

Cirugía Endoscópica en el Abdomen Agudo Ginecológico

*Dra. Adela Camus, Dr. Pablo Arriagada y [Dr. Emilio Fernández](#)
[Departamento de Obstetricia y Ginecología](#), Unidad de Medicina Reproductiva
Clínica Las Condes*

El abdomen agudo es un cuadro clínico de aparición brusca, que se caracteriza por un dolor abdominal intenso acompañado de signos de irritación peritoneal. Se trata de una emergencia y la clave para su manejo está en el diagnóstico adecuado y precoz, siendo para ello fundamental la historia y el examen clínico acuciosos.

Se estima que su origen es ginecológico entre un 7 y un 20% del total de casos de abdomen agudo. Puede ser hemorrágico o no, dependiendo de la presencia de sangre libre detectable en el peritoneo. Los cuadros hemorrágicos son los más frecuentes de ver, y dentro de éstos, el más común es el embarazo ectópico complicado.

Las etiologías probables del abdomen agudo ginecológico son:

- A. Embarazo ectópico
- B. Hemorragia o rotura de un folículo o cuerpo lúteo.
- C. Torsión anexial.
- D. Proceso inflamatorio pélvico.
- E. Hemorragia intraquística.
- F. Rotura de un quiste ovárico.
- G. Torsión de otras estructuras pélvicas ginecológicas (miomas pediculados, quistes paratubarios).
- H. Síndrome de hiperestimulación ovárica.

Los diagnósticos diferenciales son:

- A. Cuadros digestivos como apendicitis, hernia inguinal o crural complicada, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal o torsión de un apéndice epiploico.

- B. Cólico nefrítico: Es un cuadro importante de reconocer, ya que aunque habitualmente no produce un abdomen agudo, puede dar un cuadro de dolor abdominal muy intenso.
- C. Causas osteoarticulares: Sacroileitis aguda.
- D. Causas médicas: Porfiria aguda intermitente.

Es importante considerar que en el abdomen agudo el pronóstico del cuadro depende del tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y el tratamiento. Además, no siempre requiere un manejo quirúrgico, por lo que el diagnóstico casual y diferencial adquiere mayor importancia.

Diagnóstico

El diagnóstico de un cuadro de abdomen agudo es clínico. Se caracteriza por la presencia de dolor abdominal intenso y de aparición brusca o rápidamente progresiva, a veces cólico y otras veces constante, con o sin compromiso del estado general. El examen abdominal revela dolor en el hemiabdomen inferior que puede estar irradiado a alguna de las fosas ilíacas y signos de irritación peritoneal. Una vez hecho el diagnóstico del cuadro, es necesario determinar su etiología.

Anamnesis

La anamnesis es fundamental para orientarse sobre la naturaleza del cuadro. Es importante saber el momento del ciclo menstrual en que se encuentra la paciente, ya que la torsión de un quiste funcional se produce en la fase lútea y la hemorragia intraquística de un endometrioma ocurre más frecuentemente en el período menstrual. Si hay atraso menstrual, es trascendental hacer una prueba de embarazo para descartar una gestación ectópica o la complicación de un cuerpo lúteo en una mujer embarazada. En el caso que se trate de una paciente con un cuadro febril, la historia de un coito o de un procedimiento diagnóstico (hidrosonografía, histerosalpingografía, biopsia de endometrio) o terapéutico invasivo reciente, orienta hacia un proceso inflamatorio pélvico. También puede existir el antecedente de un tumor anexial en control o una historia de infertilidad con una hiperestimulación ovárica en el último tiempo. Algunas veces el dolor se acompaña de náuseas y vómitos y puede haber fiebre. Al preguntar por otros síntomas no hay manifestaciones de compromiso vesical (disuria, poliaquiuria o tenesmo) así como tampoco sintomatología rectal (colitis, pujo o tenesmo rectal), salvo en aquellas ocasiones en las que la causa del abdomen agudo afecta la fosa posterior de la pelvis con compresión del recto sigmoides. En general, los síntomas rectales y la omalgia son provocados por la presencia de sangre libre intraabdominal, con irritación del recto y del diafragma respectivamente.

