

ORIGINAL BREVE

## Abdominalgias de causa ginecológica: una realidad en adolescentes

S. Fernández Ávalos, D. Muñoz-Santanach,  
V. Trenchs Sainz de la Maza y C. Luaces Cubells\*

Sección de Urgencias, Servicio de Pediatría, Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 26 de agosto de 2009; aceptado el 18 de diciembre de 2009  
Disponible en Internet el 23 de marzo de 2010

### PALABRAS CLAVE

Dolor abdominal;  
Adolescentes;  
Emergencias;  
Ginecología

### Resumen

**Objetivos:** Determinar la prevalencia del dolor de origen ginecológico en las adolescentes atendidas por dolor abdominal en un servicio de Urgencias de Pediatría. Valora la sintomatología acompañante del dolor, las pruebas complementarias realizadas y la evolución posterior.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional. Se incluyen todas las pacientes con edad entre 12 – 18 años que consultaron durante el 2008 en un servicio de Urgencias de Pediatría por dolor abdominal que se orientó al alta como de origen ginecológico.

**Resultados:** Se incluyeron 699 consultas por dolor abdominal, 54 (7,7%) se orientaron de origen ginecológico. Su edad media fue de 15,2 años (DE 1,7). El 94,4% habían tenido la menarquía. Trece (59,3%) de las 32 adolescentes a las que se les preguntó eran sexualmente activas. La mediana de tiempo de evolución del dolor fue de 2 días (p25 – 75: 6 h – 4 días). Los síntomas asociados más frecuentes fueron el síndrome miccional (11; 20,4%) y los vómitos (9; 16,7%). Treinta y una (57,4%) de las adolescentes requirieron valoración por dos o más especialistas. En 42 (77,7%) se realizó alguna exploración complementaria, siendo las más frecuentes la ecografía (29; 53,7%) y el sedimento de orina (26; 48,1%). El dolor periovulatorio (16; 29,6%) y la dismenorrea (14; 25,9%) fueron los diagnósticos más frecuentes. Seis pacientes (9,3%) ingresaron y 4 (7,4%) precisaron intervención quirúrgica.

**Conclusiones:** Aunque las principales causas de dolor abdominal en adolescentes son procesos fisiológicos, es preciso realizar una anamnesis dirigida y una exploración física completa, para descartar otras enfermedades más graves, siendo necesaria, en muchas ocasiones, una valoración multidisciplinar para un diagnóstico correcto.

© 2009 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cluaces@hsjdbcn.org (C. Luaces Cubells).

**KEYWORDS**

Abdominal pain;  
Adolescents;  
Emergencies;  
Gynaecology

**Gynaecological abdominal pain in adolescent females****Abstract**

**Objective:** To determine the prevalence, the presentation, the evaluation and the evolution of abdominal pain of gynaecological cause in adolescents who came to a Paediatric Emergency Department.

**Methods:** An observational and descriptive study was performed. All adolescent female aged 12 to 18 years who came to Emergency Service during 2008 with abdominal pain were included. The patients diagnosed with gynaecological disorders were studied.

**Results:** Six hundred and ninety-nine adolescents with abdominal pain were evaluated and 54 (7,7%) of them were of gynaecological cause. Their mean age was 15,2 (SD 1,7) years. Fifty-one (94,4%) had had the menarche. Thirteen (59,3%) of the 32 adolescents, who were asked, said that they had had sex. The median evolution of pain was 2 days (p25 – 75: 6hours – 4days). The most frequent associated symptoms were micturition syndrome (11; 20,4%) and vomiting (9; 16,7%). Thirty-one (57,4%) adolescents were evaluated by two or more specialists. Forty-two (77,7%) patients were subjected to complementary examinations; abdominal ultrasound (29; 53,7%) and urinary sediment (26; 48,1%) were the two most common. The main diagnoses were peri-ovular pain (16; 29,6%) and dysmenorrhoea (14; 25,9%). Six (9,3%) patients were admitted to the hospital and 4 (7,4%) needed surgery.

