

TORSIÓN ANEXIAL POR QUISTE DE OVARIO COMPLEJO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Hamod Tammawi F, Martínez García M, Nebot Navarro A, Maqueda Martínez IM, Ferrández Martínez M, Diago Muñoz DM, García Morales C, Martínez Cendán JP

Introducción:

La torsión anexial es una causa infrecuente pero importante de dolor abdominal. Consiste en una rotación total o parcial del anejo alrededor de su eje vascular, que induce un bloqueo venoso y linfático desencadenando gangrena y necrosis hemorrágica. La mayoría de los casos en mujeres jóvenes y adolescentes son secundarios a patología anexial, y habitualmente, las masas ováricas que producen torsión son benignas.

Caso clínico:

Paciente nuligesta de 24 años que acude a Urgencias Ginecológicas por dolor abdominal de gran intensidad localizado en fosa iliaca derecha e hipogastrio que inició de manera súbita hacía 4 horas. No había experimentado mejoría clínica con AINES orales. Presentaba náuseas y varios episodios de vómitos. No antecedentes de interés.

A la exploración, la paciente presentaba regular estado general y el abdomen presentaba defensa y era doloroso a la palpación en FID e hipogastrio. Las constantes vitales eran normales: TA: 113/72 mmHg, FC: 100 lpm. No presentaba fiebre.

Ecografía transvaginal: útero en posición de anteversoflexión, con endometrio lineal. Ovario izquierdo normal. Ovario derecho con imagen sólido-quística de 8x4 cm heterogénea, difícil de delimitar, con múltiples ecogenicidades en su interior. No presencia de líquido libre. El Doppler-color en el pedículo de ovario derecho, presentaba flujo turbulento con posible signo del remolino.

Se extrae analítica general, siendo todos los parámetros normales, exceptuando el hallazgo de una leucocitosis de 16.000 leucocitos/mm³.

Se decide intervención quirúrgica mediante laparoscopia exploradora ante la sospecha de torsión anexial. Durante el procedimiento, se observa masa de aproximadamente 8 cm en anejo derecho torsionada de color violáceo, afectando a tejido ovárico y a trompa derecha. Se realiza anexectomía derecha sin incidencias y se envían muestras a Anatomía Patológica, cuyo resultado sigue aún pendiente.

La paciente es dada de alta tras postoperatorio satisfactorio y muy buen estado general. Se entrega cita de revisión tras 2 meses de la intervención.

Conclusiones:

- Es importante realizar un diagnóstico lo más precoz posible para aumentar las posibilidades de mantener el ovario.
- Hay que sospecharlo en cuadros de abdomen agudo en adolescentes o adultos jóvenes con imágenes ecográficas compatibles. De ahí, la creciente importancia de identificar adecuadamente los signos ecográficos (ovario aumentado de tamaño, signo del remolino, entre muchos otros). Si bien es cierto que pueden ser difíciles de percibir o bien estar ausentes.



Bibliografía:

1. Mazouni, C., Bretelle, F., Ménard, J. P., Blanc, B., & Gamberre, M. (2005). Diagnostic de torsion d'annexe: existe-t-il des signes prédictifs de nécrose? [Diagnosis of adnexal torsion and predictive factors of adnexal necrosis]. *Gynécologie, obstétrique & fertilité*, 33(3), 102–106. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2005.02.014>
2. Huchon C, Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biology*. 2010;150:8—12.