

Torsión de tumor ovárico en paciente premenopáusica

Torsion of ovarian tumor in premenopausal patient

Dr. Amilkar Suárez Pupo,^I Dr. Omar Fernández Concepción,^{II} Dr. Ernesto Rodríguez Casas^{III}

I Hospital "Mártires de Mayarí". Holguín, Cuba.

II Hospital "Vladimir Ilich Lenin". Holguín, Cuba.

III Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La torsión de un tumor ovárico constituye una urgencia ginecológica infrecuente. Es causada por la rotación del órgano afectado sobre su pedículo, lo que restringe su vascularización. Una intervención oportuna evita sus complicaciones. No es frecuente su aparición en tumores de ovario mayores de 15 cm. Se trata de una paciente premenopáusica de 47 años de edad que acude a la sala de emergencia del Centro de Diagnóstico Integral "María Eugenia González" por presentar dolor en mesogastrio e hipogastrio de elevada intensidad acompañada de vómitos. En el examen físico se constató una marcada distensión del abdomen por tumor palpable con límite superior a nivel umbilical. Los estudios de imagen mostraron torsión de tumor quístico de ovario de 32 X 22 cm. Se realizó tratamiento quirúrgico: ooforectomía derecha complementado con apendicectomía profiláctica por invaginación.

Palabras clave: tumor ovárico, ooforectomía, apendicectomía profiláctica.

ABSTRACT

Torsion of an ovarian tumor is a rare gynecological emergency. It is caused by rotation of the affected organ on its pedicle, which restricts vascularization. Timely surgery avoids complications. It is rare in over 15mm ovarian tumors. This is a 47 years-old

premenopausal patient who went to the emergency service of "Maria Eugenia Gonzales" comprehensive diagnosis center because she presented with acute pain in the mesogastrium and hypogastrium and vomiting. The physical examination revealed sizeable distention of her abdomen due to palpable tumor with upper limit at umbilical level. Scanning tests showed torsion of 32 x 22cm cystic ovarian tumor. She was operated on by using right oophorectomy supplemented with prophylactic appendectomy through invagination.

Keywords: ovarian tumor, oophorectomy, prophylactic appendectomy

INTRODUCCIÓN

La torsión ovárica es una urgencia ginecológica poco frecuente que necesita de una intervención precoz para preservar la función del ovario y evitar complicaciones. Esta entidad se describe en todos los grupos etarios.^{1,2} Su etiología se ha relacionado con un aumento de volumen ya sea del ovario o de la trompa de Falopio, sobre todo si está asociado a un tumor que favorece a una rotación de todo el pedículo.³ Las torsiones son menos frecuentes en tumores mayores de 15 cm de diámetro⁴ y su aparición puede estar asociada a movimientos bruscos, saltos o caídas.⁵

Los procesos malignos de estos órganos tienen una incidencia menor de un 6 % atribuible al proceso de adherencias que fija al ovario.^{6,7} Existe una proporción considerable de episodios de torsión, imputables a otros mecanismos como una trompa larga, ausencia de mesosalpinx o presencia de un absceso, así como tortuosidad y aumento de volumen de sus venas;^{3,6,8} otros factores de riesgo son las esterilizaciones quirúrgicas, el síndrome de la hiperestimulación ovárica y el embarazo.^{2,6}

El cuadro clínico se caracteriza por un dolor abdominal bajo que en ocasiones comienza de forma brusca, tipo cólico y punzante; puede acompañarse de síncope vasovagal, náuseas, vómitos y tenesmo vesical. El examen físico abdominal y ginecológico (tacto vaginal) puede describir la presencia masas pélvicas.³ Sin embargo, por el carácter inespecífico de sus síntomas y signos, la confirmación y tratamiento pueden demorarse.⁹ Estudios complementarios como el ultrasonido convencional y transvaginal son necesarios, el Doppler es considerado de vital importancia para determinar las posibles conductas definitivas.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 47 años de edad, con historia obstétrica de tres embarazos y tres partos, los dos primeros eutócicos y el último distócico por lo que se realizó cesárea debido a sufrimiento fetal, complementándose el proceder con salpingectomía bilateral.

Comunicó que abandonó el seguimiento por consulta de ginecología a causa de un quiste de ovario derecho pendiente a tratamiento quirúrgico. Al interrogatorio refirió dolor intenso en el hemiabdomen inferior durante las últimas 48 horas previas a su atención en nuestra ASIC, acompañado de náuseas y vómitos. Al examen físico se encontró distensión abdominal simétrica (Fig. 1), con ruidos hidroaéreos disminuidos y la presencia de tumor en hemiabdomen inferior, móvil, con límite superior a nivel umbilical, doloroso a la palpación profunda.



