

# Más allá de la apendicitis aguda: diagnóstico diferencial del dolor en fosa ilíaca derecha en la mujer

Paula Menor García<sup>1</sup>, Fernando Luis Begliardo<sup>1</sup>, José Nicolás Aranda González <sup>1</sup>, Brayan Edison Macas Cabrera<sup>1</sup>, José María Hernández Bayo<sup>1</sup>, Sara Sánchez Bernal<sup>1</sup>, Piedad Arias Rodríguez<sup>1</sup>, Manuela Martín Izquierdo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Radiodiagnóstico del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca

# OBJETIVO DOCENTE

- Revisar la **anatomía de la fosa ilíaca derecha (FID)** y su correlación clínica en el contexto de dolor abdominal agudo en mujeres.
  - Describir los hallazgos característicos de la **apendicitis aguda** en ecografía y tomografía computarizada (TC).
  - Analizar las principales entidades del **diagnóstico diferencial** de la apendicitis aguda en la FID, incluyendo patología ginecológica, urinaria e intestinal, identificando signos radiológicos clave que permita diferenciar las distintas entidades.
  - Destacar el papel complementario de la **ecografía** y la **tomografía computarizada (TC)** en el algoritmo diagnóstico del dolor en FID.
  - Reconocer **presentaciones atípicas** y posibles **errores diagnósticos**, con el objetivo de mejorar la precisión y seguridad clínica.
-

# INTRODUCCIÓN

El **dolor en la FID** constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias y puede requerir, en un número significativo de casos, una **actuación quirúrgica urgente**. No obstante, la valoración inicial resulta compleja, ya que tanto la clínica como los **hallazgos** analíticos suelen ser **inespecíficos**, predominando síntomas como el dolor abdominal y la fiebre.

En mujeres, el abordaje diagnóstico es especialmente desafiante debido al **amplio espectro de posibles etiologías** y a la superposición clínica entre patologías inflamatorias intestinales, procesos ginecológicos, enfermedades del tracto urinario y entidades mesentéricas. En este contexto, el dolor pélvico agudo —definido como aquel de menos de tres meses de evolución— representa una causa frecuente de valoración médica, con un impacto significativo en la práctica clínica. Aunque la **apendicitis aguda** es la principal entidad que descartar por su frecuencia y potencial gravedad, deben valorarse el resto de las entidades que pueden simularla.

Ante este amplio diagnóstico diferencial, las **técnicas de imagen** desempeñan un papel esencial. La ecografía constituye la modalidad inicial de elección, especialmente en mujeres en edad fértil, mientras que la TC resulta fundamental en casos no concluyentes o para una mejor caracterización de los hallazgos, contribuyendo de forma decisiva a la orientación diagnóstica y al manejo clínico adecuado.

---

# CAUSAS

## ENTÉRICA y OMENTAL

Hernias y bridas

Apendicitis  
aguda

Diverticulitis  
derecha

Colitis o  
tiflitis

Ileitis  
terminal

Apendicitis  
epiploica

Infarto  
omental

Adenitis  
mesentérica

Neoplasias

## RENAL

Litiasis  
ureteral

## GINECOLÓGICA

Tromboflebitis de  
venas ováricas

Quiste  
funcional

Torsión  
anexial

Quiste  
hemorrágico

Endometriosis

Síndrome de  
hiperestimulación  
ovárica

Enfermedad  
pélvica  
inflamatoria

Embarazo  
ectópico

Neoplasias

A lo largo de toda la presentación educativa electrónica, encontrarás estos **símbolos**, cuyo significado es:



**Definición** de la entidad patológica: ¿Qué es?, ¿Cómo se produce? ¿Por qué?



**Presentación clínica:** ¿Con qué síntomas cursa? ¿Qué signos clínicos hay?

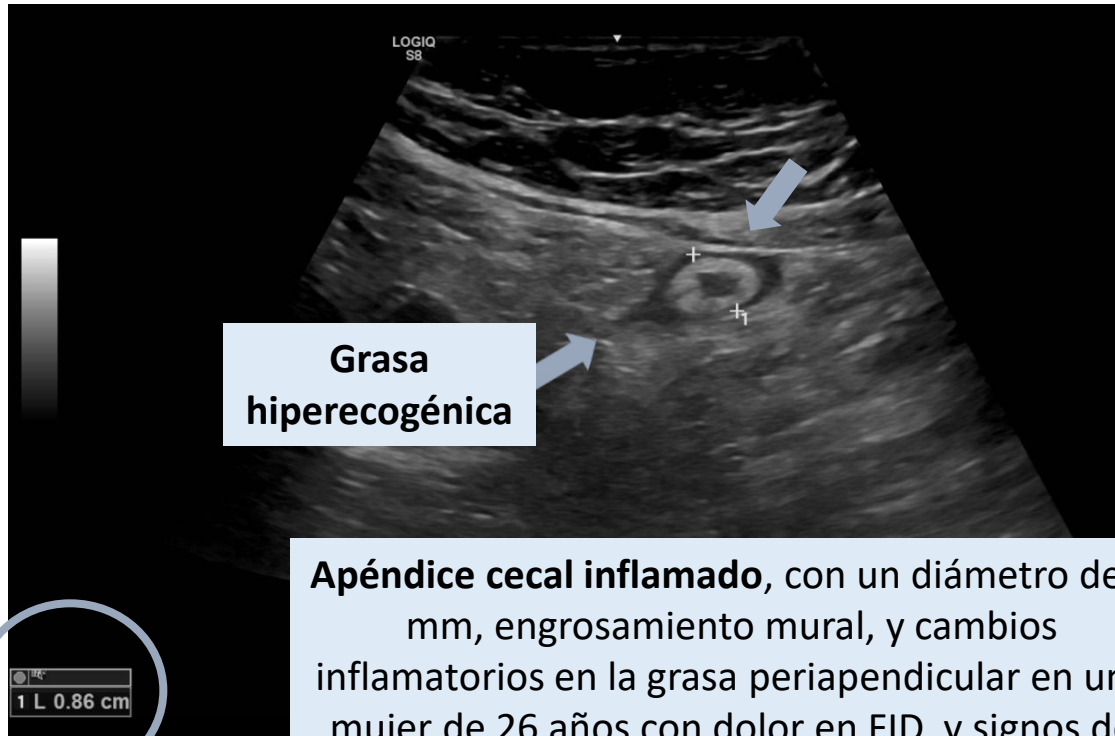


**Hallazgos en la imagen:** ¿Cuáles son los hallazgos que me permiten diferenciar esta entidad de otras y hacer un diagnóstico?



**Complicaciones:** ¿Cómo puede complicarse? ¿Qué urgencias vitales se asocian con esta enfermedad?

# APENDICITIS AGUDA



**Apéndice cecal inflamado**, con un diámetro de 9 mm, engrosamiento mural, y cambios inflamatorios en la grasa periapendicular en una mujer de 26 años con dolor en FID, y signos de Blumberg y Rovsing positivos.

Ecografía en modo B del abdomen.

Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2025.



**Inflamación aguda del apéndice cecal.**



**Dolor** abdominal periumbilical -> **FID**, náuseas, vómitos, anorexia y diarrea. Signos de **Blumberg** y **Rovsing** positivos.



**Diámetro > 6 mm.**

Ausencia de compresibilidad.

**Apendicolito** intraluminal.

Grasa periapendicular hiperecogénica.

Líquido libre adyacente.

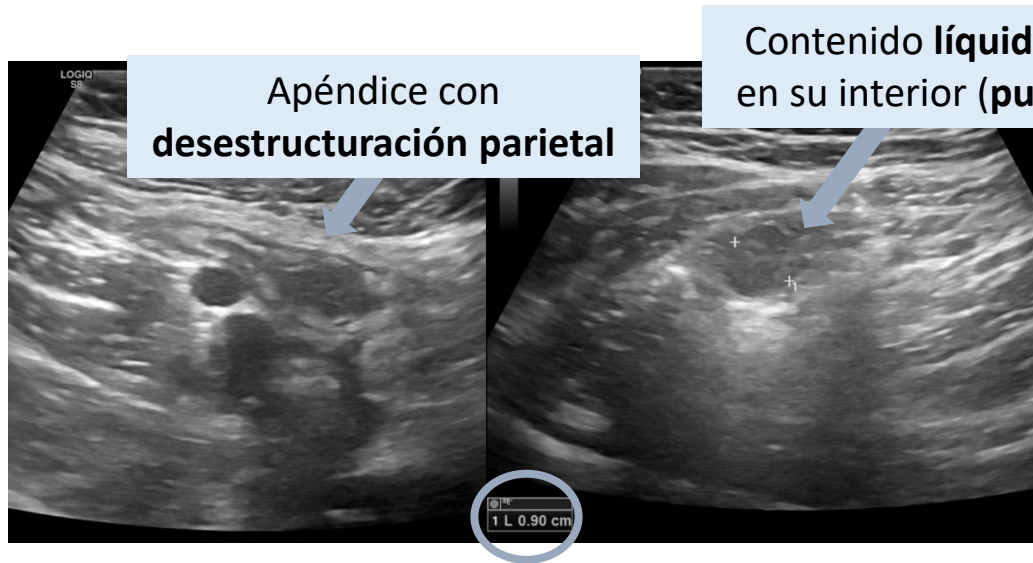
Hiperemia y **desestructuración** de la pared apendicular.

**Engrosamiento parietal > 3mm.**



**Necrosis** parietal, **perforación**, formación de flemón, **abscesos**,... **peritonitis** y obstrucción del intestino delgado.

# APENDICITIS AGUDA



**Apendicitis aguda purulenta** complicada con **peritonitis**, confirmada laparoscópicamente.

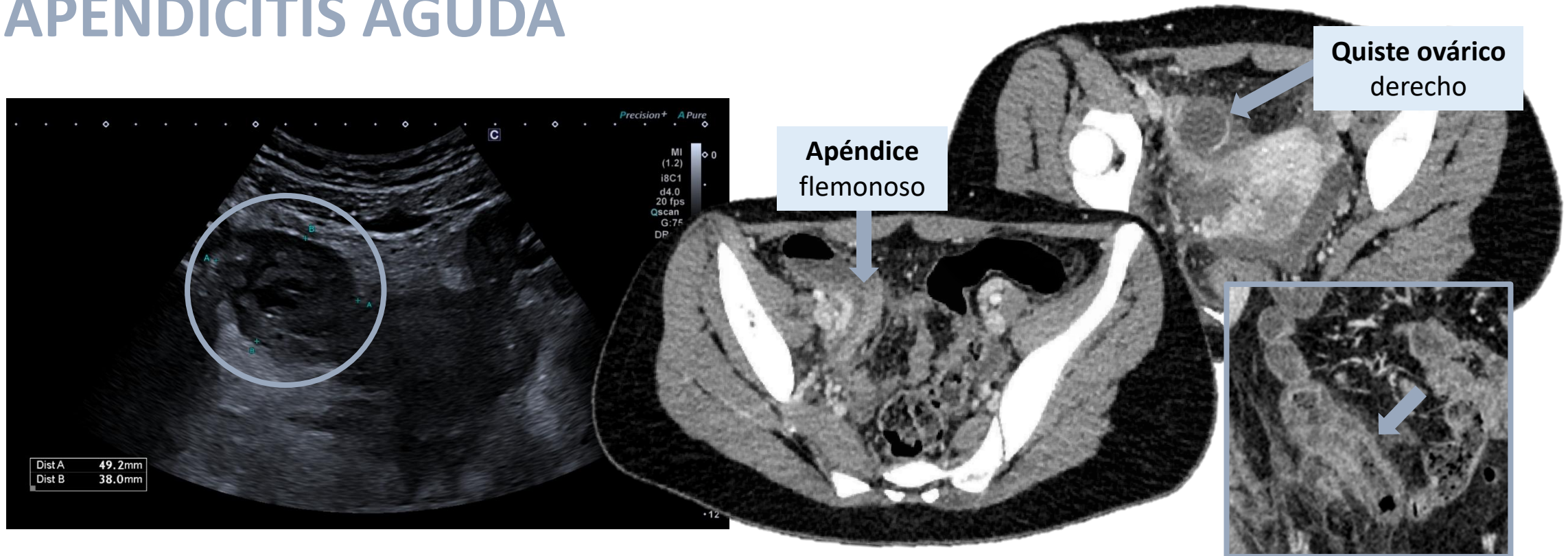


**Absceso** en el **lecho de apendicectomía** en una paciente con dolor en FID a los 10 días de la intervención.

Ecografías en modo B del abdomen y TC abdominopélvica en fase portal con reconstrucción coronal.

Fuentes: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2024 y 2026.

