

Dolor abdominopélvico agudo: Apendicitis versus absceso tubario. ¿Qué fue primero? Reporte de caso clínico

Rodolfo Aboytes Fuentes,* María Edith Trejo Cortés,**
 Gerardo Efraín Téllez Becerril,*** Juan Carlos Santiago Núñez****

RESUMEN

En el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM), el dolor abdominal agudo es la segunda causa de consulta. Por su parte, el dolor obstétrico constituye la segunda causa de hospitalización, siendo el Servicio de Urgencias el primer contacto con el paciente. Por ello, consideramos que es de vital importancia conocer las diferentes patologías causantes de abdomen agudo a las cuales nos debemos enfrentar. Así mismo, es crucial determinar de primera instancia si se trata de un abdomen agudo quirúrgico y si se precisa de hospitalización inmediata. El determinante más importante en esta situación, por nuestro ambiente, es descartar la gestación al comienzo de la evaluación de la paciente, volviéndose imprescindible, por ejemplo, considerar como posibilidad de una gestación ectópica rota que pueda convertirse en una cuestión de vida o muerte. El diagnóstico oportuno de dolor pélvico agudo es vital, en primera instancia, porque el retraso aumenta en proporción devastadora la morbimortalidad y, consecuentemente, el tiempo de recuperación, el gasto económico inherente al sistema económico e incluso, en estos tiempos tan hostiles con nuestra carrera, las demandas legales.

Palabras clave: Dolor abdominal, cuadro clínico, tratamiento, apendicitis, absceso tubario.

ABSTRACT

In the Hospital of Gynecology and Obstetrics IMIEM, acute abdominal pain is the second leading cause of consultation. In relation to obstetric pain is the second leading cause of hospitalization, the first contact with the patient to the emergency department, it is vital to know the different diseases that cause acute abdomen which we must face. It is crucial to determine in the first instance if it is an acute surgical abdomen and if you need immediate hospitalization. The most important in this situation for our environment, exclude pregnancy is crucial, to begin assessing the patient, it is essential to consider such possibility of an ectopic pregnancy broken, it can become a matter of life and death. Early diagnosis of acute pelvic pain is vital that the delay increases in proportion devastating morbidity and mortality in the first instance and sequentially recovery time, the inherent economic cost to the economic system, and even in these harsh times in our career, the lawsuits.

Key words: Abdominal pain, clinical features, treatment, apendicitis, tubal abscess.

INTRODUCCIÓN

Dolor pélvico agudo

Como en cualquier paso de la semiología médica desde los tiempos del gran Avicena, se debe tener en cuenta el comienzo, carácter, localización y patrón de irradiación del dolor y se debe además correlacionarlo con los cambios fisiológicos (actividad física, deambulación, micción, relaciones sexuales o defecación). Si se habla de dolor pélvico se debe también relacionarlo, por nuestro ambien-

* Residente del segundo año de Ginecología y Obstetricia.

** Residente del tercer año de Ginecología y Obstetricia.

*** Especialista en Ginecología y Obstetricia. Subespecialista en Medicina Crítica en Obstetricia. Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital Ginecología y Obstetricia.

**** Especialista en Ginecología y Obstetricia. Director del Hospital de Ginecología y Obstetricia.

Instituto Materno Infantil del Estado de México.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/maternoinfantil>

te, con la dinámica del aparato reproductor femenino, la regularidad de los periodos menstruales, la posibilidad de embarazo, sangrado transvaginal o antecedentes médicos-quirúrgicos de importancia como una historia de infecciones frecuentes, dispareunia o dismenorrea que acompañe las causas más frecuentes por la que las pacientes acuden a nuestra institución: enfermedad inflamatoria pélvica, masas o quistes anexiales, ya sean en su versión subjetiva por reporte en estudios de gabinete o realmente con torsión y rotura, embarazo ectópico o sangrado uterino anormal en sus diferentes presentaciones.

En la jerarquía clínica es prudente tener siempre como un punto a considerar la gravedad de los cuadros abdominales que son quirúrgicos, ya que ésta nos orientará con signos como inestabilidad hemodinámica, hipotensión, confusión, irritación peritoneal, diaforesis y obnubilación.

