

CASOS CLÍNICOS

Torsión bilateral de trompas en una adolescente y tratamiento vía endoscópica

E. González-Bosquet, A. Torrent, E. Gómez-Valencia, J. Callejo y J.M. Lailla

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España.

SUMMARY

Isolated torsion of a Fallopian tube is a rare event and its symptoms are very unspecific, abdominal pain, nausea, vomiting, and low fever. Ultrasound and axial tomography are useful to confirm diagnosis, although definitive diagnosis is made during laparoscopy or exploratory laparotomy. Conservative treatment is difficult because the diagnosis is usually late; surgical laparoscopy being the choice for diagnosis and treatment.

INTRODUCCIÓN

La torsión de los anejos es una entidad relativamente frecuente, a diferencia de la torsión aislada de la trompa que se produce escasas veces (1/1.500.000 mujeres)¹. La clínica de una torsión de la trompa suele ser un dolor abdominal inespecífico, y por ello no es raro que el diagnóstico se haga tardíamente². El diagnóstico se hace en el acto quirúrgico, y es frecuente que no se pueda realizar un tratamiento conservador de la trompa; esto es importante, ya que esta entidad ocurre, con cierta frecuencia, en mujeres jóvenes sin hijos. Presentamos a continuación un caso sufrido en una adolescente.

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años que consulta al Servicio de Pediatría por dolor en fosa ilíaca izquierda de unas horas de evolución, junto con febrícula y vómitos. No tiene antecedentes patológicos de interés familiares ni personales. La menarquia fue a los 13 años, y presenta ciclos menstruales irregulares. La paciente es ingresada en observación por dolor abdominal y pre-

sencia de una hiperglucemia (144 mg/dl). El análisis de sangre destaca también una leucocitosis (24.400 leucocitos/ml) con desviación a la izquierda (87% segmentados y 2 bandas). En la ecografía abdominal se observa una imagen econegativa, retrouterina, junto al ovario derecho, bilobulada de 66 × 35 mm de diámetro que podría corresponder a un quiste vaginal. La paciente es remitida para valoración por ginecología a las 24 h del ingreso. En la exploración abdominal destaca dolor en fosa ilíaca izquierda con defensa voluntaria sin signos de irritación peritoneal, en el tacto rectal se palpa una tumoración de unos 5-6 cm en el anejo izquierdo dolorosa al tacto, por lo que se programa laparoscopia exploradora. En ésta se observa la trompa izquierda completamente necrótica, aumentada de tamaño y torsionada en el ligamento infundíbulo respetando el ovario (fig. 1). La trompa presenta una irregularidad que asemeja un quiste, aunque es difícil de valorar por la necrosis, se procede a la exéresis de ésta y extracción mediante *endobag*, al revisar la trompa derecha se observa un quiste paratubárico de unos 3-4 cm (fig. 2) que provoca mala posición de la trompa con tendencia a la torsión, se procede a la exéresis de éste, pero al estar íntimamente pegado a la luz tubárica, no se puede extraer completamente, por lo que se realiza una amplia fenestración tomando parte de la cápsula del quiste para biopsia (fig. 3). El postoperatorio evoluciona con normalidad, y se da de alta a las 48 h con buen estado general. El resultado del análisis histológico revela trompa izquierda con necrosis isquémica secundaria a torsión y cápsula del quiste paratubárico derecho con cambios iniciales (focos hemorrágicos e infiltrado) sugestivos de inicio de torsión.

DISCUSIÓN

La torsión aislada de trompa fue descrita, por primera vez, por Sutton en 1890³. La incidencia aproxi-

Aceptado para su publicación el 16 de septiembre de 2002.

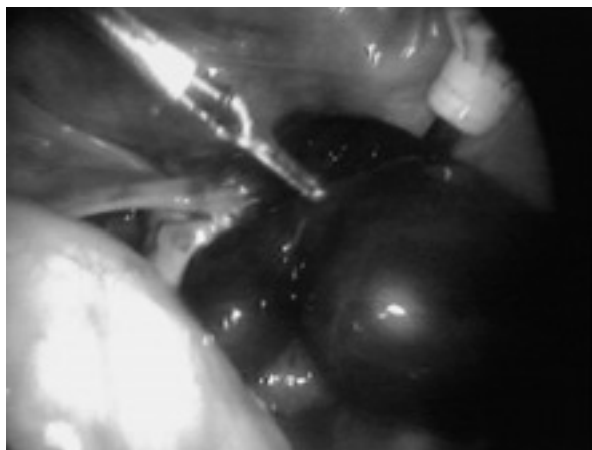


Fig. 1. Trompa de falopio izquierda aumentada de tamaño y completamente necrótica.



Fig. 2. Quiste paratubérico en la trompa de falopio derecha.

mada de esta rara entidad es de un caso cada 1.500.000 mujeres¹. Se produce más frecuentemente en mujeres en edad reproductiva, aunque también se han descrito casos en mujeres posmenopáusicas, en niñas que no han tenido todavía la menarquía e incluso en gestantes^{4,5}.

