

Abdomen agudo en ginecología

NATALIA BENAVIDES OSORIO

CLÍNICA GINECOTOCOLÓGICA B

HOSPITAL DE CLÍNICAS «DR. MANUEL QUINTELA» (MONTEVIDEO, URUGUAY)

Resumen

El dolor abdomino-pélvico agudo es una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica y la causa más frecuente de hospitalización. El diagnóstico oportuno del dolor agudo es de importancia crítica porque el retraso podría aumentar la morbimortalidad. Es una urgencia médica que requiere decisión terapéutica inmediata que, habitualmente aunque no siempre, es quirúrgica. La laparoscopia se ha convertido en un procedimiento de rutina en el tratamiento de las enfermedades abdominales agudas y puede considerarse una excelente herramienta terapéutica y de diagnóstico adicional en casos seleccionados. Sin embargo, es necesario un alto nivel de experiencia en cirugía laparoscópica y de emergencia. En los últimos años, las emergencias abdominales se han tratado cada vez con más éxito mediante laparoscopia. Con el pasar de los años, principalmente las últimas décadas, se ha demostrado que el abordaje laparoscópico de la patología ginecológica clásica es seguro y efectivo, tanto o más que la cirugía abierta, con menos complicaciones y una recuperación postoperatoria más rápida.

Palabras clave

Dolor; abdomen agudo; laparoscopia.

Introducción

El *dolor abdominal agudo* de diversa etiología es uno de los principales motivos de consulta en los distintos departamentos de emergencias, pudiendo representar un desafío de diagnóstico en ciertas ocasiones.⁽²⁾

La precisión del diagnóstico ha mejorado con la introducción de un enfoque algorítmico destinado a reducir el tiempo.⁽²⁾

Es necesario considerar una amplia gama de enfermedades subyacentes, que puede incluir todo, desde condiciones benignas y autolimitadas, hasta enfermedades potencialmente graves y mortales.

Es importante recalcar que, ante un cuadro agudo de abdomen deben siempre considerarse diferentes etiologías, que clasificamos fundamentalmente en patología gastrointestinal, urológica, ginecológica y vascular.⁽²⁾

Epidemiología

Representa el 5-10 % de todas las consultas en urgencias.⁽²⁾

Clínica

Dolor que se define como una experiencia localizada y desagradable que refleja la existencia de un daño tisular presente o inmediato. El término dolor abdominal agudo o cuadro agudo de abdomen (CAA) se aplica a aquellas pacientes que presentan dolor abdominal de comienzo gradual o súbito, sin una causa conocida en el momento de su evaluación.

La mayoría de los expertos coinciden en señalar las dificultades que comporta establecer un diagnóstico etiológico correcto en una situación

de este tipo. Por esto, el dolor abdominal agudo debe ser considerado como un auténtico desafío clínico.

El dolor abdomino-pélvico agudo es una de las causas más frecuentes de consulta en ginecología, siendo más prevalente en mujeres en edad reproductiva, respecto a las postmenopáusicas.

Es importante realizar una historia clínica adecuada, examen físico detallado, pruebas complementarias, y determinar si tiene criterios de ingreso hospitalario, si se trata de un CAA quirúrgico o no, y si es de causa gravídica.

Diagnóstico

CAA se define como el síndrome clínico que engloba a todo dolor abdominal de instauración reciente (generalmente de menos de 48 horas de evolución o hasta seis días) con repercusión del estado general, que requiere de un diagnóstico rápido y preciso ante la posibilidad de que sea susceptible de tratamiento quirúrgico urgente.

Al ponernos en contacto con estas pacientes, es fundamental realizar una historia clínica completa y un examen físico detallado. El dolor abdominal es el principal síntoma y habitualmente suele acompañarse de uno o más signos de irritación peritoneal: incremento de la sensibilidad abdominal, defensa involuntaria y/o rigidez abdominal.

Se debe tener en cuenta el comienzo, carácter, localización y patrón de irradiación del dolor y correlacionarlos con los cambios (micción, defecación, relaciones sexuales, actividad física), la regularidad de los periodos menstruales, la posibilidad de embarazo, la presencia de sangrado vaginal o flujo, antecedentes médico-quirúrgicos. Una historia reciente de dispareunia o dismenorrea es sugestiva de patología pélvica.

