

Torsión útero anexial en una niña de diez años, reporte de un caso

Uterine adnexal torsion in a 10-year-old girl: report of one case

David Antonio Dávila-Bueno, Carlos Agustín Rodríguez-Paz, José de Jesús González de Blas

Resumen

Objetivo: Informar un caso de torsión de útero, asociado a un teratoma quístico hemorrágico, en una niña de diez años.

Sede: Hospital Rural de segundo nivel en San Luis Potosí.

Diseño: Reporte de un caso clínico.

Informe de caso: Niña de 10 años con dolor abdominal súbito, con evolución de 5 días, moderada intensidad, acompañado de náuseas, se palpa tumor hipogástrico y puntos apendiculares positivos; frecuencia cardíaca de 112/min, 120/80 mmHg de presión arterial, temperatura de 38°C y 24/min de frecuencia respiratoria, hemoglobina de 10.8 g/dl, hematocrito de 33%, leucocitos de 10,500, en banda 4%. En el transoperatorio se encontró un teratoma quístico torcido de ovario izquierdo de 9 x 8 x 4 cm, constituido, a la histología, por tejido necrótico hemorrágico de hueso, cartilago sin elementos inmaduros; se realizó salpingo-oforectomía, remitió el cuadro y se egresó a los 4 días la paciente.

Conclusiones: El quiste torcido de ovario es una entidad rara en niñas, frecuente del lado izquierdo y la confirmación requiere laparotomía.

Abstract

Objective: To inform the case of uterus torsion associated to a hemorrhagic cystic teratoma in a 10-year-old girl.

Setting: Second health care level rural hospital in the state of San Luis Potosí, Mexico.

Design: Case report.

Case report: Girl, 10 years old, with sudden abdominal pain, evolution of 5 days, of moderate intensity, accompanied by nausea. A hypogastric tumor was palpated with positive appendicular points. Cardiac frequency of 112/min, 120/80 mmHg arterial pressure, body temperature 38°C and respiratory frequency of 24/min; hemoglobin of 10.8 g/dl, hematocrit of 33%, leucocytes count of 10,500, 4% banded. During surgery, a 9 x 8 x 4 cm cystic torced teratoma of the left ovary was found, constituted histologically by hemorrhagic necrotic bone tissue and cartilage without immature elements; a salpingo-oophorectomy was performed; the symptoms remitted, and the girl was discharged on the 4th day.

Conclusions: An ovarian torced cyst is rare in girls, it frequently corresponds to the left side, and its confirmation requires laparotomy.

Palabras clave: Necrosis, teratoma, torsión ovárica.
Cir Gen 2007;29:162-164

Key words: Necrosis, teratoma, ovarian torsion.
Cir Gen 2007;29:162-164

Introducción

Los quistes de ovario en edad pediátrica son una entidad rara, los cuales se presentan 2.5 casos por millón en niñas menores de 15 años;¹ estos tumores tienen su origen en las células germinales primitivas, mesénquima del reborde urogenital y el epitelio celómico, siendo el 68% originados en el primer grupo y de donde se

originan los teratomas,² el diagnóstico se establece por el cuadro doloroso y se corrobora por ultrasonido,³ siendo mayor la posibilidad de quiste en jóvenes⁴ en lugar de tumor en adultos o adultos mayores.⁵ En México, las neoplasias de ovario en edad pediátrica, son en extremo raras y son benignos el 66% de ellos, representando los teratomas el 54% de los casos.⁶

Servicio de Cirugía General; Hospital Rural 44 Zacatipan, Programa IMSS-Oportunidades, Delegación San Luis Potosí.

Recibido para publicación: 13 enero 2006.

Aceptado para publicación: 17 junio 2006.

