

CASOS CLÍNICOS

Torsión tubárica en una niña de 11 años

 J. Quesada^a, J. López^b, L. Aceituno^a, R. Rodríguez^a, A.I. Barqueros^a y M. Olivar^b
^aServicios de Ginecología y ^bAnatomía Patológica.
 Hospital La Inmaculada. Huerca-Overa. Almería. España.

SUMMARY

An adnexal torsion is an uncommon occurrence, but even less frequent is the isolated torsion of a fallopian tube. Cases are exceptionally rare, and its diagnosis is complicated and in most cases it is made *a posteriori* following exploratory surgery for definitive diagnosis. Usually the diagnosis is too late, as it does not allow conservation of the affected tube. In this article we make reference to the clinical case of an 11 year old patient, and have reviewed the bibliography on the subject.

INTRODUCCIÓN

La torsión de un anejo es un proceso relativamente poco frecuente, representando cerca del 2,7-3% de las urgencias ginecológicas¹. El 90% se produce en la mujer adulta² y raramente en la infancia³ (5%) y en la menopausia²⁻⁴ (5%). Sin embargo, la torsión aislada de la trompa de Falopio es todavía menos frecuente. Fue descrita por primera vez en 1890 por Sutton⁵ y continúa siendo una rara entidad, con una incidencia de 1 caso por cada 1,5 millones de mujeres/año⁶. Realizar un diagnóstico preoperatorio correcto es extremadamente inusual y difícil.

Debido a la gran cantidad de estructuras anatómicas del interior la cavidad pélvica femenina, ésta puede ser asiento de una variedad de enfermedades que condicionen un síndrome abdominal agudo o crónico inespecífico. En general, pueden establecerse distintos diagnósticos diferenciales con origen gastrointestinal o ginecológico (tabla I). El diagnóstico casi nunca se establece antes de la intervención quirúrgica⁷⁻¹⁵.

Aceptado para su publicación el 28 de enero de 2003.

CASO CLÍNICO

Paciente de 11 años que acudió a urgencias por un cuadro de dolor abdominal, de carácter cólico, localizado en fosa ilíaca izquierda, que se irradiaba a la extremidad inferior ipsolateral, no relacionado con la ingesta y sin síntomas miccionales. Presentó un vómito en una ocasión, así como sensación distérmica. En los últimos 15 días había presentado 2 episodios similares, que se resolvieron espontáneamente. Fue ingresada en el servicio de pediatría para su observación.

No presentaba antecedentes personales de interés, y se encontraba premenárgica.

En el momento del ingreso se llevó a cabo una exploración, de la que se obtuvieron los siguientes datos: temperatura de 36,9 °C, presión arterial de 144/78 mmHg y frecuencia cardíaca de 67 lat/min. La paciente estaba bien orientada y perfundida y presentaba un buen estado general. La exploración de la orofaringe fue normal, así como el aparato cardiorrespiratorio. En cuanto al abdomen, era blando, depresible, con dolor a la palpación de vacío y en el hipocondrio izquierdo, con ruidos intestinales conservados, y test de Blumberg negativo.

En cuanto a las pruebas complementarias, se obtuvieron los siguientes datos: leucocitos, 12.900; neutrófilos, 92,3; hemoglobina, 13, y hematocrito, 40. El sedimento y la bioquímica fueron normales, y el test de gestación, negativo.

La paciente fue valorada por el servicio de cirugía, y se realizó una ecografía en el servicio de radiología, que puso de manifiesto una tumoración quística en la zona anexial izquierda, con un ovario normal y líquido libre, por lo que se sospechó una rotura folicular. Fue remitida al servicio de ginecología, donde se realizó una ecografía transrectal y abdominal, observándose un útero en ante, regular y vacío. Ambos ovarios eran normales y en el izquierdo se apreciaban múltiples folículos en la periferia, así como líquido libre en

fosa ilíaca izquierda que formaba un saco de 37,1 × 30,4. En zona anexial izquierda se observó una formación heterogénea, solidoquística, de 80,8 × 63,5 mm, con áreas anecoicas en su interior.

Se estableció, como juicio clínico, una tumoración anexial a filiar, se solicitaron marcadores tumorales (Cea 125, 47,7 [< 35]) y se programó una laparoscopia diagnóstica.

Durante la laparoscopia se observó una trompa izquierda con hematosalpinx, dilatada y torsionada (rotada en 3 ocasiones sobre su propio eje), de aspecto necrótico, de unos 5 cm de longitud por 2 de diámetro, con un ovario normal. El anejo derecho era normal. Se realizó una salpinguectomía izquierda.

El postoperatorio evolucionó favorablemente y la paciente fue dada de alta a la mañana siguiente.

