

Dolor pélvico en la adolescencia: patología uterina y anexial

M.J. Rodríguez Jiménez. Servicio de Ginecología y Obstetricia. H. Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Fecha de recepción: 5 de diciembre 2018

Fecha de publicación: 28 de febrero 2019

Adolescere 2019; VII (1): 16-25

Resumen

El dolor pélvico es motivo frecuente de consulta. Aunque pueden causarlo procesos no ginecológicos (apendicitis, infecciones del tracto urinario...), la paciente lo va a definir como "dolor ovárico", y será mediante la anamnesis y la exploración como se identifique el origen del mismo. El diagnóstico se dificulta al no poder realizar a la adolescente una exploración como a la adulta, especialmente si no ha tenido relaciones sexuales. La misma limitación presentará la ecografía cuando no es factible la vía vaginal. La dismenorrea primaria es el dolor más frecuente en las adolescentes. Su diagnóstico debe establecerse tras excluir otras causas de dolor pélvico así como dismenorrea secundaria a endometriosis. En adolescentes con actividad sexual siempre hay que tener presente las enfermedades de transmisión sexual y las complicaciones de una gestación temprana como el aborto y el embarazo ectópico. La enfermedad inflamatoria pélvica provoca dolor agudo si existen abscesos tubáricos o algias pélvicas crónicas como secuela de un tratamiento insuficiente. Las tumoraciones anexiales pueden ser asintomáticas, y resultar un hallazgo al realizar una prueba de imagen o provocar un dolor persistente. También pueden sufrir complicaciones como la torsión y provocar un cuadro de abdomen agudo.

Palabras clave: *Dolor pélvico agudo; dolor pélvico crónico; torsión ovárica; enfermedad inflamatoria pélvica; endometriosis.*

Abstract

Pelvic pain is a frequent reason for consultation. Although it can be due to non-gynecological processes (appendicitis, urinary tract infections, ...), the patient may define it as "ovarian pain", therefore the clinical history and examination will help to identify the origin of such pain. The diagnosis is sometimes difficult as it can not be made through examination as in adults, especially if the adolescent female has not had sex. The ultrasound has the same limitation if the vaginal route is not feasible. Primary dysmenorrhea is the most common pain among adolescents. Its diagnosis must be established after excluding other causes of pelvic pain as well as dysmenorrhea secondary to endometriosis. In sexually active adolescents, sexually transmitted diseases must be taken into account as well as the complications of early pregnancy such as abortion and ectopic pregnancy. Pelvic inflammatory disease causes acute pain if tubal abscess is present or chronic pelvic pain as a consequence of an insufficient treatment. Adnexal tumors can be asymptomatic, as well as incidentally identified in an imaging test or cause persistent pain. Complications such as torsion can also occur leading to acute abdomen.

Key words: *Acute pelvic pain; Chronic pelvic pain; Adnexal torsion; Pelvic inflammatory disease; Endometriosis.*

Clínica

El dolor pélvico puede ser agudo o crónico.

- El dolor agudo en ocasiones precisa tratamiento quirúrgico urgente, como en los casos de torsión anexial o complicaciones gravídicas.
- El dolor pélvico crónico se define como la presencia del mismo durante más de seis meses, de forma continua o intermitente.

El dolor puede ser el único síntoma o acompañarse de otros que informen sobre su etiología como amenorrea o sangrado irregular, fiebre, leucorrea, etc.

Es importante investigar la relación del dolor y el ciclo menstrual, porque también orienta sobre la causa del mismo. El dolor que aparece repetidamente hacia la mitad del ciclo puede estar relacionado con la ovulación, mientras que si se intensifica en los días de la menstruación orientará hacia una dismenorrea, endometriosis o una malformación uterina. El dolor pélvico durante el coito es indicativo de una posible enfermedad inflamatoria pélvica.

Diagnóstico

Para un correcto diagnóstico es tan importante la historia clínica como las pruebas complementarias⁽¹⁾.

La valoración inicial más importante que se debe hacer ante un dolor pélvico agudo es determinar si se trata de un abdomen agudo que precise intervención quirúrgica inmediata en aras de disminuir la morbimortalidad. Si la causa es una gestación ectópica rota el retraso puede poner en peligro la vida de la joven, mientras que la demora en el tratamiento de una torsión anexial va a ocasionar la pérdida del ovario.

Una anamnesis exhaustiva será la clave para orientar el diagnóstico⁽²⁾.

Se debe preguntar por el comienzo, tipo, localización e irradiación del dolor y relacionarlo con otros síntomas sugestivos de patología miccional (disuria, polaquiuria), digestiva (estreñimiento, diarrea, vómitos) o infecciosa (fiebre, escalofrío).

Hay que investigar qué factores lo alivian o lo exacerban, así como los antecedentes de dolor pélvico previo o intervenciones quirúrgicas. También otros factores, psicológicos y sociales, para valorar si el dolor puede estar en relación con problemas emocionales, consumo de sustancias o abuso sexual.

Es imprescindible conocer si la adolescente tiene o no actividad sexual, los métodos de protección utilizados y la existencia de pareja estable o múltiples parejas.

Se debe preguntar la fecha de los dos últimos periodos menstruales, la regularidad de estos y la existencia de sangrados anómalos.

