

Espectro clínico de la torsión tubo-ovárica en niñas

Acad. Dr. Alejandro V. Gómez-Alcalá,* Dr. Carlos Ramírez-Hernández**

Resumen

La torsión tubo-ovárica en las niñas, en ausencia de alguna masa ovárica predisponente, es una entidad que ocurre con mayor frecuencia de lo que se cree, y que de no tratarse conduce a la necrosis del órgano afectado.

Se presentan tres casos representativos: sólo uno manifestó dolor abdominal bajo agudo e intenso, que orilló a laparotomía con destorsión de la trompa y el ovario afectados. Los otros dos casos manifestaron dolor abdominal intermitente, de corta duración, que fue insuficientemente valorado y su diagnóstico sólo se estableció por la aparición de imágenes de desorganización o calcificación ovárica en estudios radiológicos indicados para la evaluación de síntomas urinarios.

Se concluye la importancia de realizar una evaluación precisa de todos los cuadros de dolor abdominal bajo agudo de las niñas, especialmente de las que tienen entre ocho y 13 años de edad y dolor en el lado izquierdo.

Palabras clave: torsión ovárica, dolor abdominal, necrosis ovárica.

Summary

Tubo-ovarian torsion in the absence of adnexal disease is a more than generally appreciated occurring event, for which emergency treatment is advocated if the development of necrosis of the involved elements is to be prevented.

We report here on three representative cases: in one, an acute, intense lower abdominal pain called for a laparotomy during which a tubo-ovarian torsion was detected and untwisted. The other two patients complained of intermittent, brief and unspecific abdominal pain and diagnoses were made only because of the appearance of ovarian disorganization or calcification on X-rays films requested as a part of the diagnostic approach for urinary tract symptoms.

It is concluded that a complete evaluation of all events of acute lower abdominal pain in girls is important specially for those from 8 to 13 of age and with pain, on the left side.

Key words: Ovarian torsion, Abdominal pain, Ovarian necrosis.

Introducción

La torsión del ovario y/o de la tuba uterina de las niñas sobre sus ejes longitudinales, con su consecuente isquemia y necrosis, son eventos que, aunque raros, ocurren con mayor frecuencia de lo que generalmente se cree⁽¹⁾. Su traducción clínica es a través de un dolor abdominal o pélvico ipsilateral agudo e intenso, pero que puede ser sólo pasajero, intermitente, recurrente e inespecífico⁽²⁻⁵⁾.

Es común que la torsión obedezca a la presencia de alguna masa ovárica o tubaria que, desplazada por los cambios de posición del abdomen, induce una rotación viciosa de los

elementos anatómicos y, tarde o temprano, ejercerá presión sobre los vasos y detendrá el flujo de sangre. Sin embargo, es importante reconocer que en cerca de la tercera parte de los casos, la torsión es de origen desconocido por no existir masa tubo-ovárica alguna^(3,6-8).

El acelerado desarrollo de los nuevos métodos de diagnóstico como la sonografía en Doppler color y la laparoscopia, sin duda permitirán un tratamiento más oportuno de los casos, que hoy por hoy lamentablemente culminan, en su mayor parte, con la necrosis ovárica o tubaria^(1,3,9) y con una situación de alto riesgo para la gónada contralateral^(10,11). Presentar el espectro clínico que la torsión tubo-ovárica tiene en las niñas, a través de la descripción de tres casos clínicos que hemos tenido la oportunidad de atender, es el propósito del presente trabajo.

Material y método

En el Departamento de Cirugía Pediátrica del Hospital de Especialidades 1 del Centro Médico Nacional de Noroeste del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Ciudad Obregón, Sonora, entre los años de 1992 y 1997 se atendieron tres casos de torsión tubo-ovárica idiopática.

Caso 1

Niña de 12 años de edad, sin antecedentes de interés, con menarca a los 10 años y última menstruación dos semanas

* Cirujano Pediatra adscrito, Académico Numerario.

** Gineco-Obstetra, Departamento de Biología de la Reproducción, Hospital de Especialidades 1, Centro Médico Nacional Noroeste. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad Obregón, Sonora.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Alejandro V. Gómez Alcalá
No Reección 100 Ote., Centro
Ciudad Obregón, Sonora, CP 85000
Teléfono-Fax (64) 1502-02, 1503-12
E-mail: agomal@cob.megared.net.mx

Recibido para publicación: 09-09-99

Aceptado para publicación: 15-12-99

antes de su ingreso al hospital, que obedeció a dolor abdominal de 36 horas de evolución, tipo cólico en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, sin otra sintomatología. A la exploración física se detectó sensibilidad exquisita y con dolor a la descompresión en dicho cuadrante abdominal. Su cuenta leucocitaria era de 14,800 leucocitos, con 78% de neutrófilos y 2% de formas jóvenes. La exploración quirúrgica demostró la presencia de una torsión horaria de la trompa y el ovario izquierdo de 360 grados, con hematoma en mesosalpinx, fimbria gangrenada y edema en la tuba uterina y el ovario. Se practicó fimbriectomy, que en el estudio histopatológico confirmó la presencia de necrosis.

