

## Casos Clínicos

# Torsión anexial sin patología ovárica en gestante del primer trimestre

José Antonio García Mejido <sup>1</sup>, José Antonio Sainz Bueno <sup>1</sup>, Antonio Artura Serrano <sup>1</sup>, Virginia Caballero Fernández. <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario, Virgen de Valme, Sevilla, España.

## RESUMEN

La torsión anexial durante el embarazo es una entidad muy poco frecuente y casi siempre ocurre en el contexto de una masa anexial. Es importante establecer el diagnóstico mediante ecografía y en caso de duda se recomienda la utilización de laparoscopia diagnóstica para realizar el tratamiento lo más precozmente posible.

**PALABRAS CLAVE:** *Torsión anexial, torsión ovárica, dolor abdominal, laparoscopia*

## SUMMARY

Adnexal torsion during pregnancy is a rare entity and usually occurs in the context of an increase in the mass of the annex. It is important to establish the diagnosis by ultrasound and in case of doubt we recommend the use of diagnostic laparoscopy for treatment as early as possible.

**KEY WORDS:** *Adnexal torsion, ovarian torsion, abdominal pain, laparoscopy*

## INTRODUCCIÓN

La incidencia de la torsión anexial en el embarazo, sin aumento previo de la masa ovárica es bastante baja, aproximadamente 1/1.500.000 mujeres y ha sido descrito como una causa rara de abdomen agudo en el embarazo (1,2,3). Existen pocas revisiones del tema en los últimos veinte años y la gran mayoría hacen referencia a patología ovárica previa a la torsión, que favorece que se produzca. La peculiaridad de este caso es que no existía ninguna patología ovárica concomitante que favoreciese la torsión.

Dada la escasa frecuencia de esta patología,

el objetivo de esta comunicación es presentar una pauta de manejo de esta patología siguiendo la evidencia disponible en la literatura médica, a fin de establecer un diagnóstico y tratamiento precoz.

## Caso clínico

Primigesta de 9+2 semanas, que acude al Servicio de Urgencia por presentar dolor hipogastrio de varios días de evolución. En las últimas 24 horas la paciente experimentó un aumento de la intensidad del dolor, que abarca desde hipogastrio y fosa ilíaca izquierda hasta fosa renal izquierda, cediendo parcialmente con analgesia oral.

Al examen físico no se apreciaban alteraciones, excepto defensa abdominal a la palpación profunda hipogástrica y en fosa ilíaca izquierda, sin signos evidentes de irritación peritoneal.

La ecografía transvaginal permitió visualizar saco gestacional único intraútero, embrión con actividad cardíaca positiva, longitud craneocaudal concordante con 9 semanas de gestación. El corion normoinserito, sin signos de desprendimiento y presencia de cuerpo lúteo en ovario izquierdo de 26 mm de diámetro.

Tras la agudización del cuadro y teniendo en cuenta que no cedía tras analgesia inicial, se decidió su ingreso para un control más estrecho. Durante la estancia hospitalaria la paciente no mostró mejoría, presentando leucocitosis con neutrofilia, acompañada de picos febriles de 38°C.

Al tercer día de ingreso, una nueva ecografía vaginal, mostró una imagen localizada en fondo de saco de Douglas de 86 x 46 mm de contenido heterogéneo y con Doppler negativo (Figura 1). Se decide realizar laparoscopia exploratoria por la sospecha de torsión ovárica. Durante la intervención se visualizó un útero grávido, con anexo derecho normal. A izquierda, el ovario y trompa estaban incluidas en una masa necrótica localizada en fondo de saco de Douglas. En la misma intervención se realizó anexectomía izquierda con el diagnóstico de torsión anexial izquierda sin tumoración ovárica previa. El resultado anatomopatológico determinó infarto hemorrágico masivo en ovario y trompa uterina izquierda. El embarazo evolucionó correctamente finalizando en la semana 40 de gestación mediante un parto eutócico sin complicaciones. Se obtuvo un recién nacido de 3230 g, Apgar 9-10, que evolucionó adecuadamente.