Correspondencia: Dr. David Antonio Dávila Bueno. Calle 10-B Núm. 406 Col Industrial Aviación. San Luis Potosí SLP 78140. Teléfono: 01 444 8 13 39 14, davilacat@hotmail.com, ticitlhuasteco@msn.com

Caso clínico

Paciente femenino de 10 años, originaria de la localidad de Santiago Centro, Municipio de Tamazunchale, San Luis Potosí, se presentó a nuestra unidad 5 días después de iniciar con dolor abdominal difuso tipo cólico, con náusea, vómito de contenido gástrico, anorexia de 3 días, sin antecedentes de adicciones ni cirugías previas. Sus signos vitales fueron 120/80 mmHg de presión arterial, frecuencia cardíaca de 112 por minuto, frecuencia respiratoria de 24 por minuto y temperatura de 38 grados centígrados. A la exploración dolor a la palpación superficial y profunda, con datos de reacción peritoneal, con peristalsis, signos apendiculares positivos y palpación de masa en hipogastrio móvil, dolorosa, a la percusión mate, dolor intenso, sin auscultarse pulsos en esta masa. Placas de abdomen simples con datos de borramiento de psoas y aire en colon (**Figura 1**); en el ultrasonido se observó una masa quística ecodensa de bordes definidos con líquido libre en cavidad. Se hace laparotomía exploradora encontrando 1,000 cm³ aproximadamente de líquido serohemático, se observa masa oval de 14 x 8 cm aproximadamente, dependiente de ovario izquierdo que motiva torsión útero-anexial; se procede a salpingooforectomía izquierda con elementos necróticos y friables (**Figura 2**) recuperando el útero posición normal sin datos



Fig. 1. Imagen radiológica de quiste torcido de ovario, presenta datos de borramiento de psoas.

de isquemia ni necrosis. Cursa estable su postoperatorio, egresándose 4 días después de su ingreso sin entidades agregadas.

El informe anatomopatológico de la pieza fue: pieza de 9 x 8 x 4 cm ovoide con zonas hemorrágicas combinadas, con zonas óseas y cartilaginosas y zonas quísticas, mucoide amarillo de 0.2 a 0.6 cm, la pared del quiste es de 0.5 cm (**Figura 3**). El estudio histológico revela tejido óseo y cartilaginoso bien diferenciado, tejidos adiposo, muscular y epidérmico con anexos pilosos y sebáceos sin elementos inmaduros (**Figura 4**). Diagnóstico de teratoma maduro de ovario izquierdo.

Discusión

Dentro de los diagnósticos diferenciales de dolor abdominal en niñas entre los ocho a trece años siempre debe de considerarse la torsión tubo-ovárica, ya que es menos rara de lo que se cree.⁷ Existe una gran controversia si los quistes de ovarios necróticos se deben o no resear, ya que el riesgo de liberación de citocinas puede provocar la muerte del paciente,⁸ por lo cual optamos por la resección al tener cinco días de cuadro clínico y la tuba izquierda friable. Es bien cierto que se asocian estos casos de torsión al quiste adherido al anexo,⁹ pero no se sabe el motivo de su frecuencia izquierda,⁷ lo único cierto es que este tipo de tejido se forma a partir de estirpes embriológicas totipotenciales que rompen el desarrollo normal de los tejidos embriológicos, si bien poco frecuentes, de alto riesgo al establecerse una torsión.¹⁰

Conclusiones

El cuadro doloroso y los datos sugirieron un quiste simple, pero el intenso dolor y los hallazgos clínicos corroboraron una entidad poco frecuente, para la cual el cirujano general debe estar preparado, máxime en las áreas rurales donde las largas distancias y la oportunidad en la atención hacen necesario todos los datos



Fig. 2. Pieza quirúrgica de quiste torcido de ovario en menor de edad.

