



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Infarto tubárico por torsión aislada de trompa de Falopio: presentación de un caso



D. Escribano Pérez^{a,*}, L. Fatahi Bandpey^b, V. Spinoso Cruz^c, A.C. Utrillas Martínez^a, E.Y. Vilar Bonacasa^b, M. Oset García^a y L.I. Comín Novella^a

^a Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

^c Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

Recibido el 21 de marzo de 2013; aceptado el 31 de julio de 2013

Disponible en Internet el 17 de diciembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Torsión;
Trompa de Falopio;
Salpinguectomía;
Infarto tubárico

Resumen La torsión tubárica es una causa muy rara de abdomen agudo en mujeres, especialmente en edad fértil. La falta de síntomas o hallazgos clínicos patognomónicos así como su escasa incidencia la hacen difícil de diagnosticar, lo que retrasa el manejo precoz para poder preservar la trompa. Presentamos aquí un caso clínico representativo de esta dolencia.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Torsion;
Fallopian tube;
Salpingectomy;
Tubal infarction

Tubal infarction due to isolated torsion of a Fallopian tube: A case report

Abstract Tubal torsion is a rare cause of acute abdomen in women, especially those of child-bearing age. Because of the lack of pathognomonic symptoms, clinical findings, and their low incidence, diagnosis is difficult, which delays early management and hampers tubal preservation. We report a representative case of tubal torsion.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La torsión tubárica es una causa muy rara de abdomen agudo de la que en la literatura médica solo se encuentran publicadas series de casos aislados. Este proceso puede tener lugar tanto en trompas uterinas sanas como en aquellas previamente afectadas por alguna dolencia.

Su escasa incidencia y la clínica inespecífica hacen que el diagnóstico sea difícil y, generalmente, tardío, lo que disminuye las posibilidades de un tratamiento conservador de la trompa. Presentamos un caso clínico representativo de esta dolencia.

Caso clínico

Mujer de 24 años, diagnosticada de distrofia miotónica de Steinert e intervenida hace 7 años de quiste anexial derecho, que acude a urgencias por dolor abdominal sin fiebre. Valorada por cirugía, a la exploración presenta dolor en

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: describanop@salud.aragon.es
(D. Escribano Pérez).

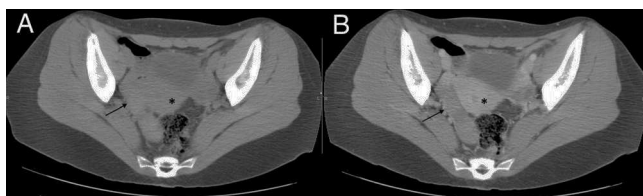


Figura 1 A) Tomografía computarizada abdominopélvica sin contraste intravenoso. B) Con contraste intravenoso. Estructura tubular de densidad en partes blandas, bien definida y delimitada, en región pararectal y retrouterina derecha (flecha), que no realza tras la administración del contraste intravenoso (signo sugestivo de isquemia). Nótese, por comparación, el intenso realce uterino (asterisco).

fosa ilíaca derecha irradiado hacia punto ovárico y, en la analítica, ligera leucocitosis con desviación izquierda. La radiografía de abdomen es inespecífica.

Se solicita ecografía abdominal, que informa de mínima cantidad de líquido libre en fosa ilíaca derecha, sin visualizarse el apéndice. Se realiza tomografía computarizada abdomino-pélvica sin y con contraste oral e intravenoso, que revela a nivel pararectal y retrouterino derecho una estructura tubular de 7,6 cm de longitud y 2 cm de diámetro, de densidad de partes blandas, inespecífica, que no realza tras la administración de contraste intravenoso (fig. 1) y que, revisando la ecografía transabdominal, ya se apreciaba (fig. 2A).

Dados los antecedentes de la paciente, la exploración física y los hallazgos en las pruebas de imagen, es valorada por ginecología. En la ecografía transvaginal se observan el útero y los ovarios de tamaño y morfología dentro de la normalidad, apreciándose una masa ovalada, bien delimitada, heterogénea, de 7,2 x 2,1 cm en zona útero-ovárica derecha (fig. 2B).

Se decide laparoscopia exploradora y, en la cirugía, se encuentra hemoperitoneo en cuantía moderada, por lo que se reconvierte a laparotomía y se halla trompa de Falopio de 9 cm de longitud y 1,5 cm de diámetro, toda ella de aspecto necrohemorrágico (fig. 3). Se lleva a cabo salpinguectomía derecha, cuyo informe anatomopatológico es de infarto hemorrágico tubárico.