Figura 1. Ecografía transvaginal donde se aprecia imagen de contenido heterogéneo de 86 x 46 mm en su corte sagital compatible con torsión ovárica.

## DISCUSIÓN

La incidencia de la torsión ovárica sin tumoración previa en la embarazada es bastante baja (2,3) y debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo en la gestante. Dicho diagnóstico diferencial debe realizarse con la patología de origen no ginecológico (apendicitis aguda, cólico renal, cólico ureteral y obstrucción intestinal), y con patología ovárica, como son los quistes de Morgagni (4), hidrosalpinx, piosalpinx, cirugía pélvica anterior, quistes ováricos, neoplasias, congestión venosa o trauma (3,5). El síndrome de hiperestimulación ovárica se asocia a un incremento en el riesgo de torsión anexial, por la presencia de ovarios quísticos aumentados de volumen (6).

La torsión ovárica derecha es más común que la izquierda con una proporción de 2:1. Esto se puede explicar por la disposición anatómica de su meso y porque el ovario izquierdo puede ser parcialmente adherente al mesenterio sigmoide (3). En el caso expuesto, la torsión fue del ovario izquierdo, que pudo verse favorecida por el aumento de la masa en dicho anexo por la presencia del cuerpo lúteo.

La sintomatología que se presenta suele ser inespecífica (7), siendo el síntoma más frecuente el dolor abdominal moderado a severo, que puede irradiarse al flanco o hacia la zona lumbar. Origni y cols (2), describieron 19 casos, en los cuales se detectó irritación peritoneal (10,5%), náuseas y vómitos (47,4%), sangrado vaginal escaso (3%) y disuria (15,8%). En nuestro caso se objetivaba defensa a la palpación profunda en hipogastrio y en fosa ilíaca izquierda, sin signos claros de irritación peritoneal, con una marcada leucocitosis. Parece interesante señalar que el diagnóstico preoperatorio es incorrecto en el 53% de todos los casos (2), de ahí la importancia en identificar minuciosamente las características del dolor.

Respecto a la exploración se puede decir que no siempre se palpa una masa específica, que nos haga pensar que estamos ante una torsión anexial. En muchos de los casos lo que sí se detecta es un dolor a la palpación en la región afecta. Las pruebas de laboratorio también son inespecíficas y a veces se puede detectar leucocitosis (3). Sin embargo, no existe ningún parámetro específico que nos haga un despistaje de esta enfermedad.

Destacamos la importancia de la ecografía, donde se puede visualizar una masa quística, alargada, con septación variable y ecos internos dispersos. Estas características no se ven siempre y a veces es útil la utilización del Doppler para el diagnóstico. Aquí se puede mostrar una forma de onda de alta impedancia con inversión de flujo diastólico

en el lugar afectado (3).

Si este diagnóstico se demora puede provocar la necrosis del órgano, por ello se deberá realizar una laparoscopia ante la duda diagnóstica. Realizar una laparoscopia diagnóstica inicialmente, no sólo evitará las peligrosas consecuencias que resultarían de un retraso en la intervención (8,9), sino que además permitirá el tratamiento quirúrgico de la patología (9). En nuestra gestante se demoró la realización de este procedimiento y el resultado fue la necrosis ovárica, que pudo evitarse con la laparoscopia diagnóstica precoz.

El tratamiento de esta afección consiste en la cirugía temprana. La vía de abordaje clásica es la laparotomía, pero se está estableciendo el uso de la laparoscopia para la resolución del caso. El manejo laparoscópico de masas anexiales en el embarazo es un procedimiento seguro y eficaz que en comparación con la cirugía tradicional reduce la estancia hospitalaria, disminuyendo las complicaciones postoperatorias y la morbilidad materna y fetal (10). Si la intervención se prorroga más allá de la posible recuperación isquémica del ovario será necesaria la salpingectomía (8,11). Sin embargo, si la torsión es incompleta o reciente, puede ser posible el tratamiento conservador del anexo. En nuestro caso, la isquemia se encontraba presente tanto en trompa como en el ovario, por ello se optó por no conservar el anexo.

