

Patología ginecológica urgente en la mujer en edad fértil: el papel de la TC en el diagnóstico radiológico

**E. Romero Cumberras, C. Muñoz Roldán, M.T. Montero Alameda,
L. Melián Iribar, L.M. Caballero Ubaque, F.J. Azpeitia Arman.**

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid

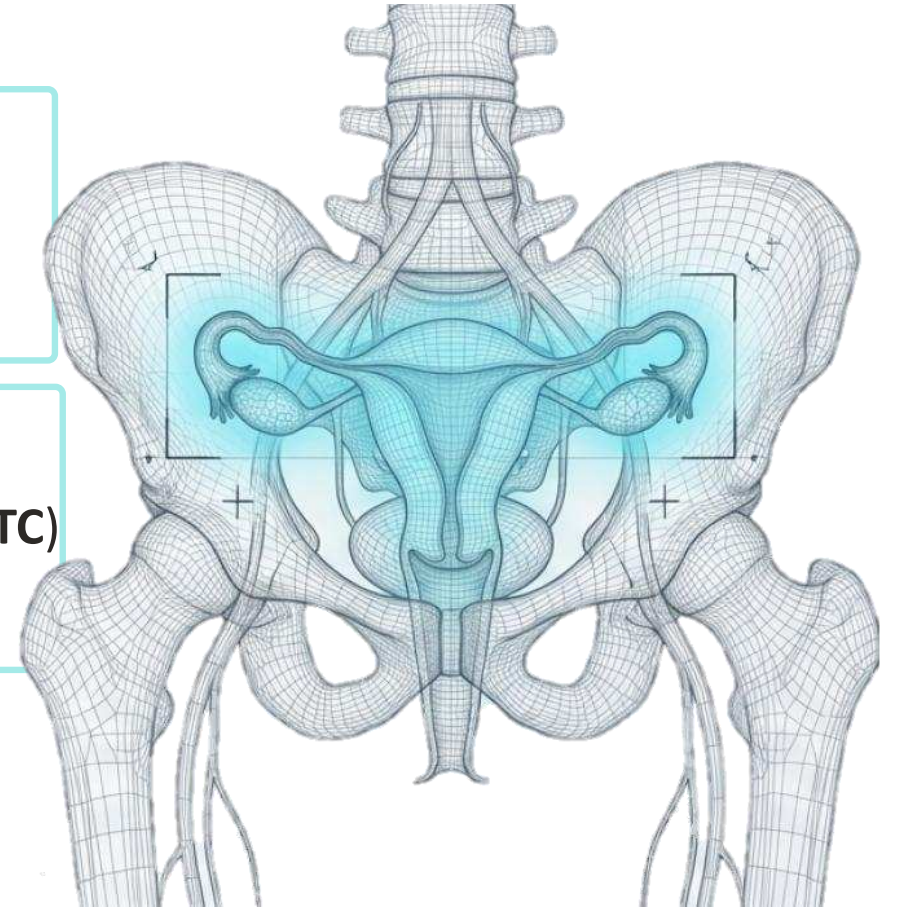
Objetivos

1

Revisión de la patología **ginecológica urgente** más frecuente en la mujer en **edad fértil**, tanto en paciente **no gestante** como en periodo **periparto**.

2

Destacar los **hallazgos radiológicos** más relevantes, enfatizando el papel de la Tomografía computarizada (**TC**) en la evaluación diagnóstica.

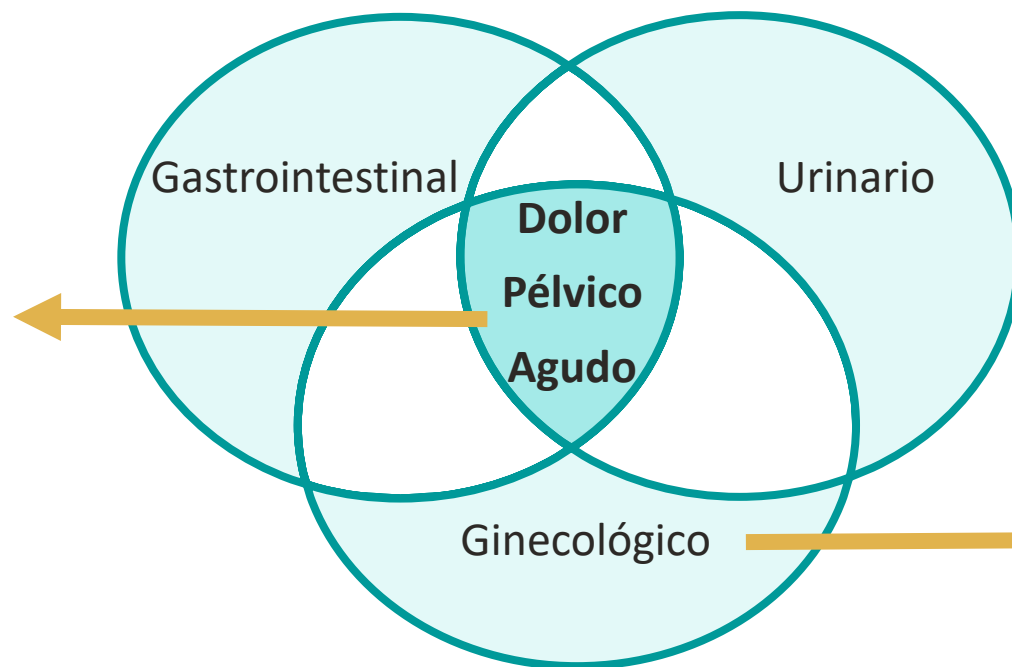


Introducción

El **dolor pélvico agudo** se define como aquel dolor de **< 3 meses de evolución**, puede abarcar desde procesos autolimitados hasta situaciones potencialmente mortales.

DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Amplia variedad de etiologías,
inespecificidad de síntomas e
importante solapamiento
clínico entre distintas entidades



PRINCIPAL SOSPECHOSO

Motivo de consulta más
frecuente en mujeres en
edad reproductiva

Modalidades de Imagen

US



- **Primera línea**
- Evaluación dinámica
- Vascularizac Doppler
- No radiación

TC



- Exclusión patología no urgente ginecol.
- US equívoca
- **Complicaciones**
- Elección **postparto**

RM



- Masas complejas, estadiaje EIP
- Dudas diagnósticas en **embarazadas**

HSG



- Evaluación de la **permeabilidad** de **trompas** de Falopio

Estrategia diagnóstica en Urgencias

SÍNTOMA SOSPECHA

Paciente en edad fértil +
Dolor pélvico agudo /
sangrado

→ **β-hCG sérica**

+

**PATOLOGÍA ASOCIADA
AL EMBARAZO**

- Embarazo ectópico
- Hemorragia postparto
- Enfermedad Trofoblástica
- Complicaciones infecciosas y tromboemb.
- Complicaciones cesárea

-

**PATOLOGÍA
GINECOLÓGICA AGUDA**

- Torsión ovárica
- Enf. Inflam. Pélvica (EIP)
- Quistes complicados
- Malf. Vasculares



¡PERLA!

El **estado fisiológico** dicta la interpretación de la imagen. La **hipervascularidad miometrial** en una paciente β-HCG negativa es sospechosa; en el periparto, suele ser involución fisiológica.

β-hCG negativa

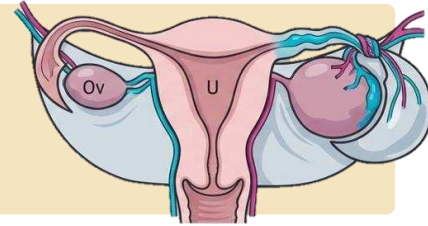
TORSIÓN ANEXIAL

EIP

QUISTES
COMPLICADOS

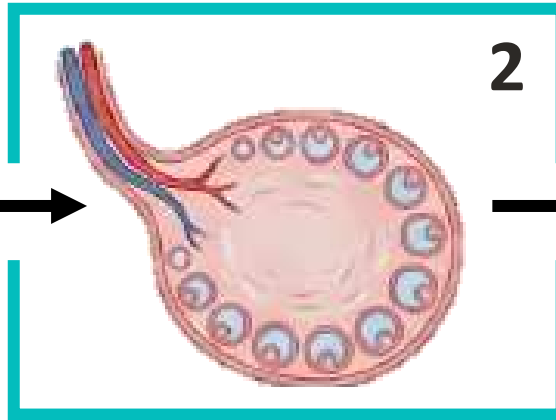
OTROS

- La torsión anexial es una urgencia ginecológica. Representa **2-3%** de los casos de dolor pélvico agudo.
- La presencia de **masas ováricas** (>5cm) **elevan el riesgo** de torsión. Las lesiones **benignas** representan > 80% de casos. Típicamente **derechas** (sigma limita la movilidad del anejo izquierdo)



1

Oclusión venosa y linfática
Aumento asimétrico del tamaño
(> 4-5cm) y ubicación anormal.



2

**Desplazamiento
folicular a periferia**
Signo "collar de perlas"



3

Oclusión arterial
Cese flujo Doppler
Signo "remolino" patognomónico



4

**Infarto hemorrágico y
necrosis**



¡CUIDADO!

La **presencia de flujo arterial** Doppler **no excluye** la torsión.
Su **ausencia** es un signo tardío de **mal pronóstico** para viabilidad ovárica.

CASO 1

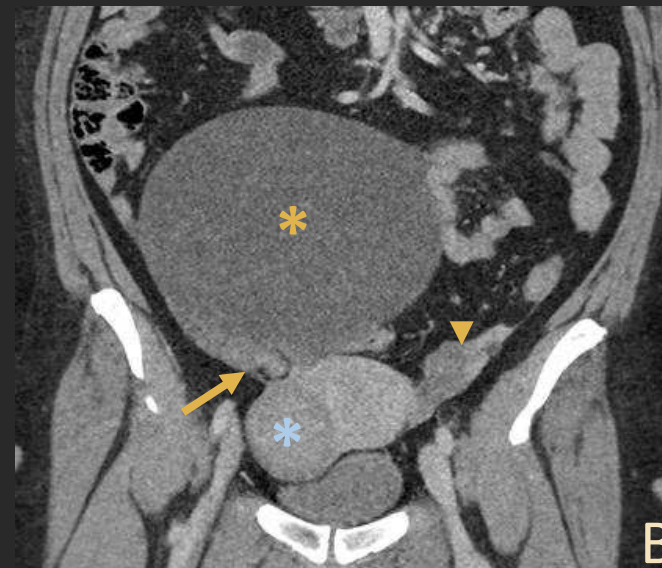
M 42 años. **Dolor brusco** en FID de **4h** evolución.
Asocia náuseas y vómitos.

