

Casos Clínicos

A propósito de un caso: útero miomatoso gigante torsionado

Torsion of a giant myomatous uterus: report of a clinical case autores

María Laguna H.¹, José Antonio Sevilla R.¹, María Jesús Pérez M.¹, Silvia Fraga C.¹, Esther Pérez C.², Juan Miguel Rodríguez C.³.

¹ Facultativo Especialista en Ginecología y Obstetricia. Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Infanta Elena . Valdemoro. Madrid.

² Facultativo Especialista en Ginecología y Obstetricia. Doctora en Ginecología y Obstetricia. Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Infanta Elena. Valdemoro. Madrid.

³ Facultativo Especialista en Ginecología y Obstetricia. Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Infanta Elena. Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Infanta Elena. Valdemoro. Madrid.

Correspondencia: María Laguna Herrera, marylh81@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Reportar el caso de una torsión de útero, trompas y ambos ovarios a nivel de cuello uterino. Describir la patogenia, sintomatología y tratamiento, como un caso infrecuente y potencialmente grave, en la práctica clínica diaria.

Material y métodos: Analizar el curso de esta extremadamente rara patología, en una mujer postmenopáusica de 59 años. Se trata de un caso raro de torsión uterina en un útero no gestante, reportando los hallazgos en los exámenes previos a la cirugía y los hallazgos intraoperatorios e histopatológicos postcirugía.

La resonancia magnética fue fundamental en el diagnóstico de la paciente y la laparotomía realizada demostró una torsión de cuerpo uterino de 360 ° a nivel de cérvix, y un gran mioma pediculado con signos de necrosis.

Hemos revisado los últimos artículos de esta rara patología

Resultados y discusión: La paciente fue operada. Se realizó una histerectomía total mediante una laparotomía media supra e infraumbilical. Los ovarios no tenían signos de necrosis.

Conclusiones: Debemos tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica, en pacientes con aumento de tamaño uterino y clínica de dolor abdominal, ya que aunque es muy infrecuente, su diagnóstico es importante, ya que puede ser peligroso para la vida de la paciente.

Palabras claves: torsión útero, mioma gigante, torsión mioma, torsión cérvix uterino.

ABSTRACT

Objetivo: To report a case of torsion of the uterus, fallopian tubes and both ovaries around the uterine collum and the symptomatology, pathogenesis and treatment of this uncommon pathology.

Material and methods: The article analyses the course of this extremely rare pathology in a postmenopausal woman of 59 years. It is a rare case like a non gravid uterine torsion in a postmenopausal woman. We have the exams previous to the surgery, the finds intraoperative and the histopathological reports postsurgery.

RMN was the most important in diagnosis and the laparotomy showed a 360° an uterus increased on size and a big pedunculated myoma with signs of necrosis

We have reviewed the latest articles on this strange pathology

Results and discussion: The patient was operated. A infra-supra medium laparotomy was practiced and a total hysterectomy was made. Ovarians had not signs of necrosis.

Conclusions: We must take into account, in patients with pathologies that increase uterine size and abdominal pain, the possibility of uterine torsion. Although it is a very infrequent pathology, its diagnosis is important, since it can be dangerous for the life of the patient

Keywords: torsion uterine; big fibromyoma; torsion mioma, torsion uterine cervix.

INTRODUCCIÓN

La torsión del útero se define como una rotación de más de 45 ° alrededor del eje largo del útero. Dos tercios de los casos son dextrotaciones. Es una complicación muy extraña pero peligrosa.

La torsión de úteros no gestantes, es más frecuente en animales que en humanos. La primera torsión uterina aparece publicada en 1861 (Times).

Reportamos este caso desde nuestro servicio por su rareza y poca bibliografía existente al respecto. La revisión bibliográfica se realizó mediante la plataforma Pub Med y solicitando el texto completo con ayuda de la biblioteca de nuestro centro. Pocos artículos reportan una torsión en un útero ginecológico, la mayoría son torsiones en úteros gestantes e incluso en animales, los términos MESH utilizados fueron "uterine torsion", "torsión mioma".

La presentación clínica es inespecífica y algunos pacientes son asintomáticos. Los sintomáticos más comunes son: dolor abdominal, agudo o crónico, que persiste durante varios meses, sangrado vaginal, trastornos gastrointestinales y problemas del tracto urinario, incluida la retención aguda de orina ¹.

Esta torsión de un útero no grávido, se describe con mayor frecuencia en mujeres postmenopáusicas ².

