

INFORME DE CASOS

Torsión anexal completa. Presentación de un paciente

Dr. Wilfredo Gomes Flaquet¹

Dr. Serafín Palmas Mora²

Dra. Wanda Correta Christopher³

RESUMEN

La torsión anexal es una enfermedad no tan frecuente en la Especialidad de Ginecología que se presenta en adolescentes y mujeres jóvenes y es compleja cuando involucra al ovario quístico con su pedículo y a la trompa de Falopio del mismo lado del que enrolla el quiste; es menos frecuente que haya una torsión parcial o total de ambos componentes, lo que produce un cuadro de dolor abdominal agudo con congestión, isquemia y necrosis del ovario y la trompa. Se presenta un caso poco frecuente recogido en la literatura; se describe la torsión anexal complicada donde la distorsión no fue posible y tuvo que realizarse un tratamiento quirúrgico con una anexectomía total izquierda en una paciente premenopáusica de 46 años de edad.

DeCS:

DISTONIA MUSCULAR DEFORMANTE
DIAGNOSTICO POR IMAGEN
LAPAROSCOPIA
QUISTES OVARICOS/cirugía

SUMMARY

The adnexal torsion is a non-common illness in Gynecology. It appears in adolescents and young women, and becomes complex when involves the cystic ovary with its pedicle and the Fallopian tubes in the same side where the cyst is coiled. The existence of a partial or total torsion of both components is less frequent; it produces the symptoms of acute abdominal pain with congestion, ischemia and necrosis of the ovary and the tube. A non-common case in medical literature is presented here; a complicated adnexal torsion where the distortion was not possible and a surgical treatment had to be implemented with a total left adnexectomy in a premenopausal 46-year-old patient.

MeSH:

DYSTONIA MUSCULORUM
DEFORMANS
DIAGNOSTIC IMAGING
LAPAROSCOPY
OVARIAN CYSTS/surgery

La torsión anexal complicada es un cuadro poco frecuente, más aun cuando involucra al ovario -como coincide en múltiples ocasiones- con un tumor quístico de tipo teratoma (un 70-80% son pediculados). Para completar este cuadro tan poco característico debe suceder, como primicia, que la trompa de Falopio de ese propio lado esté alargada, o sea, tenga una longitud mayor a la normal, lo que puede constituir el factor desencadenante para que ocurra la torsión anexal complicada de ovario y trompa.¹⁻³ En un anejo sano o en un

blastoma ovárico puede verse el origen de la enfermedad, la que presenta un cuadro clínico muy confuso porque constituye solo del 3-5% de las torsiones; es más frecuente en estos casos el anejo del lado izquierdo.⁴

El cuadro clínico-patológico se caracteriza por un dolor abdominal bajo que hace sospechar la enfermedad; de lo contrario pueden retrasarse el diagnóstico y el tratamiento oportunos.^{5,6} En ocasiones ese dolor se expresa en forma brusca, tipo cólico, punzante, recurrente, localizado en el hipogastrio o en una de las fosas ilíacas; se irradia a la sínfisis, a la zona sacro-ilíaca o al muslo; puede acompañarse de desmayo, náuseas, vómitos, tenesmo vesical y no hay ruidos hidroaéreos.⁷

Existen múltiples factores que pueden producir la torsión del ovario o, más infrecuentemente, del ovario y la trompa, como es el caso posterior a un absceso a nivel del mesosalpinx que puede verse con una frecuencia entre un 50-60%. Es importante en esta paciente con dolor abdominal un buen interrogatorio, el examen ginecológico exhaustivo (tacto vaginal) en busca de masas pélvicas, el ultrasonido convencional, transvaginal y el Doppler que visualiza la masa compleja, el líquido libre en el fondo de saco de Douglas y el compromiso vascular (arterial-venoso); cuando esto sucede la laparoscopia ginecológica urgente nos da la posibilidad del diagnóstico positivo.^{8,9}

PRESENTACIÓN DE LA PACIENTE

Se presenta un caso clínico, patológico y quirúrgico en una mujer con torsión anexal complicada en etapa premenopáusica que fue diagnosticada y tratada quirúrgicamente por el cuadro agudo y el estado de necrosis isquemia del anejo con una anexectomía izquierda total.¹⁰