**Conclusions:** Although the main causes of abdominal pain in adolescent females are physiological, an accurate anamnesis and physical examination is essential to rule out other more serious causes. A multidisciplinary evaluation is often necessary to make a correct diagnosis.

© 2009 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

El dolor abdominal es motivo de consulta frecuente en los servicios de Urgencias de Pediatría (SUP). Generalmente, corresponde a patología benigna y autolimitada, pero deben descartarse causas potencialmente graves y que requieran una intervención inmediata. Para facilitar el diagnóstico diferencial de las posibles etiologías debe pensarse en las más frecuentes según la edad de la paciente. En este aspecto, la dificultad se incrementa en la adolescencia, ya que es una etapa de desarrollo de cambios y de transición de la infancia a la edad adulta en la que pueden coexistir dolencias propias de ambos períodos, siendo esencial en las pacientes de sexo femenino descartar el dolor secundario a patología ginecológica, ya sea congénita o adquirida<sup>1-3</sup>. El objetivo del presente trabajo es determinar la prevalencia del dolor de origen ginecológico en las adolescentes atendidas por dolor abdominal en un SUP. Asimismo, se valora la sintomatología acompañante del dolor, las pruebas complementarias realizadas y la evolución posterior de las adolescentes.

**Métodos**

Estudio descriptivo observacional retrospectivo realizado en el SUP de un hospital materno-infantil de tercer nivel dotado de 264 camas pediátricas (pacientes entre 0 – 18 años), centro de referencia de un área de 1.200.000 habitantes y con una tasa media de frecuentación de urgencias infantiles de unas 113.000 consultas anuales, estimándose un 5,6% de ingresos<sup>4</sup>.

Se incluyen todas las consultas de las adolescentes atendidas en el SUP durante el año 2008. Se considera adolescente a toda paciente con edad comprendida entre los 12 – 18 años. Se seleccionan, a través de la base de datos informatizada del hospital, los informes clínicos de las visitas de Urgencias de las adolescentes que consultaron por dolor abdominal y cuyo diagnóstico de alta fue el de un dolor de causa ginecológica. Se analizan los siguientes datos de cada consulta: edad de la paciente, antecedente de menarquia y de conductas sexuales de riesgo, tiempo de evolución del dolor, síntomas acompañantes, especialistas que la atienden (pediatra, cirujano pediátrico y/o ginecólogo), exploraciones complementarias realizadas, diagnóstico definitivo y evolución.

Los datos extraídos se almacenan y procesan en una base de datos relacional Microsoft Access específica. Se tabulan variables cuantitativas y categóricas y se analiza con el programa estadístico SPSS 17.0.

**Resultados**

En el periodo de estudio se atendieron en el SUP 3.370 consultas de mujeres adolescentes, 699 (20,7%) fueron por dolor abdominal, 54 (7,7%, IC95%: 6,0 – 10,0) de las cuales fueron dadas de alta con orientación diagnóstica de dolor de origen ginecológico. Su edad media fue de 15,2 años (DE 1,7 años), siendo más frecuente en mayores de 15 años (10,4 vs. 5,8%; p=0,024). Cincuenta y una (94,4%) habían tenido la menarquia y 15 de ellas (29,4%) presentaban la menstruación en el momento de la consulta. A 32 (59,3%) se les

preguntó si eran sexualmente activas, siendo afirmativa la respuesta en 13 (40,6%). La mediana de tiempo de evolución del dolor fue de 2 días (p25 – 75: 6 h – 4 días); 22 (40,7%) presentaban dolor aislado y, en el resto, el síntoma asociado más frecuentes fue el síndrome miccional (11; 20,4%) (fig. 1). Todas las adolescentes fueron visitadas por un pediatra, que es quien inicialmente atiende a las pacientes con dolor abdominal de cualquier causa. Veinte (37%) adolescentes fueron valoradas también por un ginecólogo, 6 (11,1%) por un cirujano y 5 (9,3%) por ambos especialistas. Para ayudar en el diagnóstico, se realizó alguna exploración complementaria en 42 (77,7%) casos, en concreto ecografía en 29 (53,7%), sedimento de orina en 26 (48,1%), prueba de embarazo en 13 (24,1%), analítica sanguínea en 10 (18,5%) y radiografía de abdomen en 3 (5,5%). El diagnóstico más frecuente fue dolor periovulatorio (29; 53,7%) (tabla 1). La evolución fue favorable en la mayoría de casos, con