A) ECO: lesión anecoica, con probable dependencia anexial derecha.

B - C) TC CIV: Masa quística de **17cm** (asterisco) dependiente del anejo derecho. **Signo del remolino** en el pedículo vascular entre el cuerpo uterino y la masa descrita (flechas). Hallazgos en relación con torsion anexial derecha. Ovario izquierdo sin alteraciones (cabeza de flecha). Mioma uterino (asterisco azul).

Qx → Detorsión + quistectomía y ooforectomía parcial derecha.

AP → Cistoadenoma mucinoso.



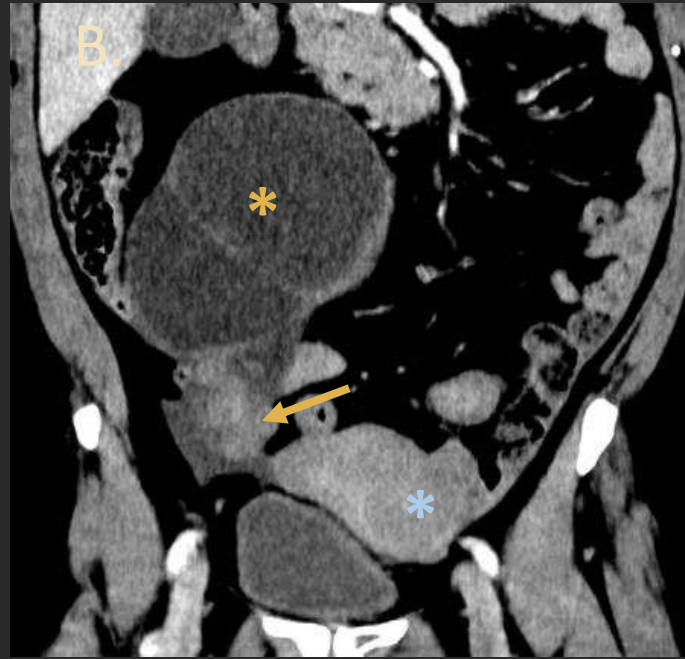
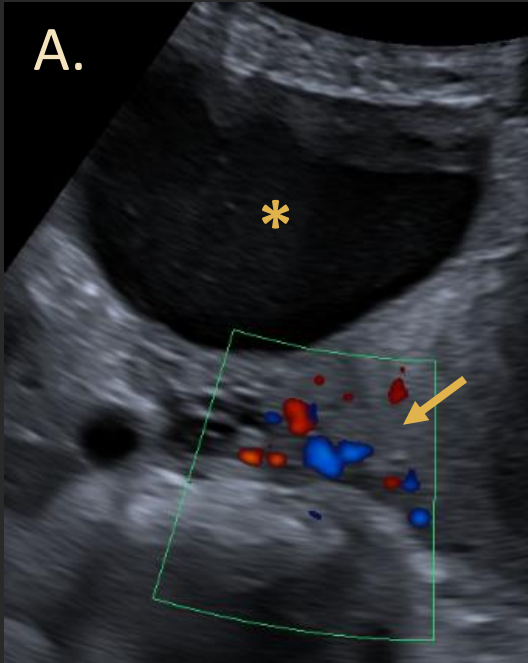
CORONAL



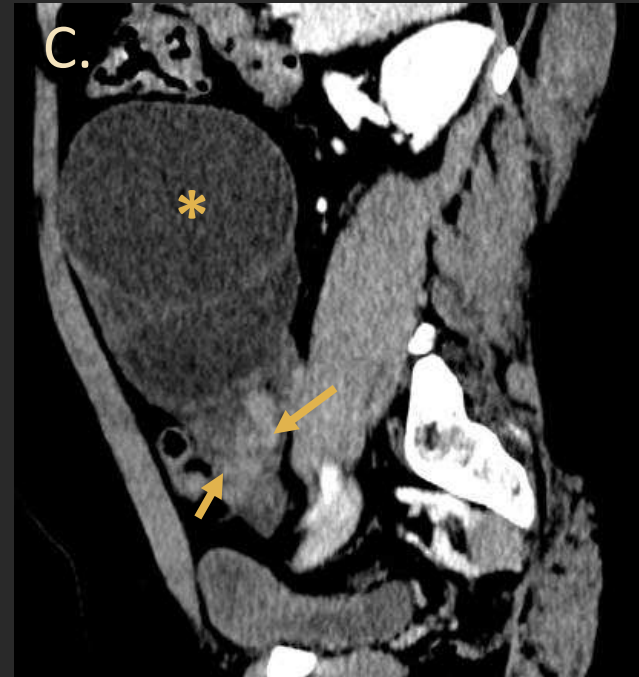
SAGITAL

CASO 2

CORONAL



SAGITAL



AXIAL



M 41 años. **Dolor brusco** en flanco derecho asociado a vómitos.

A) Ecografía B – D) TC con CIV → **Voluminosa masa quística** de morfología bilobulada (asterisco). Inmediatamente caudal a la lesion se observan estructuras tubulares de morfología serpinginosa que se extienden hasta pared anterolateral uterina (flechas). Condiciona efecto de masa en las estructuras adyacentes. Hallazgos compatibles con torsion anexial derecha y cambios congestivos edematosos en trompa. Miomas uterinos (asterisco azul).

β -hCG negativa

TORSIÓN ANEXIAL

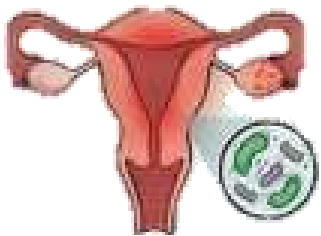
EIP

**QUISTES
COMPLICADOS**

OTROS

La EIP engloba un **espectro de infecciones del tracto genital superior femenino**. Frecuentemente producidas por ascenso de patógenos de transmisión sexual: *N. Gonorrhoeae* y *Chlamydia T. Actinomyces* (asociada a DIU), 30% son polimicrobianas.

**CERVICITIS /
ENDOMETRITIS**



- Líquido/gas en cavidad uterina y cérvix
- Endometrio engrosado y con hiperrealce

SALPINGITIS



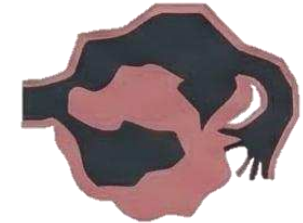
- Engrosamiento >5mm pared tubárica
- Tortuosidad trompas
- Hiperemia en Doppler
- Líquido libre

PIOSÁLPINX



- Obstrucción tubárica, acumulación de pus.
- Contenido complejo (ecos, detritus...)
- Ingurgitación peritoneo

**ABSCESO
TUBO-OVÁRICO**



- Ausencia visualización del tejido ovárico normal
- Masa anexial compleja con paredes gruesas y septos internos



¡IMPORTANTE!

El diagnóstico precoz es esencial para evitar las secuelas:
aumento del riesgo de embarazos ectópicos e infertilidad tubárica.

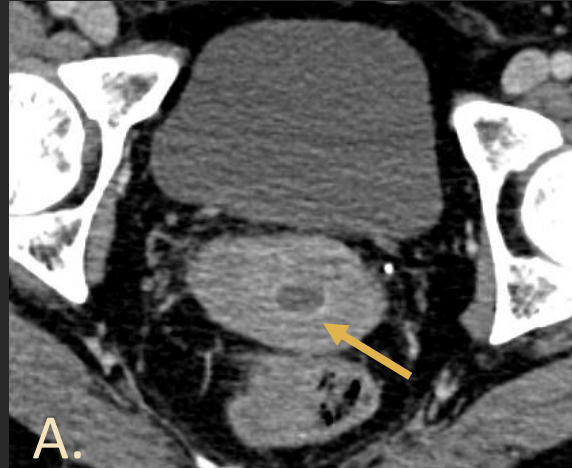
CASO 3

M 47 años. **Dolor abdominal** progresivo de moderada-alta intensidad de 3 días evolución. **Fiebre**. Leucocitos: $23.41 \times 10^3/\mu\text{L}$, PCR: 114.8 mg/L (< 5.0). **Dolor a movilización cervical y leucorrea maloliente**.

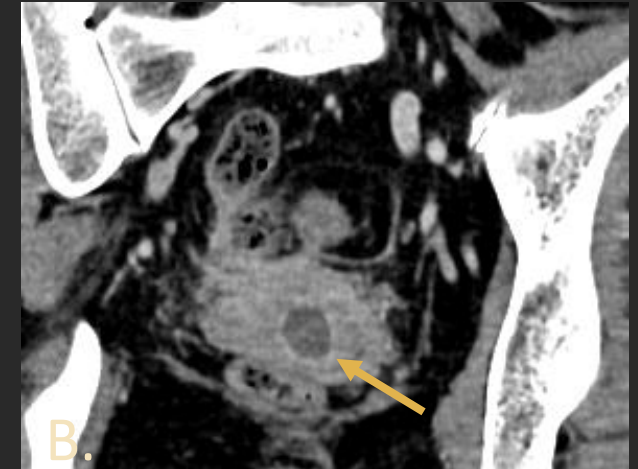
A - D) TC CIV: Sutil trabeculación de la grasa mesentérica y de fascia del meso e hipogastrio por cambios inflamatorios con líquido libre (asterisco). En cúpula vaginal – cérvix se identifica **colección hipodensa** de 1,5cm, con relace periférico, sugestiva de absceso / cervicitis (flechas). A valorar probable EIP.

