

TORSIÓN ANEXIAL COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

ADNEXAL TORSION AS A CAUSE OF ABDOMINAL PAIN: CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

RESUMEN

En el siguiente caso se busca reforzar los conocimientos acerca de las conductas y decisiones a tomar en cuenta frente un dolor abdominal agudo basadas en la clínica del paciente y el protocolo a seguir para identificar la causa del dolor, principalmente basándonos en la clínica de la paciente, los estudios de laboratorio y hallazgos imagenológicos que se nos facilitan en nuestra institución. Presentamos un caso de torsión ovárica y tubárica en una mujer de 23 años con dolor abdominal agudo de predominio izquierdo, el cual se realiza un US trasvaginal a su ingreso detectando una tumoración de 9 cm en anexo izquierdo de contenido quístico que fue tratado mediante laparotomía.

Palabras clave: torsión anexial; laparotomía exploradora; abdomen agudo; cistoadenoma seroso.

ABSTRACT

In the following case, we seek to reinforce knowledge about the behaviors and decisions to take into account in case of acute abdominal pain based on the patient's symptoms and the protocol to follow to identify the cause of the pain, mainly based on the patient's symptoms, laboratory studies and imaging findings that are provided to us at our institution. We present a case of ovarian and tubal torsion in a 23-year-old woman with acute abdominal pain predominantly on the left, who

FABIOLA ÁLVAREZ ROSALES¹

ROBERTO ANTONIO
ALVARADO HERNÁNDEZ²

1. Ginecología y Obstetricia, Hospital General Universitario de Torreón, UAdeC.
2. Hospital General de Sub-zona # 27 Palaú IMSS, Universidad de Monterrey.

Correspondencia
fabiolaalvarez@uadec.edu.mx

Fecha de recepción
18 de diciembre de 2024.

Fecha de aceptación
15 de enero de 2025.

underwent a transvaginal US upon admission, detecting a 9 cm tumor in the left adnexa with cystic content that was treated by laparotomy.

Keywords: *adnexial torsion; exploratory laparotomy; acute abdomen; serous cystoadenoma.*

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de torsión anexial se refiere a la rotación parcial o completa de ovario sobre sus soportes o ligamentos y que involucra la salpinge lo que resulta en un cese del flujo o del suministro de sangre. Por lo que el diagnóstico temprano es importante para tratar de preservar la función o bien evitar complicaciones, sin embargo, el diagnóstico puede ser difícil ya que varios de los síntomas suelen ser inespecíficos y solo presentarse como un dolor abdominal agudo.

La torsión de los anexos es una emergencia ginecológica que afecta entre el 2-3 % de las mujeres que presentan dolor pélvico agudo (Dawood y col., 2021).

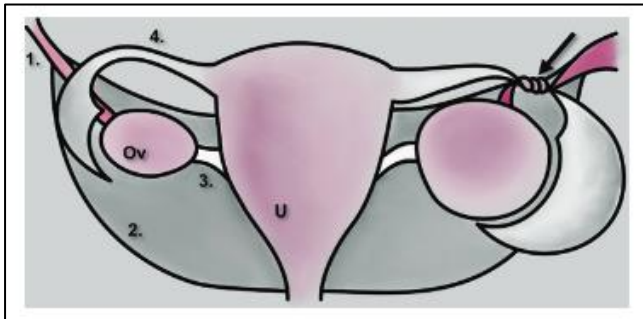


Figura 1. Diagrama esquemático de ovarios (Ov) y útero (U), a la izquierda las relaciones normales: el ligamento suspensorio del ovario (1), el ligamento ancho (2) y el ovárico (3) y la salpinge (4); a la derecha muestra los cambios anatómicos de la torsión anexial.