Examen físico

En el examen físico la paciente presenta una fascie dolorosa y pálida. El pulso es taquicárdico en los casos de proceso inflamatorio pelviano y hemoperitoneo y puede haber hipotensión arterial. El estado de intranquilidad de la paciente la mantiene en movimiento constante, y esto, asociado al dolor, hacen dificultosa una evaluación adecuada.

Al examen abdominal, éste se encuentra distendido en forma difusa, sensible a la palpación y con un dolor exquisito en la zona abdominal en la que está la complicación. Hay un signo de Blumberg esbozado y los ruidos hidroaéreos están conservados. Si se trata de un proceso inflamatorio pelviano, la paciente presenta signos generales de infección como fiebre, sudoración y taquicardia, y aumento de la temperatura abdominal superficial en la zona de la infección. El Blumberg es más marcado y los ruidos hidroaéreos están francamente disminuidos o incluso ausentes.

El examen ginecológico comienza con una especuloscopia. La exploración de la vagina

y el cuello uterino es habitualmente normal. Si se evidencia la presencia de secreción turbia o de una cervicitis orienta hacia un cuadro inflamatorio, y en este caso es importante la obtención de muestras endocervicales para cultivo y eventual identificación de los gérmenes causales, dado que el ingreso del agente infeccioso es habitualmente por vía canalicular y ascendente.

La exploración del útero y de los anexos con el tacto bimanual está dirigida a identificar la zona donde se produce el dolor y la presencia de una masa anexial. La palpación del fondo de saco de Douglas y de los ligamentos y articulaciones pelvianas nos pueden ayudar en el diagnóstico diferencial de cuadros dolorosos no ginecológicos. El tacto bimanual vaginal en posición de Trendelenburg facilita en ocasiones la exploración de la pelvis, especialmente en mujeres obesas. El tacto rectal complementa el examen ginecológico, siendo útil un enema en los casos de recto ocupado.

Exámenes complementarios

a. Exámenes de sangre.

- 1) Hemograma: La existencia de una leucocitosis con desviación a la izquierda orienta hacia un cuadro infeccioso. La presencia de anemia es sugerente de un cuadro hemorrágico.
- 2) Velocidad de sedimentación (VHS) y Proteína C Reactiva (PCR) elevadas se ven en casos de procesos inflamatorios.
- 3) La subunidad B de la HCG ayuda a definir si el cuadro tiene o no relación con un embarazo.

b. Ultrasonografía

La ultrasonografía ginecológica transvaginal es el examen complementario de mayor utilidad. La exploración ecográfica está orientada a las siguientes observaciones:

- 1) Estado del útero y del endometrio: Un endometrio grueso e hiperrefringente es un signo de estimulación progestativa. Si además, se asocia a una colección líquida intracavitaria (seudosaco), es muy sugerente de un gestación ectópica.
- 2) Exploración de los anexos: Presencia de tumores quísticos o sólidos.
- 3) Exploración del fondo de saco de Douglas: Presencia de líquido libre sugerente de sangre o pus.
- 4) Estado de los flujos arteriales de los vasos ováricos: La ausencia de flujo en una arteria y/o vena ovárica especialmente si se encuentra un tumor anexial es signo de torsión.

En ocasiones, la ecografía transvaginal debe ser complementada con una ecografía abdominal, ya que puede existir torsiones de quistes anexiales gigantes o grandes miomas pediculados que se desplazan sobre la pelvis alejándose de la zona de observación del transductor vaginal.

Finalmente debe realizarse una exploración ecográfica del resto de la cavidad abdominal con el objeto de visualizar las vías urinarias y las vísceras del aparato digestivo para hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías.

- c. Tomografía Axial Computarizada y Resonancia Magnética Nuclear.
Actualmente no aportan más que la ultrasonografía y por ser métodos más lentos en la demostración de imágenes no se utilizan con regularidad. Su aplicación en ginecología se encuentra en desarrollo.
- d. Exámenes de exploración de las vías urinarias.
Cuando el diagnóstico diferencial es con dolor por litiasis uretral, se justifica la exploración de estos órganos con un sedimento urinario y con una pielografía de eliminación.
- e. Exploración endoscópica: La laparoscopia es el procedimiento que determina el diagnóstico definitivo. Primero se explora el sitio de punción, la parte alta del abdomen, la región subdiafragmática, el hígado, el bazo, las regiones parietocólicas, el estómago, el intestino, su mesenterio y la zona apendicular.

