



CASO CLÍNICO

Torsión anexial bilateral en la posmenopausia

M. Fernández-Rial*, M.I. Pardo Pumar, S. Campos Arca, M.J. Alonso-Vaquero, A. Carbajales Borrajo y J.E. Moral Santamarina

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

Recibido el 1 de septiembre de 2010; aceptado el 20 de septiembre de 2010

Disponible en Internet el 9 de febrero de 2011

PALABRAS CLAVE

Torsión anexial;
Masa anexial;
Cistoadenoma seroso;
Dolor abdominal

Resumen La torsión anexial es una complicación relativamente frecuente de las masas anexiales que se presenta sobre todo en edad reproductiva. Su diagnóstico es complicado y habitualmente definitivo tras intervención quirúrgica. Presentamos el caso de una torsión bilateral de ovario en una paciente posmenopáusica que consulta por dolor abdominal súbito. Tras laparotomía se descubren 2 cistoadenomas serosos, el mayor de 26 cm, con ambos anejos torsionados. Se realiza histerectomía subtotal más doble anexectomía resolviendo el cuadro clínico de la paciente.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Adnexal torsion;
Adnexal mass;
Serous cystadenoma;
Abdominal pain

Bilateral adnexal torsion in the postmenopause

Abstract Adnexal torsion is a relatively common complication of adnexal masses that occur mainly in reproductive age. Diagnosis is difficult and the definitive diagnosis is usually established after surgery. We report a case of bilateral ovarian torsion in a post-menopausal woman who complained of sudden abdominal pain. After laparotomy, two serous cystadenomas were discovered, the largest measuring 26 cm. Both adnexa were twisted. Subtotal hysterectomy and bilateral oophorectomy was performed, producing symptom resolution.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La torsión anexial es una urgencia ginecológica que requiere diagnóstico y tratamiento precoz para prevenir sus complicaciones. Se presenta con signos y síntomas inespecíficos y

se debe pensar en ella ante una mujer con dolor abdominal intenso y brusco¹ sobre todo en edad reproductiva²⁻⁵. Puede verse afectado el ovario, la trompa de Falopio o ambos. Aunque son raras se han descrito torsiones bilaterales¹⁻⁵. Ya que no existe ningún método diagnóstico definitivo no quirúrgico, y ante su clínica inespecífica y sus importantes consecuencias, debemos considerar la torsión anexial en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal.

Presentamos el caso de una paciente posmenopáusica con torsión anexial bilateral, cuya sospecha clínica era de neoplasia ovárica.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(M. Fernández-Rial\).](mailto:maria_frial@hotmail.com)

Descripción del caso

Paciente de 62 años, remitida a nuestro servicio desde urgencias generales por dolor continuo de comienzo súbito a nivel de zona lumbar derecha irradiado a fosa iliaca ipsolateral de 18 h de evolución, acompañado de náuseas y 4 episodios de vómitos en las horas previas. Refiere también aumento del perímetro abdominal en los últimos meses sin sangrado vaginal y un episodio similar 6 meses antes, diagnosticado como un cólico nefrítico.

Como antecedentes personales destacan hipertensión arterial e hipercolesterolemia a tratamiento, insuficiencia venosa en extremidades inferiores y obesidad severa. No intervenciones quirúrgicas previas ni alergias medicamentosas conocidas. Había tenido un parto previo, menopausia precoz a los 39 años y no refería antecedentes familiares de patología ginecológica maligna. Nunca revisiones ginecológicas.