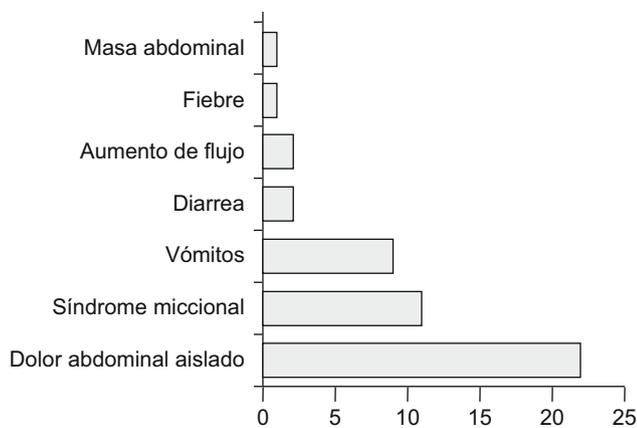


Figura 1 Sintomatología en el momento de la consulta a Urgencias.

Tabla 1 Diagnóstico definitivo de las adolescentes con dolor abdominal de origen ginecológico

| Diagnóstico                     | n  | %    |
|---------------------------------|----|------|
| Dolor periovulatorio            | 29 | 53,7 |
| Ovulación dolorosa*             | 16 | 55,2 |
| Quiste folicular                | 7  | 24,1 |
| Quiste folicular hemorrágico    | 6  | 20,7 |
| Dismenorrea                     | 14 | 25,9 |
| Malformación genital**          | 3  | 5,6  |
| Enfermedad inflamatoria pélvica | 2  | 3,8  |
| Gestación***                    | 2  | 3,8  |
| Quiste ovárico torsionado       | 1  | 1,9  |
| Quiste dermoide ovárico         | 1  | 1,9  |
| Síndrome de ovario poliquístico | 1  | 1,9  |
| Vulvovaginitis                  | 1  | 1,9  |

\*Incluye los casos de dolor periovulatorio sin evidencia de quiste folicular.

\*\*Incluye dos casos de himen imperforado y un caso de útero didelfo.

\*\*\*Incluye un caso de gestación intrauterina y un embarazo ectópico.

resolución espontánea en pocos días. Hubo 6 (9,3%) pacientes que precisaron ingreso, 4 (7,4%) para intervención quirúrgica (2 por himen imperforado, una por torsión de quiste ovárico, y otra por embarazo ectópico). La mediana de estancia hospitalaria fue de 1,3 días (p25 – 75: 0,5 – 3,9 días).

## Discusión

Como es de esperar, las principales causas de dolor abdominal de causa ginecológica fueron procesos benignos o fisiológicos propios de la edad, como dolores asociados a la ovulación y, sobre todo, la dismenorrea, por lo que una anamnesis y exploración física correctas<sup>1,5</sup> deberían dar la clave diagnóstica para un tratamiento analgésico adecuado. A pesar de ello, hay que tener en cuenta la posibilidad de otras patologías ya que aproximadamente un 10% de las adolescentes y mujeres jóvenes con dismenorrea presentan una enfermedad de base, como la endometriosis, la enfermedad inflamatoria pélvica, o las malformaciones<sup>6</sup>. En este punto cabe destacar que la enfermedad inflamatoria pélvica es poco diagnosticada en España pero relativamente frecuente en otros países<sup>7,8</sup>, se estima que el 20% se produce en menores de 19 años<sup>7</sup> y se asocia a determinadas condiciones patológicas como inmunodeficiencias y conductas sexuales de riesgo<sup>7-9</sup>. Su detección es importante para prevenir la mortalidad y las secuelas asociadas como la esterilidad<sup>1</sup>. En la presente serie únicamente se diagnosticó de enfermedad inflamatoria pélvica en 2 de las 699 consultas de adolescentes por dolor abdominal y es probable que algunos casos no fueran diagnosticados por falta de sospecha clínica adecuada. Por otro lado, la presencia de dolor abdominal cíclico en una paciente premenárquica con desarrollo de caracteres sexuales secundarios debe hacer pensar en la posibilidad de una malformación de los genitales internos<sup>1,10</sup>. La ausencia congénita de vagina o la presencia de un útero rudimentario se asocian al 15% de las amenorreas primarias<sup>10,11</sup>. Además, de las malformaciones de los genitales internos, el himen imperforado es causa importante de dolor abdominal secundario a hematocolpos en pacientes premenárquicas<sup>12,13</sup>, por lo que la exploración genital debería realizarse de forma sistemática.

