

Diagnóstico diferencial de abdomen agudo en paciente ginecológica. A propósito de un caso.

Autores: Troncoso Saleh A.C; Valiente Borjas M.E; Quesada Fernández M.N; Pastrana Sánchez J; Covo Pinto, L; Cerrillos Morales J.C; Quesada Villar. J.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen del Castillo Yecla.
Yecla Región de Murcia



Objetivos:

- Diferenciar un cuadro de abdomen agudo ginecológico
- Contar con todos los elementos diagnósticos de laboratorio e imagen para poder llegar a establecer una forma de actuación

Motivo de consulta

Paciente de 46 años que viene a urgencias generales por dolor abdominal y se pide evaluación del dolor por servicio de ginecología.

Historia actual:

Ingresa paciente de 46 años con dolor abdominal en fosa iliaca derecha de 1 semana de evolución que aumento en el día de la consulta, en urgencias se le pidió analíticas las cuales fueron anodinas solo con aumento de PCR en forma leve. Como antecedente personal presenta DIU Mirena de 2 años Gesta II para II, quistectomía por laparotomía en ovario derecho.

La paciente fue evaluada por nuestro servicio descartando enfermedad inflamatoria pelviana ,en la ecografía transvaginal solo se observaba imagen paraovárica derecha de 40 mm de contenido heterogéneo(ciego), resto normal Diu normoinserido, no liquido libre en Douglas. La paciente había sido evaluada en consultas externas de ginecología por revisión hacia 10 días atrás. Es reevaluada por el servicio de cirugía en donde descartan apendicitis aguda, se le solicita TAC. el cual informaba aumento del ciego (tiflitis) Ese mismo día se le da alta hospitalaria.

Al día siguiente la paciente vuelve a venir y es evaluada por nuestro servicio y se decide ingreso para valoración y estudio nuevamente, dado que continuaba con dolor En ecografía se observa como único cambio liquido libre en Douglas e imagen a nivel de FID en dedo de guante que nos hacia sugerir que podría ser apendicitis . Los radiólogos no habían visto esa imagen (imágenes debajo). La paciente se encontraba con antibióticos (ciprofloxacina y metronidazol) . Dado el cuadro tórpido de evolución se decide en forma conjunta con el servicio de cirugía realizar laparoscopia, en la cirugía se observa apendicitis con compromiso de trompa derecha. Se le realiza apendicetomía y salpingectomía derecha.

La paciente evoluciona favorablemente de la cirugía, se deja drenajes y al cuarto día se da alta ginecológica y de cirugía.

En la anatomía patológica se nos informa de apendicitis aguda flemosa trompa derecha con inflamación crónica inespecífica con mucosa sin alteraciones de importancia.



Discusión:

En urgencias de ginecología, ante cuadros agudos de dolor suele presentarse casos en los cuales se debe trabajar en forma conjunta con el servicio de cirugía. he aquí donde a veces surgen dudas en el cuadro de dolor y en el diagnóstico. Con esta presentación se quiere destacar que debemos prestar especial atención en la edad de la paciente, los antecedentes ginecológicos y la forma de presentación de dolor, con estos pasos, podemos ir descartando cuadros de dolor de causa ginecológica, De hecho en esta paciente de 48 años se pensó que podría tener un cuadro de EPI, ya que tenía un diu y dolor abdominal, pero faltaban varios criterios mayores y menores , los que nos hacía descartar el diagnostico de EPI . Aclarar también que el diagnóstico por imagen de radiología, nunca fue concluyente. Es verdad que la imagen que veíamos nosotros nos hacia pensar en apendicitis.

Conclusiones: A la hora de diferenciar los cuadros de abdomen agudo ginecológico debemos pensar en edad, antecedentes ginecológicos, examen semiológico de la paciente, diagnóstico por imagen, criterios de laboratorios y realizar IC con el servicio de cirugía, agotados todos nuestros métodos de despistaje, como ultima opción, debemos optar por la cirugía como ha pasado en esta situación en donde el diagnóstico definitivo fue Apendicitis aguda flemosa