

Casos Clínicos

Torsión aislada de la trompa de Falopio, con necrosis de un quiste paratubárico. Una urgencia ginecológica infrecuente

Isolated torsion of the Fallopian tube, with necrosis of a paratubal cyst. An infrequent gynecological emergency

Eleodoro Medina E, Sandi Jiménez P, Fernández Manso J.

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Ginecobstétrico Universitario "Mariana Grajales". Santa Clara. Villa Clara. Cuba.

Correspondencia: Sandi Jiménez P, sandijp@infomed.sld.cu.

RESUMEN

Introducción: La torsión aislada de la trompa de Falopio ocurre en aproximadamente una de cada 50.000 a 1.500.000 mujeres, por ende, es una afección extremadamente rara. Fue originalmente descrita por Bland-Sutton en 1890. El cuadro clínico suele ser inespecífico y puede simular una amplia variedad de dolencias. **Caso clínico:** Paciente de 18 años de edad que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal intenso, la cual se decide ingresar por cuadro agudo doloroso abdominal de posible etiología ginecológica, se realiza laparoscopia de urgencia por la posibilidad de un cuadro de torsión quística, durante esta se observa una imagen laparoscópica de la trompa izquierda violácea y torcida, además un quiste paratubárico hemorrágico, de color violacio; por las características laparoscópicas de la trompa y el quiste paratubárico que se relacionan con necrosis de estos elementos, se decide realizar a la paciente una anexectomía total izquierda con cistectomía del quiste paratubárico. **Discusión:** La rotación de la trompa alrededor de su pedículo vascular es el evento fisiopatológico descrito, lo que provoca inicialmente la obstrucción del retorno venoso y linfático, con el consiguiente edema, ingurgitación y trombosis. Si la torsión progresa, y no se resuelve, se ve comprometida la vascularización arterial y se desencadena la necrosis del órgano y, finalmente la instauración de peritonitis, la conducta se basa en la viabilidad de la trompa: si no tiene signos de necrosis, la conducta indicada es destorcerla, si ya aparecieron signos de necrosis deberá ser extirpada.

Palabras claves: Trompa de Falopio, quiste paratubárico, torsión, hemorragia.

ABSTRACT

I Introduction: Isolated torsion of the Fallopian tube occurs in approximately one in every 50,000 to 1,500,000 women, therefore, it is an extremely rare condition. It was originally described by Bland-Sutton in 1890. The clinical picture is usually nonspecific and can mimic a wide variety of ailments. **Clinical case:** An 18-year-old patient who came to the emergency service for intense abdominal pain, which was decided to enter due to acute abdominal pain of possible gynecological etiology, an emergency laparoscopy was performed due to the possibility of a cystic torsion condition. During this, a laparoscopic image of the violaceous and crooked left tube is observed, as well as, a hemorrhagic paratubal cyst, violet in color; Due to the laparoscopic characteristics of the tube and the paratubal cyst that are related to necrosis of these elements, it was decided to perform a total left adnexectomy with cystectomy of the paratubal cyst. **Discussion:** Rotation of the tube around its vascular pedicle is the described pathophysiological event, which initially causes obstruction of venous and lymphatic return, with the consequent edema, engorgement and thrombosis. If the torsion progresses and does not resolve, the arterial vascularization is compromised and the necrosis of the organ is triggered and, finally, the establishment of peritonitis, the behavior is based on the viability of the tube: if there are no signs of necrosis, the indicated conduct is to untwist it, if signs of necrosis have already appeared, it must be removed.

Keywords: Fallopian tube, paratubal cyst, torsion, hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

La torsión aislada de trompa de Falopio ocurre en aproximadamente en una de cada 50.000 a 1.500.000 mujeres considerándose, por ende, una afección extremadamente rara como causa de abdomen agudo que se presenta frecuentemente en adolescentes y pacientes jóvenes en edad reproductiva.¹⁻³

El cuadro clínico suele ser inespecífico y puede simular una amplia variedad de dolencias, por lo que se debe realizar diagnóstico diferencial con: apendicitis aguda, quiste ovárico torsionado o roto, embarazo ectópico tubárico, rotura de foliculo ovárico, torsión o necrosis aséptica de un mioma subseroso, salpingitis, enfermedad inflamatoria intestinal, endometriosis, tumor ovárico, obstrucción o perforación intestinal, diverticulitis de Meckel, cistitis, cólico renal o simplemente una ovulación dolorosa.²

