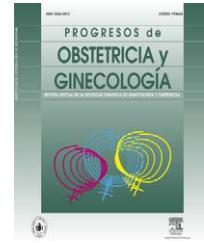


PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Torsión anexial como causa de abdomen agudo en una paciente adolescente

María Isabel Pardo Pumar*, Silvia Campos Arca, María Rut Aguiar Couto, María Eugenia García Giménez y José Eloy Moral Santamarina

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

Recibido el 14 de diciembre de 2010; aceptado el 5 de abril de 2011
Accesible en línea el 1 de junio de 2011

PALABRAS CLAVE

Torsión anexial;
Dolor abdominal;
Cirugía laparoscópica

KEYWORDS

Adnexal torsion;
Abdominal pain;
Laparoscopic surgery

Resumen El abdomen agudo debido a torsión anexial en la adolescencia es una entidad poco frecuente. La variación en la presentación clínica es una de las principales razones por las que el diagnóstico es frecuentemente equivocado en un primer momento. Cuando no podemos excluir la torsión anexial, deberíamos realizar una laparoscopia diagnóstica.

Presentamos un caso de torsión ovárica y tubárica en una mujer de 15 años con dolor abdominal agudo en cuadrante inferior izquierdo, que fue tratado mediante cirugía laparoscópica.

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

Adnexal torsion as cause of acute abdomen in an adolescent

Abstract Acute abdomen due to adnexal torsion in adolescence is rare. One of the main reasons this diagnosis is frequently missed at first presentation is the diverse clinical presentation. When ovarian torsion cannot be excluded, diagnostic laparoscopy should be performed.

We present a rare case of ovarian and fallopian torsion in a 15-year-old girl who presented with acute lower left abdominal pain and was treated by laparoscopic surgery.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La torsión anexial es una causa infrecuente pero seria de dolor abdominal agudo y morbilidad. Esta entidad consiste en una rotación total o parcial del anejo alrededor de su eje

vascular, que induce un bloqueo venoso y linfático desencadenando gangrena y necrosis hemorrágica¹.

La mayoría de los casos en mujeres jóvenes y adolescentes son secundarios a patología anexial, y habitualmente, las masas ováricas que producen torsión son benignas². Por otro lado, el desarrollo de hidrosálpinx en una paciente adolescente sin relaciones sexuales es muy poco frecuente³.

Con los avances producidos en los procedimientos de cirugía laparoscópica, se han descrito muchas ventajas de esta técnica sobre la cirugía laparotómica convencional. Este

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isabelpp76@hotmail.com (M.I. Pardo Pumar).

tipo de cirugía aporta beneficios como reducción de la estancia hospitalaria, menor dolor postoperatorio, y una pronta recuperación de las actividades de la vida diaria².

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 15 años de edad, sexualmente inactiva, y sin enfermedades previas de interés que acude a nuestro servicio de urgencias presentando un cuadro de 24 h de evolución de dolor abdominal en cuadrante inferior izquierdo de comienzo brusco acompañado de náuseas y 5 episodios de vómitos. La menarquia había ocurrido a los 13 años y sus periodos eran regulares; la última menstruación había comenzado 15 días antes.

A la exploración clínica, presentaba buen estado general, estando apirética y normotensa. En la palpación abdominal, se objetivaba una masa unilateral dolorosa en cuadrante inferior izquierdo sin signos de irritación peritoneal. No se realizó exploración vaginal debido al introito virginal.

La ecografía transrectal mostró una gran masa quística de 10 cm de diámetro máximo con ecoestructura homogénea y con una zona anecoica de 4,8 cm que parecía depender del anejo izquierdo. El ovario derecho era ecográficamente normal en cuanto a forma y tamaño, con una medida de 29 × 28 mm.

La analítica no reveló anemia, pero sí la presencia de 16.200 leucocitos, con un 83% de neutrófilos. Los marcadores tumorales estaban dentro de rangos normales.

A la mañana siguiente, la paciente refiere aumento del dolor abdominal y a la exploración física el abdomen era doloroso a la palpación, con signos de irritación peritoneal. Debido a ello se realizó una laparoscopia urgente, habiendo transcurrido aproximadamente 42 h desde el inicio de la sintomatología: el útero y el anejo derecho eran normales, y el anejo izquierdo estaba torsionado, con tres vueltas

alrededor de su propio eje (fig. 1), presentando un quiste hemorrágico de ovario, y un gran hidrosálpinx, con rotura tubárica (fig. 2).

Tras detorsionar el anejo, debido a los cambios isquémicos en el tejido ovárico que impresionaban irreversibles y a la rotura tubárica, se llevó a cabo una salpingo-ooforectomía izquierda.

