

PRESENTACIÓN DE CASO**Torsión de ovario****Ovarian torsion****Aida de la Caridad Álvarez Sánchez**

Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Radiología. Instructora. Hospital Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente atendida en el Cuerpo de Guardia del Hospital Clínico Quirúrgico 10 de Octubre por presentar intenso dolor en hipogastrio, náuseas y vómitos. Al examen físico se encontró un tumor palpable en la fosa iliaca derecha. Se le realizó estudio ultrasonográfico donde se describe una masa compleja a predominio sólido en la proyección del anejo derecho y la impresión diagnóstica fue la de un tumor del ovario derecho torcido. Se realiza estudio laparoscópico que confirma el diagnóstico, por lo que la paciente fue intervenida quirúrgicamente. En el informe operatorio se describe un tumor de ovario torcido y el reporte anatomopatológico concluye: necrosis hemorrágica del ovario derecho. En la literatura se recomienda estudiar esta entidad tempranamente con US Doppler color y si el ovario es viable realizar cirugía conservadora para preservar la función ovárica, de preferencia por cirugía endoscópica.

Palabras clave: Ovario torcido, cirugía conservadora, función ovárica, ovario viable.

ABSTRACT

This is the case of a patient seen in the Emergency Room of the "10 de Octubre" Clinical Surgical Hospital due to hypogastric intense pain, nausea and vomiting. At physical examination it was possible to find a palpable tumor in the right iliac fossa. A ultrasonography study was conducted describing a complex mass with solid predominance in the right adnexa and the diagnostic impression was of a twisted right ovarian tumor. A laparoscopy study was onset confirming the diagnosis, thus, the patient was operated on. In the operative report it is described a twisted ovarian tumor and the anatomic-pathological report concludes: a hemorrhagic of

right ovary. In literature it is recommended to study early this entity using color Doppler US and if the ovary is viable to perform a conservative surgery to preserve the ovarian function, preferable by endoscopic surgery.

Key words: Twisted ovarian tumor, endoscopic surgery.

INTRODUCCIÓN

Antes del surgimiento del ultrasonido (US) el diagnóstico de la torsión del quiste de ovario se basaba fundamentalmente en la correlación clínica de los síntomas y signos, los exámenes de laboratorio y en ocasiones la laparoscopia. El cuadro clínico que ofrece es inespecífico porque puede simular otras afecciones, esta enfermedad constituía un problema para los especialistas.¹

Con la llegada del ultrasonido (US) y sobre todo del US Doppler color se produce una considerable mejoría en las posibilidades para estudiar esta entidad, aunque sigue siendo difícil. En la literatura casi no existen referidos diagnósticos correctos previos a la laparoscopia porque la enfermedad no se piensa debido a su rareza, sin embargo debe tenerse presente cuando hay dolor bajo vientre de instalación brusca, náuseas, vómitos, fiebre, tumor palpable, leucocitosis y evidencia sonográfica de una masa en hipogastrio.¹⁻³

Pueden haber pocos síntomas o estar ausentes y esto no descarta la torsión, los signos peritoneales son infrecuentes.⁴

La torsión de ovario puede ser parcial o completa y en ocasiones intermitente, es más frecuente asociado a torsión de la trompa, ocurre a cualquier edad pero su incidencia es mayor en edad reproductiva en un 70-75 % de los casos, cuando aparece en la posmenopausia es asociado a tumor.^{1,4,5}

Hay factores que predisponen a la torsión del ovario, entre ellos tenemos:

1. Una trompa larga y ausencia mesosalpinx, más frecuente en la adolescencia.^{3,5-8}
2. El aumento del peso del ovario incrementa su movilidad sobre todo si está asociado a un tumor, esto sucede en el 60 % de las torsiones, puede coexistir con masas que miden de 5 a 12 cm, promedio de 8 cm, es menos frecuente en neoplasias gigantes. Las variedades histológicas más encontradas son los quistes funcionales, el cistoadenoma seroso, el cistoadenoma mucinoso, el quiste dermoides, el fibroma del ovario y cistoadenofibroma seroso. En los tumores malignos ocurre con una incidencia menor de un 6 % porque las adherencias cancerosas fijan el ovario.^{2-4,7,9-16}
3. Afecta más el ovario derecho que el izquierdo en un 60 % porque este último es fijado por el sigmoidees e impide su movimiento.^{4,7,13,17}
4. Relajación de los ligamentos suspensores del ovario.^{4,13}