Causas de dolor pélvico

- A. Dolor agudo: Enfermedad o disfunción ginecológica como pueden ser:
 1. Complicación del embarazo (embarazo ectópico, amenaza de aborto).
 2. Infecciones agudas (enfermedad pélvica inflamatoria, endometritis, absceso tuboovárico).
 3. Trastornos de los anexos (quiste ovárico funcional hemorrágico, torsión de anexo y rotura de quiste ovárico funcional o neoplásico).
- B. Dolor pélvico recurrente: Dolor periovárico (mittelschmerz) y dismenorrea primaria o secundaria.
- C. Causas gastrointestinales: Apendicitis, gastroenteritis, obstrucción intestinal, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal y síndrome de colon irritable.
- D. Causas genitourinarias: Litiasis renoureteral, cistitis y pielonefritis.

Entre otras causas que podemos englobar como misceláneas en un solo grupo están la hernia de pared y las inguinales.

Hacemos hincapié que el factor infeccioso (infección urinaria y la enfermedad pélvica inflamatoria) es objeto de atención diaria, y su abordaje debe ser muy exquisito por la instancia quirúrgica (el cual debe evitarse en la medida que no sea necesario). En cuanto al embarazo ectópico, su incidencia en nuestro hospital es una paciente cada 15 días (una por cada 450 pacientes), y el quiste de ovario torcido tiene una presentación de una por cada 700 pacientes.

En seguida, desglosaremos las patologías más frecuentes encontradas en el Servicio como causas de abdomen agudo e ingreso hospitalario.

Embarazo ectópico

Constituye la segunda causa de muerte por choque después de la hemorragia postparto. Su incidencia ha ido en aumento por causas como terapia de reproducción asistida, dispositivos intrauterinos, embarazos a mayor edad y, en nuestro medio, por enfermedad pélvica inflamatoria. Aparece con 7-8 semanas de amenorrea y signos clásicos como dolor abdominal en el 99% de los casos y sangrado transvaginal en el 50% de los casos. Existen factores de riesgo que nos hacen sospechar: un ectópico previo, cirugía tubárica (10%), salpingoclasia bilateral (aumenta 20 veces), dispositivo intrauterino (DIU), enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y tabaquismo por disfunción ciliar.

Para su diagnóstico, una masa anexial compleja más prueba de embarazo positivo y útero vacío es altamente sugestivo, teniendo este complejo una especificidad de 99% y valor predictivo negativo (VPN) de 99.5%. Si la gonadotropina coriónica (β hCG) fracción beta no se duplica tras 72 horas, es posible afirmar que se trata de embarazo normo-evolutivo. A partir de 1 500 UI se visualiza saco gestacional.

Según sea el caso, el tratamiento se basa en laparotomía exploradora: si hay compromiso hemodinámico, se deberá realizar a salpingectomía, si no existe rotura de trompa se prefiere salpingostomía y extracción del saco o su defecto el ordenamiento, y en estos dos últimos casos se deberá realizar cuantificaciones semanales de β hCG hasta negativizar.¹

Quiste de ovario roto

Es más frecuente en el anexo derecho, puede ser asintomático o asociado que comienza con actividad física o actividad coital y escaso sangrado transvaginal, que descarta embarazo. Una masa anexial con líquido en pelvis sugiere rotura, pero no es diagnóstico. El manejo es quirúrgico si existe hemoperitoneo y compromiso hemodinámico.

Apendicitis aguda

Es la inflamación y sobreinfección del apéndice vermiforme secundario a la obstrucción del mismo. Supone el tercio de las causas de abdomen agudo que se presenta con dolor en la fosa iliaca derecha. El cuadro clínico típico comienza con un dolor transitorio en la región periumbilical que después migra hacia la fosa iliaca derecha y, dependiendo la localización y el grado, se puede asociar con signos de irritación peritoneal. El diagnóstico por ecografía revela un tubo ciego, no compresible y aperistáltico cuyo origen es el ciego, el cual puede estar aumentado de grosor (diámetro mayor de 6 mm). Se precisa con signos indirectos como el signo de McBurney ecográfico positivo,

grasa periapendicular hiperecogénica, apendicolito, líquido libre o abscesos pericecales.