MICRO → PCR+ *Neisseria gonorrhoeae*

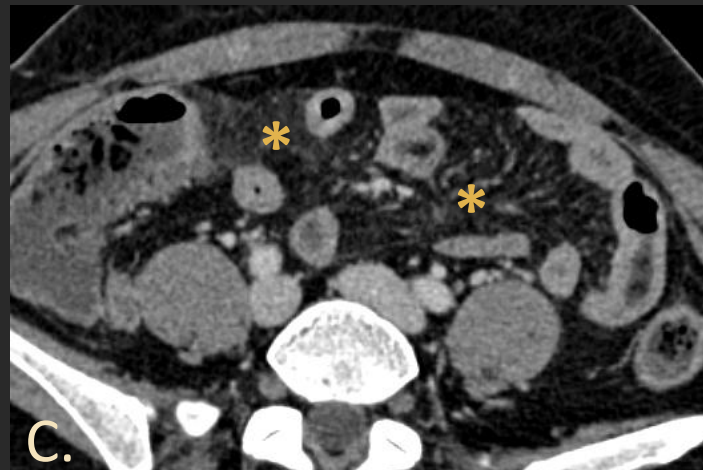
AXIAL



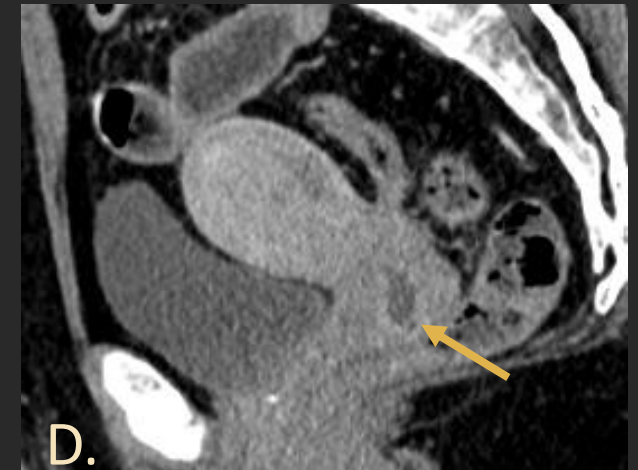
CORONAL



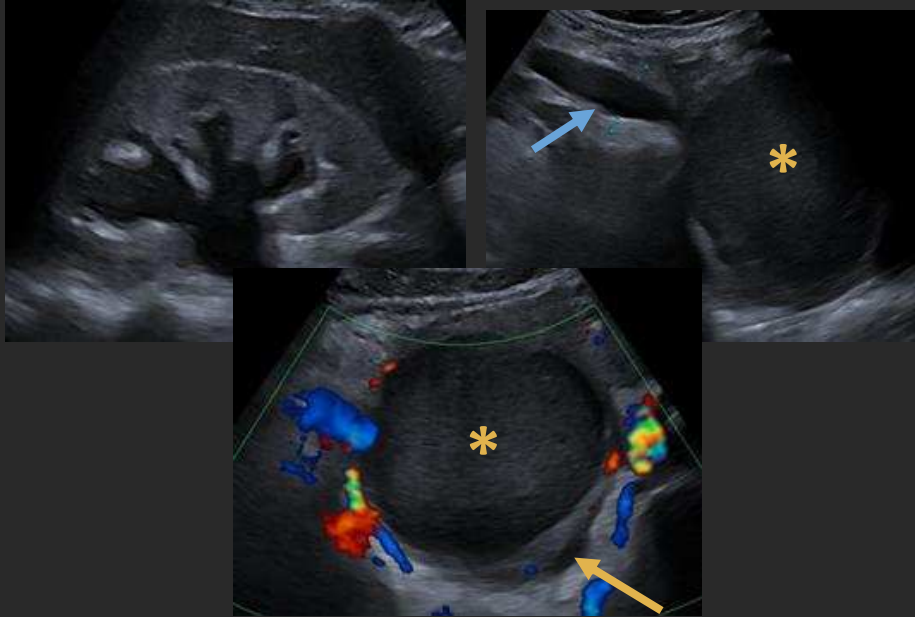
AXIAL



SAGITAL



CASO 4



CORONAL



SAGITAL



M 46 años. **Dolor suprapúbico.**

A) Ecografía y B – C) TC CIV → Lesión quística anexial derecha de paredes gruesas, que ha aumentado de tamaño, actualmente 10cm (previa 6cm) (asterisco) con localización central y con efecto de masa. Estructura tubular en su vertiente caudal sugestiva de dilatación tubárica hidrosálpinx (flechas). Los hallazgos sugieren absceso tubo-ovárico con hidrosálpinx asociado. DIU normoposicionado. Uropatía obstructiva derecha secundaria a compresión extrínseca por la lesión anexial (flecha azul).

QX → anexectomía + salpinguectomía derechas.

AP → **Absceso tubo-ovárico**

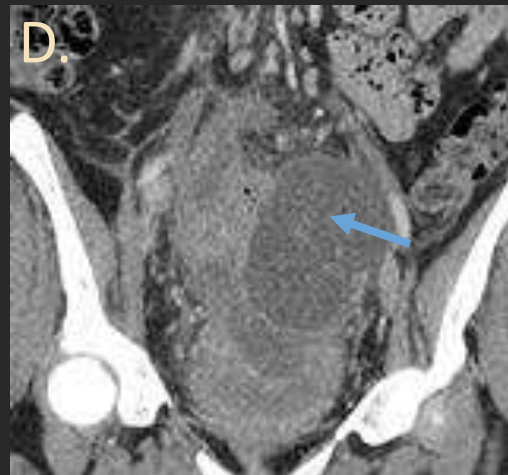
CASO 5

M 42 años. Sospecha de absceso
pélvico. Diagnosticada en múltiples
ocasiones de EIP.

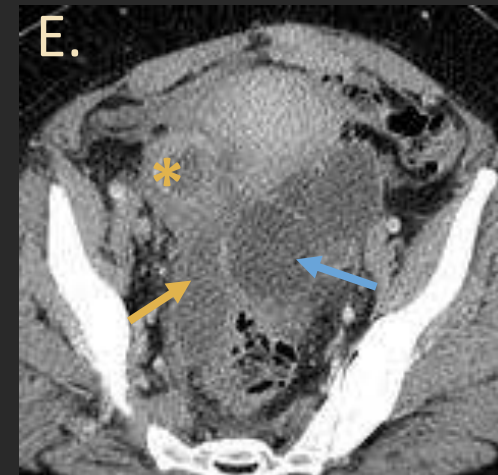
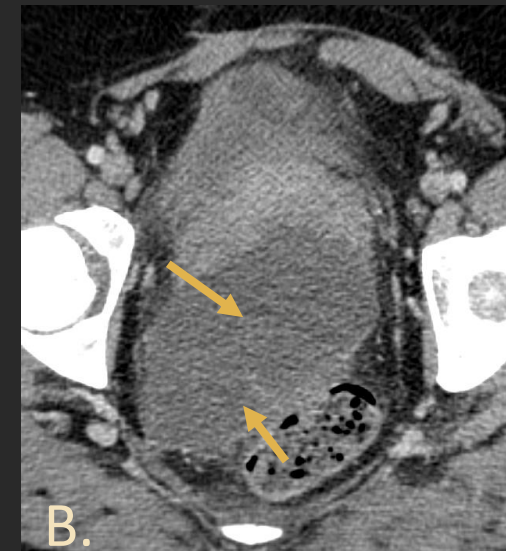
A - F) TC CIV → Hallazgos compatibles
con EIP destacando: absceso tubo-
ovárico derecho (asterisco) y absceso
pélvico que ocupa pelvis y espacio de
Douglas (flechas), ambos en
comunicación. Asocian moderados
cambios inflamatorios circundantes, sin
peritonitis. Hidrosálpinx izquierdo
conocido, estable (flecha azul). Leve
cuantía de **líquido libre** en pelvis y FID.

QX → Adhesiolisis. Pelvis congelada.
Drenaje de múltiples colecciones y
colocación de drenajes.

CORONAL



AXIAL



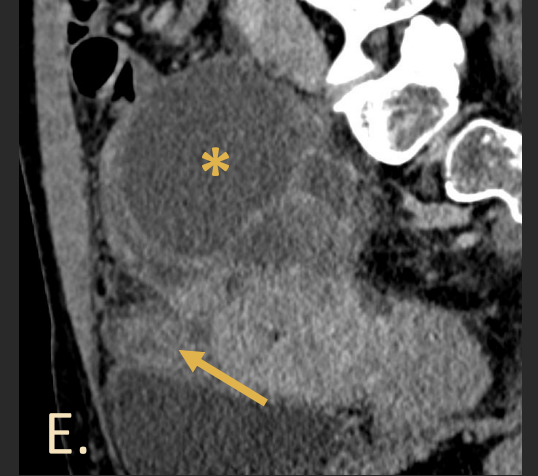
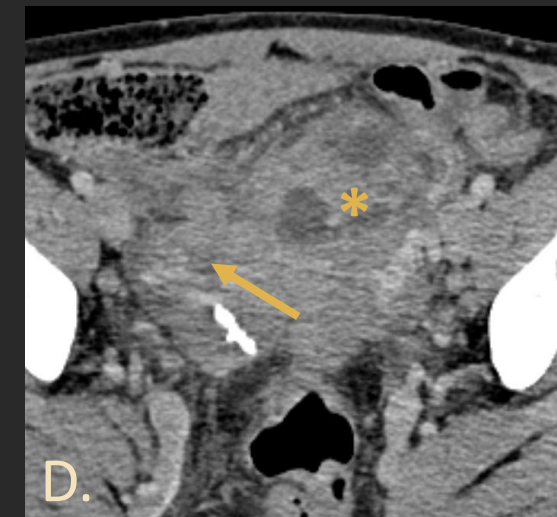
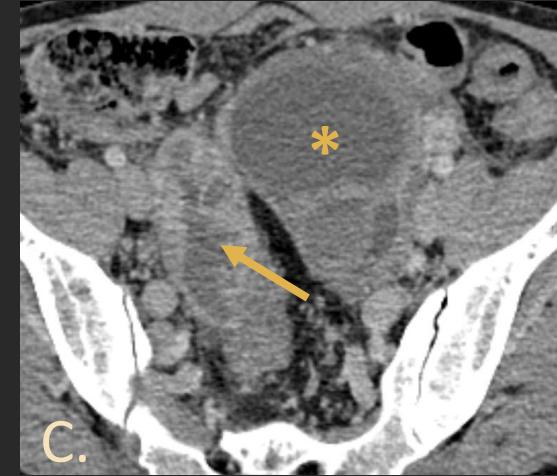
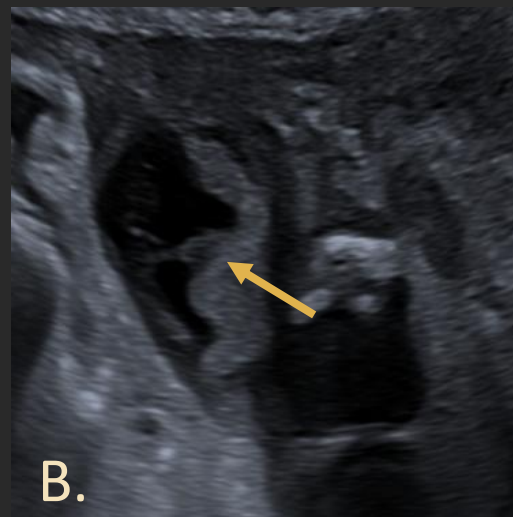
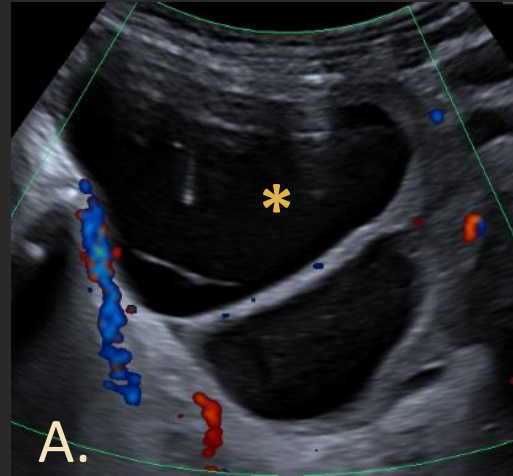
SAGITAL



CASO 6

M 43 años. **Spotting** desde hace días asociado a **dolor abdominal** y **fiebre**. Leucorrea maloliente. Cérvix doloroso a movilización.