5. En el síndrome del ovario hiperestimulado por aumento de su peso que lo hace más móvil, se ve con mayor frecuencia en la primera década de la vida.^{8,13,16}
6. En las embarazadas se presenta asociado a un cuerpo lúteo grande, sucede en un 10 a un 20 % de todas las torsiones del ovario con una incidencia de 5 por cada 10 000 embarazos, más frecuente en el primer trimestre, es raro que ocurra en el 2do y en el 3er trimestre.^{4,7,8,16}
7. Los tratamientos con inductores de la ovulación favorecen la formación de los quistes tecaluteínicos que incrementan el peso del ovario y por tanto la torsión.^{4,8,18}
8. La ligadura de la trompa aumenta el riesgo de torsión del ovario.⁴
9. El ejercicio puede desencadenar la torsión del ovario en presencia de los factores anteriores.⁴

En ocasiones no se conoce la causa de la torsión del ovario.¹¹ Cuando la torsión es incompleta puede quedar conservado el flujo arterial y venoso, entonces el ovario es viable, pero ante una torsión completa y persistente, en estadio inicial, como la presión venosa es menor que la presión arterial continúa el riego arterial estando el flujo venoso obstruido. El flujo arterial en un inicio puede estar conservado porque tiene mayor presión arterial y porque el ovario recibe una doble circulación de la arteria ovárica y de la arteria uterina, que en ausencia de flujo en una, el riego sanguíneo lo mantiene la otra. En estas condiciones el ovario no es viable.^{3,7,11-16,19}

En estadio tardío de la torsión completa se afectan el flujo arterial y el flujo venoso condicionando el edema, el aumento de volumen del ovario y la necrosis hemorrágica.

La apariencia sonográfica depende de la duración de la torsión, su intensidad completa e incompleta y la presencia o ausencia de una masa ovárica.^{3,7,11,12,14-16,19}

A continuación describiremos los signos ultrasonográficos encontrados en esta enfermedad:

1. El hallazgo más característico es el de un ovario aumentado de tamaño, hipocogénico por el edema con imágenes ecolúcidas de aspecto quístico, localizados en la periferia del ovario que se corresponden con folículos, los cuales miden de 8 a 12 mm, ellos son el resultado de la congestión del ovario que determina una trasudación hacia ellos. Estos signos no siempre son observados.^{7,9,12-16}
2. A la imagen anterior se puede añadir una masa tumoral que mide de 5 a 12 cm con un aspecto ultrasonográfico variable que puede ser ecolúcido, ecogénico o complejo en dependencia de la naturaleza del tumor. En las masas ecolúcidas de aspecto quístico se verá un engrosamiento de las paredes por el edema y ecos en su interior debido a la hemorragia.^{2-4,7,10,12-16}
3. En ocasiones se visualizan pequeñas imágenes tubulares ecolúcidas en la periferia del ovario correspondiente a vasos ingurgitados por la congestión.^{12,13}
4. Algunas masas muestran un grupo de ecos curvos similares a un pico o una estructura parecida a un caracol, ecogénico o hipocogénico que representa el sitio de torsión.^{12,13}

5. Habrá líquido libre en el saco de Douglas y rodeando el ovario torcido.^{7,13-16}

6. Cuando la necrosis ovárica es severa se puede visualizar un ovario muy aumentado de tamaño con una textura hipocogénica por la presencia de edema y necrosis, da apariencia similar a un tumor.¹³

El estudio con US Doppler color ayuda a predecir la viabilidad del ovario. Hay autores que recomiendan estudiar el pedículo torcido además del parénquima ovárico.¹²

Con esta técnica podemos obtener los siguientes resultados:

1. El flujo arterial y venoso son normales lo que indica que el ovario es viable.
2. Disminución o ausencia de flujo venoso con conservación del flujo arterial, en este caso el ovario no es viable.
3. Ausencia de flujo arterial y venoso, indica ausencia total de circulación sanguínea en el ovario, lo que produce un infarto hemorrágico y si no se opera a tiempo lleva a la peritonitis y a la muerte.

