

Caso	(667) Patrones ecográficos de la torsión ovárica neonatal
Autores	
Centro	

Pérez Saus, Irene, Caldevilla Bernardo, David; Giraldo Alfaro, Gloria; Donoso Esteban, Irene; Rubio Medina, Jenifer; Martínez Villalba, Manuel
Complejo Hospitalario Universitario De Albacete

EXPOSICIÓN DEL CASO

Neonato de 18 horas de vida es remitida desde el servicio de “Pediatria” al de “Cirugía Pediátrica” para manejo de una lesión intraabdominal encontrada incidentalmente intraútero durante la semana 33 + 2, mediante los controles ecográficos prenatales.

Se contacta con Radiodiagnóstico para completar el estudio con una ecografía abdominal ante la no resolución de la lesión en los subsiguientes controles.

En la ecografía postnatal se aprecia un ovario izquierdo de tamaño normal (9 mm x 6 mm) con presencia de pequeños folículos, no siendo capaces de identificar el anejo derecho. En su lugar, en FID, se observa una lesión quística compleja (con unas dimensiones de 38 mm x 53 mm) de contenido heterogéneo con presencia de un nivel líquido-líquido, probablemente por debris en su interior, sin claro flujo vascular objetivable mediante Eco-Doppler color. El diagnóstico principal se establece entre torsión ovárica secundaria a quiste anexial o quiste entérico de inclusión.

Por las dimensiones de la lesión (> 5 cm) que incrementan el riesgo de complicaciones, se decide la realización de una laparoscopia exploradora urgente donde se objetiva un quiste necrohemorrágico que condiciona una torsión ovárica. Finalmente se realiza aspiración del quiste y ooforectomía derecha.

DISCUSIÓN

La torsión ovárica es una emergencia hospitalaria que debe abordarse de una manera precoz, pues la demora diagnóstica puede resultar catastrófica. En los casos neonatales suelen darse de forma secundaria a una lesión anexial antenatal, siendo los quistes ováricos la entidad más frecuente (incidencia estimada de 2500-2625 embarazos/nacidos vivos). Los quistes ováricos fetales suelen originarse durante el 2º-3º trimestre y son secundarios a altos niveles hormonales maternos y placentarios. La mayoría se resuelven espontáneamente, pero aquellos de mayor tamaño (=5 cm) suelen persistir y aumentar el riesgo de torsión y complicaciones.

La torsión ovárica en fetos y neonatos tiene una apariencia clínica y sonográfica distinta a aquella descrita en niñas y adolescentes. Clínicamente suelen ser indolentes, aunque pueden debutar con vómitos, fiebre y leucocitosis.

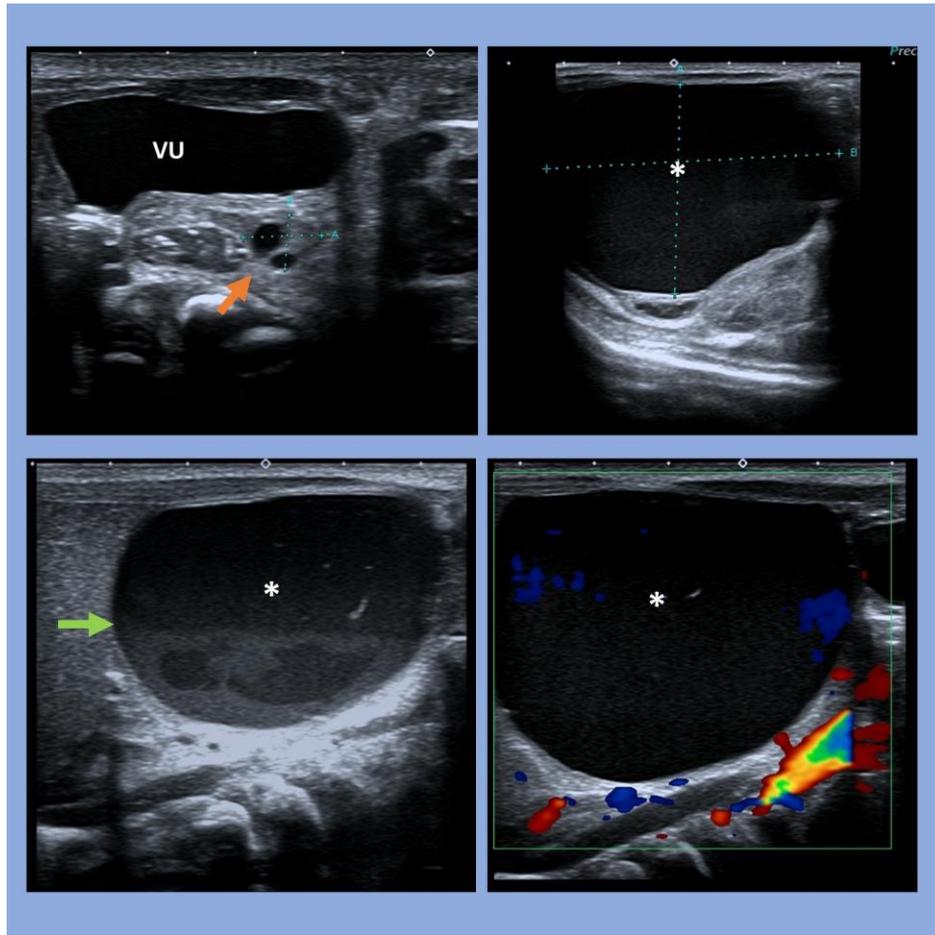
Ecográficamente se observa un ovario de apariencia más heterogénea debido a necrosis hemorrágica, pues la torsión ovárica neonatal suele ser el resultado de una torsión prenatal más antigua. Los patrones ecográficos más frecuentemente observados en esta entidad son:

- Quiste con nivel líquido-debris: separación del líquido quístico de hematoma licuado
- El signo de la “doble pared”: quiste con una pared interna hiperecogénica y un halo hipoecogénico
- Quiste con coágulo retráctil adherido a su pared
- Quiste con múltiples septos reticulares, con líneas ecogénicas en el interior de este

Los principales diagnósticos diferenciales que se deberían establecer son el hematocolpos, los quistes de duplicación, el remanente uracal, los pseudoquistes meconiales y las malformaciones linfáticas. En ocasiones, debido a las formas de presentación tan variables, distinguir estas entidades puede resultar complejo. Para determinar el origen ovárico de una lesión es útil el signo ecográfico del “quiste hijo”, que consiste en la presencia de un quiste en el interior de un quiste de mayor tamaño (siendo el pequeño un folículo en el interior de un quiste ovárico).

CONCLUSIÓN

La torsión ovárica neonatal puede manifestarse de formas muy variables, no habiéndose descrito ningún signo radiológico específico para esta entidad. El conocimiento de los principales hallazgos ecográficos puede resultar de gran utilidad en la práctica clínica diaria, puesto que nos encontramos ante una entidad donde el tiempo puede ser decisivo.



*FIGURA 1. Ecografía abdominal. En imagen A se aprecia adyacente a la vejiga (VU) una estructura ovoidea con pequeños folículos (flecha naranja) de aproximadamente 9 mm x 6 mm en relación con anejo izquierdo. En teórica localización de anejo derecho no es posible identificar tal estructura, objetivando en su lugar una lesión de naturaleza quística compleja (imágenes B, C y D *), con unas dimensiones aproximadas de 53 mm x 38 mm, con contenido heterogéneo en su interior formando un nivel líquido-líquido (flecha verde), probablemente por debris. En la imagen D a pesar de los artefactos no se aprecia flujo Doppler en su interior.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Sintim-Damoa A, Majmudar AS, Cohen HL, Parvey LS. Pediatric Ovarian Torsion: Spectrum of Imaging Findings. *RadioGraphics*. octubre de 2017;37(6):1892-908.
2. Llorens Salvador R, Sangüesa Nebot C, Pacheco Usmayo A, Picó Aliaga S, Garcés Iñigo E. Quistes de ovario neonatales. Valoración ecográfica y diagnóstico diferencial. *Radiología*. enero de 2017;59(1):31-9.
3. 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*. marzo de 2021;41(2):625-40.
4. Dawood MT, Naik M, Bharwani N, Sudderuddin SA, Rockall AG, Stewart VR. Adnexal Torsion: Review of Radiologic Appearances. *RadioGraphics*. marzo de 2021;41(2):609-24.