# APENDICITIS AGUDA

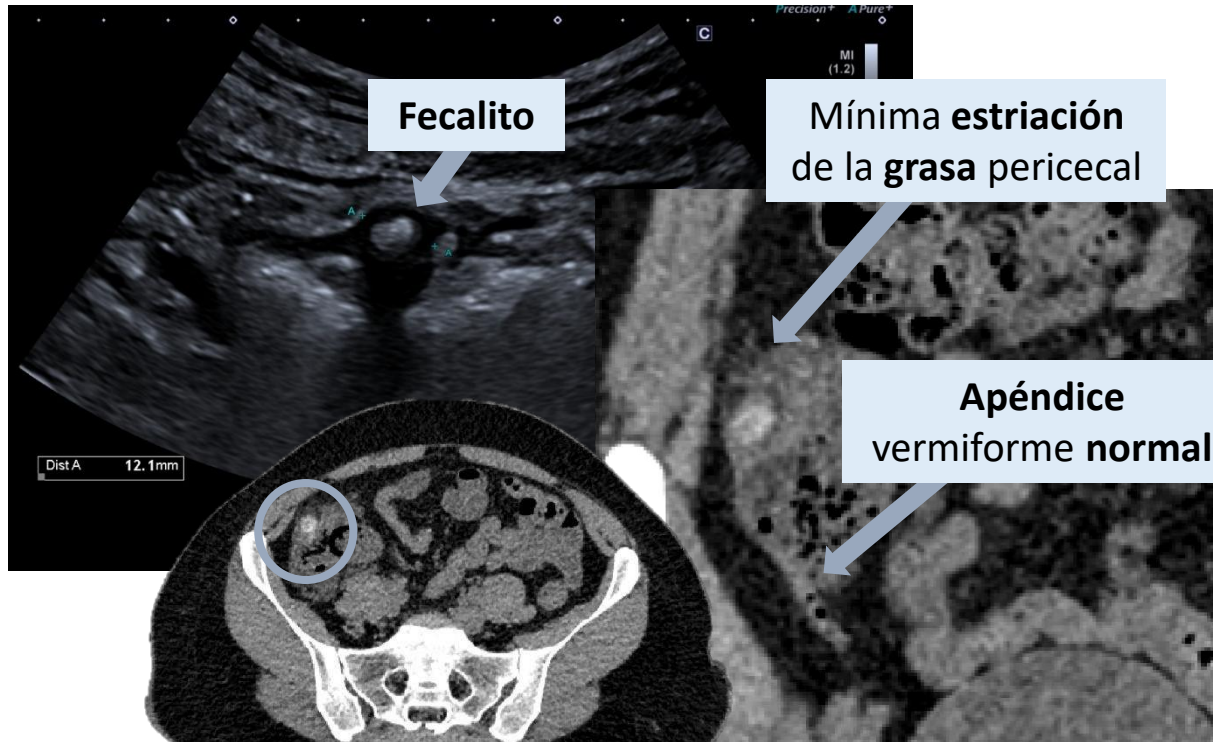


**Apendicitis flemonosa adherida a un quiste ovárico derecho en una paciente con dolor en FID, leucocitosis, neutrofilia y signos de Blumberg y Rovsing positivos, confirmada laparoscópicamente.**

Ecografía en modo B del abdomen y TC abdominopélvica en fase portal, con reconstrucción coronal.

Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2025.

# DIVERTICULITIS DERECHA



**Divertículo** aumentado de tamaño, con engrosamiento y aumento del realce de su pared, en un paciente con dolor en la FID.

Ecografía del abdomen y TC abdominopélvica sin contraste, con reconstrucción coronal.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2026.



**Obstrucción** del cuello de uno o varios **divertículos** del colon por un **fecalito**, con **inflamación** y micro o macroperforación asociadas.



**Dolor** en la **FID**, fiebre, anorexia y estreñimiento.

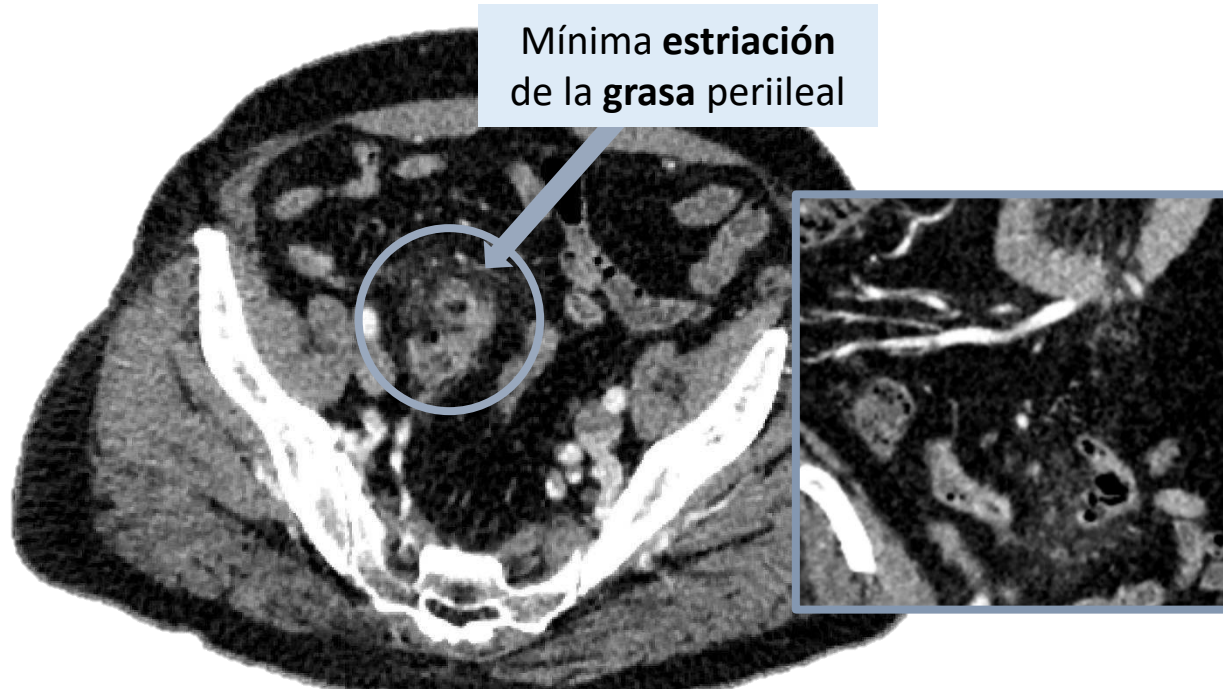


Divertículo inflamado.  
Fecalito, con sombra limpia o sucia.  
Engrosamiento focal de un segmento del colon o del ileon.  
Grasa pericólica o periileal inflamada, hiperecogénica.



Perforación, abscesos o sangrado.  
Obstrucción intestinal.  
Trayectos fistulosos hipoecoicos.

# DIVERTICULITIS ILEAL



Mínima **estriación**  
de la **grasa** periileal

Segmento de **íleon terminal** con engrosamiento mural y **múltiples divertículos** aumentados de tamaño

TC abdominopélvica en fase portal, con reconstrucción coronal.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2026.



**Obstrucción** del cuello de uno o varios **divertículos** del íleon terminal por un **fecalito**, con **inflamación** y micro o macroperforación asociadas.



**Dolor** en la **FID**, fiebre, anorexia y estreñimiento.

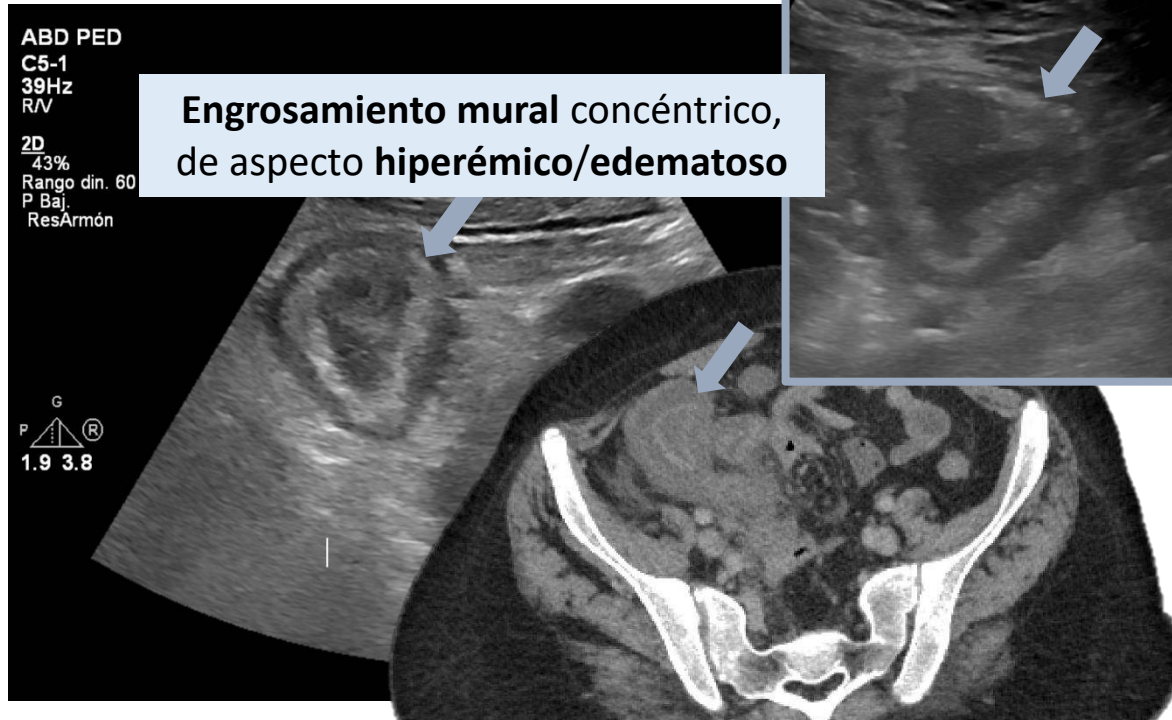


Divertículo inflamado.  
Fecalito, con sombra limpia o sucia.  
Engrosamiento focal de un segmento del íleon.  
Grasa pericólica o periileal inflamada, hiperecogénica.



Perforación, abscesos o sangrado.  
Obstrucción intestinal.  
Trayectos fistulosos hipoecoicos.

# COLITIS o ENTERITIS



**Tiflitis o colitis neutropénica** en una mujer con dolor en la FID, en tratamiento por leucemia mieloide aguda (LMA).

Ecografía en modo B y TC del abdomen en fase portal.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2022.



**Inflamación transmural del tracto digestivo.**



**Fiebre, dolor en la FID, náuseas, vómitos y diarrea.**

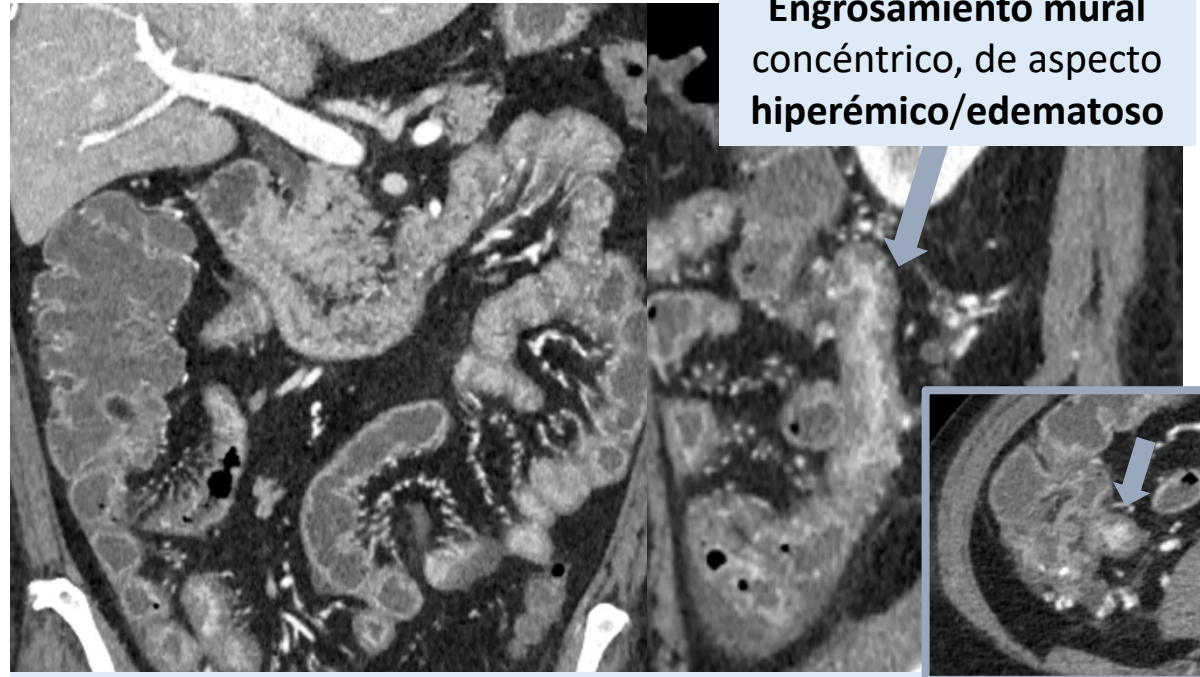


**Engrosamiento mural difuso > 4 mm**, con afectación del íleon terminal y el ciego en la **enterocolitis infecciosa**, del colon derecho en la **tiflitis** y de todo el colon en la **colitis pseudomembranosa**.  
**Hiperemia** de las asas intestinales.  
**Líquido libre** locoregional.  
**Grasa** adyacente **hiperecogénica** (cambios inflamatorios).  
**Peristalsis disminuida**.



