

MANEJO DE LA TORSIÓN ANEXIAL

AUTORES

1. Verónica García Romero
2. Marta Delgado Marquez
3. M^a Alba Rodríguez Gómez

PALABRAS CLAVES.

- **Abdomen agudo**
- **Torsión anexial**
- **Sintomatología**
- **Tratamiento conservador**

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La torsión anexial es una emergencia ginecológica que tiene lugar principalmente en mujeres en edad fértil. Consiste en la rotación espontánea total o parcial del anejo sobre el ligamento que lo sustenta, produciendo paulatinamente, obstrucción del flujo sanguíneo, lo que puede terminar ocasionando una necrosis. De ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz, para preservar la función ovárica y prevenir complicaciones. Sin embargo, la falta de hallazgos clínicos patognomónicos así como su escasa incidencia retrasan su diagnóstico.

OBJETIVO

Presentar una pauta de manejo siguiendo la evidencia disponible en la literatura médica, a fin de establecer un diagnóstico y tratamiento precoz.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en bases de datos como: Pubmed, Lilacs, Embase y en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto. Con los criterios de inclusión: español/inglés, especie: humanos y fecha de publicación: 2011 a 2016. Criterios de exclusión: Artículos no pertenecientes a revistas indexadas, obteniendo un total de 10 artículos. Debido a que la torsión anexial se trata de una entidad poco frecuente, la mayoría de la bibliografía encontrada, son a propósito de un caso.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La torsión de anexos representa a pesar de su baja frecuencia la quinta emergencia ginecológica^{1,6}. Consiste en la rotación espontánea del pedículo con al menos una

rotación de 120°, límite mínimo que ocasiona trastornos circulatorios en el órgano⁹. Esta complicación puede afectar a mujeres de todas las edades, sin embargo, el 80% de los casos son descritos en mujeres menores de 50 años, sobre todo en las 3 primeras décadas de la vida², periodo en el que representa el 2,7% de las causas de dolor abdominal,^{1,3,6,8} lo que explica junto con los cambios fisiológicos propios, que cerca del 20% de los casos corresponda a mujeres embarazadas.^{5,8,10}

La torsión ovárica derecha es más común que la izquierda con una proporción de 3:2,^{8,10} lo que puede explicarse por el hecho de que el ligamento útero-ovárico derecho es fisiológicamente más largo que el izquierdo o porque la presencia del colon sigmoide limita la movilidad del anejo.^{6,7}

La principal causa de torsión son las masas anexiales (94% de los casos): quistes, miomas subserosos pediculados, neoplasias..., generalmente de curso benigno², siendo el quiste dermoide o teratoma maduro quístico (18% de los tumores)⁸ la neoplasia ovárica más frecuente en mujeres jóvenes con torsión anexial, mientras que en mujeres mayores de 50 años es el cistoadenoma seroso⁶. También puede darse excepcionalmente en anexos normales, produciendo torsión de un ovario o una trompa o de ambos (> 70% de los casos).^{1,5,8}

Pero a pesar de que existe una estrecha relación entre la torsión anexial y las masas ováricas, la causa de la torsión es multifactorial, combinando estos factores con algún fenómeno constitucional como el aumento en la tortuosidad y volumen de las venas del mesosalpinx, trompa excesivamente larga o/y delgada, el hipodesarrollo del mesosalpinx, espasmo tubárico, movilidad anexial exagerada, cirugías previas, embarazo, hiperestimulación....^{1,2,5,9}

Según la bibliografía disponible el principal síntoma de torsión es el dolor en hemiabdomen inferior, generalmente con leve predominancia en el lado derecho y de carácter súbito. En los casos de torsión incompleta se puede tratar de un dolor intermitente o cólico, incluso puede presentar periodos asintomáticos. Por lo que a pesar de la ausencia de clínica patognomónica, la presencia de dolor abdominal de inicio brusco con posible irradiación al flanco o zona lumbar, nos debe hacer pensar en este diagnóstico. Otros signos que están presentes hasta en un 15-20% de los casos son las náuseas y vómitos, e incluso la febrícula, hasta en un 2 % de los pacientes. Nos encontramos ante signos comunes a otras enfermedades digestivas, ginecológicas o urinarias con las que debemos hacer diagnóstico diferencial^{1,2,6,7,8,10}

El diagnóstico de torsión puede resultar fácil en cuadros clínicos floridos de inicio brusco, pero resulta todo un desafío cuando se presenta como dolor abdominal no característico. En estos casos se recurre al diagnóstico diferencial que incluye por un lado el embarazo ectópico, rotura de quiste hemorrágico, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriomas y miomas degenerados⁶, y por otro, la patología no ginecológica: apendicitis, cólico renal, obstrucción intestinal, ileítis regional, diverticulítis, bursitis de cadera...^{1,2,4,7,8,9,10}