También es necesario investigar si ha detectado cambios en el flujo vaginal (aumento, cambios en el color, mal olor).

La exploración física debe ser completa, de acuerdo con la edad de la paciente.

La palpación abdominal buscará la presencia de signos de irritación peritoneal o la existencia de masas u organomegalias.

La exploración ginecológica⁽³⁾, mediante espéculo y tacto bimanual, estará supeditada a la existencia o no de relaciones sexuales o de un himen que permita el tacto unidigital. Además de las características del flujo vaginal y la toma de muestras, se valorará el dolor a la movilización del cérvix uterino como signo importante de irritación peritoneal en los casos de infección pélvica o existencia de líquido libre en peritoneo.

Los estudios de laboratorio están supeditados a la anamnesis y exploración inicial.

La analítica está indicada en los casos de dolor agudo y debe incluir un hemograma con pruebas de coagulación, por si fuera necesaria la cirugía, y una prueba de embarazo, bien en orina o en sangre. Si la prueba es positiva, el siguiente paso es investigar la localización de la gestación y la viabilidad de ésta mediante la realización de una ecografía.

En el hemograma hay que valorar tanto el valor de hemoglobina y hematocrito, que orienten a un sangrado anómalo, como la existencia de leucocitosis que puede verse en la inflamación pélvica o la torsión anexial.

El dolor pélvico agudo puede ser debido a procesos que precisen tratamiento quirúrgico urgente, como en los casos de torsión anexial o complicaciones gravídicas

El dolor pélvico crónico se define como la presencia de este durante más de seis meses, de forma continua o intermitente

Una anamnesis exhaustiva será la clave para orientar el diagnóstico

La prueba radiológica de elección en el estudio por dolor pélvico va a ser el ultrasonido por tratarse de un método rápido, no invasivo, que no radia y que permite un acceso adecuado a las estructuras pélvicas

Si se sospecha enfermedad pélvica inflamatoria es necesario realizar una toma de exudado vaginal y endocervical para la determinación de gonococo y chlamydia.

Las pruebas de imagen⁽⁴⁾ van a ser de gran ayuda, en algunos casos para determinar la causa del dolor y en otros para excluirla. Deben ser realizadas tanto en los cuadros agudos como en los crónicos.

La prueba de elección va a ser el ultrasonido por tratarse de un método rápido, no invasivo, que no radia y que permite un acceso adecuado a las estructuras pélvicas.

Las mejores imágenes se van a obtener mediante la ecografía transvaginal porque permite una visualización cercana del aparato genital interno. Se puede diagnosticar la localización de un embarazo, la existencia de tumoraciones ováricas y hacer una aproximación a la benignidad o malignidad de estas y en los casos de infección pélvica la presencia de abscesos tubo-ováricos. La ecografía transvaginal puede realizarse sin molestias en aquellas adolescentes que hayan mantenido relaciones sexuales con penetración e incluso en las que utilicen tampones habitualmente.

Si la vía vaginal no es factible puede realizarse una ecografía transrectal, dado que el esfínter anal permite la introducción de la sonda sin dolor.

En las niñas más pequeñas, o si la paciente no colabora en alguna de las dos vías anteriores, la ecografía se hará vía abdominal previa repleción vesical adecuada que permita la visualización del útero y los anejos.

La radiografía abdominal no aporta información añadida a la de la ecografía y solo se practicará si se sospecha patología digestiva que requiera su realización.

La tomografía computarizada se emplea excepcionalmente y solo si el diagnóstico ecográfico informa de tumoración anexial compleja de la que no pueda descartarse malignidad.

En diversas series publicadas sobre ecografías⁽⁵⁾ en niñas y adolescentes con dolor pélvico se encuentra que los hallazgos anormales son mucho más frecuentes en los casos de dolor agudo que en los crónicos y que no existe relación entre los hallazgos ultrasonográficos y el tiempo de evolución del dolor. Es importante señalar que algunas patologías causantes de dolor como son la enfermedad pélvica inflamatoria crónica o la endometriosis en ocasiones no tienen traducción ecográfica, por lo que la normalidad de la prueba no permite excluirlas si existe una clínica sugestiva de las mismas.

La laparoscopia, como técnica diagnóstica, se reserva para aquellos casos de dolor importante e incapacitante para los que no se encuentra una causa etiológica mediante las pruebas anteriores. Permite diagnosticar cuadros de endometriosis o adherencias que no tiene traducción ecográfica, diagnosticar patología digestiva o apendicular o confirmar la normalidad de la pelvis.

Principales causas de dolor pélvico (TABLA I)

Obstétricas

En toda adolescente que consulte por dolor pélvico agudo y haya tenido la menarquia es necesario realizar un test de gestación, aunque niegue haber tenido relaciones sexuales

En toda paciente que consulte por dolor pélvico agudo y haya tenido la menarquia es necesario realizar un test de gestación, aunque niegue haber tenido relaciones sexuales. Si la prueba es negativa se descartan dos complicaciones gravídicas causantes de dolor: el aborto y la gestación extrauterina⁽⁶⁾.

La interrupción de un embarazo implantado del útero (**aborto**) puede causar dolor similar a una dismenorrea intensa pero el síntoma principal es el sangrado, por lo que su diagnóstico es sencillo.