Se han sugerido diversos factores que pueden predisponer a la torsión aislada de la trompa, como un *hidrosalpinx*, cirugía tubárica previa y tumoraciones ováricas o paraováricas^{5,6}. En nuestro caso existía en la trompa necrosada una imagen sugestiva de un quiste paratubérico, aunque no fue posible su análisis por la importante necrosis de la trompa, aunque en la

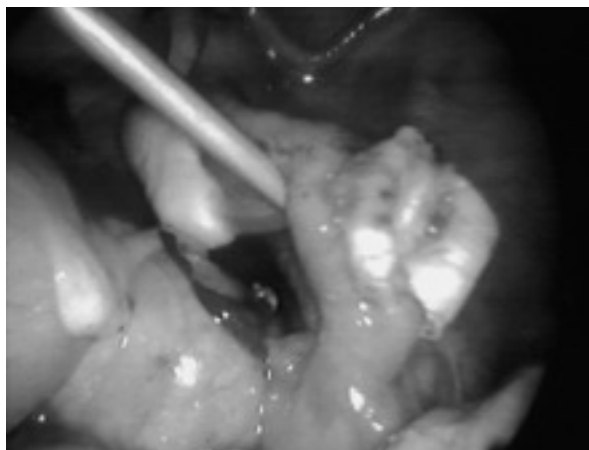


Fig. 3. Aspecto de la trompa de falopio derecha tras realizar una quistectomía parcial.

trompa contralateral sí observamos un quiste paratubérico que malposicionaba la trompa y, como se confirmó en el análisis anatomopatológico, había signos de torsión incipiente en esta trompa.

La sintomatología suele ser un dolor abdominal de inicio brusco que suele localizarse en la parte baja del abdomen y se acompaña de náuseas y vómitos⁷⁻⁹. En ocasiones, la sintomatología suele acompañarse, como en nuestro caso, de febrícula⁸. La ecografía es de gran ayuda para el diagnóstico de sospecha, ya que, generalmente, se podrá observar una masa de aspecto quístico que puede ocupar uno de los anejos o el saco de Douglas^{2,7,9}. En ocasiones, puede resultar difícil determinar el origen de la tumoración, como ocurrió en el caso que exponemos, sobre todo cuando la ecografía es transabdominal, algunos autores practican también tomografía axial computarizada para una mejor valoración de la tumoración^{2,10}.

Cuando revisamos la bibliografía observamos que en la mayoría de los casos el diagnóstico se realizó tardíamente, y no se pudo preservar la trompa^{2,9}, aunque hay casos descritos en los que se ha podido realizar un tratamiento conservador¹¹. Nosotros pensamos, al igual que otros autores^{8,12}, que la laparoscopia ejerce un importante papel tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la torsión aislada de trompa, y que ésta puede contribuir a realizar un diagnóstico más precoz que permita, sobre todo en niñas o mujeres sin hijos, plantear una conducta conservadora preservando la trompa. Además, es importante revisar la trompa contralateral, ya que, como ocurrió en nuestro caso, estaba iniciando una torsión, y, si es posible, modificar los factores que puedan favorecerla.

Presentamos uno de los pocos casos descritos en la bibliografía en los que se diagnostica una torsión bilateral aislada de trompa y en el que se puede realizar una actitud conservadora en una de las trompas, y realizar, además, cirugía encaminada a reducir el riesgo de una nueva torsión.

RESUMEN

La torsión aislada de la trompa de falopio es poco frecuente, y su sintomatología es muy inespecífica. Suele evolucionar con dolor abdominal, náuseas, vómitos y febrícula. Son útiles en su diagnóstico la ecografía y la tomografía axial computarizada, aunque el diagnóstico definitivo se realiza al practicar una laparoscopia o laparotomía exploradora. Éste suele ser tardío, lo que dificulta realizar un tratamiento conservador, y es la cirugía laparoscópica la que se considera de elección tanto para su diagnóstico como para su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hasen OH. Isolated torsion of the fallopian tube. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1970;49:3-6.

2. Milki A, Jacobson DH. Isolated torsion of the fallopian tube. A case report. *J Reprod Med* 1998;43:836-8.
3. Sutton JB. Salpingitis and some of its effects. *Lancet* 1890;11:1146.
4. Ferrera PC, Kass LE, Verdile VP. Torsion of the fallopian tube. *Am J Emerg Med* 1995;13:312-4.
5. Yalcin OT, Hassa H, Zeytinoglu S, Isiksoy S. Isolated torsion of fallopian tube during pregnancy; report of two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;74:179-82.
6. Raziel A, Mordechai E, Friedler S, Schachter M, Mordechai P, Ron-El R. Isolated recurrent torsion of the fallopian tube. *Hum Reprod* 1999;3000-3001.
7. Lineberry TD, Rodriguez H. Isolated torsion of fallopian tube in an adolescent: case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000;13:135-7.
8. Wang PH, Yuan CC, Chao HT, Shu LP, Lai CR. Isolated tubal torsion managed laparoscopically. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000;7:423-7.
9. Habib E, Mekkaoui M, Elhadad A. Value of celioscopy in treatment of isolated torsion of the fallopian tube. Review of the literature. Apropos of 3 cases. *Ann Chir* 1998;52:137-145.
10. Richard HM, Parsons RB, Broadman KF, Shapiro RS, Yeh HC. Torsion of the fallopian tube: progression of sonographic features. *J Clin Ultrasound* 1998;26:374-6.
11. Kurzbart E, Mares AJ, Cohen Z, Mordechai J, Finaly R. Isolated torsion of the fallopian tube in premenarcheal girls. *J Pediatric Surg* 1994;29:1384-5.
12. Huang FJ, Chang SY, Lu YJ. Laparoscopic treatment of isolated tubal torsion in a premenarchal girl. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999;6:209-11.