En la TAC, podemos encontrar diámetro de la luz apendicular mayor de 6 mm, hiperatenuación de la grasa pericecal, apendicolito, colecciones y abscesos periapendiculares.²

Adenitis mesentérica

Es la inflamación de los ganglios linfáticos mesentéricos ileocecales en el paciente con el apéndice normal. Clínicamente, cursa de forma semejante a la apendicitis aguda asociándose con infecciones víricas y es autolimitada.

En la ecografía se aprecian ganglios linfáticos mesentéricos aumentados de tamaño y dolorosos en número mayor de cinco; además, se visualiza el apéndice normal y puede coexistir con inflamación de la mucosa del íleon terminal.

Enfermedades ileocecales

Se presenta con inflamación por diversas causas del colon derecho y el íleon terminal por diversas causas como ileitis terminal: enfermedad de Crohn, tuberculosis e infección por *Yersinia spp.*

En la ecografía se aprecia engrosamiento de la pared cecal y del íleon terminal mayor de 3 mm y la presencia de hiperseñal mural en estudio de Doppler color (hiperemia parietal).

Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)

Siendo la causa más frecuentemente confundida, podemos denominarla «la simuladora». Ésta puede afectar a estructuras ginecológicas y extenderse a órganos adyacentes por una invasión infecciosa por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. En un 40% de los casos son polimicrobianas. La clínica arroja que entre los síntomas más comunes se encuentra fiebre, dolor abdominal, metrorragia y disparemia.

Los hallazgos en ecografía y TC son: engrosamiento endometrial, ovarios aumentados de tamaño y dilatación de trompas (aspecto de colección tubular y serpiginosa). Cuando la infección ha llegado hasta la cavidad abdominal, se observan colecciones pélvicas confluyentes con pérdida de la definición de estructuras ginecológicas y masas complejas multiloculadas (abscesos tubo ováricos).³

Tiene afectación extrainecológica de asas de intestino delgado y colon (obstrucción), ureteral (uropatía obstructiva), peritoneal y hepática (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis).⁴

Torsión ovárica

Esta patología es frecuente en nuestro servicio, con una incidencia aproximada de dos pacientes al mes.

Es la rotación parcial o completa del pedículo ovárico sobre su eje. Este hecho compromete tanto el drenaje linfático como el venoso, provocando congestión y edema ovárico que ocasionan una pérdida de la perfusión arterial, originando isquemia. Puede aparecer en ovarios normales, sobre todo en niñas o asociada con un quiste o masa ovárica.

La ecografía es muy variable en función del tiempo de duración y el grado de afectación vascular. El ovario se encuentra comprometido con aumento de tamaño y líquido libre en fondo de saco de Douglas. El estudio con Doppler-color puede mostrar la falta de flujo.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 24 años, sin antecedentes personales patológicos y heredofamiliares. Antecedente ginecoobstétricos: gestación 1, parto 1 (3 años antes). Método de planificación familiar: DIU T de cobre, utilizado por un año, el cual se retiró 15 días previos. Tiene inicio de vida sexual activa a los 17 años, refirió una sola pareja sexual. Presentó cuatro infecciones de vías urinarias y vaginales en el último año, acudiendo a facultativos y en ocasiones sin completar el tratamiento. Su pareja sexual es de ocupación camionero y viaja a Estados Unidos con regularidad. Acudió a Consulta de Urgencias por presentar dolor abdominal de tipo cólico en fosa iliaca izquierda irradiada, de intensidad 5/10 en la escala algica, de cuatro días de evolución tratada con analgésicos antibioterapia de tipo cefalosporina de primera generación.

Al llegar a Urgencias se solicitaron paraclínicos, encontrando hemoglobina de 9.8 g/dL, plaquetas 506 000/ μ L, leucocitos: 13 000/ μ L, bandas 1%, VSG: 15 mm/h, glucosa sérica: 91 mg/dL, ALT: 320 UI/L, AST: 443 UI/L y LDH: 413 UI/L. El examen general de orina reportó: proteínas, nitritos y eritrocitos negativos; bacterias escasas. La prueba inmunológica de embarazo fue negativa.

