

ACTUACIÓN DE URGENCIA ANTE UNA TORSIÓN OVÁRICA EN GESTANTES

AUTORES

Beatriz Fajardo Hervás. Matrona. Hospital San Agustín de Linares (Jaén)

María Beatriz Parrado Soto. Matrona. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz- La Janda.(Cádiz)

PALABRAS CLAVES

Torsión ovárica, Dolor abdominal, Embarazo, Patología ovárica y Laparoscopia

Resumen

INTRODUCCIÓN

La torsión ovárica es una causa poco frecuente pero peligrosa de dolor pélvico, sobre todo en mujeres jóvenes. Consiste en una rotación total o parcial del anejo alrededor de su eje vascular, que induce un bloqueo venoso y linfático desencadenando gangrena y necrosis hemorrágica¹.

La clínica de este cuadro es inespecífica, por lo que es frecuente su retraso en el diagnóstico y tratamiento. Se han descrito factores predisponentes para la torsión del ovario como son la presencia de masa anexial, el síndrome de la hiperestimulación ovárica y el embarazo².

Generalmente las tumoraciones en el embarazo pasan inadvertidas ya que la mayoría son asintomáticas, benignas y se descubren incidentalmente en una ecografía obstétrica o durante la cesárea. Los síntomas que se pueden presentar se asocian generalmente a complicaciones de las masas anexiales asociadas al embarazo, que se observan entre 10% a 30% de los casos, de éstas la más común corresponde a torsión ovárica con una frecuencia que varía del 1-22%³.

El diagnóstico de una tumoración ovárica durante la gestación suele ser difícil, debido fundamentalmente a dos causas:

1. Por su localización extrapélvica a partir del segundo trimestre.
2. Porque su consistencia suele ser similar a la del útero.

El período en el que se produce más frecuentemente la torsión de un anejo suele ser entre las 8 y 16 semanas, ya que es en este período cuando el útero grávido desplaza los anexos fuera de la pelvis, hacia el abdomen, donde el ovario encuentra menor resistencia, haciéndose más móvil y propenso a torcerse^{2,4}.

En el diagnóstico y manejo de las torsiones ováricas en gestantes nos vemos limitados por los posibles riesgos al feto de la cirugía, por lo que es importante establecer el diagnóstico mediante ecografía y en caso de duda se recomienda la utilización de laparoscopia diagnóstica para realizar el tratamiento lo más precozmente posible⁵.

OBJETIVO PRINCIPAL

Determinar el plan de actuación más efectivo que el equipo multidisciplinar debe conocer y aplicar ante una torsión ovárica en embarazadas en un servicio de urgencias, a fin de establecer un diagnóstico y tratamiento precoz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover prácticas clínicas basadas en la evidencia científica más reciente para mejorar la calidad de atención en la paciente obstétrica y ginecológica.
- Identificar las principales causas y consecuencias de una torsión ovárica en una embarazada y que actuaciones de urgencias debemos llevar a cabo.

MATERIAL Y METODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo basado en una exhaustiva revisión bibliográfica en la bases de datos Cuiden, PudMed, Cochrane Library, Dialnet, Medline como bases de datos de Ciencias de la salud, y otros recursos usados han sido la guía Práctica de Urgencias en Obstetricia y Ginecología (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología)

Como criterios de inclusión de los artículos, se han escogido aquellos artículos publicados en el periodo de tiempo 2000-2016, a texto completo, estudios que describen las diferentes actuaciones de urgencias a seguir frente al manejo de la torsión ovárica en gestantes, y el idioma empleado ha sido el inglés y el español. Y se han excluido aquellas publicaciones con escasa o nula evidencia científica, con limitada relevancia científica y artículos de opinión.

Según los criterios expuestos y el objetivo de la revisión se han seleccionado como fuentes primarias 4 revisiones sistemáticas y/o metaanálisis, 1 guías de práctica clínica, 3 casos clínicos y 5 ensayos clínicos. Las listas de comprobación utilizadas han sido las parrillas para lectura crítica CASPe específicas para cada tipo de estudio, y AGREE para la GPC.