Independientemente del tipo de cirugía realizada durante el embarazo, el resultado fetal probablemente está determinado en gran medida por la duración de la cirugía y la exposición a la anestesia general (9). La reducción del dolor postoperatorio y la recuperación temprana son de especial interés para la gestante. La laparoscopia reduce la necesidad de analgésicos, el riesgo de íleo, la incidencia de complicaciones tromboembólicas, así como una menor tasa de formación de adherencias postoperatorias.

La recuperación precoz postoperatoria es mejor con las técnicas laparoscópicas que con las técnicas laparotómicas, ya que no requiere grandes incisiones en la pared abdominal, reduciendo así la hospitalización con una recuperación más precoz y con menor posibilidad de afectación de la capacidad respiratoria al disminuir el dolor postoperatorio (12). Por ello, la vía laparoscópica es la más aconsejable en el contexto de una embarazada (13,14) y debe practicarse en caso de duda diagnóstica.

## CONCLUSIÓN

La torción anexial durante el primer trimestre de la gestación, con o sin patología ovárica previa es

muy infrecuente, y es causa de abdomen agudo en el embarazo. Su principal sintomatología es el dolor abdominal con o sin signos de irritación peritoneal. La ultrasonografía muestra un embarazo intrauterino con una masa anexial mixta, y frecuentemente con inversión del flujo diastólico al Doppler. La confirmación diagnóstica y el tratamiento es quirúrgico, siendo la laparoscopia la vía de elección.

## REFERENCIAS

1. Pansky M, Smorgick N, Lotan G, Herman A, Schneider D, Halperin R. Adnexal torsion involving hydatids of Morgagni: a rare cause of acute abdominal pain in adolescents. *Obstet Gynecol* 2006;108:100-2.
2. Origoni M, Cavoretto P, Conti E, Ferrari A. Isolated tubal torsion in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;146:116-20.
3. Perlman S, Hertweck P, Fallat ME. Paratubal and tubal abnormalities. *Semin Pediatr Surg* 2005;14:124-34.
4. Baumgartel PB, Fleischer AC, Cullinan JA, Bluth RF. Color Doppler sonography of tubal torsion. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996;7:367-70.
5. Phupong V, Intharasakda P. Twisted fallopian tube in pregnancy: a case report. *BMC Pregnancy Childbirth* 2001;1:5.
6. Juárez Azpilcueta A, Rivera AM, Duran MA, Islas LP, Téllez SE, Buitrón R. Tumorações anexiales en el embarazo, parto y puerperio. *Clin Invest Gin Obst* 2011. doi:10.1016/j.gine.2010.11.010. Hallado en: [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0210-573X\(10\)00137-1.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0210-573X(10)00137-1.pdf)
7. Yalcin OT, Hassa H, Zeytinoglu S, Isiksoy S. Isolated torsion of fallopian tube during pregnancy; report of two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;74:179-82.
8. Milki A, Jacobson DH. Isolated torsion of the fallopian tube. A case report. *J Reprod Med* 1998;43:836-8.
9. Soriano D, Yefet Y, Seidman DS, Goldenberg M, Maschiach S, Oelsner G. Laparoscopy versus laparotomy in the management of adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril* 1999;71:955-60.
10. Mathevet P, Nessah K, Dargent D, Mellier G. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy: a case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003 Jun 10;108(2):217-22.
11. Dueholm M, Praest J. Isolated torsion of the normal fallopian tube: case report. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987;66:89-91.
12. Troncoso JL, Ricci P, Susaeta R, Devoto JC. Torsión anexial y embarazo: Resolución laparoscópica mínimamente invasiva, con entrada bajo visión directa. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008;73:277-82.
13. Troncoso JL, Ricci P, Albornoz J, Mackenna A. Manejo laparoscópico de quistes ováricos complicados o persistentes durante el embarazo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009;74:292-8.
14. Larraín D, Durruty G, Pomés C, Cuello M. Consideraciones para el uso de laparoscopia durante el embarazo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007;72:247-57.