Hasta la década del 80 la anexectomía era la conducta a seguir para tratar la torsión del ovario por el temor a que la destorsión podía enviar émbolos al torrente circulatorio, que ocasionaban tromboembolismo pulmonar y liberación de toxinas que producían reacción anafiláctica grave, además, por la incapacidad de determinar la viabilidad del ovario.^{2,3,13,20}

A la luz de los conocimientos actuales la mayoría de los autores en el mundo recomiendan estudiar el ovario con US Doppler color, si hay evidencias de compromiso vascular, seccionar por debajo del nivel de la torsión para prevenir el embolismo venoso y el shock anafiláctico. Si el ovario es viable se puede proceder a destorcer el pedículo vascular, quitar el tumor y fijar el ovario con suturas sin necesidad de realizar ooforectomía, así se preserva la función ovárica tan importante en la mujer en edad fértil.^{2,4,5,17,19-21}

Después de la operación el ovario debe estudiarse con US seriado, esto nos permite evaluar el crecimiento y desarrollo de los folículos, su normalidad refleja que la función ovárica se ha recuperado.¹⁹

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente AGG femenina, de la raza blanca, de 36 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial desde los 20 años y de haber sido operada de fibroma uterino hace 2 años. Refiere que desde hace 5 días presenta dolor en fosa iliaca derecha que se ha hecho más intenso sin irradiación, además tiene náuseas y vómitos.

El examen físico de todos los aparatos fue negativo solo fue de interés:

- La frecuencia cardiaca algo acelerada de 104 latidos por minuto.
- En hipogastrio cicatriz por operación anterior.

- Abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha. No reacción peritoneal.

- El tacto vaginal fue difícil de realizar por el intenso dolor de la paciente, se palpaba una masa en la fosa iliaca derecha.

Exámenes de laboratorio

Hemograma negativo

Parcial orina negativo

Grupo sanguíneo AB positivo

Ultrasonido

Hay una masa de baja ecogenicidad que se proyecta a la derecha del útero que mide 11,5 cm x 7,6 cm, de bordes bien definidos. El ovario derecho normal no se pudo visualizar. Histerectomizada. El ovario izquierdo es de tamaño y aspecto normal. Hay líquido libre en moderada cuantía rodeando por detrás al útero y a la masa.

ID:

- Tumor de anejo derecho.

- Absceso anexial derecho.

Laparoscopia

En la cavidad pélvica en proyección central y un poco a la derecha observamos un tumor irregular polilobulado, de color azulado violáceo de aproximadamente 10 cm que parece estar bañada con escasa cantidad de sangre, hay dolor al contacto de la masa con el equipo durante la exploración, no podemos definir exactamente de qué estructura se trata aunque pudiera corresponder con el ovario.

Conclusión: tumor de ovario con compromiso vascular.

Informe operatorio

Se ve tumor de ovario derecho torcido y necrosado. Se aspiraron 300 mL de sangre libre y se hizo lavado de la cavidad. Se realizó la exéresis del tumor y salpingectomía derecha, además hemostasia del pedículo.

Reporte de anatomía patológica

Se recibe masa de tejido que mide 11 cm x 8 cm x 5 cm de color negruzco, superficie lisa, que en los cortes se observa tejido hemorrágico masivo con cavidades amarillentas y otra aislada ocupada por material coagulado.

Diagnóstico: necrosis hemorrágica del ovario derecho.

CONCLUSIONES

Esta mujer acudió tardíamente al hospital y por esta razón el ovario llegó a tener marcado aumento de volumen y avanzados signos de necrosis hemorrágica.

No se realizó el diagnóstico preoperatorio ni transoperatorio de torsión de ovario debido a los severos cambios sufridos por el órgano, tomando una apariencia de ovario tumoral, además, no se realizó US Doppler color por no contar el hospital con esta técnica. En el trabajo diario esta enfermedad no se tiene presente debido a su poca frecuencia, en la literatura mundial solo se diagnostica un enfermo en series grandes de tumores de ovario. En esta paciente existió una torsión de ovario sin la existencia de una masa tumoral añadida lo cual es raro.

