



Imagen diagnóstica

www.elsevier.es/imagendiagnostica



CASO CLÍNICO

Torsión ovárica secundaria a teratoma maduro de ovario, causa infrecuente de dolor abdominal agudo



Ignacio González-Huebra*, Paula García-Barquín, Almudena Quilez Larragan, Pablo Bartolomé Leal, Meylin Caballeros Lam, Alejandra García Baizán e Isabel Vivas Pérez

Departamento de Radiología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

Recibido el 14 de febrero de 2016; aceptado el 8 de abril de 2017

Disponible en Internet el 10 de mayo de 2017

PALABRAS CLAVE

Teratoma maduro;
Torsión ovárica;
Dolor abdominal
agudo;
Puerperio

Resumen El teratoma quístico maduro es uno de los tumores ováricos más frecuentes. La torsión de un teratoma ovárico es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo. El puerperio es un periodo especialmente sensible al desarrollo de esta enfermedad ya que la laxitud ligamentosa secundaria a la regresión uterina predispone a la torsión ovárica. La presentación clínica de la torsión ovárica y de otros trastornos relacionados con el puerperio, es bastante similar. Se debe prestar especial atención a las mujeres en el posparto con dolor abdominal agudo. Las técnicas de imagen son claves en el diagnóstico de esta enfermedad. El tratamiento de elección es quirúrgico y consiste en la resección del teratoma y la conservación del resto del anejo.

© 2017 ACTEDI. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Mature teratoma;
Ovarian torsion;
Acute abdominal
pain;
Postpartum period

An ovarian torsion caused by mature teratoma, an uncommon cause of abdominal pain

Abstract The mature cystic teratoma is one of the most common ovarian tumours. The ovarian torsion of a teratoma is a rare cause of acute abdominal pain. Puerperium is a period in which the uterine ligament laxity predisposes to the ovarian torsion. The clinical presentation of an ovarian torsion and other disorders associated with the puerperium, is quite similar. We should pay special attention to postpartum women with acute abdominal pain. Imaging techniques are essential in the diagnosis of this disease. The treatment of choice is surgical and involves the resection of the teratoma and conservation of the rest of the annex.

© 2017 ACTEDI. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: igonzaez.6@unav.es (I. González-Huebra).

Historia clínica

Mujer puérpera de 28 años de edad (gestación a término hace un mes) afebril, que acude a urgencias por un dolor abdominal de tipo cólico. A la exploración física destacaba un abdomen doloroso a la palpación sin signos de irritación peritoneal y la analítica mostraba neutrofilia, siendo los parámetros inflamatorios normales. Se realizó una ecografía abdominal que resultó aparentemente normal, con un útero de aspecto puérpero. Ante la persistencia del dolor y la mala evolución clínica se realizó un estudio de tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvica.

Hallazgos de imagen

El estudio de TC abdomino-pélvica demostró la presencia de una gran tumoración pélvica de 8×7 cm de diámetro, de bordes regulares con áreas de densidad grasa y calcio en su interior, sugestivo de un teratoma quístico maduro (fig. 1). En la proximidad del teratoma se observó una imagen «en remolino», con signos de congestión vascular y una pequeña cantidad de ascitis en la pelvis, hallazgos que sugerían una torsión ovárica causada por el teratoma (fig. 2).

Se decidió someter a la paciente a una cirugía laparoscópica urgente para explorar la cavidad abdominal en la que, tras la creación del neumoperitoneo y la introducción de los trócares a través de 3 incisiones en ambas fosas ilíacas e hipocondrio izquierdo se evidenció un anejo izquierdo aumentado de tamaño con su pedículo torsionado, edematizado y de coloración violácea. Se detorsionaron 3 vueltas y se procedió a la extracción del teratoma. No fue necesaria la realización de anexectomía.

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico.