Se define como **gestación ectópica** la presencia de un embarazo fuera de la cavidad uterina y aunque puede localizarse en cérvix, ovario y abdomen, en la gran mayoría de los casos lo hace en una de las trompas de Falopio. Su rotura va a dar lugar a un dolor repentino, agudo e intenso que puede acompañarse de vómitos e incluso de shock. Pero antes de la rotura, el cuadro puede ser de dolor intermitente de tipo cólico en una de las regiones anexiales.

El diagnóstico de sospecha se hace por la coexistencia de una amenorrea, habitualmente inferior a 7 semanas, test de embarazo positivo, ausencia de imagen de saco gestacional en el útero e imagen anexial compleja. Si además existe líquido libre en pelvis, hay que sospechar una complicación, como la rotura o el aborto tubárico.

Aunque la ecografía goza de gran sensibilidad y especificidad para el diagnóstico, hay que tener en cuenta sus limitaciones. La principal es que, en los embarazos muy incipientes, por debajo de 4 semanas de amenorrea, la resolución del aparato no permite visualizar imagen de vesícula intrauterina.

Esto se correlaciona también con los niveles de hormona del embarazo en sangre: por debajo de 1000-1500 UI de BHCG no es visible la vesícula gestacional, pero si el valor es >1500 UI debe verse el saco intrauterino y si no es así debe buscarse en otra localización.

El diagnóstico de certeza se obtiene si se visualiza en un anejo una imagen de vesícula gestacional con vesícula vitelina o embrión, pero lo deseable es hacer un diagnóstico más precoz. Para ello, una vez sospechado, se repetirá determinación de la hormona a las 48 h y si ésta se eleva, pero no se duplica, y sigue sin verse el saco intrauterino se confirmará el diagnóstico.

El tratamiento será médico, excepto en los casos de rotura en los que existe una verdadera urgencia vital y debe realizarse laparoscopia con extirpación de la trompa afecta.

El tratamiento médico consiste en la administración de 50 mg de MTX en dosis única intramuscular y control posterior con determinaciones semanales de BHCG, comprobando su descenso, hasta la negativización de la misma. Con ese tratamiento se consigue conservar la trompa con buen resultado funcional.

Uterinas

La patología orgánica uterina que puede dar sintomatología dolorosa son las complicaciones de los miomas uterinos y las malformaciones genitales.

El **mioma** es un tumor benigno del músculo liso uterino que cuando está pediculado puede torsionarse y dar dolor. Su presencia es excepcional en niñas y adolescentes, por lo que no suele formar parte del diagnóstico diferencial en dolores pélvicos. No obstante, su identificación es sencilla por ecografía.

Las **malformaciones müllerianas** de tipo obstructivo, si bien poco frecuentes, pueden producir dolor pélvico agudo en el momento de la menarquia o dolor crónico intermitente y cíclico. Siempre debe descartarse su existencia en pacientes que han alcanzado su desarrollo puberal pero presentan amenorrea primaria y dolor pélvico cíclico⁽⁷⁾.

La exploración clínica será muy indicativa en los casos de **himen imperforado** o **tabique vaginal transverso**. En el primero, en la inspección se detecta un himen de color azulado y abultado con la vagina distendida por la sangre acumulada. Los tabiques transversos pueden situarse en cualquiera de los tercios vaginales, si bien la mayoría lo hacen en el medio y superior por lo que existe un corto tramo de vagina hasta llegar al mismo. Si tiene orificio de drenaje, puede permitir la salida de la sangre menstrual total o parcialmente. Si el orificio es demasiado pequeño o inexistente, la sangre acumulada provocará hematocolpos y hematometra y dolor pélvico cíclico.

Otro tipo de malformación que puede provocar dolor pélvico crónico es la existencia de **cuernos uterinos rudimentarios** no comunicantes con endometrio funcionante.

En el diagnóstico y adecuada clasificación de las malformaciones uterinas⁽⁸⁾ es esencial la realización de una resonancia magnética.

El tratamiento de las mismas es quirúrgico, buscando restablecer el tracto vaginal mediante la resección del himen o tabique y extirpando el cuerno rudimentario si en la prueba de imagen se confirma la existencia de hematometra.

Dolor anexial

Mittelschmerz^(1,3)

Se denomina así al dolor en los días de la ovulación. Afecta entre 20-40% de las mujeres.

Es un dolor sordo, unilateral, recurrente o con dolor similar varios meses, y que dura desde unos minutos a 6-8 horas, aunque en ocasiones puede persistir 2-3 días. El dolor puede reaparecer en el lado contralateral o afectar al mismo lado durante varios periodos.

No se conoce su causa exacta, pero se piensa que cuando aparece antes de la ovulación se debe a la distensión de la pared ovárica por el crecimiento máximo del folículo, mientras que después de la misma es debido a la irritación peritoneal producida por el líquido folicular o sangre del punto de rotura.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, por la coincidencia con el momento del ciclo y su naturaleza recurrente.

La patología orgánica uterina que puede dar sintomatología dolorosa son las complicaciones de los miomas uterinos y las malformaciones genitales

En la exploración aparecerá cierto grado de irritabilidad peritoneal. Mediante ecografía se puede ver líquido que ocupa fondo de saco de Douglas en cantidad moderada.