Se describe en la literatura que numerosos factores pueden contribuir al desarrollo de esta urgencia ginecológica, aunque también se plantea que este proceso puede tener lugar tanto en trompas uterinas sanas, como en aquellas previamente afectadas por alguna dolencia.^{1,2}

Los quistes paratubáricos se localizan en el ligamento ancho entre el ovario y la trompa de Falopio, y constituyen alrededor del 10% de las

tumoraciones anexiales. Se originan del mesotelio y se plantea que son remanentes de los conductos paramesonéfricos (müllerianos) y mesonéfricos (wolfianos).⁴

Estos son poco comunes, raras veces causan síntomas y son diagnosticados en forma accidental. Los síntomas ocurren cuando alcanzan tamaño excesivo, producen hemorragia, se rompen o se tuercen. La torsión es rara debido a su localización; sin embargo, si esta ocurre, frecuentemente están involucrados el ligamento infundibulopélvico y el ovario ipsilateral.⁴

El diagnóstico precoz de las afecciones por torsiones anexiales se dificulta, describiéndose solamente en un 20% de los casos, dada la baja incidencia; y la clínica inespecífica que presenta, en la mayoría de los casos él es diagnóstico tardío, lo que reduce la posibilidad de realizar tratamiento conservador de la trompa.^{2,5}

El objetivo es compartir el caso clínico de una paciente de 18 años que acude a servicio de urgencia por dolor abdominal intenso, y a la cual se le realizó videolaparoscopia de urgencia, encontrando los hallazgos que se describen en el siguiente caso.

CASO CLÍNICO

Paciente de 18 años, color de piel blanca, sin historia de enfermedades, sin embarazos y niega relaciones sexuales en el último año, que acude al servicio de urgencias del hospital refiriendo dolor intenso en hemiamdomen inferior.

Examen físico:

Inspección: Se observa un abdomen sin lesiones en piel ni cicatrices,

Palpación: Doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal, no masas palpables.

Auscultación: Se auscultan ruidos hidroaéreos sin alteraciones Examen ginecológico

Examen con espéculo: cérvix normal, no se observa salida de secreciones por el orificio cervical externo, vagina sin presencia de secreciones.

Tacto vaginal: Se palpa útero de pequeño tamaño no doloroso, llama la atención en región anexial izquierda un aumento de volumen de alrededor de 5 centímetros, móvil, que se moviliza con el útero, con dolor intenso a la palpación de esa zona.

Exámenes de laboratorio de urgencia Hemoglobina: 128 g/l

Recuento plaquetario: 2 60 x10⁹/L Leucocitos: 11 x 10⁹/L

Teniendo en cuenta todos los hallazgos del examen físico se solicita ultrasonido ginecológico que informa:

Útero de características normales que mide 7,5X3,4 centímetros; se describe una imagen quística anexial izquierda de paredes finas sin tabiques que mide 5,6X4,8 centímetros, anejo derecho normal; no se observa líquido libre en cavidad abdominal.

Se decide el ingreso de la paciente con cuadro agudo doloroso abdominal de posible etiología ginecológica, se tomaron medidas para alivio del dolor; tras haber observado la paciente durante dos horas, se presentó una intensificación del dolor con aparición de náuseas y vómitos. Se decide realizar laparoscopia de urgencia por la posibilidad de un cuadro de torsión quística.

Se realiza proceder antes mencionado, obteniendo los siguientes hallazgos:

Imagen laparoscópica donde se observa trompa izquierda violácea y torcida (Fig. 1).

Imagen laparoscópica donde se observa quiste paraanexial hemorrágico, de color violacio. (Fig. 2).

Teniendo en cuenta las características laparoscópicas de la trompa y el quiste paraanexial que se relacionan con necrosis de estos elementos, no se consideró la posibilidad de una cirugía conservadora relacionada con distorsión y se decide realizar una salpingectomía total izquierda y cistectomía del quiste paratubárico, Se tomó muestra de las piezas quirúrgicas extraídas y fueron enviadas al departamento de anatomía patológica, recibiendo los siguientes resultados según código de biopsia 20/B-883:

Descripción macroscópica: Se recibe trompa de 10x1,0 centímetros, de color pardo oscura que en su extremo impresiona necrosadas, a los cortes se observa pared hemorrágica.

Además se recibe formación quística de 5,0x3,0x1,0 centímetros de paredes color pardo oscuras que impresionan necrosadas.

Descripción microscópica: Quiste paratubárico con necrosis hemorrágica total (Fig. 3), trompa que muestra hemorragia de pared y de las vellosidades (Fig. 4).