Este trabajo al ser retrospectivo presenta varias limitaciones. Es probable que el número de consultas por dolor abdominal relacionadas con origen ginecológico sea mayor al establecido, por un lado, debido a errores en la codificación diagnóstica al alta y por otro, por falta de sospecha clínica dada la inespecificidad del signo guía. Asimismo, hubiera sido interesante conocer los datos referentes a la actividad sexual y anticoncepción en todas las pacientes siendo necesario que los pediatras tomemos conciencia de la importancia de preguntar sobre estos datos para realizar una correcta atención de nuestros adolescentes.

Para concluir, comentar que aunque en esta serie las principales causas de dolor abdominal en adolescentes fueron procesos fisiológicos, es preciso realizar una anamnesis dirigida, y una exploración física completa, para descartar otras enfermedades más graves siendo necesaria, en muchas ocasiones, una valoración multidisciplinar para un diagnóstico correcto. Además, ha de recordarse que dada la edad de las pacientes, es indispensable la prueba de embarazo previo cualquier examen radiológico. La elaboración de estudios

prospectivos con mayor número de pacientes ayudaría a realizar recomendaciones más específicas para el correcto manejo en los SUP del dolor abdominal en las adolescentes.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Forcier M. Emergency Department Evaluation of Acute Pelvic Pain in the Adolescent Female. *Clin Ped Emerg Med.* 2009;10:20–30.
2. Schmitz-Stolbrink A. Gynecologic origin of acute abdomen in childhood. *Radiologe.* 1997;37:459–63.
3. Mollitt DL, Dokler ML. Acute abdomen. The teenage girl. *Semin Pediatr Surg.* 1997;6:100–4.
4. Hospital Sant Joan de Déu. Memoria d'activitat 2007. En [http://www.hsjdbcn.org/data/HtmlEditor/File/pdf/memoria/2007/2007\\_memoria\\_tot\\_cat.pdf](http://www.hsjdbcn.org/data/HtmlEditor/File/pdf/memoria/2007/2007_memoria_tot_cat.pdf). Consulta: 16/06/09.
5. Stukus KS, Zuckerbraun NS. Review of the Prepubertal Gynecologic Examination: Techniques and Anatomic Variation. *Clin Ped Emerg Med.* 2009;10:3–9.
6. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: etiology and management. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2006;19:363–371.
7. Crossman SH. The challenge of pelvic inflammatory disease. *Am Fam Physician.* 2006;73:859–64.
8. Erb T, Beigi RH. Update on infectious diseases in adolescent gynecology. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2008;21:135–43.
9. Tarr ME, Gilliam ML. Sexually Transmitted Infections in Adolescent Women. *Clinical Obstetrics and Gynecology.* 2008;51:306–18.
10. Master-Hunter T, Heiman DL. Amenorrhea: evaluation and treatment. *Am Fam Physician.* 2006;73:1374–82.
11. Folch M, Pigem I, Konje JC. Müllerian agenesis: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol Surv.* 2000;55:644–9.
12. Dane C, Dane B, Erginbas M, Cetin A. Imperforate hymen—a rare cause of abdominal pain: two cases and review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007;20:245–7.
13. Mclvor RA. Haematocolpos once-in-a-lifetime cause of recurrent abdominal pain. *Arch Emerg Med.* 1990;7:51–2.