

Caso	(122) Torsión anexial en paciente postmenopáusica
Autores	María Luque Cabal, Teresa Guerra Garijo, Marta Álvarez García, Antonio Ginés Santiago, María Díez Blanco, José Ignacio Barragán Tabares.
Centro	Hospital Universitario Río Hortega

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 61 años, sin antecedentes de interés. Acudió al servicio de Urgencias por dolor de un mes de evolución en región lumbar izquierda, irradiado a ingle y muslo, que en las 8 horas previas se había intensificado, con aparición de vómitos. No refería fiebre ni otros síntomas asociados.

En la exploración, la sintomatología se reproducía con la palpación en fosa iliaca izquierda y con la movilización de la cadera ipsilateral, sin signos de irritación peritoneal ni otros hallazgos exploratorios. La analítica básica no mostró alteraciones.

Se realizó una ecografía abdominal, identificándose una lesión quística multilocular en ovario izquierdo, de 12 x 7 cm, con septos de grosor irregular, sin obtener flujo en ecografía Doppler en el componente sólido. Se completó estudio con TC abdomino-pélvico con CIV, confirmándose la presencia de la lesión anexial descrita, sin realce capsular ni de los septos y con una pequeña cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas, hallazgos compatibles con tumoración serosa ovárica izquierda con torsión aguda ovárica. La paciente fue intervenida de forma urgente, realizándose salpingo-ooforectomía izquierda tras confirmar torsión anexial (4 vueltas), extrayéndose una masa violácea de 1.300 g cuya anatomía patológica fue compatible con cistoadenoma seroso.

DISCUSIÓN

La torsión anexial constituye aproximadamente un 3% de las urgencias ginecológicas. El principal factor de riesgo es la existencia de una masa anexial, especialmente si es mayor de 5 cm, que actúa como cabeza de torsión.

Clínicamente, se manifiesta como un dolor intenso en abdomen inferior y náuseas-vómitos en el 70% de los casos.

Ocurre más frecuentemente en etapa fértil, aunque puede suceder a cualquier edad. En mujeres postmenopáusicas asocia habitualmente una masa previa, con mayor posibilidad de malignidad (9 vs 0,4% en premenopáusicas).

La ecografía es la prueba inicial de elección, siendo el hallazgo típico un ovario aumentado y situado en la línea media, superior al útero. Pueden existir áreas hipoeoicas centrales, en relación con edema, o hiperecoicas, correspondientes a focos de infarto hemorrágico. En ocasiones se visualiza el pedículo vascular rotado, dando lugar a los signos del remolino o de la diana (corte perpendicular). Puede existir o no flujo intralesional en Doppler. En caso de visualizarse vascularización,

como signos precoces es posible observar un flujo venoso discontinuo y un progresivo aumento de la impedancia arterial.

