

Caso	(161) Torsión anexial como causa de abdomen agudo
Autores	Elena Martínez Chamorro, Cristina Casado Pérez, Irene Navas Fernández-silgado, Marina De Petris, Isabel Fernández Marín, Susana Borrueal Nacenta
Centro	Hospital Universitario 12 De Octubre. Madrid

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 31 años, sin antecedentes personales de interés, que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal en hipocondrio y fosa iliaca derechos de 8 horas de evolución, de instauración brusca, sin náuseas ni vómitos ni fiebre.

En la analítica destaca leucocitosis de 14600/ μ l con neutrofilia (80%).

Se solicita prueba de imagen para descartar apendicitis aguda. Se realiza inicialmente ecografía, en la que no se identifica el apéndice cecal.

Se completa con TC abdominopélvica con CIV que muestra aumento de tamaño del anejo derecho con algunos folículos periféricos (flechas blancas) en contacto con el útero a través de estructura tubular con giro (signo del remolino) y discreta cantidad de líquido libre en pelvis, compatible con torsión de ovario.

La cirugía confirmó el diagnóstico de torsión de ovario, identificando el anejo derecho muy aumentado de tamaño (10 cm) torsionado sobre sí mismo (3 vueltas sobre infundíbulo pélvico) y relleno de coágulos y se requirió la realización anexectomía.

El estudio anatomopatológico mostró aumento de tamaño del ovario derecho de 10 x 8,5 x 8 cm y trompa de 8 cm de longitud y 1 cm de espesor con extensa hemorragia, congestión vascular y necrosis isquémica, compatible con torsión ovárica.

DISCUSIÓN

La torsión anexial es la rotación del ovario y, a menudo, de la trompa de Falopio, sobre su pedículo vascular, lo que provoca compromiso vascular e infarto del ovario. Es una urgencia quirúrgica ginecológica. Puede ser primaria o secundaria a masas anexiales. Las torsiones primarias son más frecuentes en niñas, adolescentes y gestantes de entre 8 y 16 semanas y secundarias suelen estar causadas por lesiones benignas, generalmente quistes (5-10 cm) y teratomas. La torsión puede ser completa o incompleta: primero se compromete el flujo linfático y venoso y luego el arterial, que produce isquemia ovárica.

Si se sospecha clínicamente, la ecografía debe ser la primera técnica de imagen empleada, por la ausencia de radiación, especialmente importante en mujeres jóvenes. No obstante, a veces se valora inicialmente con TC por abdomen agudo.

En imagen se visualiza el anejo aumentado de tamaño con estroma heterogéneo y folículos periféricos en localización anómala, migrado a la línea media y generalmente con retracción del útero. El estroma heterogéneo se debe a la presencia de edema o necrosis y hemorragia. La visualización del pedículo vascular