Concluida la exploración alta se visualizan los órganos pelvianos: conformación general del útero, trompas y ovarios, presencia de sangre libre en el peritoneo, tumores anexiales, signos inflamatorios en las serosas y salida de pus por las trompas. Si hay un tumor, se evalúa el pedículo o el anexo para buscar una eventual torsión.

Si existe líquido libre se debe tomar una muestra para gram y cultivo, estudio bioquímico o citológico para estudio de células neoplásicas dependiendo de cual sea el caso.

Una vez hecho el diagnóstico definitivo de la causa del abdomen agudo, se procede a su tratamiento quirúrgico. Nos referiremos por separado al manejo laparoscópico de cada una de las principales etiologías del abdomen agudo.

Tratamiento

A. Embarazo ectópico

El embarazo ectópico es aquél en que la implantación ocurre en cualquier lugar fuera de la cavidad uterina. De éstos, aproximadamente el 90% corresponden a embarazos en las Trompas de Falopio, siguiéndole en frecuencia el embarazo cervical (1%) y el intersticial (0,5 - 1%). El embarazo abdominal espontáneo es muy infrecuente, siendo la mayoría de las veces secundario a la reimplantación en el peritoneo de un huevo asentado en la trompa o en el ovario. El embarazo heterotópico, como se denomina a la coexistencia de un embarazo ectópico con un normotópico, es extremadamente rara (1/300.000 embarazos).

La frecuencia global de embarazo ectópico en la población general se calcula entre un 1-2% con una mortalidad de aproximadamente un 0,3%(1). Si no está complicado, puede ser un cuadro totalmente asintomático, y cuando se manifiesta clínicamente la paciente refiere dolor abdominal en un 97% de los casos, seguido en frecuencia por sangrado vaginal (79%), siendo también causa de un cuadro de abdomen agudo clásico. Entre los antecedentes de las pacientes destacan: irregularidad menstrual o amenorrea (65%), historia de infertilidad (15%), uso de dispositivos intrauterinos o anticonceptivos orales a base de pregestágenos (14%), e historia de embarazo ectópico previo (11%)(2).

El desarrollo de equipos de ecografía transvaginal de alta resolución hace posible orientar el diagnóstico en etapas precoces, lo que sumado a determinaciones de β -hCG, aumentan significativamente el rendimiento. Consideramos que en presencia de β hCG >2000 UI/L, debe poder visualizarse con certeza un embarazo intrauterino (saco gestacional), de lo contrario, debe descartarse un embarazo ectópico(1). En Clínica Las Condes este valor de corte es de 1000 UI/L. El diagnóstico diferencial más frecuente es una gestación intrauterina inicial, seguido de otras condiciones ginecológicas como rotura de cuerpo lúteo o de quiste funcional, las que se detallan mas adelante.

La disponibilidad de estos métodos de diagnóstico no invasivos y altamente sensibles

han modificado la presentación de los embarazos ectópicos, pasando de ser una condición de riesgo vital a una más benigna en la actualidad. La intervención terapéutica en una etapa inicial y los avances en los tratamientos quirúrgicos y médicos hacen posible el tratamiento conservador en las pacientes que desean fertilidad a futuro.

Antiguamente, el tratamiento del embarazo ectópico era de regla una laparotomía, que la mayoría de las veces terminaba en una salpingectomía total e incluso, una anexectomía. Actualmente, la cirugía endoscópica se ha convertido en el pilar del tratamiento quirúrgico de esta entidad, y en la mayoría de los casos, también es un complemento en el diagnóstico. Lo indicado es realizar una cirugía conservadora, consistente en una salpingostomía o salpingectomía parcial si es posible. Existe además un subgrupo de pacientes que se diagnostican precozmente y que no tienen, por lo tanto, un cuadro agudo que requiera resolución quirúrgica inmediata. Éstas generalmente se presentan con niveles de β hCG < 1500 UI/L al momento del diagnóstico y se benefician del tratamiento médico con drogas sistémicas como Metrotexato en dosis de 50 mg/m² I.M.(3).