Como criterios de búsqueda de los estudios analizados se han usado los descriptores booleanos “and” y “or” y los siguientes palabras claves: “torsión ovárica”, “dolor abdominal”, “embarazo” “patología ovárica” y “laparoscopia”, cuando la base de datos es en inglés se han utilizado: “ovarian torsión”, “abdominal pain”, “pregnancy” “ovarian pathology” y “laparoscopy”.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La torsión ovárica derecha es más común que la izquierda con una proporción de 2:1. Esto se puede explicar por la disposición anatómica de su meso y porque el ovario izquierdo puede ser parcialmente adherente al mesenterio sigmoide⁶

La sintomatología que se presenta suele ser inespecífica, siendo el síntoma más frecuente el dolor abdominal moderado a severo, que puede irradiarse al flanco o hacia la zona lumbar, es de tipo cólico y palpitante. Origoni y cols⁷, describieron otros síntomas y signos, entre los cuales detectaron irritación peritoneal (10,5%), náuseas y vómitos (47,4%), sangrado vaginal escaso (3%) y disuria (15,8%).

La valoración clínica de la torsión ovárica incluye una anamnesis y una exploración física detallada buscando los síntomas descritos anteriormente.

Respecto a la exploración se puede decir que no siempre se palpa una masa específica, que nos haga pensar que estamos ante una torsión anexial, en muchos de los casos lo que sí se detecta es un dolor a la palpación en la región afecta. Las pruebas de laboratorio también son inespecíficas y a veces se puede detectar en el hemograma leucocitosis. Se debe solicitar test de embarazo ante sospecha de embarazo ectópico, analítica de orina para descartar cistitis o litiasis renal y una analítica de coagulación como prueba preoperatoria⁸.

Sin embargo, no existe ningún parámetro específico que nos haga un despistaje de esta enfermedad⁶. El diagnóstico diferencial debe incluir gestación ectópica, quiste de ovario, masa pélvica, enfermedad inflamatoria pélvica, apendicitis y complicaciones gastrointestinales⁹

El ultrasonido ha revolucionado la imagenología en obstetricia y se ha convertido en el instrumento diagnóstico utilizado más a menudo durante el embarazo; siendo de utilidad en la valoración de tumoraciones anexiales³. En la ecografía de una torsión ovárica se puede visualizar una masa quística, alargada, con septación variable y ecos internos dispersos. Si el diagnóstico se demora, puede provocar necrosis del órgano, por ello se debe realizar una laparoscopia ante la duda diagnóstica, porque evitará las consecuencias de un retraso en la intervención además de permitir el tratamiento quirúrgico¹⁰. Estas características no se ven siempre, y es de gran utilidad la ecografía con Doppler, la cual puede comprobar la ausencia de flujo arterial anexial y se puede visualizar un aumento del tamaño del ovario y a veces la presencia de folículos periféricos.

El tratamiento de la torsión consiste en la cirugía temprana, el pronóstico será excelente si se realiza antes de que aparezcan complicaciones. Hay controversia entre el manejo conservador y la cirugía, considerando el alto riesgo de complicaciones y malignidad, una cirugía representa riesgos tanto para la madre como para el feto, tales

como aborto espontáneo, parto prematuro, rotura prematura de membranas entre otras.¹¹

La vía de abordaje clásica es la laparotomía, pero actualmente se recomienda un manejo laparoscópico de masas anexiales en el embarazo, recientes publicaciones demuestran que es un procedimiento seguro y eficaz que en comparación con la cirugía tradicional reduce la estancia hospitalaria, disminuyendo las complicaciones postoperatorias y la morbilidad materna y fetal¹². Si la intervención se prorroga más allá de la posible recuperación isquémica del ovario será necesaria la salpingectomía⁵.

