TORSIÓN OVÁRICA BILATERAL ASINCRÓNICA. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía.

Ibarra Vilar, P; Rubio Ciudad, M; Marín Pérez, A; Iniesta Albaladejo, MA; Carrascosa Romero, MC; Machado Linde, F; Nieto Díaz, A.

Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

Introducción: La torsión ovárica (TO) es una **urgencia ginecológica**, cuyo retraso en el diagnóstico y tratamiento, puede resultar en la pérdida de la trompa y/o el ovario. Su incidencia en la población general es del 3%. Su diagnóstico puede ser un reto, debido a síntomas poco específicos.

La clínica más común es un dolor abdominal bajo, de inicio brusco, a menudo asociado con náuseas o vómitos. Mediante ecografía, el hallazgo más común es un <u>agrandamiento heterogéneo de un ovario</u>, sin embargo un ovario normal no lo descarta. La utilidad del Doppler es controvertida, hallando disminución o ausencia de flujo venoso.

Aunque la torsión anexial es con mayor frecuencia unilateral, se han reportado casos de **torsión bilateral anexial** síncrona o asincrónica. La torsión ovárica bilateral asincrónica fue descrita por primera vez por Barón en 1934. Es una situación infrecuente pero puede ser devastadora y conducir potencialmente a la castración.

Caso Clínico: Niña de 15 años que consulta por dolor abdominal en fosa iliaca izquierda, de comienzo brusco, asociado a náuseas y vómitos.

La ecografía muestra imagen de 8cm que capta leve color con el Doppler en anejo izquierdo. Se sospecha TO y se realiza una laparoscopia (LPC), evidenciándose el ovario izquierdo edematoso, aumentado de tamaño, de color oscuro, torsionado 6 vueltas sobre su pedículo.

Se realiza anexectomía izquierda.

Tres años después, vuelve a consultar por dolor de comienzo brusco en fosa iliaca derecha, acompañado de cortejo vegetativo. Ecografía: ovario derecho (OD) edematoso y aumentado de tamaño (4,5cm), que conserva la vascularización. Se realiza nueva LPC diagnóstico-terapéutica evidenciándose OD aumentado de tamaño, de color oscuro, torsionado 3 vueltas.

<u>Se devuelve el ovario a su posición anatómica</u>, recobrando parcialmente su coloración habitual.

Actualmente está asintomática y el OD ha recuperado su tamaño y presenta flujo Doppler conservado.

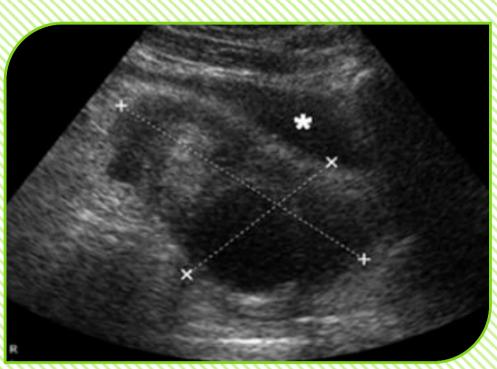


Imagen ecográfica de la TO



Ovario torsionado visto en la LPC

DÍSCUSIÓN: El mecanismo de la TO no se conoce con certeza. La mayoría de los casos son secundarios a patología anexial La exploración ultrasonográfica sigue siendo la investigación más útil. Aunque la ecografía Doppler color puede detectar el estado de la circulación anexial, <u>la presencia de flujo normal no excluye la torsión</u>.

La resección quirúrgica ha sido el tratamiento de elección. Recientemente, se ha sugerido que los anejos isquémicos se pueden detorsionar y dejar in situ.

También se defiende la **ooforopexia** contralateral para disminuir el riesgo de torsión posterior, fijando el ovario a la parte lateral de la pared pélvica

Conclusiones:

- -Cuando se sospecha una torsión ovárica, la LPC debe realizarse sin demora.
- -El manejo conservador debe ser considerado para prevenir la castración quirúrgica.
- -Se debe considerar la ooforopexia del ovario ipsilateral y contralateral.
- -La apariencia macroscópica del ovario no es un indicador fiable del grado de isquemia.
- -Cualquier quiste o tumor sospechoso debería ser resecado electivamente sin las dificultades técnicas de un ovario edematoso y hemorrágico

Bibliografía

1-Beaunoyer, M., Chapdelaine, J., Bouchard, S. and Ouimet, A. (2004). Asynchronous bilateral ovarian torsion. *Journal of Pediatric Surgery*, 39(5), pp.746-749. 2-Pansky M, Abargil A, Dreazen E, et al: Conservative management of adnexal torsion in premenarchal girls. J Am Assoc Gynecol Laparosc 7:121-124, 2000 3-R. Ezcurra, N. Lamberto, V. Peñas; Dolor abdomino-pélvico en ginecología. *An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 1): 49-58*