Excepcionalmente puede ocurrir que la rotura del folículo se acompañe de un sangrado importante que provoque anemia y obligue a realizar una laparoscopia para coagular la cápsula sangrante.

El tratamiento, tras explicar a la joven la naturaleza y causa del dolor, se basa en la administración de analgésicos antiinflamatorios. Si es muy recurrente e intenso, los anticonceptivos hormonales combinados serán útiles por su acción inhibitoria de la ovulación.

Rotura de quiste de ovario

Los **quistes simples** son frecuentes en la adolescencia⁽⁹⁾. Se forman cuando el folículo maduro no ovula ni involuciona y se diagnostican mediante ecografía como una tumoración menor de 6 cm, bien delimitada, de contenido hipoecoico, sin tabiques ni papilas.

Estos quistes son asintomáticos o producen irregularidades menstruales, dolor pélvico o sensación de pesadez abdominal. Pero en ocasiones debutan como un dolor pélvico unilateral, intenso, de inicio súbito coincidiendo con actividad física o relación coital. Puede acompañarse de un ligero sangrado vaginal.

En la exploración aparecerán signos de peritonismo y en el tacto vaginal sensación de ocupación y dolor a nivel de fondo de saco de Douglas.

La ecografía mostrará la presencia de la tumoración anexial junto con líquido libre en la pelvis.

Es importante hacer un diagnóstico diferencial con el embarazo ectópico roto, que requiere cirugía urgente, por lo que en la analítica que debe realizarse para valorar si existe o no anemia, se debe incluir test de gestación en sangre.

Si no existe anemia, se puede hacer un manejo ambulatorio con analgesia oral a demanda. El líquido se reabsorbe en unas 24 h, aunque las molestias, menos intensas, van a persistir unos cuantos días.

Si el dolor es muy intenso y existe anemia, lo que informaría de hemoperitoneo, la joven debe ser hospitalizada y recibir tratamiento analgésico y reposición de fluidos por vía intravenosa. Se repetirá la analítica y la ecografía para valorar evolución.

La presencia de sangre en peritoneo es muy irritante, y las molestias persistirán, aunque más leves, durante varias semanas. La actitud debe ser expectante y solo en el caso de inestabilidad hemodinámica el tratamiento será quirúrgico mediante laparoscopia y exéresis de la cápsula del quiste.

Torsión de ovario

La torsión ovárica tiene una incidencia de 4,9:105 en niñas y adolescentes. Supone el 3% de las causas de dolor pélvico agudo en esta población y lo más importante es que requiere tratamiento quirúrgico inmediato para preservar la vitalidad del ovario⁽¹⁰⁾.

La torsión puede aparecer incluso antes de la menarquia y se describen dos picos etarios: uno en la infancia precoz y otro alrededor de la pubertad.

Se pueden torsionar tanto los ovarios normales como los tumorales. En la población infantil y adolescente, la torsión aparece en ovarios de tamaño normal en el 45-51% de los casos y se cree debida a una elongación excesiva de trompas y ligamentos o a congestión venosa debido a la actividad hormonal premenstrual o cambios bruscos de presión intrabdominal. También por el aumento de la actividad hormonal en el periodo premenarquia e incluso perinatal.

Cuando la torsión se asocia a quiste, el hallazgo histológico más frecuente es teratoma maduro, seguido de quiste de cuerpo lúteo y quiste folicular. Los tumores malignos excepcionalmente se torsionan por adherencias debidas a cambios inflamatorios y fibróticos.

La torsión afecta con más frecuencia al ovario derecho, con una ratio 3:2. El anejo izquierdo suele ser menos móvil debido a la presencia del sigma ocupando la fosa iliaca de ese lado.

El diagnóstico de la torsión anexial supone un reto debido a la inespecificidad de los hallazgos clínicos y de las pruebas complementarias⁽¹¹⁾.

Los quistes simples de ovario son frecuentes en la adolescencia. Se forman cuando el folículo maduro no ovula ni involuciona y se diagnostican mediante ecografía como una tumoración menor de 6 cm, bien delimitada, de contenido hipoecoico, sin tabiques ni papilas

La torsión ovárica puede aparecer incluso antes de la menarquia y se describen dos picos etarios: uno en la infancia precoz y otro alrededor de la pubertad

La paciente suele referir dolor abdominal, a veces de inicio brusco y otras larvado y recurrente, que se asocia con vómitos en el 70% de los casos. El vómito suele coincidir con el comienzo del dolor y se supone debido a un reflejo vagal secundario a éste.

En la analítica se observa un aumento de los leucocitos y PCR, como marcadores de inflamación y necrosis tisular.

La prueba de imagen más útil es la ecografía. El hallazgo más frecuente es el aumento del tamaño del ovario con una ecogenicidad heterogénea y desplazamiento de los folículos hacia la periferia por el edema del estroma. También puede aparecer líquido en el fondo de saco de Douglas. Aunque se podría pensar que el estudio de la vascularización mediante Doppler aporta datos definitivos, no es así y va a ser normal en >60% de los casos gracias a la vascularización supletoria.