La anatomía patológica fue informada como cistoadenoma seroso de ovario e hidrosálpinx.

La evolución postoperatoria de la paciente fue favorable, siendo dada de alta al segundo día.

Discusión

La torsión del ovario o de la trompa de Falopio es un problema ginecológico grave y poco frecuente. La frecuencia de torsión anexial en pacientes sometidas a cirugía urgente por dolor abdominal agudo es de un 2,5-7,4%, dependiendo de las series^{4,5}. La mayoría de los casos son secundarios a patología anexial y las masas anexiales que suelen torsionarse son habitualmente benignas², siendo la más frecuente el teratoma quístico maduro y ocupando el cistoadenoma seroso el cuarto lugar en frecuencia⁵.

La causa de la torsión tubárica es desconocida y puede ocurrir tanto en trompas sanas como en aquellas afectadas por una dolencia. Los factores predisponentes pueden clasificarse en intrínsecos y extrínsecos. Entre los factores intrínsecos se encuentran alteraciones congénitas de la trompa, como una excesiva longitud, o un recorrido tortuoso, y alteraciones adquiridas, como el hidrosálpinx, hematosálpinx, neoplasias o peristalsis anormal. Entre los factores extrínsecos se encuentran las alteraciones de órganos vecinos (neoplasias, adherencias), traumatismos de órganos pélvicos o embarazo^{6,7}. En el caso que presentamos, es posible que el cistoadenoma del ovario fuera el origen de la torsión



Figura 1 El anejo izquierdo estaba torsionado, con tres vueltas alrededor de su propio eje.



Figura 2 Quiste hemorrágico de ovario y un gran hidrosálpinx, con rotura tubárica.

anexial provocando un hidrosálpinx secundario, ya que el desarrollo de esta entidad es habitualmente secundario a obstrucción distal de la trompa por infección o cirugía sobre la misma (ligadura tubárica)⁸, mecanismos que no podrían explicar este caso al tratarse de una paciente sexualmente inactiva.

Con frecuencia la torsión anexial ocurre en mujeres en edad reproductiva, lo cual hace que el diagnóstico precoz de esta urgencia ginecológica sea de gran importancia en aras de aumentar las posibilidades de prevenir un daño anexial irreparable, salvando el anejo torsionado y maximizando los éxitos de la conservación del ovario⁹; sin embargo, el retraso en el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico ocurren en ocasiones debido a que los hallazgos clínicos pueden ser inespecíficos¹.

La presentación clásica incluye dolor abdominal agudo en hemiabdomen inferior, que puede irradiarse hacia la ingle o hacia la zona hepática^{1,10}; el dolor suele tener una evolución corta, desde unas horas a menos de 2 días⁴, y a menudo se acompaña de náuseas y vómitos. Sin embargo, los hallazgos clínicos de la torsión pueden ser inespecíficos, y los signos y síntomas pueden ser similares a los de otras enfermedades^{2,11}. El diagnóstico diferencial debe incluir gestación ectópica, quiste de ovario, masa pélvica, enfermedad inflamatoria pélvica, apendicitis y complicaciones gastrointestinales^{2,12,13}.

Los hallazgos ecográficos de la torsión anexial son variables dependiendo del grado de compromiso vascular pero en la mayoría de las ocasiones está presente una imagen anexial patológica^{3,14}, como en el caso que describimos. Pequeñas estructuras quísticas alrededor de la periferia del ovario sugieren la torsión de un ovario normal¹⁵. El Doppler color 2D y 3D puede contribuir al diagnóstico precoz de una torsión anexial, permitiendo diferenciar entre una torsión completa o parcial¹⁰. Sin embargo, los hallazgos del Doppler son variables en función de la cronicidad y extensión de la torsión, y su

valor es limitado debido a incapacidad de cuantificar la vascularización total del tejido, por tanto un Doppler normal no excluye el diagnóstico de torsión anexial^{4,14,15}.

Con los avances en cirugía laparoscópica, esta técnica se considera de elección sobre la laparotomía para el tratamiento de masas anexiales en mujeres jóvenes². La laparoscopia se asocia a una menor estancia hospitalaria (en nuestro caso dos días) y una mejor recuperación postoperatoria¹. Sólo en caso de que se sospeche una enfermedad maligna del ovario estaría indicada la realización de una laparotomía de estadificación⁴.

En el pasado, el tratamiento estándar para la torsión anexial consistía en la salpingo-ooforectomía ipsilateral, basándose en el riesgo de malignidad, y de la posibilidad de liberación de un trombo formado durante la torsión hacia la circulación sistémica⁹, pero algunos autores han demostrado que la detorsión del anejo preserva la función ovárica y no incrementa el riesgo de embolismo pulmonar, en comparación con la escisión sin detorsión^{1,16}. En cuanto a la malignidad, asociada con torsión anexial en la adolescencia es muy infrecuente y ante la sospecha de la misma estaría indicada la realización de una biopsia intraoperatoria antes de determinar el procedimiento que se debe realizar⁹.

