



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Torsión aislada de trompa de Falopio

E. Álvarez^{a,*}, M. Vilouta^a, A. González-González^b, D. Gómez-Sánchez^a, D. Iglesias^c y P. Trillo^c

^aServicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España

^bCentro de Saude Vilardevós, Ourense, España

^cServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España

Recibido el 22 de septiembre de 2008; aceptado el 20 de octubre de 2008

Disponible en Internet el 6 de agosto de 2009

PALABRAS CLAVE

Torsión;
Trompa;
Aislada

KEYWORDS

Torsion;
Fallopian tube;
Isolated

Resumen

La torsión aislada de trompa de Falopio es una rara entidad clínica, descrita por primera vez en 1890 por Sutton¹. Esta entidad va a debutar con un cuadro de dolor abdominal inespecífico, por lo que es necesario pensar en esta patología cara al diagnóstico diferencial y al tratamiento quirúrgico precoz con el objetivo de preservar dicho órgano. Presentamos el caso clínico de una paciente cuyo diagnóstico se realizó intraoperatoriamente, dado que se intervino con la sospecha de apendicitis aguda.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Isolated torsion of the Fallopian tube

Abstract

Occasional torsion of the Fallopian tube is a rare clinical entity, first described in 1890 by Sutton. This entity produces symptoms of nonspecific abdominal pain and consequently should be included in the differential diagnosis of early surgical treatment, with the goal of preserving the organ.

We present the case of a patient whose diagnosis was made during surgery, since the intervention was performed for suspected acute appendicitis.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Caso clínico

Paciente de 42 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Ciclos regulares, 4 gestaciones y partos eutócicos. Última revisión ginecológica hace 2 meses, normal.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: esther.alvarez.s@gmail.com (E. Álvarez).

Acude al servicio de urgencias por un cuadro agudo de dolor abdominal de predominio en la fosa ilíaca derecha de 6 h de evolución, de inicio brusco. Sin clínica urinaria ni digestiva. Apirética, normotensa. A la exploración destaca dolor a la palpación en la fosa ilíaca derecha con signos de irritación peritoneal, Blumberg y McBurney positivos. Hemograma ligera leucocitosis con desviación a la izquierda. Elemental de orina y test de gestación negativos. Valorada por el servicio de cirugía, deciden laparotomía por sospecha clínica de apendicitis aguda.

Durante el acto operatorio (incisión de McBurney) se observa formación de $\pm 15 \times 8$ cm, tubular, de coloración rojiza, edematosa y con puntos de necrosis que corresponden a la trompa derecha. Se observa en el punto de inserción tubárico al útero 2 vueltas de torsión. Avisan al ginecólogo de guardia y se practica salpinguectomía derecha por gran hematosalpinx torsionado. Revisión del resto del aparato genital, normal. El postoperatorio transcurre sin incidencias. Alta al 5.º día.

Anatomía patológica: infarto hemorrágico tubárico.

Discusión

La torsión aislada de la trompa de Falopio es una rara causa de abdomen agudo en la mujer. Se estima su incidencia en 1 caso por cada 1,5 millones de mujeres^{2,3}. Es más frecuente durante la edad reproductiva, aunque también se han reportado casos en niñas premenárquicas, en gestantes y en menopáusicas.

Se han comunicado más casos que afectan a la trompa derecha que a la izquierda con una ratio 2:1; es probable que se deba a que los anejos izquierdos están parcialmente adheridos al mesosigma^{4,5} o bien porque el flujo venoso es más lento en el lado derecho, dando lugar a congestión venosa que puede predisponer a la torsión.

La fisiopatología de esta entidad es desconocida. Este cuadro puede ocurrir en trompas sanas o previamente afectas por alguna patología. Se describen factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos⁶. Entre los factores intrínsecos se encuentran: anomalías congénitas de la trompa (recorrido excesivamente largo o tortuoso), patología adquirida (hidrosalpinx, tumores, piosalpinx, etc.) y peristalsis anómala. Como factores extrínsecos podemos encontrar alteraciones de los órganos vecinos (adherencias, tumores), embarazo, congestión pélvica, traumas de órganos pélvicos y cirugía previa. Regad⁸ estudió 201 casos diagnosticados de torsión tubárica y sólo encontró trompas normales en el 24%, en los demás casos coexistían con quistes o tumores (ovario, paraovario, tubáricos, etc.), cirugía previa (sobre todo ligadura tubárica mediante técnica de Pomeroy), gestación, infecciones (salpingitis, tanto agudas como crónicas) y anomalías congénitas.