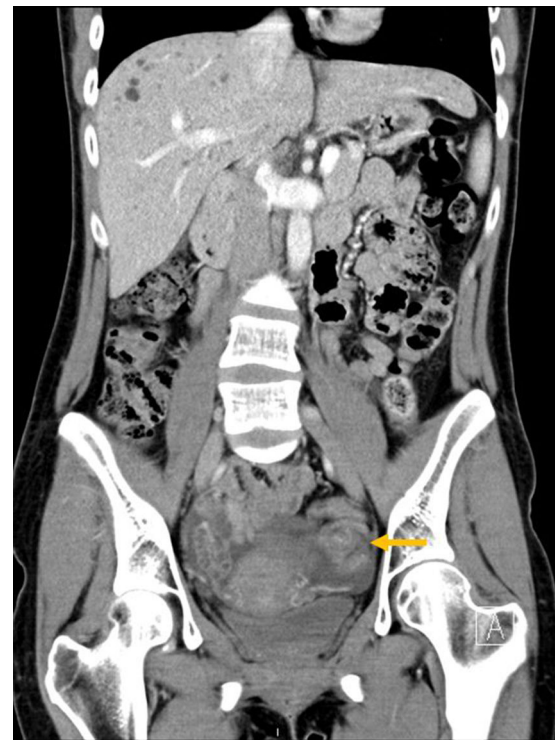


Figura 2 Tomografía computarizada abdomino-pélvica con contraste intravenoso. Imágenes coronales demuestran la presencia del «signo del remolino» a nivel de la fosa ilíaca izquierda (flecha), hallazgo sugestivo de una torsión y signos de congestión vascular. Como hallazgo incidental se evidenciaron pequeños quistes en el parénquima hepático.

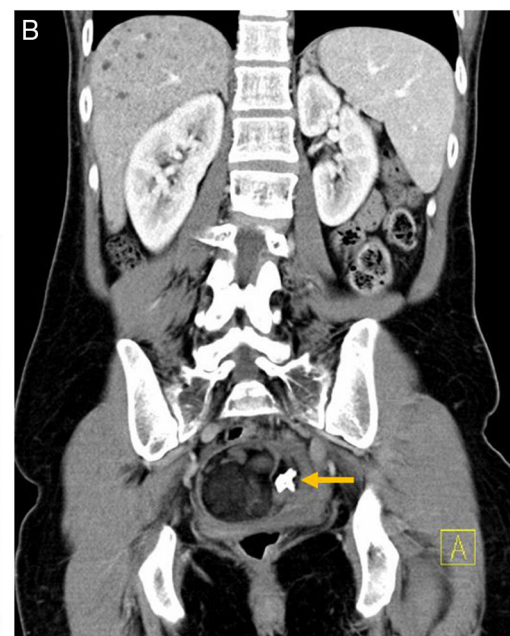
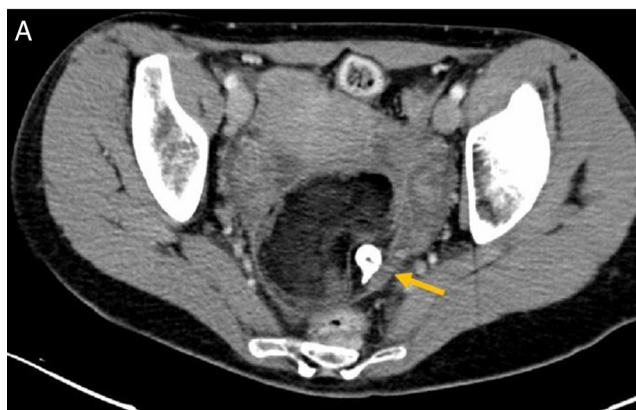


Figura 1 Tomografía computarizada abdomino-pélvica con contraste intravenoso. Imágenes en los planos axial (A) y coronal (B). Las imágenes confirman la presencia de una masa anexial (flecha) de bordes bien definidos, heterogénea, con áreas de densidad grasa y estructura dentaria en su interior.

Discusión

El teratoma quístico maduro es uno de los tumores ováricos más frecuentes, y supone el 20% del total de neoplasias ováricas. La localización más habitual es el ovario (83,2%), seguida de la región sacrococcígea (6,3%)¹. Pueden aparecer en mujeres de cualquier edad, pudiendo estar presentes desde el nacimiento. La variedad más frecuente de teratoma es el quístico maduro o también llamado quiste dermoide². La complicación más frecuente es la torsión (2%). Otras complicaciones menos frecuentes son la degeneración maligna y la rotura al peritoneo¹.

La torsión de ovario ocurre alrededor de su soporte ligamentoso (el ligamento suspensorio del ovario), dando lugar inicialmente a un compromiso de los drenajes venoso y linfático. El flujo arterial se mantiene porque las arterias constan de paredes musculares gruesas y menos colapsables que las venas. Posteriormente se produce un edema difuso del ovario con aumento de tamaño, que con el tiempo causa retracción capsular e incremento de la presión intraaneal. Finalmente aparecen la trombosis arterial, la isquemia y el infarto. Si la torsión no se trata, pueden producirse infección sistémica e inflamación. Si la torsión es incompleta, la presión hidrostática capilar sigue aumentando y obstruye el drenaje linfático, causando un edema ovárico masivo^{3,4}.

