

Mikel Gorostidi Pulgar
Javier Rodríguez Santos
Alfredo Otalora de la Serna
Miguel Gabarain Astorqui
Maite Albisu Altolaguirre

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Policlínica Gipuzkoa.
San Sebastián. España.

Correspondencia:

Dr. M. Gorostidi.
Usandizaga 18, 6.^o izquierda.
20002 San Sebastián. Guipúzcoa. España
Correo electrónico: mgorostidi@segovia.es

Fecha de recepción: 20/9/05.
Aceptado para su publicación: 12/12/05.

RESUMEN

La torsión tubárica es un proceso muy infrecuente, aunque hay casos descritos en mujeres de cualquier edad y en diversas situaciones. Los casos más frecuentes son los producidos en mujeres en edad fértil tras un proceso de esterilización tubárica, ya que el frecuente hidrosalpinx posquirúrgico predispone a este desenlace. El diagnóstico habitualmente se realiza tarde, en el momento de la cirugía, es decir, tras necrosis y posterior salpingectomía.

PALABRAS CLAVE

Trompa de Falopio. Torsión. Esterilización tubárica.
Electrocirugía

ABSTRACT

Fallopian tube torsion is a very uncommon event, even though many cases have been described in all ages and in a wide range of situations. This entity most frequently occurs in women of fertile age after tubal sterilization, because postsurgical hydrosalpinx is a predisposing factor. Diagnosis is often made late, at the moment of surgery, with a finding of tubal necrosis. Usually, salpingectomy is subsequently performed.

Torsión tubárica tras ligadura de trompas

*Fallopian tube torsion
after tubal sterilization*

KEY WORDS

Fallopian tube. Torsion. Tubal sterilization.
Electrosurgery

INTRODUCCIÓN

La torsión tubárica es un proceso muy infrecuente, aunque hay casos descritos en mujeres de cualquier edad y en diversas situaciones. Los casos más frecuentes son los producidos en mujeres en edad fértil tras un proceso de esterilización tubárica, ya que el frecuente hidrosalpinx posquirúrgico predispone a este desenlace. El diagnóstico habitualmente se realiza tarde, en el momento de la cirugía, y la necrosis y la posterior salpingectomía es lo más habitual.

CASO CLÍNICO

Paciente en edad fértil con cuadro de dolor en fosa ilíaca derecha (FID), clasificado previamente de cólico nefrítico y tratado con antiespasmódicos intravenosos sin resolución clínica. Como antecedentes personales presenta una ligadura de trompas realizada mediante electrocoagulación con bipolar y sección por laparoscopia un año antes. La exploración clínica es inespecífica: dolor en fosa ilíaca derecha continuo con períodos de exacerbación, ab-

538 domen blando, doloroso a la palpación profunda en FID. A la exploración ecográfica se observan unos ovarios funcionantes normales y una imagen aneocoica anexial derecha, alargada, de unos 2-1,5 cm, sugestivo de hidrosalpinx.

Ante la persistencia del cuadro clínico que había motivado su ingreso, se decide realizar una laparoscopia diagnóstica. En la intervención se observa en el anejo derecho la porción de la trompa distal a la ligadura, torsionada y necrosada.

Se efectúa la correspondiente salpingiectomía del fragmento distal necrosado resolviéndose el cuadro clínico.

DISCUSIÓN

La torsión tubárica es un proceso muy infrecuente. No obstante, hay casos descritos en la bibliografía en todas las edades.

Se han descrito casos de torsión de trompa de Falopio espontáneas en adultos¹, adolescentes²⁻⁵, incluso en la menarquia⁶ y en la premenarquia⁷, por hematosalpinx asociado a endometriosis tubárica⁸, por embarazo ectópico tubárico⁹ y en pacientes con hidrosalpinx a las que se les realizó oclusión tubárica para un procedimiento de fecundación *in vitro*¹⁰; incluso se ha descrito un caso de torsión tubárica bilateral¹¹, aunque los casos más frecuentes están descritos tras la esterilización tubárica¹²⁻¹⁸, tanto mediante técnica de Pomeroy^{19,20} como de técnica Irving²¹ o cauterización tubárica laparoscópica²²⁻²⁵.

La clínica es variable e inespecífica: incluye dolor abdominal, generalmente de inicio súbito, en la fossa ilíaca o en el hipogastrio irradiado a la fossa ilíaca, de tipo cólico, aunque puede ser más insidioso, continuo y con defensa. La mayoría de los pacientes presenta náuseas y vómitos, la fiebre es rara, pero la febrícula es más frecuente. La ecografía generalmente muestra una masa anexial, pero su tamaño habitualmente es pequeño y puede ser interpretado como secuelas posquirúrgicas de una esterilización femenina o como un folículo ovárico.

Una incisión generosa del mesosalpinx, durante la esterilización quirúrgica, puede producir que el mesosalpinx distal de la trompa actúe como un pedúnculo y pueda torsionarse, por lo que se aconseja no seccionar excesivamente el mesosalpinx. Se han descrito casos acontecidos desde los pocos días de la cirugía hasta varios años después de ésta. Los casos donde el mesosalpinx es largo, con congestión venosa, edema y aumento del peso de las fimbrias en el extremo distal libre, favorecen la torsión. La acumulación de secreciones en una trompa seccionada provoca que ésta tenga más peso y más facilidad para torsionarse.