Debido a la inespecificidad de los signos y síntomas, e incluso de las pruebas radiológicas, la torsión frecuentemente no se sospecha, lo que supone un retraso de horas o días desde el inicio del cuadro hasta la cirugía. Un periodo de 10 horas o más se asocia con necrosis del anejo, desconociéndose el tiempo que tarda la isquemia en provocar un daño irreversible.

El tratamiento siempre es quirúrgico y debe realizarse mediante abordaje laparoscópico. Dependiendo del tiempo transcurrido, el anejo puede presentar una buena coloración pero un aspecto edematoso o un color azul oscuro.

Clásicamente, se recomendaba la exéresis del anejo afectado basándose en tres premisas: que los ovarios "azul oscuro" no eran viables; que la simple detorsión del anejo podría desencadenar un tromboembolismo; y el miedo a que, en el caso de existir una tumoración, ésta fuera maligna.

En la actualidad⁽¹²⁾, se recomienda la preservación del anejo y practicar solo la detorsión de éste. Hay una abundante evidencia científica de que el aspecto macroscópico del anejo torsionado puede llevar a error y que, en el 88-100% de los casos, el ovario continúa siendo viable a pesar de una isquemia prolongada. Esto se debe a que no hay una obstrucción arterial completa y que el edema y aumento de volumen del ovario es debido a estasis linfático y el color oscuro a hemorragia pero no gangrena. La recuperación del anejo tras la detorsión se hace evidente tanto en estudios ecográficos en los que se observan folículos como en los casos en los que se hace un second-look laparoscópico y se confirma el aspecto normal del ovario.

Incluso en el caso de que exista un quiste, parece recomendable diferir su exéresis unas 6 semanas, pues el tratamiento conservador es más difícil en el anejo isquémico.

Con respecto a la posibilidad de embolismo pulmonar, es de 0,2% en los casos de torsión anexial y la incidencia no aumenta cuando se realiza detorsión.

Por último, la probabilidad de que exista un tumor maligno es muy baja: solo el 1% de los tumores ováricos en la infancia lo son y solo el 1,8% de los tumores torsionados son malignos. En todo caso, será el cirujano quien valore el grado de sospecha intraoperatoriamente y proceda al tratamiento conservador o a la extirpación⁽¹²⁾.

Las pacientes que han sufrido la torsión de un anejo tienen mayor riesgo de presentar nuevos episodios de torsión de ese ovario o del contralateral. Por ello, se ha propuesto realizar una ooforopexia como prevención. Sin embargo existen controversias⁽¹³⁾ en relación a si debe hacerse en el mismo acto quirúrgico o de forma diferida, la técnica a realizar (plicadura de los ligamentos elongados, fijación del ovario a cara posterior de útero o pared abdominal) y a si debe ser uni o bilateral.

Endometriosis

Se define como la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad endometrial. Es una enfermedad hormono dependiente y por tanto propia de la mujer adulta aunque se han descrito casos desde los 10.5 años.

En las pacientes adultas, los síntomas principales de la endometriosis son el dolor pélvico, los quistes anexiales denominados "de chocolate" y la esterilidad. En las adolescentes no se plantean problemas reproductivos y tampoco va a ser frecuente la formación de endometriomas ováricos, por lo que el principal síntoma va a ser el dolor pélvico crónico cíclico o acíclico⁽¹⁴⁾.

Aunque el diagnóstico no es fácil por la inespecificidad de los signos, síntomas e incluso de las pruebas radiológicas, ante la sospecha de torsión ovárica debe realizarse una laparoscopia para evitar que la isquemia provoque un daño irreversible en el ovario

El diagnóstico definitivo se realiza por la visualización de las lesiones típicas al practicar una laparoscopia, y como es un procedimiento quirúrgico, solo se hace en caso de cuadros álgicos severos que no responden a tratamiento médico. Es por ello por lo que la prevalencia de endometriosis en la adolescencia es desconocida. Varios estudios concluyen que la endometriosis es el hallazgo más frecuente en las laparoscopias indicadas por dolor pélvico crónico en adolescentes, apareciendo entre 45-65% de las mismas⁽¹⁵⁾.

El dolor en la mayoría de los casos es cíclico, en forma de reglas muy dolorosas, pero hasta en 1/3 de los casos es también acíclico. En ocasiones se refiere un pico de dolor coincidiendo con la ovulación que se repite al iniciarse la menstruación.

En cuanto al tratamiento, en la mayoría de los casos se obtiene una buena respuesta con dosis adecuadas de antiinflamatorios no esteroideos y el empleo de anticonceptivos hormonales.

El tratamiento de elección en adolescentes son los anticonceptivos combinados, en la pauta habitual con periodo semanal de descanso, en pauta extendida (semana de descanso cada 3 meses) o continua (sin periodo de descanso). Se considera que con esas pautas el dolor mejora en el 80% de los casos, aunque en ocasiones de forma transitoria.

Otra opción de tratamiento son los gestágenos administrados de forma continua: el DIU de liberación de levonorgestrel Mirena®, los implantes de etonogestrel o los anticonceptivos que contienen solo gestágenos orales o inyectables depot. Con todos ellos se pretende crear un estado de pseudodecidualización, conseguir amenorrea y así aliviar el dolor asociado a la menstruación.