**Perforación, abscesos, estenosis y fístulas.**

# COLITIS o ENTERITIS



**Engrosamiento mural concéntrico, de aspecto hiperémico/edematoso**

**Enfermedad injerto contra receptor (EICR) intestinal** con afectación del íleon terminal y la válvula ileocecal en una paciente trasplantada de médula ósea con dolor persistente en la FID.

Ecografía en modo B y TC del abdomen en fase portal.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2026.



**Inflamación transmural del tracto digestivo.**



**Fiebre, dolor en la FID, náuseas, vómitos y diarrea.**



**Engrosamiento mural difuso > 4 mm**, con afectación del íleon terminal y el ciego en la **enterocolitis infecciosa**, del colon derecho en la **tiflitis** y de todo el colon en la **colitis pseudomembranosa**.  
**Hiperemia** de las asas intestinales.  
**Líquido libre** locoregional.  
**Grasa** adyacente **hiperecogénica** (cambios inflamatorios).  
**Peristalsis disminuida**.



**Perforación, abscesos, estenosis y fístulas.**

# ILEITIS TERMINAL

Mujer con **ileitis** terminal por **enfermedad de Crohn**.



**Inflamación** transmural del **íleon terminal**.  
Frecuente en la **enfermedad de Crohn**.



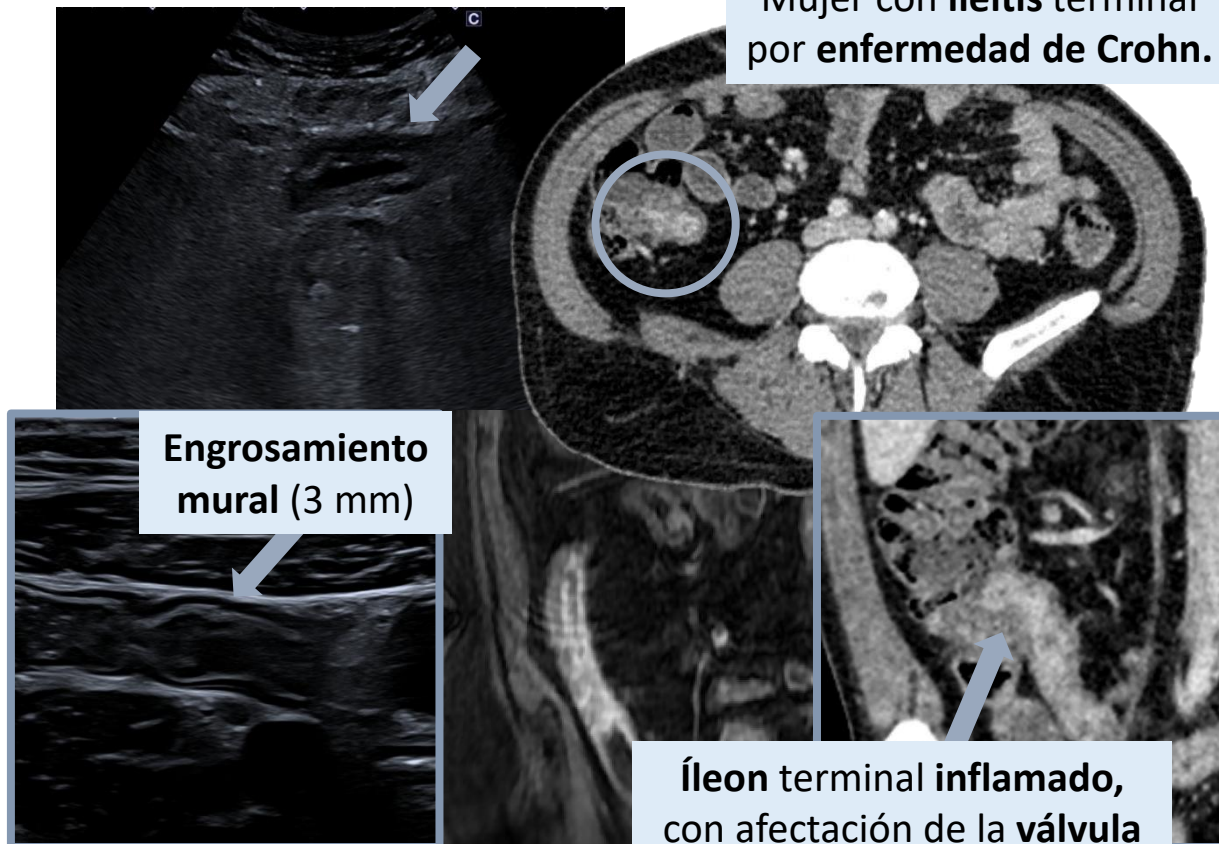
Dolor abdominal y en la FID recurrente, náuseas, vómitos, **diarrea** crónica, **anemia**, **PCR** elevada, **calprotectina** en heces.



**Engrosamiento mural difuso** > 3 mm del íleon terminal.  
Capa **submucosa hiperecogénica**.  
**Hiperemia** parietal (se correlaciona con la actividad inflamatoria) +/- **desestructuración**.  
**Adenopatías** mesentéricas.  
**Grasa ileocólica hiperecogénica**.



**Obstrucción** del intestino delgado, **perforación**, **abscesos**, **estenosis** y **fístulas**.



**Engrosamiento mural (3 mm)**

**Íleon terminal inflamado, con afectación de la válvula**

Ecografía, TC del abdomen en fase portal con reconstrucción coronal y RM abdominal.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2024.

# NEOPLASIAS ENTÉRICAS

Neoplasia  
cecal

Neoplasia  
colónica

Conglomerado  
adenopático

Neoplasia  
ileal

Neoplasia cecal con afectación de la válvula  
y **obstrucción del intestino delgado.**

TC abdominopélvicas en fase portal, con reconstrucciones coronal y sagital.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2026.



**Proliferación** descontrolada de células.



Dolor abdominal y en la FID, alteración del hábito deposicional, **obstrucción** intestinal, **anemia** por sangrado crónico, **masa** palpable y **fiebre** de carácter inflamatoria.

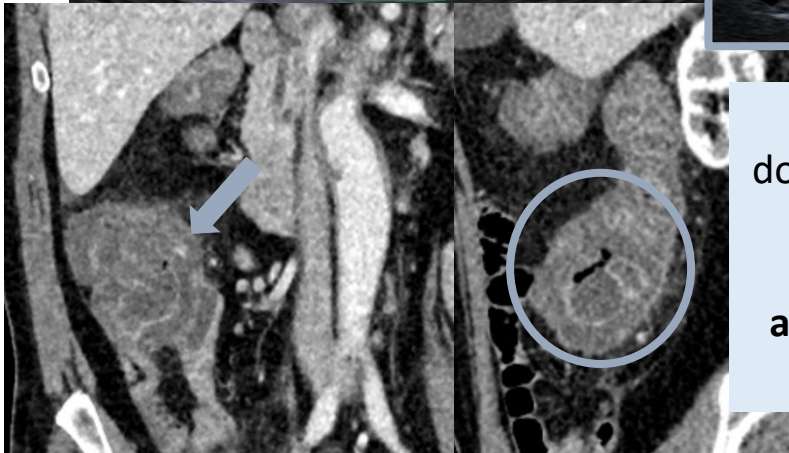
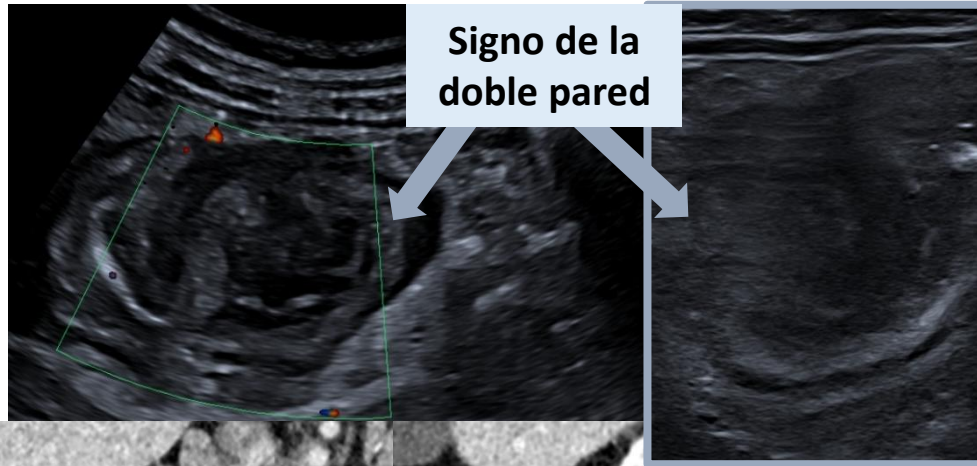


**Engrosamiento mural asimétrico** del ciego o íleon terminal, con o sin afectación de la válvula ileocecal. Realce parietal con la administración de contraste intravenoso.  
**Estriación** de la **grasa** pericecal (indicativo de afectación transmural, T3).  
**Adenopatías** mesentéricas.



**Obstrucción** del intestino delgado, **perforación**, **estenosis** y **fístulas**.

# INVAGINACIÓN ILEOCÓLICA



Paciente de 56 años con dolor en la FID, que presenta **invaginación ileocólica** secundaria a un **pólipo adenomatoso**, confirmado quirúrgicamente.



**Introducción de un segmento intestinal (íleon) dentro de otro** distal (colon), arrastrando su mesenterio.



**Dolor** en la FID o abdomen, de inicio agudo, tipo cólico e intermitente, puede acompañarse de náuseas, vómitos y, en ocasiones, **rectorragia**.



**Signo en "diana" o "roscó"** axialmente. Masa intestinal con capas concéntricas. **Dilatación de asas proximales**. **Engrosamiento parietal** y compromiso vascular si evolución avanzada.

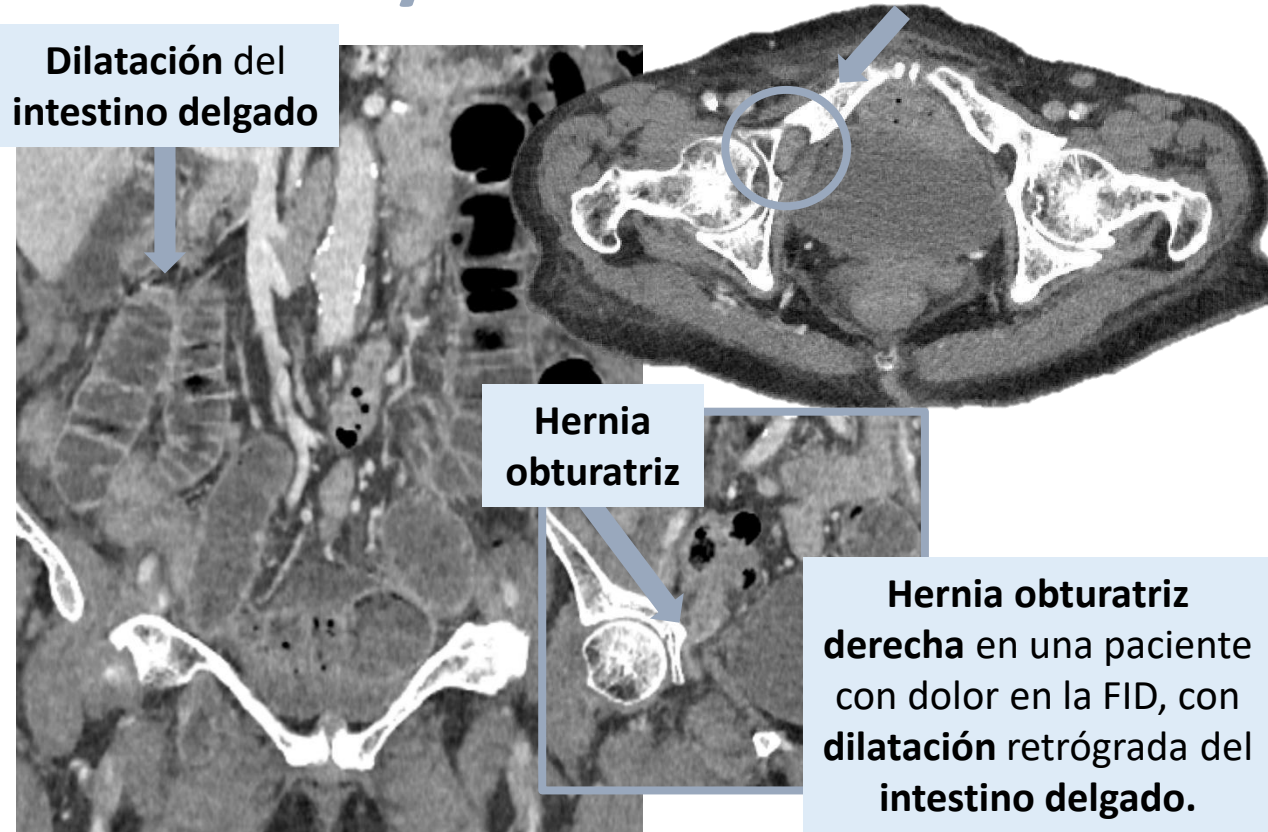


**Obstrucción** intestinal, **isquemia**, **necrosis** y **perforación**.

Ecografía del abdomen y TC abdominopélvica sin contraste, con reconstrucciones coronal y sagital.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2026.