A la exploración física, la paciente estaba afebril y normotensa, presentando postura antiálgica en flexión. El abdomen era globuloso y distendido, con dolor a la palpación, percusión mate y ruidos hidroaéreos muy disminuidos. En hipogastrio presentaba eritema y calor compatible con celulitis cutánea así como micosis en región inguinal bilateral. La especuloscopia fue normal. Al tacto vaginal bimanual se palpaba una tumoración dura que se extendía hasta hemiabdomen superior no siendo posible delimitar la altura uterina por la obesidad que presentaba la paciente. En la ecografía transvaginal se visualiza útero de 69 x 36 con línea endometrial de 7 mm así como una gran tumoración quística que alcanza hemiabdomen superior de ecogenicidad mixta, y que medida posteriormente por ecografía abdominal mide más de 30 cm, sin poder precisar origen. No se pudieron visualizar anejos. No se encontró líquido libre intraabdominal ni en Douglas. Se solicita analítica urgente de sangre y orina: hemoglobina de 13,9, leucocitos 18.100 con 88,7% de neutrófilos, resto de parámetros dentro de la normalidad.

Se decide ingresar a la paciente para estudios iniciándose tratamiento antibiótico para la celulitis abdominal y heparina profiláctica y se solicitan marcadores tumorales (Ca 19.9: 121.3; Ca 125: 539.6); radiografía de tórax en la que no se objetivaban hallazgos patológicos; ecografía abdominal y TC abdominopélvica con contraste que informan de la presencia de una gran masa abdominopélvica quística multi-septada y con polos sólidos de dependencia probablemente anexial de 34,5 x 25 x 26 cm sugestiva de cistoadenocarcinoma de ovario probablemente mucinoso como primera posibilidad, junto con LOE hipodensa en encrucijada de los segmentos VII-VI hepáticos inespecífica sin poder descartar su relación con metástasis.

Con este diagnóstico se decide la realización de laparotomía exploradora con biopsia intraoperatoria. Al acceder a cavidad abdominal se extraen 750 cm³ de líquido ascítico del que se toman muestras para citología y se visualiza una masa quística/tumoral blanco-azulada lisa, a tensión, y adherida a útero. Dadas las grandes dimensiones de la misma y la dificultad para su exposición extraabdominal, se realiza aspiración del contenido intraquístico (obteniendo 11 l de líquido), pudiendo entonces extraer la masa fuera de cavidad comprobando la dependencia de la misma de ovario derecho y como este se encuentra torsionado. A la reexploración se comprueba la existencia de otra masa

de las mismas características y menor dimensión en ovario izquierdo que también se encuentra torsionado. La biopsia intraoperatoria informa de citología negativa del líquido ascítico y cistoadenoma seroso bilateral. Se procede entonces a histerectomía subtotal con doble anexectomía.

El postoperatorio transcurre dentro de la normalidad tras transfusión de 1 concentrado de hematíes por hemoglobina en el control posquirúrgico de 8,6, siendo la paciente dada de alta al 7.º día.

Discusión

La torsión es una de las complicaciones más frecuentes de las masas anexiales junto con la hemorragia y la rotura⁶ y representa la quinta emergencia ginecológica más común, con una prevalencia del 2,7%⁴⁻⁶. Se define como la rotación completa o parcial del pedículo vascular del ovario sobre su eje longitudinal que afecta al drenaje venoso, linfático^{4,5} y arterial¹.

Según el grado de torsión y la duración de la misma, los síntomas se mantendrán o no en el tiempo y en los casos de torsión completa y prolongada aparecerá la trombosis y el infarto del anexo⁵. Es más frecuente la afectación del anejo derecho^{1,3-6}, lo que puede explicarse por el hecho de que el ligamento útero-ovárico derecho es fisiológicamente más largo que el izquierdo¹ o porque la presencia del colon sigmoide a la izquierda limita la movilidad del anejo en ese lado^{1,4-6}. Dado que el ligamento ancho actúa como punto de apoyo para el ovario y la trompa, es más probable encontrar la torsión conjunta de ambas estructuras^{4,5}. Aunque raros, existen casos de afectación bilateral^{1,2,4,5} como el nuestro. Se han documentado torsiones en todas las etapas de la vida de la mujer², sin embargo, el 80% de los casos son descritos en mujeres menores de 50 años^{2,4}, sobre todo en las 3 primeras décadas de la vida^{4,5}. El caso que exponemos se presenta en una paciente posmenopáusica con una torsión anexial bilateral, lo cual es muy poco frecuente.