Los factores causales no están bien establecidos. El diagnóstico puede hacerse por ultrasonido,

tomografía axial computarizada y resonancia. No se ha determinado ni el mecanismo ni la etiología de la torsión uterina. La rotación del útero no embarazado está relacionada con adherencias dentro de la pelvis pequeña, miomas u otras anomalías uterinas. Otras causas incluyen anomalías congénitas o estructurales (después de una cesárea) entre el cuerpo y el cuello uterino, cuello uterino largo o rígido, quistes ováricos gigantes y distrofia mitótica, un tipo de distrofia muscular de Duchenne ³.

CASO CLÍNICO

Mujer de 59 años que acude a urgencias por dolor abdominal suprapúbico irradiado a ambas fosas renales. El día previo, había acudido a su centro de salud, donde le habían pautado fosfomicina 3 g del que solo se ha tomado una dosis. No fiebre. Refiere síndrome miccional. Niega síndrome constitucional, no dolor abdominal antes de la clínica por la que consulta. Estreñimiento crónico sin cambios en los hábitos deposicionales en los últimos meses.

Exploración física: Constantes normales excepto leve taquicardia. El abdomen era doloroso de manera generalizada y se palpa masa abdominal hasta apéndice xifoide globulosa y móvil.

En la analítica solo se visualiza leucocitosis de 17.070 con desviación izquierda y PCR elevada de 25

mg/dl. En la bioquímica hiponatremia de 119 mmol/L e hipopotasemia de 3.2mmol/L

Pruebas de Imagen:

-Radiografía abdominal: sospecha de masa abdominal (Figura 1)

-Eco ginecológica vía transabdominal: Útero en anteversión con una histerometría de 210 x 140 x 190 mm, irregular, a expensas de gran mioma. El cuerpo uterino mide 118 x 75 x 33 mm. La formación miomatosa pediculada alcanza el apéndice xifoides y mide de 200 x 140 x 190 mm, con amplias lagunas econegativas avasculares. Estudio doppler +/+++ con vasos de alta resistencia. Endometrio atrófico homogéneo con hematómetra de 14 mm. Anejos no visibles.

-resonancia abdominopélvica: Gran tumoración abdominopélvica de aproximadamente 13 x 21 x 19 cm (AP x T x L) de señal heterogénea en T2, con zonas de aspecto quístico-necrótico, e hiposeñal en T1 salvo leve ribete hiperintenso periférico, sin evidente captación de contraste con zonas de restricción a la difusión, que se continua con el fundus uterino y pudiera corresponder a mioma pediculado subseroso en fondo del mismo.

Útero de contornos lobulados de 118 x 75 x 33mm con cavidad endometrial de hasta 18 mm de espesor AP con alteración difusa de la señal miometrial, heterogénea/alta en T2 con ribete periférico hiperintenso en T1, con restricción a la difusión y sin evidente captación de contraste salvo ribete periférico.

Distorsión en istmo uterino de aspecto arremolinado con imagen marcadamente hipointensa en T1 y T2. Anexos posiblemente retraídos posteriormente en relación con la zona de torsión.

Cervix sin evidentes hallazgos. Pequeña cantidad de líquido libre intrabdominal.

Conclusion: Hallazgos sugestivos de útero torsionado con probable mioma subseroso según descripción. (Figura 2 y 3)

TAC abdominopélvico: Voluminosa tumoración pélvica, que parece tener origen uterino/anexial, que se extiende hasta el epigastrio, de carácter heterogéneo, con múltiples áreas sólidas y otras hipodensas, no pudiendo descartar áreas de

degeneración quística/necrosis. Tiene un tamaño aproximado de 21 x 25 x 15 cm.

Conclusión: Gran masa pélvica, de posible origen uterino/anexial, con áreas de posible necrosis en su interior.

Dada sospecha principal de útero torsionado por mioma gigante, se programó para histerectomía total con doble anexectomía mediante laparotomía media infra y supraumbilical.

Los hallazgos intraoperatorios fueron: Gran mioma subseroso pediculado con signos de inflamación y necrosis de unos 22 x 20 cm y útero aumentado de tamaño de unas 16 semanas con signos de necrosis, torsionado a nivel ístmico con 3 vueltas, muy a tensión que prácticamente secciona el cérvix.

Se realizó histerectomía y doble anexectomía vía laparotómica (Figura 4, 5 y 6).