Paciente de 47 años de edad, raza blanca, con antecedente de buena salud anterior. Por su edad ha tenido un climaterio patológico -desde hace años su síntoma principal han sido las hemorragias y lleva tratamiento hormonal (metiltestosterona, estrógenos conjugados, danasol, medroxiprogesterona oral, flebotónicos, analgésico, antiinflamatorio y sedante)-, además se le realizaron dos legrados hemostáticos y diagnósticos, que fueron no útiles por muestra escasa y restos de coágulos. La paciente comenzó el 30 de septiembre de 2009 con un cuadro clínico de dolor sacro lumbar que irradiaba al abdomen -principalmente a la fosa ilíaca izquierda y el hipogastrio- además de vómitos, náuseas y orina concentrada, por lo que fue valorada por el Urólogo del Hospital Provincial Universitario "Arnaldo Milián Castro" por un posible cólico nefrítico; después del examen físico, el análisis y el ultrasonido renal se determinó que no había enfermedad renal, se le administró analgésico intramuscular (duralgina) y se le sugirió visitar al Ginecólogo. El primero de octubre de 2009 continuó con dolor abdominal que no cedía al tratamiento ambulatorio (analgésicos, antiinflamatorio oral y rectal) y concurrió al Cuerpo de Guardia del Hospital Provincial Gineco-obstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara; se le diagnosticó, a pesar de no tener relaciones sexuales ni leucorrea, una enfermedad inflamatoria pélvica (previo tacto vaginal). Continuó con el cuadro doloroso abdominal, vómitos, náuseas, astenia, malestar general y dolor punzante a nivel hipogástrico y de la fosa ilíaca izquierda. Fue reevaluada el día 3 de octubre de 2009 por aumento del cuadro

doloroso abdominal. En el examen ginecológico se constató una masa pélvica anexial, en el ultrasonido convencional y transvaginal Doppler se visualizó una masa compleja, líquido libre en fondo del saco de Douglas y el compromiso vascular (arterial-venoso); se indicó una laparoscopia ginecológica urgente que dio la posibilidad del diagnóstico positivo.

Se presenta el cuadro clínico patológico y quirúrgico en una mujer con torsión anexal complicada en etapa premenopáusica que fue diagnosticada y tratada quirúrgicamente por el cuadro agudo y el estado de necrosis isquémica del anejo con una anexectomía izquierda total.

Previo el examen ginecológico y antes de la laparoscopia fue:

Genitales externos: normales para su edad.

Genitales internos

Tacto vaginal: útero en anterverso, flexión de tamaño, forma y consistencia normal, doloroso a la movilización.

Anejo derecho: no palpable.

Anejo izquierdo: doloroso, se palpó una masa tumoral dura, dolorosa, no móvil.

Fondo de sacos: no abombado, se indicó ultrasonido convencional urgente (útero de 8x4 centímetros, carácter normal, endometrio lineal).

Anejo derecho: carácter normal

Anejo izquierdo: masa compleja con pequeños tabiques y contenido en su interior difícil de precisar.

Líquido libre en el fondo del saco de Douglas.

Ultrasonido transvaginal: iguales características de útero y anejo derecho. En el lado izquierdo una masa compleja, no se puede definir si es un tumor de ovario, para ovárico o un mioma subseroso.

Se sugiere realizar laparoscopia urgente.

Órganos de cavidad abdominal normal.

Útero rosado: superficie lisa

Anejo derecho: ovario normal a igual que trompa.

Anejo izquierdo: tumor complejo que impresiona un quiste de ovario torcido e involucra la trompa de ese lado como un cuerpo único.

Se realizó laparotomía urgente y se comprobó una torsión anexa complicada (ovario y trompa izquierdos) con signos de isquemia por compromiso vascular; se decidió realizar anexectomía total izquierda. La paciente evolucionó bien, fue revaluada a los 21 días, su estado general es bueno, la herida está cicatrizada y tuvo su menstruación con características normales. Evolucionó bien y la rehabilitación fue normal, lo mismo que la incorporación a la comunidad.

RESULTADO DE BIOPSIA

Descripción macroscópica:

- Anejo compuesto de trompa de Falopio que mide 8.7x0.3 centímetros con alteraciones vasculares.
- Ovario que mide 7.5x4x4 con una cavidad quística de 5x4 centímetros, superficie interna lisa ocupada por material de color amarillo y sangre. El espesor de la pared es un grosor de 2cm. Se observa hacia su extremo una zona hemorrágica.

Descripción microscópica:

- Quiste simple
- Cuerpo lúteo hemorrágico
- Cuerpos aibicans
- Trompa de Falopio con signos de isquemia.

Diagnóstico definitivo Anátomo-Patológico: Torsión anexal complicada izquierda.