# HERNIAS y BRIDAS

Dilatación del  
intestino delgado



Hernia  
obturatriz

**Hernia obturatriz  
derecha** en una paciente  
con dolor en la FID, con  
**dilatación** retrógrada del  
intestino delgado.

Ecografía del abdomen y TC abdominopélvica en fase portal, con reconstrucción coronal.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2026.



**Defecto de la pared abdominal** o de  
**orificios anatómicos**, con **protrusión** de  
**contenido intraabdominal** (grasa/asa  
intestinal).



**Dolor** progresivo o agudo, que puede  
aumentar con la maniobra de **Valsalva**.  
Masa dolorosa, posiblemente irreductible.  
**Náuseas, vómitos** (obstrucción intestinal).



**Defecto herniario** inguinal, femoral,  
obturador, ... que contiene grasa o asas.  
**Dilatación de asas proximales**.  
**Engrosamiento parietal** y compromiso  
vascular si evolución avanzada.



**Incarceración, obstrucción** intestinal,  
estrangulación con **isquemia, necrosis** y  
**perforación**.

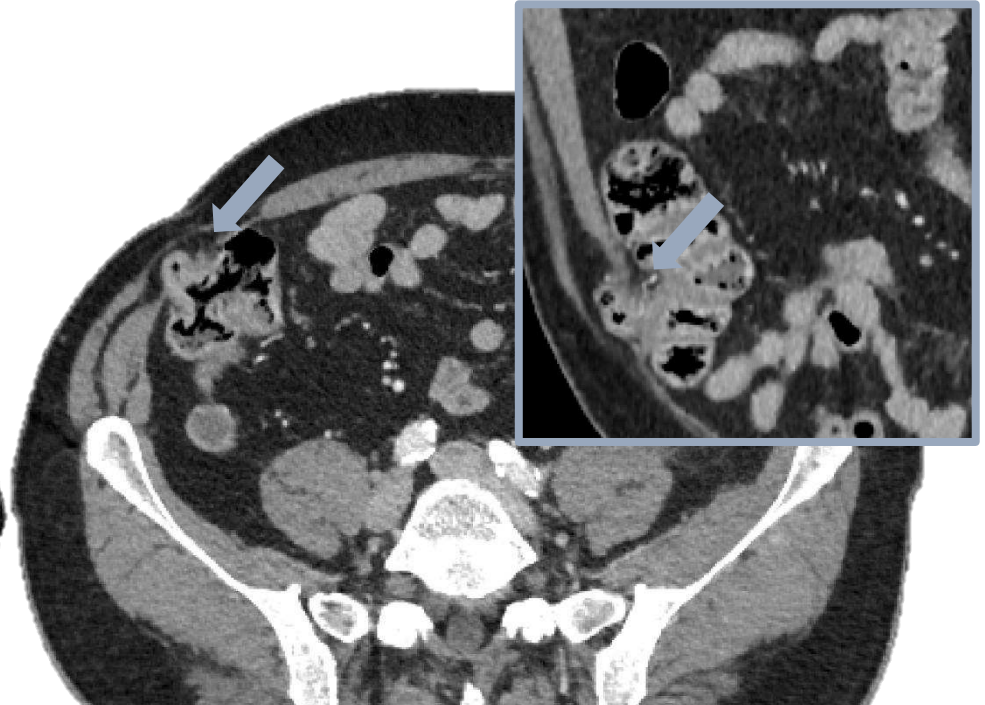
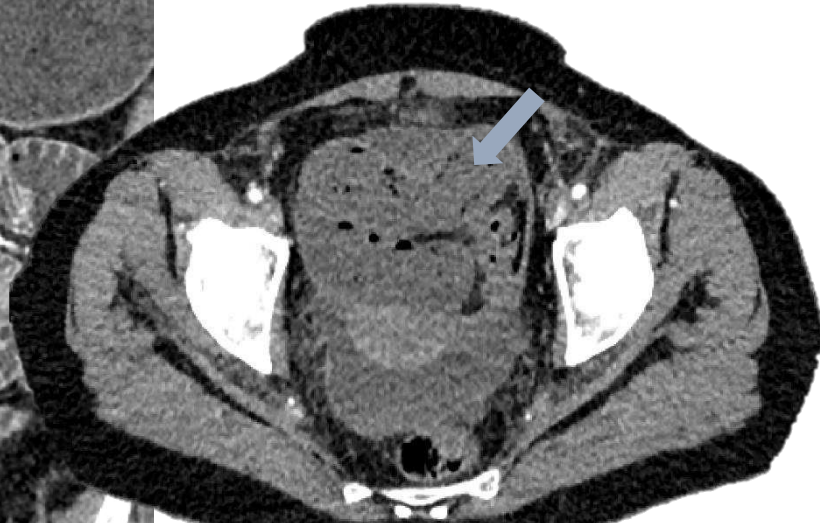
# HERNIAS y BRIDAS

Dilatación del  
intestino delgado



Brida

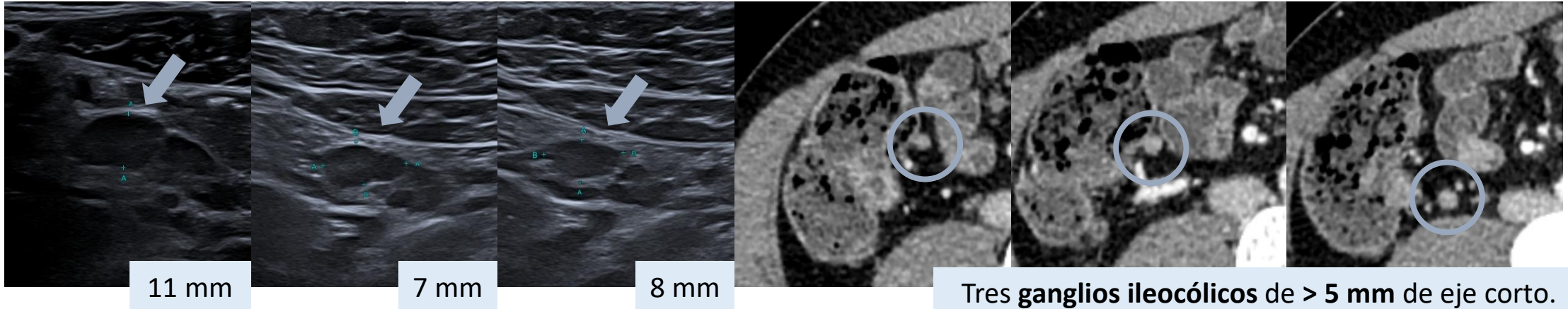
**Obstrucción en asa cerrada por brida** entre el apéndice cecal y el mesenterio del intestino delgado, con **isquemia de asas ileales** en una paciente con dolor abdominal difuso, más significativo en la FID.



**Hernia de Spiegel** con protrusión de **divertículo cecal**, levemente inflamado, en una paciente con dolor en la FID.

TC abdominopélvicas en fase portal, con reconstrucciones coronales.  
Fuentes: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2026.

# ADENITIS MESENTÉRICA



Ecografía del abdomen y TC abdominopélvica en fase portal.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2026.



**Inflamación benigna** de los **ganglios** linfáticos **mesentéricos** en respuesta a un patógeno (generalmente **virus**).



Dolor agudo en la FID en niños y jóvenes.



**3 ganglios** abdominales con eje corto > 5 mm, de distribución difusa.  
Cambios **inflamatorios** en la **grasa** adyacente +/- **engrosamiento mural** del colon e íleon terminal.

# APENDICITIS EPIPLOICA



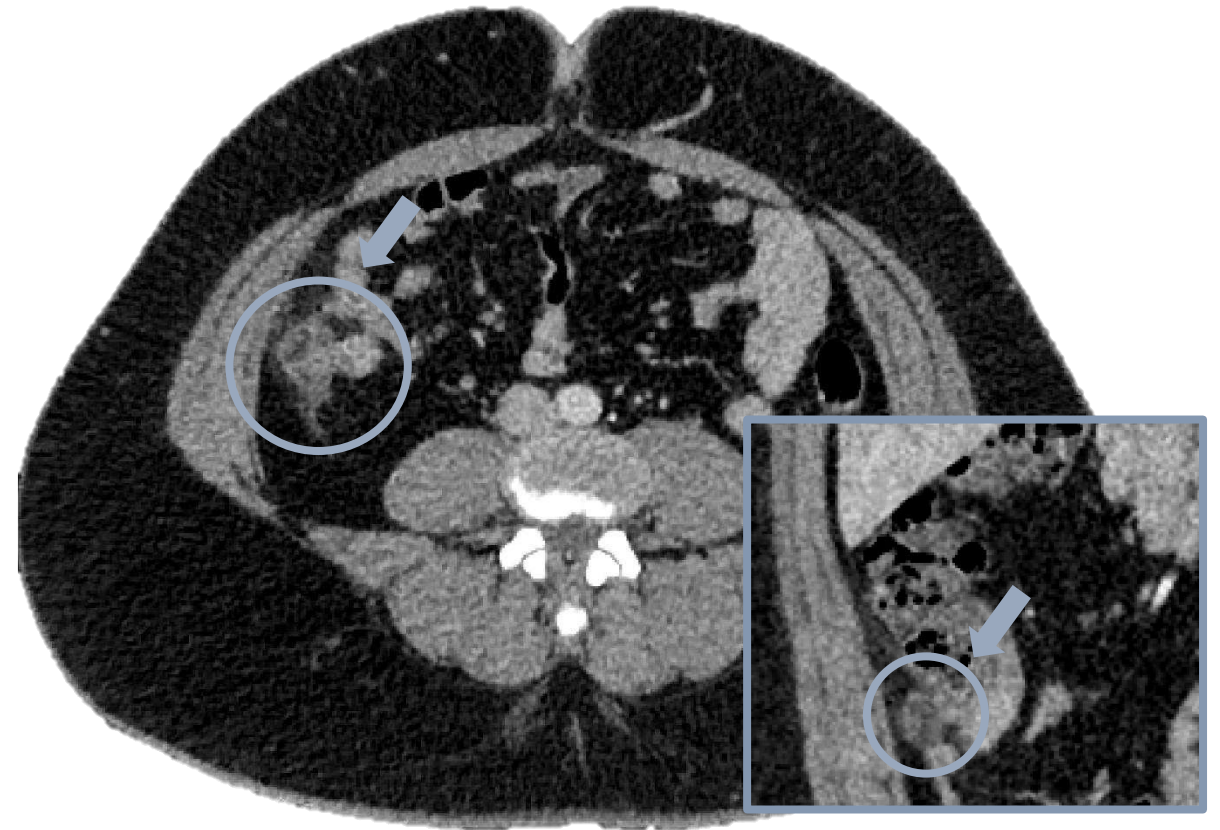
**Isquemia, inflamación o torsión** espontánea de **apéndices epiploicos** (excrecencias peritoneales viscerales que contienen vasos sanguíneos y grasa). Más frecuente en pacientes obesos, entre los 40 – 50 años.



**Dolor** a punta de dedo en la FID o FII (más frecuente) **tras el ejercicio** o estiramiento.



Masa **ovoide** no compresible, **hiperecoica**, de **2 – 4 cm** de diámetro, **avascular**, adyacente a la pared del colon, en el punto de máximo dolor. Generalmente se encuentra rodeada por un **halo hipoeicoico (hiperdenso en la TC)**.



TC abdominopélvica en fase portal con reconstrucción coronal.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2025.