El diagnóstico anatomopatológico fue de infarto hemorrágico secundario a una torsión tubárica, con calcificaciones en la lámina propia.

DISCUSIÓN

La torsión de una trompa de Falopio y del ovario es mucho más común que la torsión de una u otra estructura de forma aislada, supuestamente debido a que el ligamento ancho funciona como estructura de sostén, siendo la torsión recurrente mucho menos usual (1 por cada 10¹² mujeres)¹⁶.

La trompa derecha (libre en la pelvis) es la más afectada, al contrario que la izquierda, porque está parcialmente adherida al mesosigma^{7,9,11,12,15} o bien porque el flujo venoso es más lento en el lado derecho, dando lugar a congestión venosa¹⁶.

Respecto a la etiología⁶⁻¹⁴, muchos casos se asocian a quistes paratubáricos, anormalidades anatómicas (mesosalpinx largo, anormalidades tubáricas, hematosalpinx, hidrosalpinx, hidátides de Morgani), anormalidades fisiológicas (peristaltismo anormal, o hiper-motilidad, espasmo tubárico por fármacos o por peristalsis intestinal), anormalidades hemodinámicas (congestión venosa del mesosalpinx), traumatismos, cirugía previa (ligadura tubárica, especialmente con la técnica de Pomeroy¹⁷⁻²¹) o enfermedad pélvica inflamatoria. También puede aparecer en el útero grávido. Regard comunicó que un 12% de las torsiones aisladas ocurre durante el embarazo²². Sin embargo, para otros autores su frecuencia es muy baja en el embarazo. En el servicio de ginecología de la Universidad de Chalongkor²³, de Bangkok, Tailandia, sólo se ha descrito un caso entre 120.000 embarazos durante un período de 10 años.

En relación con la torsión de anejos en niñas, éstos sufren continuamente torsiones intrascendentes de

TABLA I.

Causas intestinales
Apendicitis aguda
Invaginación
Gastroenteritis
Pielonefritis
Hernia
Enfermedad inflamatoria intestinal
Diverticulitis de Meckel
Causas urológicas
Cólico renal
Infección del tracto urinario
Causas ginecológicas
Rotura de un folículo
Enfermedad pélvica inflamatoria
Gestación ectópica
Quiste hemorrágico
Masa ovárica o neoplasia
Torsión anexial

hasta 90°, pero estos giros pueden aumentar de manera espontánea, siendo ya imposible la desrotación espontánea, por lo que determinan a medio plazo una necrosis hemorrágica. Por otro lado, se ha considerado que, en casos de constipación, el esfuerzo por evacuar hace que la circulación de retorno congestione la gónada, lo que finalmente culmina en un aumento en las dimensiones, en el peso del ovario y en la torsión. Se ha supuesto que un ovario que ha aumentado su peso puede eventualmente ser traccionado desde el ligamento ancho, formando un pedículo de torsión. En presencia de un útero infantil y un ovario relativamente grande, ciertos movimientos del tronco hacen que se inicie el giro (teoría de Selheim)^{2,24}.

Respecto a la clínica, el síntoma más frecuente es el dolor, que comienza en el hemiabdomen inferior o en la pelvis y que puede irradiar al flanco o al muslo^{8-11,13-14}.

Puede manifestarse de forma brusca y permanecer de forma continua. Algunas veces ocurren episodios similares que se autorresuelven en las semanas precedentes, y la forma más habitual de presentación es la subaguda insidiosa². El signo de Warneck²⁵ (masa dolorosa y palpable en el examen pélvico) es difícil de identificar, sobre todo por tacto rectal. Otros síntomas incluyen náuseas, vómitos, molestias intestinales o urinarias y, a veces, un ligero sangrado genital^{8-11,13-14}. La temperatura corporal, el recuento de células rojas y blancas y la velocidad de sedimentación suelen ser normales o muy discretamente aumentados^{8-11,14}. El examen pélvico puede revelar dolor, una masa anexial y, a veces, movilización cervical dolorosa. Así pues, el diagnóstico muchas veces se establece por exclusión de otros cuadros (tabla I).

Se ha comunicado, en casos de torsiones subclínicas que, al estar privadas de circulación, se produce una autoamputación y reabsorción de la trompa²⁶⁻²⁸, del ovario o de ambos, y que usualmente se interpreta como agenesia de los genitales internos. Sin embargo, existen razones para pensar en la preexistencia de los mismos, entre otras razones porque el sistema Mulleriano se desarrolla en sentido craneocaudal, y la presencia de un útero bien desarrollado siempre se precede de una trompa normal. Por otro lado, el ovario y la trompa tienen un origen embriológicamente distinto, por lo que es muy difícil explicar la ausencia de ambos desde el punto de vista embriológico^{26,27}.