Discusión

La torsión aislada de trompa de Falopio es una entidad poco frecuente (1/1.500.000 mujeres), generalmente aislada y



Figura 3 Imagen intraoperatoria de la extracción de la trompa torsionada, dilatada y necrosada (flecha), con útero de aspecto normal.

unilateral. Fue originalmente descrita por Bland-Sutton en 1890¹ y desde entonces solo se han publicado casos aislados o series de casos². Es una dolencia sobre todo de mujeres en edad fértil, siendo rara en el embarazo, la etapa premenárrica o posmenopáusica^{3,4}.

Se ha descrito que la torsión tubárica derecha es más frecuente que la izquierda a razón de 2:1, probablemente debido a la particularidad de que los anejos izquierdos están parcialmente fijados por el colon sigmoide.

El mecanismo causal de la torsión tubárica aislada no se conoce con exactitud. Se reconocen una serie de factores favorecedores, que pueden ser: a) intrínsecos: anomalías anatómicas o fisiológicas (mesosalpinx o mesovario largos, mesosalpinx distal reducido), anomalías hemodinámicas (congestión venosa anexial o venas del mesosalpinx más largas y flexibles que las arterias), hiperperistaltismo tubárico; b) extrínsecos: masas paraováricas o tubáricas, hematosalpinx por embarazo ectópico, hidrosalpinx, adherencias tubáricas, plastias, electrocoagulación, neoplasias, traumatismos o cambios bruscos de posición⁵. También puede aparecer, no obstante, en trompas sanas.

La fisiopatología de este proceso consiste en la rotación de la trompa alrededor de su pedículo vascular, provocando en un primer momento la obstrucción del retorno venoso y linfático, con el consiguiente edema, ingurgitación y trombosis. Si la torsión progresa y no se resuelve, se ve comprometida la vascularización arterial y se desencadena la necrosis del órgano y, finalmente, la instauración de peritonitis.

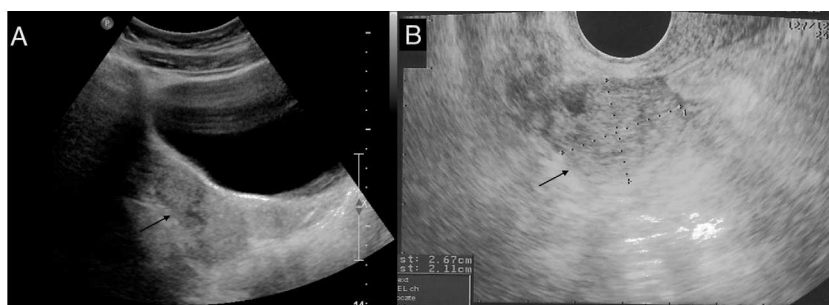


Figura 2 A) Ecografía transabdominal. B) Ecografía transvaginal. Estructura tubular heterogénea, predominantemente hiperecogénica, de localización posterior a la vejiga (flechas).

El cuadro clínico suele ser inespecífico y puede simular una amplia variedad de dolencias, por lo que se debe realizar diagnóstico diferencial con: apendicitis aguda, quiste ovárico torsionado o roto, embarazo ectópico tubárico, rotura de folículo ovárico, torsión o necrosis aséptica de un mioma subseroso, salpingitis, enfermedad inflamatoria intestinal, endometriosis, tumor ovárico, obstrucción o perforación intestinal, diverticulitis de Meckel, cistitis, cólico renal o simplemente una ovulación dolorosa.

Suele manifestarse clínicamente por dolor abdominal intenso, que se localiza en hipogastrio o fosa ilíaca correspondiente, a veces irradiado a flanco o muslo ipsilaterales, y suele ser agudo y de comienzo brusco (tipo «puñalada»). Puede ser continuo y de intensidad progresiva, o intermitente, acompañándose en ocasiones de crisis paroxísticas de exacerbación. La desaparición espontánea del dolor se debe probablemente a la muerte del tejido y de los nervios en el área afectada⁶. En ocasiones, se acompaña de sintomatología urinaria o gastrointestinal.

En la evolución suelen aparecer náuseas y vómitos, así como la instauración de defensa abdominal, que se considera un signo de gravedad y hace sospechar la isquemia de la trompa. Las pacientes pueden presentar fiebre y taquicardia, y en algunos casos se ha descrito la aparición de sangrado vaginal.

En la exploración física se puede encontrar un signo de Warnicke positivo, es decir, la palpación de una masa anexial dolorosa, o un pedículo doloroso con los movimientos laterales del útero en el examen ginecológico⁷. La analítica sanguínea suele ser normal, o con ligera leucocitosis y aumento de la VSG.

Los hallazgos radiológicos son inespecíficos, y pueden contribuir a la demora diagnóstica, por lo que es muy importante la correlación con la historia clínica y el examen físico.