# INFARTO OMENTAL



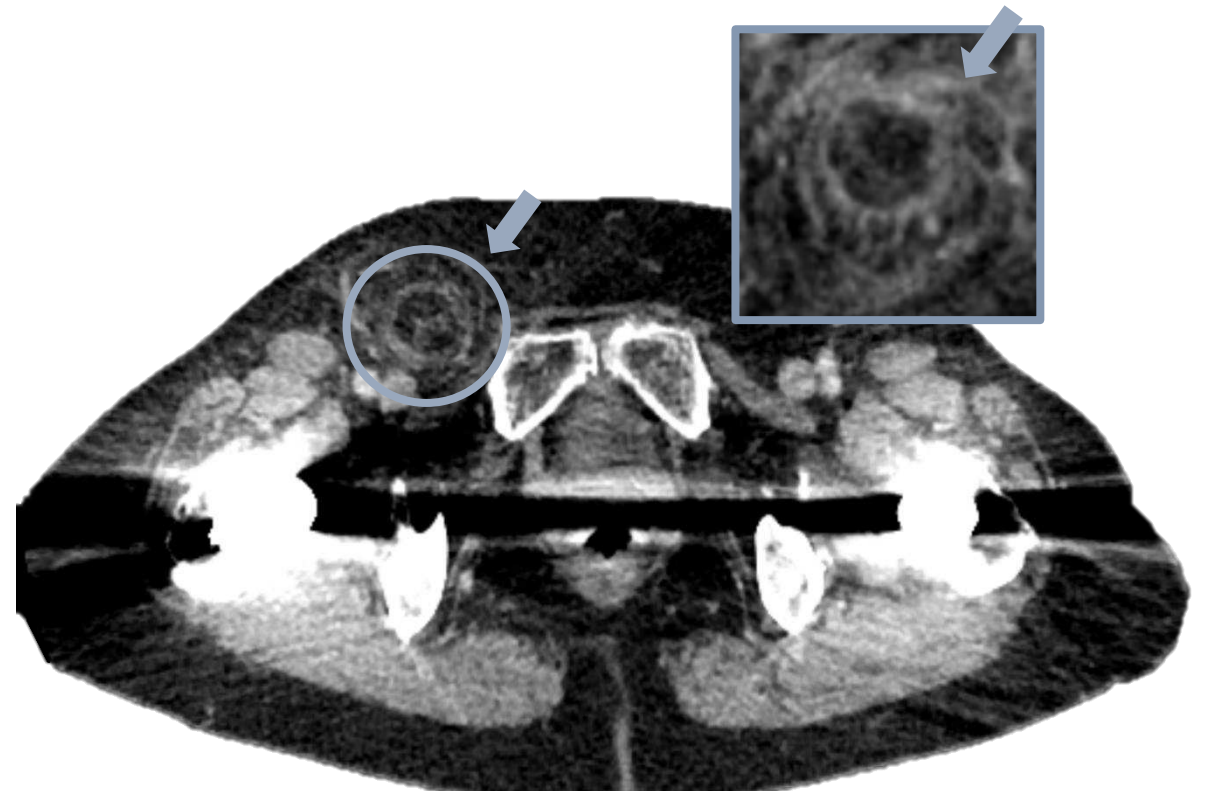
Interrupción del suministro de sangre al epiploon por **torsión o trombosis** de los **vasos omentales** que lo irrigan.



**Dolor** en la FID (más frecuente) o izquierda **tras el ejercicio** o el estiramiento.



**Masa ovalada** (frecuentemente < 5 cm), triangular o en forma de cuña sólida, **hiperecoica, avascular y no compresible**, generalmente bajo la pared abdominal anterior, medial al colon ascendente. Puede ser heterogénea si existe **infarto** establecido. En la **TC** se ve un área focal de **estriación de la grasa, torsión** de los **vasos omentales** y en ocasiones un halo periférico hiperdenso.



Paciente con hernia inguinal que acude con dolor en la FID. Se observa **infarto de la grasa herniada**.

TC abdominopélvica en fase portal con reconstrucción coronal.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2026.

# LITIASIS URETERAL (CÓLICO RENAL)



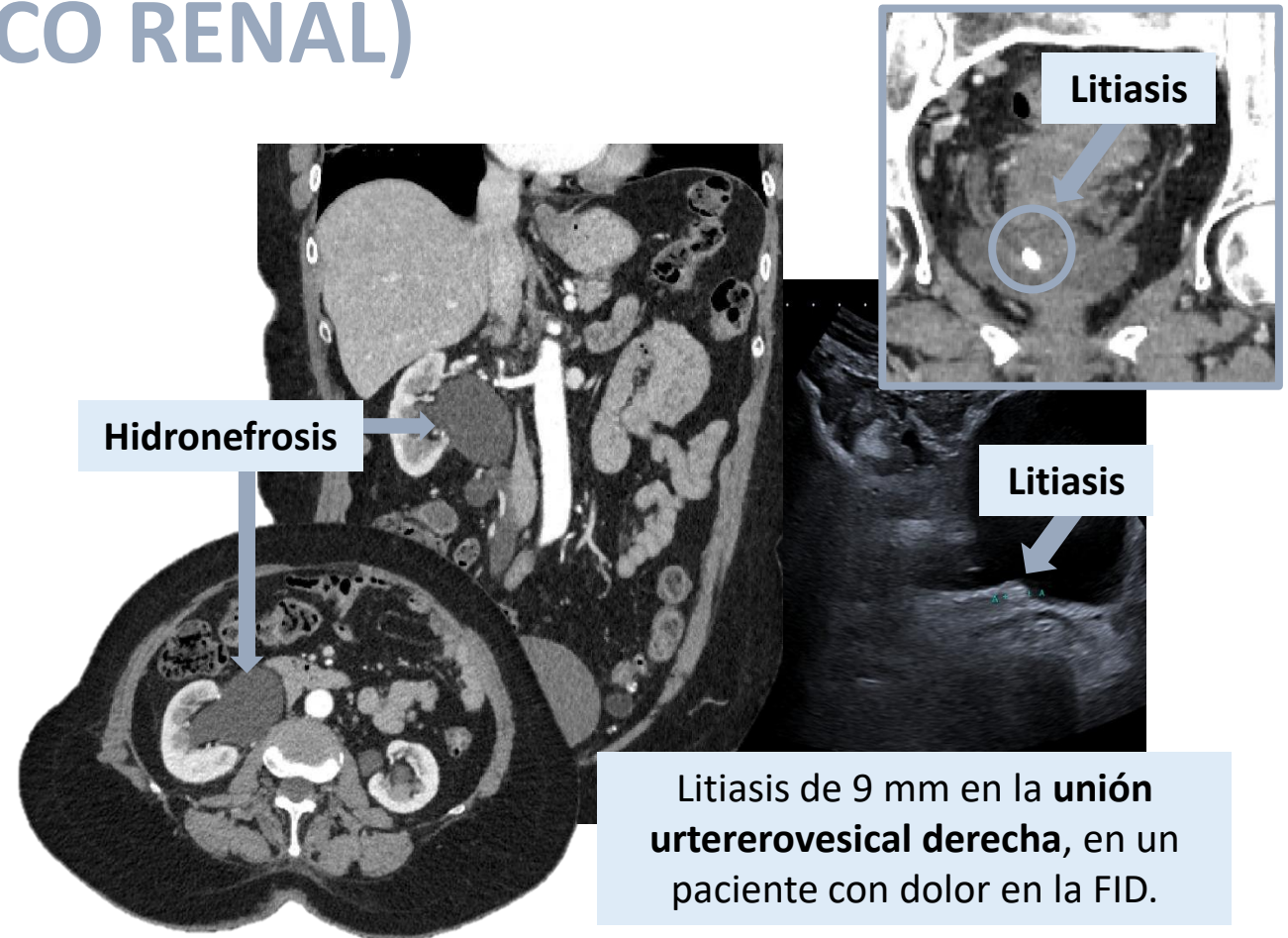
Dolor en la FI y el flanco, hematuria, disuria y urgencia miccional.



Imagen hiperecogénica con sombra acústica posterior.  
Ausencia o asimetría del jet ureteral.  
Signo del centelleo.  
Líquido perirenal.  
Incremento de la ecogenicidad del seno renal a nivel central.  
Aumento del índice de resistencia arterial.



Hidronefrosis, en caso de obstrucción establecida significativa.



Litiasis de 9 mm en la **unión urterovesical derecha**, en un paciente con dolor en la FID.

Ecografía del abdomen y TC abdominopélvica en fase portal, con reconstrucción coronal.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2025.

# QUISTE FUNCIONAL



**Fallo** del folículo fisiológico para **romperse** o **regresar**.



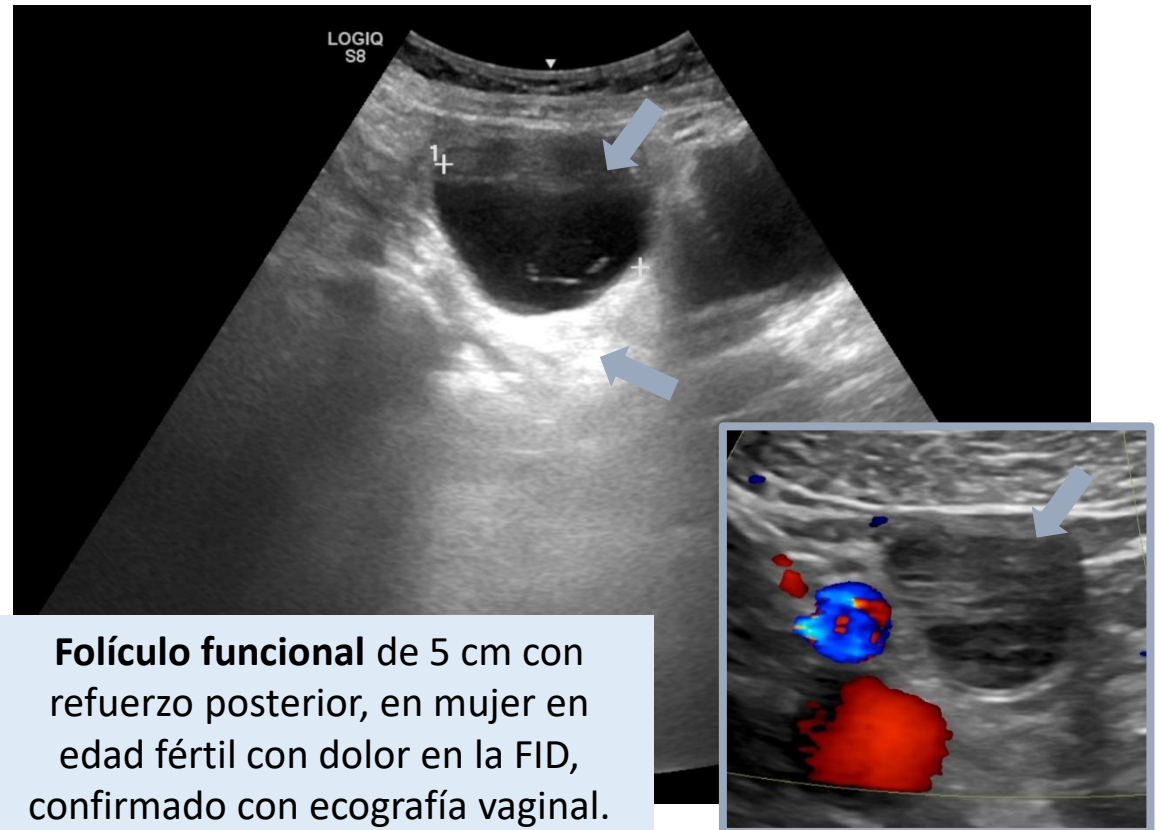
**Dolor pélvico**, a veces en la FID, variable en intensidad que suele **resolverse tras dos ciclos menstruales**.



Imagen **anecoica** con **refuerzo posterior**, generalmente de 2 a 8 cm, pudiendo llegar a los 20 cm de diámetro.



**Rotura, fuga, torsión anexial**.



**Folículo funcional** de 5 cm con refuerzo posterior, en mujer en edad fértil con dolor en la FID, confirmado con ecografía vaginal.