La ecografía facilita el diagnóstico mediante la visualización de una masa tubárica; el primer descubrimiento por ecografía fue publicado por Litchamnn²⁹ en 1978. Inicialmente existe una obstrucción venosa y linfática que da lugar a un edema del ovario. Ecográficamente, esto se traduce en un ovario agrandado y homogéneo con folículos desplazados a la periferia. Si la isquemia continúa, el ovario puede aparecer como una masa hemorrágica o necrótica, pudiendo simular un tumor ovárico³⁰. A veces se encuentra también líquido libre en la pelvis. Mediante Doppler¹ color se observa un aumento de las resistencias vasculares tubáricas acompañado de una disminución del flujo sistólico y de una inversión del flujo diastólico. Después, cuando la torsión es continua, los flujos desaparecen. La ecografía transvaginal es más precisa, pero poco apropiada en pediatría (como es nuestro caso). Rara vez se utilizan la TAC o RNM para realizar el diagnóstico, salvo cuando la ecografía no demuestra datos concluyentes o para intentar aclarar la naturaleza de una tumoración^{13,31-33}.

Pese a todo, el diagnóstico definitivo sólo se consigue mediante el acceso directo a la cavidad abdominal²⁸, ya sea por vía laparotómica o laparoscópica, lo que ha de realizarse lo antes posible para facilitar la conservación del anejo. Actualmente, la laparoscopia y la destorsión^{17,24,34} del anejo o de la trompa, sin aneextomía, es el procedimiento de elección. Dado que la mayoría de las pacientes está en edad reproductiva, se debe realizar esfuerzos con el fin de preservar la fertilidad si los cambios isquémicos todavía no han aparecido.

Blair⁷ ha comunicado un caso de embarazo tras una detorsión tubárica en 1962. Sólo en el caso de la existencia de gangrena o neoplasia tubárica u ovárica, o bien en caso de que la mujer hubiese completado su familia, podría ser aconsejable la resección^{17,34-35} del segmento implicado.

La recuperación es mucho más rápida después de la laparoscopia³⁴ que de la laparotomía. Además, cau-

sa menos adherencias pélvicas, lo cual es importante en una mujer en edad reproductiva. Incluso, un reciente estudio ha confirmado que la laparoscopia es segura durante el primer trimestre del embarazo³⁶.

La fijación de la trompa es posible quirúrgicamente, para prevenir nuevos episodios, pero ésta puede producir cambios en la anatomía normal de la pelvis, incluso sin trasladar los anejos fuera de la pelvis o sin distorsionar la relación entre el ovario y las fimbrias tubáricas. El acortamiento o reducción del mesosalpinx al plegarlo puede ser una solución quirúrgica, pero no se realiza de forma habitual para prevenir nuevas torsiones¹⁶ por el riesgo de adherencias.

Lo verdaderamente trascendental del cuadro, dado que hoy día se cuenta con suficientes recursos, es identificar de manera temprana el problema con el fin de que por vía laparoscópica se efectúe un procedimiento correctivo oportuno, evitando así operaciones mutilantes. Sin embargo, la fecundidad tras un cuadro de este tipo está disminuida y el riesgo de embarazo ectópico es 40 veces más elevado³⁷.

RESUMEN

La torsión de un anejo es un proceso poco frecuente, pero todavía más la torsión aislada de la trompa, siendo excepcionales los casos que se presentan. Por otro lado, su diagnóstico es complicado y en la mayoría de los casos se establece *a posteriori*. Sólo mediante cirugía exploradora podremos llegar al diagnóstico definitivo que, por otro lado, la mayoría de las veces se efectúa demasiado tarde, lo que no permite la conservación de la trompa afectada. En este artículo hacemos referencia a un caso clínico en una paciente de 11 años y revisamos la bibliografía sobre el tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuillier F, Sommer JC. Torsion tubaire isolée chez une adolescente de 15 ans. Arch Pédiatri 2000;7:748-51.
2. Habib E, Mekkaoui M, Elhadad A. Apport de la coelioscopie dans le traitement de la torsión isolée de la trompe de Fallope. Revue de la littérature. Á propos de trois observations. Ann Chir 1998;52:137-45.
3. Spigland N, Ducharme JC, Yazbeck S. Adnexal torsion in children. J Pediatr Surg 1998;24:974-6.
4. Powell JK, Foley GP, Llorens AS. Torsion of the Fallopian tube in postmenopausal women. Am J Obstet Gynecol 1972;113:115-8.
5. Sutton JB. Salpingitis and some of its effects. Lancet 1890;2:1146-8.
6. Hansen OH. Isolated torsion of the Fallopian tube. Acta Obstet Gynecol Scand 1970;49:3-6.
7. Blair CR. Torsion of the fallopian tube. Surg Gynecol Obstet 1962;114:727-30.