A - B) Ecografía y C - F) TC CIV → **formaciones quísticas complejas bilaterales** (asterisco izquierdo y flecha derecho), de mayor tamaño en topografía anexial izquierda. Reemplazan al tejido anexial normal. Compatibles con **abscesos tubo-ováricos**. Asocian **moderada trabeculación** de la grasa circuncante. DIU normoposicionado. Hallazgos compatibles con **EIP**.



AXIAL

SAGITAL

β -hCG negativa

TORSIÓN ANEXIAL

EIP

**QUISTES
COMPLICADOS**

OTROS

QUISTE HEMORRÁGICO



- Causa más frecuente de dolor pélvico agudo en mujeres jóvenes
- US → quiste funcional con ecos internos
- TC → quiste con contenido de alta atenuación (>40UH)

ROTURA DE QUISTE



- Típicamente de **cuerpo lúteo** (paredes engrosadas con intense Doppler periférico “signo Anillo de fuego”)
- Abundante **hemoperitoneo (>40UH)**
- Puede llegar a visualizarse extravasación activa del contraste intravenoso.

ENDOMETRIOMA COMPLICADO



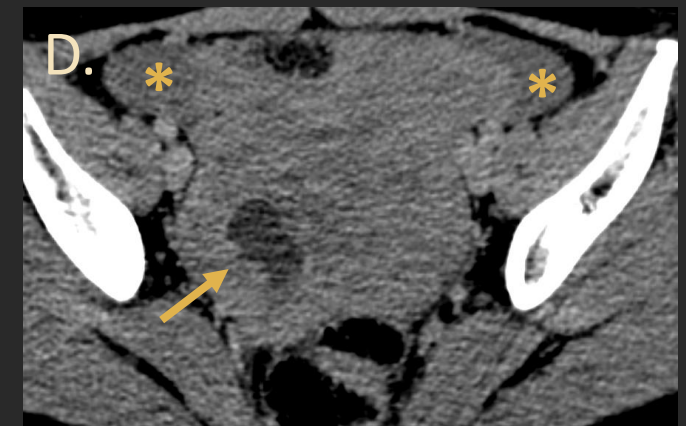
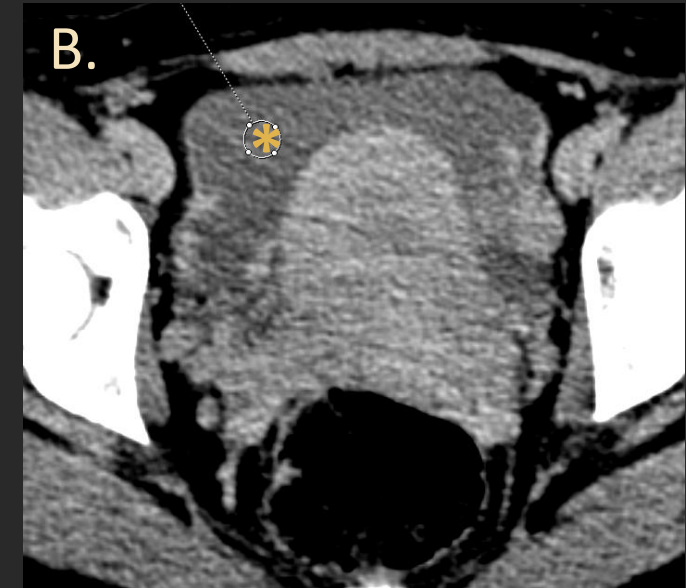
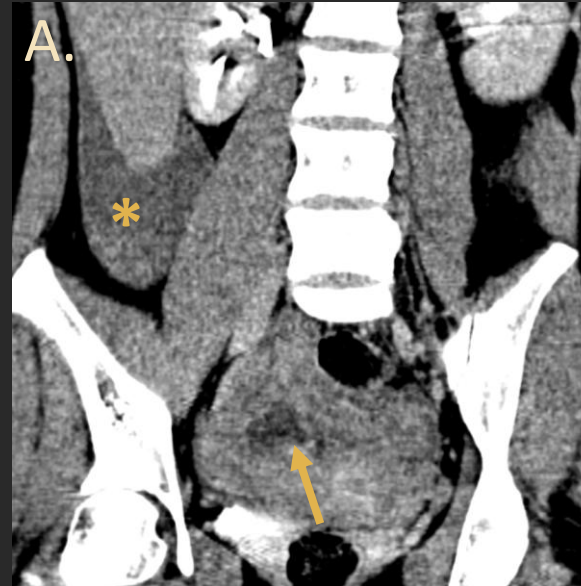
- El dolor agudo se produce cuando existe **rotura, infección o hemorragia**
- US → lesión quística uni/multilocular con ecos internos “en vidrio esmerilado”.
- TC → apariencia inespecífica. Masa heterogénea, sólido-quística.

CASO 7

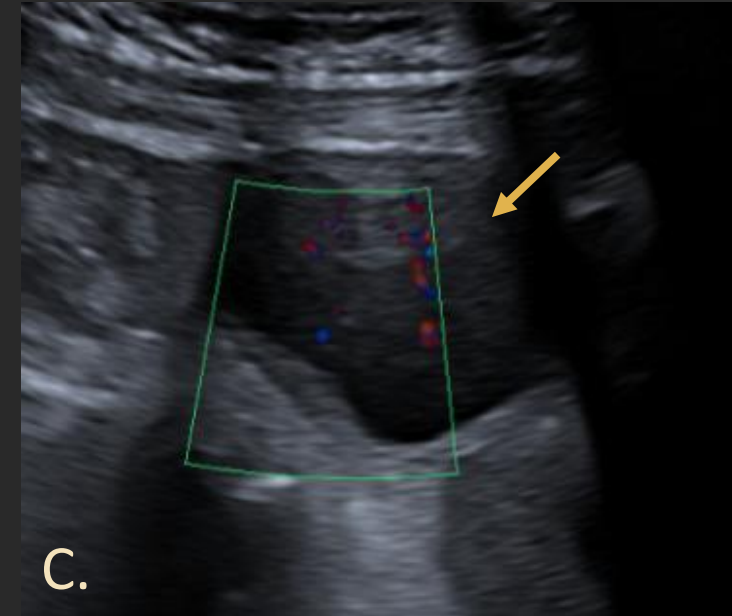
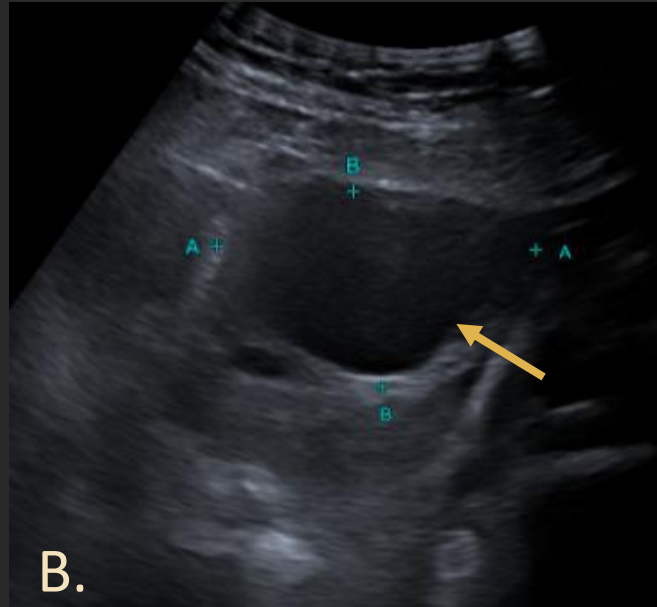
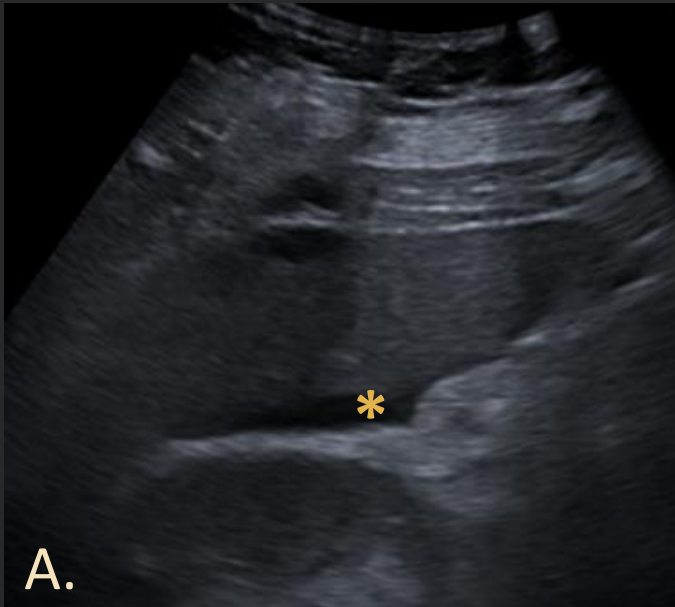
M 22 años. **Dolor abdominal** de 12h de evolución, inició de forma **brusca** tras mantener relaciones sexuales. Asocia **náuseas**. Signos de **peritonismo +**.

A - D) TC CIV: Moderada cuantía de **hemoperitoneo** (asterisco) con localización predominantemente perihepática, en gotieras paracólicas y pelvis. En localización anexial derecha se observa una **imagen quística unilocular**, con centro hipodenso homogéneo y paredes engrosadas, de 5cm (flecha). En conjunto sugiere **cuerpo lúteo roto**.

QX → LPS diagnóstica: coagulación de punto sangrante activo en ovario derecho.



CASO 8



M 25 años. **Dolor abdominal** tipo cólico de 14 h evolución, inicialmente periumbilical, actualmente localizado en FID.