Actualmente, múltiples estudios demuestran que si la torsión es incompleta o reciente, puede ser posible el tratamiento conservador del anexo, una embarazada diagnosticada de masa anexial durante el 1º trimestre, que permanece asintomática, sin sospecha de malignidad ni complicación asociada, puede mantenerse en observación, con seguimiento ecográfico, ya que la mayoría de las masas se resolverán espontáneamente⁴. Y si es necesaria la intervención quirúrgica y no urgente, se debe posponer al 2º trimestre de gestación, ya que es cuando se produce un menor tasa de pérdidas fetales¹³.

CONCLUSIONES

El equipo multidisciplinar debe tener presente la importancia de realizar un diagnóstico precoz de la torsión ovárica en gestantes, permitiendo realizar una cirugía conservadora que preserve la función ovárica, y disminuya la posibilidad de complicaciones maternas y fetales.

La torsión anexial es poco frecuente, pero es causante de un dolor abdominal agudo en el embarazo que puede requerir cirugía urgente, por ello, es primordial realizar un adecuado diagnóstico diferencial entre las patologías causantes de este dolor.

Cada gestante merece un seguimiento y tratamiento individualizado por el personal sanitario de urgencias, considerando la edad gestacional, la clínica, las medidas y las imágenes del quiste y la posibilidad de exploración por laparoscopia. Para ello, es imprescindible la adecuada formación sobre urgencias obstétricas y ginecológicas del personal sanitario que atiende a la gestante y la rápida actuación en el desempeño de sus funciones. Gracias a esta rápida y decidida intervención se podrá preservar la fertilidad y aminorar las complicaciones y la mortalidad materna y fetal.

Nuestra actuación debe ir encaminada ante todo a preservar el bienestar materno, y posteriormente comprobar el estado fetal y actuar dependiendo de la gravedad de los síntomas finalizando en caso de urgencia en la extirpación del ovario.

BIBLIOGRAFIA

1. Borrás Suñer D, Cazorla Amorós E, Urgal Ayala A, et al. Torsion of a giant para-ovarian cyst. Conservative laparoscopic treatment. *Gynecol Surg.* 2009;6:67—9.
2. Sarmiento W, Fernández MB, Poblete A. Torsión ovárica. *Rev. Obstet. Ginecol. Hospital Santiago Oriente. Dr. Luis Tisné Brousse* 2014; Vol.9(1): 22-26.
3. Giuntoli RI, Vang Rs, Bristow RE. Evaluation and Management of Adnexal Masses During Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2006 Sep; 49 (3): 492-505.
4. Hermans Rh, Fischer DC, Van Der Putten HW, et al. Adnexal masses in pregnancy. *Onkologie* 2003; 26 (2): 167-72.
5. García Mejido JA, Sainz Bueno JA, Arturo Serrano A, et al. Torsión anexial sin patología ovárica en gestantes del primer trimestre. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2012; 77(1)
6. Perlman S, Hertweck P, Fallat ME. Paratubal and tubal abnormalities. *Semin Pediatr Surg* 2005;14:124-34
7. Origoni M, Cavoretto P, Conti E, et al. Isolated tubal torsion in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;146:116-20.
8. Zapardiel I, De la Fuente J, Bajo JM. Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología. 2008
9. Kloss BT, Prince LA. Ovarian torsion in a prepuberal girl. *Int J Emerg Med.* 2009;2:127-8.
10. Soriano D, Yefet Y, Seidman DS, et al. Laparoscopy versus laparotomy in the management of adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril* 1999;71:955-60.
11. Kumari I, Kaur S, Mohan H, et al. Adnexal masses in pregnancy: a 5-year review. *Aust N Z J Obstet Gyna ecol.* 2006 Feb; 46 (1): 52-4.
12. Mathevet P, Nessah K, Dargent D, et al. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy: a case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003 Jun 10;108(2):217-22.
13. Schmeler KM, Mayo-Smith WW, Peipert JF, et al. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. *Obstet Gynecol.* 2005 May;105: 1098-103.