8. Dueholm M, Praest J. Isolated torsion of the normal fallopian tube in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987;66:89-90.
9. Chambers JT, Thiagarajah S, Kitchin JD III. Torsion of the normal fallopian tube in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1979;54:487-9.
10. Isager-Sally L, Weber T. Torsion of the fallopian tube during the pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985;64:349-51.
11. McKenna PJ, Gerbert KH. Isolated torsion of the uterine tube in pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 1989;34:187-8.
12. Yalcin OT, Hassa H, Zeytinoglu S, Isiksoy S. Isolated torsion of fallopian tube during pregnancy; report of two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;74:179-82.
13. Sorem KA, Bengtson JM, Walsh B. Isolated fallopian tube torsion presenting in labor. A case report. *J Reprod Med* 1991;36:763-4.
14. Milki A, Jacobson DH. Isolated torsion of the fallopian tube. A case report. *J Reprod Med* 1998;43:836.
15. Provost RW. Torsion of the normal fallopian tube. *Obstet Gynecol* 1972;32:80-2.
16. Raziell A, Mordechai E, Friedler SH, Schachter M. Isolated recurrent torsion of the Fallopian tube 1999;14:3000-1.
17. Krissi H, Shalev J, Bar-Hava I. Fallopian tube torsion: Laparoscopic evaluation and treatment of a rare gynecological entity. *J Am Board Fam Pract* 2001;14:274-7.
18. Muldoon MJ. Gynaecological illness after sterilization. *Br Med J* 1972;1:84-5.
19. Neil Jr, Hammond GT, Noble AD, Rushton L, Letchwort AT. Late complications of sterilization by laparoscopy and tubal ligation. A controlled study. *Lancet* 1975;2:699-700.
20. Shapiro HI, Hughes WF, Adler DH. Torsion of the oviduct following laparoscopic sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1976;126:733-4.
21. Gerald Ck. Torsion of uterine tube following Pomeroy sterilization. *Obstet Gynecol* 1956;7:396-8.
22. Krissi H, Orvieto R, Dicker D, Dekel A, Ben Rafael Z. Torsion of a fallopian tube following Pomeroy tubal ligation: a rare case report and review of the literature. *Eur J Obstet Reprod Biol* 1997;72:107-9.
23. Regard J. Etude anatomo-pathologique de la torsion des trompes uterines. *Gynecol Obstet* 1933;27:519-35.
24. Vorapong Ph, Praguypreek I. Twisted fallopian tube in pregnancy: a case report. (pagina Web)
25. Barnes WS, Schantz JC, Shochat SJ. Torsion of Fallopian tube in a premenarcheal female patient. *Am J Dis Child* 1977;131:1297-8.
26. Reis E. Spontaneous amputation of both fallopian tubes. *Am J Obstet and Gynecol* 19000;16:325.
27. Gupta A, Parulekar SV. Silent autoamputation of an adnexa. (Web)
28. Baeza C, Cortés R, Herrera V. Torsión de anejos en niñas premenárquicas normales. *Bol Med Hosp Infant Mex* 199;56:218-22.
29. Litchmann JB. Fallopian tube torsion: a case report. *J Clin Ultrasound* 1978;6:415-6.
30. Lee J. Residents' case of the week (Web)
31. Fleischer A. Excerpt from ovarian torsion. *EMedicine*. (Web)
32. Killackey MA, Neuwirth RS. Evaluation and management of the pelvic mass: a review of 504 cases. *Obstet Gynecol* 1988;71:319.
33. Lineberry TD, Rodriguez H. Isolated torsion of the fallopian tube in an adolescent: a case report. *J Pediat Adolesc Gynecol* 2000;13:135-7.
34. Huang FJ, Chang SY, Lu YJ. Laparoscopic treatment of isolated tubal torsion in a premenarchal girl. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 199;6:209-11.
35. Del Rosario C, Essien J, Ortega E. Torsión aislada de la trompa de Falopio. Reporte de un caso. (Web).
36. Yen ML, Chen CA, Huang SC, Hsieh CY. Laparoscopic cystectomy of a twisted benign ovarian teratoma in the first trimester of pregnancy. *J Forms Med Assoc* 2000;99:345-7.
37. Holland AJA, Barker AP. Isolated torsion of the Fallopian tube in a premenarchial girl: case report and review of the literature. *Pediatr Surg Int* 1996;11:47-9.