Fig. 1. Preparación del abdomen.

En la exploración ginecológica y rectal se palpó una masa tumoral dura, dolorosa y poco móvil correspondiente al anejo derecho.

El ultrasonido abdominal identificó una masa compleja que se proyecta a la derecha del útero que mide 33 cm × 22 cm, de paredes engrosadas. El ovario izquierdo es de tamaño y aspecto normales. Se describe además líquido libre de moderada cuantía rodeando por detrás al útero y al proceso tumoral. El ecosonogramatransvaginal describió iguales características del útero y ovario izquierdo, hacia la derecha detalló la presencia de una masa compleja, no se pudo definir si era un tumor de ovario óparaovárico. No fue posible la realización de ultrasonido doppler color ni laparoscopia.

Se efectuó laparotomía urgente y se decidió realizar ooforectomía derecha (Fig. 2) complementada con apendicectomía profiláctica por invaginación.



Fig. 2. Extracción del tumor ovárico torcido.

La paciente fue egresada del servicio al día siguiente y reevaluada a los 21 días. Su evolución postoperatoria transcurrió sin complicaciones. El resultado de la anatomía patológica describió una neoplasia benigna de ovario derecho de tipo cistoadenomamucinoso, por lo que, se coordinó su seguimiento por consulta de ginecología.

DISCUSIÓN

La presentación clínica de la torsión anexial es generalmente inespecífica, lo que retrasa su diagnóstico y tratamiento. La proporción de tumores ováricos que sufren torsión de pedículo varía entre el 2 al 16 % y son la causa de abdomen agudo por esta condición más frecuente.⁵ Las masas anexiales que suelen sufrir torsión son habitualmente benignas, al ser la más frecuente el quiste simple seroso, el teratoma quístico maduro y el cistadenoma seroso.^{10,11} El cistoadenomamucinoso de ovario alcanza un mayor tamaño y generalmente, es multilobulado, por lo que esta complicación es infrecuente.¹¹ Su contenido es mucoide y en el transoperatorio se debe evitar la ruptura de su cápsula porque provocaría el pseudomixoma peritoneal de evolución y pronóstico graves.¹²

La aparición de esta afección en los tumores grandes es excepcional, lo mismo sucede en los tumores pequeños y ovarios normales. Son considerados factores locales predisponentes la asociación del tumor con el aumento de longitud y delgadez del pedículo.³

El dolor punzante y tipo cólico puede localizarse en el hipogastrio o en una de las fosas ilíacas; se irradia a la sínfisis del pubis, a la zona sacro-ilíaca o al muslo ipsilateral; puede acompañarse de síncope vasovagal, náuseas, vómitos, tenesmo vesical y la presencia de ruidos hidroáereos.

La enfermedad inflamatoria pelviana aguda, el embarazo ectópico y la apendicitis aguda son los diagnósticos clínicos diferenciales más frecuentes. Otros grupos de enfermedades a descartar son la ileítis regional, el divertículo de Meckel inflamado, gastroenteritis aguda, cólico o infección urinaria y bursitis aguda de la articulación de la cadera.²

El ultrasonido convencional puede describir características que dependen de la duración de la torsión, su tipo: completa e incompleta y la presencia o ausencia de una masa ovárica.⁶ El ultrasonido doppler color permite diagnosticar el grado de flujo sanguíneo a nivel distal del anexo y realizar una correlación muy exacta de este con el grado de necrosis de la porción distal afectada; se describe una precisión cercana al 90 % corroborado por datos anatomopatológicos.⁸

La desventaja del método radica en que la posición intravaginal del transductor limita su uso para edades pediátricas y que la especificidad de los datos que recoge no es completa. La resonancia magnética y la tomografía axial computarizada pueden contribuir a establecer algún tipo de pronóstico y apoyar el tratamiento conservador. La laparoscopia ofrece posibilidades diagnósticas y terapéuticas que permiten la visión de la cavidad pélvica-abdominal y la toma de conductas definitivas con el menor empleo de tiempo y de recursos.²

La prontitud de la detorsión del pedículo por vía laparoscópica o convencional puede preservar la función de los ovarios. Se ha demostrado experimentalmente que una torsión ovárica reduce el flujo sanguíneo de la gónada contralateral, que induce a la supresión ovárica. La mayoría de los casos se producen en mujeres en edad fértil.²

Si el ovario es viable se puede proceder a drenar y escindir el quiste, tomar muestra en cuña, destorcer el pedículo vascular, y fijar el órgano con suturas sin necesidad de realizar ooforectomía, así se preserva la función ovárica tan importante en la mujer en edad reproductiva.^{6,8}

Las pacientes con factores de riesgo para episodios recurrentes deben ser minuciosamente analizadas previo o durante el acto quirúrgico. Son candidatas a tratamiento radical (anexectomía) las pacientes postmenopáusicas cuyo episodio de torsión se relacione con masas ováricas.⁸

El abandono del seguimiento preoperatorio por consulta para tratamiento quirúrgico definitivo por parte de la paciente, provocó la evolución continuada de su enfermedad hacia la aparición de esta infrecuente complicación.