Los análogos de GnRH se utilizan en el tratamiento de la endometriosis a fin de crear un ambiente hipoestrogénico que impida el desarrollo de la enfermedad. Sin embargo sus efectos colaterales limitan su uso por un tiempo limitado no superior a 6 meses. Se han empleado en adolescentes mayores de 16 años tras la cirugía y resección de implantes, seguidos de anticonceptivos combinados continuos 3 meses y posteriormente en pauta habitual de forma indefinida. En las adolescentes menores de esa edad no deben emplearse por su efecto deletéreo sobre la formación ósea.

Otros tratamientos como el danazol o el dienogest no han cumplido las expectativas generadas además de presentar efectos secundarios intolerables en el caso del primero.

De acuerdo con las guías clínicas actuales⁽¹⁶⁾ se aconseja la realización de una laparoscopia en las adolescentes si la clínica es sugestiva de endometriosis y la sintomatología dolorosa no mejora con el tratamiento médico.

Enfermedad inflamatoria pélvica

Se denomina así a la infección del tracto genital superior: útero, trompas u ovarios. Puede ocurrir tras un parto o aborto, tras una intervención ginecológica (legrado, histeroscopia) o como consecuencia de una infección de transmisión sexual (ITS), en especial las debidas a chlamydia o gonococo⁽¹⁷⁾.

En los casos de infección activa, sobre todo si se forma un absceso tubo-ovárico, da lugar a un cuadro de dolor abdominal o pélvico agudo, pero también puede producir dolor pélvico crónico por las secuelas inflamatorias y adherenciales de una infección insuficientemente tratada.

Las secuelas a largo plazo incluyen también esterilidad y aumento del riesgo de gestación ectópica.

En los países que disponen de estudios de vigilancia epidemiológica, se ha comprobado que las adolescentes suponen entre 16-20% de pacientes diagnosticadas de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Ello se debe a una serie de factores biológicos y de comportamiento que contribuyen a que los adolescentes sean más susceptibles de adquirir una ITS y, una vez adquirida la infección, aumenta la posibilidad de que ésta se haga ascendente: se calcula que una adolescente tiene 30% de posibilidades de desarrollar una EIP en comparación con 10% de la mujer adulta⁽¹⁸⁾.

Dentro de los primeros se encuentran:

- *Ectopia cervical*: de forma fisiológica, la inmadurez cervical se manifiesta como un área de ectopia con epitelio columnar que es más susceptible que el epitelio escamoso a la colonización por gérmenes como *Neisseria gonorrea*, *Chlamydia trachomatis* y HPV.
- *Inmadurez inmunológica*: hay estudios que demuestran en las adolescentes niveles de IgA secretora menores a nivel del moco cervical que en las adultas.
- *Microbioma vaginal*: la susceptibilidad también se puede ver influenciada por la composición de la flora vaginal.

Los anticonceptivos hormonales combinados son útiles en el tratamiento médico del dolor pélvico debido a ovulación, dismenorrea y endometriosis

Aunque los criterios diagnósticos de la enfermedad pélvica inflamatoria son poco específicos, es preferible realizar un tratamiento antibiótico empírico sin esperar confirmación microbiológica para evitar las secuelas a largo plazo

Los factores conductuales son aún más importantes que los biológicos a la hora de describir el riesgo de EIP y comprenden tanto características de las relaciones sexuales de las jóvenes (inicio precoz, múltiples parejas, no empleo de métodos de barrera), como el retraso en solicitar atención médica, lo que hace que no se traten adecuadamente y pueda provocar recidivas y secuelas a largo plazo. Hasta el 85% de las adolescentes con una posible EIP tardan en ir al médico porque los síntomas de esta son poco específicos y sin carácter de gravedad, tienen miedo a ser exploradas o dudan de la confiabilidad del profesional sanitario⁽¹⁹⁾.

La EIP se considera una infección polimicrobiana. El microorganismo que se aísla con más frecuencia es *chlamydia* seguido de *gonococo*, y los dos pueden estar presentes. Ambos son responsables del 50% de las EIP. En menor porcentaje la infección es debida a gérmenes habituales de la flora vaginal, asociados o no a los anteriores, o a gérmenes como *mycoplasma* y *ureaplasma*.

El síntoma principal de la EIP es el dolor pélvico (87%), localizado generalmente en ambas fosas ilíacas. Es un dolor sordo, de inicio insidioso. A veces se acompaña de fiebre, náuseas o vómitos y malestar general. En los casos de enfermedad severa con formación de abscesos tubo ováricos aparecen signos de irritación peritoneal.

Otras veces, la joven refiere sangrado menstrual prolongado o aumentado; dismenorrea más intensa, duradera o de características diferentes de la habitual; disuria, por uretritis asociada; dispareunia o aumento del flujo vaginal.

Es muy frecuente que la EIP se desarrolle en los días próximos a la menstruación, postulándose que la sangre menstrual supone un adecuado medio de cultivo para los gérmenes y favorece el ascenso de estos por reflujo hacia las trompas (menstruación retrógrada).

El diagnóstico de la EIP se basa en criterios clínicos: la existencia de dolor pélvico y el hallazgo en la exploración de dolor en la palpación de los anejos o útero y dolor a la movilización del cérvix uterino.