Recomendaciones

Estudiar todos los tumores de ovario con US por las vías abdominal y transvaginal así como realizar US Doppler color. Tener presente que con la realización de un diagnóstico precoz de torsión de ovario, este pudiera ser viable, que permite realizar una cirugía conservadora para preservar la función ovárica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torsión de anexos en niñas premenárrquicas normales [sitio en internet]. [citado 2 Ene 2009]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=7719&id_seccion=134&id_ejemplar=804&id_revista=20
2. Murkis Ender M, González Bertol J, Puentes Fonseca C, Olivares PT. Afecciones ginecológicas en la infancia tratadas por acceso mínimo. [serie en internet]. 2006 [citado 2 Ene 2009]. Disponible en: <http://www.cirugest.com/htm/revista/2006/08/2006-07-17.htm>
3. Camus A, Arrugada P, Fernández E. Cirugía endoscópica en el abdomen agudo ginecológico. Revista Médica. 2003;14(2).
4. Schraga E, Blanda M. Ovarian torsion. [sitio en internet]. [citado 2 Ene 2009]. Disponible en: <http://www.emedicine.com/EMERG/topic353.htm>
5. Gómez Fajardo CA, Echeverri Jaramillo C. Edema masivo del ovario en la adolescencia. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2003;54(3).
6. The manaces of a painful ovarian cyst [sitio en internet]. [citado 2 Ene 2009]. Disponible en: <http://www.healthmoz.org/es/the-menaces-of-a-painful-ovarian-cyst>
7. Parker M. Ovarian cancer treatment [sitio en internet]. [citado 2 Ene 2009]. Disponible en: <http://www.zimbro.com/Ovarian+cancer+Treatment/articles/19/MENACES+Painful+Ovarian+cyst>

8. Parker M. The risk of a painful ovarian cyst. [sitio en internet]. [citado 2 Ene 2009]. Disponible en: <http://www.101-healthy-recipes.com/blog/health-and-fitness/risks-of-a-painful-ovarian-cyst>
9. De Ania Fernández A, Sanz García E, Carrera Terrojo R, Del Pozo García G, Serrano Hernández C, Miralles Molina M. Patología ovárica en Pediatría: diagnóstico por imagen. Sociedad Española de Radiología Médica; 2006.
10. Mark A, Helvie MP, Terry M, Silver MD. Ovarian Torsion: Sonographic evaluation. Journal of Clinical Ultrasound. 2005;17(5):327-32.
11. Parker M. Ovarian torsion [sitio en internet]. [citado 2 Ene 2009]. Disponible en: <http://www.emedice.com/radio/topic509.htm>
12. Boopathy Vyjayaraghavan S. Sonographic wherlpool sign in ovarian torsion. Ultrasound Med. 2004;23:1643-9.
13. Elorza CA, Giuricich MA. Morfología ultrasonográfica -US- de las masas ováricas benignas. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2003.
14. Kaakaji Y, Ghiem HVN, Nodell C, Winter TC. Sonography of obstetric and gynecologic emergencies. American Roentgen Ray Society. 2000;174:651-6.
15. Hagen Ansert S, Lyons E.A. Sonographic assessment of the adnexa [sitio en internet]. [citado 2 Ene 2009]. Disponible en: http://www.gehealthcare.com/usen/education/proff_leadership/products/msucmeo v.html
16. Mert Koroglu, Mustafa Yalcin, Batın Baykal, Harun Yildiz, Ahmet Yesildag, Orhan Oyar. Resonancia Magnética en la torsión de ovario en pacientes embarazadas. S. P. U Tip Fak Derg. 2005; 2(3):39-42.
17. Troncoso J L, Ricci P, Alborno J, Makesina A. Manejo laparoscópico de quistes ováricos complicados o persistentes durante el embarazo. Rev Chil Obstet Ginecol. 2009;74(5):292-8.
18. The dangers of painful ovarian cyst [sitio en internet]. [citado 3 Feb 2009]. Disponible en: <http://www.ovariancystatoz.com/painful-ovarian-cysts.html>
19. Parker W. Ovaries make cyst for a living: when to do no harm. OBG Management. 2006;56-63.
20. Gómez Fajardo C.A. Tumores en ginecología [serie en internet]. [citado 3 Feb 2009]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1952/195214310005.pdf>
21. Martín TA, Román MJ, López Fernández JA. Dolor pélvico [sitio en internet]. [citado 3 Feb 2009]. Disponible en: <http://www.dep19.san.gva.es/intranet/servicios/Docpostgrado/librourg/capitulo37.htm>

Recibido: 15 de octubre de 2010.
Aprobado: 30 de octubre de 2010.

Dra. *Aida de la Caridad Álvarez Sánchez*. Hospital Clínico Quirúrgico 10 de Octubre.
La Habana, Cuba. Correo electrónico: aida.alvarez@infomed.sld.cu