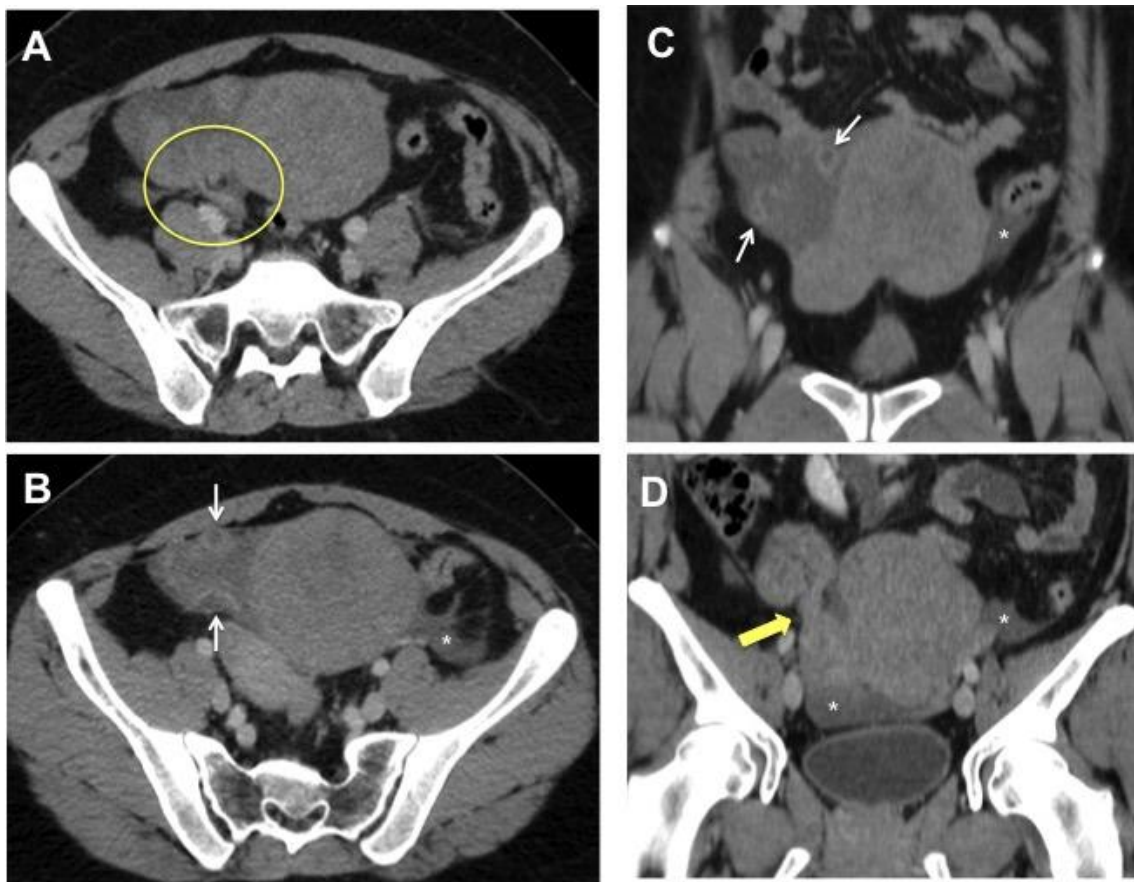
torsionado (signo del remolino) es patognomónico y se detecta con mayor frecuencia en TC. Junto al pedículo torsionado puede verse la trompa interpuesta engrosada y dilatada. Es frecuente la presencia de líquido libre en pelvis (80%).

En ecografía Doppler, la detección de flujo arterial de alta resistencia sugiere el diagnóstico y la ausencia de flujo sugiere torsión de alto grado. Sin embargo, la detección de flujo arterial con Doppler no descarta el diagnóstico por la dualidad del aporte arterial del ovario y por la posibilidad de torsión incompleta.

El tratamiento es la detorsión quirúrgica y el diagnóstico precoz facilita la preservación del ovario, lo cual es particularmente importante, ya que afecta predominantemente a mujeres premenopáusicas.

CONCLUSIÓN

La torsión anexial es una urgencia quirúrgica. Las técnicas de imagen juegan un papel importante en el diagnóstico de esta entidad y permiten acelerar el tratamiento, especialmente importante si no se sospecha clínicamente.



TC con CIV en fase venosa, con cortes axiales (A y B) y coronales (C y D). Se visualiza el anejo derecho aumentado de tamaño, heterogéneo, predominantemente hipodenso con estructuras quísticas periféricas de pequeño tamaño, sugestivas de folículos (flechas blancas) con giro del pedículo anexial (signo del remolino)(círculo en A y flecha amarilla en D) y discreta cantidad de líquido libre en la pelvis (asteriscos).

BIBLIOGRAFÍA

1. Dawood MT, Naik M, Bharwani N, Sudderuddin SA, Rockall AG, Stewart VR. Adnexal torsion: Review of radiologic appearances. *Radiographics*. 2021;41:609-24. doi: 10.1148/rg.2021200118.
2. Strachowski LM, Choi HH, Shum DJ, Horrow MM. Pearls and pitfalls in imaging of pelvic adnexal torsion: Seven tips to tell it's twisted. *Radiographics*. 2021;41(2):625-40. doi: 10.1148/rg.2021200122. Erratum in: *Radiographics*. 2021;41(3):E97.
3. Ssi-Yan-Kai G, Rivain AL, Trichot C, Morcelet MC, Prevot S, Deffieux X, De Laveaucoupet J. What every radiologist should know about adnexal torsion. *Emerg Radiol*. 2018;25:51-59. doi: 10.1007/s10140-017-1549-8.
4. Raman Patil A, Nandikoor S, Chaitanya Reddy S. CT in the diagnosis of adnexal torsion: a retrospective study. *J Obstet Gynaecol*. 2020;40:388-94. doi: 10.1080/01443615.2019.1633514.