El aumento del tamaño del ovario, por técnicas de inducción de la ovulación, ovario poliquístico o por masas ováricas; los quistes paraováricos, el embarazo y los antecedentes de cirugía pélvica previa (incluyendo la ligadura tubárica) predisponen a la torsión anexial^{1,5,6} así como las alteraciones en los ligamentos útero-ováricos^{1,6}. Los procesos ováricos malignos originan torsión con menos frecuencia que los benignos^{1,4-6} debido a la creación de adherencias e invasión de los tejidos vecinos, disminuyendo la movilidad del anejo y dificultando por lo tanto la torsión, como también ocurre con los endometriomas^{1,6}. El quiste dermoide o teratoma maduro quístico es la neoplasia ovárica más frecuente encontrada en mujeres jóvenes con torsión anexial^{1,5,6}, mientras que en mujeres mayores de 50 años es el cistoadenoma seroso⁴ como en nuestro caso. Aun así, la torsión puede aparecer en anejos completamente sanos^{4,5}.

La clínica es inespecífica e incluye dolor abdominal¹⁻⁶, náuseas y vómitos^{1,2,4-6} común a otras enfermedades digestivas, ginecológicas o urinarias con las que debemos hacer diagnóstico diferencial. El dolor que causa la torsión suele ser intenso, constante, de aparición brusca y unilateral aunque si la torsión es incompleta puede ser intermitente o cólico⁴⁻⁶ incluso períodos asintomáticos^{1,5}. Puede irradiar a la región lumbar ipsilateral^{1,5} como en nuestro caso y

hacernos sospechar de otra enfermedad o al muslo siguiendo la distribución del nervio obturador^{5,6}. Algunas pacientes presentan también febrícula^{1,5,6}, anorexia^{4,6}, vasoconstricción periférica, taquipnea, disminución de la saturación de oxígeno y acidosis metabólica⁶. La sensibilidad anexial es típica y dependiendo del tiempo de evolución podemos encontrar afectación sólo en la zona de los anexos o en todo el abdomen de forma difusa⁵. El 50% de las pacientes tienen una masa anexial palpable⁵.

Las pruebas de laboratorio son inespecíficas y se usan para excluir otras causas de dolor abdominal bajo⁵. Podemos encontrar leucocitosis^{1,5,6} sin existir correlación entre ella y la necrosis tisular¹.

Ante la sospecha de torsión, la ecografía es el método de imagen de elección⁵ y puede ayudar a la valoración preoperatoria de los anejos⁴. En primer lugar se debería realizar vía abdominal con la vejiga llena para identificar masas localizadas en la parte alta del abdomen, luego vía transvaginal con la vejiga vacía para la valoración óptima de los anejos¹. La ecografía revela imágenes patológicas en más del 93% de las pacientes con torsión^{1,5} aunque no son patognomónicas¹ y varían según la duración y el grado de isquemia^{4,5} siendo los hallazgos más comunes la masa anexial⁶, el aumento del tamaño del ovario^{5,6} y la ascitis⁶. Si la torsión es incompleta es insuficiente para causar isquemia, pero suficiente para interferir en el drenaje linfático y provocar la aparición de edema masivo en el ovario afectado pudiendo encontrarse líquido libre en Douglas por trasudación de la cápsula del ovario secundaria a obstrucción venosa y linfática^{4,5}. Secundariamente aparecerán numerosos folículos periféricos en el ovario afectado^{1,5,6}. Aun así, algunas torsiones se presentan en anejos normales y no muestran signos anormales en los ultrasonidos¹.

El Doppler color puede usarse en el diagnóstico pero deberíamos interpretarlo en conjunto con la ecografía y la clínica⁶. Ante un flujo sanguíneo ausente o anormal las posibilidades de torsión aumentan⁴⁻⁶ pero la existencia de flujo vascular no excluye la torsión con certeza^{1,4-6}, ya que se han dado casos de torsiones confirmadas quirúrgicamente con flujos normales en Doppler⁴, por lo que la comparación con el ovario contralateral puede ayudarnos⁶.