(Dawood y col., 2022)

En cuanto a la fisiopatología el ovario está suspendido por el ligamento suspensorio del ovario o ligamento infundibulopélvico cuando se produce una torsión el ovario suele girar y provocar una compresión de los vasos ováricos ya que este ligamento suspensorio contiene el pedículo vascular o bien la arteria y vena ováricas y compromete el flujo de salida y entrada arterial linfático y venoso. La torsión anexial suele ocurrir en el 67 % de los casos que incluye el ovario y la salpinge

(Gerscovich y col., 2014). El ligamento ovárico une el ovario al útero y por último el ligamento ancho une el útero hacia las paredes laterales (Figura 1). El ovario derecho parece que tiene más probabilidades de sufrir torsión en comparación con el izquierdo, posiblemente porque el ligamento útero-ovárico derecho es más largo que el izquierdo y/o la presencia del colon sigmoide en la pelvis izquierda puede ayudar a prevenir la torsión en ese lado (Huchon y Fauconnier, 2022).

La torsión crónica provocara en su momento necrosis por lo que la gravedad del deterioro vascular depende del grado de rotación del anexo alrededor de su eje y de si existe alguna preservación del flujo arterial al ovario desde su suministro dual. Cuando el suministro arterial se ve comprometido, se produce un infarto hemorrágico dentro del ovario (Moro y col., 2020) Hasta llegar a presentar complicaciones tales como adherencias que producen mayor dolor, hemorragia o peritonitis.

La evaluación en diversos organismos institucionales del país es variable desde la sospecha clínica hasta la atención con posterior resolución quirúrgica pueden pasar de un rango de 7 a 159 horas con un promedio de atención de 87 horas (Anders y col., 2005). En cuanto a epidemiología es la quinta emergencia quirúrgica después del embarazo ectópico, ruptura del cuerpo lúteo con hemorragia, enfermedad pélvica inflamatoria y apendicitis (Bouguizane y col., 2003).

Los factores de riesgo implicados para la torsión ovárica incluyen la presencia de alguna masa móvil dentro de ellos los quistes y neoplasias del ovario es más probable que se produzca una torsión si la masa es mayor a 5 cm pero ello no elimina el riesgo que masas de 1 cm no produzcan torsión. Existe una serie de casos de 87 pacientes donde se produjo torsión con masas que van desde 1 a 30 cm (Houry y Abbott, 2001).

El cuadro clínico en las pacientes es la aparición de dolor pélvico intenso, agudo, punzante que puede presentarse de manera localizada o difusa e irradiarse a la espalda o ingle, acompañado de náusea y vómito. En ocasiones el evento desencadenante puede ser la actividad

física vigorosa o un aumento repentino de la presión abdominal. Las anomalías en datos de laboratorio suelen estar ausentes en casos de hemorragia puede provocar anemia o en casos de necrosis leucocitosis.

El uso de imagenología pélvica y transvaginal son la base del protocolo de atención de las pacientes y se puede evidenciar un quiste o masa ovárico o tubárico, el flujo Doppler puede estar presente o ausente, tener un flujo Doppler normal no excluye el diagnóstico de torsión ya que puede ser una oclusión incompleta. En 28 de 32 pacientes con torsión comprobada quirúrgicamente, el pedículo vascular torcido se detectó preoperatoriamente mediante ecografía, lo que muestra una precisión diagnóstica del 87 %. Los flujos arterial y venoso estaban presentes en los vasos torcidos en la ecografía Doppler color en 16 de 28 pacientes con un pedículo vascular torcido visible. (Lee y col., 1998) Una vez teniendo la sospecha diagnóstica se procede a realizar una laparotomía exploradora para confirmar los hallazgos imagenológicos y clínica por lo que la salpingooforectomía está indicada en casos de pérdida de las estructuras o sospecha de malignidad que en este caso se debe seguir un protocolo de atención con marcadores tumorales que por la urgencia no siempre están disponibles.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo relacionado al tratamiento donde se evidencia un enfoque quirúrgico.

REPORTE DE CASO

Paciente con las iniciales JACL, femenino de 23 años con fecha de nacimiento del 18/01/2001 que ingresa al servicio de urgencias por

dolor abdominal agudo en estudio. Niega antecedentes heredo-familiares de importancia. Originaria de Torreón, ama de casa, cristiana, casada, cuenta con licenciatura trunca, zoonosis negada, cuenta con esquema de vacunación completo y niega etilismo, tabaquismo o toxicomanías. Dentro de los antecedentes personales patológicos refiere internamientos y quirúrgicos en el 2023 con cesárea por estado fetal no tranquilizador en hospital público de la región con incisión tipo media sin complicaciones aparentes, resto interrogado y negado.