Caso 2

Niña de 9 años de edad, con antecedente de nacimiento prematuro, con peso al nacer de 2,025 gramos, sin otros datos de interés. Estuvo bajo observación médica por un cuadro de dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo, irradiado hacia los genitales y la fosa renal del mismo lado, que se acompañó de vómito y que cedió de manera espontánea antes de 24 horas, 45 días antes de su ingreso; la exploración abdominal no mostró datos importantes. Posteriormente sólo manifestó disuria, y un sonograma pélvico reveló masa hipoeocoica de 55 x 30 mm anexa al ovario derecho, con contralateral aparentemente ausente. La tomografía axial computada mostró masa hipodensa por detrás y a la izquierda del útero (Figura 1). En la exploración quirúrgica se identificó plastrón adherencial pélvico, en cuyo interior se apreció una torsión, presumiblemente antigua, de la trompa y el ovario izquierdo con cambios degenerativos y focos calcificados

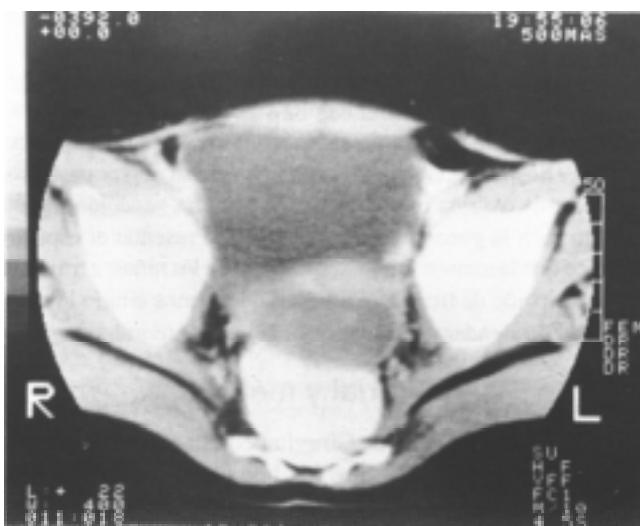


Figura 1. Tomografía computada de la pelvis (con contraste en el interior del recto) del caso 2. Inmediatamente por detrás de la vejiga urinaria, y ligeramente al lado izquierdo, puede verse el útero. Entre éste y el recto se identifica una masa ovoidea hipodensa, que corresponde al ovario necrótico.

apreciables. Se practicó salpingooforectomía, documentándose en el análisis histológico necrosis, fibrosis y calcificación tubo-ováricos.

Caso 3

Niña de 12 años de edad, sin antecedentes de interés. Desde varios meses antes manifestaba episodios pasajeros de dolor en los cuadrantes inferiores del abdomen. En el último de los episodios, la urografía excretora demostró la presencia de una masa de densidad cállica redondeada, libre y desplazable dentro del abdomen (Figura 2). La exploración quirúrgica reveló la presencia de una trompa izquierda incompleta, cuyo extremo constituía un muñón sin fimbria ni ovario reconocibles; una masa blanda encapsulada, del aspecto de un quiste de sebo, y se identi-