Un adecuado tratamiento quirúrgico garantiza la fertilidad de un grupo importante de niñas, adolescentes, embarazadas y pacientes con paridad insatisfecha. Solamente serían tributarias de manejo radical (anexectomía), las pacientes posmenopáusicas cuyo episodio de torsión anexial, se relacione con la presencia de masas ováricas.

Toda paciente con torsión anexial, debe ser analizada detalladamente en el transoperatorio, para considerar la posibilidad de un tratamiento conservador. Si existen factores de riesgo para episodios recurrentes no debe de menospreciarse la posibilidad de realizar medidas quirúrgicas correctivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García J, Sainz J, Artura A, Caballero F. Torsión anexial sin patología ovárica en gestante del primer trimestre. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2012; 77(1). [citado 20 feb 2014]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000100011>
2. Castro D, Balza M, Bustos D, Yanez R. Torsión Ovárica a propósito de un caso. *Intramed*. 2012; 2(1): 11-20. [citado 20 feb 2014]. Disponible en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/download/251/84
3. Gómez W, Palma S, Correta W. Torsión anexial completa. Presentación de un paciente. *Actamedica*. 2010; 4(2). [citado 20 febrero 2014]. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r2_10/torsion.htm
4. Fernández-Rial M, Pardo Pumar MI, Campos Arca S, Alonso-Vaquero MJ, Carbajales Borrajo A, Moral Santamarina JE. Torsión anexial bilateral en la posmenopausia. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2012; 39: 118-20.
5. Maita F, Hochstatter E, Guzman O. Diagnóstico en Torsión de Pedículo de Quiste Anexial en Ginecología. *GacMed Bol*. 2011; 34(1) [citado 20 feb 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662011000100007&script=sci_arttext
6. Álvarez AC. Torsión de ovario. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [online]. 2011; 37(1): 117-24. ISSN 1561-3062. [citado 20 feb 2014]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_01_11/gin14111.htm
7. Bibi S, Memon S, AraQazi R. Acute Abdomen secondary to torsion of Krukenberg tumour, JPMA, Jamshoro, Sindh. 2011; 61(8). [citado 20 feb 2014]. Disponible en: www.jpma.org.pk/full_article_text.ph
8. Molina-Campos R. Abordaje terapéutico de Torsión Anexial: Manejo Conservador vs radical. *RMCC*. 2007; LXIV (581): 207-10. [citado 20 feb 2014]. Disponible en: www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/581/contenido.pdf
9. Argimiro O. Torsión ovárica. Manejo clínico de 47 casos en el Hospital Universitario La Paz entre los años 1999-2009. *Rev Fertilidad*. 2010; 4(2). [citado 20 feb 2014]. Disponible en: <http://www.revistafertilidad.org/noticias/ptorsioacuten-ovaacuterica-manejo-cliacutenico-47-casos-en-hospital-universitario-l/44>
10. Pardo-Pumar MI, Campo-Arca S, Aguilar-Couto MR, García- Giménez ME, Moral-Santamarina JE. Torsión anexial como causa de abdomen agudo en una paciente adolescente. Pontevedra, España, *Prog Obstet Ginecol*. 2011; 54(9): 469-72 [citado 20 feb 2014]. Disponible en: www.elsevier.es/es/revistas/progresos-obstetricia-ginecologia-151

11. Milena Zamboni T, Gonzalo Palominos S, Felipe Núñez V, Guillermo Durruty V, David Mayerson B, Nicanor Barrena M, et al. Manejo conservador de la torsión anexial: ¿una alternativa o una obligación frente a un posible error de apreciación por parte del cirujano? RevChilObstetGinecol. 2011; 76(4): 248-56. [citado 20 feb 2014]. Disponible en: www.revistasochog.cl/articulos/ver/464

12. Santisteban S. Tumores de ovario. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2004. p. 313-8.

Recibido: 2 de abril de 2014.

Aprobado: 30 de mayo de 2014.

Amilkar Suárez Pupo. Hospital "Mártires de Mayarí". Holguín, Cuba.
Correo electrónico: amilkarsuarez@yahoo.com.ve