

# A propósito de un caso: Torsión ovárica en paciente con ligadura de trompas bilateral.

José López Molina, María Inés Hernández Ros, Beatriz Orozco Carratalá, María Paz García Teruel, Cristina Moreno Sánchez, María Consuelo Martínez Real, Raquel Vázquez Campa

Paciente de 28 años que consulta por dolor abdominal de inicio súbito el día anterior en la noche aunque refiere molestias desde hace dos semanas. Náuseas y 6 episodios de vómito. Hoy ha empezado a sangrar. A pesar de dolantina, buscapina y perfusión con enantyum, refiere que no ha cedido el dolor. No antecedentes médicos, ni alergias conocidas. Aqx: cesárea y ligadura tubárica bilateral. FUR 03/10 . G2P1C1. Última revisión ginecológica hace 3 años.

**Especuloscopia:** vulva y vagina amplia y elástica, cérvix normoepitelizado, sangrado como regla procedente de cavidad. TBM doloroso a la exploración. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda, sin irritabilidad peritoneal.

**Ecotv:** útero en anteversión con endometrio de 10 mm. Ovario derecho retrouterino con aspecto ecográfico poliquístico, ovario izquierdo retrouterino con quiste anecoico de contorno y bordes definidos de 56x40x70 mm que no capta Doppler color y que no presenta apariencia congestiva. Columna de líquido libre en DOuglas de 17 mm.

**TAC abdominopélvico:** Ovario izquierdo aumentado de tamaño y de disposición medializada. Líquido libre en pelvis. Estos hallazgos podrían estar en relación con **torsión ovárica izquierda**.

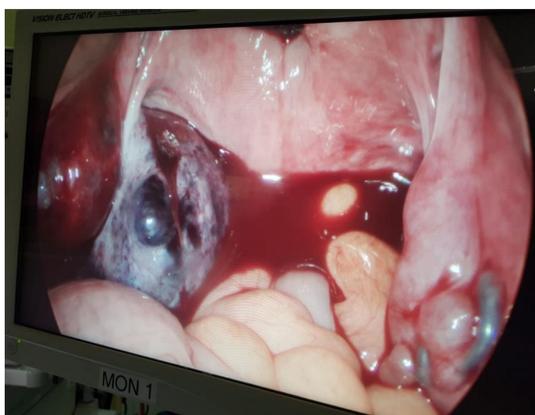
**Análítica :** Hematías  $4.6 \times 10^6/uL$  2.7 - 4.9 Hemoglobina 13.0 g/dL 12.0 - 16.0 Hematocrito 37.6 % Leucos 14250



**Procedimiento quirúrgico:** Antibioterapia iv. Aseptización y tallaje del campo quirúrgico. Sondaje vesical. Entrada en cavidad abdominal a nivel de puerto umbilical mediante trócar óptico de visión directa tras dos intentos fallidos con aguja de Veress. Realización de neumoperitoneo cerrado. Colocación de dos trócares de 5 mm en ambas fosas ilíacas y uno de 10 mm suprapúbico. Visualización de cavidad abdominopélvica: se visualiza sangre a nivel de cavidad, ovario izquierdo necrótico, torsionado una vuelta sobre su eje. Ambas trompas ligadas y formación ipsilateral a ovario necrosado y bajo el remanente de trompa, que podría corresponder con resto de ovario.

Se realiza ovariectomía izquierda con bipolar y tijera, fragmentándose el mismo a la mínima manipulación y sin evidenciar corteza sana. Extracción de la pieza en endobag a través de puerto suprapúbico de 10 mm. Lavado de cavidad profuso y revisión de correcta hemostasia, precisando de coagulación con bipolar a nivel de puerto suprapúbico. Aproximación de aponeurosis a nivel de puertos de mayor tamaño con puntos. Aproximación de piel con grapas. Infiltración de anestésico local a nivel de puertos de entrada.

**Diagnóstico anatomopatológico:** ( Ovario izquierdo, Torsión, Ovariectomía izquierda por Laparoscopia)  
-Ovario con hemorragia intraparenquimatosa masiva y focos de necrosis coagulativa post-torsión.  
-No se identifican signos microscópicos de malignidad.



**Definición:** La torsión ovárica se define como la rotación parcial o completa del pedículo vascular ovárico y provoca la obstrucción del flujo venoso y arterial. La torsión ovárica suele estar asociada con un quiste o tumor, que suele ser benigno; el más común es el teratoma quístico maduro.

La ecografía (US) es la principal modalidad de imagen para la evaluación de la torsión ovárica. Las características ecográficas de la torsión ovárica incluyen un ovario agrandado unilateral, estructuras quísticas periféricas uniformes, una masa coexistente dentro del ovario afectado, líquido pélvico libre, falta de flujo arterial o venoso y pedículo vascular torcido. La presencia de flujo en las imágenes Doppler color no permite excluir la torsión, sino que sugiere que el ovario puede ser viable, especialmente si el flujo está presente en el centro. La ausencia de flujo en el pedículo vascular torsionado puede indicar que el ovario no es viable. El papel de la tomografía computarizada (TC) se ha ampliado y se usa cada vez más en la evaluación del dolor abdominal.

Las características comunes de CT de la torsión ovárica incluyen un ovario agrandado, desviación uterina hacia el lado torsionado, engrosamiento de la pared lisa de la masa quística anexial torsionada, engrosamiento de las trompas de Falopio, estructuras quísticas periféricas y ascitis. La comprensión de la apariencia de imagen de la torsión ovárica conducirá a un tratamiento conservador y conservador del ovario.

- Hannah C, Shweta B, Vikram D. Pearls and Pitfalls in Diagnosis of Ovarian Torsion. Radio Graphics 2008;28:1355-68.
- Majdouline B, Ihsan H, Jaouad K, Mohamed O, Driss M.
- Mohammed D. Large twisted ovarian fibroma in menopausal women: A case report. Pan African Medical Journal 2015;20:322.
- D. Borrás Suñer, E. Cazorla Amorós, A. Urgal Ayala, S. Fortuño Salais, C. Díaz García. Torsion of a giant para-ovarian cyst. Conservative laparoscopic treatment. Gynecol Surg, 6 (2009), pp. 67-69
- A. Takeda, M. Mori, K. Sakai, T. Mitsui, H. Nakamura. Laparoscopic management of ovarian dysgerminoma presenting with acute abdomen caused by adnexal torsion in 17-year-old girl. J Pediatr Adolesc Gynecol, 22 (2009), pp. e9-13