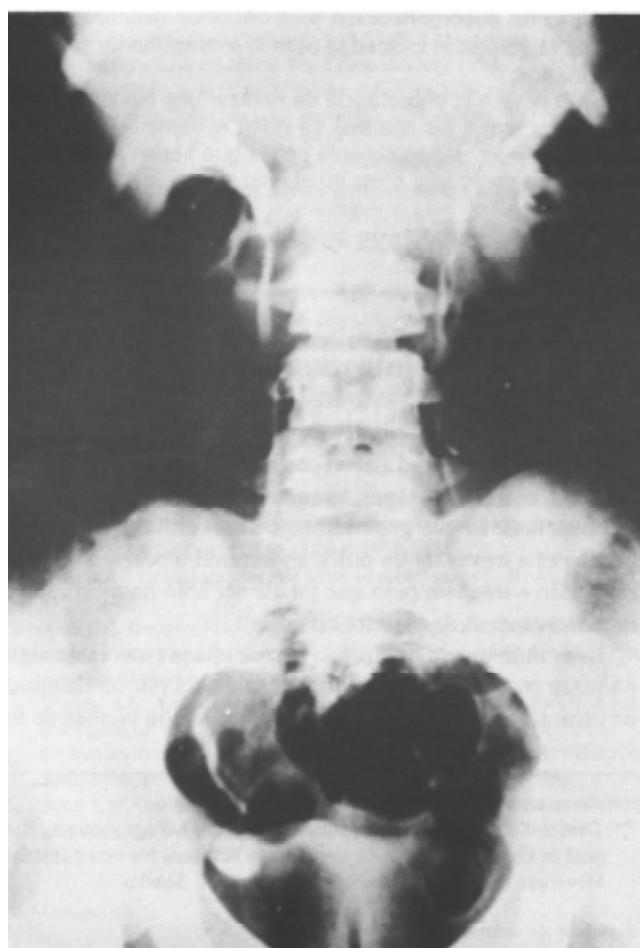


Figura 2. Urografía excretora del caso 3. Sobre la espina ciática derecha, una masa ovoidea de densidad cállica puede distinguirse, la que en tomas subsecuentes mostró tener libre movilidad dentro de la cavidad peritoneal. Esto fue todo lo que quedó como remanente de un ovario y anexo izquierdo necróticos por una torsión antigua.



Figura 3. Fotografía transoperatoria del caso 3, que muestra una masa ovoidea, libre, amarillenta y blanda, llena de material tipo sebáceo, que fue removida del fondo de saco rectouterino.

ficó libre en la cavidad peritoneal, que en el análisis histológico sólo demostró ser un residuo fibrosebáceo encapsulado (Figura 3).

Discusión

La torsión tubo-ovárica es una entidad bien descrita en mujeres adultas, generalmente ocasionada por una masa ovárica^(3,12) o un ovario sobreestimulado durante un tratamiento o gestación^(8,13,14); pero en cerca de la tercera parte de los casos, la torsión ocurre sin causa aparente. La frecuencia de estas torsiones idiopáticas en mujeres menores de 16 años parece ser mayor que en adultas^(15,16), y afectar de manera especial a las niñas entre los ocho y los 13 años^(5,16-19), cual fue la edad de los tres casos aquí reportados.

El síntoma primero y más frecuente suele ser el dolor abdominal bajo, pungitivo, intenso y unilateral^(1,5,6,18), de corta duración. La brevedad del episodio doloroso obedece a que con frecuencia ocurre la destorsión espontánea del anexo⁽¹⁸⁾, o bien, la progresión a necrosis con su consecuente insensibilización.

El dolor no siempre adquiere gran importancia, y no se acompaña de signos de irritación peritoneal, pues la torsión conduce a la gónada a la profundidad del fondo de saco rectouterino, lejos de la pared anterior del abdomen. Se han descrito casos en los que el antecedente de dolor abdominal no existió^(1,4,6), o fue leve como en dos de nuestros casos, y el diagnóstico se basa, tardíamente por supuesto, en el hallazgo de un anexo autoamputado o necrótico o masa calcificada libre en la cavidad peritoneal. Es indispensable un alto grado de sospecha clínica.

Llamó la atención que en nuestra pequeña serie, los tres casos mostraran torsión de los anexos izquierdos. Esta preferencia de la entidad por ese lado no ha sido descrita con anterioridad.

Se ha documentado experimentalmente que una torsión ovárica reduce el flujo sanguíneo de la gónada contralateral⁽¹⁰⁾, provocando lesión en las células germinales y del estroma⁽¹¹⁾, así como supresión ovárica⁽²⁰⁾. De ahí la importancia del diagnóstico temprano.

En la fase aguda del cuadro, el ultrasonido convencional sólo permitirá el diagnóstico si la torsión es producida por una masa ovárica. El ultrasonido con Doppler-color puede ofrecer datos que orientan al diagnóstico de una torsión idiopática, como el hallazgo de alta impedancia en la estructura tubular de la trompa o flujo arterial ausente en ésta o en el centro del ovario^(15,21-25) o, en la misma región, la presencia de flujo venoso, que permite predecir viabilidad de la gónada^(9,26). La desventaja del método radica en que la especificidad de los datos que recoge no es completa, y que requiere de la posición intravaginal del transductor, lo que lo hace inutilizable en las niñas.

