

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 agrandamiento heterogéneo de un ovario, 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.

Se devuelve el ovario a su posición anatómica, 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

Discusión: 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, la presencia de flujo normal no excluye la torsión.

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