Algunos profesionales echan mano de otras técnicas de imagen como la TC y la RM. La TC puede mostrar desviación del útero al área torsionada, vasos congestionados en la zona de torsión, ascitis y obliteración de la grasa, mientras que en la RM en T2 puede aparecer señal hiperintensa relacionada con el edema en algunos casos⁶. Aun así parece que estas técnicas no aportan más datos al diagnóstico que la ecografía y el Doppler ya que se ha visto que comparando los ultrasonidos con la TC como método de imagen inicial, el diagnóstico preoperatorio de torsión fue correcto en el 71% y el 38% de los casos respectivamente¹.

El diagnóstico definitivo y el tratamiento son quirúrgicos^{1-3,5}. Puede hacerse por vía laparotómica o laparoscópica¹, en función del tamaño de la masa^{3,5} y de la experiencia del cirujano⁵. En un estudio realizado por Cohen comparando la laparoscopia con la laparotomía de forma retrospectiva la única diferencia encontrada fue la menor estancia hospitalaria con laparoscopia por lo que no

existen ventajas para realizar laparotomía cuando la laparoscopia no está contraindicada¹. En cuanto a la técnica, podemos hacer cirugía conservadora destorsionando el anejo seguido de quistectomía o cirugía radical eliminando el anejo torsionado mediante anexectomía^{1,3-6}. En el pasado se creía que la cirugía conservadora aumentaba las complicaciones tromboembólicas por el riesgo de suelta de un émbolo desde la vena ovárica trombosada hacia la circulación general, pero publicaciones actuales hablan de una incidencia de embolia pulmonar en casos de torsión anexial del 0,2%^{1,4-6} que no aumenta tras el manejo conservador de la misma. A pesar de todo, ante infarto hemorrágico o necrosis masiva, la mayoría de los autores recomiendan la anexectomía^{1,3,6}. Por edades, en mujeres premenopáusicas y niñas se recomienda tratamiento conservador ya que la función ovárica permanece intacta entre el 90 y el 100% de los casos^{1,6} salvo infarto o necrosis como hemos dicho anteriormente. En mujeres posmenopáusicas generalmente se practica una anexectomía bilateral⁶. Algunos autores proponen la realización de ovariopejías fijando la extremidad ovárica del ligamento útero-ovárico a la cara posterior del ligamento ancho con una sutura no reabsorbible, en casos determinados como pueden ser las malformaciones o excesiva longitud del ligamento útero-ovárico, torsiones de un solo anejo, o ante anexectomía contralateral para acortar dicho ligamento y reducir la laxitud ovárica¹.

En conclusión, la torsión ovárica es una emergencia quirúrgica. Diagnosticada y tratada a tiempo puede evitar la pérdida del ovario y sus consecuencias en aquellas mujeres que se encuentran en edad fértil. Aunque no sea una complicación frecuente en la posmenopausia, hemos de tener en cuenta este diagnóstico ante toda mujer con dolor abdominal de comienzo brusco; fundamentalmente en aquellos casos asociados a la presencia de una tumoración anexial. En función de la edad de la paciente, los deseos genéticos y el estado del anejo optaremos por técnicas conservadoras o radicales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Huchon C, Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;150:8-12.
2. Frank M, Neeman O, Halperin R, Schneider D, Herman A, Pansky M. Simultaneous bilateral torsion and entanglement of the adnexa. *J SLS.* 2006;10:520-1.
3. Wittich AC. Adnexal torsion presenting as an acute abdomen in a patient with bilateral cystic teratoma of the ovary. *J Am Osteopath Assoc.* 2002;102:231-3.
4. Varras M, Tsikini A, Polyzos D, Samara Ch, Hadjopoulos G, Akrivis Ch. Uterine adnexal torsion: Pathologic and gray-scale ultrasonographic findings. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2004;31:34-8.
5. Martin C, Magee K. Ovarian torsion in a 20 year-old patient. *CJEM.* 2006;8:126-9.
6. Bottomley C, Bourne T. Diagnosis and management of ovarian cyst accidents. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23:711-24.