Parece que lo recomendable es en primer lugar realizar la detorsión del anejo, aunque, en el momento actual, todavía no existe un consenso sobre que hallazgos intraoperatorios determinarían la realización de una anexectomía⁹. Algunos autores recomiendan únicamente el tratamiento radical si el anejo no presenta signos de recuperación de su coloración normal tras la detorsión⁴ o tras 10 min de espera¹⁷; sin embargo, otros consideran que no es necesario prolongar el tiempo de intervención para observar la reperfusión del ovario, ya que la función de éste se encuentra preservada en un 88% de los casos^{1,4}. El caso que presentamos fue tratado con salpingo-ooforectomía debido a los cambios persistentes de decoloración e hipoxia mantenidos tras 15 min de la

detorsión ovárica, y a la distensión de la trompa con signos de rotura y hemato-hidrosálpinx. Debemos individualizar en función de la edad, los hallazgos ecográficos y los hallazgos quirúrgicos.

En conclusión, la torsión anexial debe tenerse en cuenta en toda mujer con dolor agudo en el hemiabdomen inferior, ya que un retraso en el diagnóstico y tratamiento puede dar lugar a la pérdida del anejo⁵. Constituye una urgencia quirúrgica y la técnica de elección es la laparoscopia; sólo ante la sospecha de malignidad está indicada la realización de una laparotomía.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Borrás Suñer D, Cazorla Amorós E, Urgal Ayala A, Fortuño Salais S, Díaz García C. Torsion of a giant para-ovarian cyst. Conservative laparoscopic treatment. *Gynecol Surg*. 2009;6:67–9.
- Takeda A, Mori M, Sakai K, Mitsui T, Nakamura H. Laparoscopic management of ovarian dysgerminoma presenting with acute abdomen caused by adnexal torsion in 17-year-old girl. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009;22:e9–13.
- Pinkert M, Zlein Z, Tepper R, Beith Y. Hydrosalpinx with adnexal torsion in an adolescent virgin patient—a diagnostic dilemma: case report and review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2006;19:297–9.
- Huchon C, Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010;150:8–12.
- Balci O, Icen MS, Mahmoud AS, Capar M, Colakoglu MC. Management and outcomes of adnexal torsion: a 5-year experience. *Arch Gynecol Obstet*. 2010 Oct 6. [Epub ahead of print].
- Wong SWA, Suen SHS, Lao T, Chung KHT. Isolated Fallopian tube torsion: a series of six cases. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2010;89:1354–6.
- García Ruiz C, Parra Montoya F. Torsión aislada de la trompa de Falopio: propósito de un caso. *Radiología*. 2011;53:86–8.
- Bonab MZ, Neghab N. Hydrosalpinx with adnexal torsion in a virgin patient. *Pak J Med Sci*. 2011;27:216–7.
- Wang J-H, Wu D-H, Jin H, Wu Y-Z. Predominant etiology of adnexal torsion and ovarian outcome after detorsion in premenarchal girls. *Eur J Pediatr Surg*. 2010;20:298–301.
- Becker JH, De Graaff J, Vos CM. Torsion of the ovary: a known but frequently missed diagnosis. *Eur J Emerg Med*. 2009;16:124–6.
- Galinier P, Carfagna L, Delsol M, Ballouhey Q, Lemasson F, Le Mandant A, et al. Ovarian torsion. Management and ovarian prognosis: a report of 45 cases. *J Ped Surg*. 2009;44:1759–65.
- Beaunoyer M, Chapdelaine J, Bouchard S, Ouimet A. Asynchronous bilateral ovarian torsion. *J Pediatric Surg*. 2004;39:746–9.
- Kloss BT, Prince LA. Ovarian torsion in a prepubertal girl. *Int J Emerg Med*. 2009;2:127–8.
- Kupescic S, Plavsic BM. Adnexial torsion: Color Doppler and three-dimensional ultrasound. *Adom Imaging*. 2010;35:602–6.
- Willms AB, Schulz JF, Meyer WR. Endovaginal Doppler ultrasound in ovarian torsion: a case series. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1995;5:129–32.
- Oelsner G, Cohen SB, Soriano D, Admon D, Mashiach S, Carp H. Minimal surgery for the twisted ischemic adnexa can preserve ovarian function. *Human Reprod*. 2003;18:2599–602.
- Chapron C, Capella-Allouc S, Dubuisson JB. Treatment of adnexal torsion using operative laparoscopy. *Human Reprod*. 1996;5:998–1003.