DISCUSIÓN

La literatura describe que la torsión aislada de trompa de Falopio fue originalmente descrita por Bland-Sutton en 1890. ²

Se ha planteado que la torsión tubárica derecha es más frecuente que la izquierda a razón de 2:1, probablemente debido a la particularidad de que los anejos izquierdos están parcialmente fijados por el colon sigmoide. ²

La causa de esta afección no se conoce con exactitud, sin embargo se describen en su desarrollo factores intrínsecos como: anomalías anatómicas o fisiológicas (mesosalpinx o mesovario largo, mesosalpinx distal reducido), anomalías hemodinámicas (congestión venosa anexial o venas del mesosalpinx más largas y flexibles que las arterias), hiperperistaltismo tubárico. Y factores extrínsecos como: masas paraováricas o tubáricas, hematosalpinx por embarazo ectópico, hidrosalpinx, adherencias tubáricas, plastias, electrocoagulación, neoplasias, traumatismos o cambios bruscos de posición. ²

La rotación de la trompa alrededor de su pedículo vascular es el evento fisiopatológico descrito, lo que provoca inicialmente la obstrucción del retorno venoso y linfático, con el consiguiente edema, ingurgitación y trombosis. Si la torsión progresa y no se resuelve, se ve comprometida la vascularización arterial y se desencadena la necrosis del órgano y, finalmente la instauración de peritonitis. ¹⁻³

Los quistes paratubáricos son fisiológicos, pero su actividad secretora puede aumentar su tamaño, esto puede llevar a la torsión de la porción libre de la trompa de Falopio, sin embargo la torsión y el infarto de la trompa son raros. ⁵

La torsión anexial es infrecuente en pacientes con antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis o neoplasias malignas, lo cual puede deberse a la presencia de adherencias que provocan inmovilización relativa de los anejos. ⁶

Las diferentes opciones de tratamiento están en función de la viabilidad tubárica: Si la trompa es viable se realiza detorsión tubárica

Si por el contrario existen signos de necrosis se realiza salpinguectomía. La extirpación del ovario ipsilateral no está indicada si la torsión tubárica es aislada. ³

La vía laparoscópica es el procedimiento recomendado para el tratamiento de la torsión anexial, ya que permite mejor visualización, una estancia hospitalaria más corta, menos complicaciones postoperatorias, menor cicatriz, menor pérdida sanguínea y menor exigencia de analgesia. ⁵

CONCLUSIÓN

La torsión de las trompas de Falopio es una entidad poco frecuente como urgencia ginecológica. La causa de esta afección no se conoce con exactitud, sin embargo, se describen en su desarrollo factores intrínsecos y extrínsecos. Los quistes paratubáricos pueden llevar a la torsión de la porción libre de la trompa de Falopio, sin embargo, la torsión y el infarto de la trompa son raros. La vía laparoscópica es el procedimiento recomendado para el tratamiento de la torsión anexial: el cual puede ser conservador si no existen signos de necrosis, si estos aparecen debe realizarse extirpación de la trompa.

REFERENCIAS

1. Pantoja Garrido M, Frías Sánchez Z, Vico de Miguel, Pantoja Rosso FJ. Endometrioma torsionado de trompa de Falopio asociado a endometrioma de ovario contralateral en paciente posmenopáusica. *Prog Obstet Ginecol* [publicación periódica en línea] 2018. [citada 2020 Abr 5]; 61(3):268-272. Hallado en: <https://medes.com/publication/137808>
2. Escribano Pérez D, Fatahi Bandpey L, Spinoso Cruz V, A.C. Utrillas Martínez A.C, Vilar Bonacasa E.Y, Oset García M, Comín Novella L.I. Infarto tubárico por torsión aislada de trompa de Falopio: presentación de un caso. *Clin Invest Gin Obst* [publicación periódica en línea] 2015. [citada 2020 Abr 5]; 42(1):41-44. Hallado en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-infarto-tubarico-por-torsion-aislada-S0210573X13001147>
3. García Ruiz C, Parra Montoya F. Torsión aislada de trompa de Falopio: a propósito de un caso. *Radiología* [publicación periódica en línea] 2011[citada 2020 Abr 5]; 53(1):86-89. Hallado en: <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-torsion-aislada-trompa-falopio-proposito-S0033833810003437>
4. Rondón-Tapia M, Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D. Torsión de quiste paratubárico. Reporte de caso. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [publicación periódica en línea] 2015 [citada 2020 Abr 5]; 28(5): 143-5. Hallado en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000400019
5. Carrasco A, Cañete P, Gisbert A, Balanzá R. Torsión anexial: presentación clínica y manejo en una serie retrospectiva de 17 años. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [publicación periódica en línea] 2015 [citada 2020 Abr 5]; 61(4): 379-384. Hallado en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000400005
6. Rivera Domínguez A, Mora Jurado A, García de la Oliva A, de Araujo Martins- Romeo D, Cueto Álvarez L. Dolor pélvico de origen ginecológico como patología urgente. *Radiología* [publicación periódica en línea] 2017[citada 2020 Abr 5];

59(2):115-127. Hallado en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119->

articulo-dolor-pelvico-origen-ginecologico-como-
S0033833816301783.