# QUISTE HEMORRÁGICO



**Hemorragia** del quiste folicular o del **cuerpo lúteo** (más frecuente).



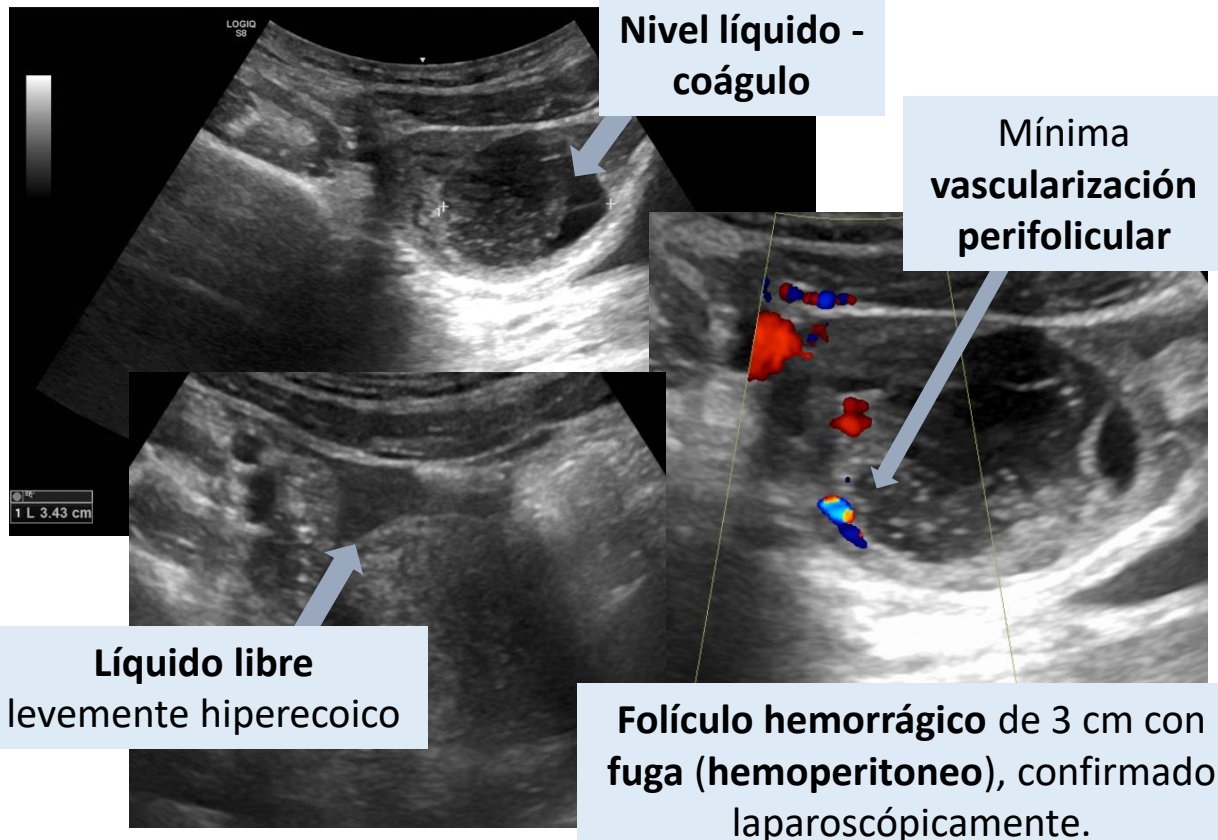
**Dolor** abdominal agudo **intenso**, en el hipogastrio y las fosas ilíacas.



Quiste anecoico **avascular** (hiperagudo) → Hiperecoico (subagudo) → **reticular** con ecos internos y tabiques (por hemolización del coágulo) → **nivel líquido – líquido**, con coágulo en el área declive retraído pudiendo adherirse a la pared simulando un nódulo mural.  
**Anillo de fuego** (vascularización perifolicular).  
**Líquido en el fondo de saco de Douglas**.

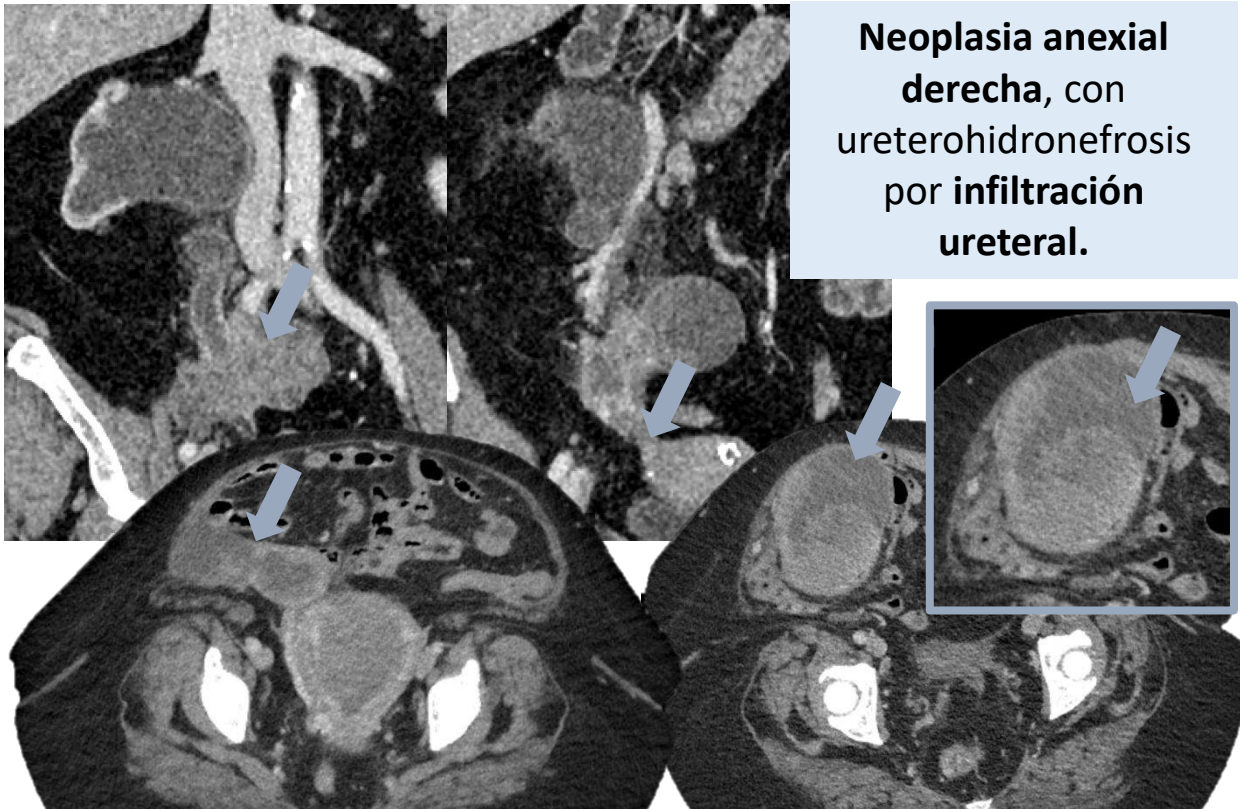


**Rotura** o fuga con **hemoperitoneo**.  
**Torsión anexial**.



Ecografía en modo B y Doppler color del abdomen.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2024.

# NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS



**Neoplasia anexial derecha**, con ureterohidronefrosis por **infiltración ureteral**.

**Neoplasia endometrial** con implantes en la fosa ilíaca derecha.

TC abdominopélvicas en fase portal, con reconstrucción coronal.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2026.



**Proliferación** descontrolada de células.



**Dolor pélvico**, a veces en la FID insidioso y progresivo, **agudo en casos de complicación**. Elevación de **CA-125**.



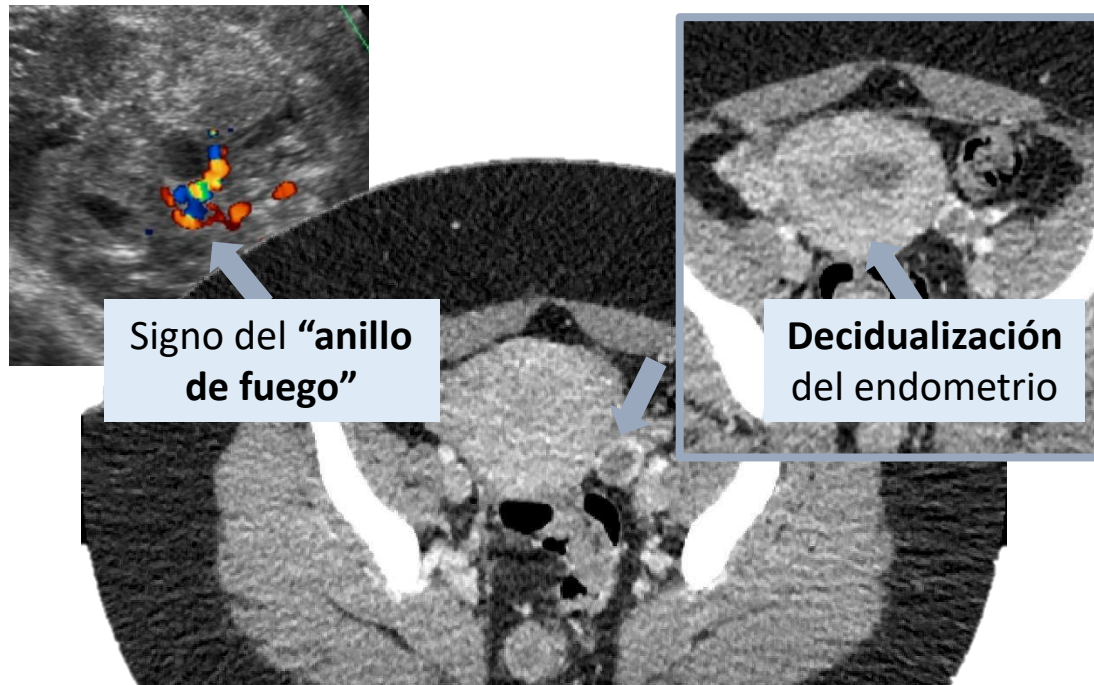
**Masas anexiales complejas** (sólido-quísticas) de tamaño variable (**> 5 cm**) con **septos gruesos, papilas...** y aumento de la vascularización.

**Adenopatías, implantes peritoneales, ascitis...**



**Rotura tumoral, hemoperitoneo, torsión anexial y compresión** de estructuras vecinas.

# EMBARAZO ECTÓPICO



Signo del “anillo de fuego”

Decidualización del endometrio

**Embarazo ectópico** en paciente que acude por dolor en hipogastrio y ambas FI, con **BHCG positiva**. Se realiza TC ante imposibilidad para localizarlo en ecografía ginecológica.

Ecografía en Doppler color del abdomen y TC abdominopélvica.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2025.



Implantación de un óvulo fertilizado en las trompas de Falopio, generalmente en la ampolla o en la cavidad peritoneal.



**Dolor cólico** en la FI (sangrado) o **a punta de dedo** (distensión tubárica), náuseas y vómitos.



**Masa anexial separada del ovario** (anillo tubárico).

**Líquido libre** en pelvis (hemoperitoneo).

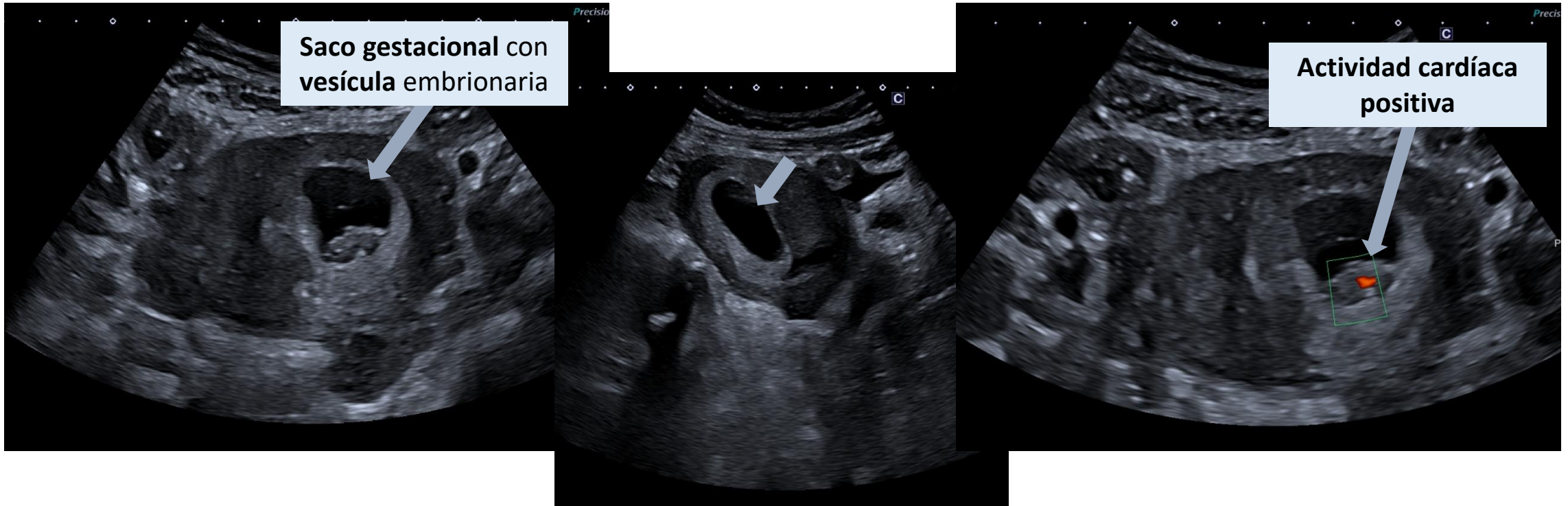
**Decidualización del endometrio.**

Colección líquida intracavitaria (**saco pseudogestacional**) con ausencia de doble halo decidual (saco gestacional verdadero). Aumento de la vascularización periférica en Doppler color (signo del “anillo de fuego”).