La principal manifestación clínica consiste en dolor agudo, tipo cólico, localizado en la fosa ilíaca o el hipogastrio, que puede irradiarse hacia la ingle o el muslo ipsilateral y que aumenta de intensidad progresivamente en el tiempo. Es frecuente que se acompañe de síntomas digestivos o urinarios. La fiebre es rara, pero la febrícula es más frecuente. En el 50% de los casos publicados se describen cuadros previos de dolor abdominal inespecífico, que se podrían corresponder con episodios de torsión con

resolución espontánea. En la literatura médica podemos encontrar casos de torsiones subclínicas⁵⁻⁷, al estar los anejos privados de circulación se produce una amputación y reabsorción de la trompa, el ovario o ambos. Durante una laparotomía exploradora, al no observarse una trompa u ovario, se interpreta como agenesia de ésta. Sin embargo, se debe plantear la preexistencia de éstos dado que el sistema Mulleriano se desarrolla en sentido craneocaudal y la presencia de un útero bien desarrollado siempre precede a una trompa normal. Además, el ovario y la trompa tienen embriológicamente un origen diferente, por lo que sería difícil justificar la ausencia de ambos desde el punto de vista embriológico.

Los hallazgos de laboratorio suelen ser inespecíficos, aunque la mayoría suele presentar leucocitosis.

Los hallazgos ecográficos descritos son formaciones elongadas con presencia de ecos dispersos en su interior y que en la unión con el cuerno uterino presentan forma afilada. La sistematización del uso de la ecografía por vía vaginal nos dará la clave para el diagnóstico diferencial de esta entidad, que aun así continúa siendo difícil y en la mayoría de los casos publicados se establece durante el acto quirúrgico, probablemente porque en raras ocasiones vamos a pensar que la paciente puede presentar una torsión aislada de la trompa de Falopio.

Publicaciones recientes han descrito la utilidad de la tomografía y la resonancia para establecer el diagnóstico de esta entidad⁸⁻¹⁰.

El tratamiento y diagnóstico definitivo de la torsión aislada de trompa van a ser mediante laparoscopia o laparotomía y van a depender del estado en que se encuentre el conducto tubárico durante el acto quirúrgico. Ante la presencia de una trompa viable se realizará destorsión de ésta, por el contrario, si se encuentra una trompa gangrenada y necrótica, lo cual suele ocurrir la mayoría de las veces, se procederá a la salpinguectomía. Es necesario el examen meticuloso de los anejos contralaterales, dado que se han descrito casos de torsión tubárica bilateral.

Conclusiones

Es importante tener en cuenta esta patología en los casos de dolor abdominal, dado que su diagnóstico precoz permitirá la conservación de la trompa.

Bibliografía

1. Sutton JB. Salpingitis and some of its effects. *Lancet*. 1890;11:1146.
2. Smith AL, Bieber EJ. The diagnostic challenge of identifying isolated fallopian tube torsion: A case report of laparoscopic management. *J Minim Invasive Gynecol*. 2008;15:514-6.
3. Raziell A, Mordechai E, Friedler S, Schachter M, Pansky M. Isolated recurrent torsion of the fallopian tube. *Hum Reprod*. 1999;14:3000-1.
4. Batukan C, Ozgun MT, Turkyilmaz C, Tayyar M. Isolated torsion of the fallopian tube during pregnancy: A case report. *J Reprod Med*. 2007;52:745-7.

5. Provansal M, Courbière B, Estrade JP. Isolated tubal torsion: About three cases. *Gynecol Obstet Fertil*. 2008;36:173–5.
6. Commerci G, Colombo FM, Stefanetti M, Grazia G. Isolated fallopian tube torsion: A rare but important event for women of reproductive age. *Fertil Steril* 2007 Oct 20.
7. Youseff AF, Fayad MM, Shafeek MA. Torsion of the fallopian tube. A clinico-pathological study. *Acta Obstet Gynec Scand*. 1962;41:292–309.
8. Regad J. Elude anatomo-pathologique de la torsion des trompes uterines. *Gynecol Obstet*. 1933;27:519–35.
9. Park BK, Kim CK, Kim B. Isolated tubal torsion: Specific signs on preoperative computed tomography and magnetic resonance imaging. *Acta Radiol*. 2008;49:233–5.
10. Harmon JC, Binkovitz LA, Binkovitz LE. Isolated fallopian tube torsion: Sonographic and CT features. *Pediatr Radiol*. 2008;38:175–9.