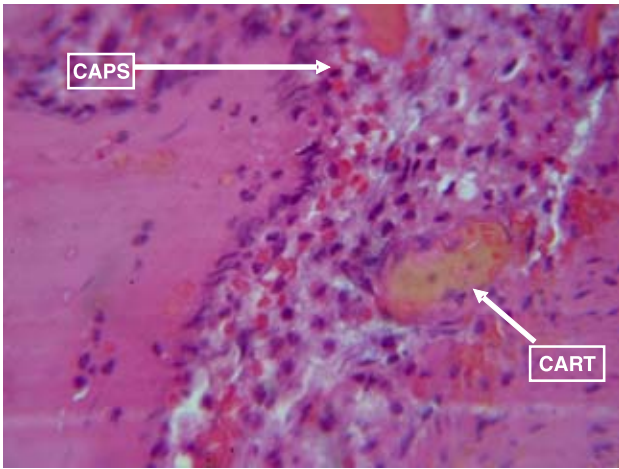


Fig. 3. Corte histopatológico de quiste torcido de ovario, donde se observa la cápsula (CAPS) y tejido cartilaginoso (CART).

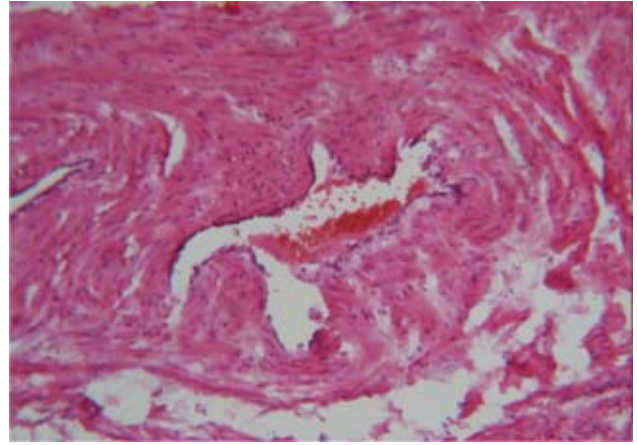


Fig. 4. Corte histopatológico de quiste torcido de ovario, donde se aprecian vasos, tejido conectivo y tejido muscular

clínicos y considerar todas las posibilidades diagnósticas para realizar la mayor parte de procedimientos factibles en este tipo de unidades.

Referencias

1. Castleberry R, Cushing B, Hawkins E. *Germ Cell Tumors*. En: Pizzo P, Poplack D. *Principles of Pediatric Oncology*. 3rd Ed. Lippincott Raven. Philadelphia. 1997: 921-45.
2. Terenziani M, Massimino M, Casanova M, Cefalo G, Ferrari A, Luksch R, et al. Childhood malignant ovarian germ cell tumors: a monoinstitutional experience. *Gynecol Oncol* 2001; 81: 436-40.
3. Stanish PJ, Clark KS, Chua GT. Uterine adnexal torsion: a case report. *Indian Med* 1991; 84: 112-114.
4. Pomeranz AJ, Sabnis S. Misdiagnoses of ovarian masses in children and adolescents. *Pediatr Emerg Care* 2004; 20: 172-174.
5. Morrillo CM, Martín CF, Muñoz CV, González-Sicilia ME, Gonzalo-Sicilia CE, Carrasco RS. Ovarian mature teratoma. Clinic-pathological study of 112 cases and review of the literature. *Ginecol Obstet Mex* 2003; 71: 447-454.
6. Quero-Hernández A, Hernández-Arriola J, López ZS, Pérez-Bautista A. Tumores del ovario en niñas y adolescentes en un hospital general. *Rev Mex Pediatr* 2005; 72: 174-8.
7. Gómez-Alcalá AV, Ramírez-Hernández C. Espectro clínico de la torsión tubo-ovárica en niñas. *Cir Ciruj* 2000; 68: 19-22.
8. Havlik DM, Nolte KB. Sudden death in an infant resulting from torsion of the uterine adnexa. *Am J Forensic Med Pathol* 2002; 23(3): 289-291.
9. Bayer AI, Wiskind AK. Adnexal torsion: can the adnexa be saved? *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1506-1511.
10. Lee YH, Kim SG, Choi SH, Kim IS, Kim SH. Ovarian mature cystic teratoma containing homunculus: a case report. *J Korean Med Sci* 2003; 18: 905-907.