Otros métodos de diagnóstico pueden ser la resonancia magnética, que aporta datos como la desviación del útero hacia el lado de la torsión, la presencia de una imagen en banda del útero al ovario afectado, la detección de imágenes quísticas hiperintensas en la periferia del ovario al examen en secuencia T2, señales heterogéneas de baja intensidad del estroma ovárico al examen en secuencias T1 y T2, o la falta de captación del gadolinio^(17,27). La tomografía computada también puede ofrecer la imagen del engrosamiento tubario, como una estructura tubular o en forma de coma, con poca captación del medio de contraste por el tejido⁽²⁸⁾; sin embargo, son métodos insuficientes para establecer un diagnóstico de certeza.

La laparoscopia, indicada después de una evaluación clínica juiciosa, ofrece las mejores posibilidades diagnósticas y terapéuticas simultáneas, con la menor inversión de tiempo y de recursos^(5,8,16). Debe de realizarse con prontitud, para impedir la necrosis ovárica; sus propósitos deben ser conservadores, indicándose la resección sólo de los anexos claramente desvitalizados. Una prueba de utilidad para evaluar la existencia de circulación ovárica puede ser la administración de 5 mL de fluoresceína al 10% por vía intravenosa, procediendo a la inspección de la gónada con luz ultravioleta, en busca de fluorescencia superficial⁽²⁹⁾.

La maniobra quirúrgica que más se recomienda es la destorsión de los elementos involucrados^(3,7,8,14,22,30). Años atrás se sobreestimó el riesgo de dicha maniobra ante la posibilidad de producir desprendimiento de trombos alojados en las venas ováricas^(3,31); la amplia experiencia de diversos autores no ha confirmado tal temor, y el caso que tratamos de esa manera tampoco desarrolló complicación alguna. Heloury y

cols reportaron un caso de fibrinólisis posterior a una destorsión⁽¹⁶⁾, y Pryor y cols otro en que el anexo sufrió necrosis en las 24 horas siguientes a ella⁽¹³⁾, pero no existen otras evidencias de que la maniobra sea aventurada. Una gónada viable recupera el desarrollo folicular en más del 90% de los casos^(7,8,30).

La destorsión puede acompañarse de algunas medidas adicionales. La resección debe reservarse tan sólo para los casos en que haya necrosis de algún elemento, como lo fueron nuestros tres casos. La plicatura de un ligamento útero-ovárico laxo o una ooforopexia a la pared uterina parecen ser de utilidad para prevenir la recurrencia de la torsión^(18,31), aunque el pobre seguimiento de los casos impide extraer conclusiones definitivas. Si bien los autores consultados omiten la recomendación de efectuar una ooforopexia rutinaria en el ovario contralateral, nosotros la enfatizamos ante reportes como el de Germain y cols⁽¹⁸⁾ y de Grunewald y cols⁽¹⁹⁾ de torsiones bilaterales asincrónicas.

Los tres casos aquí descritos son representativos de los diferentes estadios en que puede diagnosticarse la torsión tubo-ovárica de las niñas: en su fase aguda, en que la destorsión puede salvar alguno de los elementos; en su fase subaguada, en que se presenta el fenómeno de necrosis tubo-ovárica, que es irreversible y orilla a la extirpación, y finalmente la fase crónica en que el tratamiento es sólo una confirmación del diagnóstico, pues el anexo ha degenerado en una masa fibrosebácea que no produce síntoma ni riesgo alguno.

Recomendamos ampliar el uso inmediato de la laparoscopia para investigar todos los cuadros dolorosos agudos del abdomen bajo o pelvis de las niñas, especialmente de las que tienen entre 8 y 13 años de edad y manifiestan dolor en el lado izquierdo. En caso de encontrarse una torsión tubo-ovárica, debe procederse a la destorsión y a la ooforopexia bilateral.