En los casos en que el tratamiento realizado haya sido cirugía radical (salpingectomía), se considera a la paciente tratada. En el caso de haber elegido una opción de tratamiento preservador de la fertilidad o bien, un tratamiento médico, es necesario controlar la desaparición del tejido trofoblástico con mediciones seriadas de β hCG, niveles que se espera sean decrecientes hasta su desaparición.

En nuestra experiencia, de un total de 210 casos de embarazos ectópicos operados desde 1991 a la fecha, el 95% fueron tubáricos, el 2,4% cornuales, 1,4% infundibulares, 2 casos ováricos y uno peritoneal (1,2% entre ambos).

B. Hemorragia o rotura de un folículo o cuerpo lúteo

La hemorragia causada por la rotura de un cuerpo lúteo o un folículo hacia la cavidad abdominal ocurre en aproximadamente un 5% de los abdomenes agudos de origen ginecológico(4). La mayoría de las veces es una condición subdiagnosticada debido a la similitud de este cuadro con otras causas de abdomen agudo y a la falta de elementos específicos que sugieran su diagnóstico. Habitualmente se sospecha frente a un cuadro de dolor abdominal en el período periovulatorio o en la segunda mitad del ciclo menstrual, de inicio brusco y magnitud variable. La ecografía transvaginal puede demostrar la presencia de líquido libre intra abdominal, y puede acompañarse de una imagen anexial sugerente de un quiste ovárico. La medición de β hCG es negativa.

En el caso de que la presentación clínica sea un abdomen agudo, el enfoque diagnóstico y terapéutico definitivo de elección es también la laparoscopia, en la cual habitualmente el problema se resuelve con hemostasia del punto de sangrado y aseo peritoneal (Figura 1).



Figura 1: Quiste ovárico roto y hemoperitoneo.

C. Torsión anexial

La torsión de los anexos corresponde a aproximadamente un 2,7% de todas las emergencias ginecológicas(5). En la mitad de los anexos en que hay torsión, se observan neoplasias del ovario de hasta 10 a 12 cm de diámetro. El hidrosálpinx, y a veces una trompa o un ovario normales (o ambos) también pueden sufrir torsión (Figura 2). El embarazo es un período donde hay una mayor predisposición a esta complicación, tanto por un útero que crece rápidamente o por una descompresión brusca después del parto. La torsión es menos frecuente en neoplasias gigantes, debido a que tienen poca movilidad. Si no es diagnosticado y tratado a tiempo, puede producir necrosis del anexo, peritonitis e incluso muerte de la paciente.