La torsión es más frecuente en la edad reproductiva. Esto es debido a la mayor incidencia de masas ováricas a esta edad y al empleo creciente de tratamientos para la infertilidad y el embarazo. El puerperio es un periodo en el que la laxitud ligamentosa por la regresión uterina predispone a la torsión ovárica^{3,4}.

La presentación clínica de la torsión ovárica y de otros trastornos relacionados con el puerperio, es bastante similar, por lo que se debe prestar especial atención a las mujeres en el posparto con dolor abdominal agudo. La presentación clásica de la torsión ovárica incluye dolor intenso localizado en ambas fosas ilíacas con una masa abdominal palpable y signos de irritación peritoneal, aunque pueden ser inespecíficos. El tratamiento es quirúrgico y consiste en la resección del teratoma y la conservación del resto del anejo³⁻⁶.

En la ecografía los teratomas se presentan como masas quísticas con un tubérculo marcadamente ecogénico (nódulo de Rokitansky), o bien como masas ecogénicas por el contenido sebáceo⁷. Cuando se produce la torsión se detecta una masa que corresponde al ovario con o sin líquido pélvico, con engrosamiento de la pared. Mediante el estudio Doppler-color se identifica el pedículo vascular torsionado, también llamado signo del remolino^{8,9}.

La TC es muy sensible para la detección de la grasa intratumoral y las calcificaciones. En nuestro caso observábamos una gran masa localizada en la pelvis, con áreas de densidad grasa y contenido cálcico en su interior, de bordes regulares compatible con un teratoma quístico maduro. Junto al teratoma se identificaba una estructura redondeada con capas que alternaban diferentes densidades, que correspondía a una estructura tubular girando sobre sí misma, es decir, el pedículo aneal con la arteria y vena ováricas, la trompa de Falopio y el ligamento ancho, configurando el signo del remolino⁸⁻¹⁰.

En el diagnóstico diferencial se pueden incluir enfermedades como el cuerpo lúteo hemorrágico, la enfermedad inflamatoria pélvica y la endometriosis.

Conclusión

Ante un dolor agudo en una mujer en edad fértil debemos de pensar en la posibilidad de una torsión ovárica aguda. Las técnicas de imagen, comenzando con la ecografía, son claves en el diagnóstico de esta enfermedad, cuyo tratamiento de elección es la cirugía.

Diagnóstico

Teratoma maduro quístico ovárico torsionado.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Outwater EK, Siegelman ES, Hunt JL. Ovarian teratomas: Tumor types and imaging characteristics. *Radiographics*. 2001;21:475-90.
2. Blackwell WJ, Dockerty MB, Mason JC, Mussey RD. Dermoid cysts of the ovary: Their clinical and pathological significance. *Am J Obstet Gynecol*. 1946;51:151-72.
3. Aksoy H, Ozyurt S, Aksoy U, Acmaz G, Karadag OI, Karadag MA. Ovarian torsion in puerperium: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep*. 2014;5:1074-6.
4. Tan KH, Chen KC, Wang TL, Chong CF, Chen CC. Ovarian cystic teratoma torsión in pregnancy. *Emerg Med J*. 2010;27: 879-80.
5. Griffin D, Shiver SA. Unusual presentation of acute ovarian torsion in an adolescent. *Am J Emerg Med*. 2008;26: 520.
6. Huang CY, Chen CC, Lee YK, Chong CF, Wang TL, Maddison R, et al. Ovarian torsion caused by teratoma masquerading as renal colic. *Emerg Med J*. 2008;25:182.
7. Caspi B, Appelman Z, Rabinerson D, Elchalal U, Zalel Y, Katz Z. Pathognomonic echo patterns of benign cystic teratomas of the ovary: Classification, incidence and accuracy rate of

- sonographic diagnosis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1996;7: 275–9.
8. Saba L, Guerriero S, Sulcis R, Virgilio B, Melis G, Mallarini G. Mature and immature ovarian teratomas: CT, US and MR imaging characteristics. *Eur J Radiol.* 2009;72:454–63.
 9. Rha SE, Byun JY, Jung SE, Jung JI, Choi BG, Kim BS, et al. CT and MR imaging features of adnexal torsion. *Radiographics.* 2002;22:283–94.
 10. Vijayaraghavan SB. Sonographic whirlpool sign in ovarian torsion. *J Ultrasound Med.* 2004;23:1643–9.