La ecografía (transabdominal pero, sobre todo, transvaginal) se considera la técnica de imagen de referencia para el diagnóstico de esta dolencia, aunque no se han descrito signos ecográficos patognomónicos. Suele mostrar una estructura elongada de morfología acodada, bien delimitada, de pared hiperecoica, que se localiza entre el ovario y el útero o en el saco de Douglas, y se afila a medida que se acerca al cuerno uterino. La masa puede ser quística (más frecuentemente), sólida o mixta. Al principio del cuadro es más homogénea y en estadios avanzados pasa a ser heterogénea, lo que traduce la presencia de zonas necrótico-hemorrágicas manifestadas como ecos internos o como sedimentos en la fase de isquemia (signo de gravedad)⁵.

En la ecografía doppler color, la presencia de una alta resistencia, una disminución del flujo sistólico, una inversión del flujo diastólico o una ausencia de flujo (en caso de isquemia) unilateral en la masa ya descrita, deberían alertar sobre la posibilidad de una torsión aislada de trompa de Falopio. Sin embargo, la presencia de flujo doppler normal no excluye con toda seguridad la torsión⁸.

La visualización de un ovario ipsilateral de aspecto normal separado de la masa sugiere torsión aislada de trompa uterina. Puede existir una pequeña cantidad de líquido libre en la pelvis.

En la tomografía computarizada se puede visualizar una trompa dilatada, con hemorragia tubárica. Puede apreciarse un engrosamiento del ligamento ancho uterino asociado

bordeando la masa hipodensa, lo que da un aspecto «en cola de ratón» o «en cañón de fusil». También se puede observar un aumento de densidad de la grasa pélvica adyacente, sugestivo de cambios inflamatorios a ese nivel⁹.

El diagnóstico preoperatorio de una torsión aislada de trompa es muy raro, describiéndose solamente en un 20% de los casos⁷. La falta de síntomas patognomónicos, hallazgos específicos en la exploración física, en las pruebas de imagen o de laboratorio hacen esta entidad difícil de diagnosticar, por lo que el diagnóstico definitivo se realiza habitualmente en el momento de la intervención.

El tratamiento es siempre quirúrgico (laparoscópico preferentemente) y consiste, en los casos en que sea posible, en una detorsión de la trompa y observación cuidadosa de la misma para valorar el grado de revascularización y recuperación que se alcanza con este gesto. Si el tejido tubárico parece viable, se puede proponer una fijación de la trompa para prevenir una recurrencia. En cambio, si persiste la apariencia isquémica de la trompa se impone la realización de una salpingectomía, preservando el ovario si es una torsión aislada. Además, ha de llevarse a cabo de forma sistemática una fijación de la trompa contralateral, en especial en presencia de factores de riesgo.

Es fundamental informar a la paciente de la posibilidad de recurrencia, disminución de la fertilidad y de aumento de la probabilidad de embarazo extrauterino.

Conclusión

Es fundamental que esta entidad sea tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo en fosa ilíaca derecha en mujeres jóvenes, ya que el diagnóstico y la intervención quirúrgica precoces son claves para la viabilidad y conservación de la trompa y, por tanto, de la fertilidad de la paciente.

En nuestro caso particular, se pretendía evitar la cirugía salvo indicación clara, puesto que la miopatía de base de la paciente podía complicar la anestesia. Es por eso por lo que el tratamiento se demoró y el resultado fue la pérdida de la trompa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bland-Sutton J. Salpingitis and some of its effects. *Lancet*. 1890;2:1146-8.
2. Wong SW, Suen SH, Lao T, Chung KH. Isolated Fallopian tube torsion: A serie of six cases. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89:1354-6.
3. Klampfl S, Lesnik G, Weber G, Hausegger K. MR tomography detection of an isolated tubal torsion in a premenarchal 13-year-old. A rare radiologic diagnosis. *Rofo*. 2010;182:806-7.
4. Ozgum MT, Batukan C, Turkyilmaz C, Serin IS. Isolated torsion of fallopian tube in a post-menopausal patient: A case report. *Maturitas*. 2007;57:325-7.

5. Provansal M, Courbière B, Estrade JP, Agostini A, Gamberre M. Torsion tubaire isolée: A propos de trois cas. *Gynecol Obstet Fertil*. 2008;36:173–5.
6. Oelsner G, Shashar D. Adnexal torsion. *Clin Obstet Gynecol*. 2006;49:459–63.
7. Phillips K, Fino E, Kump L, Berkeley A. Chronic isolated fallopian tube torsion. *Fertil Steril*. 2009;92:394, e1–3.
8. Pena J, Ufberg D, Cooney N, Denis AL. Usefulness of doppler ultrasonography in the diagnosis of ovarian torsion. *Fertil Steril*. 2000;73:1047.
9. Skinner S, Voyvodic F, Scroop R, Sanders T. Isolated tubal torsion: CT features. *Clin Radiol*. 2001;56:155–6.