La ubicación del dolor en el área abdominal, así como la extensión del proceso (uno o varios cuadrantes), orienta al origen del abdomen agudo, pudiendo localizarse en cuadrantes superiores, medios o inferiores. A nivel del cuadrante superior derecho, debe sospecharse: pancreatitis aguda, hepatitis aguda, hepatomegalia congestiva aguda, neumonía con reacción pleural, pielonefritis aguda, angina de pecho, absceso hepático. Sobre el cuadrante superior izquierdo: pancreatitis aguda, aneurisma aórtico, colitis aguda, pielonefritis, neumonía, infarto agudo del miocardio. En la zona periumbilical: obstrucción intestinal, pancreatitis aguda, diverticulitis.

A nivel de los cuadrantes inferiores asienta la patología ginecológica, si bien es necesario descartar otras causas. Tanto a derecha como izquierda, nos orienta a enfermedad pélvica inflamatoria, salpingitis aguda, quiste de ovario complicado, embarazo ectópico roto, adenitis mesentérica, diverticulitis de Meckel, cálculo ureteral; y a nivel digestivo sospechar patología del íleon terminal, del colon ascendente o descendente (derecha e izquierda, respectivamente).

Etiología

Respecto a la etiología del CAA pélvico, de origen gineco-obstétrico, se clasifica en causas gravídicas y no gravídicas, ya que el principal gesto diagnóstico debe ser descartar o en su defecto, confirmar la gravidez.

Causas de CAA de origen gineco-obstétrico

Complicación del embarazo:

- Embarazo ectópico roto
- Amenaza de aborto o aborto incompleto
- Degeneración de leiomioma

Infecciones agudas:

- Endometritis
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Absceso tuboovárico

Trastornos de los anexos:

- Quiste ovárico funcional hemorrágico
- Torsión de anexo
- Quiste paraovario torsión
- Rotura de quiste ovárico (funcional o neoplásico: dermoide/endometrioma)

Dolor pélvico recurrente:

- Dolor periovulatorio (*Mittelschmerz*)
- Dismenorrea primaria/secundaria

El embarazo ectópico (EE) debe sospecharse como principal causa ante probables etiologías gravídicas, ya que este produce riesgos a corto plazo de no actuar oportunamente. Es una de las urgencias ginecológicas más frecuentes según varios estudios, en conjunto con los procesos infecciosos pelvianos. Constituye la primera causa de muerte materna por shock hemorrágico. La incidencia es del 1%, en aumento secundario al incremento de varios de sus factores de riesgo, como la enfermedad inflamatoria pélvica, dispositivos intrauterinos, tratamientos de reproducción asistida, cirugías conservadoras, mayor edad, entre otros. La gestación heterotópica tiene una incidencia de 1/30.000. ^(5, 7, 10)

Entre otras causas gravídicas, debemos sospechar: amenaza de aborto, aborto en sus diferentes etapas evolutivas; el aborto incompleto y/o

infectado es un problema que eleva la morbi-mortalidad de no realizar medidas adecuadas.

Respecto a las causas no gravídicas, podríamos decir que la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) en sus diferentes localizaciones y etapas evolutivas (miometritis, salpingitis, ooforitis, absceso tuboovárico, peritonitis localizada o difusa), es una causa frecuente que motiva la consulta en urgencias, con un gran abanico de presentaciones clínicas, así como repercusiones que infieren gravedad al caso.

Corresponde a la infección aguda del tracto genital superior, siendo ésta adquirida sexualmente en la mayoría de casos, y menos frecuentemente es causado por procedimientos médicos, embarazo y otros procesos abdominales primarios. Representa un espectro dentro de la infección. No hay un único diagnóstico *gold standard* y el valor del diagnóstico clínico tiene la mayor importancia.⁽⁵⁾

Las complicaciones de los leiomiomas también pueden presentarse como CAA en ginecología. Estos son tumores del músculo liso del útero que pueden causar molestias cuando comprimen vejiga, recto adyacente o ligamentos de sostén de útero. Es raro el dolor pélvico atribuible al mioma, pero es posible si degenera o se torsiona. La degeneración de los miomas es secundaria a la pérdida de riego sanguíneo, causado por el crecimiento rápido relacionado con el embarazo. En una mujer no embarazada, se confunde con salpingooforitis subaguda.