Referencias

1. Bader T, Ranner G, Haberlik A. Torsion of a normal adnexa in a premenarcheal girl: MRI findings. *Eur Radiol* 1996; 6: 704-6.
2. Silva PD, Glasser KE, Virata RL. Spontaneously acquired, unilateral absence of the adnexa. A case report. *J Reprod Med* 1995; 40: 63-4.
3. Bayer AL, Wiskind AK. Adnexal torsion: can the adnexa be saved? *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1506-10.
4. Eustace DL. Congenital absence of fallopian tube and ovary. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1992; 46: 157-9.
5. Borup K, Rasmussen KL. Isolated torsion of the fallopian tube as a differential diagnosis to acute abdominal pain in a thirteen years old girl. *Zentralbl Gynakol* 1991; 113: 1397-8.
6. Maynard SR, Peipert JF, Brody JM. Tubal torsion appearing as acute pelvic inflammatory disease. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996; 3: 431-3.
7. Oelsner G, Bider D, Goldenberg M et al. Long term follow-up of the twisted ischemic adnexa managed by detorsion. *Fertil Steril* 1993; 60: 976-9.
8. Shalev E, Peleg D. Laparoscopic treatment of adnexal torsion. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 176: 448-50.
9. Willms AB, Schlund JF, Meyer WR. Endovaginal Doppler ultrasound in ovarian torsion: a case series. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995; 5: 129-32.
10. Cakmak M, Aras T, Ercan M et al. Blood flow determination in contralateral ovary with 133 Xe in unilateral ovarian torsion (experimental study in rabbits). *Tokai J Exp Clin Med* 1994; 19: 61-5.
11. Cakmak M, Kaya M, Barlas M et al. Histologic and ultrastructural changes in the contralateral ovary in unilateral ovarian torsion: an experimental study in rabbits. *Tokai J Exp Clin Med* 1993; 18:167-78.
12. Zweizig S, Perron J, Grubb D et al. Conservative management of adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1791-5.
13. Pryor Ra, Wiczky HP, O'Shea DL. Adnexal infarction after conservative surgical management of torsion of a hyperstimulated ovary. *Fertil Steril* 1995; 63: 1344-6.
14. Levy T, Dicker D, Shalev J et al. Laparoscopic unwinding of hyperstimulated ischaemic ovaries during the second trimester of pregnancy. *Hum Reprod* 1995; 10: 1478-80.
15. Quillin SP, Siegel MJ. Transabdominal color Doppler ultrasonography of the painful adolescent ovary. *J Ultrasound Med* 1994; 13: 549-55.
16. Helou Y, Guiberteau V, Sagot P et al. Laparoscopy in adnexal pathology in the child: a study of 28 cases. *Eur J Pediatr Surg* 1993; 3: 75-8.
17. Bader T, Ranner G, Haberlik A. Torsion of a normal adnexa in a premenarcheal girl: MRI findings. *Eur Radiol* 1996; 6: 704-6.
18. Germain M, Rarick T, Robins E. Management of intermittent ovarian torsion by laparoscopic oophoropexy. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 715-7.
19. Grunewald B, Keating J, Brown S. Asynchronous ovarian torsion the case for prophylactic oophoropexy. *Postgrad Med J* 1993; 69: 318-9.
20. Cakmak M, Mergen K, Dindar H et al. Influence of unilateral ovarian torsion to the contralateral ovary. *Tokai J Exp Clin Med* 1992; 17: 105-8.
21. Baumgartel PB, Fleisher AC, Cullinan JA et al. Color Doppler sonography of tubal torsion. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996; 7: 367-70.
22. Tepper R, Lerner-Geva L, Zalel Y et al. Adnexal torsion: the contribution of color Doppler sonography to diagnosis and post-operative follow-up. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995; 62: 121-3.
23. Gordon JD, Hopkins KL, Jeffrey RB, Giudice LC. Adnexal torsion: color Doppler diagnosis and laparoscopic treatment. *Fertil Steril* 1994; 61: 383-5.
24. Schiller VL, Grant EG. Doppler ultrasonography of the pelvis. *Radiol Clin North Am* 1992; 30: 735-42.
25. Van-Voorhis BJ, Schwaiger J, Syrop CH et al. Early diagnosis of ovarian torsion by color Doppler ultrasonography. *Fertil Steril* 1992; 58: 215-7.
26. Fleischer AC, Stein SM, Cullinan JA et al. Color Doppler sonography of adnexal torsion. *J Ultrasound Med* 1995; 14: 523-8.
27. Kimura I, Togashi K, Kawakami S et al. Ovarian torsion: CT and MR imaging appearances. *Radiology* 1994; 190: 337-41.
28. Ghossain MA, Buy JN, Bazot M et al. CT in adnexal torsion with emphasis on tubal findings: correlation with US. *J Comput Assist Tomogr* 1994; 18: 619-25.
29. McHutchinson LL, Koonings PP, Ballard CA et al. Preservation of ovarian tissue in adnexal torsion fluorescein. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 136-8.
30. Shalev E, Bustan M, Yarom I et al. Recovery of ovarian function after laparoscopic detorsion. *Hum Reprod* 1995; 10: 2965-6.
31. Righi RV, McComb PF, Fluker MR. Laparoscopic oophoropexy for recurrent adnexal torsion. *Hum Reprod* 1995; 10: 3136-8.