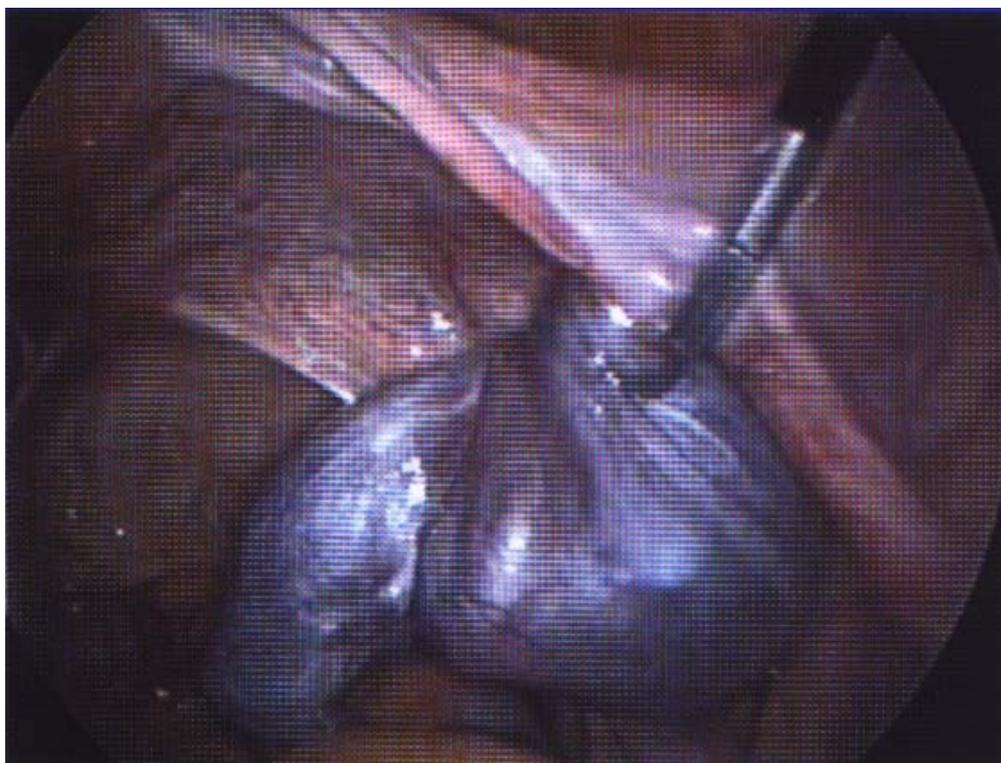


Figura 2: Torsión anexial.

Dentro de los antecedentes, muchas mujeres relatan crisis de dolor semejante en ocasiones anteriores, lo que sugiere torsión y destorsión previa. El comienzo del dolor es espontáneo y abrupto, por oclusión de los vasos del órgano que gira sobre su eje. Al ser la presión venosa menor que la arterial, continua por un tiempo el riego arterial estando el drenaje obstruido, lo que condiciona edema, distensión y finalmente una necrosis hemorrágica del órgano comprometido. La torsión además produce náuseas y vómitos(6).

El diagnóstico se hace por el cuadro clínico y examen ginecológico que revela un anexo aumentado de tamaño y muy doloroso, apoyado por un tumor anexial y líquido libre a la ultrasonografía ginecológica. Puede haber leucocitosis de cuantía variable. Recientemente se ha introducido el estudio Doppler del pedículo ovárico, que permite hacer el diagnóstico por el patrón que demuestran los vasos torcidos. Es de buen pronóstico la visualización de flujo venoso y arterial, lo que permite un manejo conservador del anexo en la cirugía, a diferencia de lo que ocurre cuando no hay flujo o sólo se detecta flujo arterial(7).

Como este cuadro se produce principalmente en mujeres en edad reproductiva, el manejo conservador evitando la anexectomía es importante. A pesar de esto, la conducta más usada hasta los años 80 era esta última, por temor a un tromboembolismo originado al destorcer el pedículo y también por la incapacidad de determinar la viabilidad del ovario. Sin embargo, se han reportado numerosos casos de manejo conservador con buenos resultados y sin complicaciones.(8)

La laparoscopia debe realizarse precozmente para confirmar el diagnóstico y destorcer el órgano comprometido. Si se produce reperfusión y el aspecto sugiere un daño transitorio, se deja el órgano *in situ* y se procede a la quistectomía si corresponde. Al contrario, si no se produce una reperfusión adecuada, es necesario realizar la resección de la estructura torcida.

D. Proceso inflamatorio pélvico

La frecuencia de este cuadro ha aumentado con el incremento de las enfermedades de transmisión sexual, el uso de dispositivo intrauterino (DIU) y el desarrollo de procedimientos ginecológicos invasivos.

La paciente con un cuadro de abdomen agudo por un proceso infeccioso pélvico se presenta con dolor abdominal pelviano bilateral o generalizado, febril y taquicárdica. Puede acompañarse de flujo vaginal, y al tacto bimanual los anexos, fondo de saco posterior y a veces el útero están muy sensibles a la palpación y movilización. La presencia de un tumor anexial, que habitualmente es mal delimitado y doloroso, orienta a un absceso tubo-ovárico (ATO).