Existe el leiomioma subseroso pediculado que produce torsión y necrosis isquémica y el leiomioma submucoso pediculado que se manifiesta con dolor tipo cólico y hemorragia, pudiendo configurar una complicación aguda como el mioma parido en vagina.^(5, 8)

La patología anexial también se presenta con frecuencia a nivel de ovario y paraovario. El quiste funcional de ovario complicado (hemorrágico, rotura, torsión) es una de las causas más frecuentes a este nivel.⁽¹¹⁾

La torsión anexial constituye la quinta emergencia ginecológica en frecuencia (2,7 %) tras EE, rotura de cuerpo lúteo, EIP y apendicitis. Representa un 15 % de las masas anexiales intervenidas. Afecta a mujeres de todas edades (80 % en edad reproductiva). El riesgo aumenta en embarazadas y con técnicas de reproducción asistida (8 %), en ovarios con síndrome de hiperestimulación ovárica. Sin embargo, su diagnóstico puede ser un reto, debido a síntomas poco específicos.

Un diagnóstico oportuno es importante para preservar la función del ovario y prevenir secuelas (necrosis, hemorragia, infarto, peritonitis). Una torsión tubárica aislada es muy infrecuente, generalmente ocurre con patología tubárica o infección.

El aumento brusco de presión abdominal facilita la torsión. La etiología más frecuente son los quistes de ovario. El 90 % son benignos. A mayor tamaño del quiste, es más probable la torsión.^(6, 11)

Existe el dolor pélvico periovulatorio, entidad benigna y frecuente también denominado *Mittelschmerz*, es un dolor unilateral menor abdominal. Lo sufren aproximadamente el 20 % de las mujeres.

El dolor puede producirse justo antes, durante o después de la ovulación. Hay varias explicaciones. Justo antes de la ovulación, el crecimiento del folículo puede prolongar la superficie del ovario, causando dolor. En el momento de la ovulación, líquido o sangre se libera de la ruptura del folículo y puede causar irritación del revestimiento abdominal. No se presenta con anomalías pélvicas aunque puede aparecer cierta irritabilidad abdominal.

Normalmente no aparece ninguna complicación, aunque excepcionalmente se requiere una laparoscopia urgente para cohibir la hemorragia que produce el folículo roto. La anticoncepción hormonal se puede tomar para prevenir la ovulación, pero por lo demás no se conoce prevención.⁽⁹⁾

Pruebas diagnósticas

Tras la evaluación clínica, procederemos a la solicitud de estudios no invasivos, evaluando ante dudas diagnósticas continuar con métodos diagnósticos invasivos, valorando la conveniencia de una laparotomía exploradora (cirugía abierta o endoscópica) para llegar a diagnóstico preciso y evitar el retraso del tratamiento óptimo con fines de disminuir la morbilidad y mortalidad.⁽²⁾

Ante la paciente con abdomen agudo se debe establecer un diagnóstico inicial, con fines de identificar el órgano o región primariamente afectada; requiriendo métodos clasificados en «no invasivos» (ultrasonido, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, además de sus versiones helicoidal y tridimensional) e «invasivos» (punciones guiadas o no por ultrasonido, lavado peritoneal, laparoscopia o endoscopia diagnóstica).^(2, 3)

Los estudios de laboratorio deben ser dirigidos a detectar la patología intraperitoneal, en esencia lo quirúrgico, desde lo más básico y no invasivo hasta lo más complejo.

Las pruebas diagnósticas relevantes para la paciente con dolor abdominal agudo son la ecografía (convencional y/o transvaginal), tomografía axial computarizada, resonancia magnética, lavado peritoneal

diagnóstico, placas simples de abdomen, laparoscopia y/o laparotomía diagnóstica.