Leucocitosis de $14.56 \times 10^3/\mu\text{L}$

A - C) Ecografía: Lesión quística anexial derecha de 5cm (flecha), de pared gruesa de morfología hojaldrada, con **contenido tenuemente ecogénico**. Asocia **moderada cuantía de líquido libre** (asterisco) predominantemente en hemiabdomen derecho. Hallazgos que en conjunto sugieren quiste folicular hemorrágico.

β-hCG negativa

TORSIÓN ANEXIAL

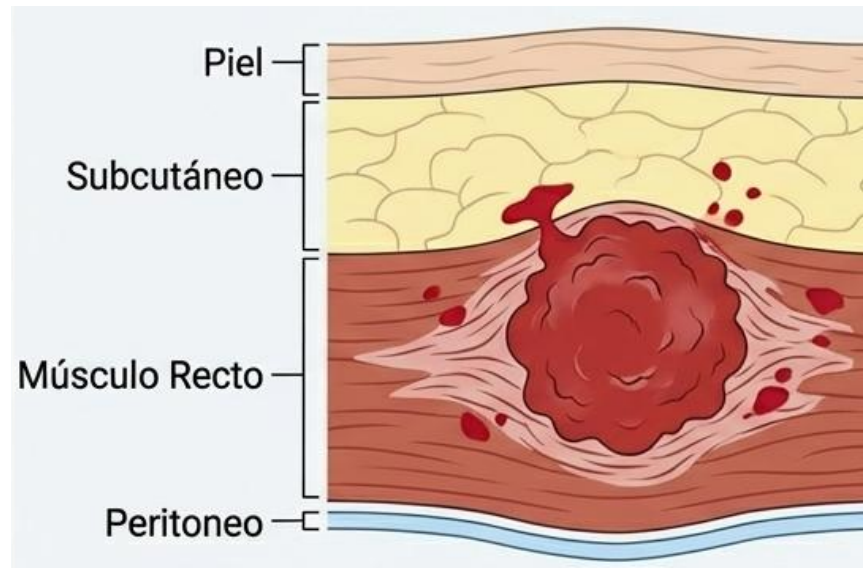
EIP

**QUISTES
COMPLICADO**

OTROS

ENDOMETRIOSIS DE CICATRIZ ABDOMINAL

57% de los casos están asociados a una **cesárea previa**. Es una enfermedad por **implantación quirúrgica directa**.



PERFIL CLÍNICO TÍPICO

- Masa palpable y dolorosa **cerca o en una incisión de cesárea o trocar** de laparoscopia.
- **Dolor cíclico**, coincidente con **periodos menstruales**
- Desarrollo → desde 6 meses hasta 20 años post-Qx

CASO 9

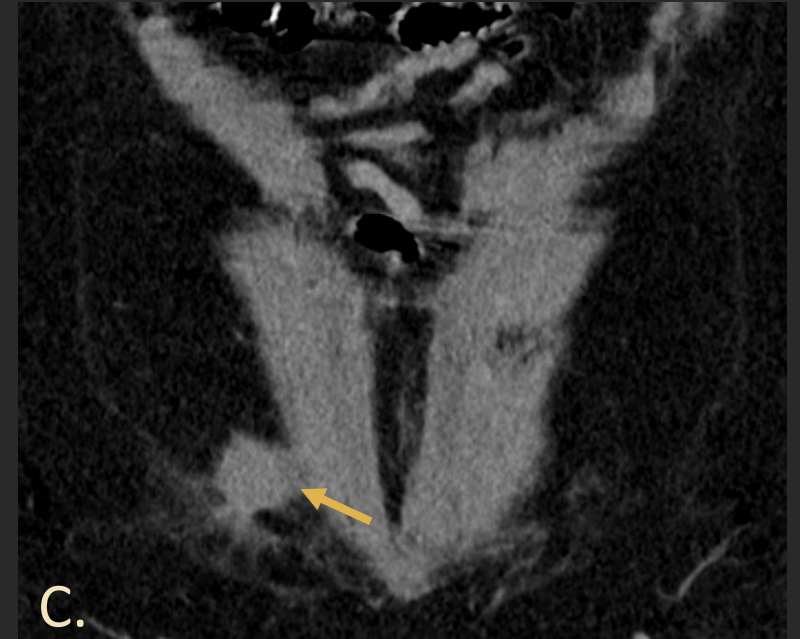
AXIAL



SAGITAL



CORONAL



M 29 años. **AP: Cesárea hace un año.** Acude por **intenso dolor**, especialmente durante peirodus menstruales.

A - C) TC CIV: Imagen **nodular** (flecha) en contacto con la **fascia anterior del recto abdominal derecho**, isodensa al tejido muscular. En contexto de paciente con cicatriz de Pfannenstiel, se plantea diferencial entre fibromatosis agresiva vs endometriosis extraabdominal.

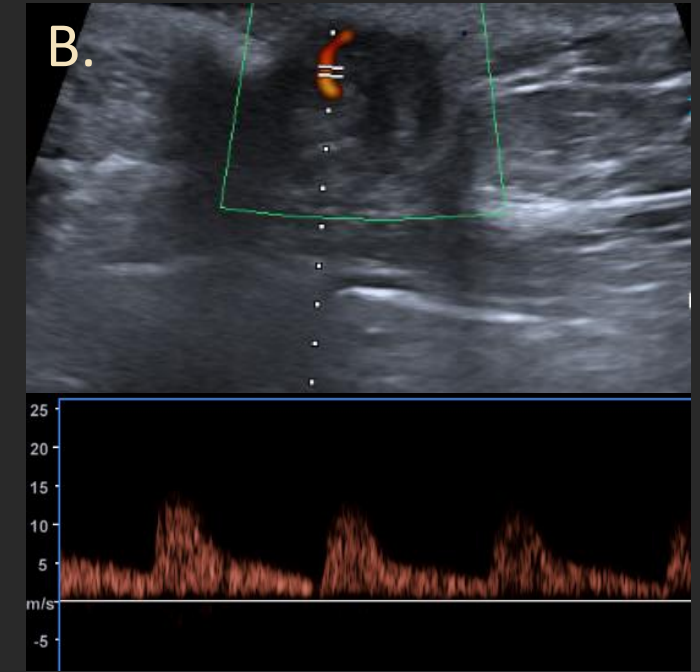
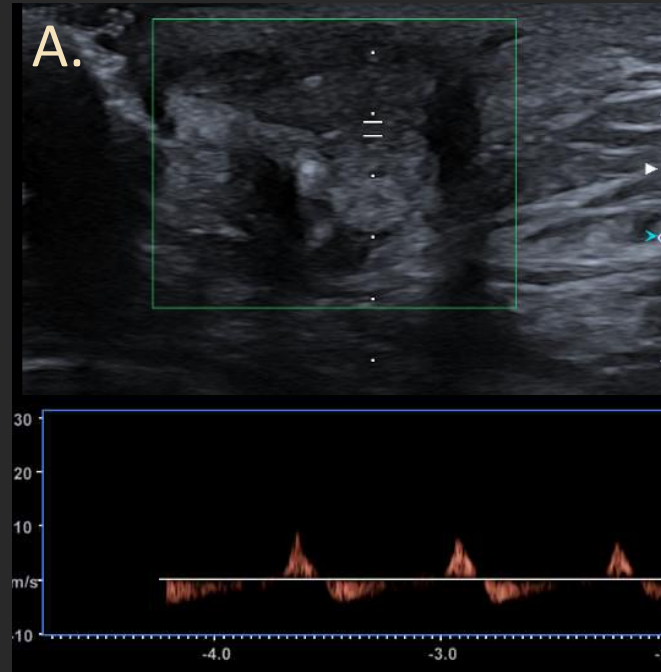
AP → **endometriosis** en tejido fibroadiposo.

CASO 10

M 24 años. AP **apendicectomía**. Acude por dolor umbilical y **tumoración enrojecida** umbilical, endurecida, que ha empeorado en los últimos días.

A - B) Ecografía: Lesión nodular sólida umbilical, heterogénea predominantemente hipoeecogénica, con **flujo Doppler intralesional**. Compatible con endometrioma umbilical (**Nódulo de Villar**).

AP → Endometriosis cutánea



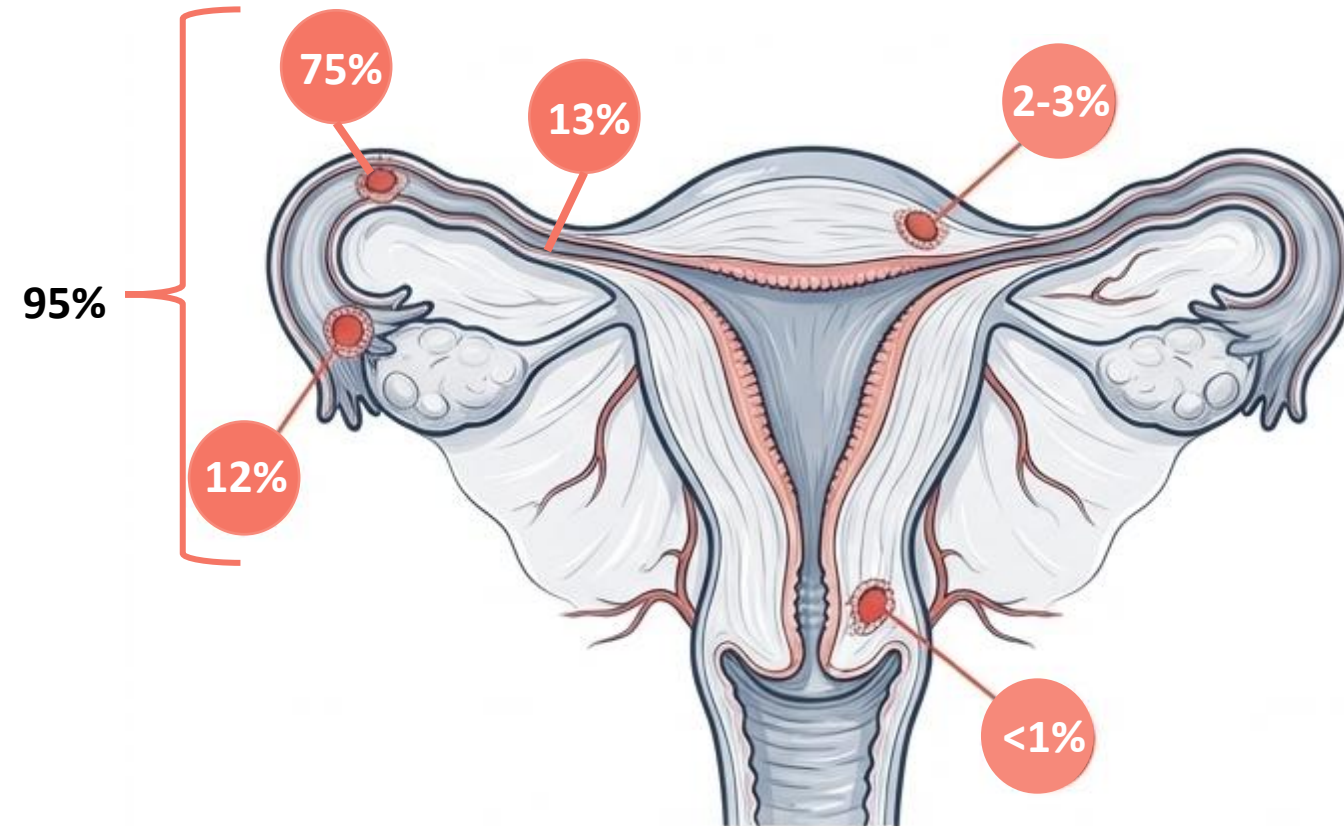
β -hCG positiva

EMBARAZO ECTÓPICO

HEMORRAGIA
POST-PARTO

COMPLICACIONES
INFECCIOSAS Y TROFÓBLICAS

COMPLICACIONES
CESÁREA



El embarazo ectópico es la implantación del blastocito fuera de la cavidad endometrial. Su rotura es una emergencia potencialmente mortal.