Presentó, previamente al ingreso, fiebre intermitente en dos ocasiones. Se realizó USG en Urgencias en donde se reporta endometrio de 5 mm, anexos lateralizados del lado derecho con dimensiones de 31 x 14 mm y del lado izquierdo con aumento de tamaño que se continúa con imagen heterogénea irregular hacia el fondo de saco con dimensiones de 80 x 59 mm. La salpinge del lado izquierdo es irregular. Por todo esto, fue ingresada a hospitalización.

A la exploración física, encontramos a la paciente consciente, sin fiebre en hospitalización, sin medicamentos antipiréticos, consciente, cooperadora, con mucosas ligeramente deshidratadas, palidez de tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso y abdomen con dolor en fosa iliaca izquierda que se irradiaba a región lumbar a la palpación profunda. Rebote dudoso. Tacto vaginal ligero, con dolor a la movilización cervical, dolor en ambos anexos, sin sangrado transvaginal. Resto sin alteraciones.

Al siguiente día, se realizó una laparotomía exploradora (Figuras 1 y 2), encontrando una pelvis congelada secundaria a proceso infeccioso. Se apreció

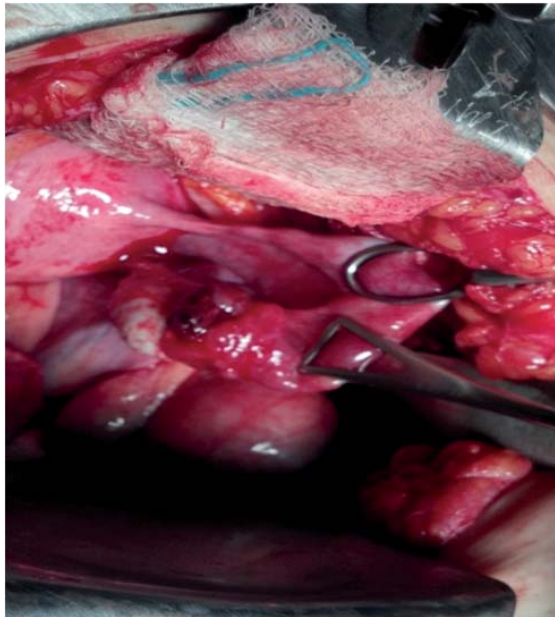


Figura 1. Laparotomía. Identificación del complejo tuba-fimbria adherido al absceso pélvico.

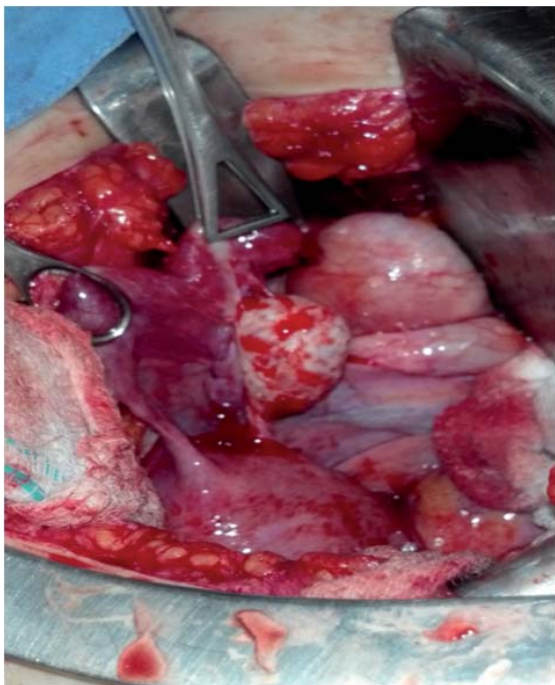


Figura 2. Laparotomía. Identificación del complejo tubo-ovario adherido al absceso pélvico.

absceso retrouterino de 1 000 cm³, purulento, que involucra anexo izquierdo, no pudiéndose identificar anatómicamente tuba ni ovario. A la exploración del lado derecho, se observó fecalito libre en cavidad y apéndice perforado, edematoso y con abundante epiplón cubriendo el defecto; anexo derecho involucrado por pequeño absceso derecho.