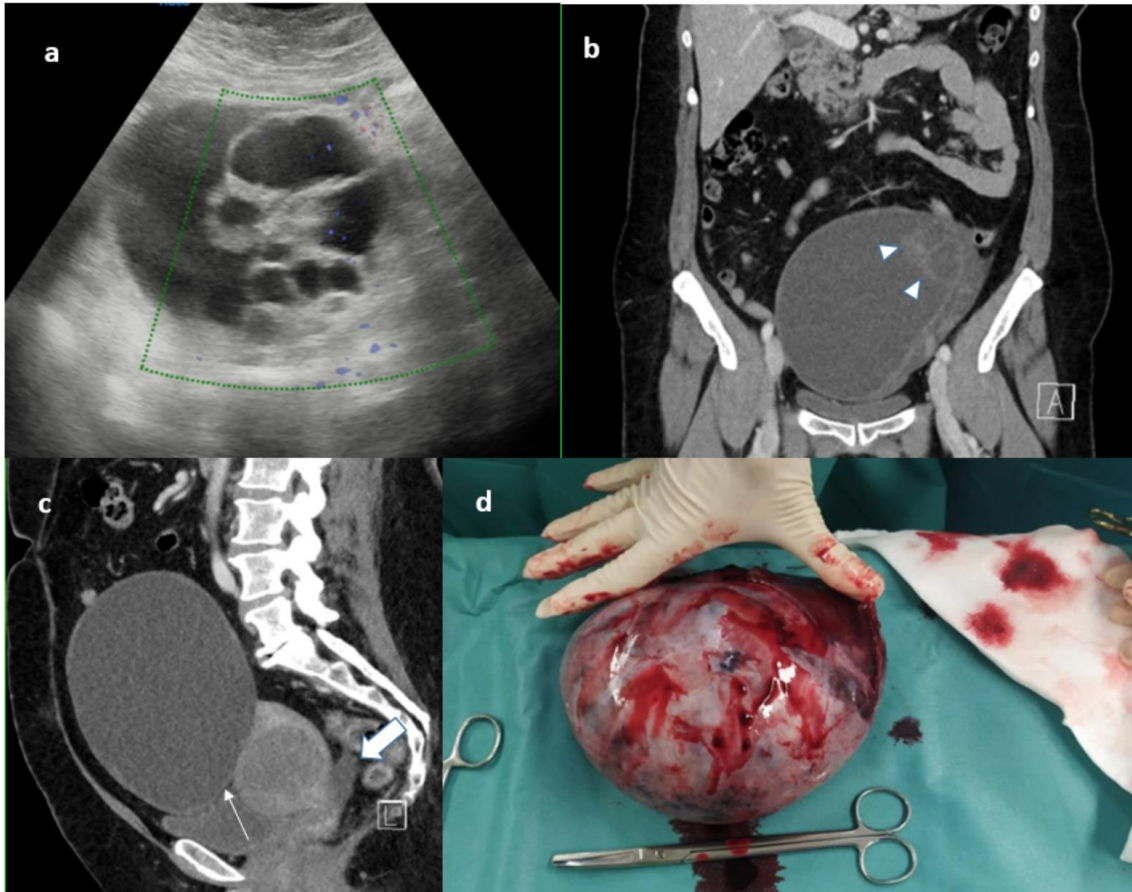
La TC no suele ser necesaria salvo sospecha diagnóstica alternativa. Las reconstrucciones coronales son especialmente útiles. Un signo orientador es la visualización de un triángulo de tejido hipercaptante entre el útero y el ovario, correspondiente al pedículo torsionado. En ausencia de estudio sin contraste, las áreas hemorrágicas no se han de confundir con focos de hipercaptación sugerentes de malignidad.

El diagnóstico diferencial, en pacientes postmenopáusicas, también se realizará con la rotura de quiste ovárico y la torsión de un leiomioma con degeneración quística. Es posible encontrar líquido libre en cualquiera de esas patologías, no permitiendo discriminarlas.

El tratamiento es quirúrgico, siendo determinante la actuación precoz. En pacientes postmenopáusicas se opta habitualmente por salpingo-ooforectomía dado el riesgo de recurrencia y la mayor posibilidad de malignidad.

CONCLUSIÓN

La presencia de dolor abdominal y vómitos en una paciente con una masa ovárica debe hacer sospechar una torsión anexial. Se trata de una urgencia quirúrgica, más frecuente en pacientes jóvenes, pero que puede presentarse a cualquier edad. En la mayoría de los casos, los hallazgos ecográficos permiten establecer el diagnóstico.



Torsión anexial izquierda en paciente de 61 años. (a) Ecografía Doppler potencia: lesión quística multiloculada en ovario izquierdo, de 12 cm de diámetro mayor, con ausencia de flujo en su componente sólido. (b y c) TC abdomino-pélvico con contraste IV, reconstrucciones coronal (b) y sagital (c): no se aprecia realce de la cápsula (flecha fina) ni los septos (puntas de flecha) de la lesión ovárica. Pequeña cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas (flecha gruesa). (d) Pieza de salpingo-ooforectomía, con gran masa de color violáceo, cuyo resultado anatómico-patológico fue cistoadenoma seroso con múltiples áreas necróticas.

BIBLIOGRAFÍA

M. Taufiq Dawood, Mitesh Naik, Nishat Bharwani. Adnexal Torsion: Review of Radiologic Appearances. *RadioGraphics* 2021; 41(2): 609-624. <https://doi.org/10.1148/rg.2021200118>

Ssi-Yan-Kai, G., Rivain, AL., Trichot, C. What every radiologist should know about adnexal torsion. *Emerg Radiol* 2018; 25:51-59. <https://doi.org/10.1007/s10140-017-1549-8>