

Caso	(106) Torsión ovárica bilateral; la importancia de los antecedentes
Autores	Almudena Gil Boronat, Sofia Ventura Díaz, Marina Herrero Huertas, Miguel Ángel Gómez Bermejo, Luis González Campo, Noelia Arévalo Galeano
Centro	Hospital Universitario Ramón Y Cajal

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 45 años que acude a urgencias por cuarta vez en las dos últimas semanas por persistencia de dolor abdominal inespecífico en hipogástrico, habiendo sido diagnosticada de cólico renoureteral en las ocasiones anteriores. La analítica urgente mostraba una PCR de 319,3 y 21.000 leucocitos, por lo que se decide realizar una TC abdominopélvica urgente.

Se objetiva una masa heterogénea centrada en la pelvis menor, que globalmente mide 12 x 9,5 x 13 cm (TxAPxCC). La masa presenta un componente central hipodenso/necrótico delimitado por un fino realce lineal. El componente periférico de la masa es sólido y grueso con atenuación heterogénea aunque predominantemente disminuida. Se aprecia realce lineal de la superficie de la masa pélvica que interpretamos como superficie serosa o peritoneal.

Existe leve cuantía de líquido libre en pelvis, trabeculación de la grasa mesentérica y engrosamiento lineal y relace de las hojas peritoneales.

Se identifican además dos estructuras multiquísticas de localización pélvica, de 5 y 4 cm aproximadamente, sugestivas de anejos, aumentados de tamaño con folículos y un cuerpo lúteo.

No se objetiva hidrosalpinx ni colecciones intraabdominales.

Las asas intestinales contactan con la masa pero no muestran cambios inflamatorios por contigüidad.

DISCUSIÓN

La morfología y localización de la lesión, así como la aparente identificación de los anejos, sugería que la lesión tuviera un origen uterino. En el contexto clínico de la paciente (leucocitosis y aumento de RFA) podría corresponderse con una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) con piometra y peritonitis secundaria.

Sin embargo, revisando los antecedentes, la paciente había sido intervenida de conización en 2018, posterior histerectomía en 2019 y se encontraba en seguimiento por un quiste ovárico izquierdo de bajo score. Todo ello hizo plantear la posibilidad de que la masa pélvica fuera una masa anexial complicada (por necrosis o abscesificación). El cuadro de dolor abdominal agudo inespecífico no permitía descartar la posibilidad de torsión ovárica, aunque clínicamente parecía menos probable.

La EIP es un síndrome clínico agudo secundario a la propagación ascendente de microorganismos desde la vagina o el cervix hasta el endometrio, para extenderse a las trompas de Falopio y posteriormente a estructuras pélvicas contiguas. Se suele presentar como dolor pélvico agudo, fiebre, dispareunia y leucocitosis. Radiológicamente los hallazgos pueden ser inespecíficos, siendo frecuente identificar una masa anexial tubular, engrosamiento y dilatación de las trompas con realce parietal, líquido libre en Douglas y cambios inflamatorios extraperitoneales.

La torsión ovárica suele ser unilateral y presenta una distribución bimodal (más frecuente en jóvenes y postmenopáusicas). Las principales causas son la hipermovilidad y la presencia de masas anexiales, que facilitan el compromiso vascular del pedículo. La presentación clínica más frecuente es dolor pélvico desproporcionado. Radiológicamente observamos aumento del tamaño y edema anexial por ausencia de retorno venoso y en ocasiones infarto hemorrágico asociado. Como signos secundarios podemos encontrar líquido libre, lesiones ováricas predisponentes, vascularización reducida/ausente y una estructura tubular dilatada y retorcida correspondiente al pedículo vascular (hallazgo patognomónico).

La paciente tenía antecedentes de histerectomía y una lesión quística anexial como factores de riesgo.