Ante la indicación de intervención quirúrgica deben de realizarse exámenes preoperatorios, los cuales tienen como finalidad detectar anomalías que puedan influir en el riesgo perioperatorio, establecer un parámetro basal que pueda monitorizarse y cambiar posteriormente a la intervención, así como hacer los ajustes en el manejo para la reposición de volúmenes circulantes.

Los estudios de laboratorio serán de acuerdo a la sospecha diagnóstica clínica y a las condiciones de la paciente; sin embargo, son elementales el hemograma, ionograma, crisis sanguínea, examen de orina, prueba inmunológica de embarazo (en edad reproductiva). Para los cuadros del abdomen superior: amilasa, lipasa y pruebas de función hepática.

La laparoscopia en la urgencia ginecológica constituye una herramienta valiosa de diagnóstico y una alternativa terapéutica. Ha cobrado relevancia su uso, si bien antes se prefería observar ante cuadros clínicos de CAA debido a la morbilidad de la laparotomía exploradora, actualmente la cirugía laparoscópica forma parte del protocolo de actuación diagnóstica. Se realiza en muchos casos sin diagnóstico de certeza o con una sospecha concreta.

El objetivo de la laparoscopia, además del fin diagnóstico y/o terapéutico, es evitar la laparotomía o reducir significativamente su tamaño. Puede realizarse con tres planteos: «laparoscopia diagnóstica pura», «cirugía asistida por laparoscopia» y «cirugía laparoscópica pura».

La *laparoscopia diagnóstica pura* es el procedimiento laparoscópico más frecuente en la urgencia. Consiste en resolver duda diagnóstica, sin necesidad de tratamiento quirúrgico. Finaliza así la intervención y evita el

daño de la laparotomía exploradora en blanco, o conversión a laparotomía una vez efectuado el diagnóstico por laparoscopia.

Permite la directa visualización de los órganos intra-abdominales así como la superficie peritoneal en su gran mayoría, parte del hígado, vesícula, estómago, píloro y primera porción del duodeno, bazo, intestino delgado, colon y órganos pélvicos; todo lo cual transforma a este estudio en el único con capacidad terapéutica.

Es un procedimiento seguro y bien tolerado, que evita laparotomías innecesarias, las cuales presentan una morbilidad de 5 a 22 %.

Su sensibilidad oscila entre el 90-96 %, dependiendo fundamentalmente de la edad y sexo. Es de mayor utilidad en las mujeres en edad reproductiva, donde el porcentaje de error diagnóstico así como la laparotomía en blanco mediante la cirugía abierta oscila entre 25-50 %.

La *cirugía asistida por laparoscopia* consiste en elegir la laparotomía más adecuada al caso individual (laparotomía dirigida): localización y tamaño. Lavado del resto de la cavidad abdominal evitando una laparotomía mayor para explorar o lavar el abdomen.

Por otro lado, la *cirugía laparoscópica pura* permite la resolución del CAA totalmente laparoscópica.^(2,3,11)

Tratamiento

Se atribuye a Philip Bozzini en 1806 la probable visualización del abdomen a través de un instrumento iluminado por una vela al cual el autor denominó «Lichtleiter». En 1901, el alemán George Kelling describió el neumoperitoneo y la colocación de trócares a través de los cuales se podía introducir un cistoscopio.

En 1930, a través de toda Europa, Kalk fue el principal responsable de popularizar la laparoscopia moderna. Inicialmente fue utilizada por los ginecólogos, hasta que en 1991 Muhe introduce en Alemania la primera colecistectomía laparoscópica.

Semm realizó las primeras apendicectomías laparoscópicas en 1983 durante procedimientos gineco-obstétricos, pero fueron Schrember y Gangal en 1983 los primeros que la realizaron en apendicitis aguda. Geagea en 1991 introdujo la funduplicatura.⁽¹²⁾

La laparoscopia se define como la exploración de la cavidad abdominal a través de ópticas introducidas por orificios en el abdomen y que tiene como finalidad la observación de los órganos abdominales, que se lleva a cabo mediante incisiones pequeñas a través de una aguja que insufla gas (CO₂) y trócares. Como fue mencionado, ésta puede ser diagnóstica y/o terapéutica.^(11, 13)

Indicaciones para laparoscopia de urgencia, ordenadas por frecuencia:

- Apendicitis aguda
- Colecistitis aguda
- Abdomen agudo de causa desconocida
- Abdomen agudo ginecológico
 - Quiste ovárico roto
 - Torsión tubo-ovárico
 - Salpingitis y absceso tubo-ovárico
 - Endometriosis
 - Embarazo ectópico
- Perforación gastroduodenal

- Oclusión intestinal
 - Bridas
 - Hernia de pared complicada
 - Tumores y procesos inflamatorios
- Isquemia intestinal
- Perforación Intestinal
 - Peritonitis purulenta por diverticulitis
 - Perforación de intestino delgado
- Traumatismo abdominal (cerrado o penetrante)
- Absceso abdominal (espontáneo o postoperatorio)

Constituyen contraindicaciones para procedimiento laparoscópico de urgencia:

- Inestabilidad hemodinámica persistente
- Shock séptico
- Peritonitis fecaloide (relativa)
- Peritonitis por perforación de más de 24-48 h de evolución
- Trastornos graves de la coagulación
- Cáncer abdominal
- Enfermedades cardiorrespiratorias muy severas (ASA IV)
- Falta de experiencia en laparoscopia (absoluta)
- En pacientes de alto riesgo, si se debe utilizar un abordaje laparoscópico o no

Instrumental mínimo exigible en una cirugía laparoscópica de urgencia:

- 2 trócares de 5 mm
- 1 trocar de 10 mm

- 1 porta-agujas y 1 contraporta de laparoscopia
- 1 tijera laparoscópica
- 1 o 2 pinzas de agarre
- 2 pinzas de agarre fuertes
- 1 gancho-disector
- 1 pinza de agarre de mandíbulas grandes
- 1 sistema de irrigación-aspiración de presión
- 1 disector laparoscópico tipo Kelly o Maryland
- 1 bajanudos para anudado extracorpóreo
- endocortadoras de 30, 45, 60 mm y altura de grapas 2.5, 3.5 y 4.5 mm

Criterios mínimos exigibles para practicar una cirugía laparoscópica de urgencia:

- Dotación técnica suficiente:
 - Instrumental necesario
 - Torre de laparoscopia con función correcta
 - Experiencia del cirujano
- Correcta sujeción y posición del paciente
- Estabilidad hemodinámica
- Disponibilidad de conversión inmediata
- Consentimiento informado del paciente (opciones de finalización de la intervención según hallazgos)

Respecto a las ventajas de la cirugía laparoscópica, estas son: menor morbilidad, menor dolor postoperatorio, menor tiempo de retraso en

incorporación a las actividades de la vida diaria, así como al reintegro laboral, y el acortamiento de los tiempos de retraso en el diagnóstico.

Las desventajas van de la mano de la complejidad técnica, la cual requiere curva de aprendizaje, así como la aplicabilidad limitada en ciertas ocasiones, como es el caso de algunas urgencias abdominales.^(12,13)

Consideraciones finales

El manejo laparoscópico de un abdomen agudo gineco-obstétrico es factible, seguro y recomendado en el CAA. Constituye una buena técnica diagnóstica de la patología abdominal urgente, proporciona una visión directa de la patología sospechada y del resto de la cavidad abdominal.

Las ventajas del abordaje laparoscópico son la confirmación diagnóstica, la evaluación de la gravedad de la patología, evitar una laparotomía formal en muchos casos, especialmente en pacientes obesas, y una muy baja incidencia de infección de la herida.

La cirugía laparoscópica urgente es una herramienta terapéutica, con una menor tasa de morbilidad postoperatoria y mejor recuperación que la cirugía abierta, por lo que disminuye la estancia hospitalaria y los costos.