CLAVES DIAGNÓSTICAS

- **Útero vacío** tras positividad en test de embarazo
- **Masa anexial compleja extraovárica** → más frecuente
- **Signo del anillo tubárico** → Anillo ecogénico grueso con hipervascularización periférica
- Presencia de **hemoperitoneo** si hay rotura.
- Puede verse “pseudosaco” en útero 10-20% casos



¡CUIDADO!

La **presencia de hemoperitoneo** en una paciente con **β -HCG positiva (1erT)** y **dolor agudo** es un **ectópico roto** hasta que se demuestre lo contrario.

β -hCG positiva

EMBARAZO
ECTÓPICO

**HEMORRAGIA
POST-PARTO**

COMPLICACIONES
PRENATALES Y TROFICARIAS

COMPLICACIONES
CESÁREA

La hemorragia postparto (HPP) es la **pérdida de sangre > 500 ml** tras parto vaginal o **> 1000 ml** tras cesárea o disminución del hematocrito >10%.

HPP PRIMARIA

Primeras 24 horas



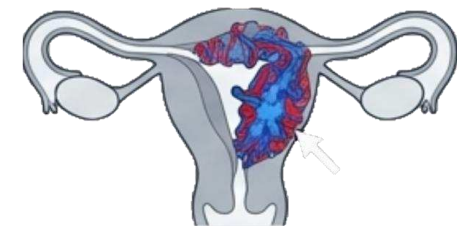
La **atonía uterina** es la causa principal, más del **80% de casos**

HPP SECUNDARIA 24 horas – 12 semanas

RETENCIÓN PRODUCTOS
DE LA CONCEPCIÓN



SUBINVOLUCIÓN DEL
LECHO PLACENTARIO



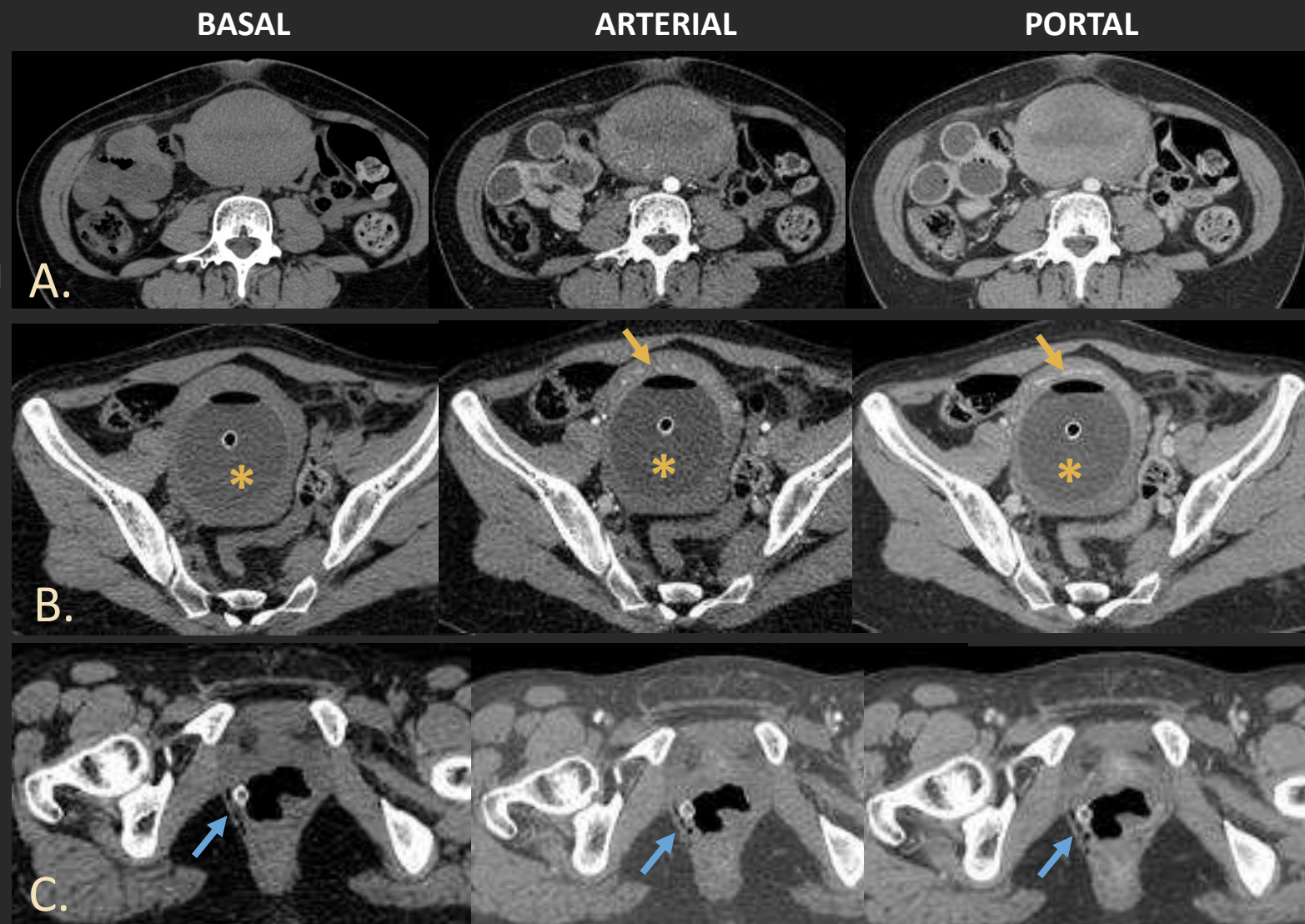
CASO 11

M 22 a. Inestabilidad hemodinámica. Parto vaginal hace 2 horas.

A - C) TC CIV AXIAL: Útero puerperal. Sonda Bakri normoinserito (asterisco), burbujas de gas en cavidad uterina y contenido hemático vaginal en relación con parto reciente. En cara anteroinferior uterina se visualiza estructura tubular que aumenta en fase venosa (flecha) sin extravasación que sugiera sangrado activo. No se visualiza líquido libre ni hemoperitoneo.

Burbujas de aire extraluminales (flecha azul) adyacentes a pared derecha de recto inferior / ano sugestivas de desgarro anal.

QX → reparación del desgarro. Sangrado en sábana, probablemente secundario a atonía.



CASO 12

M 34 años. Parto **eutócico** con **fórceps** para alivio de expulsivo prolongado. **Antes de alumbramiento**, debuta **súbitamente** con cuadro de **hipotensión** y **MEG**.

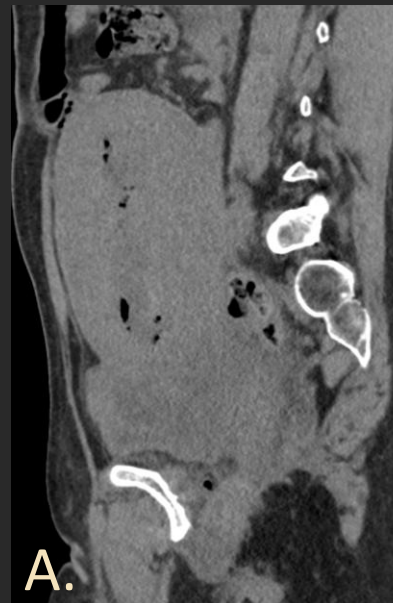
A - F) TC CIV: Hemoperitoneo. Estriación de la grasa parauterina y perirectal con burbujas de aire que se extienden por la cara medial del m. obturador interno derecho (flecha azul), en relación con **desgarro de vagina**. Extravasación del contraste en estudio multifase en la cara lateral derecha de la vagina (flecha amarilla), por **sangrado activo en territorio de la a. pudenda interna derecha**.

RX INTERVENCIONISTA

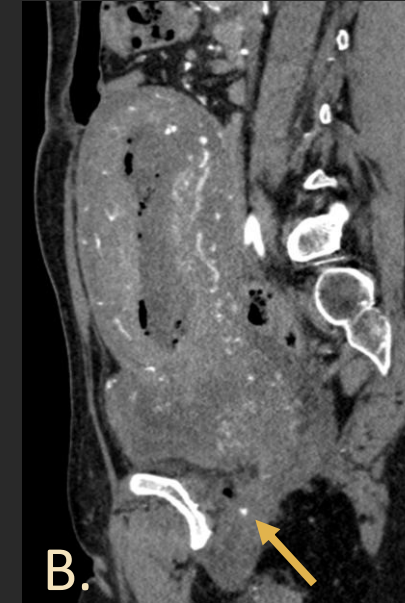
(G) → embolización de
arterias pudendas.