Son criterios poco específicos, pero ante la importancia de las posibles secuelas de una EIP si no es tratada, se prefiere aumentar la sensibilidad diagnóstica, aunque suponga tratar casos que no son verdaderas inflamaciones pélvicas.

El diagnóstico diferencial se hará con la gestación extrauterina y otros cuadros de dolor abdominal como apendicitis, gastroenteritis, cólico renal....

En los casos de EIP grave con formación de abscesos tubo-ováricos, la ecografía puede ayudar al diagnóstico visualizándolos como formaciones elongadas de ecogenicidad mixta en la localización de los anejos.

Se debe realizar cultivo vaginal y endocervical a todas las pacientes, con determinación específica para *gonococo* y *chlamydia*, hemograma para valorar leucocitosis y marcadores de inflamación (PCR) y test de embarazo.

El tratamiento puede realizarse de forma ambulatoria en los casos de enfermedad leve o moderada, pero en los graves se aconseja la hospitalización.

En el tratamiento ambulatorio, aunque existen múltiples regímenes de tratamiento eficaces con los que se pretende cubrir los dos principales gérmenes etiológicos, el más empleado es la administración de 1 dosis de cefalosporina parenteral (ceftriaxona o cefoxitina) seguida de doxiciclina oral durante 14 días, pudiendo añadirse también metronidazol oral durante 2 semanas.

Los casos de EIP severa deben ser tratados mediante ingreso hospitalario y antibioterapia endovenosa. Los criterios de hospitalización incluyen: embarazo, incumplimiento del tratamiento oral, empeoramiento o no mejoría en 48-72 h tras iniciar tratamiento oral, existencia de absceso tubo ovárico o evidencia de peritonitis.

Hay autores que recomiendan siempre el ingreso hospitalario de las pacientes adolescentes para garantizar la cumplimentación del tratamiento⁽¹⁹⁾. En las adolescentes siempre se debe realizar un manejo conservador y tratamiento médico. Pero si se forman abscesos tubáricos de gran tamaño, puede ser necesaria la laparoscopia y proceder al drenaje de estos y lavado profuso o incluso extirpación de la trompa.

Es importante recabar información sobre las posibles parejas sexuales de la paciente diagnosticada de EIP y, si en los cultivos se aíslan *chlamydia* o *gonococo*, deben ser tratados todos los contactos sexuales de los últimos 2 meses.

Tablas y figuras

Tabla I. Etiología dolor pélvico en adolescentes

DOLOR PÉLVICO	AGUDO	CRÓNICO	
		CÍCLICO	ACÍCLICO
CAUSAS OBSTÉTRICAS	<ul style="list-style-type: none"> — Embarazo extrauterino — Aborto 		
CAUSAS GINECOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> — Torsión ovárica — Rotura quiste ovario — Absceso tubo-ovárico 	ÚTERO	
		<ul style="list-style-type: none"> — Malformaciones — Dismenorrea 	<ul style="list-style-type: none"> — Mioma
		ANEJOS	
		<ul style="list-style-type: none"> — Mittelschmerz — Endometriosis 	<ul style="list-style-type: none"> — E. inflamatoria pélvica — Tumor ovárico