La experiencia del cirujano es muy importante para llevar a cabo la laparoscopia en la patología abdominal urgente, de lo que se traduce que es necesaria una buena formación de los cirujanos en esta técnica.⁽¹⁴⁾

Recomendaciones

CARL LEVINSON, médico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford en Menlo Park, California, propuso diez reglas de actuación para este tipo de procedimientos; cada una de ellas hace alusión a conductas y

actitudes, por lo que están indefectiblemente vinculadas a la ética personal y profesional, basándose en las razones por las que se debe o no practicar determinado acto.⁽¹²⁾

Si bien son adecuadas para todas las cirugías, las «Reglas de Levinson» (para reducir complicaciones) se aplican fundamentalmente a la cirugía de urgencia. Éstas son:

1. Conocer nuestros límites.
2. Cuidar el criterio de selección.
3. No tolerar un equipamiento, lugar quirúrgico y/o personal inadecuado para su realización.
4. Colocar los trócares apropiadamente. La mala técnica e incorrecta colocación de los trócares son los responsables de las mayorías de las complicaciones serias.
5. No tolere la visión inadecuada.
6. No trabaje en un área sangrante.
7. No transforme un evento en una complicación.
8. Sea cuidadoso con las estructuras vitales.
9. Llame al consultante temprano y no tarde. El paciente y usted se beneficiarán.
10. Sea sumamente sospechoso de los síntomas postoperatorios.⁽¹²⁾

Bibliografía

- (1) NAVEZ B, NAVEZ J, Laparoscopy in the acute abdomen. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2014;28:3-17. <<https://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2013.11.006>>

- (2) KAORI A, FUKUMORI N, ANZAI K, YAMASHITA S-I. The Diagnostic Process for the Evaluation of Acute Abdominal Pain by Resident Trainees in Japan: A Cross-sectional Study. *Intern Med* 2020;59:1257-1265. <<https://doi.org/10.2169/internalmedicine.3526-19>>
- (3) LAMERIS W, VAN RANDEN A, VAN ES HW, et al. Imaging strategies for detection of urgent conditions in patients with acute abdominal pain: diagnostic accuracy study. *BMJ*. 2009;338:b2431.
- (4) GANS SL, POLS MA, STOKER J, BOERMEESTER MA. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. *Dig Surg*. 2015;32:23-31. <<https://doi.org/10.1159/000371583>>
- (5) EZCURRA R, LAMBERTO N, PEÑAS V. Dolor abdomino-pélvico en ginecología. *An Sist Sanit Navar*. 2009;32(Supl.1):49-58.
- (6) VARRAS M, TSIKINI A, POLYZOS D, SAMARA CH, HADJOPOULOS F, AKRIVIS CH. Uterine adnexal torsion: pathologic and gray-scale ultrasonographic findings. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2004;31:34-38.
- (7) SEEBER BE, BARNHART KT. Suspected ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2006;107:399-413.
- (8) CAÑETE ML, GARCÍA L, CID J, SÁNCHEZ JM, LANCIEGO C, SÁNCHEZ-DEHESA A. Embolización de miomas uterinos. En: Cañete ML. *Urgencias en ginecología y obstetricia*. FISCAM, 2003, pp. 659-669.
- (9) GOLDMAN L, AUSIELLO D. *Cecil de libros de texto de medicina*, 22 ed. Filadelfia, Pa: WB Saunders; 2004: p. 1495.
- (10) DEL CASTILLO RA, ADRI N, LEDESMA J, BIANCOTTI O, FARANTE G: Abdomen agudo ginecológico traumático. *Obst Ginecol General Lat Amer*. 1986;44:11S.
- (11) TOUMEH DK (Director General). *Guía Práctica Clínica*. IMSS-509-11: Laparotomía y/o Laparoscópica diagnóstica en abdomen agudo no Traumático en el Adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.
- (12) SCELZA A. Laparoscopia en el Abdomen Agudo. <<https://xdoc.mx/preview/rol-de-la-laparoscopia-diagnostica-y-terapeutica-en-el-abdomen-5dd6efd72b95b>>
- (13) SAUERLAND S, AGRESTA F, BERGAMASCHI R, et al. Laparoscopy for abdominal emergencies: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery. *Surg Endosc*. 2006;20(1):14-29. <<https://doi.org/10.1007/s00464-005-0564-0>>

- (14) GAITÁN HG, REVEIZ L, FARQUHAR C, ELIAS VM. Laparoscopy for the management of acute lower abdominal pain in women of childbearing age. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;5:CD007683. <<https://doi.org/10.1002/14651858.cd007683.pub3>>