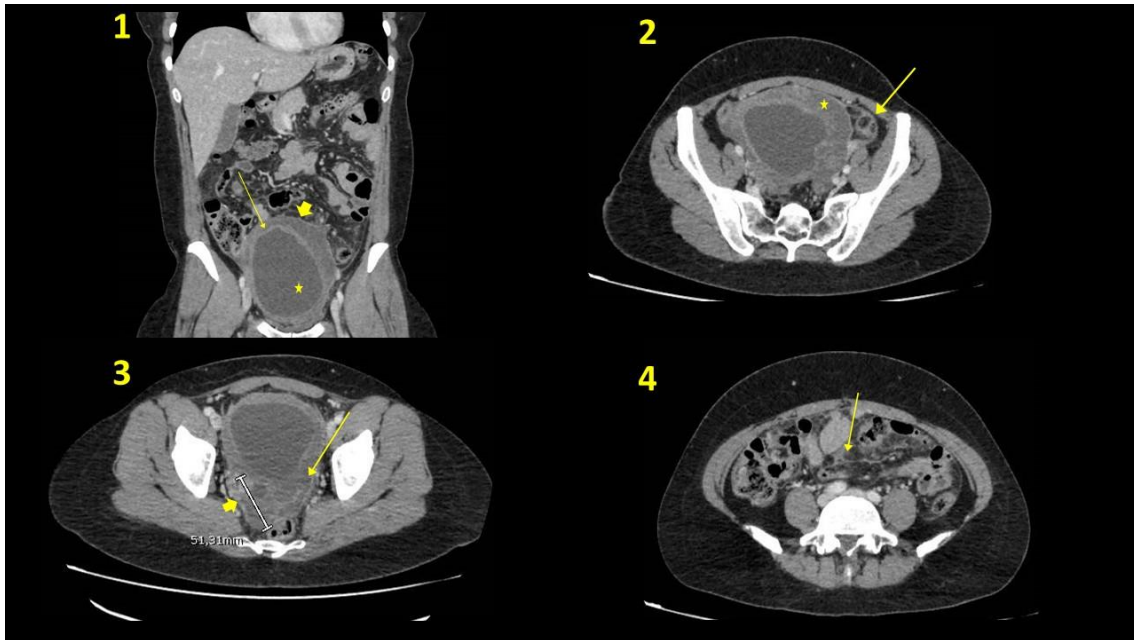
CONCLUSIÓN

Se realizó una cirugía exploratoria urgente realizando anexectomía bilateral con el diagnóstico postoperatorio principal de torsión bilateral de anejos.

El diagnóstico postoperatorio secundario fue quiste de ovario izquierdo y como diagnóstico adicional se añadió salpingooforitis derecha.

La anatomía patológica fue concordante con torsión anexial izquierda y quiste ovárico torsionado con extensa necrosis hemorrágica. Signos de peritonitis en ovario derecho y en apéndice cecal (hiperplasia folicular linfoide reactiva). Suprarrenal derecha ectópica en anejo derecho.

El líquido peritoneal era inflamatorio y estéril.



TC abdominopélvica urgente tras la administración de contraste intravenoso. Reconstrucción coronal (figura 1) donde se observa una masa pélvica heterogénea, con un componente central hipodenso (asterisco) con realce fino de la pared (flecha fina) y un componente sólido grueso en la periferia (flecha gruesa). Corte axial pélvico (figura 2) donde se aprecia mejor la atenuación heterogénea del componente sólido periférico asimétrico (asterisco) de la masa, así como el realce lineal de la superficie que interpretamos como superficie serosa. Cambios inflamatorios difusos consistentes en leve cuantía de líquido libre entre asas y en pelvis y engrosamiento con aumento del realce de las hojas peritoneales (señalado con la flecha). No se objetiva hidrosálpinx. La figura 3 es un corte axial a la altura de la pelvis donde se identifican dos estructuras multiquísticas señaladas con flecha, de contornos mal definidos, sugestivas de anejos, aumentados de tamaño con folículos en su interior (flecha gruesa marcando el ovario derecho y la flecha fina el izquierdo). La figura 4 corresponde a un corte axial hipogástrico, donde se aprecia la afectación inflamatoria del peritoneo (peritonitis). No se objetiva afectación inflamatoria significativa de las asas intestinales.

BIBLIOGRAFÍA

EGUSQUIZA, Julio Daniel; DURSO, Anthony M. Imaging evaluation of acute pelvic pain in the emergency department. 2017.

SAM, Joseph W.; JACOBS, Jill E.; BIRNBAUM, Bernard A. Spectrum of CT findings in acute pyogenic pelvic inflammatory disease. Radiographics, 2002, vol. 22, no 6, p. 1327-1334. doi:10.1148/rg.226025062 - Pubmed citation

RHA, Sung E., et al. CT and MR imaging features of adnexal torsion. Radiographics, 2002, vol. 22, no 2, p. 283-294.