Bibliografía

1. Ezcurra R., Lamberto N., Peñas V. Dolor abdomino-pélvico en ginecología. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2009; 32 (Supl 1): 49-58.
2. Brown K, Lee J. A. Evaluation of acute pelvic pain in the adolescent female. *Up to date Literature review current through: Nov 2018. | This topic last updated: Jan 25, 2018.*
3. Laufer M. R, Goldstein D. P. Dismenorrea, dolor pélvico y síndrome premenstrual. En *Emans, Laufer y Goldstein. Ginecología en Pediatría y la Adolescente. 4ª Edición Philadelphia. McGraw-Hill Interamericana 2000 277-312.*
4. Rodríguez N., Queipo N., Caraballo A., Nieto A.. Dolor pélvico en niñas y adolescentes: Hallazgos ultrasonográficos. *Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2009 Dic [citado 2018 Nov 22]; 69(4): 239-244. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50048-7322009000400005&lng=es.*
5. Naffaa L, Deshmukh T, Tumu S, Johnson C, Boyd K. P, Meyers A. B. Imaging of Acute Pelvic Pain in Girls: Ovarian Torsion and Beyond. *Current Problems in Diagnostic Radiology* 46(2017) 317-329.
6. Blanes Martínez A.A., Sánchez Serrano, M. Dismenorrea. Dolor Pélvico Agudo y Crónico. *Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid 2013 p 81-90. ISBN978-84-695-7249-8.*
7. Laufer M. R, Goldstein D. P. Anomalías estructurales del aparato reproductor femenino. En *Emans, Laufer y Goldstein. Ginecología en Pediatría y la Adolescente. 4ª Edición Editorial McGraw-Hill Interamericana 2000 233-276.*
8. Grimbizis G.F, Gordts S., Di Spiezio Sardo A., Brucker S., De Angelis C, Gergolet M, Li Tin-Chiu et al. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies *Human Reproduction*, 2013, Vol.28, No.8 pp. 2032-2044.
9. Goldstein D. P., Laufer M. R. Tumores ováricos benignos y malignos. En *Emans, Laufer y Goldstein. Ginecología en Pediatría y la Adolescente. 4ª Edición Philadelphia. McGraw-Hill Interamericana 2000 425-450.*
10. Nur Azurah AG, Wan Zainol Z, Zainuddin AA, Lim PS, Sulaiman AS, Kwang B. Update on the management of ovarian torsion in children and adolescents. *World J Pediatr, Online First, December 2014.*
11. Bolli P, Schädelin S, Holland-Cunz S, Zimmermann P. Ovarian torsion in children. Development of a predictive score. *Medicine* (2017) 96:43.
12. Amies Oelschläger A.M E., Gow Kenneth W., Morse C B, Lara-Torre E. Management of Large Ovarian Neoplasms in Pediatric and Adolescent Females. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 29 (2016) 88-94.
13. Ashwal E, Krissi H, Hirsch L, Less S, Eitan R, Peled Y. Presentation, Diagnosis, and Treatment of Ovarian Torsion in Premenarchal Girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 28 (2015) 526-529.
14. Burrieza G, Suárez E. Tumoraciones Ováricas más Frecuentes en la Infancia y la Adolescencia. *Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2013 91-103. ISBN978-84-695-7249-8.*
15. Suvitie P.A., Hallamaa M.K., Matomäki J.M., Mäkinen J.I., Perheentupa A.H. Prevalence of Pain Symptoms Suggestive of Endometriosis Among Finnish Adolescent Girls (TEENMAPS Study) *J Pediatr Adolesc Gynecol* 29 (2016) 97-103.
16. Janssen EB, Rijkers AC, Hoppenbrouwers K, et al: Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: a systematic review. *Hum Reprod Update* 2013; 19:570.
17. Suárez M. Infecciones ginecológicas en la adolescencia. ITS. *Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2013 123-134. ISBN978-84-695-7249-8.*
18. Risser W L, Risser J M, Risser A L. Current perspectives in the USA on the diagnosis and treatment of pelvic inflammatory disease in adolescents. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 2017;8 87-94.
19. Fortenberry JD. Sexually transmitted infections: Issues specific to adolescents. *Up to date. Literature review current through: Jul 2018. | This topic last updated: Jun 25, 2018.*

Bibliografía recomendada

- *** Laufer M. R, Goldstein D. P. Dismenorrea , dolor pélvico y síndrome premenstrual. En Emans, Laufer y Goldstein. Ginecología en Pediatría y la Adolescente. 4ª Edición Philadelphia. McGraw-Hill Interamericana 2000 277-312.
- *** Nur Azurah AG , Wan Zainol Z, Zainuddin AA , Lim PS , Sulaiman AS, Kwang B. Update on the management of ovarian torsion in children and adolescents. World J Pediatr, Online First, December 2014.
- ** Fortenberry JD. Sexually transmitted infections: Issues specific to adolescents. Up to date. Literature review current through: Jul 2018. | This topic last updated: Jun 25, 2018.

PREGUNTAS TIPO TEST

- ¿Cuál de estas pruebas complementarias aporta más información en el estudio de la adolescente con dolor pélvico?:**
 - Radiografía simple de abdomen.
 - Hemocultivo.
 - Ecografía pélvica.
 - Hemograma y coagulación.
 - Tomografía computarizada.
- ¿En cuál de estos procesos, el dolor no es el síntoma característico?:**
 - Aborto en curso.
 - Aborto tubárico.
 - Rotura de folículo.
 - Mittelschmerz.
 - Torsión ovárica.
- ¿Cuál es el tratamiento correcto de la torsión ovárica?:**
 - Laparotomía exploradora.
 - Detorsión del ovario por laparoscopia.
 - Extirpación del ovario por laparoscopia.
 - Quistectomía ovárica por laparoscopia.
 - Tratamiento analgésico intenso.
- ¿Cuál de estos microorganismos es la causa más frecuente de enfermedad pélvica inflamatoria en adolescentes?:**
 - Chlamydia trachomatis*.
 - Estreptococo B hemolítico.
 - E. Coli*.
 - Ureaplasma urealyticum*.
 - Mycoplasma hominis*.
- Señale la respuesta incorrecta en relación al tratamiento de la EIP en adolescentes:**
 - El diagnóstico se basa en criterios clínicos y exploración.
 - Las adolescentes tienen mayor riesgo de que una infección de transmisión sexual produzca una EIP.
 - Si existen criterios de gravedad, se debe hospitalizar a la paciente.
 - Puede ser recomendable el ingreso de una adolescente con EIP leve para garantizar cumplimiento del tratamiento.
 - Una vez pasado el proceso agudo, la EIP no produce secuelas a largo plazo.

Respuestas en la página 80.e3

@Síndrome de Ovario Poliquístico

M.T. Muñoz Calvo. Servicio de Endocrinología del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Profesora Asociada del Departamento de Pediatría de la UAM. Miembro del Grupo del Programa de Obesidad Infantil y de la Adolescencia del CIBEROBN, Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Adolescere 2016; IV (2): 20-31

© Disponible en: <http://www.adolescenciasema.org/mesa-de-actualizacion-sindrome-de-ovario-poliquistico-sop-m-t-munoz-calvo-adolescere-2016-iv-2-20-31/>