

CASOS CLÍNICOS

Torsión aislada de la trompa de Falopio. Tratamiento endoscópico

A. Bodega, I. Alario, M. Crespo, M. González, M. Izquierdo y V. Díaz-Miguel

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Yagüe. Burgos. España.

ABSTRACT

Isolated torsion of the Fallopian tube is rare and the symptoms are very unspecific, abdominal pain, nausea, vomiting, and low grade fever. Vaginal scan and manual vaginal exploration are both necessary to make a diagnosis, some authors recommend axial tomography, however definitive diagnosis is made during laparoscopy. Conservative surgery (undoing the torsion) is difficult as diagnosis is late. However, laparoscopy is the treatment of choice both for diagnosis and treatment.

Laparoscopic exploration of the lateral adnexe on the opposite side and excision of any existing hydatids are recommended to prevent torsion.

INTRODUCCIÓN

La torsión anexial es una entidad relativamente frecuente, y suele relacionarse con quistes ováricos que distorsionan la estática tubárica normal. Sin embargo, la torsión aislada de la trompa es una entidad que se produce escasas veces (1/1.500.000 mujeres)¹.

La clínica acontece de una forma larvada y anodina, la paciente acudirá a consulta o a urgencias con un abdomen más o menos agudo, por lo que se la podrá remitir tanto al servicio de cirugía como al de ginecología, razón por la que el diagnóstico sufrirá una demora que perjudicará notablemente la posibilidad de un tratamiento conservador. Otras veces, el diagnóstico se hará durante el acto quirúrgico, y raramente podrá evitarse la salpingectomía; esto es importante, dado que el proceso se presenta con frecuencia en mujeres jóvenes, a veces es bilateral y si el diagnóstico no es precoz, nos puede llevar a un problema de esterilidad tubárica.

Aceptado para su publicación el 14 de abril de 2004.

CASO CLÍNICO

Paciente de 42 años, que acude a urgencias con dolor abdominal de aproximadamente 10 h de evolución, centrado en la fosa ilíaca derecha (FID), continuo y acompañado de náuseas y vómitos. Diuresis y hábito intestinal, normales. Apirética. En ese momento, con la regla.

Fue valorada por el servicio de cirugía general, y en la exploración destacó: auscultación cardiopulmonar normal; abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación; sin defensa; sin Blumberg; puño-percusión renal negativa.

Analítica: leucocitosis con desviación izquierda; resto normal. Radiología: sin hallazgos en tórax y abdomen.

Con el diagnóstico de abdominalgia e intolerancia oral, ingresa en «camas de urgencias», con sueroterapia y analgesia y se avisa al servicio de ginecología para su valoración.

A las 5 h del ingreso la valora el servicio de ginecología. Se añade a la historia el antecedente de un parto normal, y constata idéntica sintomatología más febrícula. Exploración ginecológica: dolor intenso en zona anexial derecha. Se solicita test de gestación, que es negativo y ecografía abdominopélvica que muestra: hígado, vesícula, vías biliares, páncreas, bazo y riñones sin patología significativa; útero de contorno liso y morfología normal; anejo derecho con imagen aneocica de 4,5-4 cm, sugestivo de quiste anexial; anejo izquierdo de 25-12 cm con folículos en evolución; mínima cantidad de líquido libre en FID. Finalmente, la paciente queda ingresada a cargo de ginecología.

Es diagnosticada de quiste simple o folículo persistente, y la indicación a su ingreso es de observación, dieta absoluta, sueroterapia y analgesia y controles analíticos y ecográficos en 24 h.

El control a las 24 h fue:

– Exploración física: persiste la febrícula y la sintomatología dolorosa.

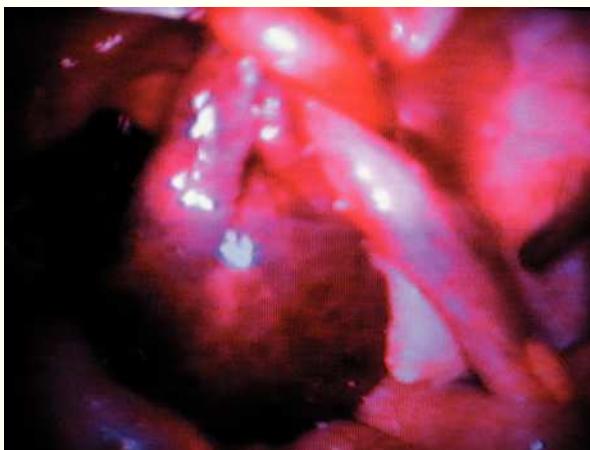


Fig. 1. Trompa derecha necrótica, aumentada de tamaño y torsionada, con 3 vueltas al eje del ligamento infundibulopélvico.



Fig. 2. Trompa derecha necrótica, aumentada de tamaño y torsionada.