Se envió la pieza a anatomía patológica siendo el resultado macroscópicamente:

- Útero de 534,17 gramos y de 12 x 8 x 4 cm de dimensiones máximas que incluye superficial sendos anejos; en uno de ellos midiendo trompa 4 cm y ovario 3 x 1,5 x 1 cm de dimensiones máximas y el anejo opuesto trompa 5 cm y ovario que no se evidencia claramente. Se realiza apertura de la pieza identificándose toda la muestra de coloración rojiza de aspecto hemorrágico sin poder identificarse claramente endometrio.

- Formación nodular de 28 x 19 x 10 cm que pesa 3176,52 gramos, de coloración rojiza y aspecto hemorrágico que presenta una superficie de corte de igual coloración y aspecto hemorrágico.

La descripción microscópica fue: a los cortes histológicos de la lesión nodular de gran tamaño, se observa la misma constituida por células de aspecto fusado que forman haces con áreas de edema, hialinización, con dilatación vascular y congestión y signos de necrosis hemorrágica lo que dificulta la valoración de los núcleos celulares, sin embargo las zonas mejor conservadas no presentan atipia ni pleomorfismo relevante. La lesión es positiva para actina de músculo liso y tiene un índice de proliferación bajo. El útero es de difícil valoración ya que en su práctica totalidad muestra necrosis hemorrágica, identificándose áreas focales de ovario conservado sin alteraciones histológicas relevantes y

trompa uterina con inflamación crónica y actividad aguda focal.

Diagnóstico

Útero (histerectomía con anexectomía):

- Útero con necrosis hemorrágica.
- Leiomioma uterino con necrosis hemorrágica.

DISCUSIÓN

La torsión uterina en úteros no gestantes, es una rara pero potencialmente peligrosa complicación. En los casos en que se sospecha una torsión, la prueba diagnóstica de elección es la resonancia en la que se muestra una típica "X" en la parte superior de la vagina 3. Otros métodos de estudio no son capaces de visualizar la torsión. En nuestro caso, sólo la resonancia visualizó la torsión, algo que coincide con los casos reportados por la literatura existente.

La clínica de presentación es inespecífica, dolor abdominal, náuseas y palpación de masa abdominal, lo que dificulta el diagnóstico precoz, incluso a veces, son diagnosticadas mediante laparotomía. Nuestra paciente coincide con los casos reportados en la cronicidad e inespecificidad de los síntomas 1,3.

Es más frecuente en mujeres por encima de 40 años aunque existen casos publicados en adolescentes. En estos casos, un mioma era a menudo la causa de la torsión, con lo que también coincide nuestro caso 4.

Existen casos descritos también durante el embarazo, tras versiones cefálicas externas que no tuvieron éxito y descubiertas durante la cesárea electiva 3. Una rotación del útero gestante por debajo de 45°, durante el tercer trimestre, se considera fisiológica, sin embargo más de 45° y normalmente 180°, es una rara pero peligrosa complicación obstétrica que se asocia con una mortalidad fetal del 12-18%.

El diagnóstico diferencial sería miomas degenerados y torsiones anexiales, cuyos síntomas de aparición son parecidos.

REFERENCIAS

1. J. Ashmore, F. Attapattu, P.R. Prusia , S Menon . Torsion of a non pregnant fibromyomatous uterus . Int J Gynecol Obstet 1994. 45 (163-164).
2. Jens Thorup Andersen and Svend Erik Buhl Jorgensen. Torsion of the internal female genital apparatus. Acta Obstet Gynecol Scand , 1980: 59 , 381-383).
3. Gilad Karavani, Rackel Picard, Matan Elami – Suzin , David Mankuta : Complete uterine torsion diagnosed during an elective caesarean section following failed external cephalic version : a case report. Journal of Obstetrics. and Gynaecology, 2017.doi.org/10.1080/01443615.2017.1285874
4. Black EFE, McFarlane CJ: Torsion of the uterus causing infarction of a fibromyoma. Am J Obstet Gynecol , 1959: 77. 513.

FIGURAS



Figura 1: Sospecha de masa abdominal en radiografía de abdomen



Figura 2: Sugestivo de utero torsionado con mioma subseroso



Figura 3: Sugestivo de utero torsionado con mioma subseroso



Figura 4: Torsión uterina a nivel de cervix.



Figura 5: Utero y mioma subseroso necrosado.



Figura 6: Cervix , cuerpo uterino y mioma subseroso.