Rotura con **hemoperitoneo**.

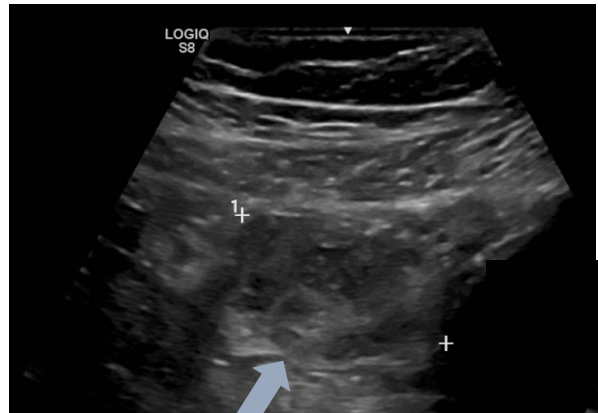
# EMBARAZO NORMAL



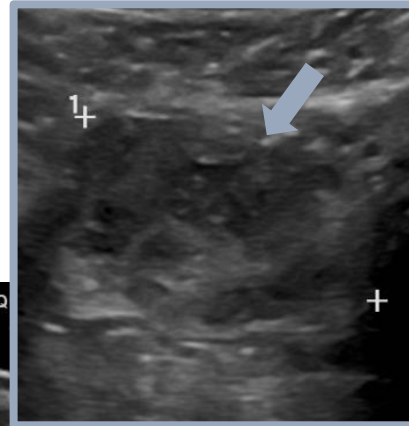
**Gestación** diagnosticada de forma **incidental** en una mujer de 36 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor en la FID.

Ecografía en modo B y Doppler color del abdomen.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2025.

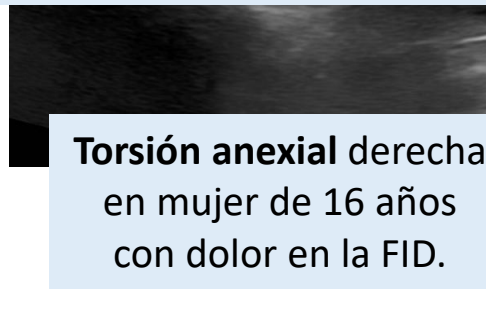
# TORSIÓN ANEXIAL



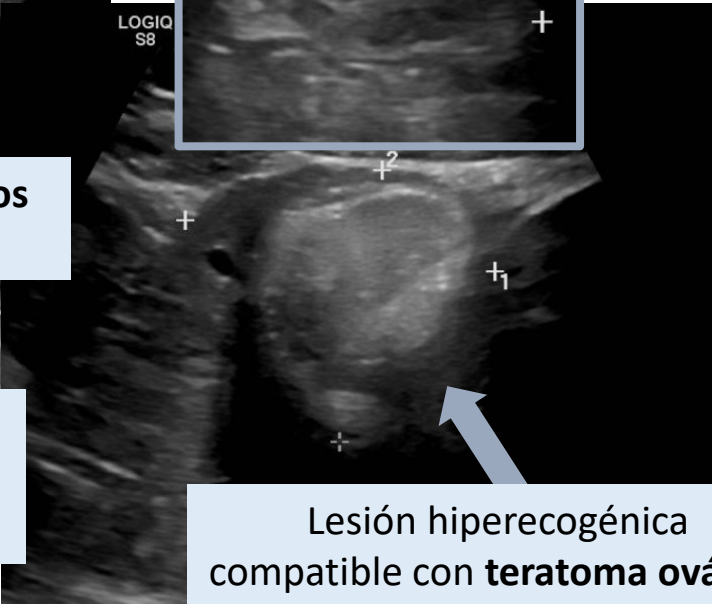
Ovario agrandado con **folículos periféricos**



Lesión hiperecogénica compatible con **teratoma ovárico**



**Torsión anexial** derecha en mujer de 16 años con dolor en la FID.



**Interrupción del flujo** sanguíneo al ovario por la **torsión del ligamento** que lo sostiene.



**Dolor intenso** en la pelvis y en la FID, vómitos y signos de **irritación peritoneal**.



**Ovario aumentado** de tamaño ( $> 4 \text{ cm}$  o  $> 20 \text{ cm}^3$ ).

Ecotextura heterogénea, hiperecogenicidad central.

**Masa ovárica**, generalmente un quiste grande o un teratoma.

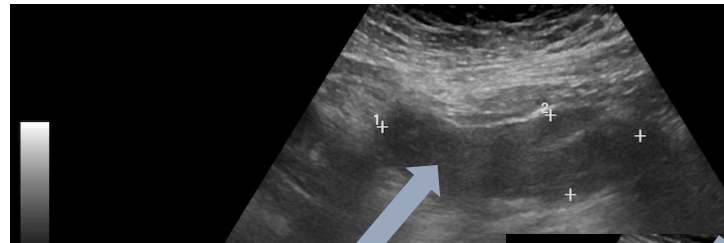
**Folículos periféricos** (en algunos casos). Pedículo torsionado (**signo del remolino**).

**Ausencia de vascularización Doppler**. Líquido libre.

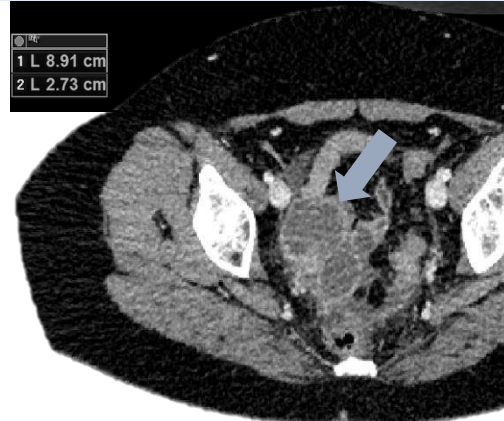
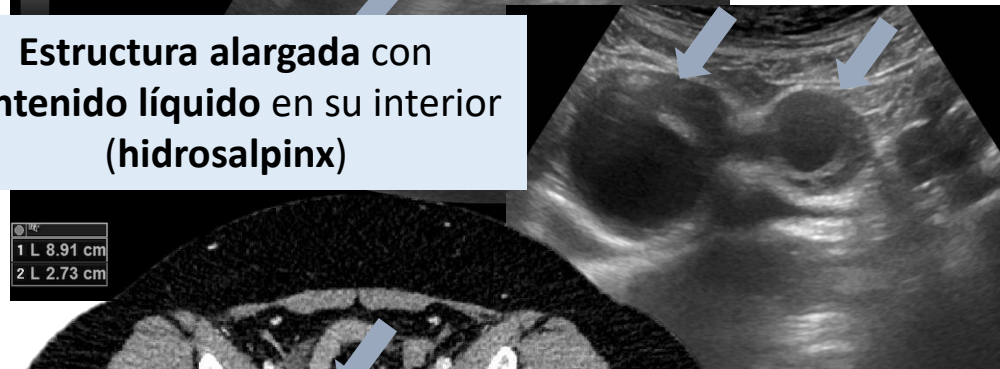
Ecografía en modo B del abdomen.

Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2022.

# ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA



Estructura alargada con contenido líquido en su interior (hidrosalpinx)



Absceso tuboovárico con paredes gruesas que realzan tras la administración de contraste.

Ecografía en modo B del abdomen y TC abdominopélvica en fase portal.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2026.



**Infección del tracto genital superior** generalmente de transmisión sexual (*N.gonorrhoeae* y *C.trachomatis*).



**Dolor, fiebre, sensibilidad cervical**, flujo vaginal purulento y/o sangrado intermenstrual.



Útero y ovarios agrandados con folículos periféricos y estroma prominente (**complejo tuboovárico**).  
Mala definición de planos grasos de separación pélvicos con **líquido libre complejo**.

Hiperecogenicidad de la grasa adyacente.

Engrosamiento asimétrico endometrial con líquido y/o gas.

Espesor parietal de las trompas > 5 mm (**signo de la rueda dentada**).

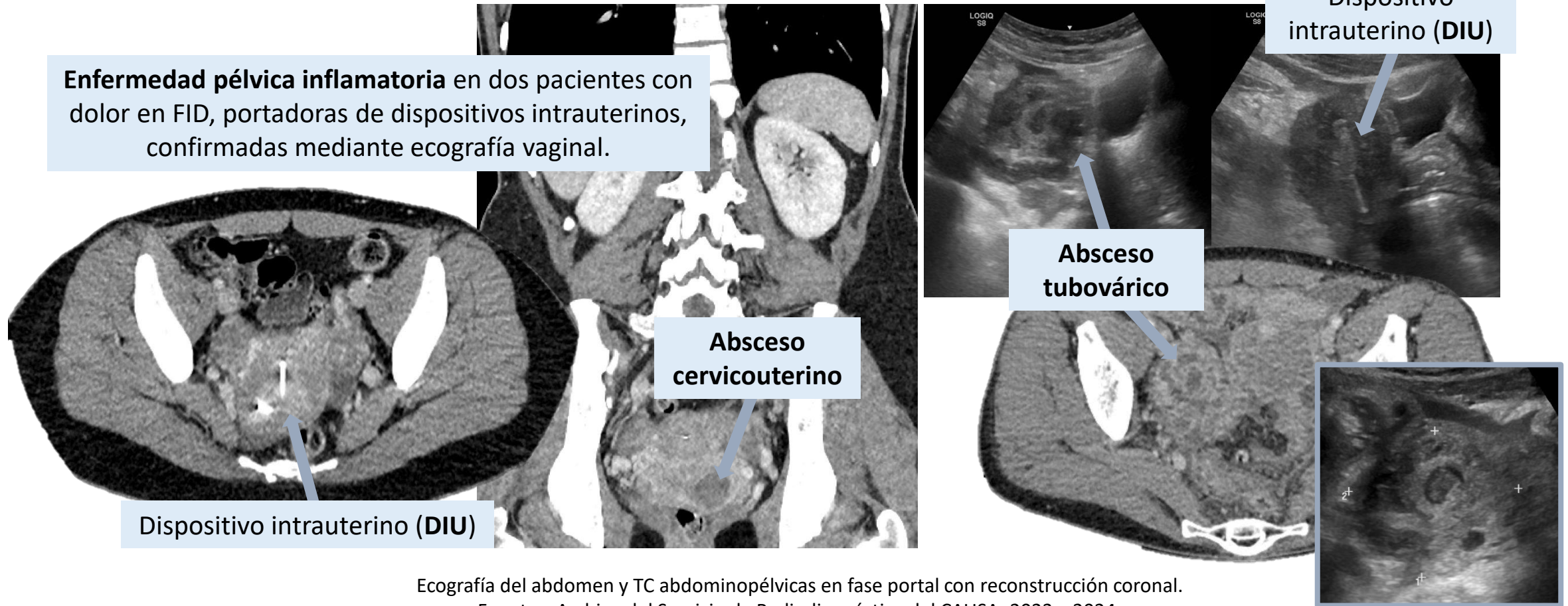
**Incremento de la vascularización.**



**Absceso tuboovárico. Perihepatitis (Fitz–Hugh–Curtis).**

# ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA

**Enfermedad pélvica inflamatoria** en dos pacientes con dolor en FID, portadoras de dispositivos intrauterinos, confirmadas mediante ecografía vaginal.



Ecografía del abdomen y TC abdominopélvicas en fase portal con reconstrucción coronal.

Fuentes: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2023 y 2024.

# ENDOMETRIOSIS

Ureterohidronefrosis  
derecha

Diagnóstico inicial de  
**endometriosis profunda** en  
mujer de 37 años con dolor en la  
fosa ilíaca y el flanco derechos.

Implante endometriósico con atrapamiento  
del uréter derecho en su tercio distal

Ecografía en modo B y Doppler color del abdomen.

Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2025.



Implante de **tejido endometrial funcional**  
fuera de la **cavidad uterina**.