La cirugía, hoy en día habitualmente laparoscópica, es necesaria para poder confirmar el diagnóstico. Una temprana intervención quirúrgica es vital para poder salvar el oviducto en la torsión espontánea de la mujer adolescente, aunque lo más frecuente es que la clínica inespecífica, añadido a la rareza del proceso, provocan que el diagnóstico de torsión de la trompa y su necrosis se realicen en el momento de la cirugía, y la trompa ya esté irreversiblemente dañada, por lo que la salpingiectomía es lo más habitual. Este final no producirá secuelas indeseables en las mujeres que tienen el antecedente de una esterilización tubárica, pero sí secuelas graves en las mujeres con deseo de fertilidad. Por tanto, ante la sospecha del cuadro, se impone la realización de una laparoscopia diagnóstica precoz en estas últimas.

CONCLUSIONES

La torsión tubárica es un evento muy infrecuente y su clínica es inespecífica. Esta rara complicación debería considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor pélvico agudo en las mujeres, sobre todo en las que tengan una historia de esterilización tubárica. Sin embargo, en la mujer joven que sufra una torsión espontánea es donde las secuelas pueden ser graves y el diagnóstico precoz, esencial, por lo que se impone la laparoscopia precoz, como herramienta diagnóstica y terapéutica ante la sospecha de torsión.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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;52:137-45.
2. Dedecker F, Graesslin O, Khider Y, Fortier D, Quereux C, Gabbriell R. Isolated torsion of the Fallopian tube in a 15-year old adolescent. About one case. *Gynecol Obstet Fertil*. 2003;31:1036-8.
3. Rizk DE, Lakshminarasimha B, Joshi S. Torsion of the fallopian tube in an adolescent female: a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2002;15:159-61.
4. Lineberry TD, Rodríguez H. Isolated torsion of the fallopian tube in an adolescent: a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2000;13:135-7.
5. Elchalal U, Caspi B, Schachter M, Borenstein R. Isolated tubal torsion: clinical and ultrasonographic correlation. *J Ultrasound Med*. 1993;12:115-7.
6. Jamieson MA, Soboleski D. Isolated tubal torsion at menarche: a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2000;13:93-4.
7. 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.
8. Ohara N, Narita F, Murao S. Isolated torsion of haematosalpinx associated with tubal endometriosis. *J Obstet Gynaecol*. 2003;23:453-4.
9. SVANE H. Torsion of the fallopian tube, a complication of tubal pregnancy. *Nord Med*. 1957;57:395-6.
10. LaCombe J, Ginsburg F. Adnexal torsion in a patient with hydrosalpinx who underwent tubal occlusion before in vitro fertilization. *Fertil Steril*. 2003;79:437-8.
11. Barisic D, Bagovic D. Bilateral tubal torsion treated by laparoscopy: a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1999;86:99-100.
12. Poma PA, Barber A. Fallopian tube necrosis after postpartum sterilization. *J Natl Med Assoc*. 2001;93:149-50.
13. Ikeda S, Sumiyoshi M, Oki C. Torsion of the fallopian tube following sterilization. *Gynecol Obstet Invest*. 1998;46:271-3.
14. Vierhout ME, Wallenburg HC. Torsion of the fallopian tube; a case report of a bilateral non-simultaneous torsion and a review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1986;23:111-5.
15. Bernardus RE, Van der Slikke JW, Roex AJ, Dijkhuizen GH, Stolk JG. Torsion of the fallopian tube: some considerations on its etiology. *Obstet Gynecol*. 1984;64:675-8.
16. Pujari BD, Pujari MB, Deodhare SG. Poststerilization tubal torsion. *Int Surg*. 1978;63:84-6.
17. Panchalingam S. Torsion of hydrosalpinx, a complication of tubal-ligation. Report of a case. *Ceylon Med J*. 1967;12:176-8.
18. Sandler MJ. Torsion of fallopian tube following tubal ligation. *Am J Obstet Gynecol*. 1958;76:41-3.
19. Krissi H, Orvieto R, Dicker D, Dekel A, Ben Rafael Z. Torsion of a fallopian tube following Pomeroy tubal ligation: a rare case report and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1997;72:107-9.
20. Sivanesaratnam V. Torsion of the fallopian tube—a late complication of sterilisation. *Singapore Med J*. 1986;27:72-3.
21. Sozen I, Kadako R, Fleischman S, Arici A. Diagnosis and laparoscopic management of a fallopian tube torsion following Irving tubal sterilization: a case report. *Surg Endosc*. 2002;16:217.
22. Sasso RA. Intermittent partial adnexal torsion after electrosurgical tubal ligation. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996;3:427-30.
23. Borup K, Rasmussen KL. Isolated tubal torsion as a late complication of laparoscopic sterilization. *Ugeskr Laeger*. 1991;153:1946-7.
24. De Wilde RL. Distal tubal torsion after laparoscopic sterilization: an unnecessary late complication. *Am J Obstet Gynecol*. 1989;160:1024.
25. Ottesen B, Shokouh-Amiri MH, Hoffmann J. Torsion of the fallopian tube following tubal sterilization by electrocoagulation via a laparoscope. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1985;19:297-300.