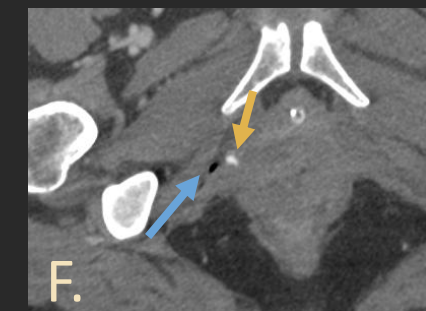
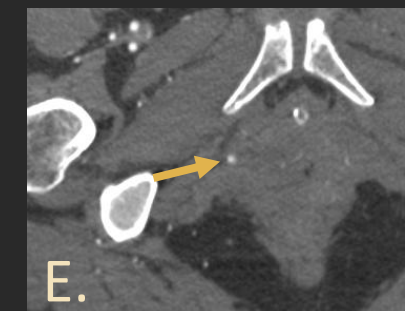
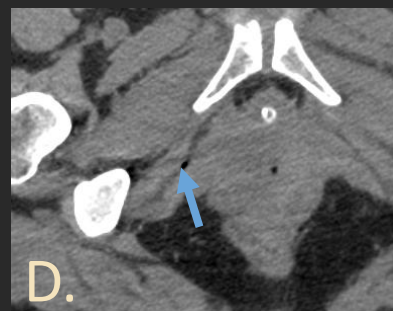
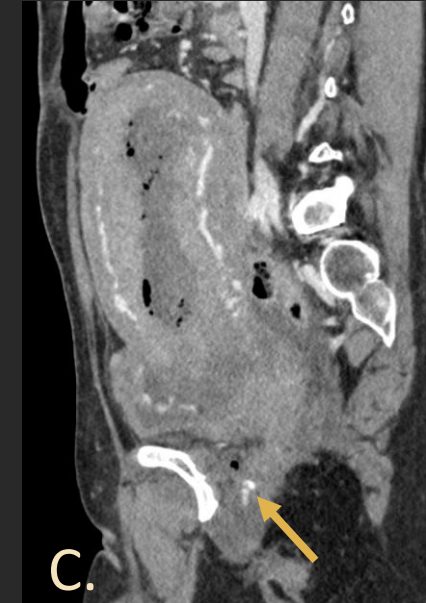
BASAL



ARTERIAL



PORTAL



β-hCG positiva**EMBARAZO
ECTÓPICO****HEMORRAGIA
POST-PARTO****COMPLICACIONES
INFECCIOSAS Y TROMBÓTICAS****COMPLICACIONES
CESÁREA****ENDOMETRITIS PUERPERAL Y PIOMETRA**

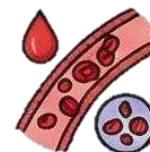
Son la **causa más común de fiebre post-parto** (la incidencia aumenta tras cesárea). El diagnóstico es clínico.

CLAVES DIAGNÓSTICAS

- Útero persistentemente aumentado de tamaño
- Endometrio engrosado con realce heterogéneo
- Presencia de **líquido complejo / gas endocavitario**
- Puede complicarse con: **abscesos** o tromboflebitis pélvica séptica

**¡CUIDADO!**

La **presencia de gas endocavitario aislado** sin contexto adecuado NO es diagnóstico de endometritis.

COMPLICACIONES TROMBÓTICAS

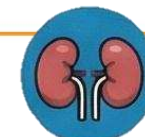
El embarazo y puerperio son **estados protrombóticos**.

**TROMBOSIS
VENA OVÁRICA**

90% derecho
En postparto.
Defecto de
repleción en vena
ovárica

**SÍNDROMES
HIPERTENSIVOS**

Preeclampsia
Eclampsia
Síndrome de HELLP
Complicaciones:

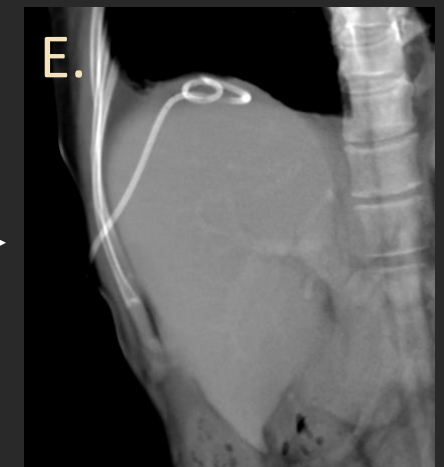
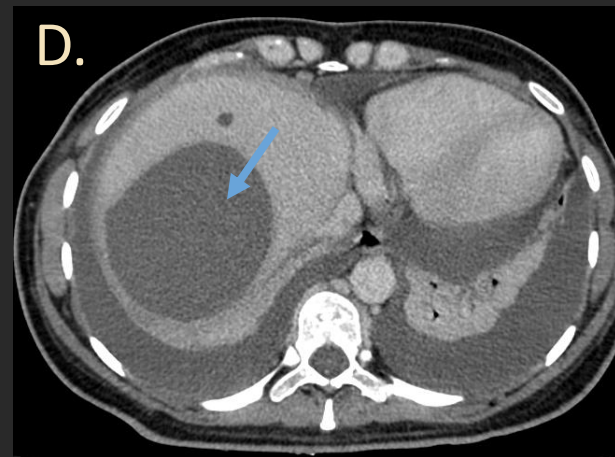
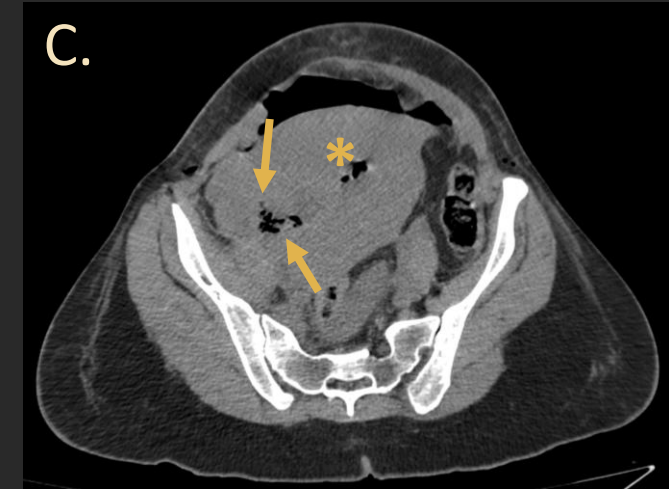
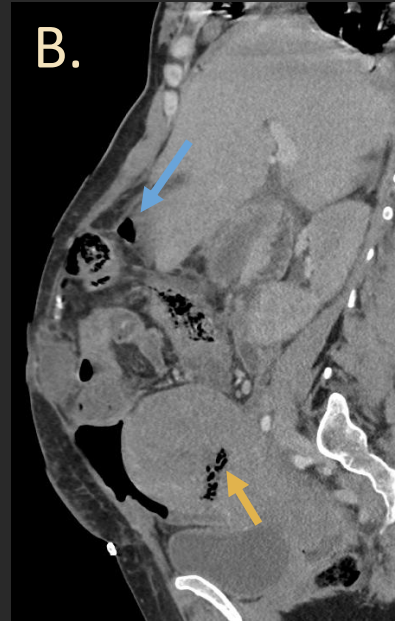


CASO 13

M 32 años. Sospecha **absceso /piometra** en paciente con **fiebre**. **Cesárea** hace 8 días.

A - C) TC CIV: Cambios postquirúrgicos de cesárea reciente. Útero puerperal. Múltiples **burbujas de gas en cavidad endometrial**, compatible con **piometra** (asteriscos). Colección adyacente a pared uterina anteroinferior, con abundante gas y paredes hipercaptantes compatible con **absceso uterino** (flecha). Se observan otros dos **abscesos** en hipocondrio derecho periehpáticos (flechas azules). Abundante **neumoperitoneo** probablemente post-Qx.

QX → Histerectomía + Colocación de drenaje de abscesos hepáticos (flecha azul) que progresaron (**D - E**)



CASO 14

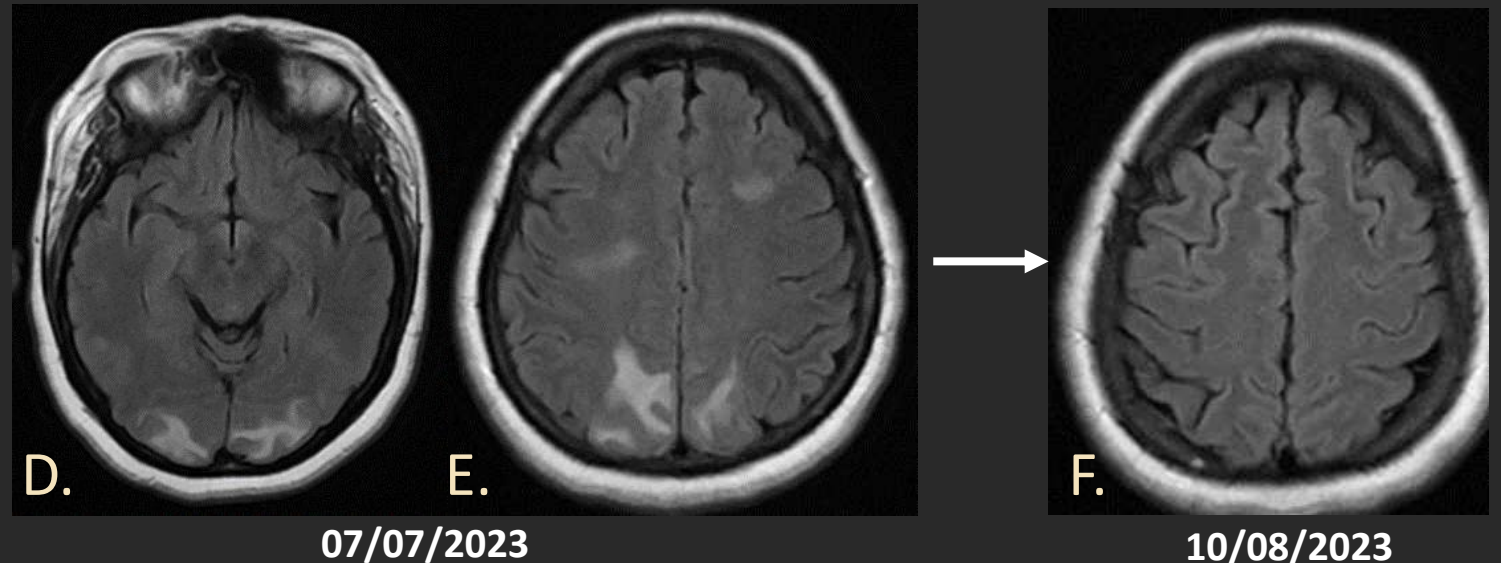
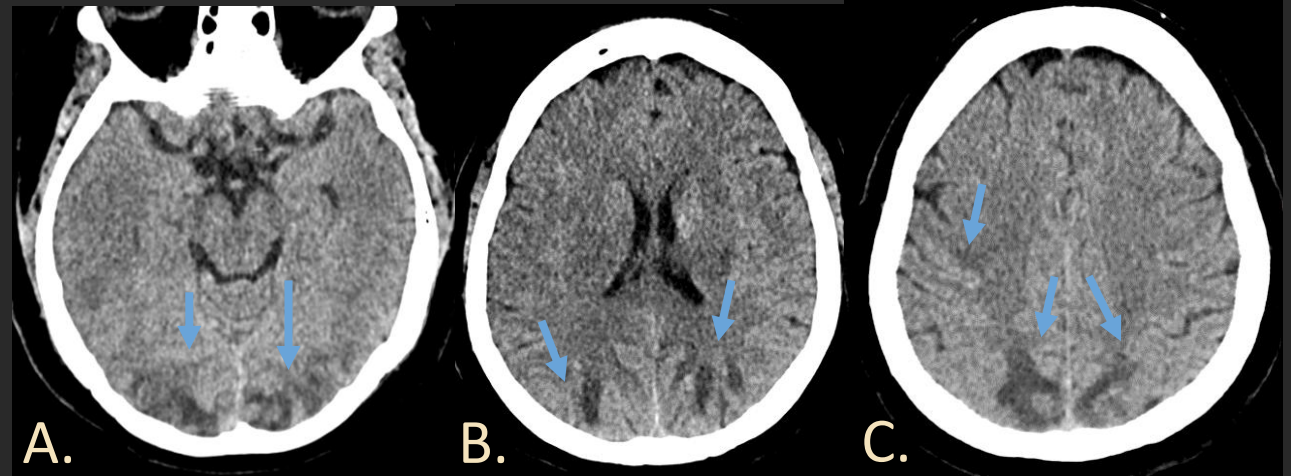
M 37 años. **Gestante** de 37 Semanas, **cefalea** progresiva de 4 días de evolución + **TA elevada**.