– Analítica: leucocitos normales sin desviación izquierda.

– Ecografía vaginal: anejo derecho de 21–19 cm, con imagen econegativa sin tabiques ni otras estructuras, de 36–47 cm con paredes finas.

A las 48 h persiste la febrícula, y a la exploración ginecológica se palpa una tumoración dolorosa que ocupa el fondo de saco de Douglas, por lo que se decide completar el estudio preoperatorio (electrocardiograma y coagulación) y realizar una laparoscopia diagnóstica que se practica a las 53 h de llegar la paciente a urgencias.

En la laparoscopia se observa una trompa derecha completamente necrótica, aumentada de tamaño y torsionada en 3 vueltas al eje del ligamento infundibulopélvico, respetando el ovario (figs. 1 y 2). El res-

to del aparato genital interno (útero y anejo izquierdo) es normal. Se practica exéresis de la trompa mediante *endobag*, puncionando ésta dentro de la bolsa, para su extracción por el trocar de 12 mm de fosa ilíaca izquierda (FII). Hicimos hincapié en la exploración del anejo izquierdo en busca de patología asociada que pudiera inducir a otra torsión tubárica (quistes, hidrosalpinx, etc.) y que fuera subsidiaria de su exéresis, pero no se encontró.

El postoperatorio transcurrió dentro de los límites de la normalidad, y se dio de alta a la paciente a las 48 h.

El informe anatomopatológico fue: necrosis hemorrágica con infarto hemorrágico difuso por torsión, donde se reconoce trompa uterina y una hidátide quisticada y torsionada.

DISCUSIÓN

Sutton, en 1890², describe por primera vez la torsión aislada de la trompa.

Su incidencia es de un caso cada 1.500.000 mujeres¹, y se produce con mayor frecuencia en la edad reproductiva, aunque también acontece en niñas premenárguicas, en gestantes^{3,4} y en menopáusicas.

Los factores que predisponen a la torsión tubárica son: hidrosalpinx, cirugía previa, tumoraciones tubáricas o paratubáricas y quistes de Morgagny^{4,5}.

La sintomatología es muchas veces confusa, sobre todo si se trata de la trompa derecha: dolor abdominal de aparición brusca con manifestaciones de irritación peritoneal (Blumberg y McBurney positivos), asociados a náuseas y vómitos^{6,7} y frecuentemente febrícula⁸.

En el diagnóstico, la ecografía vaginal o transrectal es de gran ayuda, ya que generalmente se podrá observar una masa anexial de ecogenicidad quística o mixta centrada en uno o los 2 anejos, o bien caída en el fondo de saco de Douglas^{6,7,9}. En nuestro caso, en la ecografía se objetiva una imagen anecoica en anejo derecho.

Algunos autores practican una tomografía axial computarizada (TAC) para una mejor valoración de la tumoración; bien es verdad que esto no es muy frecuente.

La laparoscopia diagnóstica es el procedimiento de elección para el diagnóstico y tratamiento oportuno⁸, dado que de ser posible, la actitud conservadora en la trompa (sobre todo en las niñas o en las mujeres jóvenes) restituirá la fertilidad posiblemente perdida.

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. Para el diagnóstico es imprescindible la ecografía vaginal y el tacto vaginal, aunque hay autores que prodigan la TAC; el diagnóstico definitivo nos lo ofrecerá la laparoscopia. Éste, al ser casi siempre tardío, no permitirá la cirugía conservadora (des torsionar la trompa). De todas las maneras, es la cirugía laparoscópica la que se considera de elección tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

Es aconsejable la exploración laparoscópica del anejo contralateral y la exéresis de hidátides si las hubiera, con el fin de prevenir la torsión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hasen OH. Isolated torsion of the fallopian tube. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1970;49:3-6.
2. Sutton JB. Salpingitis and some of its effects. *Lancet* 1890;11:1146.
3. Ferrera PC, Kass LE, Verdile VP. Torsion of the fallopian tube. *Am J Emerg Med* 1995;13:312-4.
4. Yalcin OT, Hassa H, Zeytinoglu S, Isiksoi S. Isolated torsion of fallopian tube during pregnancy; report of two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;74:179-82.
5. Raziel A, Mordechai E, Friedler S, Schachter M, Mordechai P, Ron-El R. Isolated recurrent torsion of fallopian tube. *Hum Reprod* 1999;3000:3001.
6. Lineberry TD, Rodríguez H. Isolated torsion of fallopian tube in an adolescent: case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000;13:135-7.
7. Habib E, Makaoui 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;52:137-45.
8. Wang PH, Yuan CC, Chao HT, Shu IP, Lai CR. Isolated tuba torsion managed laparoscopically. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000;7:423-7.
9. Milki A, Jacobson DH. Isolated torsion of the fallopian tube. A case report. *J Reprod Med* 1998;43:836-8.