgésicos y
observación

Torsión subseroso pediculado:
laparoscopia, no indispensable
intervención

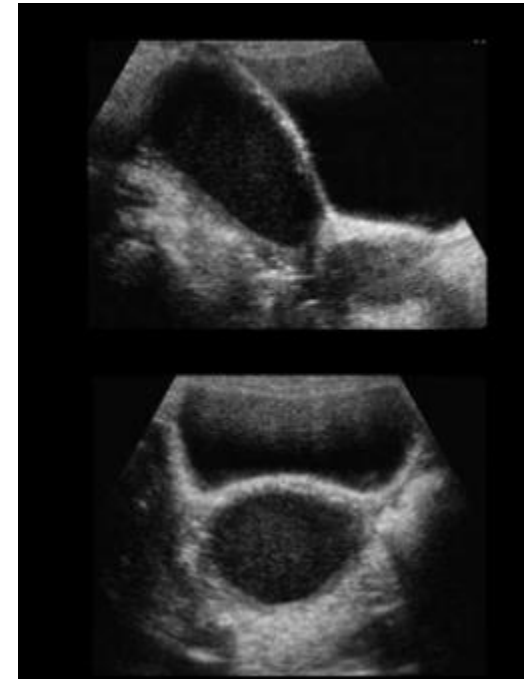


Hidrocolpo

Hematocolpo

CAUSAS

- Obstrucción del tracto genital: acumulación de sangre en útero y/o vagina
- Congénita: himen imperforado, atresia vaginal
- Adquiridas: estenosis tumoral cervical o endometrial. Fibrosis post radiación



Causas no ginecológicas

Apendicitis

Diverticulitis

Obstrucción
intestinal

Cistitis

Litiasis
ureteral

Causas no ginecológicas

□ Gastrointestinales

○ Apendicitis

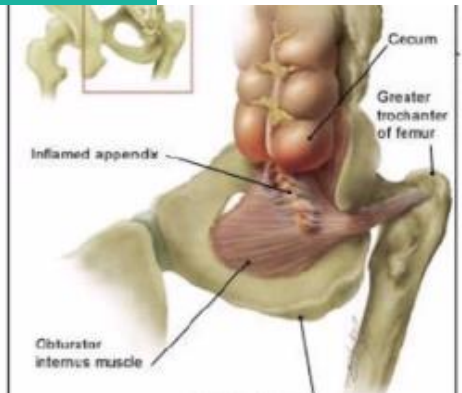
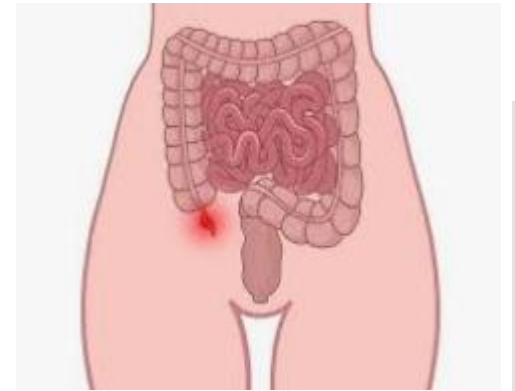
□ Causa intestinal mas frecuente

□ Cuadro clínico

- Dolor abdominal difuso
- Dolor fosa iliaca derecha
- Fiebre, escalofríos, nausea, vomito y estreñimiento
- Signos: McBurney, psoas y obturador.