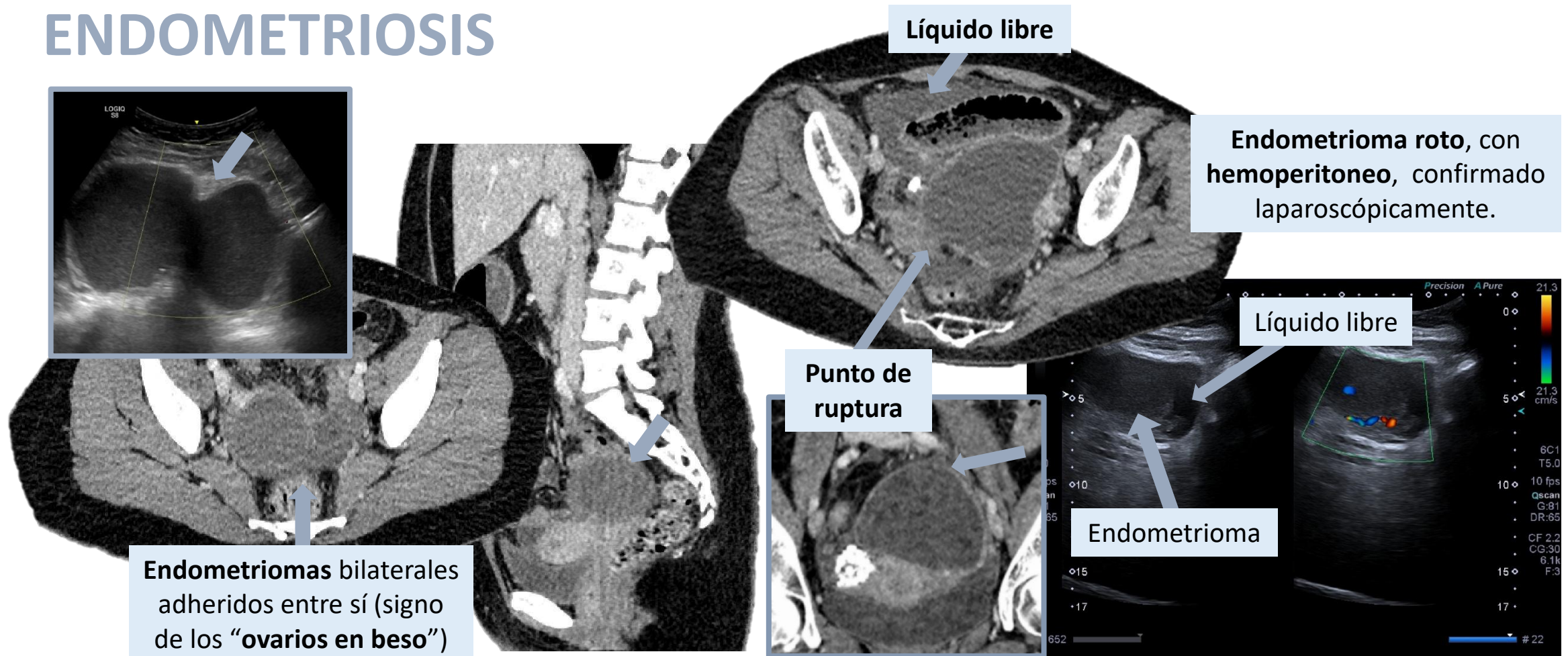
Dismenorrea, **dispareunia**, **dolor pélvico crónico** e **infertilidad**. Dolor agudo  
occasional (hemoperitoneo).



Quistes uni o multiloculares (“quistes de chocolate”) generalmente de  
**ecogenicidad homogénea** con pequeños  
focos ecogénicos brillantes en la pared  
(productos de degradación celular).  
Pueden tener otras apariencias, más  
complejas, similares a un **quiste  
hemorrágico**.

Sin vascularización interna con Doppler.  
Signo de los “**ovarios en beso**”.  
Los implantes se visualizan como **masas  
hipoecogénicas fusiformes**.

# ENDOMETRIOSIS



Ecografía en modo B y Doppler color del abdomen y TC abdominopélvicas en fase portal con reconstrucciones coronal y sagital.

Fuentes: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2025.

# TROMBOFLEBITIS DE LAS VENAS OVÁRICAS



**Trombosis / inflamación de la vena ovárica.**



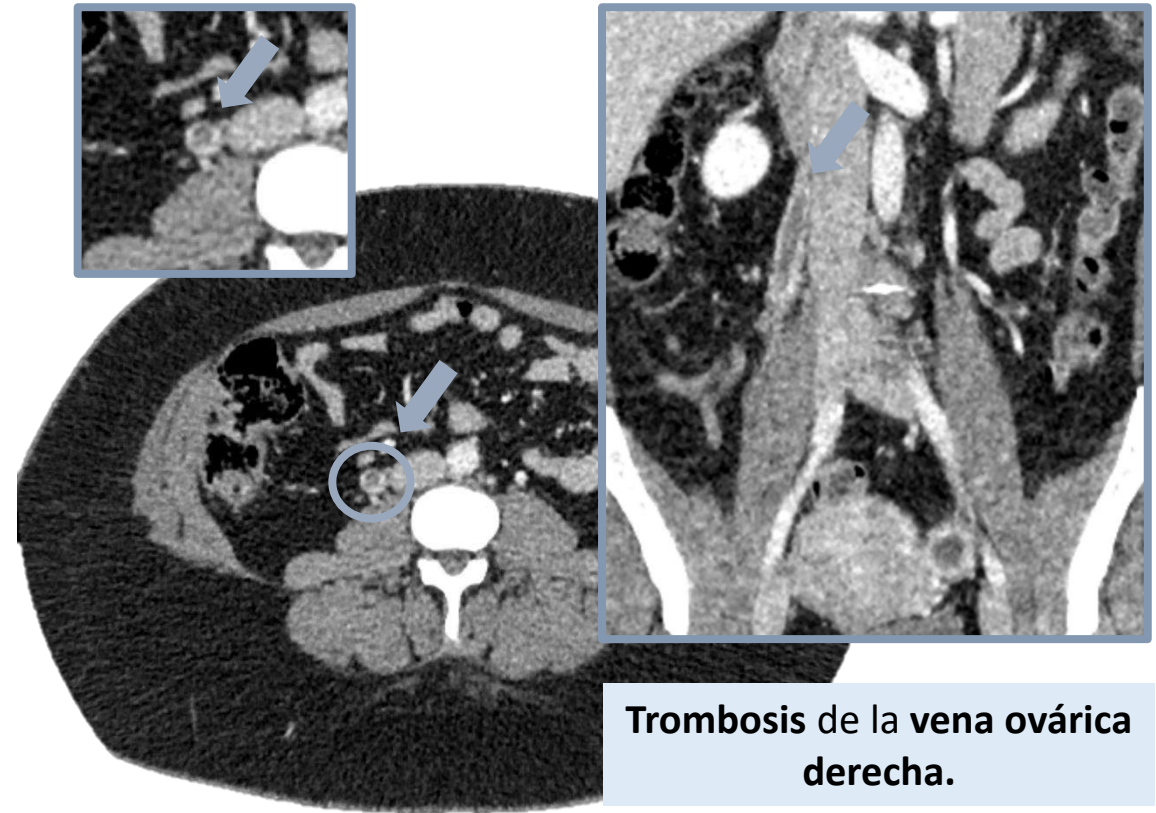
**Dolor** en la FID o en la pelvis de inicio agudo o subagudo, continuo, frecuentemente en el contexto del **puerperio** o **estado protrombótico**. Puede asociar **fiebre**.



**Estructura tubular retroperitoneal dilatada** con contenido hipodenso (**defecto de repleción**), pared engrosada y relace periférico, con trayecto desde el anejo (generalmente derecho) hacia la vena cava inferior.



Extensión del trombo, **sepsis**, **embolia pulmonar**.



TC abdominopélvica en fase portal con reconstrucción coronal.  
Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del CAUSA, 2025.

# SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA



Complicación de las técnicas de reproducción asistida, secundario generalmente a la administración de **gonadotropina coriónica humana**.



**Dolor**, distension abdominal, náuseas y vómitos.

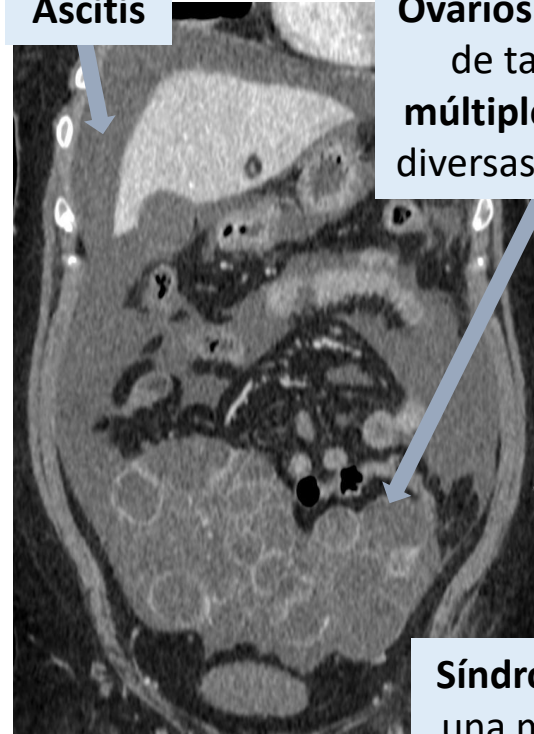


**Aumento de tamaño ovárico bilateral (> de 12 cm)** con múltiples quistes de diversas dimensiones (aspecto de rueda radiada).

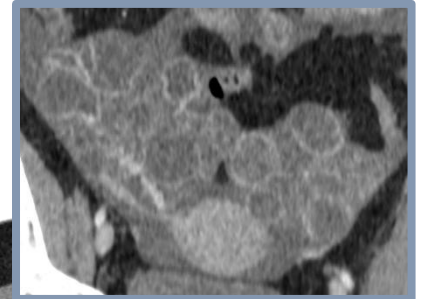


**Ascitis**, derrame pleural y/o pericárdico.

Ascitis



Ovarios aumentados de tamaño con **múltiples quistes** de diversas dimensiones



**Síndrome de hiperestimulación ovárica** en una mujer con dolor abdominal difuso con extracción de óvulos en las últimas 24h.

TC abdominopélvica en fase portal con reconstrucciones coronal y sagital.

Fuente: Archivo del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), 2021.

# CONCLUSIONES

- El **dolor en la FID** es un motivo de consulta frecuente con un amplio diagnóstico diferencial, en el que la imagen radiológica desempeña un papel clave.
  - Aunque la **apendicitis aguda** es la principal entidad a descartar, es fundamental considerar otras causas abdominales, urinarias y, especialmente, ginecológicas en mujeres en edad fértil.
  - La clínica y los datos analíticos suelen ser inespecíficos, por lo que la **ecografía** y la **TC** resultan esenciales para el diagnóstico y la orientación terapéutica.
  - La **ecografía** constituye la **técnica inicial de elección**, mientras que la **TC** es determinante en **casos no concluyentes o complejos**.
  - La **integración** de los hallazgos radiológicos con la historia clínica y los antecedentes permite optimizar el diagnóstico y evitar errores.
  - Un **enfoque sistemático** y protocolizado es clave para una adecuada toma de decisiones, especialmente en patologías con posible indicación quirúrgica urgente.
  - El conocimiento de **presentaciones atípicas** y de los principales “**mimickers**” de apendicitis contribuye a aumentar la seguridad diagnóstica.
-

# REFERENCIAS

- [1] Patel NB, Wenzke DR. Evaluating the Patient with Right Lower Quadrant Pain. Radiol Clin N Am 2015; 53:1159–1170.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcl.2015.06.004>
- [2] Donaldson CK. Acute Gynecologic Disorders. Radiol Clin N Am. 2015; 53:1293–1307 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcl.2015.06.012>
- [3] Ackerman SJ, Irshad A, Anis M. Ultrasound for Pelvic Pain II: Nongynecologic Cause. Ultrasound Clin 2010; 5:233–243.  
<https://doi.org/10.1016/j.ogc.2011.02.004>
- [4] Cicchiello LA, Hamper UM, Scoutt LM. Ultrasound Evaluation of Gynecologic Causes of Pelvic Pain. Ultrasound Clin 2010; 5:209–231.  
<https://doi.org/10.1016/j.ogc.2011.02.005>
- [5] Brody M, Coleman B. The Ultrasound Workup of Adnexal Masses. Ultrasound Clin 2010; 5:257–275.  
<https://doi.org/10.1016/j.cult.2010.03.006>
- [6] Sheth S. Acute Pelvic Pain in Women: Ultrasonography Still Reigns. Ultrasound Clin 2011; 6:163–176.  
<https://doi.org/10.1016/j.cult.2011.03.006>
- [7] Purysko AS, Remer EM, Filho HM, Bittencourt LK, Lima RV, Racy DJ. Beyond appendicitis: common and uncommon gastrointestinal causes of right lower quadrant abdominal pain at multidetector CT. Radiographics 2011; 31(4):927-947.  
<https://doi.org/10.1148/rg.314105065>
- [8] Shetty M. Acute Pelvic Pain: Role of Imaging in the Diagnosis and Management. Semin Ultrasound CT MR 2023; 44(6):491-500.  
<https://doi.org/10.1053/j.sult.2023.10.004>
-