El abordaje quirúrgico se realizó por medio de drenaje del absceso pélvico, salpingectomía derecha, salpingooforectomía izquierda y apendicectomía. Se revisó el borde inferior de hígado para descartar cuerdas de violín por Fitz-Hugh-Curtis por el antecedente del DIU, siendo negativa la exploración.

En la etapa postoperatoria, se manejó con doble esquema antibiótico a base de metronidazol 500 mg, tres veces al día, vía intravenosa y ceftriaxona a 1 g, IV, dos veces al día. El cultivo de líquido purulento desarrolló crecimiento de *Klebsiella pneumoniae*.

Se concluyó entonces el diagnóstico de un absceso pélvico y enfermedad pélvica inflamatoria grado 4 (por diseminación a estructuras extrapélvicas, pelvi-peritonitis y respuesta sistémica).

ANÁLISIS

Del presente caso clínico, desde puntos extremos, se pueden desglosar diferentes cuestiones: por un lado, el absceso tubo-ovárico es la primera enfermedad que invade por contigüidad al intestino adyacente y, por otro lado, quizá la apendicitis fue en primera instancia el evento desencadenante; sin embargo, cualquiera de los dos padecimientos son quirúrgicos en esta etapa, lo raro en este caso fue encontrar ambos. Es crucial que cualquier médico tenga el concepto de abdomen agudo y por consiguiente el residente de ginecoobstetricia tenga la capacidad de discriminar las diferentes etiologías para poder así llevar a cabo en cada paciente un protocolo mental de dichos trastornos y finalizar con un diagnóstico presuncional lo más cercano a la realidad, ya que el tiempo/tratamiento está relacionado con el pronóstico de morbi-mortalidad.

Suponiendo que el inicio fue con la enfermedad pélvica inflamatoria, las bacterias ascendieron por el tracto genital inferior. Recordemos que nuestra paciente contaba ya con considerados episodios de infección de vías urinarias o vaginitis bacteriana o quizá fúngicas, con tratamientos ocasionales y sin completar; las bacterias ascienden al tracto genital superior involucrando, por supuesto, la competencia inmunológica intrínseca y otras variables como el estado nutricional que determinan en gran parte la susceptibilidad de cualquier paciente. Mencionemos que la paciente presentaba un índice de masa corporal de 19 kg/m², limítrofe. Como está descrito en el marco teórico, la instrumentación con DIU puede facilitar la contaminación del tracto genital superior por bacterias aerobias y anaerobias residentes. Como resultado de

esta infección ascendente que alcanza las trompas y de la reacción inflamatoria que se produce, ocurren como secuencia en el interior de las trompas fenómenos de vasodilatación, trasudación del plasma y destrucción del endosálpinx, con la consiguiente producción de un exudado purulento. En los primeros días de la enfermedad, la luz de la trompa permanece abierta, con lo cual se permite que este exudado salga por la fimbria hacia la cavidad pélvica produciendo peritonitis pélvica. Como resultado de una inflamación peritoneal, las estructuras adyacentes como ovarios, ligamentos anchos, epiplón, intestino delgado sigmoide y ciego se comprometen. Por consumo bacteriano y por depleción ambiental interno, la tensión de oxígeno de estos tejidos inflamados y necróticos disminuye, lo que forma un círculo vicioso que favorece el crecimiento de la flora ahora anaerobia, siendo más patógena.

Los abscesos tubo-ováricos han sido reconocidos como una complicación crónica asociada con la enfermedad pélvica inflamatoria, que incluso llegan a simular tumores malignos de la pelvis, habiéndose descrito reportes donde simulan cáncer de ovario o cáncer de colon.¹

Entre los factores predisponentes asociados con el desarrollo de abscesos tubo-ováricos incluyen: actividad sexual, múltiples parejas sexuales, nuliparidad, episodios previos de enfermedad pélvica inflamatoria, nivel socioeconómico bajo y el uso de DIU, como en nuestra paciente.