Los exámenes de laboratorio muestran leucocitosis con desviación a izquierda, y una VHS y PCR aumentadas. La ecografía ginecológica muestra líquido libre en el fondo de saco de Douglas, el que además es muy doloroso a la compresión con el transductor transvaginal, y un tumor anexial de carácter mixto en el caso de un ATO(9).

A pesar de esto, el diagnóstico clínico de los procesos inflamatorios pélvicos es problemático ya que los criterios diagnósticos son poco sensibles y poco específicos(10), siendo frecuentes los falsos positivos y negativos.

La exploración endoscópica confirma el diagnóstico. La preparación previa debe incluir el uso de antibióticos de amplio espectro y la estabilización hemodinámica. El abordaje quirúrgico es similar, pero teniendo la precaución de no poner a la paciente en una posición de Trendelenburg exagerada, para evitar la contaminación del hemiabdomen superior. La cirugía consiste en la toma de muestras de líquido libre para cultivo, lavado profuso de la cavidad y lisis de adherencias en todas las pacientes. Se realiza drenaje e irrigación del piosápinx uni o bilateral, drenaje e irrigación de abscesos tubo-ováricos o extirpación de la enfermedad mediante salpingectomía o salpingooforectomía uni o bilateral, según sea el caso(11). El tratamiento se complementa con el uso de antibióticos de amplio espectro que cubran flora aerobia y anaerobia.

E. Hemorragia intraquística

Cualquier estructura quística presente en los órganos reproductivos puede presentar durante su evolución una hemorragia. Los quistes que con mayor frecuencia presentan esta complicación son ováricos, y dentro de éstos, los funcionales y quistes neoplásicos benignos. Por su prevalencia en medicina reproductiva, es importante destacar el endometrioma, que se forma por invaginación de la corteza a partir de un foco endometriósico (estigma) o por metaplasia de inclusiones del ovario. En este último caso, la hemorragia intraquística se produce durante el período menstrual por la descamación de los focos de endometrio ectópicos que recubren internamente el quiste.

La forma de presentación no difiere del cuadro de abdomen agudo por torsión anexial. Sin embargo, el síntoma predominante es el dolor más que la irritación peritoneal o los síntomas vagales asociados. El momento del ciclo permite sospechar el diagnóstico.

No siempre es necesario la exploración endoscópica, dado que la conducta es expectante y no quirúrgica, si la paciente se encuentra en condiciones estables. Se indica la laparoscopia cuando existe duda diagnóstica, si la paciente muestra compromiso hemodinámico y también en contados casos en que se aconseja la punción del quiste para su descompresión.

F. Torsión de otras estructuras pélvicas

Aparte de los órganos normales, otras estructuras pueden torcerse sobre sus pedículos. Los ejemplos más frecuentes son los miomas pediculados y los quistes paratubarios, que al torcerse comprometen su irrigación produciendo dolor. A la torsión sigue la exudación al peritoneo, que causa dolor y signos de irritación peritoneal. El tratamiento de elección es la extirpación del mioma o del quiste(12).

G. Síndrome de hiperestimulación ovárica

El advenimiento de la reproducción asistida ha hecho que esta complicación aumente su frecuencia debido al gran tamaño que pueden alcanzar los ovarios con la estimulación. En estas pacientes, el dolor abdominal que puede llegar a dar un cuadro de abdomen agudo, está dado principalmente por dos causas: la sobredistensión de la cápsula ovarica y la torsión anexial que tiene una incidencia de un 7,5% en los casos(13). En el primer caso el manejo es expectante. Si hay una torsión se realiza la destorsión quirúrgica, que dependiendo del tamaño del ovario se puede realizar por laparoscopia (Figura 3).