Como datos importantes ginecoobstétricos refiere menarca a los 13 años, ritmo regular con duración de cinco días, desconoce su fecha de última regla, con inicio de vida sexual activa a los 18 años, cuenta con dos parejas sexuales. Niega enfermedades de transmisión sexual. Método de planificación con desogestrel. Detección oportuna de cáncer de mama y de cáncer cervicouterino negado.

Gesta 1: Cesárea en diciembre del 2023 en septiembre donde se obtiene recién nacido vivo femenino con un peso de 3270 gr talla de 51 cm el IMSS 16 ingresa por estado fetal no tranquilizador como cesárea de urgencia con incisión tipo media, niega complicaciones tales como diabetes gestacional o preeclampsia alta en binomio, niega alguna otra complicación o incidente en dicha intervención.

Dentro del padecimiento actual acude paciente procedente de su domicilio por inicio del dolor abdominal de dos días de evolución que ha ido en aumento. A su ingreso niega datos de vasoespasmo, niega síntomas gastrointestinales como náusea y vómito niega síntomas urinarios y vaginitis.

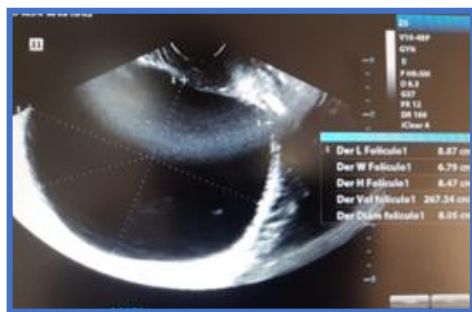
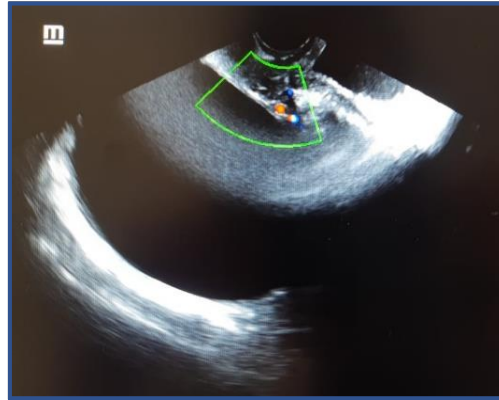


Figura 2. La imagen ecográfica transvaginal muestra una gran masa pélvica que contiene un quiste anecoico con alta sospecha de benignidad, la masa mide 8.87x7.9x8.47 cm con un volumen ovárico de 267 cm³ en anexo izquierdo

Figura 3. La imagen ecográfica transvaginal muestra una gran masa pélvica que contiene un quiste anecoico con alta sospecha de benignidad, la masa cuenta con escasa vascularidad al Doppler (mostrando un flujo anormal presente en el 35-85% de los casos)



A la exploración física la paciente se encuentra neurológicamente íntegra, consciente, orientada, cooperadora, normocéfalo, pupilas isocóricas normorreactivas, adecuada coloración e hidratación de mucosas y tegumentos, cuello cilíndrico sin masas palpables tráquea central y móvil, cardiorespiratorio sin compromiso, mamas simétricas en estado de congestión fisiológica. Tacto vaginal cérvix posterior sin sangrado vaginal con abombamiento del fondo de saco posterior y doloroso a la movilización, herida quirúrgica por cesárea previa tipo media con adecuada cicatrización, abdomen blando y depresible doloroso a la palpación profunda de predominio izquierdo que cede al reposo ENA 7/10. Genitales externos íntegros, sin lesiones, acorde a edad. Extremidades íntegras simétricas llenado capilar de 3 segundos fuerza muscular y sensibilidad conservada, resto de la exploración sin alteraciones aparentes.