La flora microbiana de la enfermedad pélvica inflamatoria y los abscesos tubo-ováricos generalmente son polimicrobianos, habiéndose aislado gérmenes como *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, estreptococos, *Peptococcus* y *Peptostreptococcus* y otros gérmenes menos frecuentes como *Bacteroides* que generan abscesos pélvicos. El *Micobacterium tuberculosis* puede simular cáncer de ovario y carcinomatosis peritoneal. Se han reportado casos de *Actinomyces*, infección en la que se demuestran gránulos de sulfuro en el análisis microscópico de la pieza quirúrgica.⁵

Entre las manifestaciones clínicas encontramos fiebre, calosfríos, dolor abdominal, náusea y descarga vaginal. El diagnóstico de absceso tubo-ovárico puede ser difícil debido al gran número de padecimientos mimetizadores, sin embargo, debemos buscar datos que sugieran la existencia de una infección, aunque debemos tener en cuenta que muchas veces se enmascara con el uso inapropiado de antiinflamatorios.

Se han adoptado los siguientes criterios clínicos para el diagnóstico de EPI,⁵ divididos en criterios mayores (*Cuadro I*) y criterios menores (*Cuadro II*). Para su diagnóstico, es necesario contar con los tres criterios mayores y al menos un criterio menor. La clasificación de Monif establece cuatro estadios de la EPI (*Cuadro III*).

Cuadro I. Criterios mayores para el diagnóstico de EPI. Se necesitan tres mayores más un criterio menor.

Criterios mayores:

Dolor en hipogastrio a la palpación
Dolor a la movilización cervical
Dolor a la palpación de los anexos

Cuadro II. Criterios menores para el diagnóstico de EPI. Se necesitan los tres criterios mayores más un criterio menor.

Criterios menores:

Temperatura de 38 °C
Material purulento obtenido por culdocentesis
Masa al examen físico o ultrasonido
Leucocitosis mayor a 11 000
VSG mayor a 15 mL/h
Evidencia de *Chlamydia* o gonococo
Presencia de más de 5 leucocitos por campo en secreción endocervical

Cuadro III. Clasificación de Monif para la enfermedad inflamatoria pélvica.

Clasificación de la enfermedad pélvica inflamatoria

Estadio I: Salpingitis aguda sin pelviperitonitis
Estadio II: Salpingitis aguda con pelviperitonitis
Estadio III: Salpingitis con formación de abscesos tubo-ováricos
Estadio IV: Rotura de absceso y choque séptico

Ahora bien, desde el punto de vista apendicular, es prudente mencionar la coexistencia de apendicitis en nuestra paciente, ya que está documentada en varias publicaciones la adherencia a las asas intestinales y la generación de granulomas, que por contigüidad pueden invadir tejidos y generar un plastrón infeccioso. El recto sigmoide y el uréter son los órganos que con mayor frecuencia son involucrados por los abscesos tubo-ováricos.

Nunca sabremos qué fue primero en esta paciente, ya que cuenta con muchos parámetros para absceso tubo-ovárico secundario a enfermedad pélvica; sin embargo, nosotros como médicos que recibimos pacientes en Urgencias debemos considerar ampliamente la gama de padecimientos abdominales y pélvicos quirúrgicos de inmediato y jamás olvidar que puede haber coexistencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Flasar MH, Goldberg E. Acute abdominal pain, *Med Clin North Am*, 2006; 90 (3): 481-503.
2. Matthews JB, Hodin RA. *Acute abdomen and appendix. Scientific Principles and Practice*. 4th Edition. Philadelphia: JB Lippincott; 2006: 1209-1222.
3. Hayes R. Abdominal pain: general imaging strategies, *Eur Radiol*, 2004; 14 Suppl 4: L123-137.
4. Lifshitz A. *Diagnóstico y tratamiento antibacteriano de enfermedad pélvica inflamatoria*. Guía Mapa, 2010.
5. CFTR Centers for Disease Control and Prevention. *Pelvic inflammatory disease: Guidelines for Prevention and Management*. 2006.

Correspondencia:

Dr. Rodolfo Aboytes Fuentes

Hospital de Ginecología y Obstetricia

Puerto de Palos s/n, esquina Paseo Tollocan,

Colonia Isidro Fabela, 50170,

Toluca, Estado de México.

E-mail: pandaaboytes@gmail.com