FIGURAS

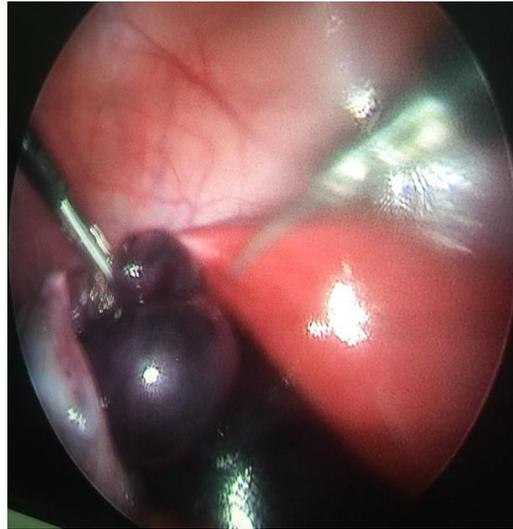


Figura. 1. Imagen laparoscópica donde se observa trompa izquierda de color violáceo y torcida.



Figura. 2. Imagen laparoscópica donde se observa quiste paraanexial hemorrágico, de color violacio.

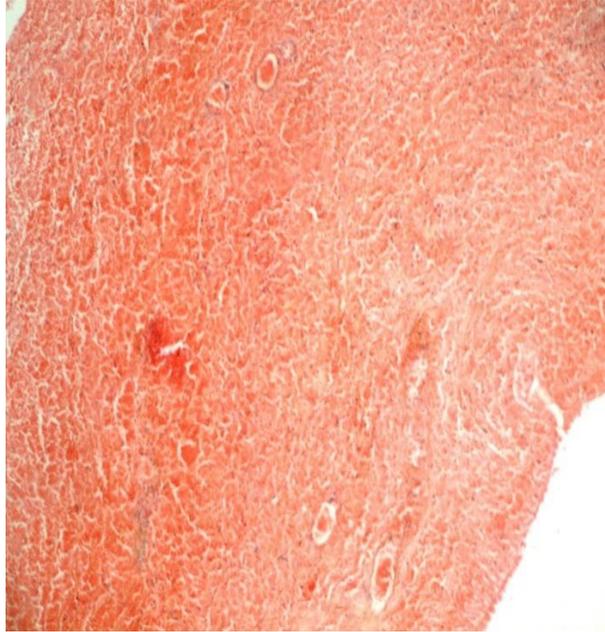


Figura. 3 Microfotografía que muestra quiste paratubárico con necrosis hemorrágica total.

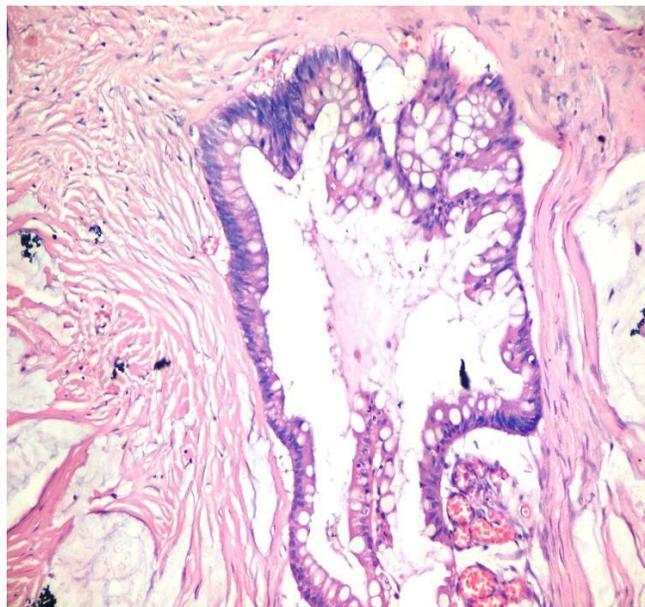


Figura. 4. Microfotografía que muestra trompa con hemorragia de la pared y de las vellosidades.