A su ingreso se realiza US pélvico sin presencia de líquido libre en cavidad o en fondos de saco, útero desplazado por quiste, se procede a realizar US transvaginal con presencia de quiste dependiente aparentemente de ovario izquierdo de 8.87x8.47x6.79 cm con un volumen de 267.34 cm³ (Figura 2), con escasa vascularidad al Doppler color (Figura 3), de consistencia en su mayoría quística y anecoica, ovario derecho sin alteraciones aparentes, útero sin alteraciones, sin detección de líquido libre en fondos de saco. Paciente se ingresa para protocolo de estudio de tumoración ovárica se solicitan marcadores

tumorales, ACE, AFP, CA 19-9 CA 125 para completar el protocolo de estudio.

Cuenta con laboratorios iniciales con una biometría hemática con HB en 12.9 g/dl, Hto 39.4 %, Leu 8.9, Neutrófilos 58 %, Plaquetas 198 K/uL, Hemotipo O+, Glucosa 85 mg/dl, Creatinina 0.9 mg/dl. Tiempos de coagulación TP 12 seg, TPT 26.6.3 seg, INR 1.0 seg. Prueba inmunológica de embarazo negativa. Prueba de anticuerpos anti VIH y VDRL negativos, Procalcitonina <0.20 ng /mL, LDH 120 U/L.

Se le da al paciente un manejo inicial en urgencias con la colocación de una vía periférica y la administración de soluciones, paciente en ayuno con manejo del dolor con analgésico intravenoso. Se solicitan los marcadores tumorales, se hace la valoración y exploración secundaria donde se evidencia un aumento del dolor abdominal ENA 10/10 con irradiación hacia ingle, paciente refiere aumento del dolor posterior a evacuación, sin esperar los marcadores tras el aumento repentino del dolor se pasa a quirófano para realizar una laparotomía exploradora. En sala de quirófano se evidencian múltiples adherencias por cirugía o cesárea previa hace dos meses donde no se detectó aparentemente el quiste, se localiza masa anexial izquierda con torsión anexial de ovario y salpinge izquierda de 10x9x8 cm (Figura 4) se procede a disecar el pedículo para posterior ligadura y corte sin complicaciones (Figura 5) con un sangrado trasquirúrgico de 150 cc, mismo que se envía a patología, así como muestra de líquido peritoneal.



Figura 4. Se puede apreciar torsión de anexo izquierdo (flecha) de una mujer.



Figura 5. Resección quirúrgica de anexo izquierdo por torsión anexial por cistoadenoma seroso de 9 cm.

Valorando su evolución a las seis horas posteriores a evento quirúrgico: paciente estable sin dolor abdominal ligera molestia en sitio quirúrgico herida de bordes bien afrontados sin datos de infección. Se logra una diuresis de 1200 cc en 24 hrs con DMH de 0.5 ml/kg/hr. A la BH de control se presenta una Hb a 11.0 g/dL y de leucocitos en $8.4 \times 10^3/\mu\text{L}$.

En la evaluación de la evolución a las 24 hrs posteriores al ingreso de la paciente y del procedimiento quirúrgico, la paciente continúa estable con signos vitales dentro de rangos meta, sin dolor, deambulaci3n por su cuenta sin alteraciones, tolerando adecuadamente la v3a oral y con diuresis y evacuaciones fecales sin alteraciones. Con control de Hb de 11.5 g/dL.

Se reciben los marcadores enviados previamente a la cirug3a por medio externo con reporte de ant3geno carcinoembrionario ACE en 0.66 ng/mL, ant3geno carcinoma ov3rico CA-125 19.803 U/ml, CA 19-9 en <1 U/ml y Alfafetoprote3na en 2.42 ng/ml, todos dentro den rangos normales.

A los diez d3as de postoperatorio la paciente se refiere asintom3tica y tolerando actividades diarias, se retiran puntos sin complicaciones, se obtiene reporte de patolog3a con esp3cimen qu3stico de 9x9x6 cm de superficie lisa translúcida con zonas congestivas, con salpinge de luz puntiforme con un diagn3stico de quiste de ovario izquierdo cistoadenoma seroso y salpinge con edema y congesti3n vascular. De la citolog3a del l3quido peritoneal con tinci3n con hematoxilina-eosina se observan escasas c3lulas inflamatorias conformadas por linfocitos y polimorfonucleares negativo a malignidad. Se da de alta por medio de consulta externa sin complicaciones.