A la exploración física los síntomas pueden parecer discordantes presentado en un 50% de los casos⁶ un anejo aumentado de tamaño y doloroso o incluso un abdomen agudo, serán los hallazgos ecográficos, estudio de los flujos vasculares mediante Doppler, la analítica y cuestionario lo que nos ayudarán a afianzar el diagnóstico junto con la clínica:^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}

- El *Self Assessment Questionnaire for Gynecologic Emergencies* (SAQ-GE) es un cuestionario propuesto por algunas guías para el cribado de la torsión ovárica. Se Basa en 5 criterios clínicos:
 - Dolor abdominal o lumbar unilateral
 - Ausencia de leucorrea o metrorragia
 - Dolor ovárico
 - Dolor calificado como «insoportable» por la paciente
 - Vómitos

Obteniendo una puntuación de 0-10. Se califican de «bajo riesgo» las situaciones con valores < 7 puntos (S = 96,7%; VPN = 99%)².

- Pruebas complementarias²:
 - Preoperatorio, Sedimento urinario y prueba de embarazo: Aunque los resultados de laboratorio contribuyen poco al diagnóstico, se utilizan para el diagnóstico diferencial. Pudiendo existir aumento de la velocidad de sedimentación globular o leucocitosis, aunque ésta última no tiene correlación con la necrosis tisular^{5,6,8}
 - Ecografía² con Doppler: para comprobar el flujo arterial anexial. Podemos visualizar:
 - Signo de remolino que se describe inicialmente en la rotación del mesenterio en el vólvulo intestinal y luego se adapta a la torsión anexial
 - Signo de espiral que se aplica al pedículo ovárico.La efectividad del ultrasonido en el diagnóstico de torsión ovárica determinan un VPP de 87.5% y especificidad de 93.3%.⁵

Ante la sospecha de torsión, la ecografía es el método de imagen de elección. En primer lugar se debería realizar vía abdominal con la vejiga llena para identificar masas localizadas en la parte alta del abdomen y luego vía transvaginal, con la vejiga vacía, para la valoración óptima de los anejos. Es característico de la torsión anexial visualizar una masa quística, con septación variable y ecos internos dispersos y el ovario aumentado de tamaño, pero estas características no se ven siempre. Otro dato ecográfico característico pero menos frecuente, es la presencia de un ovario aumentado con folículos en su periferia y la presencia de líquido libre en el saco de Douglas^{2,3,6,7,8,9}.

A pesar de que el ultrasonido con Doppler ofrece datos que orientan al diagnóstico, como el hallazgo de alta impedancia en la estructura tubular de la trompa o flujo

arterial, el diagnóstico no puede basarse exclusivamente en la ausencia o presencia de vascularización, sino que debe interpretarse en conjunto con la ecografía y la clínica^{1,6,8}.

Ante un flujo sanguíneo ausente o anormal las posibilidades de torsión aumentan mostrando una sensibilidad del 100%, pero con un valor predictivo positivo bajo (69%). Debido a que los quistes simples, principalmente paraováricos, tienen escaso flujo en la pared que no capta la señal Doppler. Por otro lado, Linam y cols. demostraron que los hallazgos reflejados en el Doppler poseen poca sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la torsión ovárica, por lo que debemos tener presente que la existencia de flujo vascular no excluye la torsión con certeza, sino que deberemos compararlo con el ovario contralateral^{6,9}.

Otros medios diagnósticos como la Resonancia Magnética y la Tomografía Axial Computarizada pueden ayudar a la hora de establecer algún pronóstico y apoyar el tratamiento conservador. La TAC puede mostrar desviación del útero al área torsionada, vasos congestionados en la zona de torsión, ascitis y obliteración de la grasa, mientras que en la RM en T2 puede mostrar señal hiperintensa relacionada con el edema. Aun así, parece que estas técnicas no aportan más datos al diagnóstico que la ecografía y el Doppler^{1,2,6}.

Si la sospecha clínica continúa y el diagnóstico es incierto, se debe recurrir sin dilaciones a la exploración quirúrgica, puesto que es el único medio de diagnóstico definitivo y tratamiento. Esta actitud, defendida aún más en los últimos años con la incorporación de la cirugía mínimamente invasiva, puede ayudar a conseguir un tratamiento precoz y favorecer el tratamiento conservador del ovario torsionado.