Edema con fóvea. **Plaquetas 170.000**

A - C) TC sin CIV: Áreas parcheadas multifocales de **hipodensidad corticosubcortical** en lóbulos parietales y occipitales (flechas azules), por edema vasogénico. En contexto referido sugiere **síndrome de encefalopatía posterior reversible.**

D - E) RM FLAIR: Áreas de **hiperintensidad** de señal subcortical por edema vasogénico predominantemente en regiones parietales y occipitales bilaterales.

F) RM FLAIR: Resolución de los hallazgos compatibles con **PRES.**



CASO 15

M 36 años. MEG y **fiebre**. AS **leucocitosis 14.34**
10E3/ μ L y PCR 236. Sospecha de piometra por
retención de productos del embarazo.

A - B) TC CIV: Importante **distensión de la**
cavidad endometrial, ocupada por **abundante**
contenido hipodenso homogéneo (flechas).
Miometrio adelgazado de forma difusa por
distensión. Leve cuantía de **líquido libre** en FID
(asterisco). Hallazgos en contexto compatibles
con piometra.

TTO → Permeabilización cervical con hiterómetro con
obtención de **contenido purulento**. Antibioterapia.



β-hCG positiva

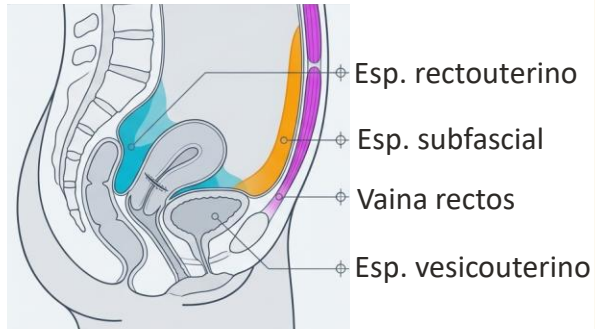
EMBARAZO ECTÓPICO

HEMORRAGIA POST-PARTO

COMPLICACIONES INFECCIOSAS Y TROMBOSIS

COMPLICACIONES CESÁREA

HEMATOMA

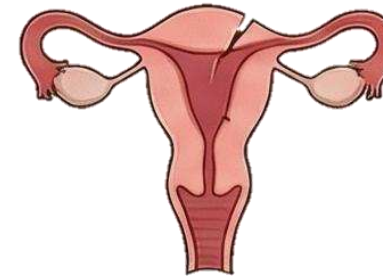


Diferenciar el compartimento anatómico del hematoma **guía el abordaje** quirúrgico.

DEHISCENCIA CICATRIZ

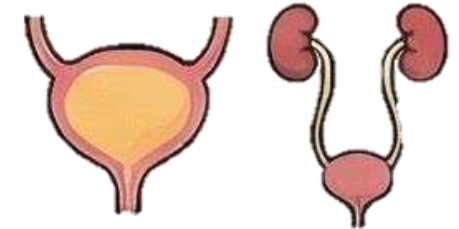
- Defecto miometrial focal (típicamente separación de la histerotomía)
- NO afecta a todas las capas** (serosa intacta)

ROTURA UTERINA



- Defecto **transmural** de la pared uterina
- Emergencia quirúrgica
- Hemoperitoneo, neumoperitoneo**, extrusión del contenido cavitario a peritoneo

LESIONES VISCERALES



- La **lesión vesical** es la más frecuente (0.3%)
- Útil realización de **fase excretora** en TC

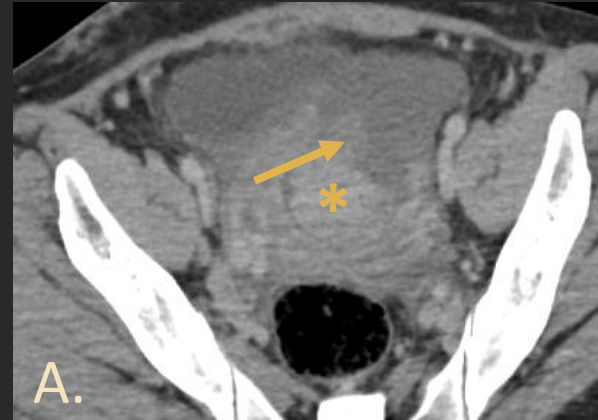
CASO 16

M 31 años. AP: Parto eutócico hace 2 días.

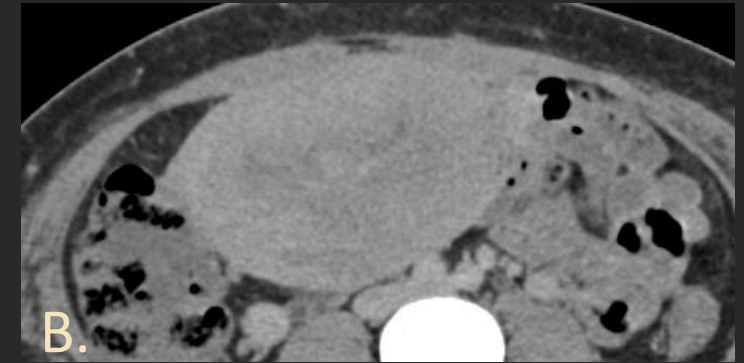
Cesárea hace 2 años. Acude por importante metrorragia.

A - D) TC CIV: útero postgrávido. Solución de continuidad en pared anterior izquierda a nivel del istmo uterino de hasta 4cm (cicatriz de cesárea previa) (flechas). Asocia colección hiperdensa heterogénea en cavidad uterina, compatible con hematoma (asterisco). No se visualiza extravasación del contraste que sugiera sangrado activo en estudio multifase. Leve cuantía de líquido libre en pelvis. Hallazgos en relación con rotura uterina con hematoma contenido.

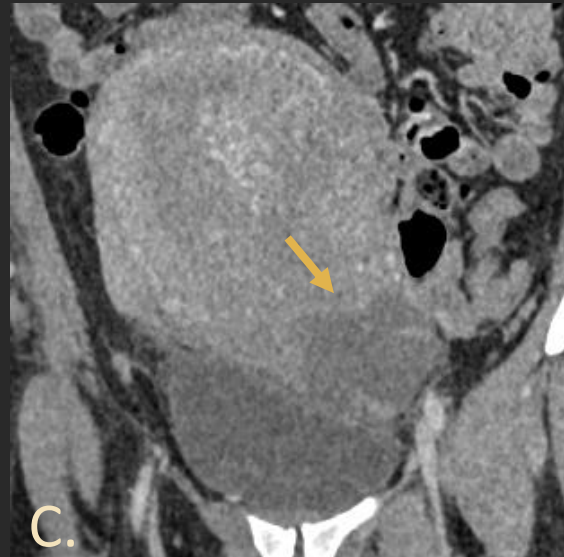
AXIAL



AXIAL



CORONAL



SAGITAL



Conclusiones

1

El **dolor pélvico agudo** de origen ginecológico supone un síntoma común en un amplio espectro de entidades en la mujer en edad fértil. Aunque la ecografía es la técnica de imagen inicial en su evaluación, la **TC desempeña un papel diagnóstico clave**.

2

El radiólogo debe realizar una **adecuada interpretación**, basada en el conocimiento tanto de los hallazgos fisiológicos como patológicos, con el fin de establecer un diagnóstico preciso.

Bibliografía

Dawood MT, Naik M, Bharwani N, Sudderuddin SA, Rockall AG, Stewart VR. Adnexal torsion: review of radiologic appearances. **Radiographics**. 2021;41(2):609–624.

Franco PN, García-Baizán A, Aymerich M, Maino C, Frade-Santos S, Ippolito D, et al. Gynaecological causes of acute pelvic pain: common and not-so-common imaging findings. **Life (Basel)**. 2023;13:2025.

Dick EA, Blanco A, De La Hoz Polo M, Basilico R. Gynaecological causes of acute pelvic pain in women: a primer for emergent evaluation—practice recommendations. **Eur Radiol**. 2025;35:6682–6695.

Strachowski LM, Choi HH, Shum DJ, Horrow MM. Pearls and pitfalls in imaging of pelvic adnexal torsion: seven tips to tell it's twisted. **Radiographics**. 2021;41(2):625–640.

Sharma N, Harper K, Bissell MB. Pelvic puzzles: imaging non-traumatic emergencies of the female pelvis: a comprehensive review. **Can Assoc Radiol J**. 2025. doi:10.1177/08465371251383509.

Kirsch A, Strachowski L, Poder L, Behr S, Feldstein V, Harwin J, et al. Secondary postpregnancy hemorrhage: guide for diagnosis and management. **Radiographics**. 2025;45(5):e240098.

Melamud K, Wahab SA, Smereka PN, Dighe MK, Glanc P, Kamath A, et al. Imaging of antepartum and postpartum hemorrhage. **Radiographics**. 2024;44(4):e230164.