DISCUSIÓN

El dolor abdominal agudo es una causa común de consulta por lo que es importante identificar a las pacientes que necesitan tratamiento urgente esto con una evaluación general, evaluación de los signos vitales, se realiza un interrogatorio enfocado a la parte ginecológica de la mano de la exploración y el uso de imagenología como apoyo para la sospecha diagnóstica siendo este último un recurso importante y básico en la evaluación inicial y en la mayoría de los casos será necesaria una evaluación tanto transvaginal como transabdominal (Chang-Patel y col., 2022).

Este proceso suele ser un desafío ya que hay muchos sistemas de órganos que pueden causar dolor pélvico, el diagnóstico diferencial se ve afectado por la edad y el estado reproductivo del paciente (Hart y Lipsky, 2013).

CONCLUSIONES

El dolor abdominal agudo conlleva a una serie de evaluaciones, análisis y exploración minuciosa de la paciente para poder llevar a cabo una toma de decisiones, así como exclusión de diagnósticos por lo que la torsión de los anexos sigue siendo un desafío diagnóstico que depende en gran medida de una alta sospecha clínica, y la presentación del paciente y las imágenes se utilizan como complemento para ayudar en su diagnóstico. Todo ello nos ayuda para poder planificar el proceso quirúrgico y enfoque para así confirmar la sospecha clínica y poder dar resolución a su principal motivo de consulta que es dolor de inicio abrupto.

REFERENCIAS

- Dawood, M., Naik, M., Bharwani, N., Sudderuddin, S. A., Rockall, A., & Stewart, V. (2021). Adnexal Torsion: Review of Radiologic Appearances. *Radiographics*, 41(2): 609-624.
- Gerscovich, E.O., Corwin, M.T., Sekhon, S., Runner, G.J., Gandour-Edwards, R.F. (2014). Aspecto ecográfico de la torsión de los anexos, correlación con otras modalidades de imagen e historia clínica. *Ultrasonido*, 30(1): 49-55.
- Moro, F., Bolomini, G., Sibal, M., Vijayaraghavan, S.B., Venkatesh, P., Nardelli, F., Pasciuto, T., Mascilini, F., Pozzati, F., Leone, F.P.G., Josefsson, H., Epstein, E., Guerriero, S., Scambia, G., Valentin, L., Testa, A.C. (2020). Imagenología en enfermedades ginecológicas: características clínicas y ecográficas de la torsión anexial. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 56(6):934-943.
- Huchon, C., Fauconnier, A. (2010). Adnexal torsion: a literature review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 150(1): 8-12.
- Bouguizane, S., Bibi, H., Farhat, Y., Dhifallah, S., Darraji, F., Hidar, S., Lassoued, L., Chaieb, A., Khairi, H. (2003). Les torsions des annexes de l'utérus. Aspects cliniques et thérapeutiques: à propos d'une série de 135 cas [Adnexal torsion: a report of 135 cases]. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction* (Paris), 32(6):535-540.
- Houry, D., Abbott, J.T. (2001). Ovarian torsion: a fifteen-year review. *Annals of Emergency Medicine*, 38(2):156-159. doi: 10.1067/mem.2001.114303.
- Lee, E.J., Kwon, H.C., Joo, H.J, Suh, J.H., Fleischer, A.C. (1998). Diagnosis of ovarian torsion with color Doppler sonography: depiction of twisted vascular pedicle. *Journal of Medical Ultrasound*, 17(2): 83-89. doi: 10.7863/jum.1998.17.2.83.
- Chang-Patel, E. J., Palacios-Helgeson, L. K., & Gould, C. (2022). Adnexal torsion: a review of diagnosis and management strategies. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 34(4): 196-203.
- Hart, D.K., Lipsky, A.M. (2013). Dolor pélvico agudo en la mujer. En: Rosen's Emergency Medicine, 8th, Marx J, Hockberger R, Walls R (Eds), Saunders, Filadelfia, p.2808.