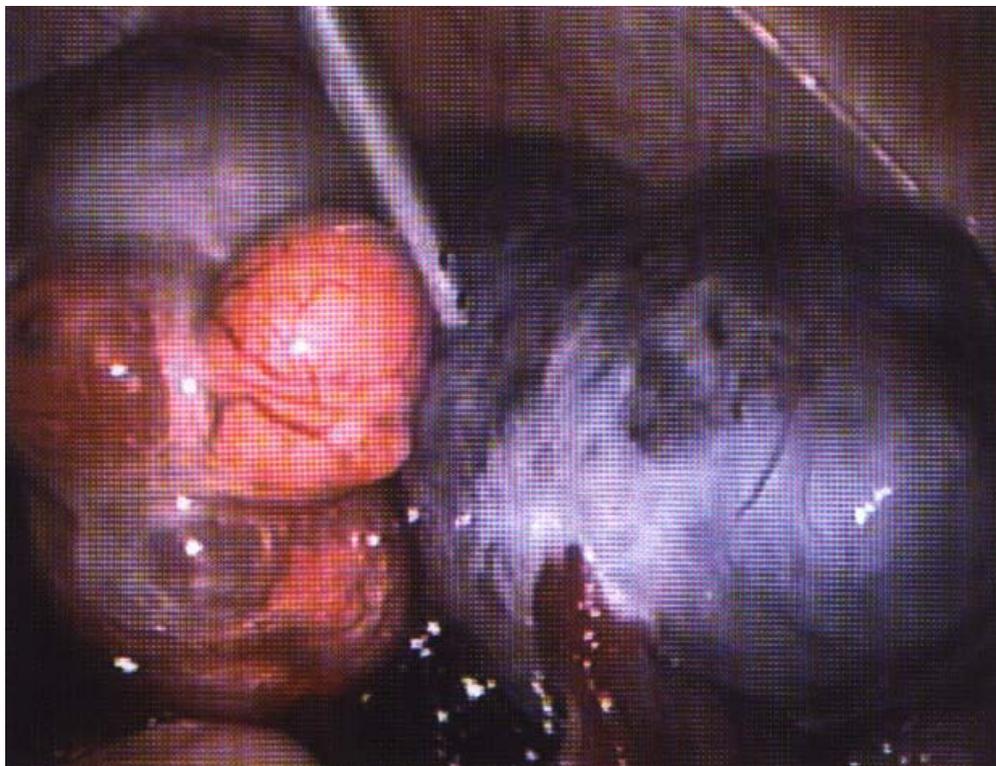


Figura 3: Hiperestimulación ovárica

Bibliografía

1. Lehner R, Kucera E, Jirecek S, Egarter C, Husslein P: Ectopic Pregnancy. *Arch Ginecol Obstet* 2000 Feb; 263(3):87-92
2. Aboud E: A five-year review of ectopic pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1997; 24(3): 127-9.
3. Hajenius PJ, Mol BW, Bossuyt PM, Ankum WM, Van Der Veen F: Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000(2).
4. Cohen S, Weisz B, Seidman D, Mashiach S, Lidor A, Goldenberg M: Accuracy of the preoperative diagnosis in 100 emergency laparoscopies performed due to acute abdomen in nonpregnant women. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 8(1): 92-94, 2001
5. Hibbard LT: Adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol* 152(4):456-461,1985).
6. Nichols D, Julian P: Torsión de los anexos. 475-482.
7. Chang KH, Hwang KJ, Kwon HC, et al: Conservative therapy of adnexal torsion employing color doppler sonography. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 5(1):13-17,1998.
8. Oelsner G, Bider D, Goldenberg M, Admon D, Mashiach S: Long term follow up of the twisted ischemic adnexa managed by detorsion. *Fertil Steril* 60:976-9,1993.
9. Teisala K, Heinonen P, Punnonen R: Transvaginal ultrasound in the diagnosis and treatment of tubo-ovarian abscess. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 97:178-189,1990.
10. Jacobson L: Differential diagnosis of acute pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol.* 138:1006-1012, 1980.
11. Molander P, Cacciatore B et al: Laparoscopic management of suspected acute pelvic inflammatory disease. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 7(1):107-110,2000.

12. Lema R: *Abdomen agudo de causa ginecológica*. *Abdomen Agudo*, Guzmán S, Espinoza R., *Sociedad de Cirujanos de Chile*, 278-99.

13. Mashiach S, Binder D, Moran O, Goldenberg M, Ben-Rafael Z: *Adnexal torsion of hyperstimulated ovaries in pregnancies after gonadotropin therapy*. *Fertil Steril* 53:76-80, 1990.