COMENTARIO FINAL

Se presentó una enfermedad rara dada por una malformación congénita de los anejos en longitud y en cuanto a proceso tumoral que ocluyó el drenaje linfático-arterio-venoso con afectación de un anejo. El diagnóstico temprano puede ayudar a realizar la distorsión, pero cuando es tardío el tratamiento quirúrgico de urgencia se impone, con la anexectomía total y su repercusión biológica en la vida de la mujer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santisteban S. Tumores de ovario. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2004. p.313-318.
2. Daca Aguilera RL. Abdomen agudo en ginecología. Torsión anexal. Bolivia: Sociedad de Ginecología Obstetricia. Filiar Santa Cruz; 2008.
3. Mashiach R, Canis M, Jardon K, Mage G, Pouly JL, Wattiez A. Adnexal torsion after laparoscopic hysterectomy: description of seven cases. J Am Assoc Gynecol Laparosc [Internet]. 2004 Aug [citado el 12 de julio de 2009]; 11(3): [aprox. 3 p.]. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15559344
4. Anders JF, Powell EC. Urgency of evaluation and outcome of acute ovarian torsion in pediatric patients. Arch Pediatr Adolesc Med [Internet]. 2005 [citado el 12 de agosto de 2009]; 159(6): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/full/159/6/532>
5. Cappell MS, Friedel D. Abdominal pain during pregnancy. Gastroenterol Clin N Am [Internet]. 2003 March [citado el 12 de julio de 2009]; 32: [aprox. 57 p.]. Disponible en: <http://medicina.iztacala.unam.mx/medicina/Abdominal%20pain%20during%20pregnancy.pdf>
6. Lee EJ, Kwon HC, Joo HJ, Suh JH, Fleischer AC. Diagnosis of ovarian torsion with color Doppler sonography: depiction of twisted vascular pedicle. J Ultrasound Med [Internet]. 1998 [citado el 12 de agosto de 2009]; 17(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.jultrasoundmed.org/cgi/content/abstract/17/2/83>
7. Hasson J, Tsafrir Z, Azem F, Bar-On S, Almog B, Mashiach R, et al. Comparison of adnexal torsion between pregnant and nonpregnant women. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2005 Mar [citado el 12 de agosto de 2009]; 33(3): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20060090>
8. Webb EM, Green GE, Scoutt LM. Adnexal mass with pelvic pain. Radiol Clin North Am [Internet]. 2004 Mar [citado el 12 de mayo de 2009]; 42(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15136020>
9. Mazouni C, Bretelle F, Ménard JP, Blanc B, Gannerre M. Diagnosis of adnexal torsion and predictive factors of adnexal necrosis. Gynecol Obstet Fertile [Internet]. 2005 Mar [citado el 12 de agosto de 2009]; 33(3): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15848080>

10. Leslie Scout MA, Baltarowich HA. Imaging of adnexal torsion University school of Medicine. U.S.A: New Haven; 2008.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I y II Grados en Ginecología y Obstetricia. Cirujano Endoscopista. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz".
2. Especialista de I y II Grados en Ginecología y Obstetricia. Master en Medicina Natural y Tradicional. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz".
3. Residente de Ginecología y Obstetricia.