□ Diagnostico

- Cuadro clínico + leucocitosis

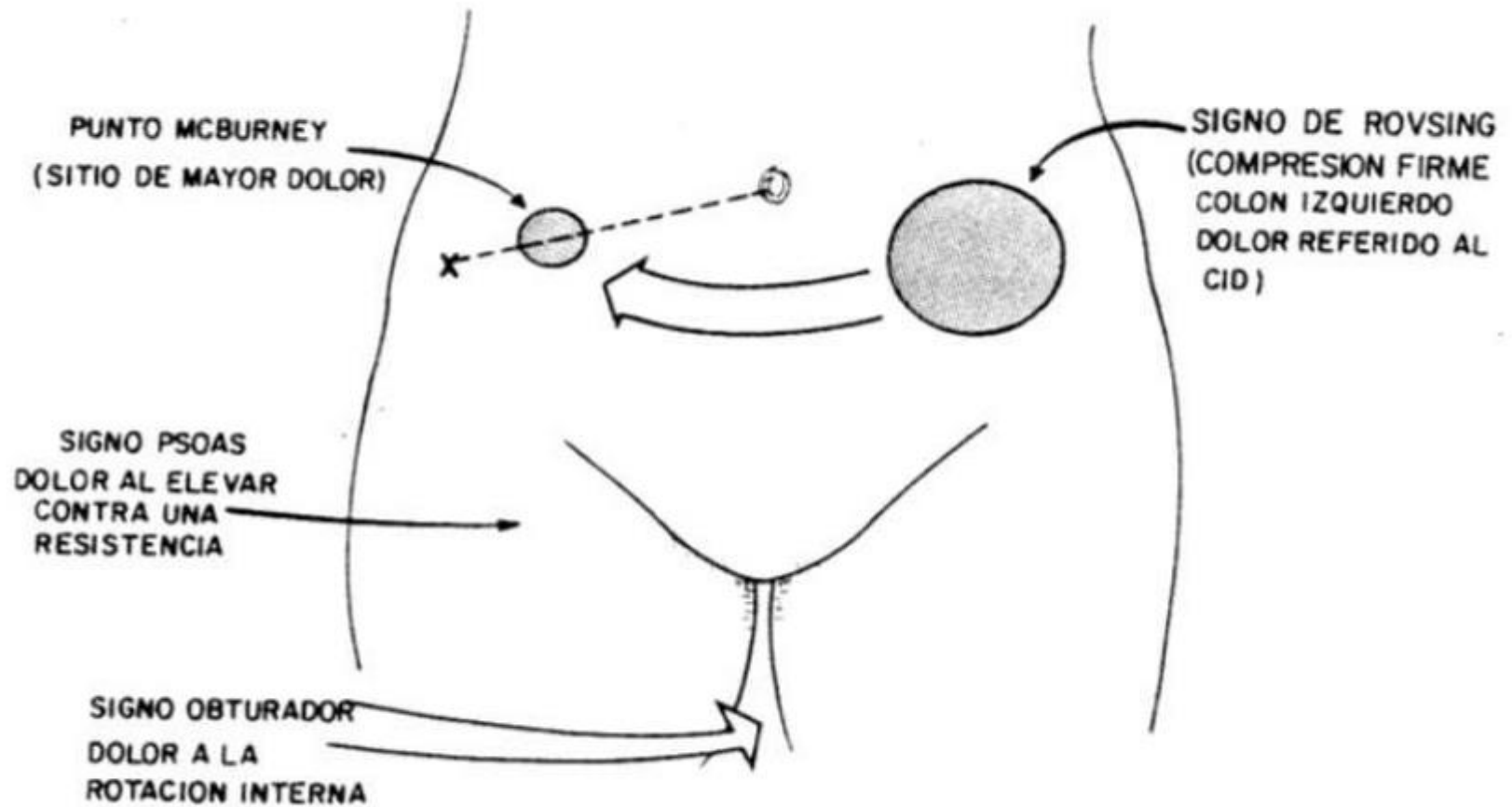


Causas no ginecológicas

McBurney	Dolor a la palpación en el punto de McBurney por presión del apéndice inflamado
Von Blumberg	Dolor a la descompresión en el Punto de McBurney por irritación peritoneal
Rovsing	Dolor en el cuadrante inferior derecho al comprimir el Izquierdo por desplazamiento de gas del colon el cual choca con el apéndice inflamado
Capurro	Dolor por el cizallamiento del peritoneo parietal con la cresta iliaca e indica peritonitis
Psoas	Dolor en Fosa iliaca Derecha al pedir el paciente que levante el MPD extendido e indica apéndice inflamado en la contigüidad de este musculo
Obturador	Dolor en fosa iliaca derecha al realizar rotación interna del MID en flexión secundario a apéndice inflamado en la contigüidad de este musculo
Summer	Defensa involuntaria de los músculos abdominales por irritación peritoneal
Gueneau Mussy	Dolor a la descompresión en cualquier parte del abdomen por irritación peritoneal
Chutro	Presencia de ombligo desviado a la derecha por contractura muscular del mismo lado
Talopercusión	Presencia de dolor al golpear el talón causando movimiento del peritoneo inflamado

Causas no ginecológicas

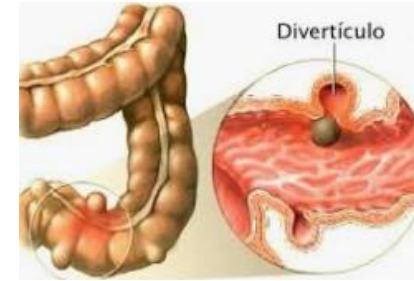
Signos físicos de la apendicitis a la exploración



Causas no ginecológicas

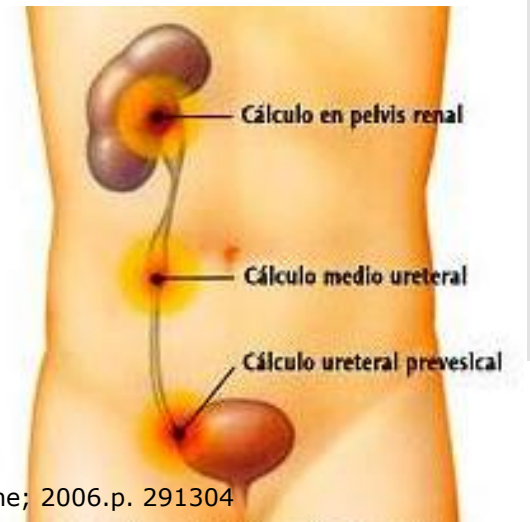
□ Gastrointestinales

- Diverticulitis
- Obstrucción intestinal



□ Urinarias

- Cólico ureteral por litiasis
 - Dolor intenso
 - Angulo costovertebral → ingle
 - Hematuria
 - Disuria, urgencia, frecuencia.
- Cistitis



Conclusiones

- El dolor pélvico agudo es una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica y la causa más frecuente de hospitalización.
- El diagnóstico oportuno del dolor pélvico agudo es de importancia crítica porque el retraso podría aumentar la morbimortalidad.
- La historia precisa es clave para establecer el diagnóstico correcto

gracias