En cuanto a la técnica, podemos hacer cirugía conservadora destorsionando el anejo seguido de quistectomía o cirugía radical eliminando el anejo torsionado mediante anexectomía. Durante años, el dato clave para decidir el tratamiento más adecuado ha sido el aspecto macroscópico del ovario torsionado, siendo el color negro-azulado indicación de ooforectomía. Sin embargo, cada vez más autores defienden que la apariencia macroscópica no es un indicador fiable del grado de isquemia.^{3,5,6} Esto se debe a que durante la torsión se estrangulan y se compromete primero el flujo venoso y después el arterial, lo que provoca congestión, edema, isquemia y, en último término, necrosis del anejo. Dado que la completa oclusión del flujo arterial no es frecuente y que existe vascularización por otras vías, la coloración negro-azulada que adquiere el anejo es consecuencia del estasis venoso y linfático más que por posible gangrena y, por tanto, al destorsionarlo se puede recuperar la viabilidad del mismo.

Por otro lado, se creía que la cirugía conservadora aumentaba las complicaciones tromboembólicas por el riesgo de soltar un émbolo desde la vena ovárica trombosada hacia la circulación general, pero publicaciones actuales hablan de una incidencia del 0,2%^{5,6,8,10}.

En la actualidad se sugiere como tratamiento de primera elección la **laparoscopia y destorsión del anejo**, si no está claramente necrosado^{1,2,3,4,5,6,7,8}, conservando el anejo

si existe reperfusion de éste, así como quistectomía cuando sea preciso; esta última deberíamos evitarla en aquellos casos en que destorsionemos un anejo claramente isquémico, dado que podemos provocar un daño adicional sobre un tejido que es muy friable.

CONCLUSIONES.

La torsión ovárica es una emergencia quirúrgica que diagnosticada y tratada a tiempo puede evitar la pérdida del ovario y sus consecuencias en aquellas mujeres que se encuentran en edad fértil. Sin embargo, debido a la inespecificidad de sus síntomas y signos, cuya principal sintomatología es el dolor abdominal, el diagnóstico y tratamiento puede retrasarse. Considerándose la laparoscopia y el tratamiento conservador la vía de elección, debido a un mayor beneficio (Conservación de la fertilidad, menor tiempo de hospitalización y mejor opción estética) con menores complicaciones, descartando un mayor riesgo de tromboembolia.

BIBLIOGRAFÍA: MÍNIMO 5 REFERENCIAS.

1. Dra Castro Dayana; Dra Balza María; Dra Bustos Darkys; Dr Yanez Robert. Torsión Ovárica A propósito de un caso. *IntraMedJournal*. Vol. 2 / Número 1. Disponible en: www.intramed.net
2. Pérez Delgado, Francisco Javier; Sánchez Damián, Trinidad; Deblas Sandoval, David José. Dolor abdominal en una mujer joven. *Volume 5, Issue 3*, Julio-September 2016, Pages 110-112
3. C.E. Lasso Betancor, J.I. Garrido Pérez, F.J. Murcia Pascual, R. Granero Cendón, V. Vargas Cruz, R.M. Paredes Esteban. Torsión ovárica. Evolución del ovario necrótico tras detorsión laparoscópica. *Cir Pediatr* 2014; 27: Nº 1. 26-30
4. Escobar Oriol, Isaac; Nuñez Chinchilla, Hafeth. ABDOMEN AGUDO EN EL EMBARAZO. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*. LXX (606) 331-335, 2013
5. Mateo-Sáñez HA, Taboada-Pérez GC, Hernández-Arroyo L, Mateo-Madrigal M, Mateo-Madrigal V. Torsión anexial: tres casos. *Ginecol Obstet Mex*. 2013;81:272-278.
6. M. Fernández-Rial, M.I. Pardo Pumar, S. Campos Arca, et al. Torsión anexial bilateral en la posmenopausia. *Clin Invest Gin Obst*. 2012;39(3):118---120
7. *José Antonio García Mejido, José Antonio Sainz Bueno, Antonio Artura Serrano, Virginia Caballero Fernández*. Torsión anexial sin patología ovárica en gestante del primer trimestre. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2012; 77(1): 55 – 57
8. Losa Pajares, Elena M^a; Villar Jiménez, Raquel; González López, Ana Belén; et al. Torsio´n anexial: experiencia en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. *Prog Obstet Ginecol*. 2011;54(7):363—367
9. *Freddy Maita Q., Erwin Hochstatter Arduz3, Oscar Niño de Guzman Peña*. Diagnosis in torsion of adnexal cyst in gynecology. *Gac Med Bol* 2011; 34 (1): 30-33
10. Zambrano Benítez, Claudia Patricia; Gómez Bossa , Mauricio Andrés; Ernesto Niño, Jorge. “Dolor abdominal, principal motivo de consulta en obstetricia. Estudio transversal, Hospital Universitario Clínica San Rafael - Bogotá, 2011 a 2012”[Programa de Posgrado]