ANEXO



Figura 1. *Preparación del abdomen para la cirugía*

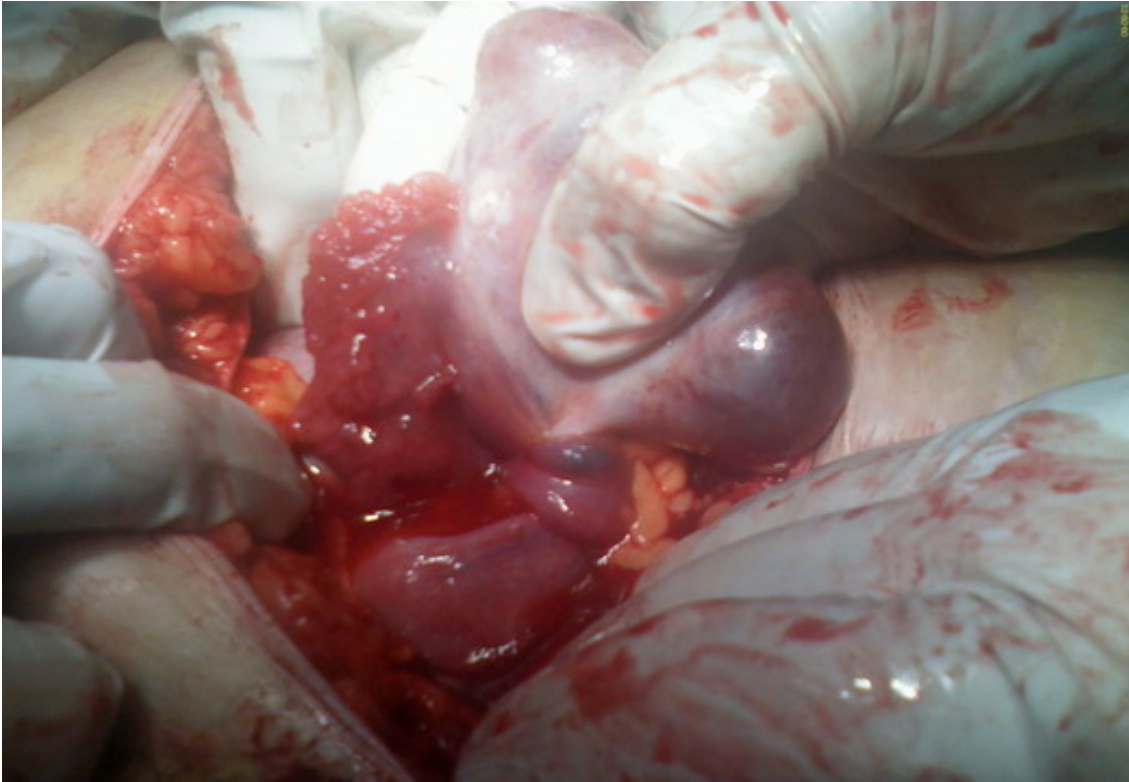


Figura 2. *Extracción del anejo con el ovario y la trompa*

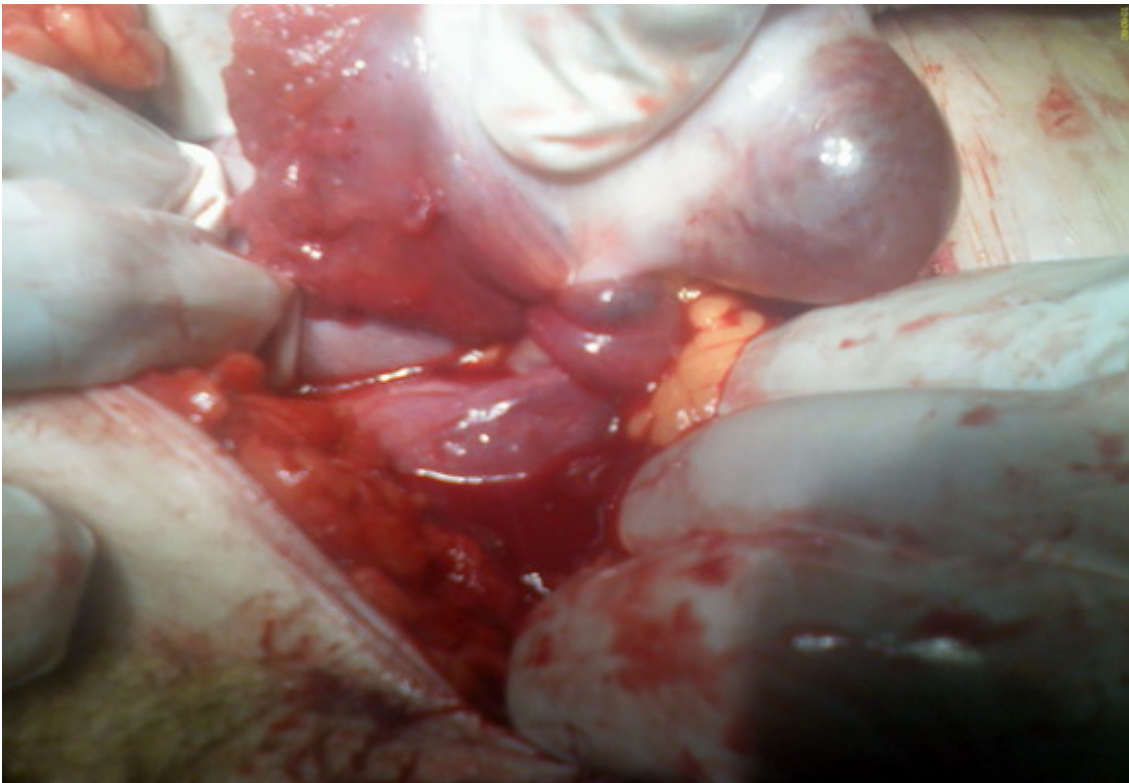


Figura 3. *Resección de la torsión anexal*



Figura 4. *Continuación de resección de la pieza quirúrgica*